

**Masarykova univerzita**  
**Ekonomicko-správní fakulta**

# **ZDRAVOTNÍ POLITIKA A JEJÍ EKONOMICKÁ DIMENZE**

**Kolektiv**

**Vybrané kapitoly pro předmět Veřejné politiky (MFTAP) 2015**

**Brno 2015**

**Inovace studia ekonomických disciplín v souladu s požadavky znalostní ekonomiky  
(CZ.1.07/2.2.00/28.0227)**

© 2015 Masarykova univerzita

## **OBSAH**

<b>1</b>	<b>Zdraví a jeho determinanty .....</b>	<b>4</b>
1.1	Individuální a sociální hodnota zdraví, potřeba zdraví .....	4
1.2	Determinanty zdraví .....	4
1.3	Kategorie zdraví z ekonomického pohledu.....	7
<b>2</b>	<b>Spravedlnost a rovnost ve zdraví jako základní principy zdravotní politiky a strategie jejich rozvoje11</b>	
2.1	Spravedlnost a rovnost ve zdraví jako teoretické koncepty, vysvětlení pojmů .....	11
2.2	Strategie rozvoje spravedlnosti a ekvity ve zdraví v současném mezinárodním diskurzu zdravotní politiky a ekonomiky .....	16
2.3	Reflexe mezinárodního odborného diskurzu spravedlnosti a ekvity ve zdraví v českém politickém diskurzu .....	21
<b>3</b>	<b>Lidská práva se vztahem ke zdraví.....</b>	<b>26</b>
3.1	Základní pojmy a definice .....	26
3.2	Historický vývoj konceptu lidských práv se vztahem ke zdraví.....	30
3.3	Role hlavních organizací (nadmárodních aktérů) a hlavní události vývoje konceptu lidských práv se vztahem ke zdraví.....	30
3.4	ČR a její závazky ve vztahu k lidským právům se vztahem ke zdraví .....	36
<b>4</b>	<b>Zdravotní politika: proces její tvorby a realizace; aktéři a instituce ve zdravotní politice .....</b>	<b>41</b>
4.1	Možnosti vymezení zdravotní politiky .....	41
4.2	Analytické a výkladové rámce pro zkoumání zdravotní politiky, jejího vzniku a vývoje .....	45
4.3	Aktéři zdravotní politiky.....	47
4.4	Nástroje zdravotní politiky.....	50
4.5	Dilemata zdravotní politiky.....	51
<b>5</b>	<b>Financování zdravotní péče .....</b>	<b>55</b>
5.1	Formy financování .....	56
5.2	Modely financování .....	56
5.3	Metody financování „třetí stranou“ .....	58
<b>6</b>	<b>Zdravotní pojištění a organizace zdravotnictví v ČR .....</b>	<b>61</b>

6.1	Systém veřejného zdravotního pojištění: charakteristika, účastníci .....	61
6.2	Zdravotnická zařízení a úhrady péče .....	68
7	Transformace českého zdravotnictví .....	72
7.1	Historický vývoj do roku 2006.....	72
8	Mezinárodní pohled na zdravotnické systémy .....	78
8.1	Komparativní studium zdravotnických systémů jako součást oboru veřejné zdravotnictví.....	79
8.2	Zdravotnické systémy ve světě – hlavní modely a jejich charakteristika.....	83

# 1 Zdraví a jeho determinanty

## 1.1 *Individuální a sociální hodnota zdraví, potřeba zdraví*

Zdraví je jednou ze základních lidských **potřeb**. Tato potřeba vychází jak z individuálního pudu sebezáchovy a z nepříjemného pocitu, který prožíváme v průběhu onemocnění, tak z našeho požadavku zvládat každodenní činnosti a povinnosti. Zdraví je tak možné chápat jako cíl sám o sobě a zároveň jako prostředek, který nám napomáhá dosahovat dalších cílů.

Zdraví je z tohoto důvodu důležitou **individuální hodnotou**, tedy něčím, čemu jako jedinci přisuzujeme v našem životě velký význam. Zdraví je ovšem také často označováno za **sociální hodnotu**, a to v případě, že společnost uznává jeho význam pro své fungování a snaží se jej podporovat a chránit. Toto uznání může být založeno na různých motivacích. Zdraví populace ovlivňuje výkonnost ekonomiky, je předpokladem bojeschopné armády, hromadná infekční nákaza by ohrozila samotné přežití skupiny. Z hlediska přirozenoprávního může být právo na zdraví uznáno představiteli státu jako jedno ze základních lidských práv (viz kapitola 3). **To, zda zdraví je či není chápáno jako sociální hodnota, podmiňuje do velké míry podobu konkrétní zdravotní politiky.**

## 1.2 *Determinanty zdraví*

### 1.2.1 **Role epidemiologie ve výzkumu determinant zdraví**

Zcela zásadní, jak pro chápání zdraví a nemoci, tak pro úspěšnost možných snah o ovlivňování zdravotního stavu populace, je znalost faktorů podmiňujících zdraví. Na tomto místě je třeba si uvědomit, že jak zdravotní stav populace, tak poznatky o determinantách tohoto stavu, se stále vyvíjejí. K tomuto vývoji přispěla hlavně **epidemiologie**, kterou můžeme definovat jako „*studium výskytu a rozložení se zdravím souvisejících stavů nebo událostí u konkrétních populací, včetně studia determinant těchto stavů a aplikace těchto poznatků v prevenci a kontrole zdravotních problémů*“ (Porta, 2008: 81). V epidemiologii se tak snoubí deskripce zdravotního stavu populace (výskyt a rozložení určitých, se zdravím

souvisejících charakteristik nebo událostí) s explanací (vysvětlením tohoto výskytu a rozložení), ale i s praktickým využitím znalostí (působením ve prospěch prevence a kontroly).

Epidemiologie vychází zejména ze závěrů statistiky a poznatky o příčinách zdravotních stavů tedy nemají absolutní, ale pravděpodobnostní povahu (koncept pravděpodobnostní kauzality viz Beebee, 2009: kpt. 9). Zejména odhalování příčin nemocí je velmi složitou disciplínou, která nikdy nekončí a stále nám poskytuje nové informace. Jako laici tak můžeme mít velmi často pocit, že zdravotní doporučení, která nám zprostředkovávají média s odkazem na nové epidemiologické výzkumy, se mění doslova každým dnem. Box 4 uvádí základní faktory, které mohou ovlivnit výsledky epidemiologických šetření. Tyto faktory bychom měli mít na paměti kdykoliv narazíme na informace o zdravotním stavu populace, jeho vývoji a jeho determinantách.

### 1.2.2 Vývoj poznatků o determinantách zdraví

Výzkumu determinant zdraví nejprve dominoval biomedicínský přístup, který se snažil nacházet příčiny nemoci hlavně ve fungování různých částí lidského těla jedince, včetně genetických dispozic. Ke změně přístupu k determinantám zdraví přispěla kromě nových poznatků o příčinách nemocí také tzv. transformace patologie. Došlo k postupnému zvládnutí infekčních chorob, k prodlužování délky života a k nástupu chorob nepřenositelných.

Za průlomový okamžik ve vývoji modelů determinant zdraví je považována tzv. Lalondova zpráva o zdravotním stavu Kanadčanů z roku 1974, která nabídla široký pohled na faktory ovlivňující zdraví<sup>1</sup>. **Za základní faktory považovala biologický (genetický) základ jedince, životní styl, životní prostředí a zdravotní péči (Lalonde, 1981). V současnosti se uvádí, že biologický základ jedince zodpovídá za zdravotní stav z 10 %, životní styl z 40 %, životní prostředí z 35 % a péče o zdraví a zdravotnictví ze zbývajících 15 %** (viz např. Holčík, 2010). Ačkoliv je nutné brát tyto údaje s rezervou, jelikož se reálné váhy jednotlivých faktorů mohou u různých populací lišit, tyto informace naznačují, že biologické charakteristiky jedince a systém zdravotní péče nejsou zdaleka jedinými determinantami

---

<sup>1</sup> Ekonomové zde hovoří o tzv. produkční funkci zdraví. Její formální vyjádření by mohlo vypadat např. takto:  
 $Z = f(X_1, X_2, \dots, X_i)$ ;

kde  $Z$  je úroveň zdraví,  $f$  značí funkci a  $X_i$  symbolizuje jednotlivé produkční faktory jako genetické předpoklady, vzdělání (osoby s vyšším vzděláním pravděpodobněji rychleji rozpoznají symptomy a také tíhnou více k využívání preventivních aktivit), příjem, majetek (nestačí vědět, co je zdraví prospěšné, ještě je potřeba na to mít), odpovídající výživa, kvalitní pitné vody, životní prostředí (včetně kvality bydlení, stupně urbanizace apod.), životní styl (pracovní zatížení, tělesný pohyb, stres, kouření, rizikové sexuální praktiky).

zdraví. V nedávné době byl tento zjednodušený model rozšířen o zastřešující faktor sociálních determinant zdraví.

#### **Box 1. Faktory, které mohou způsobit variace ve výsledcích epidemiologických šetření**

Variace v ukazatelích zdravotního stavu (např. při porovnávání dvou populací nebo zkoumání vývoje zdravotního stavu v čase) mohou být způsobeny kromě reálné změny v populaci také dalšími faktory. Do úvahy bychom tedy měli vzít:

- změny v klasifikaci nemoci/diagnózy/symptomů a okolnosti spojené s vykazováním dat o zdravotním stavu,
- rozdíly v demografických charakteristikách populace (zejména pak ve věkovém složení populace),
- změnu v návštěvnosti lékařů, čili v chování pacientů, které může mít za následek nižší či vyšší počet zachycených případů,
- možné chyby při sběru dat, kódování a interpretaci výsledků,
- možnost výběru ze statistického hlediska velmi nereprezentativního vzorku,
- cílené zkreslení dat.

*Zdroj: Autoři*

### **1.2.3 Sociální determinanty zdraví**

Řada epidemiologických studií potvrzuje s narůstající jistotou, že rozdílné vzorce nemocí mezi populacemi jsou produkovány nastavením společnosti (Detels, 2009: 103).

Koncept sociálních determinant zdraví je možno chápat jako soubor sociálních podmínek v nichž lidé žijí a pracují (Detels a kol., 2009: 102). Světová zdravotnická organizace zase definuje sociální determinanty jako „*soubor podmínek, v nichž se lidé narodí, vyrůstají, žijí, pracují a stárnou včetně systémů vytvořených na ochranu před nemocí. Tyto podmínky jsou v širším pojetí formovány vlivem ekonomického, sociálního a politického nastavení*“ (WHO, 2012a). V této souvislosti s tímto konceptem je nutno si uvědomit, že ne všechny faktory mají stejný vliv na zdraví. Jiné faktory určují individuální zdravotní stav a jiné formují distribuci zdraví a well-beingu mezi jednotlivými populacemi (Detels a kol., 2009: 102).

K pochopení zásadní role sociálních determinant zdraví napomohla také závěrečná zpráva Komise WHO pro sociální determinanty zdraví, pod vedením Sira Michaela Marmota, publikovaná v roce 2008 (WHO, 2008a). Zpráva analyzuje světové zdravotní rozdíly a zachycuje vliv socioekonomických determinant na zdraví lidí. K práci WHO v této oblasti více viz kapitola č. 2.

### ***1.3 Kategorie zdraví z ekonomického pohledu***

Potřeby jsou obvykle (ne vždy) uspokojovány spotřebou statků, tj. zboží a služeb. Aby mohlo dojít ke spotřebě, musí být statky vyprodukovány a (nějak) rozděleny.

Ekonomický přístup ke zkoumání světa je založen primárně na porovnávání nákladů a výnosů různých variant. Jinými slovy, kritériem racionality je z ekonomického pohledu efektivnost vynakládání (alokace) zdrojů v zájmu uspokojování lidských potřeb. Zdroje jsou považovány za omezené, potřeby zpravidla nikoliv. Efektivními stavy jsou ty, kdy je z disponibilních zdrojů dosaženo maximum užitku, případně když je potřebný efekt dosažen s co nejnižšími náklady. Toho lze dosáhnout, pokud jsme schopni odhadnout marginální efekty každého z produkčních faktorů a ty potom vhodně zkombinujeme.

Řešíme-li otázku, jak co nejefektivněji zajišťovat, aby byli lidé zdraví, narážíme na celou řadu obtíží. Mnohé pramení ze specifických vlastností samotné kategorie zdraví.

Zdraví lze na individuální úrovni jen velice **obtížně měřit**. Poměňování alternativ léčby, investic, vynakládaných provozních nákladů je na běžné rutinní (nikoliv výzkumné) úrovni tím pádem krajně obtížné. Největší problémy přitom bývají spojeny s vyjádřením efektů různých variant, měřením úrovně zdraví, resp. jeho přírůstku a konečně i s interpretací dosažených výsledků v rovině praktických doporučení či formulace konkrétní politiky.

Zdraví samo o sobě **není bezprostředním produktem**, výstupem z fungování zdravotnického systému. Tím je poskytovaná zdravotní péče. Dokonce korelace mezi zdravotním stavem a poskytnutou péčí není nijak silná, takže zlepšení či zhoršení zdravotního stavu populace (o jednotlivci nemluvě) nelze jednoznačně použít jako měřítko „výstupu“. Tím se opět silně komplikuje poměňování alternativ.

Zdraví je pouze jednou z potřeb, které lidé pociťují. Existuje celá řada důkazů o tom, že si lidé uvědomují jeho význam, což vede mnohdy k interpretaci, že se jedná o potřebu, která by

měla být uspokojena před ostatními. Na druhé straně, v reálném životě se většina lidí ve skutečnosti chová tak, že rozhodně nemaximalizují své zdraví, spíše hledají kompromis mezi řadou svých potřeb, což je může vést k nezdravému stylu života, rizikovému chování, úrazům apod.

Efektivnost zajisté není a ani nemůže být jediným kritériem při úvahách o zdraví a přístupu ke zdravotní péči – čistě ekonomické uvažování by nutně naráželo na celou řadu morálních a etických norem.

Při sledování příčinných souvislostí ve fungování ekonomického systému lze na zdraví nahlížet dvojitým způsobem. Jednak se jedná ve smyslu standardní neoklasické ekonomie o tzv. **cílovou** potřebu – lidé chtějí být zdraví prostě stejně, jak si přejí být sytí, šťastní či bezpeční. Tvoří významnou složku životní úrovně a zdravotní stav populace bývá často používán i jako měřítko vyspělosti společnosti. Na druhé straně, někteří autoři poukazují na **zdrojový** charakter zdraví, spatřují v něm významný faktor ekonomického rozvoje (Valenčík, 2003). Je předpokladem a nutnou podmínkou produktivity.

## SHRNUTÍ

První kapitola poskytuje základní přehled o konceptech zdraví a nemoci, determinantách zdraví a ukazatelích zdravotního stavu populace. Jde o nezbytný krok k tomu, abyste pochopili složitost a komplikovanost dilemat, které v moderních společnostech řeší zdravotní politiky. Současný pohled na zdraví vychází z biomedicínského modelu a byl postupně konfrontován a obohacován tzv. salutogenním modelem kladoucím důraz na celostní zkoumání možností posílení zdraví. Důležitým úkolem pro studenta je osvojit si základní ukazatele zdravotního stavu populace v kontextu výše naznačených alternativních definic zdraví. Epidemiologie je důležitou disciplínou pro každého zájemce o hlubší pochopení fungování zdravotnických systémů. Vysvětlování příčin nemocí je velmi složitou disciplínou, která nikdy nekončí a stále nám poskytuje nové informace. Stejně tak je významné poznat základní determinanty zdraví – jsou jimi genetický základ jedince, životní styl, kvalita životního prostředí a úroveň zdravotní péče. Z ekonomického pohledu jsou s kategorií zdraví spojeny určité vlastnosti, které vedou k obtížím s vyjádřením efektů různých variant, měřením úrovně zdraví, resp. jeho přírůstku a konečně i s interpretací dosažených výsledků v rovině praktických doporučení či formulace konkrétní politiky.



## DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

- Bhopal, R. S. 2002. *Concepts of epidemiology: An integrated introduction to the ideas, theories, principles and methods of epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Blaxter, M. 2010. *Health*. 2nd ed. Cambridge: Polity Press.
- Bonita, R., Beaglehole, R., Kjellstrom, T. 2006. *Basic Epidemiology*. 2nd ed. WHO. Available from WWW: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241547073\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241547073_eng.pdf)>
- Seedhouse, D. 1986. *Health: The Foundations for Achievement*. Wiley.
- WHO, Regional Office for Europe. 2012. *Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe*. Available from WWW: <<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/measurement-of-and-target-setting-for-well-being-an-initiative-by-the-who-regional-office-for-europe>>

## KONTROLNÍ OTÁZKY

- Jaký je rozdíl mezi pozitivními a negativními definicemi zdraví?
- Jak se vyvíjely modely zdraví a modely determinant zdraví?
- Co vyjadřuje tzv. produkční funkce zdraví?
- Jaké existují ukazatele úmrtnosti a nemocnosti?
- U kterých onemocnění byste využili ukazatel incidence a u kterých naopak ukazatel prevalence, a proč?

## CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

*Doplňte následující věty:*

Cítím se zdravý když... Jsem zdravý, protože... Cítím se nemocný, když... Onemocněl jsem, protože...

1. Jak byste na otázku „jak se dnes cítíš/cítíte?“ odpověděli, kdybyste hovořili a) s lékařem, b) s rodinou, c) s cizím člověkem?
2. Zamyslete se nad průběhem svého dosavadního života. Které faktory dle Vašeho názoru nejvíce ovlivnily Váš současný zdravotní stav? Řekli byste, že je Váš zdravotní stav spíše důsledkem Vašeho rozhodnutí o Vašem životního stylu nebo výsledkem souběhu nějakých vnějších faktorů?
3. Diskutujte možné rozdílné podoby zdravotní politiky (a jejích opatření), opírající se o různé koncepty zdraví (např. biomedicínský model zdraví / sociální model zdraví). Jak se budou nejspíše opatření takových zdravotních politik lišit?
4. Zamyslete se nad rozdíly v determinantách zdraví v případě Vás samotných a Vašich prarodičů. Liší se? Pokud ano, jak se liší a proč?
5. Zjistěte, jak se v ČR vyvíjejí míry úmrtnosti pro jednotlivé věkové a genderové kategorie a jaké jsou hlavní příčiny úmrtí v těchto kategoriích.
6. Na stránkách Státního zdravotního ústavu (SZÚ) vyhledejte studie zdravotního stavu populace (<http://www.szu.cz/tema/studie>). Do jakých šetření je SZÚ zapojen? Jaká data a informace zde lze získat?
7. Na stránkách SZÚ či Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) vyhledejte publikace, které analyzují zdravotní stav obyvatel ČR. Jaký výzkumný design a jaké ukazatele byly v případě daných šetření využity?
8. Prostřednictvím interaktivní databáze WHO – European Health for All Database (<http://data.euro.who.int/hfad/>) srovnajte vývoj vybraných ukazatelů zdravotního stavu v ČR a EU15, případně v dalších státech. Můžete porovnávat např. vývoj naděje dožití při narození, ukazatele specifické úmrtnosti, ukazatele nemocnosti či ukazatele životního stylu populace.

## 2 Spravedlnost a rovnost ve zdraví jako základní principy zdravotní politiky a strategie jejich rozvoje

### CO JE CÍLEM KAPITOLY

Druhá kapitola si klade za cíl seznámit vás blíže s jedním z hlavních cílů zdravotní politiky – spravedlností a rovností ve zdraví. Vysvětluje základní pojmy a shrnuje hlavní teoretické přístupy k chápání spravedlnosti (*fairness*) a ekvity (*equity*) ve zdraví. Pro tvorbu a hodnocení reálné zdravotní politiky jsou důležité strategie podpory spravedlnosti, ekvity a rovnosti ve zdraví, které vznikají na mezinárodní úrovni, především ve WHO, EU, případně OECD, proto se jim budeme rovněž věnovat.

### KLÍČOVÁ SLOVA

spravedlnost (*fairness*) ve zdraví

ekvita (*equity*) ve zdraví

rovnost ve zdraví

ekvita ve financování zdravotní péče (či ekvita v distribuci zdrojů)

konflikt (*trade off*) mezi ekvitou a efektivností

sociální gradient zdraví

hodnocení zdravotnických systémů

investice do zdraví

Strategie Zdraví 2020

Strategie Evropa 2020

### 2.1 *Spravedlnost a rovnost ve zdraví jako teoretické koncepty, vysvětlení pojmů*

Intuitivní a subjektivní chápání spravedlnosti není na individuální úrovni zpravidla problém. Ten vzniká v souvislosti s tím, že lidé chápou spravedlnost zpravidla různě. Chceme-li se spravedlností a ekvitou ve zdraví zabývat objektivně, musíme se připravit na to, že se jedná o dosti složité koncepty. Soustřeďují v sobě pohled mnoha různých vědních disciplín, např. politické filozofie, ekonomie, politologie, etiky. Koncepty spravedlnosti a rovnosti ve zdraví úzce souvisí s teorií distribuční spravedlnosti. Oba pojmy souvisí také se specifickou charakteristikou (omezeními) trhu zdravotnických služeb a zařazením zdravotní péče mezi statky pod ochranou (*merit goods*).

**Ekvita** ve zdraví je definována jako absence rozdílů ve zdraví mezi více a méně sociálně zvýhodněnými skupinami (Braveman, Gruskin, 2003) Na základě principů spravedlnosti reflektuje ekvita ve zdraví příležitosti jednotlivců a skupin k tomu být tak zdravý, jak jen je to možné (WHO, 2013a). Ekvita vždy zahrnuje **equalitu** (vyrovnanost) něčeho – např. příležitostí, zdraví, dostupnosti (Culyer, 2005). Ekvalita zdravotní péče bývá většinou spojována s rovným přístupem ke zdravotní péči se stejnými potřebami (Olsen, 2009).

Zatímco **efektivita (účinnost)** je jedním etickým imperativem pro koncipování a fungování zdravotních služeb a dalších determinant zdraví, ekvita je druhou hlavní podmínkou. (Culyer, 2005)

Horizontální ekvita se vztahuje k stejné léčbě stejného, vertikální ekvita znamená různou léčbu pro různé. Zdravotní program může být označen jako ekvitní, jestliže stejné výsledky byly dosaženy u lidí se stejnými potřebami a naopak neekvitní a nespravedlivý, pokud stejné zdravotní služby byly poskytnuty lidem s různými potřebami. Předmětem horizontální ekvity mohou být stejné zdroje (výdaje), příležitosti, využití nebo přístup k péči pro stejné potřeby (Phillips, 2005).

**Neekvita ve zdraví** je pojmem užívaným pro vyjádření existence rozdílů ve zdravotním statusu mezi jednotlivci v populaci. Přičemž se zkoumají rozdíly ve zdraví s ohledem na sociální zvýhodnění jednotlivců nebo skupin, které je determinováno bohatstvím, chudobou, vzděláním, společenskou prestiží či mocí.

Ekonomicky zaměřená literatura se zabývá pojmem stejná možnost volby (**equal choice**) a stejné příležitosti (**equal opportunities**). V literatuře bývá používán pojem ekvita ve financování zdravotní péče (či ekvita v distribuci zdrojů) a ekvita ve zdraví jako rovný přístup ke zdravotní péči (Williams, Cookson, 2000). V ekonomii pojem ekvita obvykle odkazuje na spravedlnost v distribuci zboží (v tomto případě zdraví) a spravedlnost je míněna jako redukce nerovností. Dalo by se říci, že ekvita implikuje equalitu a/nebo spravedlivou nerovnost (inequality) (Olsen, 2009)

V ekonomické literatuře bývá také diskutován **konflikt (trade off) mezi ekvitou a efektivností** v poskytování zdravotní péče. Tato problematika však naráží na konkrétní vymezení obou pojmů (ekvita, resp. spravedlnost a efektivnost) a zjednodušující předpoklady ekonomické teorie jako metodologického nástroje. (Grand, 1990; Kolman, 2013). Právě v oblasti zdravotnictví, kde dochází k řadě tržních selhání a tedy zásahům vlády, je konflikt

mezi ekvitou a efektivností nesmírně citlivým problémem, kdy musí být opatrně zváženo, jak dosáhnout více efektivního systému zdravotní péče a zároveň přispívat k ekvite ve zdraví. (Také viz kapitola ... dilemata zdravotní politiky).

**Rovnost ve zdraví** není stejným pojmem jako ekvita. **Ekvita** je hodnotově založeným konceptem, zabývá se nerovnostmi ve zdraví z hlediska jejich příčin a důsledků, zdůrazňuje širší socioekonomické souvislosti ovlivňování zdraví. Podstata rozdílu mezi rovností a ekvitou spočívá v tom, zda identifikace nerovností ve zdraví v sobě zahrnuje i normativní soudy vystavené na teoriích spravedlnosti, teoriích společnosti a úvahách o genezi zdravotních nerovností. Optikou ekvity jsou zdravotní rozdíly považovány za neopodstatněné a nespravedlivé nebo za důsledek některé formy nespravedlnosti (Whitehead, Dahlgren, 2007). Ne všechny nerovnosti ve zdraví je však možno považovat za nespravedlivé (například rozdíly mezi věkovými skupinami nebo některé rozdíly vyplývající z odlišností pohlaví) (Kawachi a kol., 2002). **(Ne)Rovnost ve zdraví** je pouze nástrojem pro měření zdravotního stavu s využitím ukazatelů např. úmrtnost, nemocnost, dostupnost služeb apod. **Nerovnosti (inequalities) ve zdraví** jsou definovány jako systematické odlišnosti ve zdravotním stavu mezi jednotlivci a populačními skupinami (Gakidou a kol., 2000). Nerovnosti ve zdraví a rovnost (equality) ve zdraví jsou považovány za dimenzionální koncept vycházející striktně z měřitelných veličin.

Existují dva odlišné přístupy k měření nerovností ve zdraví, které do jisté míry odrážejí zmíněný rozdíl mezi nerovnostmi ve zdraví a nespravedlností ve zdraví (Kawachi a kol., 2002). Častěji je využíváno měření rozdílů ve zdraví mezi jednotlivými předem vymezenými sociálními skupinami (např. sociální třídy, migranti). Tento přístup předpokládá existenci sociálních skupin, které nějakým způsobem odrážejí nerovnoměrnou distribuci zdrojů a životních příležitostí společnosti. Druhý způsob je založen na měření rozložení zdravotního stavu mezi jednotlivci v populaci, analogicky k měření příjmových nerovností. Argumentem pro tento druhý typ měření je, že eliminuje dilemata spojená s výběrem proměnných nutných pro měření rozdílů mezi sociálními skupinami, kdy již samotný výběr proměnných jako je např. sociální třída v sobě zahrnuje určitý normativní postoj. Tento způsob měření je také vhodnější pro komparaci nerovností z hlediska místa a času, kdy např. srovnávání nerovností ve zdraví mezi jednotlivými zeměmi není zatíženo kulturními rozdíly v chápání sociálních tříd. Na druhou stranu odpůrci tohoto přístupu argumentují, že popis nerovností ve zdraví zbavený sociálních souvislostí postrádá smysl a nezohledňuje sociální determinanty zdraví (Kawachi a kol., 2002; Braveman, 2006).

**Socioekonomické nerovnosti ve zdraví** můžeme definovat jako systematické rozdíly v nemocnosti a úmrtnosti mezi jednotlivci s vyšším a nižším socioekonomickým postavením, které jsou považovány za nespravedlivé (Mackenbach, 2004). Přestože chápání ne/spravedlnosti je silně kulturně a historicky podmíněno, jako podstatné kritérium určení toho, co je a není spravedlivé, může být míra kontroly nad okolnostmi, které ovlivňují zdraví. Pokud některé konkrétní znevýhodněné skupiny nemají možnost se vyhnout rizikovým pracovním podmínkám, nekvalitnímu a nezdravému bydlení, nedostupnosti zdravotní péče apod., pak z toho vyplývající zdravotní důsledky je možno považovat za nespravedlivé (Whitehead, 1990 dle Madarasová Gecková, 2005). Se socioekonomickými nerovnostmi ve zdraví jsou spojeny sociální determinanty zdraví. **Koncept sociálních determinant zdraví** je možno chápat jako soubor sociálních podmínek v nichž lidé žijí a pracují (Detels a kol., 2009: 102).

Pro definování socioekonomických nerovností ve zdraví je důležité zmínit i existenci **socioekonomického gradientu**, kdy nerovnosti ve zdraví nejsou otázkou rozdílu mezi chudými a zbytkem společnosti, ale kdy lidé na nižších příčkách socioekonomického postavení, měřeno např. příjmem, pracovní pozicí nebo dosaženým vzděláním, vykazují horší zdravotní stav než osoby z relativně vyšších socioekonomických skupin (Kawachi a kol., 2002).

### **Spravedlnost ve zdraví ve vztahu k sociální spravedlnosti**

Zdraví a dostupnost zdravotnických služeb jsou jedním z významných faktorů naplnění principu rovných příležitostí (Daniels, 2002), jako jednoho z principů spravedlnosti.

Pojmy spravedlnost a rovnost souvisí s redistribucí. Principy distribuční (sociální) spravedlnosti jsou normativní principy určené k alokaci statků, jejichž zásoba je omezená, ve vztahu k poptávce, s ohledem na charakteristiku rozdělovaných statků (např. bohatství, příjmy, přístup ke zdravotní péči), povahu subjektů, kterým jsou statky distribuovány (jednotlivci, skupiny, sociální třídy) a zásad, podle kterých jsou statky distribuovány (ekvita, individuální potřeby, tržní principy atd.).

Odpovědi na základní otázky distributivní spravedlnosti – co, kdy a za co jedinec dostává nebo by měl dostávat – prošly historickým vývojem od dob Platóna po současnost a korespondovaly s celospolečenským a ekonomickým vývojem. Idea sociální spravedlnosti je

stále přítomna v myšlení filozofů, sociologů, politologů, a to navzdory tomu, že neoliberální ekonomové proti ní vehementně bojují (Morawski, 2005).

V současné literatuře věnované medicínské etice v oblasti alokace zdravotní péče jsou rozlišovány čtyři základní teorie distributivní spravedlnosti (v souladu s teoriemi politické filozofie) a většinou se zaměřují na zdravotní péči jako na specifický statek. Egalitářské (rovnostářské) teorie zdůrazňují vytváření takových podmínek, které by podporovaly rovnost občana s ostatními v co největší míře, včetně zdraví a duševní pohody (Hoedemaeker, Dekkers, 2003). Utilitářské teorie (hlavními filozofy byl Jeremy Bentham a John Stuart Mill) se zaměřují na „užitky“ a na důsledky státních intervencí nebo politik. Z utilitaristického pohledu je zdravotnický systém hodnocen podle toho, jak se mu daří zvyšovat agregovaný užitek. Je zaměřen na zdraví populace jako celku (Ruger, 2004). Komunitaristické teorie se zaměřují na komunitní hodnoty a distribuce zdravotní péče nezávislých na zdravotních potřebách jednotlivce, ale na rozhodnutí komunity o potřebnosti daných zdravotních služeb (Hoedemaeker, Dekkers, 2003). Liberální teorie akcentují význam svobodné volby a zásluhovosti, přičemž poukazují na to, že zdravotnické systémy by mohly daleko více využívat principu konkurence, obdobně jak se tomu děje na volných trzích (Enthoven, 1987).

**Z ekonomického hlediska** lze tyto základní přístupy distributivní spravedlnosti znázornit také graficky pomocí funkce užítka a produkčních možností. Jde o mikroekonomický přístup, kde se zkoumá zjednodušený model, tedy rozdělení zdravotní péče mezi dva pacienty, případně mezi dvě skupiny pacientů. (Olsen, 2009; Williams, Cookson, 2000)

### **Spravedlnost, rovnost a lidská práva**

Existence spravedlnosti a práva není sice vzájemně podmíněna, ale přesto mezi oběma koncepty existuje řada důležitých vztahů. V oblasti zdravotní politiky se jedná zejména o úzký vztah mezi spravedlností a lidskými právy se vztahem ke zdraví, jako skupinou nárokových práv (claim rights). Koncept lidských práv je s kosmopolitními teoriemi spravedlnosti dnešní doby provázán natolik úzce, že jej můžeme považovat za jakousi „měnu“ či „platidlo“ kosmopolitní spravedlnosti (Dufek, 2010), přičemž právě skupina nárokových práv (claim rights) je s otázkami spravedlnosti spojena velmi úzce (Raphael, 2001).

Právo na zdraví zahrnuje právo na determinanty zdraví (jako je voda, hygienická opatření, výživa, bydlení a zdravé pracovní a environmentální podmínky), genderová rovnost, vzdělání a informace zaměřené na zdraví a dostupnou (cenově a prostorově) a kvalitní zdravotní péči. Nerovnosti ve zdraví korespondují s úrovní a rozložením přístupu k takovým determinantům

jako je příjem, vzdělání, životní prostředí, příležitosti k sociální participaci. Ekvita v sociálních determinantách zdraví tak potvrzuje uplatnění lidských práv souvisejících s rovností ve zdraví a rovným přístupem v dalších sociálních sférách.

Podle WHO je nezbytné uplatňovat lidskoprávní přístup při implementaci a prosazování existujícího legislativního rámce vztahujícího se k sociálním determinantám zdraví. Jednotlivé vlády jsou odpovědné za vytváření podmínek, které umožňují jednotlivcům být tak zdraví jak jen mohou být. Tato povinnost souvisí s nutností vlády zasahovat do individuálních svobod – např. když se jedná o regulaci či zdanění prodeje nebo spotřeby tabáku, alkoholu a tučných jídel. Lidská práva nabízí legální závazný rámec. Známé soudní případy ukazují, že rámec lidských práv má schopnost efektivně přimět k odpovědnosti vlády i v oblasti porušování „zdravotnických práv“. (WHO, 2013a )

## ***2.2 Strategie rozvoje spravedlnosti a ekvity ve zdraví v současném mezinárodním diskurzu zdravotní politiky a ekonomiky***

Z hlediska realizované zdravotní politiky a ekonomiky bývají formulované zejména dva hlavní cíle vlády moderních evropských států – zlepšení zdraví populace a dosažení spravedlnosti a rovnosti ve zdraví (McPake a kol., 2002).

V posledních sto až stopadesáti letech došlo celosvětově k významnému zlepšení zdraví obyvatelstva. K tomuto pokroku nedošlo však ve všech zemích a regionech rovnoměrně. Stále lze pozorovat významné rozdíly mezi vyspělými bohatými zeměmi a zeměmi rozvíjejícími se, stále přetrvává mezera ve zdraví (health gap) mezi vyspělými evropskými zeměmi (EU 15) a evropskými postkomunistickými zeměmi. Také v rámci jedné země lze pozorovat významné rozdíly ve zdraví mezi jednotlivými regiony či populačními skupinami, a to v závislosti na ekonomických a sociálních podmínkách.

Ekvita ve zdraví je již dlouhodobě považována za jeden z cílů zdravotní politiky na národní i nadnárodní úrovni (WHO, International society of equity in health, Global equity gauge alliance). Již v 70. letech byl princip ekvity ve zdraví uveden jako jeden z cílů koncepčního dokumentu WHO „Zdraví pro všechny do roku 2000“. Také evropský koncepční materiál „Zdraví 21“ zahrnuje ekvitu ve zdraví mezi své základní cíle (cíl č. 2).

**V současném mezinárodním odborném diskurzu v oblasti spravedlnosti a rovnosti ve zdraví jsou precizovány dvě hlavní tematické linie – jednak problematika socioekonomických determinant zdraví (socioekonomická podmíněnost lidského zdraví)**



**a také význam zdraví jako klíčového faktoru sociálního a ekonomického rozvoje (zdraví ve všech politikách, investice do zdraví, podpora zdraví, koncept kvality života atd.).**

Hlavními tvůrci strategií rozvoje spravedlnosti, ekvity a rovnosti ve zdraví v současné evropské zdravotní politice jsou především WHO, OECD a EU.

### **2.2.1 Světová zdravotnická organizace (WHO)**

WHO přispívá svým poznatkovým přínosem ve vztahu ke spravedlnosti a ekvitě ve zdraví v podstatě celou svou existencí. Hlavními jejími aktivitami ve vztahu k ekvitě a spravedlnosti ve zdraví je přístup k hodnocení zdravotnických systémů s ohledem na spravedlnost, koncept sociálních determinant zdraví, aktivity v oblasti podpory zdraví a současný silný důraz na sociální gradient zdraví a zahrnutí zdraví a ekvity ve zdraví do všech politik.

**Podle definice WHO ekvita znamená** (za ideálních podmínek) rovnost příležitostí k dosažení plného zdravotního potenciálu pro všechny. Nikdo by tedy neměl být znevýhodněn v tomto dosažení, pokud se lze takovému znevýhodnění vyhnout.

#### **Hodnocení výkonnosti zdravotnického systému (z hlediska ekvity, spravedlnosti)**

V roce 2000 přinesla WHO nový přístup k hodnocení celkové výkonnosti celého systému, který zachycuje všechny tři hlavní cíle zdravotnického systému – 1) zlepšování zdravotního stavu, 2) vstřícnost a 3) finanční spravedlnost (WHO, 2000; Murray, Frenk, 2000).

Dlouhodobě významnými rámcově formulovanými strategiemi WHO jsou Zdraví pro všechny do roku 2000 a na ni navazující strategie Zdraví 21. Obě strategie formulují jako prioritní cíl dosáhnout vyšší ekvity ve zdraví cestou snížení nerovností ve zdraví a zlepšením kvality poskytovaných zdravotnických služeb. Hlavním cílem WHO je dosažení co nejlepšího zdraví pro všechny. Hodnoty a principy, které WHO předkládá tvůrcům politiky, zahrnují solidaritu, dosažení zdraví, ekvitu a odpovědnost ve vztahu ke spotřebiteli péče (WHO, 1996: WHO, 2000). V Talinské chartě členské země WHO Evropského regionu obnovily svůj závazek k lidskoprávním normám jako je solidarita, rovnost, participace, transparentnost a odpovědnost. (WHO, 2008)

Zejména v posledních letech (od roku 2008) se WHO orientuje také na řešení otázek tvorby zdravotní politiky v novém paradigmatu finanční udržitelnosti, rozvíjen je koncept investic do zdraví, zvyšování výkonnosti zdravotnických systémů apod.

Strategie Zdraví 2020 (WHO, 2012b) byla schválena při jednání Regionálního výboru Světové zdravotní organizace pro Evropu na Maltě dne 12. září 2012. Jedná se o novou

strategii na podporu zdraví a blahobytu (well-being), která podporuje integraci a harmonizaci aktivit směřujících k podpoře zdraví a blahobytu napříč odvětvími na lokální, národní i mezinárodní úrovni. Strategie se zaměřuje na hlavní problémy 53 členských států evropského regionu, především na nerovnosti ve zdraví, finanční krizi a související snižování veřejných výdajů ve zdravotnictví a nárůst výskytu chronických neinfekčních onemocnění. Důvody pro přijetí nové strategie jsou především změny, které v Evropě nastávají a které ovlivňují zdraví. Zdraví 2020 pracuje s koncepty jako jsou sociální determinanty zdraví, investice do zdraví, sociální rozměr zdraví, nerovnosti ve zdraví, veřejné zdraví atd. Strategickými cíli jsou snižování nerovností ve zdraví a lepší vládnutí v oblasti zdraví. Hlavními měřitelnými cíli je – snížení fetální úmrtnosti, zvýšení střední délky života, snížení nerovností ve zdraví, posílení blahobytu populace, zajištění univerzálního krytí a práva na nejvyšší dosažitelný stupeň zdraví. Tato strategie jasně deklaruje úzké spojení mezi výkonností ekonomiky a zdravím, resp. celým zdravotnickým sektorem (WHO, 2012b).

Toto úzké propojení je reflektováno také v pokračující práci WHO v oblasti sociálních determinant zdraví a ekvity ve zdraví. WHO deklaruje (Marmot, 2012), že současné ekonomické potíže (ekonomická krize po roce 2008) jsou důvodem pro provádění akcí v oblasti sociálních determinant zdraví, nikoliv pro nečinnost. Práce WHO pokročila zejména v oblasti konkrétních návrhů opatření na zmírnění nerovností ve zdraví. Další posun je zřejmý v intenzitě deklarací nosných výchozích konceptů (např. univerzální přístup ke zdraví, lidská práva (právo na zdraví), svoboda rozvoje, sociální gradient zdraví), které zdůrazňují významnost sociálních determinant zdraví. WHO pracuje také s faktorem času, tedy potřebou cílit akce zdravotní politiky v průběhu celého lidského života (WHO, 2013a, WHO, 2013b).

### **2.2.2 Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (OECD)**

Integrovanou myšlenkou přístupu OECD k diskusi zdravotní politiky je orientace na problematiku hledání cest dlouhodobé udržitelnosti zvyšováním efektivnosti, účinnosti a kvality produkce zdravotnických služeb (high-performing health systems). V rámci těchto aktivit je nepochybně zřetelná také orientace na problematiku ekvity a spravedlnosti ve zdraví.

*„Pomáháme zemím dosáhnout vysoce výkonného zdravotního systému (high-performing health system) pomocí měření dosažených výsledků a použitých zdrojů ve zdravotnictví a pomocí analyzování politik, které zlepšují přístup ke zdravotní péči a její efektivnost a*

*kvalitu.*“ (OECD, 2013). Základními doporučeními pro high-performing health systems jsou (OECD, 2007):

- zvyšovat efektivitu pomocí lepší koordinace poskytování služeb zdravotní péče a využitím informačních technologií;
- zajistit přístup k vysoce kvalitním zdravotnickým službám a zdravotní péči;
- zajistit kvalitní pracovní sílu v oblasti zdravotní a dlouhodobé péče (s ohledem na budoucnost);
- zavést dobře formulované politiky cenotvorby léčiv;
- orientovat veřejnou (zdravotní) politiku na předcházení onemocněním, která jsou ovlivnitelná.

Současnými hlavními prioritními oblastmi aktivit OECD ve zdravotní politice je měření výsledků zdravotnických systémů; kvalita zdravotní péče; hodnota peněz ve výdajích na zdraví (value for money in health spending); ekonomie prevence onemocnění; financování zdravotnických systémů; dlouhodobá péče; pracovní síla ve zdravotnictví.

V souvislosti s ekonomickou krizí v roce 2008 se OECD zabývala tématy ve zdravotnictví „getting more value for money“ či „health system priorities when money is tight“. Z krátkodobého hlediska je dle OECD možné provést opatření, která jsou zacílena na omezení výdajů, ale z dlouhodobého hlediska by měla být politika zaměřena na zvyšování efektivity a kvality zdravotní péče. OECD upozorňuje, že redukce nákladů může ohrozit další cíle zdravotnických systémů včetně ekvity ve zdraví, přístupu ke zdraví a kvality zdravotní péče. (OECD, 2010a; OECD, 2010b).

Aktivity OECD mají zásadní význam pro tvorbu zdravotní politiky. Tento význam spočívá především v reflexi kauzálních vztahů, rizik a důsledků vývoje zdravotní politiky. Tím, že OECD přispívá k tvorbě „evidence-based“ poznatkové základny pro tvorbu zdravotní politiky (data, analýzy), poskytuje etické argumenty pro tvorbu efektivní a účelné zdravotní politiky.

Doporučení OECD nemají pro členské země závazný charakter, OECD nemůže přímo implementovat své argumenty do tvorby politiky jednotlivých členských zemí a některá doporučení se bohužel pohybují na velmi obecné úrovni. Posláním OECD je radit tvůrcům politik a informovat veřejné i soukromé zainteresované subjekty a občany jak uspokojit poptávku po větší a více kvalitní zdravotní péči, zejména když je veřejný rozpočet omezen.

### 2.2.3 Evropská unie – spravedlnost a solidarita jako základní princip strategických dokumentů zdravotní politiky EU

Solidarita, spravedlnost a dostupnost jsou základními principy všech evropských zdravotnických systémů. Na zásadě solidarity jsou založené i sociální a zdravotnické služby obecného zájmu rozvíjené Evropskou unií. (KOM(2004) 374).

Již Smlouva o EU zakotvila přístup nazývaný „zdraví ve všech politikách“. Tento přístup byl uplatňován ve strategii „Společně pro zdraví“ (Together for Health: A Strategic Approach for the EU) pro roky 2008–2013 (COM(2007) 630), která se opírá o základní **hodnoty zdravotních systémů EU (všeobecnost, přístup ke kvalitní péči, rovnost a solidarita) a dále zdůrazňuje, že hodnoty týkající se zlepšení zdraví musí zahrnovat omezení nespravedlnosti v oblasti zdraví**, deklaruje, že zdravotní politika musí být založena na nejlepších vědeckých důkazech vyvozených ze spolehlivých údajů a informací. Tato první zdravotní strategie Evropského společenství upozorňuje na důležitost investic do zdraví a problematiku udržitelnosti. Zdravotní politika na úrovni Společenství by měla podporovat dobrý zdravotní stav, chránit občany před hrozbami a podporovat udržitelnost.

Provádění strategie EU v oblasti zdraví podporuje pracovní skupina Rady pro veřejné zdraví na úrovni vyšších úředníků, která stanovila „zdraví ve všech politikách“ za hlavní prioritu a pravidelně posuzuje strategický význam ostatních politik pro zdraví. **Příčemž klíčovou činností strategie EU v oblasti zdraví je řešení nerovností.** Komise považuje rozsah nerovností v oblasti zdraví mezi lidmi žijícími v různých částech EU a mezi sociálně zvýhodněnými a znevýhodněnými občany EU za výzvu pro solidaritu, sociální a ekonomickou soudržnost, lidská práva a rovnost příležitostí, k nimž se EU zavázala (KOM(2009) 567; SEC(2009) 1397).

Nejnovější strategický dokument EU Strategie Evropa 2020 (KOM(2010) 2020) reaguje na problémy způsobené hospodářskou krizí odstartovanou v roce 2008 a zároveň bere v úvahu dlouhodobé problémy Evropy jako je globalizace, stárnutí společnosti, tlak na zdroje apod. Ačkoli Strategie nemá přímo řešit nerovnosti ve zdraví, jasně uznává, že je třeba bojovat proti nerovnostem jako předpoklad pro růst a konkurenceschopnost. Evropa 2020, jejíž součástí jsou tzv. Integrované guidelines (SEC(2010) 488), také upozorňuje na to, že zajištění rovného přístupu ke zdravotní péči přispívá sociální kohezi a sociální spravedlnosti, což napomáhá udržitelnému rozvoji.

Podobně jako OECD přístup EU také preferuje cíl dlouhodobé finanční udržitelnosti a zvyšování efektivity, avšak ruku v ruce se zajištěním univerzálního přístupu ke zdravotní péči a zvyšováním její kvality. Tento cíl formuluje Evropská komise také v rámci metody otevřené koordinace, jejímž prostřednictvím dochází ke kooperaci mezi členskými státy EU.

### ***2.3 Reflexe mezinárodního odborného diskurzu spravedlnosti a ekvity ve zdraví v českém politickém diskurzu***

V České republice není na rozdíl od mezinárodního odborného diskurzu problematika spravedlnosti a ekvity ve zdraví příliš reflektována v politickém diskurzu. V české zdravotní politice je kladen jednostranný důraz na medicínu a mechanismy jejího financování, dochází k podceňování významu podpory zdraví, sociálních determinant zdraví, role veřejného zdraví, opomíjení významu investic do zdraví. Tento přístup představuje riziko ohrožení české společnosti rychlým růstem zátěže chronickými nemocemi (obezita, kouření tabáku, duševní nemoci, podcenění významu kontroly zdraví při práci) se ztrátou ekonomické konkurenceschopnosti.

V ČR sice došlo za posledních dvacet let k prokazatelnému zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, zároveň se však Česká republika výrazně nepřibližuje v mnoha ohledech průměru Evropských zemí (střední délka života, úmrtnost celková i na hlavní skupiny nemocí), přetrvává tzv. mezera ve zdraví mezi ČR a vyspělými evropskými zeměmi. Formulace cílů zdravotní politiky tuto problematiku nijak nereflektuje. (Mašková, Háva, 2012)

Z analýzy formulace cílů české zdravotnické politiky v programových prohlášeních vlád od roku 1990 je zřejmé, že se politiky neidentifikovaly s paradigmatickým posunem od medicínského a organizačního přístupu k tvorbě zdravotní politiky zohledňující rostoucí význam sociálních a psychologických vlivů na zdraví či determinant zdraví obecně (Vacátko, 2011).

Cíle české zdravotní politiky za posledních 20 let efektivně nepracují ani se strategickými dokumenty mezinárodního odborného diskurzu (např. Health for All, Zdraví 21). Výjimku tvořily pouze vlády Miloše Zemana (1998–2002) a Vladimíra Špidly (2002–2004), které se snažily některé hodnoty z těchto dokumentů přenést do svých programových prohlášení. V tomto období je také patrná snaha o standardizaci české legislativy spojená se vstupem České republiky do Evropské Unie v roce 2004. Na Health 21 odkazuje také vláda Stanislava Grosse (2004–2005). Ostatní vlády se omezily především na zdůrazňování potřeby prevence před

návykovými látkami, případně na vzdělávání zdravotnických pracovníků. V cílech českých vlád se vůbec nevyskytují cíle zaměřené za snižování nemocnosti v populaci (Vacátko, 2011).

Podobně vyznívají cíle zdravotní politiky formulované v každoročních Národních programech reformy ČR, dokumentech, které jsou příspěvkem České republiky k plnění cílů Strategie Evropa 2020 (NPR 2012 a 2013), v letech 2006–2010 Lisabonské strategie (Háva, 2009; Holub, Háva, 2011; Holub, Háva, 2012).

V lednu 2014 byla Ministerstvem zdravotnictví ČR zveřejněna a usnesením vlády (Usnesení vlády ČR č. 23 z 8. 1. 2014) podpořena realizace Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí – Zdraví 2020. Tato Národní strategie představuje nově vypracovaný rámcový souhrn opatření pro rozvoj veřejného zdraví v ČR a je také nástrojem pro implementaci programu WHO Zdraví 2020 (WHO, 2012b). „**Má za úkol přispět k řešení složitých zdravotních problémů 21. století spojených s ekonomickým, sociálním a demografickým vývojem, a to zejména cestou prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví.**“ (MZ ČR, 2014).

#### Box 2. Cíle Národní strategie Zdraví 2020

**Hlavní cíl: Zlepšit zdravotní stav populace a snižovat výskyt nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet.**

Strategický cíl č. 1: Zlepšit zdraví obyvatel a snížit nerovnosti ve zdraví

Strategický cíl č. 2: Posílit roli veřejné správy v oblasti zdraví a přizvat k řízení a rozhodování všechny složky společnosti, sociální skupiny i jednotlivce

*Zdroj: MZ ČR, 2014*

#### SHRNUTÍ

Spravedlnost a rovnost ve zdraví jsou základními principy zdravotní politiky vyspělých zemí. Koncepty spravedlnosti a rovnosti ve zdraví úzce souvisí s teorií distribuční spravedlnosti. Oba pojmy souvisí také se specifickou charakteristikou (omezeními) trhu zdravotnických služeb a zařazením zdravotní péče mezi statky pod ochranou (merit goods). Pojem ekvita ve zdraví je z hlediska otázek spravedlnosti úzce spjat s konceptem lidských práv se vztahem ke zdraví a sociálním determinantám zdraví. Hlavními tvůrci strategií rozvoje spravedlnosti, ekvity a rovnosti ve zdraví v současné evropské zdravotní politice jsou především WHO, OECD a EU. V České republice není na rozdíl od mezinárodního odborného diskurzu problematika spravedlnosti a ekvity ve zdraví příliš reflektována v politickém diskurzu. Stále

přetrvává mezera ve zdraví mezi vyspělými evropskými zeměmi (EU 15) a evropskými postkomunistickými zeměmi.

#### DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

- Bayoumi A.M. 2009. Equity and health services. *Journal of public health Policy*; 30(2): 176–182.
- WHO. 2013b. Governance for health equity. Available from WWW: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/235712/e96954.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/235712/e96954.pdf?ua=1)>
- Culyer A.J. 2001. Economics and ethics in health care. *Journal of Medical Ethics*; 27: 217–222.
- Daniels N. 2001 [online]. Justice, Health and Healthcare. *The American Journal of Bioethics*; 1(2): 2–16.
- Enthoven A.C. 1988. Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance. North-Holland: American Elsevier.
- Marmot M. 2013 [online]. Health inequalities in the EU. Final report of a consortium. Available from WWW: <[http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/docs/healthinequalitiesineu\\_2013\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf)>
- Sdělení Komise Evropskému parlamentu, Radě, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a výboru regionů KOM(2013) 83 ze dne 2. 7. 2013. Za sociální investice pro růst a soudržnost – včetně provádění Evropského sociálního fondu v období 2014–2020. In: *EUR-Lex* [právní informační systém]. Available from WWW: <<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?qid=1422961659044&uri=CELEX:52013DC0083>>

#### KONTROLNÍ OTÁZKY

- Jak je definovaná ekvita ve zdraví a jak se liší od pojmu rovnost ve zdraví?
- Jak byste vysvětlili pojem spravedlnost ve zdraví?
- Proč je stanovován cíl ekvity ve zdraví?
- Jakými teoretickými koncepty se zabývá současný mezinárodní odborný diskurz ve vztahu ke spravedlnosti a rovnosti ve zdraví?

- Jaké strategie rozvoje spravedlnosti a ekvity ve zdraví byly a jsou diskutovány na půdě WHO?
- Co je hlavním cílem aktivit OECD v oblasti zdravotní politiky a jak tyto aktivity souvisí s problematikou spravedlnosti a ekvity ve zdraví?
- Jaké strategie ve vztahu ke spravedlnosti a ekvitě ve zdraví rozvíjí Evropská unie?
- Jak je reflektován mezinárodní odborný diskurz spravedlnosti a ekvity ve zdraví v českém politickém diskurzu?

## CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

1. Zamyslete se nad ekvitou ve zdraví jako teoretickým konceptem a realitou na druhé straně, kdy např. lidé, kteří si záměrně svým chováním ničí zdraví (kouření, alkohol atd.) mají dostat stejnou léčbu (výdaje, příležitosti) jako ostatní, kteří naopak žijí zdravým způsobem života. Jak byste jako tvůrce zdravotní politiky přemýšleli a postupovali?
2. Uveďte příklad konfliktu mezi ekvitou a efektivností ve zdravotnictví.
3. Diskutujte na téma „Které zdravotnické systémy lze považovat za spravedlivé a proč“?
4. Prostudujte kapitolu č. 5 „Systems checklist for governing for health equity through action on social determinants of health“ z: „WHO. 2013b. Governance for health equity. Available from WWW: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/235712/e96954.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/235712/e96954.pdf?ua=1)“ a zamyslete se nad uvedenými indikátory ve vztahu ke zdravotní politice v České republice. Zabývají se někteří aktéři české zdravotní politiky některými indikátory? Jak byste hodnotili úroveň rozpracovanosti české evidence-based zdravotní politiky ve srovnání s aktivitami WHO?
5. Jak formuluje současná vláda své priority v oblasti zdravotnictví – týkají se zdravotního stavu obyvatelstva, případně snižování nerovností a nespravedlností? Vyhledejte informace o práci Ministerstva zdravotnictví ČR na plnění cílů strategie Zdraví 2020.
6. Zkuste si sami pro sebe naformulovat svoje preference ve vztahu k přístupnosti zdravotnických služeb. Co vám osobně připadá „spravedlivé“, resp. „správné“, „dobré“? Preferoval(a) byste spíše rovnost přístupu ke službám bez ohledu na schopnost platit, nebo byste byli spíše pro nějakou modifikaci? Pokud platí druhá varianta, pokuste se výslovně stanovit, jakou variantu byste preferovali, tj. např. jaký rozsah péče by vám



připadal správný pro přístup bez omezení, jaká forma spoluúčasti by vám připadala správná apod. Zkuste se zpětně zamyslet i nad tím, co asi ovlivnilo vaše preference.

### 3 Lidská práva se vztahem ke zdraví

#### CO JE CÍLEM KAPITOLY?

Pro praktickou zdravotní politiku, pro hledání cest k řešení problémů spočívajících v nedokonalé spravedlnosti, kvalitě, dostupnosti či nákladovosti péče představují lidská práva se vztahem ke zdraví velmi významný institucionální faktor. Cílem této kapitoly je pochopit, jak tato práva vznikala, jak jsou upravena a jaké jsou jejich důsledky. K tomu je potřeba alespoň rámcově poznat role hlavních nadnárodních aktérů v této oblasti. Hlavní důraz je při našem výkladu položen na aplikované otázky spojené s legislativním zakotvením těchto práv v českém právním systému a zdravotní politice po roce 1989.

#### KLÍČOVÁ SLOVA

lidská práva

lidská práva se vztahem ke zdraví

přirozené právo

pozitivní právo

Mezinárodní pakt o sociálních, hospodářských a kulturních právech

právo na zdraví

euronovela Ústavy ČR

#### 3.1 Základní pojmy a definice

##### Definice lidských práv

Definic lidských práv je mnoho, lze rozlišovat, z jakého úhlu pohledu jsou koncipovány. Z hlediska právní teorie jsou lidská práva subjektivními právy veřejné povahy, svědčícími vždy určitému subjektu, konkrétně živé lidské bytosti od jejího narození až do smrti (Šimák, 2005). Lidská práva jsou také nároky lidí vůči státu, oprávněním jednotlivců požadovat od státu určité chování (Pavlíček a kol., 2002). Z pohledu filozofického je základní myšlenkou lidských práv rovnost všech v jejich lidské důstojnosti.

Lidská práva jsou souborem práv a svobod, které jsou člověku vlastní. Jsou chápána jako práva a oprávnění jednotlivce, která zajišťují svobodu a důstojnost člověka a používají institucionálních záruk. Lze říci, že jsou to taková práva, která náleží každému člověku bez

ohledu na jeho pohlaví, národnost, rasu, barvu pleti, politické či náboženské přesvědčení, sociální původ, vzdělání, majetkové poměry, genetické vlastnosti a další individuální znaky (Šišková, 2008)

Základní charakteristikou lidských práv je to, že jsou to práva jednotlivců jako lidských bytostí, vztahují se na všechny lidi na celém světě a týkají se především vztahu mezi jednotlivci a státem. Z praktického hlediska, mezinárodní lidskoprávní právo definuje, co vláda pro nás může dělat, nesmí dělat, a co by pro nás měla dělat (Gruskin, Tarantola, 2004; Gruskin a kol., 2008).

Lidská práva jsou právně zaručená lidskoprávním právem, ochraňují jednotlivce i skupiny před činnostmi, které jsou v rozporu se základními svobodami a lidskou důstojností. Lidská práva se zabývají především vztahem mezi jednotlivci a státem. Povinnostmi vlády ohledně lidských práv je obecně naplňovat principy respektování, ochrany a plnění těchto práv. (WHO, 2002)

### **Občanská, politická a sociální práva**

Obecně lze rozlišovat dvě hlavní skupiny lidských práv:

- 1) občanská a politická,
- 2) ekonomická, sociální a kulturní práva.

Druhá skupina lidských práv zahrnuje také právo na nejvyšší dosažitelný standard zdraví (právo na zdraví).

#### **Box 3. Právo na zdraví – právo na nejvyšší dosažitelný standard zdraví**

##### **Právo na zdraví – právo na nejvyšší dosažitelný standard zdraví**

Právo na zdraví není právo být zdravý. Je to právo na zboží, služby, zázemí a podmínky, které napomáhají realizaci nejvyššího dosažitelného standardu fyzického i psychického zdraví dle čl. 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech.

*Zdroj:*

### **Rozdíl mezi pozitivním a přirozeným právem a role přirozenoprávního přístupu ve vývoji konceptu lidských práv; pozitivizace práva**

Vznik a původ lidských práv je přímo spojen s teorií přirozenoprávní. Právě z přirozenoprávního hlediska vychází dnes každá euroamerická ústavní a mezinárodněprávní úprava lidských práv. Lidská práva v přirozenoprávním pojetí jsou hodnotovým kritériem

pozitivněprávní úpravy lidských práv, ať již ústavní či zákonné. Z hlediska filozofického mají lidská práva v přirozenoprávním pojetí charakter morálních norem, které pak vyjadřují hodnotové hledisko určité světové kulturní oblasti (Blahož, 2005).

Přirozené právo je v současných právních systémech pohlcováno právně pozitivistickým přístupem (Příbáň, 1996; Sousedík, 2010). Myšlení pozitivistické, ačkoli se zdá být na první pohled antipodem vyvracejícím přirozenoprávní přístupy, tyto přístupy konzervuje, uchovává (Hurdík, 2000).

#### **Box 4. Přirozený zákon vs. pozitivní zákon**

Přirozený zákon je nepsaná právní norma pocházející z lidské přirozenosti.  
Pozitivní zákon je zákon vyhlášený nějakou lidskou zákonodárnou mocí a je obvykle i na nějakém veřejně dostupném místě zveřejněný.

*Zdroj: Sousedík, 2010*

O pozitivizaci práva lze hovořit jako o historickém procesu utváření takového právního systému, ze kterého se vytrácí možnost legitimovat jej z jiných než z jeho vnitřních principů, případně ze širších kulturních souvislostí. Pozitivní právo se orientuje na budoucnost, neodvolává se na tradici. Moderní pozitivní právo je podmíněno fungováním brzd a rovnováh pomocí moci zákonodárné, výkonné a soudní a zároveň stanovením hranice mezi veřejným a soukromým životem a hranic regulace soukromého života (Keller, 2005; Příbáň, 1996; Večeřa, Urbanová, 2006). V ústavních systémech evropských států setrvává přirozenoprávní povaha ustanovení.

#### **Box 5. Rozdíl mezi pojmy „lidská práva se vztahem ke zdraví“ a „práva pacientů“**

##### **Rozdíl mezi pojmy „lidská práva se vztahem ke zdraví“ a „práva pacientů“**

Pojem „lidská práva se vztahem ke zdraví“ je nutné odlišovat od užšího pojmu „práva pacientů“, i když k určitému teoretickému průniku obou pojmů dochází.

- lidská práva se vztahem ke zdraví: součást lidských práv, kdy lidskými právy nejsou pouze ta práva, která jsou vymezena v ústavě a zákonech konkrétního státu, ale jsou jimi principy a hodnoty stojící nad státem, ústavou a právem (Blahož 2005).
- práva pacientů a jejich ochrana: těžiště ochrany pacienta je umístěno v

soukromoprávní oblasti, v rámci soukromého práva je pak řešena případná žaloba a soudní proces. Ochrana pacienta je pak doplněna veřejnoprávní regulací, kdy správní orgány dbají na ochranu pacienta – spotřebitele (Doležal, Doležal 2007).

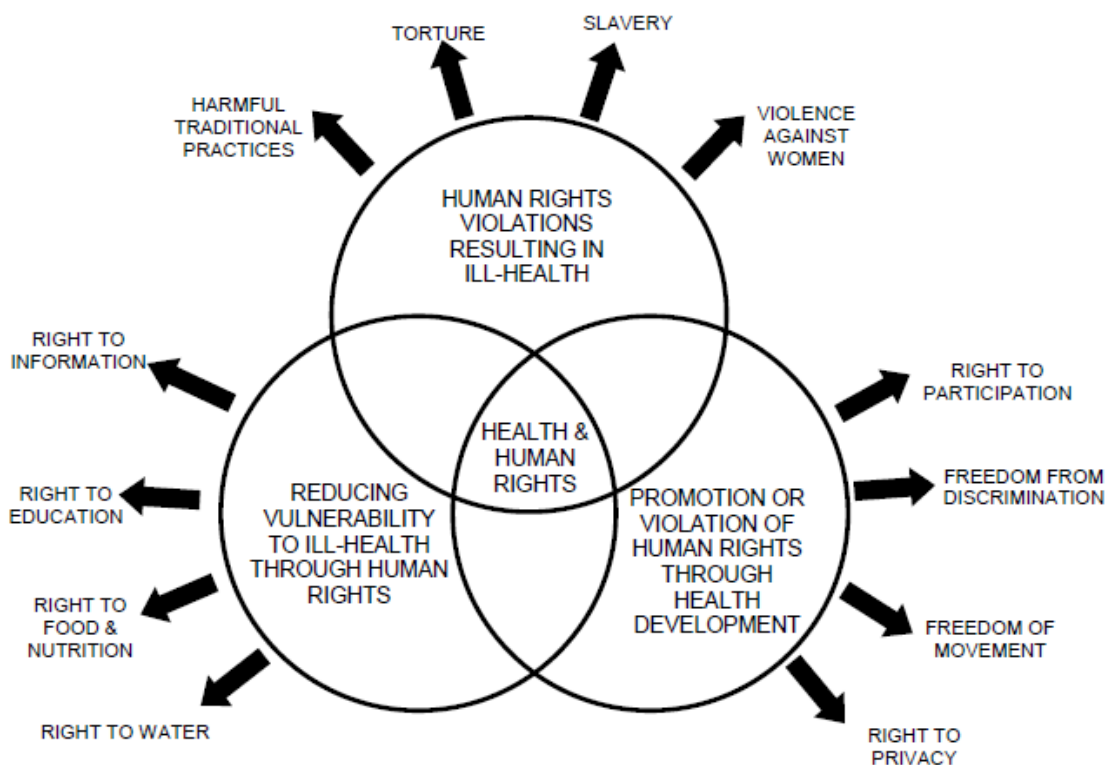
Zdroj: Blahož, 2005; Doležal, Doležal, 2007

### Vzájemná provázanost lidských práv se vztahem ke zdraví a ostatních lidských práv

Právo na zdraví úzce souvisí s realizací ostatních základních lidských práv zahrnutých do mezinárodního práva. Na jejich realizaci je také právo na zdraví závislé. Příklady vzájemné provázanosti lidských práv se vztahem ke zdraví s ostatními lidskými právy uvádí schéma č. 3. Mezi tato provázaná práva patří např. právo na život, bydlení, práci, vzdělání, ale také právo na přístup k informacím, svobodu sdružování atd. (Hunt a kol., 2011)

Lidská práva se vztahem ke zdraví jsou součástí obecného konceptu teorie lidských práv, včetně jeho multidisciplinárního pojetí.

Schéma 1. Příklady provázanosti zdraví a lidských práv



Zdroj: WHO, 2012c

### ***3.2 Historický vývoj konceptu lidských práv se vztahem ke zdraví***

Lidská práva jsou úzce spojena s historií lidstva a v určité podobě se objevují na počátcích lidské civilizace (sumerské a babylonské městské státy, antické Řecko, Řím, dále pak ve spisech Starého a Nového zákona, Desateru). Konkrétní myšlenky pak uvádí dílo Tomáše Akvinského, k obrovskému rozvoji v genezi lidských práv pak dochází v době osvícenství (Šimák, 2005). K výslovnému prohlášení lidských práv za státní zákony došlo poprvé na sklonku 18. století v americkém státu Virginii a krátce poté ve Francii (Sousedík, 2010).

K rozvoji mezinárodněprávní úpravy lidských práv dochází až v souvislosti s renesancí přirozenoprávních koncepcí po druhé světové válce (Blahož, 2005). Hlavním aktérem byla Organizace spojených národů.

### ***3.3 Role hlavních organizací (nadnárodních aktérů) a hlavní události vývoje konceptu lidských práv se vztahem ke zdraví***

#### **3.3.1 OSN**

K rozvoji konceptu lidských práv po roce 1945 významně přispěla Organizace spojených národů (OSN). Hlavním dokumentem byla Charta OSN z roku 1945 a následně Všeobecná deklarace lidských práv z roku 1948, která výrazně přispěla k rozšíření kodifikace lidských práv. Všeobecná deklarace je prvním mezinárodním instrumentem obecné povahy, vyhlášením ucelený katalog práv přiznaných každému jednotlivci, přičemž konceptu lidských práv se vztahem ke zdraví se pak týká především článek 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech (OSN, 1966), viz box 9.

#### **Box 6. Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech**

##### **Článek 12.**

1. Státy, smluvní strany Paktu, uznávají právo každého na dosažení nejvyšší dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví.
2. Státy, smluvní strany Paktu, učiní opatření k dosažení plného uskutečnění tohoto práva, která budou zahrnovat:
  - a. opatření ke snížení počtu potratů a kojenecké úmrtnosti a opatření ke zdravému vývoji dítěte;
  - b. zlepšení všech stránek vnějších životních podmínek a průmyslové hygieny;
  - c. prevenci, léčení a potírání epidemických a domácích chorob, nemocí z povolání a jiných nemocí;
  - d. vytvoření podmínek, které by zajistily všem lékařskou pomoc a péči v případě nemoci.

*Zdroj: OSN, 1966*

Jakmile vláda ratifikovala mezinárodní pakt, je povinna podávat zprávu o naplňování ustanovení paktu, a to každých několik let konkrétnímu kontrolnímu orgánu OSN, a to na základě pokynů pro podávání zpráv („General Guidelines for Reporting“). Pro sledování dodržování práva na zdraví byl v roce 2002 Komisí pro lidská práva na půdě OSN vytvořen mandát „Special Rapporteur“, který každoročně informuje, diskutuje problémy, dává doporučení ohledně dodržování práva na zdraví.

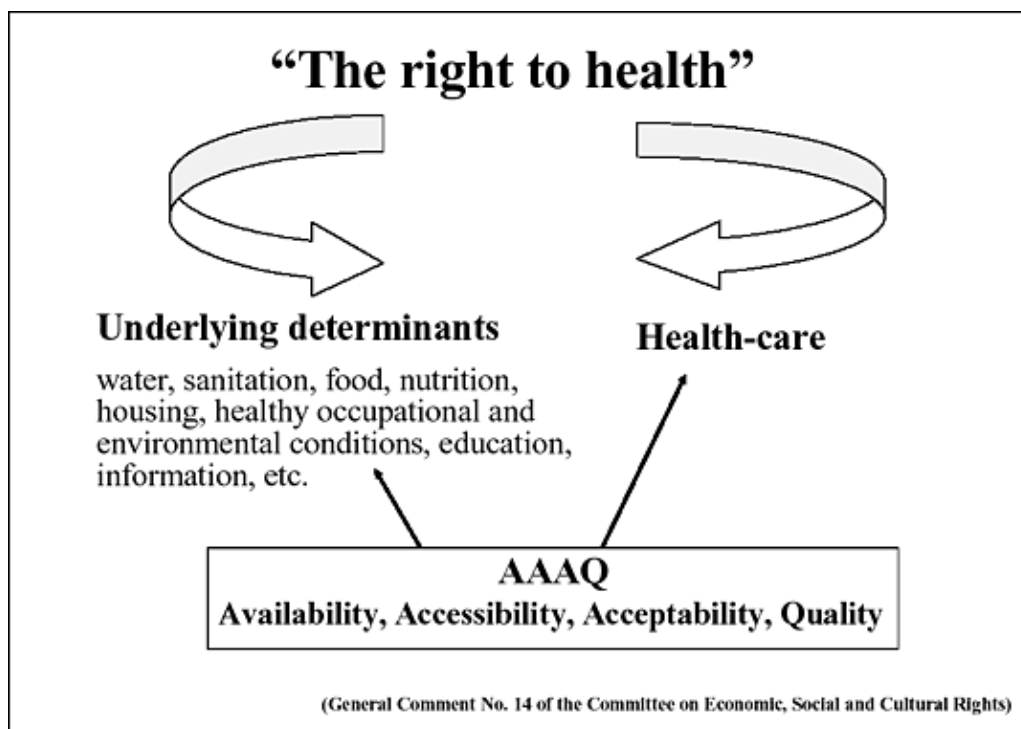
Reálné vazby mezi konceptem lidských práv a zdravím se až do 90. let 20. století nerozvíjely. Silným impulsem pro takový vývoj byly teprve až události spojené s pandemií HIV/AIDS v Africe, s diskusemi o zdraví žen, s problémy násilí. Tomuto vývoji přispělo několik mezinárodních konferencí, realizovaných pod záštitou OSN. Také vlády rozvojových i rozvinutých států věnují ve zvýšené míře pozornost lidským právům se vztahem ke zdraví.

Práci OSN v oblasti zdraví a práva na zdraví upevňují aktivity orgánů OSN, zejména UNICEF, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), United Nations Population Fund (UNFPA) a WHO.

### 3.3.2 WHO

Podle WHO znamená právo na zdraví, že vlády států musí vytvářet podmínky, v nichž každý může být tak zdravý, jak je to možné. Tyto podmínky spočívají v zajištění dostupnosti zdravotních služeb, zdravých a bezpečných pracovních podmínek, odpovídajícího bydlení a dostatku potravy.

Schéma 2. Prvky konceptu práva na zdraví podle WHO



Zdroj: WHO, 2013c

Koncept práva na zdraví obsahuje dle výše uvedeného schématu 3 WHO čtyři základní prvky („AAAQ“). Prvním je dostupnost či použitelnost, a to konkrétně dostupnost zdravotnických zařízení, zdravotnických služeb, léků i samotných lékařů v dostatečné míře. Do této oblasti se dá počítat i dostupnost preventivních a dalších zdravotnických programů. Další podmínkou je přístup. To znamená, že zdravotnická zařízení, zdravotnický personál a léky jsou přístupné všem, je třeba, aby to bylo zajištěno státem. Pojem přístupu má čtyři roviny: zákaz diskriminace, reálný, praktický přístup, ekonomický nebo finanční přístup a přístup k informacím. Termín přijatelnosti značí citlivý a etický přístup k pacientům. Zdravotnická zařízení a služby musí brát v potaz kulturní prostředí a etické normy. Posledním předpokladem je kvalita, tedy vysoká míry kvality zdravotnického personálu, zařízení a léků.

Právo na zdraví, stejně jako ostatní lidská práva, stanoví tři požadavky, které je nutné dodržovat. První je respektování tohoto práva bez jakéhokoli zasahování do jeho výkonu. Druhou podmínkou je ochrana tohoto práva. To znamená, že stát musí zajistit, aby právo na zdraví nebylo jinou stranou porušováno. Třetím předpokladem je plnění práva. To znamená, že je třeba vyvinout všechny možné kroky k realizaci tohoto práva na zdraví. Z výše



uvedeného vyplývá, že je povinností státu, aby zajistil výkon a ochranu práva na zdraví. Právo na zdraví má tedy relevanci k právu na ochranu zdraví.

Nejaktuálnějším strategickým dokumentem WHO je strategie Zdraví 2020 (WHO, 2012b). Jedná se o novou strategii na podporu zdraví a blahobytu (well-being), která podporuje integraci a harmonizaci aktivit směřujících k podpoře zdraví a blahobytu napříč odvětvími na lokální, národní i mezinárodní úrovni. Práce WHO se v posledních letech rozvíjí zejména v oblasti konkrétních návrhů opatření na zmírnění nerovností ve zdraví, přičemž konceptuální rámec těchto nerovností pracuje jak s mikro, tak makro pohledem a opírá se o lidskoprávní přístup v oblasti zdraví. Plná realizace lidských práv je rozhodující pro zlepšování zdraví a redukování nerovností. (WHO, 2013b)

### 3.3.3 Rada Evropy

Evropský systém ochrany lidských práv byl vytvořen Radou Evropy, založenou v roce 1949 původně jen západoevropskými státy s parlamentní demokracií a pluralitním politickým systémem. V 90. letech 20. stol. však došlo k přijetí států ze střední Evropy, čímž se Rada Evropy stala opravdu celoevropskou organizací. Smluvní systém ochrany lidských práv je založen na dvou pilířích: Evropské úmluvě o ochraně lidských práv a svobod z roku 1950 a Evropské sociální chartě z roku 1961.

Evropská úmluva o lidských právech (dále jen Evropská úmluva) se inspirovala Všeobecnou deklarací lidských práv OSN. Spolu s některými dalšími dokumenty vypracovanými v rámci Rady Evropy vytváří evropský regionální rámec. Na rozdíl od mechanismu protekce základních práv na úrovni Evropské unie, který, co se týče regionální působnosti, se vyznačuje subregionální dimenzí, v případě Evropské úmluvy se jedná o opravdu panevropský dosah a celoevropský regionální mechanismus. Signatáři této konvence jsou současně i členy Rady Evropy, jelikož jednou ze základních podmínek členství v Radě Evropy byl podpis Evropské úmluvy (v okamžiku vstupu) a její ratifikace (zásadně ne později než rok poté).

Hlavní potenciál Evropské úmluvy nespočívá v rozsahu chráněných práv, ale nachází se v jejím institucionálním mechanismu ke kontrole dodržování těchto práv, z hlediska mezinárodního práva se jedná v mnoha ohledech o revoluční přístup. Ke zvláštnostem tohoto mechanismu patří to, že se vyznačuje rysy soudního typu, což je méně frekventovaný model v rámci mezinárodní ochrany lidských práv. Kontrolní systém spočívá na pojmu kolektivní garance (Sudre, 1997). Kontrolní mechanismus Evropské úmluvy (nazývaný Štrasburským

kontrolním mechanismem) je zajišťován soustavou institucí (Evropský soud pro lidská práva, Výbor ministrů) a procedurami řízení před nimi v souvislosti se stížnostmi o porušení lidských práv a svobod vyplývajících z Evropské úmluvy. Tyto procesní postupy jsou v jurisdikci běžně označovány jako „evropská procedura“ (Šišková, 2008; Šturma, 2003).

Rychlý rozvoj moderní vědy v oblasti biologie a lékařství s sebou přináší zároveň etické a právní problémy, proto byla v roce 1997 členskými státy Rady Evropy přijata Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, tzv. Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Tato úmluva stanovuje požadavky na zajištění lidské důstojnosti a lidských práv v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Cílem této úmluvy je ochrana důstojnosti a svébytnosti každého člověka a všem bez diskriminace zaručit úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a ostatní svobody při aplikaci biologie a medicíny. Úmluva upravuje např. souhlas pacienta s lékařským zákrokem, právo na soukromí, právo každého na všechny dostupné informace o zdravotním stavu, právo na rovnou dostupnost zdravotní péče. Ustanovení Úmluvy zakládají povinnost zdravotníků postupovat *lege artis*. Úmluvou jsou chráněna práva osob, které se účastní vědeckého výzkumu. Dále je zde upraven postup při darování orgánů a tkání a zakotven zákaz finančního prospěchu z lidského těla a jeho částí.

### 3.3.4 Evropská unie

Evropské společenství vzniklo v 50. letech 20. století jako odezva na 2. světovou válku. Evropské země se sdružily ve spolek, který měl za prvotní cíl hospodářskou spolupráci, během let však došlo k intenzivnímu vývoji spolupráce v dalších oblastech. Lidská práva a jejich ochrana doprovázely myšlenku jednotného evropského seskupení již od založení Evropských společenství. Rozhodující význam pro rozvoj lidských práv v rámci evropských společenství měl a má Evropský soudní dvůr. Nosnými pilíři lidskoprávní dimenze jsou potom Maastrichtská smlouva (1992), Amsterodamská smlouva (1997) a Smlouva z Nice (2000) (Blahož, 2005).

Evropská unie zvyšuje svůj zájem o problematiku zdravotnického práva a zdravotní politiky a její souvislosti s lidskými právy v posledních 15 letech (Mossialos a kol., 2010). V prosinci 2000 byla na summitu v Nice vyhlášena Charta základních práv a svobod Evropské unie. Snaha učinit Chartu právně závaznou vedla k začlenění jejího textu do druhé části Smlouvy o Ústavě pro Evropu. Tento dokument byl sice ratifikován v několika státech, ale „Evropská ústava“ byla v roce 2005 odmítnuta referendem v Nizozemí a Francii a celý proces evropské

integrace se zastavil. To znamenalo i fakt, že se nepodařilo začlenit Chartu základních práv a svobod EU do právně závazného dokumentu a zůstává na jedné straně jen deklarací. Na druhé straně Charta zůstává určitým evropským měkkým právem („soft law“).

Dalším mezníkem ve vývoji základních lidských práv a svobod bylo přijetí tzv. Lisabonské smlouvy. Od chvíle, kdy vstoupila v platnost Lisabonská smlouva, tedy od 1. prosince 2009, se stala Listina, která je její součástí, pro členy EU právně závazným dokumentem. Během procesu ratifikace se právě tento dokument stal předmětem polemik, které vyústily v prosazení výjimky z jeho působnosti (respektive speciálního režimu jeho uplatnění) pro Polsko, Irsko, Velkou Británii a Českou republiku. Pro tyto platí pro aplikaci Listiny základních práv EU zvláštní režim.

Základní práva, která jsou zaručena Evropskou úmluvou o ochraně lidských práv a základních svobod a která vyplývají z ústavních tradic společných členským státům, tvoří dle Lisabonské smlouvy obecné zásady práva Unie. Lisabonská smlouva odkazuje na Listinu základních práv jako na katalog práv, jichž by podle EU měli požívat všichni její občané ve vztahu k evropským institucím a právním předpisům. Šest hlav Listiny se týká těchto oblastí: práva související s důstojností, svoboda, rovnost, solidarita, občanská práva a spravedlnost. Orgány EU musí ctít práva jmenovaná v Listině. Totéž platí pro členské státy, když provádějí evropské právo ve svých právních řádech. Řádné uplatňování Listiny zajišťuje Soudní dvůr. Listina nijak nemění pravomoci Unie, ale posiluje práva a svobody občanů.

Podle Závěrů Rady Evropské unie o společných hodnotách a zásadách ve zdravotních systémech EU (2006/C 146/01) jsou zdravotní systémy ústřední součástí vysoké úrovně sociální ochrany v Evropě a jsou velkým přínosem pro sociální soudržnost a sociální spravedlnost. Základními společnými hodnotami a zásadami zdravotních systémů EU jsou všeobecnost, přístup ke kvalitní péči, rovnost a solidarita. Strategický přístup pro EU na období let 2008–2013 „Společně pro zdraví“ (KOM(2007) 630) se opírá o tyto základní hodnoty a dále zdůrazňuje, že hodnoty týkající se zlepšení zdraví musí zahrnovat omezení nespravedlnosti v oblasti zdraví, deklaruje, že zdravotní politika musí být založena na nejlepších vědeckých důkazech vyvozených ze spolehlivých údajů a informací. Tato první zdravotní strategie ES upozorňuje na důležitost investic do zdraví a problematiku udržitelnosti. Zdravotní politika na úrovni Společenství by měla podporovat dobrý zdravotní stav, chránit občany před hrozbami a podporovat udržitelnost. Stejně vyznívají také aktivity aplikující metodu otevřené koordinace v oblasti sociální ochrany a sociálního začlenění v rámci Lisabonské strategie 2000–2010 a následně strategie Evropa 2020.

### **3.4 ČR a její závazky ve vztahu k lidským právům se vztahem ke zdraví**

V ČR byla po roce 1990 věnována poměrně významná pozornost četných teoretiků a politiků otázkám lidských práv, jejich zakotvení do českého právního řádu. Českou republiku rozhodně však nelze řadit mezi aktivní faktory rozvoje lidských práv a jejich aplikace, spíše tomu bylo naopak, a to i přes členství v Radě Evropy od počátku 90. let a vstup ČR do EU, kde lidská práva a mechanismy jejich ochrany sehrávají podstatně významnější roli při koncipování politických rozhodnutí. Pokud můžeme sledovat v ČR efekty lidských práv, pak tomu bylo vždy zejména v rámci mezinárodního působení vlivu OSN, Rady Evropy, EU.

**Česká republika ratifikovala mezinárodní dokumenty uvedené v boxu 10 někdy s větším či menším zpožděním.**

#### **Box 7. Českou republikou ratifikované mezinárodní dokumenty**

Přijaté mezinárodní smlouvy v ČR

1. Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech z roku 1966 ČR ratifikovala zákonem č. 120/1976 Sb.
2. Úmluva o závodních zdravotnických službách (zákon č. 415/1988 Sb.)
3. Úmluva na ochranu lidských práv a základních svobod z roku 1950 (zákon č. 209/1992 Sb.)
4. Evropská sociální charta z roku 1961 (zákon č. 14/2000 Sb.)
5. Úmluva o lidských právech a biomedicině z roku 1997 (zákon č. 96/2001 Sb.)
6. Úmluva o právech dítěte z roku 1989 Česká republika ratifikovala Úmluvu o právech dítěte v roce 1991 (Sdělení Federálního ministerstva zahraničních věcí č. 104/1991 Sb., resp. zákon č. 3/1993 Sb., tzv. recepční norma, na základě které se Úmluva po rozdělení ČSFR stala součástí právního řádu ČR).
7. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením – Sběrka mezinárodních smluv č. 10/2010

*Zdroj: Autoři*

Kromě mezinárodních smluv, zavazujících Českou republiku v oblasti poskytování zdravotní péče a medicínského práva, je dalším právním předpisem vyšší právní síly než zákon Listina základních práv a svobod. Problematiky lidských práv se vztahem ke zdraví se týká zejména článek 6 – právo na život, článek 7 – nedotknutelnost osoby a jejího soukromí, článek 8 – osobní svoboda, článek 10 – právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno a článek 31 (Mach, 2006).

## Box 8. Článek 31 Listiny základních práv a svobod

### Článek 31 Listiny základních práv a svobod

Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.

*Zdroj: Listina základních práv a svobod, 1993*

V souvislosti s naplněním článku 31 Listiny základních práv a svobod vznikla několikrát diskuse o vymezení rozsahu poskytovaných zdravotních služeb. Důležitými nástroji pro vymezení rozsahu poskytovaných zdravotnických služeb jsou prováděcí předpisy veřejného zdravotního pojištění a zdravotně pojistné plány. Již dvakrát však Ústavní soud ČR stanovil, že definovat zákonné vymezení obsahu a rozsahu podmínek a způsob poskytování práva občana na bezplatnou zdravotní péči je možné jen zákonem (Nález ÚS ČR sp. zn. Pl. ÚS 35/1995, Nález ÚS ČR sp. zn. Pl. ÚS 36/11). Ve vztahu ke konceptu lidských práv se vztahem ke zdraví se jedná o otázku dvojkolejného systému poskytování zdravotní péče. Ústavní soud svým nálezem Pl. ÚS 36/11 ze dne 20. 6. 2013 tuto dvoukolejnost zrušil, z jeho pohledu šlo ale pouze o procesní chybu.

Další deficity v českém zdravotnickém právu jsou ve vztahu k lidským právům spatřovány v chybějících institutech kontroly a ochrany, např. chybí zákonem podrobněji upravený nezávislý mimosoudní orgán pro vymahatelnost práv pacientů s jejich zastoupením. Takovéto orgány by mohly nejen posílit práva pacientů a veřejnosti, ale i zkvalitnit a zefektivnit celkový systém zdravotnictví. (Vláda ČR, 2011) Také nedochází k posílení vlivu občanů na správu a kontrolu zdravotního pojištění a na hospodaření i kvalitu veřejných nemocnic jejich reprezentací v orgánech zdravotních pojišťoven a nemocnic, posílení nezávislosti kontroly a posuzování kvality zdravotní péče za účasti zástupců pacientů, případně zdravotních pojišťoven, ale i např. právníků specializovaných na zdravotnické právo. Ti by měli např. být členy nezávislých odborných komisí posuzujících stížnosti na poskytování zdravotní péče a ne být pouze přizýváni, aby tak bylo zajištěno zastoupení všech dotčených skupin a věc byla posouzena i z jiného než čistě medicínského pohledu. (Vláda ČR, 2012)

### 3.4.1 Euronovela Ústavy ČR

V roce 2001 byla v souvislosti s připravovaným vstupem ČR do EU novelizována Ústava ČR se záměrem efektivnějšího rozvoje aplikace lidského práva do českého právního řádu.

Výsledkem tohoto záměru však byl naopak vznik problémů s uplatněním dokumentů mezinárodního práva, vztahujících se k lidským právům. V praxi to vedlo k omezení rozhodovacích pravomocí Ústavního soudu ČR (Háva, 2008; Kühn, Kysela, 2002). Hlavním smyslem novelizace Ústavy ČR v roce 2001 (Ústavní zákon č. 395/2001 Sb.) s účinností od 1. června 2002 bylo dát Ústavě mnohem širší mezinárodní a evropský rozměr pokud jde o vztah vnitrostátního a mezinárodního, resp. evropského práva. V rámci novelizace došlo mimo jiné k zásadní změně obsahu čl. 10 Ústavy upravujícího postavení mezinárodních smluv v právním řádu ČR. Nový článek 10 Ústavy ČR je klíčovým ustanovením „euronovely“, jelikož rozšiřuje dosavadní zásadu inkorporace mezinárodních smluv lidskoprávních na inkorporaci všech mezinárodních smluv, k jejichž ratifikaci dal Parlament souhlas. Takové mezinárodní smlouvy jsou součástí právního řádu České republiky za předpokladu, že jsou vyhlášené a Česká republika je jimi vázána. Kromě samotného „vtažení“ těchto mezinárodních smluv do právního řádu řeší článek 10 i jejich vztah k zákonům. Stanoví-li totiž mezinárodní smlouva něco jiného než zákon, použije se právě mezinárodní smlouva (Kysela, 2002). Výsledkem euronovely je také proklamativně zvýšený důraz v dimenzi recipování závazků ČR z oblasti mezinárodního práva (čl. 1 odst. 2 Ústavy).

## SHRNUTÍ

Lidská práva se vztahem ke zdraví jsou součástí obecného konceptu teorie lidských práv, včetně jeho multidisciplinárního pojetí. K rozvoji konceptu lidských práv po roce 1945 významně přispěla Organizace spojených národů (OSN). Hlavním dokumentem byla Charta OSN z roku 1945 a následně Všeobecná deklarace lidských práv z roku 1948. Všeobecná deklarace je prvním mezinárodním instrumentem obecné povahy, vyhlášeným uceleným katalogem práv přiznaných každému jednotlivci, přičemž konceptu lidských práv se vztahem ke zdraví se pak týká především článek 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech (OSN, 1966). Dalšími významnými nadnárodními aktéry mezinárodního diskurzu ochrany lidských práv se vztahem ke zdraví je Světová zdravotnická organizace, Rada Evropy, Evropská unie. Kromě mezinárodních smluv, zavazujících Českou republiku v oblasti poskytování zdravotní péče a medicínského práva, je dalším právním předpisem vyšší právní síly než zákon Listina základních práv a svobod.

## DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

Gruskin S, Bogecho D, Ferguson L. 2010. Rights-Based Approaches to Health Policies and Programmes: Articulations, Ambiguities and Assessment. *Journal of Public Health Policy*; 31(2): 129–145.

Gruskin, S. 2012. Human rights in health systems frameworks: what is there, what is missing and why does it matter? *Global public health*; 7(4): 337–51.

OSN. 2008 [online]. Promotion and Protection of All Human Rights, Civil, Political, Economic, Social and Cultural Rights. Report of the Special Rapporteur on the rights of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt. Available from WWW: <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G08/105/03/PDF/G0810503.pdf?OpenElement>>

OSN. 2000 [online]. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health – UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Available from WWW: <<https://www.nesri.org/resources/general-comment-no-14-the-right-to-the-highest-attainable-standard-of-health>>

## KONTROLNÍ OTÁZKY

- Co jsou to lidská práva, jaké jsou hlavní mezníky ve vývoji konceptu lidských práv?
- Co jsou to přirozená práva a jak se odlišují od pozitivního práva?
- Jaké prvky zahrnuje koncept lidských práv se vztahem ke zdraví?
- Jak je provázáno právo na zdraví s ostatními lidskými právy?
- Jak se liší koncept lidských práv se vztahem ke zdraví a právní zakotvení práv pacientů a jejich ochrany?
- Jak je pojímáno právo na zdraví z pohledu OSN?
- Jak definuje WHO právo na zdraví?
- Jak je integrován princip lidských práv se vztahem ke zdraví do českého práva a zdravotní politiky?

## CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

1. Proč jsou lidská práva důležitá v kontextu veřejného zdraví? Zamyslete se nad hlavními argumenty.
2. Zamyslete na tím, zda a v jakém rozsahu jsou lidská práva se vztahem ke zdraví zohledňována při přípravě, tvorbě a implementaci reformních kroků v českém zdravotnictví.
3. Vyhledejte v databázi nálezů ústavního soudu aktuální (od roku 2014) nálezy související s problematikou lidských práv se vztahem ke zdraví. Došlo k nějakým změnám, doplněním informací o českém zdravotnickém právu?



## 4 Zdravotní politika: proces její tvorby a realizace; aktéři a instituce ve zdravotní politice

### CO JE CÍLEM KAPITOLY?

Kapitola se věnuje vymezení zdravotní politiky jako předmětu zkoumání a má za cíl poskytnout studentům rámce pro analýzu a výklad v této oblasti probíhajících procesů. Nejprve se zaměřuje na vymezení zdravotní politiky se záměrem poukázat na rozmanitost možných definic zdravotní politiky. Dále uvádí některé vybrané přístupy k analýze a vysvětlení politického procesu, které mají svůj původ v oboru veřejné politiky. Součástí kapitoly je také přehled aktérů zdravotní politiky a analýza vlivu aktérů zdravotní politiky v českém prostředí. V neposlední řadě se stručně věnuje nástrojům zdravotní politiky, přístupům ke zdravotní politice a procesu analýzy a tvorby veřejných politik, tak jak jej chápe obor policy analysis.

### KLÍČOVÁ SLOVA

veřejná politika	aktéři zdravotní politiky
zdravotní politika	instituce
politický proces	nástroje zdravotní politiky
teorie politického procesu	analýza zdravotní politiky

#### 4.1 Možnosti vymezení zdravotní politiky

Jak je patrné z definic, které uvádíme v boxu 12, zdravotní politiku lze vymezit mnoha způsoby.

##### Box 9. Vybrané definice zdravotní politiky

BARKER, 1996: „(...) politiky určují náplň zdravotní péče a sladují výkon zdravotní péče ... Na zdravotní politiku můžeme nahlížet jako na sít propojených **rozhodnutí**, která dohromady určují přístup nebo strategii řešení praktických problémů, které se týkají poskytování zdravotní péče.“ (s. 5–6)

DRBAL, 1996: „Zdravotní politika jako **vyjádření zájmu státu** na zdravotním stavu jeho obyvatel“. (s. 6)

PALFREY, 2000: 2 pojetí zdravotní politiky:

1. „**Autoritativní vyjádření** záměru vlád, které zastupují veřejnost, s cílem zlepšit zdraví a blaho populace, neboli centrálně stanovené východisko k jednání.
2. **To, co zdravotní orgány opravdu dělají**, spíše nežli to, co by dle vlád měly dělat. Obsah zdravotní politiky je možné pozorovat až prostřednictvím výsledků rozhodování.“ (s. 3)

DRBAL, 2001: Věcný obsah zdravotní politiky: „(...) **usměrňování vlivu různých determinant na lidské zdraví s cílem jeho ochrany, pozitivního posilování jeho potenciálu i jeho možného návratu v případě jeho oslabení, narušení a nemoci.**“ (s. 17) – Toto pojetí vyžaduje tvorbu tzv. **objektivní zdravotní politiky** – politiky opřené o poznatky o zdravotním stavu populace.

WALT, 2004: Zdravotní politika zahrnuje takové **činnosti**, které ovlivňují soustavu institucí, organizací, služeb a způsoby financování systému zdravotní péče. Netýká se však pouze zdravotních služeb a zahrnuje jednání či záměrné jednání veřejných, soukromých a dobrovolných organizací, které mají **vliv na zdraví** (...). To znamená, že zdravotní politika se zabývá jak environmentálními a socioekonomickými dopady na zdraví, tak poskytováním zdravotní péče.“ (s. 41)

HÁVA, 2005: „Zdravotní politiku lze vymezit jako rozhodovací procesy, realizované příslušnými aktéry zdravotní politiky na různých úrovních (nadmárodní, národní, regionální, lokální, na úrovni organizací či jednotlivců) zdravotnických systémů a jejich společenského kontextu. Předmětem takových rozhodnutí jsou na jedné straně pravidla – právní normy (tvorba zdravotní politiky), a na druhé straně pak praktická realizace zdravotní politiky v každodenní praxi veřejné správy, řídicí činnosti či přímo poskytování zdravotnických služeb, realizace podpory zdraví.“ (s. 312–313).

HOLČÍK, 2010: Zdravotní politika je pojímána jako **projev výrazného zájmu o zdraví a touhy po spravedlnosti** při spravování záležitostí obce i jako **forma odpovědnosti za zdraví lidí**. Hlavním **cílem zdravotní politiky je vytvořit a rozvíjet příznivé životní prostředí, v němž by lidé mohli žít zdravě** (...). Ve svém souhrnu lze zdravotní politiku chápat i jako **stanovisko nebo činnost** určité instituce (zejména vlády) definující priority, dostupné zdroje a podmínky pro činnost, metody péče o zdraví, formy hodnocení výsledků a další politické okolnosti.“

## **Normativní vymezení zdravotní politiky**

V některých definicích se setkáme s vymezením zdravotní politiky prostřednictvím jejího cíle (např. Drbal, Palfrey, Holčík). Zdravotní politika tak může být definována jako činnost, která má za cíl chránit, posilovat či navrátit zdraví, zlepšit zdraví a blaho populace, rozvíjet zdravé životní prostředí apod. Součástí těchto definic jsou tedy i hodnoty, jež by zdravotní politika měla posilovat.

## **Model objektivní zdravotní politiky vycházející z poznatků o zdravotním stavu populace**

Další, spíše ideální podobu zdravotní politiky uvádí Holčík (2003). Zdravotní politika by dle tohoto přístupu měla **zlepšovat zdraví a za tímto účelem vycházet ze tří základních otázek:**

### *a. Jaké je zdraví lidí?*

Otázka se týká popisu úrovně, rozložení a vývoje zdraví lidí a jeho determinant. Je nezbytné popsat hlavní charakteristiky celkové zdravotní situace spočívající ve zdravotním stavu

obyvatel, životním způsobu, životním prostředí, stavu a činnosti zdravotnictví i ve zhodnocení ekonomických, sociálních a kulturních okolností.

*b. Proč je zdraví takové?*

Zde jde opět zejména o determinanty zdraví a o analytické studie dokládající návaznost zdraví na celou řadu jevů, které je ovlivňují. Pozornost je žádoucí věnovat zejména vlastnostem životního prostředí a chování lidí. Velmi důležité jsou sociální determinanty, které podstatnou měrou předznamenávají jak možnosti ochrany zdraví lidí, tak i zvládání zdravotních problémů.

*c. Co se dá udělat pro zlepšení zdraví?*

Návrhy účinných a hospodárných opatření by měly vycházet z odpovědí na předchozí otázky. V tomto směru by měla být rozvinuta rozsáhlá výzkumná práce. Je ovšem zřejmé, že už v současné době je známo mnoho okolností ovlivňujících zdraví (rizikové a protektivní faktory), na které lze příznivě působit. Spolu s vědeckým přístupem je žádoucí rozvíjet práci výchovnou, organizační i politickou, jejíž kvalita do značné míry rozhoduje o tom, zda se výsledky výzkumu podaří úspěšně uplatnit v praxi.

Podobný přístup volí také Drbal, který hovoří o tzv. objektivní zdravotní politice, postavené na objektivním výzkumu a následném ovlivňování determinant zdraví prostřednictvím tzv. specifických a nespecifických zásahů.

**Schéma 3. Zdravotní politika a její vliv na determinanty zdraví**



Zdroj: Drbal, 2001: 18

Tento způsob vymezení zdravotní politiky však nespěje ke zkoumání všech reálných procesů, které se v sektoru zdravotní politiky odehrávají. Jde spíše o představu o ideálním modelu zdravotní politiky.

### **Vymezení pojmu „politika“, trojdimenzionální pojetí politiky**

„Politiku“ můžeme obecně chápat buď jako **dynamický proces** vyjednávání, tvorby a realizace politiky („**politics**“) nebo jako **vlastní obsah politiky** („**policy**“, někdy se užívá překladu „veřejná politika“ nebo ne úplně elegantního sousloví „politika ve smyslu policy“). Většinou se uvádí ještě další význam politiky, a to ve smyslu anglického „polity“. Polity značí ústavní, strukturální a hodnotový rámec politiky – politický řád. Hovoříme pak o tzv. trojdimenzionálním pojetí pojmu politika (Fiala, Schubert, 2000). Jak píše Veselý a Nekola (2007), „*Konkrétní politický řád tvoří rámec (polity), v němž dochází ke konfliktu a konsensu mezi politickými aktéry (politics), který vede ke konkrétním obsahovým politikám (policy).*“ (s. 31).

Veselý a kol. (2005) uvádějí různá pojetí pojmu „policy“ dle Hogwooda a Gunna (1984). Pokud zkoumáme obsah politiky, můžeme tedy zkoumat:

- politiku jako určitou oblast (např. zdravotní politiku),
- politiku jako vyjádření obecných cílů, požadovaných stavů a cest k dosažení těchto cílů; koncepci, strategii, plán, záměr, program rozvoje,
- politiku jako konkrétní návrh,
- politiku jako právní normu,
- politiku jako konkrétní program (specifický, úzce zaměřený program – např. Národní program zdraví),
- politiku jako proces (vše, co souvisí s přijetím a realizací dané politiky),
- politiku jako výstup (např. počet provedených operací za určité období),
- politiku jako výsledek.

Explicitní formulaci politiky ve smyslu „policy“ většinou nalezneme ve veřejněpolitických dokumentech. Veselý a Nekola (2007) zmiňují 4 kategorie takových dokumentů: legislativní, strategické, výzkumné (analýzy, výzkumné zprávy), deklarativní a advokační (explicitně hájící zájem konkrétního aktéra).

## Široké a úzké pojetí zdravotní politiky

Definice se také mohou lišit dle širší záběru zdravotní politiky. Zdravotní politiku můžeme chápat jako politiku **týkající se sektoru zdravotnictví** (neboli zdravotnického systému – „health care system“), a tedy pouze poskytování zdravotních služeb. Odlišným konceptem je zdravotní politika pojatá jako tzv. **„veřejná politika podporující zdraví“** („healthy public policy“) – v tomto pojetí jsou za zdravotní politiku považovány všechny činnosti, jejichž cílem je ovlivňování zdraví lidí prostřednictvím působení na rozsáhlé determinanty zdraví.

### 4.2 Analytické a výkladové rámce pro zkoumání zdravotní politiky, jejího vzniku a vývoje

#### Proč zkoumat zdravotní politiku?

Motivy výzkumu zdravotní politiky mohou být v zásadě dvojí. V prvním případě může jít o čistě akademický záměr zkoumat a pochopit daný předmět – tedy podobu, obsah, fungování a důsledky zdravotní politiky. V tomto případě se snažíme získat tzv. **vědění o politice** („**knowledge of policy making**“). Cílem je potom vytváření teorií a analytických rámců či typologií, a tedy produkce nových obecných poznatků (s cílem vysvětlit daný předmět). Naším cílem může být ale také přispět k formování či realizaci politiky a výzkumné poznatky v tomto smyslu využít v praxi zdravotní politiky (např. hodnotit danou politiku, sledovat dopady zavedených opatření, účastnit se tvorby politiky v roli poradce apod.) – v tomto případě hovoříme o tzv. **vědění pro politiku** („**knowledge in policy making**“). Tyto dvě roviny zkoumání vymežil politolog Harold Lasswell (1971). Obě tyto roviny se samozřejmě prolínají.

#### 4.2.1 Fázový model tvorby a realizace politiky

Jedním z nejčastěji užívaných rámců pro analýzu veřejné politiky je tzv. fázový model politického procesu. Na politický proces nahlíží tento model jako na cyklus vzájemně propojených fází. Různá pojetí fázového modelu se liší zejména počtem a povahou fází. Zde uvedeme fázový model v pojetí Howletta, Rameshe a Perla (2009).

- Nastolení agendy – uznání sociálního problému.
- Formulace veřejné politiky – navrhování a diskuse možných řešení problému.
- Rozhodnutí – výběr jednoho (nebo i žádného) řešení prostřednictvím formálního či neformálního prohlášení o záměru řešit daný problém.
- Implementace – převedení rozhodnutí do praxe. Důležitá role státní správy.

- **Evaluace** – zhodnocení implementace, výstupů a výsledků politiky vzhledem k jejím zamýšleným cílům. Z evaluace mohou dále vyplynout další problémy a celý proces se tak dostává na svůj počátek.

Tento model nám může sloužit jako rámec pro analýzu procesu tvorby a realizace specifické politiky, je však často kritizován pro svou spíše normativní povahu a odtrženost od reálné povahy procesu tvorby a realizace politik. Model spíše vyjadřuje, jak by měl politický proces fungovat, nikoliv jak funguje. Také naráží na problém víceúrovňového vládnutí. Politiky dnes nevznikají pouze v rámci jedné platformy či arény, výsledná politika je výsledkem působení aktérů na různých úrovních vládnutí (regionální, národní, nadnárodní apod.). Pokud se tedy rozhodneme tento model využít jako analytický rámec, musíme si být vědomi jeho zjednodušující povahy a omezení. Na druhou stranu nám může poskytnout způsob, jak analyzovat mnohdy velmi složitou sociální realitu. Každou fází tohoto procesu můžeme také vyložit s využitím dalších veřejněpolitických teorií.

#### 4.2.2 **Vybrané teorie vysvětlující stabilitu politiky**

##### **Historický institucionalismus**

Jedním z nejvlivnějších přístupů k vysvětlení rezistence politiky vůči změně je historický institucionalismus. Tento přístup se zakládá na myšlence, že tvorba politiky (rozhodování o politice) se odvíjí od historického vývoje institucionálního nastavení v dané oblasti. Institucionální nastavení vymezuje prostor pro jednání a rozhodování aktérů a zahrnuje formální a neformální pravidla a normy. Dle historického institucionalismu je možné konkrétní změnu politiky pochopit pouze v kontextu jejího institucionálního vývoje.

Příkladem vlivu institucionálního nastavení na možnosti tvorby zdravotní politiky může být institucionalizace rozdělení kompetencí jednotlivých ministerstev, a tudíž omezení možnosti tvorby intersektorálních politik (Smith, Katikireddi, 2012).

##### **Inkrementalistický model tvorby politiky**

Inkrementalistický model se vztahuje k povaze rozhodování o veřejné politice. V roce 1959 ho představil Charles Lindblom v **reakci na tzv. racionalistický model tvorby politiky**, který v rozhodování o politice viděl racionální činnost, vycházející z jasně definovaného cíle, návrhů všech možných variantních politik, zhodnocení těchto variant a racionálního výběru takové politiky, která je nejvhodnější k naplnění daného cíle.

Lindblom ve svém článku z roku 1959 přichází s tzv. **inkrementalistickým modelem rozhodování**, který vidí celý rozhodovací proces v mnohem realističtějším světle. V realitě dle Lindbloma nepanuje shoda na jasných hodnotách a cílech, často dochází ke konfliktům hodnot a cílů v rámci jedné politiky. Výběr nástrojů nenavazuje na předchozí stanovení jasných cílů, jelikož se často o cílech i nástrojích politiky rozhoduje zároveň. Varianty nástrojů nejsou testovány vůči cílům a porovnávány, výběr konečné varianty je dán zejména tím, zda se na ní všichni relevantní aktéři dohodnou. V reálném světě mají dle Lindbloma také rozhodovatelé limitované intelektuální schopnosti a nemají dostatek informací. Tvůrci politiky při výběru nástrojů politiky čerpají z předchozích zkušeností, a tudíž disponují vědomostmi spíše o potencionálních inkrementálních změnách. V reálném světě jsme schopni dohlédnout spíše důsledky změn inkrementálních, nežli důsledky radikálních změn, jelikož mnohdy ani nedisponujeme takovou teorií, kterou bychom mohli využít pro předpověď důsledků dané politiky. (Lindblom, 1959)

Historický institucionalismus se svým důrazem na instituce a inkrementalismus s poukazem na omezenou racionalitu rozhodovatelů byly kritizovány jako příliš konzervativní přístupy, neschopné vysvětlit radikální náhlé změny politiky.

### **4.3 Aktéři zdravotní politiky**

Aktéři jsou hybnou silou tvorby a realizace veřejných politik. Výše uvedené výkladové rámce se liší v chápání jejich role v tvorbě veřejných politik. Při interpretaci jejich role v konkrétním případě tvorby a realizace politiky tak záleží na zvoleném výkladovém rámci. V této podkapitole poskytneme čtenáři přehled aktérů zdravotní politiky.

**Za aktéry můžeme považovat všechny, kterých se daný veřejněpolitický problém dotýká**, tzn. „*ti, kdo mají určitý zájem na problému, kdo jsou postiženi daným problémem, kdo mají aktivní či pasivní vliv na řešení či rozhodování týkající se daného problému*“ (Veselý, Nekola, 2007: 226).

Aktéry zdravotní politiky mohou být **jak jednotlivci, tak organizace**, jenž se do procesu tvorby a realizace politiky mohou zapojovat na **různých úrovních vládnutí** (nadnárodní, národní, lokální apod.).

Birkland (2010) dělí aktéry na **oficiální**, jejichž účast v politickém procesu je oficiálně stanovena zákonem, ústavou apod., a **neoficiální** – zejména zájmové skupiny a média. Dále můžeme aktéry klasifikovat např. dle toho, zda spadají do **sféry trhu, státu či občanského**

**sektoru**, jako regulátorů společnosti, přičemž každý sektor se vyznačuje odlišnou organizační strukturou a mechanismy fungování (Potůček, 2005).

#### 4.3.1 Aktéři v českém zdravotnictví

Ve zdravotnickém systému existuje velké množství aktérů tvořících složitou strukturu s mnoha vzájemnými vazbami. Je možné identifikovat **tři hlavní skupiny aktérů: občané (pacienti – pojištěnci), plátcí a poskytovatelé zdravotních služeb** (tito aktéři jsou třemi vrcholy tzv. „trojúhelníku zdravotní péče“ – Mossialos, 2002). Vedle nich ale samozřejmě existuje čtvrtá skupina aktérů, kteří nepatří ani do jedné z těchto tří skupin, ale aktivně se účastní jednotlivých interakcí mezi těmito hlavními hráči nebo ovlivňují podmínky, na jejichž základě tyto tři hlavní skupiny aktérů vzájemně vystupují<sup>2</sup>.

**První skupinu tvoří občané (pacienti – pojištěnci)**, kteří v systému vystupují jako poptávající zdravotnických služeb. Občané na jedné straně odvádí zdravotní pojištění, na druhé straně spotřebovávají zdravotní péči, zároveň ale nejsou díky existenci třetí strany přímo konfrontováni s cenou zdravotní péče. Jak již bylo řečeno, občané se mohou organizovat v rámci patientských organizací a tím mohou vstupovat do interakcí se skupinou plátců a poskytovatelů. V rámci veřejné volby jsou to pak občané, kteří v podstatě rozhodují o orientaci zdravotní (reformní) politiky.

**Druhou skupinou jsou poskytovatelé péče**, kteří bývají považováni za klíčového hráče. Vykonávají samotnou zdravotní péči a kvalita jejich práce tak ovlivňuje výsledky celého systému. Poskytovatelé se povinně sdružují v profesních komorách a kromě toho se mohou organizovat v odborných sdruženích dle profesí. Jde o skupinu, která je ze všech tří z hlediska zájmů zřejmě nejvíce nehomogenní.

Lékařská profese se vyznačuje jistými charakteristikami, z nichž vyplývá jejich vliv na politickém trhu. Jsou to zejména: zdroje, velká a rozptýlená členská základna, soudržnost či homogenita ve vztahu ke klíčovým zájmům skupiny.

**Třetí skupinu představují plátcí zdravotnických služeb**, tedy především zdravotní pojišťovny v českém systému, které svým postavením zásadně ovlivňují chod celého systému. Na jedné straně mají závazky k pojištěncům, na druhé straně na základě smluv proplácejí poskytnutou zdravotní péči poskytovatelům.

---

<sup>2</sup> Zpracováno na základě Zprávy o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR. Dokument Kulatého stolu. [online], c2007, [cit. 2009-10-05]. Dostupný z: <[http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava+o+stavu\\_WEB.pdf](http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava+o+stavu_WEB.pdf)>.



**Čtvrtou skupinu tvoří ostatní aktéři**, kteří ovlivňují podmínky fungování celého systému nebo kteří vstupují do interakcí s hlavními třemi skupinami aktérů. Do této skupiny patří státní aktéři či například výrobci a dodavatelé léčiv, výrobci a dodavatelé zdravotnické techniky, vzdělávací instituce, média, politické strany, odborové organizace a mnoho dalších.

Seznam reálných aktérů působících v českém zdravotnictví je mnohem obsáhlejší. Nesmíme zapomenout na to, že na tvorbu zdravotní politiky u nás mají vliv také mezinárodní organizace jako je např. WHO či OECD. Zkrácenou verzi seznamu aktérů je možno najít v tabulce 1.

**Tabulka 1. Aktéři ve zdravotnictví**

Státní aktéři	Ústřední orgány státní správy	Ministerstvo zdravotnictví a další ministerstva ovlivňující zdravotní politiku
	Samosprávné orgány	Krajská zastupitelstva
		Obce
	Parlament ČR	Poslanecká sněmovna
		Senát
	Vláda ČR	
Ostatní instituce	Státní úřad pro kontrolu léčiv	
	Český institut pro akreditaci	
	Státní zdravotní ústav	
Sociální aktéři	Politicko-ekonomické struktury	Zaměstnanecké a oborové zdravotní pojišťovny
		Všeobecná zdravotní pojišťovna
		Zdravotnická zařízení
	Firmy	Farmaceutické firmy
Zaměstnanci	Zaměstnanci zdravotnických zařízení	
	Zaměstnanci různých organizací a firem uvedených v této tabulce	
Politická aktéři	Veřejnost	
	Výzkumné organizace	Vzdělávací instituce
	Politické strany	
	Masmédia	
	Organizovaná zájmová sdružení s dobrovolným členstvím	Pacientské organizace
		Svazy ZP
		Asociace nemocnic
		Odborové organizace
		Různé asociace související s farmaceutickým průmyslem
		Asociace sdružující pracovníky dle oborů
	Organizovaná zájmová sdružení s povinným členstvím	Asociace související s oblastí zdravotnických prostředků
		ČLK
		ČSK
Jiná organizovaná sdružení	Česká lékařská komora	
	NRC – Národní referenční centrum	

	Lékaři pro reformu
	Česká lékařská společnost J. E. Purkyně
	České zdravotnické fórum
	Sdružení Občan, o. s.

*Zdroj: autoři*

#### 4.3.2 Zájmové skupiny v české zdravotní politice

**Zájmové skupiny jako takové spojuje snaha o ovlivnění tvůrců veřejné politiky tak, aby do výsledné politiky byly včleněny zájmy daných skupin.** Úspěch či neúspěch jednotlivých aktérů při takovém prosazování svých zájmů je kardinálně závislý na jejich vlivu. Vliv sám o sobě je jednou z dimenzí síly zájmové skupiny.

V této souvislosti je možné konstatovat, že je tradičnější a praktičtější opřít se o měření tzv. relativního (vnímaného) vlivu dané zájmové skupiny. Ten pak bývá odvozován zejména od pocitu (předpokladu) tvůrců politiky a ostatních zainteresovaných osob ohledně tohoto vlivu. Není tedy ani tak důležité, zda je daná skupina opravdu vlivná; postačí, že je za vlivnou považována.

#### 4.4 Nástroje zdravotní politiky

Níže uvádíme klasifikaci nástrojů veřejné politiky dle B. G. Peterse (1999), tak jak ji uvádí Veselý a Nekola (2007). Ke každému nástroji jsou v tabulce uvedeny příklady z oblasti zdravotní politiky.

**Tabulka 2. Příklady možných nástrojů zdravotní politiky**

<b>Veřejněpolitický nástroj</b>	<b>Příklad z oblasti zdravotní politiky</b>
Zákony	Zdravotnické právo <u>Právní úprava ochrany veřejného zdraví</u>
Služby	Poskytování zdravotní péče <u>Vzdělávání lékařů</u>
Peníze	Platby za tzv. státní pojištění
Daně	Spotřební daň na alkohol a cigarety
Jiné ekonomické nástroje – půjčky, dotace	Residenční místa pro lékaře <u>Dotace v rámci Národního programu zdraví</u>
Osvěta a přesvědčování	Kampaň proti kouření

*Zdroj: Veselý, Nekola, 2007; doplněno*

#### 4.5 Dilemata zdravotní politiky

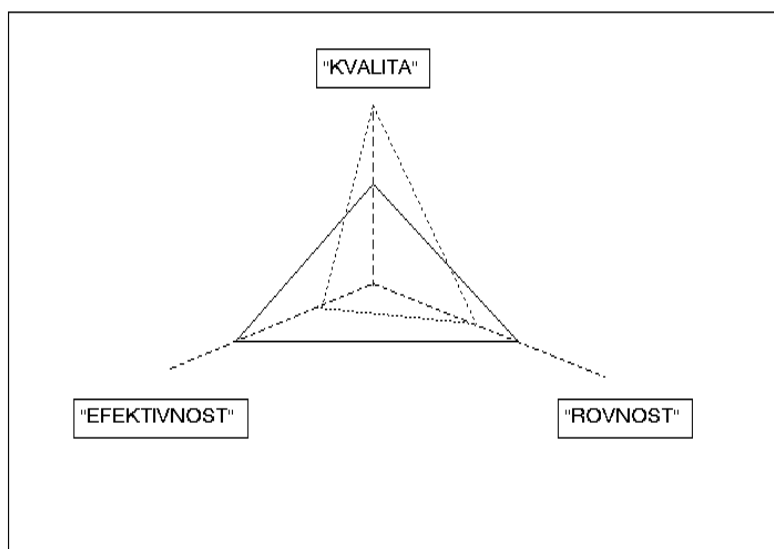
Poskytování zdravotnických služeb lze hodnotit ze **čtyř důležitých aspektů**. Kromě kritéria efektivity se jedná o posouzení:

1. zda je konkrétní služba **účinná** ve smyslu zlepšení zdraví pacientů (medicínský aspekt);
2. zda je poskytována **humánním způsobem**, jinými slovy, nakolik zdravotní péče uspokojuje „spotřebitele“ (zde se nejedná zdaleka jen o medicínský aspekt, ale i o pohodlí, přístup lékaře k pacientovi apod.);
3. zda jsou služby poskytovány způsobem, který odpovídá ve společnosti převládajícímu **chápání spravedlnosti** (aspekt sociální).

Do jisté míry se jedná o vzájemně se vylučující cíle. Zajištění pohodlí a spokojenosti pacienta je nákladné a obvykle není v možnostech společnosti zabezpečit stejnou optimálně vysokou úroveň zdravotní péče pro všechny. Rozhodnutí o těchto otázkách mívají obvykle povahu kompromisu. Jako ilustraci je z možno použít jisté analogie známého „magického makroekonomického čtyřúhelníku“ (inlace, zaměstnanost, růst a obchodní bilance). Spojíme-li do jedné kategorie (nazvané řekněme **KVALITA**) medicínskou účinnost a humanitu péče, vytvoří nám spolu s požadavky na **EFEKTIVNOST** (pro tento okamžik chápanou především jako minimalizaci nákladů při dosažení stejného prospěchu) a **ROVNOST** „magický trojúhelník“. Jeho vrcholy jsou spojeny a tvoří pružný systém, ve kterém na tah (snahu o pohyb v jednom směru, např. snahu o zvýšení pohodlí pacientů) reagují protitahem protilehlé vrcholy, nebo alespoň jeden z nich.

Kupříkladu, zvolíme-li za standard u nemocniční péče dvojlůžkové (nebo dokonce jednolůžkové) pokoje, budou pacienti nepochybně s kvalitou služby spokojenější než dnes, kdy sdílí pokoj třeba s pěti i více osobami. Náklady na péči pro stejný počet pacientů však nepochybně vzrostou. Zachování dosaženého stupně rovnosti v přístupu k takové službě bude obtížné. Budeme-li chtít zvýšit přímou finanční spoluúčasť pacientů, abychom tím redukovali příliš vysokou poptávku, dosáhneme tím možná efektivnějšího využití zdrojů, avšak od požadavku rovnosti se vzdálíme.

Schéma 4. „Magický trojúhelník“ hodnocení zdravotnických systémů



*Zdroj: autoři*

Velice inspirativní je pohled na klíčové otázky fungování zdravotnictví, jak je formuloval ve své klasické knize V. Fuchs (2002):

1. Zdraví nebo jiné cíle? Štěstí? Rozkoš? Dobrodružství? Nepodléháme náhodou kliše, když tvrdíme, že zdraví je nejvyšší hodnota vůbec? Jak ob stojí toto tvrzení tváří tvář pozorovanému chování svobodných lidských bytostí?
2. Zdravotní péče nebo jiné programy podporující zdraví? Pokud chceme alokovat zdroje do zdraví, co je nákladově nejefektivnější? Co alternativní způsoby péče? Výdaje na ochranu životního prostředí? Čistá voda a vzduch?
3. Kolik rovnosti? A jak jí dosáhnout? Co je spravedlivé? Když mají všichni stejně? Nebo když mohou diferencovat podle svých preferencí? A jak přitom předejít diskriminaci a nespravedlivým sociálním rozdílům?
4. Dnes nebo zítra? Vydat peníze na péči dnes anebo počkat až vzroste produktivita použitých zdrojů? Jakou diskontní sazbu zvolit při hodnocení budoucích užitků?
5. Tvůj nebo můj život? Kdo má rozhodovat o tom, kdo bude žít? Jednotlivec? Lékař? Pojišťovna? Vláda?
6. Džungle nebo ZOO? Čemu více věříme? Plánovanému, regulovanému postupu anebo výsledkům plynoucím z dobrovolné a svobodné interakce svůj zájem hájících jednotlivců?

## SHRNUTÍ

Zdravotní politiku lze chápat a zkoumat z mnoha úhlů, v závislosti na účelu, kvůli kterému se jí zabýváme. Stejný pojem může znamenat různý význam. V praxi se nejčastěji setkáme s tzv. normativním vymezením zdravotní politiky. Zdravotní politika tak může být definována jako činnost, která má za cíl chránit, posilovat či navrátit zdraví, zlepšit zdraví a blaho populace, rozvíjet zdravé životní prostředí apod. Součástí těchto definic jsou tedy i hodnoty, jež by zdravotní politika měla posilovat. Hybnou silou tvorby a realizace veřejných politik jsou aktéři. Můžeme za ně považovat všechny, kterých se daný veřejněpolitický problém dotýká. V českém zdravotnictví lze identifikovat čtyři hlavní skupiny aktérů: občané, plátcí a poskytovatelé péče plus ostatní aktéři, kam zařazujeme státní aktéry, výrobce, dodavatele a distributory léčiv, výrobce zdravotnické techniky, vzdělávací instituce, média, politické strany, odborové organizace a mnoho dalších. Významnou skupinou aktérů jsou také tzv. zájmové skupiny.

## DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

Barker, Carol. 1996. *The Health Care Policy Process*. SAGE. London.

Birkland, T. A. 2010. 3rd ed. *An Introduction to the policy process: Theories, concepts and models of public policy making*. Sharpe, M. E. Inc.

Drbal, C. 2005. *Česká zdravotní politika a její východiska*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Galén. 96 s. ISBN 80-7262-340-0.

Fuchs, V. *Who shall live? Health, economics, and Social Choice*. World Scientific. Singapore 2002. ISBN 9810241836.

Potůček, M. a kol. 2005. *Veřejná politika*. Praha: SLON. 399 s. ISBN 80-86429-50-4.

Sabatier, Paul. 2007. *Theories of the policy process*. 2nd ed. Westview Press.

Veselý, A. Nekola, M. 2007. *Analýza a tvorba veřejných politik: Přístupy, metody, praxe*. Praha: SLON.

## KONTROLNÍ OTÁZKY

- Jak můžeme vymezit pojem „zdravotní politika“? Jak se od sebe liší různá vymezení zdravotní politiky a jaké to má důsledky pro následné vymezení předmětu našeho zkoumání?
- K čemu slouží uvedené teorie politického procesu a jak se od sebe liší?

- Vyjmenujte typy veřejněpolitických nástrojů – které jsou ve zdravotní politice nejčastěji užívány?

#### CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

1. Zkuste najít dokument, který definuje zdravotní politiku současné vlády. Jaké jsou její priority a které nástroje jejich dosažení předpokládá? Jak se přístup současné vlády liší od přístupu vlády minulé?
2. Jakými nástroji prosazují jednotlivé zájmové skupiny své zájmy? Které jsou podle vás účinnější a proč?
3. Snažte se vyjmenovat všechny, oficiální i neoficiální, aktéry v oblasti lékové politiky v ČR. Kteří aktéři mají podle Vás největší vliv na formulaci a realizaci dané politiky a proč?
4. S využitím inkrementalistického modelu tvorby politiky a po prostudování kapitoly, která podává přehled o zdravotních systémech ve vybraných zemích, se zamyslete nad možnostmi přenosu tamních opatření zdravotní politiky do českých podmínek.

## 5 Financování zdravotní péče

### CO JE CÍLEM KAPITOLY?

V dnešních vyspělých ekonomikách je otázka úhrady nákladů spojených s produkcí a poskytováním zdravotní péče řešena velice rozmanitě. Prakticky bychom těžko hledali dvě země se stejným systémem organizace a financování zdravotnictví. Jednotlivé způsoby se od sebe liší zejména podílem zdrojů pocházejících z veřejného sektoru na celkových výdajích, intenzitou a formami státních zásahů, rozsahem přímých úhrad za spotřebované služby, existencí či neexistencí zdravotního pojištění a jeho rozsahem, formami proplácení nákladů poskytovatelům zdravotnických služeb, způsoby stanovování cen a řadou dalších faktorů.

Problematika financování zdravotní péče je dosti složitá a vyžaduje k pochopení znalost rozsáhlého pojmového aparátu. Cílem této kapitoly je vybavit vás znalostí základních pojmů, orientovat se ve formách a modelech financování zdravotnictví a získat širší přehled o možných způsobech financování zdravotnických zařízení. Měli byste být schopni samostatně promýšlet důsledky různých alternativ způsobů úhrad, identifikovat jejich „silné“ i „slabé“ stránky. To je elementární předpoklad schopnosti hodnotit současný stav a navrhnout případná zlepšení. Ekonomické a finanční pohnutky sice nejsou zdaleka jediným motivem pro chování poskytovatelů, plátců a pacientů, jejich význam by však bylo velice nerozumné podceňovat. Svědčí o tom bezpočet příkladů z historie i současnosti u nás i v zahraničí.

Pokud si po prostudování této kapitoly uvědomíte, že neexistuje žádný optimální a obecně dokonalý systém, jak stanovovat výši úhrady za poskytnutou zdravotní péči zdravotnickým zařízením, budete na polovině cesty k úspěchu.

### KLÍČOVÁ SLOVA

veřejné pojištění

národní zdravotní služba

platby „třetí stranou“

globální rozpočet

platby za výkony

fee-for-service

kapitace

DRGs

HMOs

ošetřovací den

## **5.1 *Formy financování***

Různé formy financování zdravotnických služeb se dají třídit následujícím způsobem (podle třídění, které uvádí Abel-Smith 1984):

Nepřímé financování

1. prostřednictvím veřejných rozpočtů: státních a místních (municipálních),
2. povinné pojištění, přičemž jakákoli finanční účast státu (obcí) se pokládá za formu č. 1,
3. dobrovolné pojištění, přičemž jakákoli finanční účast státu (obcí) se pokládá za formu č. 1,
4. zaměstnanecké pojištění, příspěvky pojištěných se pokládají za formy 2 nebo 3,
5. dobročinnost, charita, přičemž jakákoli finanční účast státu (obcí) se pokládá za formu č. 1,
6. zahraniční pomoc (zejména u rozvojových zemí).

Přímé financování

1. platby příjemců služeb s výjimkou placení pojistného, ale včetně finanční spoluúčasti na úhradách za služby poskytované v rámci forem 1–4.

## **5.2 *Modely financování***

Teoreticky jsou možné libovolné kombinace v intervalu mezi čistě tržní formou poskytování zdravotnických služeb, s přímými platbami až po tzv. „bezplatnou“, netržní formu, kdy jsou zdravotnické služby hrazeny ze zdrojů pocházejících ze všeobecného zdanění. V praxi se vyskytují zásadně různé kombinace zmíněných forem, které odrážejí zdravotní politiku jednotlivých zemí. Podle toho, která forma převažuje, lze rozlišovat především tyto tři modely:

- a) Tzv. liberální model – financování převážně na základě soukromého (v tomto případě zejména zaměstnaneckého) pojištění doplněného o státní transferové a redistribuční programy řešící nejzávažnější selhání trhu (typickým příkladem je USA);
- b) Model kontinentální, resp. Bismarckův – převaha povinného veřejného pojištění, pokrývající většinu populace a základní rozsah zdravotní péče, doplněného přímými



platbami, soukromým pojištěním i státními rozpočtovými prostředky (typické pro evropské kontinentální státy např. Holandsko, Německo, Belgie);

- c) Model Národní zdravotní služby (NHS), resp. Beveridgův – financování zdravotnických služeb prostřednictvím státního rozpočtu resp. ze zdrojů vzniklých zdaněním (Velká Británie).

Ve většině západoevropských zemí (včetně ČR) převažuje model s převahou veřejného pojištění. Model vychází z principu solidarity a dělení rizika. Většinou má podobu základního povinného pojištění pro všechny občany, nebo alespoň významné skupiny populace. Prostředky na financování zdravotnictví jsou odděleny od státního rozpočtu a soustřeďují se ve zvláštních pojistných fondech. V porovnání s modelem financování zdravotnictví prostřednictvím veřejných rozpočtů bývají různými autory (např. Štěpán 1990; Křížová 1998) uváděny tyto výhody a nevýhody:

#### Výhody

1. Zvyšuje se transparentnost finančních toků, odpadá každoroční boj mezi kapitolami rozpočtu. Možnost větší předvídatelnosti vydatnosti zdrojů.
2. Je usnadněn přechod na financování podle poskytnutých služeb – je vytvořen specializovaný orgán, ekonomicky zainteresovaný na hospodaření s prostředky.
3. Je systémově umožněno neutrální financování různých forem poskytování zdravotní péče (privátní, církevní, obecní, státní).
4. Legislativně je identifikována úroveň poskytovaných služeb, ať se již jedná o standard nebo o určité státem garantované minimum
5. Je umožněna existence konkurence plátců, což má bezprostřední vliv na kontrolu růstu nákladů.

#### Nevýhody

1. Administrativní náklady u zdravotního pojištění jsou zpravidla vyšší než u financování prostřednictvím veřejných rozpočtů. Odhady udávají, že u britské NHS je cca 5 % z celkových výdajů určeno na administrativu, kdežto v USA je to více než 20 %.
2. Pojištění ve spojení s financováním podle poskytnutých služeb (výkonů) může stimulovat růst množství výkonů nad společensky užitečnou mez (inflace výkonů).

3. Pojišťovací systém je zaměřen především na kurativní činnosti. Obecně platí, že nedostatečně stimuluje prevenci.
4. Zůstává problematickou otázkou financování investičních nákladů.
5. Při špatném odhadu pojistného hrozí na jedné straně kolaps zdravotní péče a na straně druhé neúměrný nárůst daňového zatížení obyvatelstva nebo jeho skupin.
6. Bez finanční spoluúčasti na úhradě služeb se problém příliš vysoké poptávky stejně neřeší.

### **5.3 Metody financování „třetí stranou“**

Už jsme si v minulých kapitolách ukázali, že tím, kdo na trzích se zdravotnickými službami platí za službu, je většinou tzv. „třetí strana“. Tedy nikoliv sám pacient či jeho domácnost, ale prostřednictvím rozpočtů stát či místní komunita, zdravotní pojišťovna apod. Význam plateb prostřednictvím „třetí strany“ v uplynulých desetiletích vzrostl i v tradičně tržně orientovaných zdravotnických systémech, jako je např. USA. V našich podmínkách (a podobně i v celé řadě dalších evropských zemí) mají tyto platby již velmi dlouho naprosto majoritní roli. Literatura zabývající se ekonomikou zdravotnictví spatřuje v tomto faktu jeden z hlavních důvodů prudké akcelerace výdajů na zdravotnictví (vedle pokroku v medicíně, celkově stárnoucí populace, resp. zhoršování životního prostředí). Různé mechanismy plateb, které „třetí strany“ používají, se snaží tento problém řešit. Z pozice poskytovatele zdravotnických služeb (!) v podstatě není rozhodující, zda prostředky plynou z veřejných či soukromých zdrojů, či zda jsou tvořeny v rámci pojištění nebo rozpočtu. To, samo o sobě, má jen malý vliv na jejich chování. Daleko důležitější jsou konkrétní metody proplácení nákladů spojených s poskytováním zdravotnických služeb. Ony totiž mohou bezprostředně ovlivňovat chování a preference poskytovatelů služeb. Nejobvyklejšími principy jsou různé varianty plateb za výkony a financování prostřednictvím více či méně fixních rozpočtů.

## **SHRNUTÍ**

Kapitola představila formy financování, modely financování a metody úhrad poskytnuté péče. Těm byla věnována i největší pozornost. Z pozice poskytovatele zdravotnických služeb v podstatě není rozhodující, zda prostředky plynou z veřejných či soukromých zdrojů, či zda jsou tvořeny v rámci pojištění nebo rozpočtu. To, samo o sobě, má jen malý vliv na jejich chování. Daleko důležitější jsou konkrétní metody proplácení nákladů spojených s

poskytováním zdravotnických služeb. Ony totiž mohou bezprostředně ovlivňovat chování a preference poskytovatelů služeb. Nejobvyklejšími principy jsou různé varianty plateb za výkony a financování prostřednictvím více či méně fixních rozpočtů. Jedním z klíčových problémů financování zdravotnictví je nalezení takového způsobu úhrad, který by byl současně motivační pro poskytovatele k tomu, aby poskytovali odpovídající, dostupnou, a kvalitní péči a na druhé straně by nevedl k deficitům celého systému zdravotního pojištění.

#### DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

- Abel-Smith, B. 1984 Improving cost-effectiveness in health care. World Health Forum, 5(1984):88-90 převzato z Health care – who pays? (Sborník článků přetištěných z WHF) WHO, Geneva 1987, str. 6–9.
- Abel-Smith, B. 1986 Funding health for all – is insurance the answer. World Health Forum, 7(1986): 3–32, převzato z Health care – who pays? (Sborník článků přetištěných z WHF) WHO, Geneva 1987, str. 55–63.
- ENTHOVEN, A.C. (1987): Economic incentives for consumers and health insurance – the U. S. health care economy: from guild to market in ten years. Health Policy, 7(1987): 241–251. Elsevier Science Publishers B.V.
- KRÍŽOVÁ, E. (1998) Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání. Vlastním nákladem. ISBN 8023809377, s. 133.
- MALÝ, Ivan. Platba za případ – diagnosticky příbuzné skupiny reálnou alternativou. Praha: CaC, 1996. Marketing pro zdraví.
- RAPOPORT, J., ROBERTSON, R., STUART, B. (1982): Understanding Health Economics. Aspen Publication, Rockville, Maryland 1982.

#### KONTROLNÍ OTÁZKY

- Které modely financování znáte? Čím se odlišují?
- Čemu se říká kapitační platba? Jaký je její smysl? Jde o variantu výkonového financování nebo jeho opak?
- Co je principem tzv. DRGs?
- K čemu slouží tzv. dohodovací řízení?
- V čem spočívá největší riziko *fee-for-service* úhrad?

## CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

1. Jedním z klíčových problémů financování zdravotnictví je nalezení takového způsobu úhrad, který by byl současně motivační pro poskytovatele k tomu, aby poskytovali odpovídající, dostupnou a kvalitní péči a na druhé straně by nevedl k deficitům celého systému zdravotního pojištění. Zamyslete se nad nástroji, které se používají / mohly by se používat k tomu, aby se celý finanční systém choval na makroúrovni jako „uzavřený“ a přesto by působil motivačně na „mikroúrovni“ (na jednotlivé poskytovatele).
2. Rozeberte postavení a role „třetích plátců“ u nás. V čem selhávají?
3. Diskutujte, zda by cena za DRG měla existovat jednotná pro všechny poskytovatele péče, či zda by měla odrážet nějaké dodatečné faktory mající vliv na průměrné náklady.

## 6 Zdravotní pojištění a organizace zdravotnictví v ČR

### CO JE CÍLEM KAPITOLY?

Doposud jsme se zabývali téměř výlučně obecnými teoretickými souvislostmi. Je čas na seznámení se se systémem veřejného zdravotního pojištění a subjekty, které se ho účastní v České republice. Důraz je kladen především na postavení zdravotních pojišťoven. Jedním z cílů této kapitoly je, abyste získali rychlou orientaci v klíčových institutech způsobu úhrad za zdravotní péči.

### KLÍČOVÁ SLOVA

zdravotní pojištění

zdravotnická zařízení

VZP

úhradová vyhláška

zaměstnanecké pojišťovny

dohodovací řízení

přerozdělování pojistného

rámcové smlouvy

### 6.1 *System veřejného zdravotního pojištění: charakteristika, účastníci*<sup>3</sup>

System veřejného zdravotního pojištění je jedním ze základních sociálních veřejnoprávních systémů v České republice. Stejně jako v naprosté většině ostatních evropských zemí je i v České republice zřízen veřejně garantovaný systém zajišťující přístup k nutné zdravotní péči pro obyvatele České republiky. Český systém zdravotního pojištění patří k těm s nejširším osobním i věcným rozsahem plnění krytého veřejným pojištěním.

Český systém veřejného zdravotního pojištění je zřízen zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Tento zákon provádí příslušné ustanovení Listiny základních práv a svobod jako českého ústavního dokumentu, který garantuje každému právo na čerpání zdravotní péče bez přímé úhrady v systému všeobecného zdravotního pojištění. Veřejné zdravotní pojištění je systém svou povahou pojistný. Je tedy založen na příspěvcích jeho účastníků, které zásadně nejsou vázány na výši čerpání věcných dávek z tohoto systému. Z pojistného je tedy shromažďován určitý fond, ze kterého jsou následně hrazena plnění poskytnutá účastníkům systému. Je to dále systém s povinnou účastí. Zákonem a předpisy

---

<sup>3</sup> Zpracováno dle podkladů k DP: Hrozby fungování ZP při centralizovaném řízení Ministerstva zdravotnictví. Autor Mgr. Radek Toman.

Evropských společenství je přesně vymezeno, kdo je jeho účastníkem. Z pohledu českých národních předpisů je jeho účastníkem prakticky celá populace obývající Českou republiku, protože povinnou účast v něm zakládá status trvalého pobytu na území ČR nebo zaměstnání na území ČR. Jde o nejširší představitelný osobní rozsah tohoto systému a v mnoha jiných i evropských zemích nejsou národní zdravotní systémy takto všeobecně povinné. Na základě právních předpisů Evropských společenství jsou v našem veřejném zdravotním systému pojištění také všichni občané EU, kteří zde vykonávají relevantním způsobem ekonomickou činnost (zaměstnanci a osoby samostatně výdělečně činné) a dále ti občané EU, kteří zde mají skutečné bydliště (tzv. těžiště zájmů).

Systém je charakteristický významnou mírou solidarity, která se vyznačuje neobyčejně širokým rozsahem nárokového plnění věcných dávek zdravotního pojištění bez přímé úhrady (tedy hrazeného solidárně z veřejného pojištění), významnými rozdíly ve výši pojistného jednotlivých kategorií pojištěnců a naopak nulovými rozdíly v nárocích na věcná plnění s ohledem na výši pojistného a dále poměrně nízkou spoluúčástí konkrétního pojištěnce při úhradě jeho zdravotní péče ze společného systému. Významné prvky solidarity se projevují také v institutech přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami a úhradách nákladů zdravotní péče pro zvlášť nákladné pojištěnce.

Veřejný pojistný systém je prováděn zdravotními pojišťovnami, které jsou specifickými právními osobami (tedy osobami s vlastní právní identitou) nezávislými na státu. Zdravotními pojišťovnami jsou Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (dále jen „VZP ČR“) a tzv. zaměstnanecké zdravotní pojišťovny (viz tabulka 7).

**Tabulka 3. Seznam zdravotních pojišťoven a počty pojištěnců**

Zdravotní pojišťovna	Počet pojištěnců
Všeobecná zdravotní pojišťovna	5 980 000
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky	1 237 000
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	1 203 000
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	727 000
Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky	685 000
Revírní bratrská pokladna	428 000
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	139 000

*Zdroj: <http://www.programypojistoven.cz/informace-o-pojistovnach.html>*

VZP ČR se řídí vlastním zákonem a provádí veřejné zdravotní pojištění pro většinu české populace (necelých 6 milionů pojištěnců na počátku roku 2014) a vybírá tak většinu pojistného v celém systému (v roce 2013 zhruba 144 miliard korun). VZP ČR má zcela

specifické postavení. Vedle provádění veřejného pojištění pro většinu populace také provádí a koordinuje některé aktivity společné všem zdravotním pojišťovnám. Ačkoliv je právně formálně VZP ČR oddělena od státu, má v ní stát prostřednictvím některých institutů (zejména ustavování celé správní rady VZP ČR státem) významný vliv. VZP ČR je považována za určitého garanta fungování celého systému a za stávající situace je prakticky nemožné, aby z důvodů nepříznivých ekonomických jevů zanikla či byla jinak ohrožena její existence. Zákon ji upravující ani nepočítá s právním zánikem této zdravotní pojišťovny a v případě ekonomických obtíží je jí státem pomáháno.

Vedle VZP ČR existuje k dnešnímu dni dalších šest tzv. zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Ty vznikly ve valné většině v první polovině devadesátých let. V té době při zřizování systému veřejného zdravotního pojištění v nových ekonomických podmínkách ještě před privatizací národního hospodářství ústřední orgány státní správy zakládaly zdravotní pojišťovny podle jednotlivých oblastí národního hospodářství a do těchto zdravotních pojišťoven byli převáděni jako pojištěnci zaměstnanci těchto odvětví. Zdravotních pojišťoven takto vznikly desítky (až 27). V průběhu následujících let však došlo k zásadní redukci jejich počtu vzájemným slučováním a zanikáním z ekonomických důvodů. Trend slučování zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven pokračuje i v současné době. Co do metody provádění veřejného zdravotního pojištění není však mezi VZP ČR a zaměstnaneckými zdravotními pojišťovnami rozdíl.

### **Zdravotní pojišťovny**

Každá zdravotní pojišťovna má určitý okruh svých pojištěnců, jimž má povinnost zajistit zdravotní péči ve svých smluvních zdravotnických zařízeních. Zdravotní pojišťovna od svých pojištěnců vybírá pojistné v zákonem předepsané výši, přičemž disponuje i autoritativními prostředky vymožení tohoto pojistného. Ve vztahu ke svým pojištěncům tak zdravotní pojišťovna vystupuje v roli subjektu nadaného veřejnou mocí a způsobilého vynutit plnění zákonných povinností pojištěnce. Na druhou stranu je pak zdravotní pojišťovna povinna vytvořit kvalitní síť svých smluvních zdravotnických zařízení, ve kterých je jejím pojištěncům poskytována zásadně bezplatně zdravotní péče. Tato péče je smluvním zdravotnickým zařízením hrazena právě zdravotní pojišťovnou.

Vztah mezi zdravotními pojišťovnami navzájem je snad nejspecifičtější rysem českého systému veřejného zdravotního pojištění. Teoreticky jsou zdravotní pojišťovny schopny si konkurovat. Prakticky k tomu však nemají ani nástroje, ani příliš mnoho důvodů. Zdravotní pojišťovny především nemohou nabízet pojištěnci odlišný produkt. Rozsah věcných dávek

hrazených z veřejného pojištění je přesně předepsán a nemůže být ani rozšiřován ani zužován. Možnost konkurence je omezena na poskytování nadstandardního plnění z fondů prevence zdravotních pojišťoven, které však obsahují zcela marginální množství financí. Zdravotní pojišťovny dále nemají ani dostatek prostředků na konkurenční boj a vytváření a realizaci konkurenčních strategií. Veškeré provozní fondy zdravotních pojišťoven jsou tvořeny zákonem limitovaným odvodem ze základního fondu zdravotního pojištění zdravotní pojišťovny, který je souhrnem vybraného pojistného. Jde o konečné množství financí, jehož odčerpáním na konkurenční boj se zdravotní pojišťovna připravuje o znovu nezískatelné prostředky na vlastní správu.

Zdravotní pojišťovna nemá vlastníka ani jakoukoliv jinou osobu v obdobném postavení (podílníka, společníka, akcionáře apod.), v jehož prospěch by generovala zisk. Ostatně zdravotní pojišťovna ani zisk vytvořit nesmí, resp. její přebytkový hospodářský výsledek je vždy odveden do rezervního fondu. Zdravotní pojišťovna je tak zcela specifickou právnickou osobou, která není nikým jakoukoliv formou vlastněna či ovládána a negeneruje zisk. Zdravotní pojišťovna tak vlastně existuje jen za tím účelem, aby v daném roce s co nejvyšší kvalitou z vybraných prostředků zajistila a uhradila svým pojištěncům zdravotní péči. Způsob činnosti zdravotní pojišťovny tak určuje výhradně její management a zaměstnanci.<sup>4</sup>

Růst pojišťovny představovaný růstem počtu jejích pojištěnců znamená větší absolutní částku vybraného pojistného, a tedy větší odvod do provozních fondů. To je zřejmě jediný motiv ke konkurenčnímu chování pojišťoven. K zásadním přesunům pojištěnců však v poslední době mezi zdravotními pojišťovnamí nedocházelo. Vedle navyšování počtu pojištěnců by ještě mohla být užita metoda výběru ekonomicky atraktivnějších pojištěnců, tedy pojištěnců, kteří přinášejí na osobu vyšší pojistné. Jenže i smysl takové činnosti je oslaben, a to institutem přerozdělování pojistného. Celková částka vybraného pojistného je totiž mezi zdravotními pojišťovnamí podle klíče nákladovosti pojištěnců přerozdělována tak, že pojišťovnam s nákladnějšími pojištěnci (kteří zároveň přinášejí méně pojistného) je odváděna část pojistného vybraného zdravotními pojišťovnamí s méně nákladnými pojištěnci. Tento systém byl zaveden zejména za účelem ochrany VZP ČR.

Zdravotní pojišťovna hospodaří podle zdravotně pojistného plánu, což je vlastně rozpočet zdravotní pojišťovny. Návrh zdravotně pojistného plánu na další kalendářní rok je

---

<sup>4</sup> Někteří kritikové tohoto řešení poukazují na to, že k výkonu jejich práce nejsou dány standardní ekonomické motivy (tedy motiv zisku či naopak srozumitelný a veřejně deklarovaný neziskový motiv).



v návaznosti na termíny zpracovávání státního rozpočtu předkládán Ministerstvu zdravotnictví. To jej spolu s Ministerstvem financí posoudí s ohledem na soulad s právními předpisy a s veřejným zájmem a buďto jej vrátí zdravotní pojišťovně k přepracování či jej postoupí Vládě ČR. Spolu s návrhem zdravotně pojistného plánu je takto podávána také účetní závěrka za předcházející rok, výroční zpráva a výrok auditora. Vláda zdravotně pojistné plány zdravotních pojišťoven na další rok předkládá ke schválení Poslanecké sněmovně PČR. Pokud není zdravotně pojistný plán schválen Poslaneckou sněmovnou, hospodaří zdravotní pojišťovna v režimu rozpočtového provizoria, které stanoví Ministerstvo zdravotnictví a financí.

Kontrolu činnosti zdravotních pojišťoven vykonává Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí. Průběžná kontrola je realizována několika způsoby. Zdravotní pojišťovny především ze zákona čtvrtletně vypracovávají zprávy o svém hospodaření pro stát. Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí taktéž provádějí periodicky kontroly přímo ve zdravotních pojišťovnách.

Zjistí-li tato ministerstva závažné nedostatky v činnosti zdravotní pojišťovny, jsou oprávněna:

- požadovat, aby zdravotní pojišťovna ve stanovené lhůtě zjednala nápravu, nebo
- zavést nucenou správu.

Nucená správa je již velmi závažným zásahem do činnosti zdravotní pojišťovny. Nucená správa může trvat nejvíce rok a po tuto dobu všechna rozhodnutí orgánů zdravotní pojišťovny podléhají schválení nuceného správce, který je zaměstnancem Ministerstva zdravotnictví nebo financí. Stát tak na omezenou dobu přebírá kontrolu nad chodem zdravotní pojišťovny, přičemž má prostředky k vynucování provedení všech nutných nápravných opatření. Nucená správa byla uvalena v poslední době jen jednou, a to v případě Všeobecné zdravotní pojišťovny Ministerstvem zdravotnictví v té době vedeným ministrem Davidem Rathem.

### **Pluralitní versus unitární systém pojištění**

Otázka postavení plátce (v ČR pojišťoven) ve zdravotním systému je často diskutovanou problematikou a to nejen v ČR. Jak je patrné z výše popsaného, v ČR byl zvolen tzv. pluralitní model systému veřejného zdravotního pojištění, jinými slovy, náš systém je charakteristický větším počtem pojišťoven než jedna. Existuje-li v systému jen jedna pojišťovna, mluvíme o systému unitárním (v anglicky psané literatuře také často jako „*single payer*“).

Dlouhodobě se u nás vedou debaty o tom, zda má smysl současný pluralitní systém, či zda by neměla existovat jen jedna pojišťovna, zejména v zájmu snížení administrativních nákladů. Vývoj této debaty lze sledovat v podstatě od zahájení transformace českého zdravotnictví v návaznosti na listopadovou revoluci v roce 1989. Na počátku transformace byl zvolen pluralitní model zdravotního pojištění. Důvodem byla především snaha navázat na tradici první republiky a víra v pozitivní dopady konkurence plátců na ekonomickou situaci poskytovatelů a kvalitu služeb pro pojištěnce. Pojišťoven vzniklo zpočátku velké množství, postupně se některé začaly dostávat do finančních problémů (platební neschopnost). Některé zanikly, jiné fúzovaly. V druhé polovině devadesátých let jim zákon zakázal proplácet cokoliv nad rámec „standardního“ balíčku péče, prostor pro konkurenci tak byl významně zúžen. Na konci devadesátých let se počet pojišťoven na poměrně dlouhou dobu ustálil.

### **Přerozdělování pojistného**

Pojistné vybrané jednotlivými zdravotními pojišťovnami podléhá přerozdělování. Přerozdělování bylo zavedeno s cílem zabránit případnému adversnímu výběru, tedy selekci pojištěnců s vyšší věkovou strukturou, na které ve většině případů plynou vyšší částky z prostředků zdravotních pojišťoven. Proces přerozdělování probíhá každý kalendářní měsíc přes zvláštní účet vedený u VZP. Mechanismus přerozdělování se v průběhu let několikrát změnil.<sup>5</sup>

Od 1. 1. 1993 fungovalo přerozdělování 50 % a od 1. 1. 1994 do konce roku 2004 přerozdělování 60 % prostředků vybraných všemi pojišťovnami. Model přerozdělování 60 % vybraného pojistného zohledňoval zdravotní riziko pouze velmi hrubým kritériem, které rozdělovalo populaci na dvě skupiny, a to do 60 let a nad 60 let. Nezvažovalo však všechny osoby, ale pouze ty pojištěnce, za které byl plátcem pojistného stát. Z celkové sumy vybraného pojištění si 40 % každá pojišťovna ponechávala a výši 60 % vybraného pojistného ohlásila VZP jako správci účtu. Přerozdělení podléhala celková platba státu za osoby, za které je plátcem pojistného stát, a 60 % vybraného pojistného. Celkově se tak fakticky přerozdělovalo cca 68 % pojistného. Každá pojišťovna získala zpětně z přerozdělení prostředky podle počtu registrovaných pojištěnců pojištěných státem, přičemž na takového pojištěnce ve věku do 60 let připadal jeden podíl a na pojištěnce od 60 let tři podíly.

---

<sup>5</sup> K přerozdělování v rámci veřejného zdravotního pojištění musely přistoupit téměř všechny země s více zdravotními pojišťovnami (Německo, Belgie aj. ). Přerozdělovací mechanismus byl zaveden i ve švýcarském systému postaveném na komerčních pojišťovnách. V západoevropských zemích s konkurujícími si pojišťovnami je běžné přerozdělování ve výši 80–100 %.

Tento způsob přerozdělení nezohledňoval věk a zdravotní stav pojištěnců, umožňoval výběr „ziskových“ pojištěnců podle věku, příjmu a zdravotního stavu. VZP, u níž převládá počet pojištěnců státu, upozorňovala na nedostatečnou výši finančních zdrojů z přerozdělení. Kategorie pojištěnců – důchodci, zdravotně postižení a děti nízkého věku jsou finančně nejnákladnějšími skupinami pojištěnců, které spotřebovávají výrazně vyšší finanční částky, než jsou příjmy za tyto pojištěnce. Systém byl tedy výhodný pro zaměstnanecké pojišťovny na úkor VZP. Navíc v tomto systému chyběla kompenzace nákladů na velmi drahé pojištěnce (1 % nejdražších pojištěnců spotřebuje 20 až 30 % nákladů). Proto bylo navrženo nové přerozdělování, jehož kritériem je nákladovost pojištěnců dle věku a pohlaví. Zároveň byl zaveden systém kompenzace rizika.

Od 1. 1. 2005 bylo postupně zaváděno stoprocentní přerozdělování pojistného<sup>6</sup>. Kritériem přerozdělování je počet všech pojištěnců, nikoliv jen státních, podle nákladovosti pojištěnců dle věku a pohlaví. Nákladovost pojištěnců je zohledňována prostřednictvím nákladových indexů. Zavedlo se 36 věkových skupin v intervalu pěti let, a to zvláště pro muže a zvláště pro ženy. Byla stanovena míra podílu věkových skupin z hlediska jejich předpokládaného podílu na nákladech péče. Průměrné náklady na pojištěnce dané skupiny se vypočtou na základě údajů ze všech pojišťoven. Každá pojišťovna dostává platbu podle počtu pojištěnců. Roky 2005 a 2006 byly pro systém přechodné, kdy postupně zanikalo přerozdělování na základě počtu pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, a nabíhalo přerozdělování podle nákladových indexů věkových skupin. Od 1. 4. 2006 je již používáno 100 % přerozdělování v plné míře. Na novém systému „vydělal“ VZP s dosud největším podílem starých lidí a „drahých“ pacientů.

Mechanismus stoprocentního přerozdělení přináší také určité nevýhody. Především ruší jakoukoliv vazbu mezi výběrem pojistného a skutečnými příjmy zdravotní pojišťovny. ZP tedy mohou tímto opatřením ztratit motivaci k efektivnímu výběru pojistného. Z určitého pohledu znamená stoprocentní přerozdělování konec konkurence mezi pojišťovnami. Pojišťovny fungují ve stávajícím systému převážně jako přerozdělovatelé peněz. Do budoucna systém přerozdělování představuje obtížnou překážku možné individualizace ve zdravotním pojištění. Zamezuje se tím tvorbě alternativních diferencovaných zdravotně pojistných plánů založených na různé výši pojistného nebo zavedení bonifikace pojištěnců při nečerpání zdravotní péče, protože ZP musí všechny příjmy přerozdělit. Tento přerozdělovací

---

<sup>6</sup> Novelizací 123/2005 zákona č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

mechanismus tedy např. v očích Svazu zdravotních pojišťoven (SZP) výrazně nivelizuje systém veřejného zdravotního pojištění.

Od 1. 1. 2005 byly také zavedeny úhrady nákladné péče, což jsou příspěvky pojišťovněm na drahé pojištění. Jedná se o zajištění pojišťoven proti nadprůměrnému výskytu drahých pojištěnců, které by vedlo k finančním problémům pojišťovny. Zavedení fondu sdílení rizika umožní částečně kompenzovat náklady na mimořádně drahé případy. Tyto příspěvky jsou rozdělovány také z účtu přerozdělení.

## **6.2 Zdravotnická zařízení a úhrady péče**

Zdravotnická zařízení jsou zařízení s licenci poskytovat zdravotní péči. Zdravotnickým zařízením je jak samostatně ordinující praktický lékař, tak také fakultní nemocnice zaměstnávající několik tisíc zdravotnických pracovníků a s obratem v řádu miliard korun. Ačkoliv je rozsah zdravotní péče hrazené ze systému veřejného pojištění velmi široký, nepokrývá samozřejmě veškerou zdravotní péči poskytovanou ve zdravotnických zařízeních. Ta tak obvykle vedle zdravotní péče hrazené z veřejného pojištění poskytují také péči hrazenou přímo pojištěnci. Některá zdravotnická zařízení se do dokonce do systému veřejného zdravotního pojištění nezapojují, neuzavírají smlouvy se zdravotními pojišťovněmi a poskytují zdravotní péči výhradně za přímou úhradu. Činnost zdravotnického zařízení má obvykle povahu podnikání (existují však také mnohá nepodnikatelsky provozovaná zdravotnická zařízení) a mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou je dán vztah smluvní svobody. Je-li však smlouva se zdravotní pojišťovnou uzavřena, nesmí zdravotnické zařízení od pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny za poskytnutí zdravotní péče zákonem zařazené do rozsahu veřejného zdravotního pojištění vyžadovat přímou úhradu. Výjimkou jsou některé formy spoluúčasti typické zejména pro oblast léků (Toman, 2006).

Vybrané ukazatele vztahující se ke zdravotnickým zařízením je možno nalézt v následující tabulce.

**Tabulka 4. Zdravotnická zařízení (ZZ) v číslech (rok 2013)**

<b>ZZ celkem</b>	<b>29 218</b>
z toho samostatné ordinace	20 388
<b>Státní ZZ</b>	<b>213</b>
<b>Nestátní ZZ</b>	<b>29 006</b>

z toho zřizovaná krajem	149
z toho zřizovaná městem, obcí	156
z toho zřizovaná fyzickou osobou, církví, jinou právnickou osobou	28 700
<b>Lékařů celkem</b>	<b>47 459</b>
z toho zaměstnaných ve státních ZZ	19,4%
z toho zaměstnaných v krajských ZZ	10,1%
z toho zaměstnaných v soukromých ZZ	70,5%
z toho ambulantních	70,5%
<b>Nelékařských pracovníků celkem</b>	<b>107 244</b>
z toho zaměstnaných ve státních ZZ	25,3%
z toho zaměstnaných v krajských ZZ	15,1%
z toho zaměstnaných v soukromých ZZ	59,47%
z toho ambulantních	59,7%

*Zdroj: ÚZIS (2014)*

Úhrada zdravotních služeb bývá upravována každoročně tzv. **úhradovou vyhláškou** (aktuálně pro rok 2015 je to vyhláška č. 324/2014 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015). Postup pro vydání úhradové vyhlášky upravuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů v ust. § 17 odst. 5. Úhradová vyhláška stanovuje hodnotu bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení. Tato vyhláška vzniká na základě **dohodovacího řízení** zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů.

V případě, že dojde k uzavření dohody v rámci dohodovacího řízení jednotlivých skupin, postoupí se tato dohoda Ministerstvu zdravotnictví, které určí, zda je její obsah v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. V případě splnění všech náležitostí vydá Ministerstvo zdravotnictví dohodu ve formě právně závazné vyhlášky účinné od 1. 1. následujícího roku.

Nedojde-li v dohodovacím řízení k dohodě do 120 dnů před skončením příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví dohodu vadnou, stanoví hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení na následující rok samo prostřednictvím vyhlášky. Například vyhláška č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014 byla účinná od 1. 1. 2014 do 31. 12. 2014. Dohodovací řízení probíhalo v období od 20. 3. 2013 do 21. 8. 2013 a k dohodě došlo z jedenácti celkových oblastí pouze v segmentech všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, lázeňské léčebně-rehabilitační péče, zdravotní péče v ozdravovnách a u specializované ambulantní péče v oborech gynekologie a porodnictví. Segment poskytovatelů laboratorních a radiologických služeb dosáhl parciální dohody. Referenčním (srovnávacím) rokem je rok 2012.

Úhradová vyhláška plynule navazuje na jiný významný právní předpis, a to tzv. Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, jehož vydání ve formě vyhlášky předpokládá ust. § 17 odst. 4 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami není stejně jako úhradová vyhláška předmětem každoročního dohodovacího řízení. Současná vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, je v platnosti a účinnosti již od roku 1998 a její reflexi na rychlý vývoj ve zdravotnictví odráží mnoho novelizací.

Vyhlášky stanovující seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a určující hodnoty těchto bodů, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení uvádějí do praktického života tzv. rámcové smlouvy. Z nich vycházejí konkrétní smlouvy uzavřené mezi pojišťovnou a poskytovatelem zdravotní služby. Nutnost vydat rámcové smlouvy zakotvuje ust. § 17 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Rámcové smlouvy jsou výsledkem dohodovacího řízení, které na rozdíl od dohodovacího řízení o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení neprobíhá každoročně. Poslední výsledky dohodovacího řízení jsou zakotveny ve vyhlášce č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy. Rámcové smlouvy se dělí podle specializace poskytovatelů zdravotních služeb a v současné době jich je v přílohách vyhlášky zakotveno celkově devět.

## SHRNUTÍ

V České republice je povinná účast v systému veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní pojištění odvádíme ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu. V roce 2014 existuje 7

zdravotních pojišťoven. VZP je největší pojišťovnou, ve které je pojištěno necelých 60 % populace. Vztah VZP a ostatních (tzv. zaměstnaneckých pojišťoven) je jedním z nejspecifičtějších rysů českého zdravotního systému. Jakkoliv je prostor pro konkurenci omezený, pojišťovny se přesto snaží odlišovat se. V ČR je přerozdělováno 100 % vybraného zdravotního pojištění. Výše úhrad poskytnuté péče se stanovuje v tzv. dohodovacím řízení.

#### DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

- Toman R., Hrozby fungování zdravotních pojišťoven při centralizovaném řízení Ministerstva zdravotnictví, Diplomová práce, Brno 2010.
- ÚZIS, Zdravotnická ročenka 2013, dostupné na [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)

#### KONTROLNÍ OTÁZKY

- Jaké je právní postavení zdravotních pojišťoven?
- Jaké důvody pravděpodobně vedly k přijetí principu plurality plátců v ČR?
- Co je důvodem přerozdělování pojistného?
- Co upravuje úhradová vyhláška?
- Kdo se účastní dohodovacího řízení? Co je jeho předmětem?

#### CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

1. Charakterizujte systém veřejného zdravotního pojištění v ČR. Srovnajte se systémy v jiných zemích a identifikujte jeho výhody a nevýhody.
2. Jaká je role zdravotních pojišťoven v českém zdravotním systému. Jakým největším problémům systém, dle Vašeho názoru, čelí?
3. Jaké nevýhody má systém stoprocentního přerozdělování vybraného zdravotního pojištění?
4. Vyhledejte v aktuální úhradové vyhlášce, jaké metody úhrad jsou v ČR používány pro ambulantní specialisty?
5. Jaké nástroje byste použili k zajištění finanční udržitelnosti systému veřejného zdravotního pojištění?
4. Diskutujte problematiku konkurence mezi zdravotními pojišťovnami.

## 7 Transformace českého zdravotnictví

### CO JE CÍLEM KAPITOLY?

Cílem kapitoly je shrnout hlavní změny, kterými prošel český zdravotní systém po roce 1989. Důraz je kladen na samotnou transformaci zdravotního systému a dále pak na vybrané problémy, kterými české zdravotnictví trpí (např. restrukturalizace péče). V druhé části prezentujeme na tzv. Julínkově reformě příklad reálného reformního návrhu, abychom si na něm ukázali mechanismy a faktory, které rozhodují o úspěších a nezdarech reformních pokusů v této oblasti veřejné politiky.

### KLÍČOVÁ SLOVA

reforma zdravotnictví  
restrukturalizace péče

privatizace

### 7.1 *Historický vývoj do roku 2006*

Počátky zdravotního pojištění na území dnešní České republiky sahají do období konce devatenáctého století, kdy zde existovaly stovky vzájemných pokladen s mnoha tisíci členy. V Rakousku-Uhersku bylo nemocenské pojištění zavedeno v průmyslu od roku 1888, zákony vydanými již v samostatném Československu došlo v první polovině dvacátých let dvacátého století k zavedení povinného zdravotního pojištění pro námezdní dělníky a státní a veřejné zaměstnance. Dle GLADKIJ (2003) působilo během První republiky několik typů pojišťoven. Nemocenské pojištění pro dělníky v průmyslu a zemědělství a soukromé úředníky zajišťovaly nemocenské pojišťovny podléhající Ústřední sociální pojišťovně. Horníci byli pojištěni u revírních bratrských pokladen a státní úředníci u úřednických nemocenských pokladen. Existovaly i další fondy a pokladny a z celkového počtu 14,7 mil. osob se nemocenského pojištění účastnilo 3,5 mil. osob a jejich rodinných příslušníků. Od roku 1934 se pojišťovny musely povinně sdružovat. Svazy pojišťoven vyjednávaly s poskytovateli smlouvy. Základem zdravotní péče byl praktický lékař, ke kterému byli pacienti přiřazeni. Ve třicátých letech dvacátého století v Československu působilo přes 300 nemocenských pojišťoven. Po druhé světové válce nedošlo k téměř žádným změnám. K zásadní změně došlo v roce 1951, kdy byl



zaveden sovětský model zdravotnictví a stát na sebe převzal zodpovědnost za poskytování péče i za zdraví celé populace<sup>7</sup>.

V Československé republice vznikl hierarchicky uspořádaný a centralizovaný systém zdravotnictví. Existovaly zde krajské ústavy národního zdraví (KÚNZ), okresní ústavy národního zdraví (OÚNZ) a městské ústavy národního zdraví (MÚNZ), které byly zaměstnavateli veškerého zdravotnického personálu. Stát měl monopolní postavení v poskytování zdravotní péče. Neexistovaly žádné soukromé praxe. Systém využíval rozsáhlých kapacit a byl relativně levný.

Zpočátku tento socialistický model fungoval překvapivě dobře. Podařilo se mu vymýtit některé nemoci a snižovat některé důležité indikátory, jako například dětskou úmrtnost. Československé zdravotnictví se mezi lety 1960 a 1964 pohybovalo na desátém místě mezi 27 evropskými zeměmi v rámci sledovaných ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva.

Od poloviny šedesátých let sledované indikátory zdravotního stavu obyvatelstva Československé socialistické republiky začaly stagnovat a posléze se zhoršovat. Znamenalo to propad na dvacáté druhé místo mezi evropskými zeměmi mezi 1970 a 1974, přičemž v roce 1980 bylo Československo už na posledním, tedy dvacátém sedmém místě v Evropě.

Přestože zdravotní stav obyvatel je závislý i na jiných faktorech, než je pouze zdravotnictví (životní prostředí, způsob života genetické předpoklady atp.), je možné konstatovat, že zdravotní stav obyvatel Československa přímo koreloval se „zdravotním stavem“ celého zdravotního systému. Tento rigidní, přidělový a hierarchický systém se vyznačoval především:

- Financováním ze státního rozpočtu;
- Nedostatkem moderního managementu, ekonomického stimulu a kontroly kvality;
- Ztrátou schopnosti přijímat racionální rozhodnutí o alokaci zdrojů;
- Nereagoval flexibilně na potřeby obyvatel;
- Velká část peněz, lidského potenciálu a důvěry obyvatel byla promrhána;
- Nízká efektivnost systému;
- Větší počet lékařů a nemocničních lůžek;

---

<sup>7</sup> Zpracováno dle Zprávy o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR. Dokument Kulatého stolu. [online], c2007, [cit. 2009-10-05]. Dostupný z: < [http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava+o+stavu\\_WEB.pdf](http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava+o+stavu_WEB.pdf)>.

- Nízký sociální statut zdravotnického personálu;
- Téměř žádná práva pacientů na volbu lékaře;
- Systém privilegií pro některé sociální a především politické vrstvy;
- Zdravotní služby byly neekonomické, nedemokratické a postrádaly lidský přístup.

Je zřejmé, že zdravotnictví trpělo chronickou a stále se prohlubující krizí a že bylo před kolapsem celého systému. Politické, sociální a ekonomické změny, které přinesl rok 1989, znamenaly nový impuls pro celou ekonomiku, zdravotnictví nevyjímaje.

### 7.1.1 Transformace (1989–1991)

Na počátku 90. let se začaly formovat občanské iniciativy, které později zastřešilo Ministerstvo zdravotnictví a od nichž vzešly první principy navrhovaných změn ve zdravotnictví. Bylo konstatováno, že není možné pouze provádět dílčí změny stávajícího systému, ale že je nutné zavést zcela nový systém poskytování zdravotní péče.

Cílem bylo vytvořit flexibilní systém zdravotnictví, který by byl schopný se přizpůsobovat měnícím se potřebám obyvatel a zároveň by zajistil rovnováhu mezi profesionálními, ekonomickými a lidskými aspekty.

Jinými slovy mělo jít o transformaci z centralizovaného modelu na demokratičtější a liberálnější systém, který by umožnil poskytování kvalitnější zdravotní péče všem a měl by lepší kontrolu nad efektivitou systému. Tvůrci nového zdravotního systému si uvědomovali, že základní principy zdravotní politiky jsou předmětem sociálních preferencí, jejich implementace je vyjádřením politické vůle na všech úrovních politiky a že tuto změnu není možno provést bez podpory adekvátně informované veřejnosti.

Základní principy nového zdravotnického systému:

- stát garantuje adekvátní úroveň péče pro všechny občany,
- vytváření, implementace a kontrola zdravotní politiky má být demonopolizována a musí být vytvořen prostor pro zavádění konkurence do zdravotnictví,
- svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení,
- monopolní postavení státu bude zrušeno,
- územní jednotky budou zodpovědné za implementaci zdravotní politiky na svém území,

- zdravotnictví bude financováno z více zdrojů (státní rozpočet, prostředky územní samosprávy, soukromé subjekty, pacienti),
- povinné zdravotní pojištění předpokladem fungování nového systému.

Výše nastíněný průběh transformace českého systému zdravotnictví přehledně shrnuje následující tabulka.

**Tabulka 5. Vývoj reformy zdravotnictví v letech 1990–2006**

1990–1991
<ul style="list-style-type: none"> <li>– příprava základních změn</li> <li>– nastartování základních změn</li> <li>– zánik Krajských ústavů národního zdraví a později i Okresních ústavů národního zdraví</li> <li>– vznik České lékařské komory, České stomatologické komory a České lékárnické komory</li> </ul>
1992
<ul style="list-style-type: none"> <li>– zahájení nového způsobu financování zdravotní péče prostřednictvím VZP (v té době ovšem ještě čerpala zdroje ze státního rozpočtu)</li> <li>– vytvoření základů pro proces privatizace</li> </ul>
1993
<ul style="list-style-type: none"> <li>– zahájení financování zdravotní péče VZP a později dalšími zdravotními pojišťovnami na bázi vybraného pojistného</li> <li>– vznik několika zaměstnaneckých pojišťoven</li> <li>– zahájení privatizace (převážně se týkala ambulantní péče)</li> </ul>
1994–1995
<ul style="list-style-type: none"> <li>– první vážnější problémy ve financování zdravotnictví</li> <li>– vznik většiny zaměstnaneckých pojišťoven</li> <li>– legislativní omezení konkurence pojišťoven</li> <li>– začíná se uznávat nutnost podstatných úprav systému a nutnost pokračovat v reformě v upraveném pojetí</li> </ul>
1997–1998
<ul style="list-style-type: none"> <li>– vládní stranou ČSSD – orientace zdravotnictví na čistě neziskový princip poskytování zdravotní péče</li> <li>– tlumení růstu výdajů zavedením různých forem paušálních plateb</li> <li>– pokus o restrukturalizaci lůžkové péče na bázi výběrových řízení</li> </ul>
1999–2001
<ul style="list-style-type: none"> <li>– stagnace a vyčkávání</li> </ul>
2002–2007
<ul style="list-style-type: none"> <li>– stálý růst výdajů na zdravotnictví</li> <li>– více návrhů na reformu zdravotnictví, žádný však neprosazen a neuplatněn v praxi</li> <li>– převod státních neziskových zdravotnických zařízení na kraje a obce</li> <li>– přeměna některých zdravotnických zařízení na právnické osoby fungující na ziskovém principu – velmi kontroverzní, snaha ze strany vlády o udržení celého sektoru čistě</li> </ul>

neziskového

- v systému průběžně prováděny pouze dílčí změny – např. pravidelné změny úhradových vyhlášek
- od r. 2006 vládní stranou ODS – nový návrh reformy (Julínkova reforma) – nakonec neprosazena.

Zdroj: Vepřek, Vepřek, Janda 2002, autoři

## SHRNUTÍ

Český systém byl po tzv. listopadové revoluci transformován z centrálně plánovaného systému do podoby kontinentálního systému veřejného pojištění. Počáteční rychlost změn byla značná. Proběhla rozsáhlá privatizace (lékárny, lázně, ordinace lékařů). Pluralita se stala principem jak na straně plátců, tak i poskytovatelů péče. Zdravotnictví vlastně dodnes řeší jeden z klasických problémů fungování veřejného sektoru – hledání optimálního *private-public mixu*. Nepodařilo se zásadním způsobem restrukturalizovat péči ani vydefinovat úhradové standardy. Julínkova reforma byla pravděpodobně nepropracovanějším a nejvíce ambiciózním reformním pokusem, nepodařilo se ji však prosadit. Poznatky z procesu její implementace jsou poučné pro pochopení mechanismů uskutečňování reform veřejné politiky a vlivu zájmových skupin.

## DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

- BRYNDOVÁ, L., PAVLOKOVÁ, K., ROUBAL, T., ROKOSOVÁ, M., GASKINS, M.: Czech Republic HiT European Observatory on Health System and Policy [online]. c2009, [cit. 2011-01-26]. Dostupné na internetu: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/97633/E92968.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/97633/E92968.pdf)
- České zdravotnictví v roce 2050. Leden 2009. Dokument Kulatého stolu.
- VEPŘEK, J., VEPŘEK, P., JANDA, J.: Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 232 s. ISBN 80-247-0347-5.
- Zpráva o možných změnách ve zdravotnictví ČR. Leden 2009. Dokument Kulatého stolu. ISBN 978-80-85047-36-3.
- Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR. Květen 2008. Dokument Kulatého stolu Mezinárodní pohled na zdravotnické systémy.

## KONTROLNÍ OTÁZKY

- Popište hlavní kroky transformace zdravotního systému v devadesátých letech 20. století. Jaké byly principy, na kterých transformace stavěla. Zhodnoťte výstupy transformace.
- Proč byly některé nemocnice převedeny z centrální na krajskou úroveň? Jaké jsou výhody a nevýhody? Uveďte konkrétní příklady.

## CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

1. Vyberte si dvě z mnoha navrhovaných koncepcí reformy zdravotnictví. Vysvětlete jejich principy a zhodnoťte jejich silné a slabé stránky.
2. Pokud byste byli zodpovědní za vytvoření koncepce restrukturalizace lůžkového fondu v ČR, jak byste postupovali. Kdo by za restrukturalizaci měl být zodpovědný a kde byste ji prováděli?

## 8 Mezinárodní pohled na zdravotnické systémy

### CO JE CÍLEM KAPITOLY?

Závěrečná kapitola vás uvádí do problematiky srovnávání zdravotnických systémů a představuje podrobněji již dříve zmíněné hlavní typy (modely) zdravotnických systémů existující ve světě. Na konkrétní organizaci, systém financování a výkonnost zdravotnického systému mají přímý vliv nadnárodní trendy ve vývoji zdravotnických systémů, vnější tlaky a požadavky na zdravotnické systémy i specifické rysy zdravotnictví. Cílem kapitoly je představit vám stručně zdravotnictví ve třech různých zemích (konkrétně ve Velké Británii, Německu a USA) a tím vás inspirovat k samostatnému uvažování o možných variantách řešení problémů spojených s fungováním zdravotnictví.

### KLÍČOVÁ SLOVA

Veřejné zdravotnictví (*public health*)

Trendy ve vývoji zdravotnických systémů

Národní zdravotní služba

Bismarckovský model

Tržně orientované zdravotnictví

## **8.1 Komparativní studium zdravotnických systémů jako součást oboru veřejné zdravotnictví**

Studium zdravotnických systémů, jejich organizace a řízení je důležitou součástí oboru, který je znám pod názvem česky *veřejné zdravotnictví*. V rámci věd o zdraví a zdravotnictví nabývá tento obor stále většího významu. Přesto je s užíváním pojmu „veřejné zdravotnictví“ v našich podmínkách spojena řada nejasností a různých výkladů. Proto na úvod vymezíme tento termín tak, aby korespondoval s definicí a pojetím veřejného zdravotnictví v mezinárodním kontextu.

Veřejné zdravotnictví je českým ekvivalentem anglického termínu „public health“<sup>8</sup>. Dnes je tento pojem užíván k označení společenských aktivit, které mají za cíl *ochranu, udržení a zlepšení zdraví obyvatelstva*. Přes určité rozdíly v chápání a vymezování veřejného zdravotnictví v různých zemích lze shrnout, že společným jmenovatelem všech přístupů je *orientace na ochranu, udržení a rozvoj zdraví populace a/nebo populačních skupin, zejména těch, které jsou z hlediska zdraví rizikové*. Medicína je na rozdíl od veřejného zdravotnictví primárně orientovaná na jedince a jeho konkrétní individuální problémy.

V dnešní době se v centru zájmu veřejného zdravotnictví nacházejí zejména ohrožené a marginalizované skupiny jako senioři, chronicky nemocní, osoby se zdravotním postižením, děti žijící v sociálně deprivovaném prostředí a v dysfunkčních rodinách, chudí, dlouhodobě nezaměstnaní, etnické minority, migranti apod. WHO (1988) definuje veřejné zdravotnictví jako *„vědu a umění zabývající se tím, jak lze organizovaným úsilím společnosti prodlužovat život, předcházet chorobám a podporovat zdraví obyvatelstva“*. Zahrnuje mnoho společenských aktivit, týkajících se nejenom zdravotnictví, ale také ochrany životního prostředí a výchovy ke zdraví, včetně uplatňování takových společenských mechanismů, které vytváří či podporují životní podmínky, umožňující lidem zachovat a udržet si zdraví.

Jedním z nejdůležitějších cílů veřejného zdravotnictví je identifikovat, (tj. najít, určit, změřit, případně odhadnout) faktory (determinanty zdraví), které zdraví definovaných skupin nejvíce ohrožují, a promítnout tyto poznatky do zdravotní politiky tak, aby došlo k jejich redukci. Veřejné zdravotnictví je multidisciplinární vědecký obor, který má svoji teoretickou základnu i praktickou aplikaci. Využívá poznatkové základny mnoha přírodních i společenských věd. Jeho podstata spočívá v tvorbě a realizaci státní zdravotní politiky, v závislosti na zdravotním

---

<sup>8</sup> Není výjimečné, že termín „public health“ je používán ve své anglické podobě i mezi odborníky v neanglicky mluvících zemích.

stavu populace a širších sociálně-ekonomických podmínkách života lidí v dané zemi. Základním rámcem zdravotní politiky je pak role státu a míra státní ingerence ve zdravotní péči. Jedná se o určitý společenský konsensus, týkající se toho, co by měl pro zdraví svých obyvatel zajišťovat stát, a to systematicky a organizovaně (tedy nikoliv nahodile či chaoticky), a co má naopak být ponecháno na individuální odpovědnosti jednotlivců, protože je to tak efektivnější.

Vymezení veřejného zdravotnictví je tedy velmi široké. Ve své praktické podobě zahrnuje celou řadu společenských aktivit, které přesahují rámec resortu zdravotnictví a týkají se téměř všech oblastí veřejného života a veřejné politiky. Vždy je však akcentován systém populačně orientované léčebně-preventivní péče, poskytující zdravotnické služby pro všechno obyvatelstvo, tedy *zdravotnický systém*.

### **Současné trendy ve vývoji zdravotnických systémů**

Globálním trendem ve všech zdravotnických systémech je přesun těžiště od epizodického léčení akutních nemocí a příhod směrem k poskytování širokého spektra vzájemně provázaných a koordinovaných služeb. „Reaktivní“ model zdravotnictví postavený na akutní péči již neodpovídá současným potřebám. V péči o zdraví je kladen důraz na celou populaci a její zdraví a pohodu, tj. kvalitu života. Znamená to, že *prioritou v péči o zdraví se stává provázanost a koordinovanost zdravotnických a souvisejících služeb a jejich propojování s preventivními programy a podporou zdraví v nejširším slova smyslu*. V rámci veřejné politiky jsou v zemích Evropské unie při strategickém rozhodování zohledňovány dopady na zdraví, které musí být kvalifikovaně posouzeny (Health Impact Assessment)<sup>9</sup>. Prioritou se stává zachování zdravých životních podmínek, a to nejenom v ekologickém slova smyslu, ale i z hlediska širších sociálně-ekonomických faktorů (sociální soudržnost, participace na společenském životě, boj proti sociálnímu vyloučení a chudobě. Takto pojatá veřejná politika (tzv. healthy public policy) byla poprvé zdůrazněna v roce 1986 v Ottawské chartě, o něco později také v Adelaidské Chartě (1988)<sup>10</sup>. Oba tyto klíčové dokumenty WHO o podpoře zdraví zdůrazňují multiresortní spolupráci a angažovanost veřejnosti v otázkách zdraví.

---

<sup>9</sup>V rámci EU například platí směrnice (Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2001/42/ES o posuzování vlivů některých plánů a programů na životní prostředí), která se dotýká i některých zdravotních rizik.

<sup>10</sup>Adelaidská Charta (1988): „Zdravá“ veřejná politika je charakterizovaná jasným zájmem o zdraví a prosazováním odpovědnosti za vlivy na zdraví. Jejím cílem je vytvoření příznivého, sociálního i fyzikálního prostředí, které lidem umožní žít zdravý život. Všechny vládní resorty musí při tvorbě své politiky zvážit zdraví jakožto podstatný faktor, který musí být brán v úvahu. Zdraví by měla být věnována stejná pozornost jako se věnuje ekonomickým aspektům.“



Klíčový význam se připisuje vzdělávání. Témata, týkající se podpory zdraví, zdravého životního stylu a rizikových faktorů, se postupně stávají součástí vzdělávacích obsahů na různých typech škol.<sup>11</sup>

Přesto zůstávají zdravotnické systémy ve smyslu zajišťování a poskytování zdravotní péče těm, kteří jsou již nemocí a mají zdravotní obtíže, nadále velmi diskutovaným politickým i odborným tématem současné doby. Ve vyspělých zemích jsou v současném zdravotnictví patrné následující vývojové trendy:

- **Růst nákladů na zdravotnictví a snaha o jejich regulaci,**
- **Preventivní zaměření zdravotnictví,**
- **Přesun těžiště ze sféry nemocniční do sféry ambulantní. V rámci ambulantní péče je zdůrazňována podpora a rozvoj primární péče,**
- **Důraz na dodržování a respektování práv pacientů při poskytování zdravotní péče.**
- **Management kvality:** postupné zavádění národních i mezinárodních programů kontroly kvality podle dohodnutých indikátorů, a to jak v rámci celého zdravotnictví, tak na úrovni jednotlivých zdravotnických zařízení.
- **Rozvoj tzv. „zdravotnické turistiky“.** Pacienti z některých zemí cestují do jiných zemí, aby zde čerpali zdravotní péči. Jedná se obvykle o péči, která je v jejich zemi nedostupná, nebo velmi nákladná, případně se musí na ní dlouho čekat či je potřeba získat jiný, nezávislý názor na stanovenou diagnózu a terapii.
- **Připravenost zdravotnického sektoru okamžitě reagovat na nové a nepředvídatelné zdravotní ohrožení.**

### **Vnější tlaky a požadavky na zdravotnické systémy**

Zdravotnictví na celém světě čelí dnes silným tlakům a požadavkům, které jsou často svojí podstatou kontroverzní. Čemu dát přednost a jak se v dané situaci správně rozhodnout není zcela jasné a jednoznačné. Důležitá manažerská rozhodnutí se potom nezřídkou odehrávají v podmínkách extrémního stresu. Rozhodování je náročné, protože obvykle upřednostňují

---

<sup>11</sup> Výchova ke zdraví je od roku 2007 povinným vyučovacím předmětem i na základních a středních školách v ČR.

jednoho znamená opomenutí druhého, a to v situaci, kdy obé je stejně důležité. Může se konkrétně jednat o následující požadavky:

- 1) zajistit dostupnost péče pro všechny, a to i v situaci nedostatku disponibilních zdrojů,
- 2) zajistit rovnováhu mezi potřebou rozvíjet preventivní péči a zároveň financovat kurativu,
- 3) zavádět stále nové technologie versus potřeba alokace dostatku zdrojů do primární péče a podpory zdraví,
- 4) zajistit adekvátní proporcí mezi veřejnými a soukromými poskytovateli,
- 5) udržet vzdělanou a kompetentní pracovní sílu, tj. dostatečně podporovat postgraduální vzdělávání a udržet přitom náklady na akceptovatelné úrovni,
- 6) zajistit vliv a participaci pacientů na tom, jakým způsobem jsou jim zdravotnické služby poskytovány a udržet přitom vysokou odbornou kvalitu.

### **Hodnocení výkonnosti, efektivity a kvality zdravotnických systémů**

Srovnání modelů zdravotnických systémů, které existují a fungují v soudobém světě, je tématem řady analytických studií. Dlouhodobě a systematicky se tomuto tématu věnuje WHO. Experti WHO provádějí pravidelně podrobnou analýzu zdravotnických systémů, a to z hlediska celkových nákladů a jejich efektivní alokace, z hlediska objektivních ukazatelů (např. dostupnost praktických lékařů, úmrtnost dětí do 5 let, přežívání pacientů s určitými diagnózami, ale i zdravotní nerovnosti mezi sociálními skupinami aj.) i subjektivních indikátorů, jako je např. „responsiveness“, tj. vstřícnost zdravotnického systému z pohledu pacientů, a pravidelně publikují tzv. World Health Reports. Jedna z nejpodrobnějších a nejvíce citovaných je „Zpráva“ z roku 2000. Tato podrobná a sofistikovaná studie poskytuje údaje o všech zdravotnických systémech v členských zemích WHO a kvalifikovaně je srovnává a hodnotí. V roce 2000 bylo podle WHO jako nejlepší hodnocené francouzské zdravotnictví. V Evropské Unii se z pověření Evropské komise (DG Sanco – Directorate General for Health and Consumer Protection) zabývá obdobnou činností švédská konsultační společnost Consumer Powerhouse. Ta v letech 2007–2009 každoročně publikovala tzv. European Health Consumer Index (EHCI), který je výsledkem zevrubného hodnocení zdravotnických systémů v evropských zemích. EHCI je konstruován na základě analýzy dostupných statistik i vlastních šetření, které společnost Consumer Powerhouse provádí v zúčastněných zemích. Hodnocení se týká následujících oblastí: informací a práv pacientů, vybraných výsledků (outcomes), čekacích dob (např. na ortopedické operace, bypass),

rozsahu garantovaných služeb a dostupnosti nejmodernějších léků. V roce 2012 se jednalo celkem o 40 indikátorů, za které bylo možné získat maximálně 1000 bodů. Výsledkem je pořadí, tj. benchmarking zúčastněných zemí podle počtu získaných bodů. Ve všech letech, ve kterých zatím hodnocení proběhlo, bylo jako nejlepší hodnocené zdravotnictví v Nizozemsku. České zdravotnictví obsadilo 16–17 pozici a je hodnocené jako průměrné. V zatím posledním hodnocení v roce 2012 obsadila Česká republika 14. místo.

## ***8.2 Zdravotnické systémy ve světě – hlavní modely a jejich charakteristika***

Jak jsme uvedli v osmé kapitole, uplatní-li se kritérium převažující formy financování (převažujícího zdroje), lze hovořit o třech základních modelech zdravotnických systémů. Ty jsou tradičním předmětem zkoumání a studia v rámci oboru veřejné zdravotnictví. Existuje extenzivní literatura zabývající se výhodami a nevýhodami těchto „modelů“ (u nás např. Štěpán 1990; Křížová 1998). Ve skutečnosti nelze explikační potenciál tohoto třídění přeceňovat, jakkoliv jde o významný atribut. Pro chování plátců, poskytovatelů i pacientů jsou důležité i další parametry, které bývají distribuovány mezi zdravotnickými systémy napříč jednotlivými modely. Často můžeme vidět, že k inspiraci jednotlivými konkrétními řešeními v oblasti organizace, financování a řízení zdravotnictví dochází bez ohledu na to, co je převažujícím zdrojem financování.

### **8.2.1 Zdravotnictví financované z všeobecných daní: Národní zdravotní služba (NHS) a tzv. Semaškovův model státního monopolu**

Právě zde můžeme velice dobře pozorovat, že i systémy se stejným financováním se v konečném důsledku mohou chovat zásadně jinak. Odlišnosti souvisí se širšími politickými a ekonomickými podmínkami země, ve které fungují, a významně určují vztahy mezi poskytovateli zdravotní péče a jejími příjemci.

Z výnosu všeobecných daní, resp. ze státního rozpočtu jsou financovány modely dva. Jedná se o model Beveridgův a model Semaškův. Beveridge je ideovým autorem systému sociálního zabezpečení ve Velké Británii včetně zajištění zdravotní péče. Jeho myšlenky byly využity v poválečném období jako základ sociální politiky britských labouristů a byly uplatněny zejména v zákoně o Národní zdravotní službě, který byl přijat v roce 1948 a tím položen základ Národní zdravotní služby (National Health Service/NHS).

Semaškův model státního zdravotnictví fungoval již před druhou světovou válkou v Sovětském svazu. V současné době existuje ve své „čisté“ podobě na Kubě a v některých afrických zemích (Angola, Uganda). Na rozdíl od Beveridgova zdravotnictví v Semaškově modelu, až na výjimky, neexistovaly soukromé zdravotnické služby. Tato skutečnost a nemožnost svobodné volby mezi poskytovateli zdravotní péče tento typ zdravotnictví v očích obyvatel zemí střední a východní Evropy do značné míry zdiskreditovaly. Proto po politických změnách koncem 80. let 20. století docházelo postupně v ČR, na Slovensku, v Maďarsku, Rumunsku, Bulharsku a po rozpadu SSSR nakonec i v Rusku k reformám zdravotnictví, které znamenaly zánik tohoto systému a konec centrálně řízeného státního zdravotnictví v zemích střední a východní Evropy.

### **Národní zdravotní služba (National Health Service dále NHS) ve Velké Británii**

Varianty NHS nalezneme v řadě dalších evropských zemí – v Itálii, Portugalsku, Španělsku, Řecku, Irsku, ve Skandinávii – i v řadě vyspělých i méně vyspělých zemí světa – v Austrálii, v Kanadě, na Novém Zélandu, ale také v Kostarice, Mexiku, Malajsii, či v některých rozvojových zemích, například v Botswaně (Fried, Gaydos, 2002).

Britská NHS byla ustanovena zákonem v roce 1948 jako výsledek snahy tehdejší britské vlády řešit nespokojenost obyvatelstva se zdravotnictvím. NHS je považována za britský „národní poklad“, ceněný obyvatelstvem a neustále vylepšovaný reformátory, a to jak ze strany konzervativních vlád, tak ze strany labouristů. Rovný, a v momentě spotřeby bezplatný přístup veškerého obyvatelstva ke zdravotní péči s důrazem na odstraňování nerovností zůstává důležitým strategickým principem, o který se NHS opírá.

**Finanční spoluúčast:** Existuje, avšak je celkově relativně nízká. Tvoří ji poplatky za recepty, spoluplatba za zubní péči ve výši až 80 % ceny ošetření a některé další platby. Poplatky nejsou vybírány od dětí, nízkopříjmových skupin, těhotných a kojících matek, starých lidí či lidí trpících na některé chronické nemoci. Není taktéž zpoplatněna antikoncepce. Poplatky za recepty nejsou vybírány až od 85 % pacientů.

**Soukromé zdravotnické služby:** Existují mimo rámec NHS a mají pouze doplňkový charakter. Fungují jako alternativa NHS například v případě dlouhých čekacích dob na některé výkony, eventuálně jako možnost většího komfortu pro bohatší pacienty. Z celkových výdajů na zdravotnictví tvoří výdaje v soukromém sektoru okolo 15–18 %. Jejich zdrojem je z velké části soukromé zdravotní pojištění, které se týká téměř výhradně vyšších socioekonomických vrstev obyvatelstva. (Dixon, Mossialos, 2002)

**Celkové náklady:** Z veřejných rozpočtů se tak hradí celkem okolo 83 % nákladů NHS. (Dixon, Mossialos, 2002) Menší část prostředků pochází z přímých plateb a spoluplateb (za léky a zubní péči). Celkové výdaje na zdravotní péči ve Velké Británii jsou dlouhodobě stabilní a ve srovnání s podobně vyspělými zeměmi (Německo nebo Francie) je podíl HDP investovaný do zdravotnictví nižší. V devadesátých letech nepřesahovaly výdaje 7 % HDP. V posledních letech došlo ke zřetelnému nárůstu a v roce 2009 dosáhly výdaje až 9,8 % HDP (OECD 2010). Přesto britská NHS stále patří dlouhodobě ke zdravotnickým systémům s relativně nižšími výdaji.

### **Struktura péče, organizace a řízení**

NHS je vlastně tvořena čtyřmi samostatnými a nezávislými národními službami, které fungují ve Spojeném Království: NHS (týká se pouze Anglie), NHS Scotland, NHS Wales a Zdravotní a sociální péče v Severním Irsku/Health and Social Care in Northern Ireland. Zásadní dokumenty přijímají všechny čtyři zemské NHS konsensuálně, politicky jsou však za jejich naplňování zodpovědné zemské vlády. Velké pravomoci jsou přenechávány místním samosprávám. Všichni občané však mají volný přístup ke zdravotní péči kdekoli na území celého Království, vzájemné pohledávky si pak vyrovnávají jednotlivé NHS mezi sebou navzájem.

Důležitým prvkem NHS je její *odborné řízení*. Působí zde tzv. Heads of Professions, tj. vedoucí představitelé jednotlivých profesně definovaných oblastí zdravotní péče: lékařské péče, nelékařské zdravotní péče, zubní péče, farmacie, sociálně-zdravotní péče a vědy a výzkumu. Rada Departmentu odpovídá za strategický rozvoj systému zdravotní a sociální péče, za kvalitu formulování jednotlivých politik, za tvorbu standardů kvality zdravotní a sociální péče a za krizové řízení.

Po posledních reformách (konec 90. let, počátek tisíciletí) tvoří NHS dva relativně nezávislé a samosprávné integrované segmenty:

- **primární péče,**
- **sekundární péče.**

Primární péče a nemocniční služby jsou zcela oddělené. Specializované ambulantní služby v terénu neexistují, jsou poskytovány v ambulantních částech nemocnic, tzv. out-patient clinics. Základním trendem v NHS je rostoucí integrace a provázanost jednotlivých typů péče, a to zejména rozvinutím a posilováním funkce tzv. **NHS trustů**. Trusty jsou retězce, do kterých jsou průběžně sdružováni poskytovatelé primární i sekundární zdravotní péče na

celém území. Cílem je přenesení rozhodovacích pravomocí z centra NHS na správní rady trustů, případně i na místní samosprávu a na přiblížení služeb potřebám veřejnosti. (Hyde, Cooper, 2001). Existuje několik typů trustů.

### **Primární péče – Primary Care Trusts (PCTs)**

PCTs jsou integrovaná sdružení poskytovatelů primární péče na určitém území, které mají rozhodující roli v NHS. Existuje okolo 152 PCTs, které hospodaří přibližně s 80 % celkového rozpočtu na zdravotnictví. Sdružují 29 000 lékařů a 18 000 dentistů. Tento model je založen na přesvědčení, že praktičtí lékaři mohou lépe a kvalifikovaněji posoudit, kteří poskytovatelé poskytnou kvalitní a ekonomicky efektivní zdravotní péči jejich pacientům.

**PCTs poskytující** primární zdravotní péči v rámci svého území jsou tvořeny:

- Praktickými lékaři /General Practitioners(GP's),
- Zubními lékaři,
- Farmaceuty,
- Optometristy a optiky.

Primární péče je hrazena formou kapitace, tj. paušálním poplatkem za každého zaregistrovaného pacienta v kombinaci s výkonovými platbami. Pacienti jsou registrováni podle místa svého bydliště a nemají volný přístup ke specializované péči. Ta je možná pouze na základě doporučení praktického lékaře, jehož ordinace je místem prvního kontaktu. Praktičtí lékaři tudíž fungují jako tzv. „vrátní“ (gate-keepers), tedy rozhodují o čerpání specializované zdravotní péče.

**Praktičtí lékaři:** Jejich klíčová role v rámci PCTs zůstává zachována. Mohou vytvářet týmy komunitní péče, které mají pravomoc zajišťovat veškerou zdravotní a sociální péči o místní obyvatelstvo. Výsledkem je, že zejména seniorům a lidem s postižením je zajištěna dostatečná kontinuita služeb a zachována možnost zůstat co nejdéle v domácím prostředí, tj. v komunitě. Vedle trustů primární péče k tomu přispívají i pečovatelské trusty – viz dále.

### **Sekundární péče**

V této oblasti došlo také ke koncentraci poskytovatelů péče cestou vzniku trustů (neboli řetězců). Existuje několik typů trustů, které se specializují na určité specifické druhy sekundární péče:

- akutní trusty, trusty duševního zdraví, ambulantní trusty, pečovatelské trusty.

**Nemocnice:** Jsou sdruženy do nemocničních (acute) trustů, v jejichž rámci mohou být efektivně zajišťovány komplexní služby, ambulantní i lůžková péče. Jsou převážně veřejné. Poskytují sekundární i vysoce specializovanou péči, kterou s nimi nasmlouvají PCTs, jež jsou zodpovědné za zajištění všech služeb a jejich provázanost. Smlouvy se týkají objemu péče i výše úhrady. V Anglii je v trustech sdruženo okolo 1 600 nemocnic, které patří NHS. Jednotlivé trusty provozují 2–8 různých nemocnic.

### **Přednosti a slabé stránky NHS**

K největším přednostem NHS patří bezesporu všeobecná dostupnost zdravotní péče, která je závislá na klinické potřebě, nikoli na schopnosti člověka platit. Velký důraz je položen na rovnost a spravedlnost v distribuci zdravotnických služeb. Nízká je i finanční spoluúčast pacientů. Přitom NHS patří mezi relativně úsporné zdravotnické systémy. Ke slabým stránkám britské NHS patří dlouhé čekací doby na dražší a náročnější procedury, pokud nemají akutní charakter. Pohybují se v rozmezí několika měsíců až dvou let. Dlouhodobě je problémem například čekací doba na operaci kyčelního kloubu. Čekat se musí také na některé diagnostické výkony (magnetická rezonance, počítačová tomografie, sonografická vyšetření apod.), a to v řádu několika týdnů až měsíců. V posledním desetiletí došlo v Anglii k průlomovému, avšak velmi diskutovanému opatření, podle kterého lze v některých případech zajistit nedostatkové výkony v soukromém sektoru, a to na účet NHS (Sylvester, 2000).

## **8.2.2 Zdravotnictví financované z veřejného zdravotního pojištění – bismarckovský model**

Veřejné zdravotní pojištění můžeme najít například v Německu, Rakousku, Švýcarsku, Francii, Nizozemí, Belgii, Lucembursku, ČR, Slovensku, Maďarsku, Polsku i jinde.

### **Zdravotnictví v Německu**

Německo je historicky první zemí, která již koncem 19. století zavedla v rámci komplexního sociálního zabezpečení povinné zdravotní pojištění pro velkou část populace. Systém funguje na principu solidarity, což v praxi znamená, že občané platí zdravotní pojištění podle svých možností, tj. jako určité procento ze svého příjmu, a čerpají zdravotní péči podle svých potřeb (tj. vždy, když zdravotní péči objektivně potřebují). Systém se od té doby průběžně vyvíjí a rozšiřuje, jeho základní principy však zůstávají zachovány. V současném Německu existuje veřejné zdravotní pojištění, které není povinné pro všechny, rozhodující je výška příjmu.

Povinné veřejné zdravotní pojištění se vztahuje na občany, jejichž příjem nepřesahuje 48 000 EUR za rok (2011). Zbytek populace, tj. ti, kteří mají příjem přesahující stanovenou hranici, mají možnost si vybrat mezi dobrovolným setrváním ve veřejném systému nebo si zajistit soukromé zdravotní pojištění. Tuto možnost mají také podnikatelé, kteří až do roku 2007 nemuseli být zdravotně pojištěni. Dlouhodobě asi 10 % populace volí soukromé zdravotní pojištění, jedná se většinou o podnikatele. Ostatní se účastní veřejného zdravotního pojištění. Lidé s příjmem nižším, než činí ekvivalent 630 EUR měsíčně, nemusí platit zdravotní pojištění ze svého příjmu; v jejich případě přispívá do fondu pouze zaměstnavatel. V případě nezaměstnaných a důchodců plní roli zaměstnavatele jejich penzijní fond a fond nezaměstnanosti, tj. stát. Výše pojistného u veřejnoprávních pojišťoven není dána zákonem a může se proto u různých pojišťoven lišit. Celoněmecký průměr činí 15 %. Zdravotní pojištění se vztahuje i na rodinné příslušníky, pokud jejich příjem nepřesáhne 400 EUR měsíčně.

Pojistné platí zaměstnanci i zaměstnavatelé rovným dílem, je patrná tendence zvyšovat příspěvek zaměstnavatelů. V roce 1994 bylo zavedeno povinné pojištění na sociálně-zdravotní péči, které činí 1,7 % příjmu (50 % hradí zaměstnanec, 50 % zaměstnavatel). Z tohoto pojištění je hrazena dlouhodobá ošetrovatelská a rehabilitační péče, včetně pečovatelských služeb. Povinnost přispívat do tohoto fondu se týká všech, včetně nejbohatší části populace. Do kompetence zdravotních pojišťoven patří také nemocenské pojištění a mateřské dávky.

### **Veřejnoprávní zdravotní pojišťovny** (v současné době cca 240)

Veřejnoprávní pojišťovny mohou být buď odvětvové, tj. pojišťují zaměstnance určitého odvětví národního hospodářství, nebo podnikové, případně regionální. Pacienti s povinným pojištěním doplácí v hotovosti pouze menší poplatky, jejichž celková výše za rok nesmí přesáhnout 2 % hrubého příjmu, což je tzv. „hranice zatížení“. U chronicky nemocných a důchodců je hranice zatížení snížena na 1 % hrubého příjmu. Jsou také zvýhodněny rodiny s dětmi.

**Ambulantní sektor:** Ambulantní lékaři, podobně jako u nás, mají své nezávislé soukromé praxe. Pokud chtějí léčit pacienty, spadající do sféry všeobecného zdravotní pojištění, jsou ze zákona povinni se sdružovat do regionálních a zemských asociací (spolků) pokladenských lékařů. Tyto organizace mají povinnost zajistit, aby ambulantní zdravotní péče byla dostupná všem pacientům. Zdravotní pojišťovny hradí náklady ambulantním lékařům platbou za výkon.

**Veřejné nemocnice** v Německu jsou financovány ze dvou zdrojů. Provozní náklady jsou hrazeny z fondu nemocenského pojištění, zatímco investiční výdaje jdou ze státního rozpočtu.



Několik posledních let je při úhradách nemocniční péče používán německý model platby za diagnózu (DRG). Hospodárnost nemocnic je přísně sledována.

### **Přednosti a slabé stránky německého zdravotnictví**

K přednostem nepochybně patří všeobecná dostupnost zdravotní péče a fakt, že téměř celá populace má zajištěné široké spektrum kvalitní zdravotní péče. Systém spoluúčasti je dobře propracovaný a sociálně citlivý. Zdravotní stav populace je velmi dobrý, střední délka života patří k nadprůměrným a dále se prodlužuje. Významnější nerovnosti v dostupnosti zdravotní péče neexistují, a to i přesto, že Německo patří k zemím s největším podílem imigrantů v EU (cca 9 %). Německý zdravotnický systém je administrativně velmi složitý, což lze částečně vysvětlit vysokým počtem zdravotních pojišťoven. I když je regulativní funkce státu významná, je ponecháno velké pole působnosti pro vyjednávání mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami. Vyjednávání mezi poskytovateli a plátcí péče je často složité a náročné. Z hlediska celkových nákladů patří německé zdravotnictví v evropském kontextu dlouhodobě k těm nejnákladnějším. Velký počet zdravotních pojišťoven a široce pojatá svobodná volba poskytovatelů i zdravotních pojišťoven svým dílem vysokou cenu péče ovlivňují. Nicméně, investované prostředky přinášejí efekt. V rámci hodnocení zdravotnictví podle Evropského indexu zdravotnického spotřebitele (European Health Consumer Index – EHCI) patří německé zdravotnictví dlouhodobě k těm, které i přes určité zhoršení v roce 2012 dosahují nadprůměrné výsledky (EHCI 2012).

### **8.2.3 Liberální model, resp. zdravotnictví s rozhodujícím podílem soukromého zdravotního pojištění**

#### **Zdravotnictví v USA**

Spojené státy americké jsou jednou z mála rozvinutých zemí, které dosud nemají zavedený zdravotnický systém garantující nezbytnou zdravotní péči pro celou populaci. Současné americké zdravotnictví představuje osobitou směs soukromého pojištění a financování zdravotní péče z veřejných zdrojů, a to jednak z federálních daní, jednak z daní jednotlivých států Unie prostřednictvím veřejných programů *Medicare*, *Medicaid*, *Childrens Health Insurance Program* a *Veterans Health Administration*. Poslední ze jmenovaných programů

představuje nejrozsáhlejší integrovaný zdravotní program v USA. V rámci zmíněných programů je financována více než polovina veškeré zdravotní péče v USA.

### **Financování zdravotnictví**

Spojené státy dosahují dlouhodobě nejvyšší výdaje na zdravotnictví na světě. Podíl HDP investovaný do zdravotnictví dlouhodobě činí 15–17 % (OECD 2012).

### **Soukromé zdravotní pojištění**

Větší část ekonomicky aktivních obyvatel USA (okolo dvou třetin) je pojištěna u soukromých zdravotních pojišťoven. Z toho 70–80 % pojištěnců není pojištěno individuálně, ale jako skupina zaměstnanců určitého podniku, a to prostřednictvím zaměstnavatele. Většina amerických zaměstnavatelských organizací platí jako součást svých sociálních programů zdravotní pojištění pro své zaměstnance a jejich rodinné příslušníky. Činí tak i přesto, že tuto povinnost jim žádný federální zákon neukládá. Pojištění sjednávají u soukromých zdravotních pojišťoven, kterých je v celé zemi o něco více než tisíc.

### **Nepojištěná populace**

Největším problémem zdravotnického systému USA je skutečnost, že významná část amerických občanů dlouhodobě nemá zajištěné žádné zdravotní pojištění. Je znepokojivé, že tato skupina se v posledních letech ještě rozšířila. V současné době je to až 50 milionů lidí, což reprezentuje více než 16 % všech Američanů, kteří ještě nedosáhli důchodového věku 66 let.

### **Státní zdravotnické programy**

MEDICARE: Vznik tohoto programu je spojen se jménem amerických prezidentů Kennedyho a Johnsona, kteří se přičinili o jeho zavedení v šedesátých letech dvacátého století. V průběhu let byl neustále upravován a rozšiřován až do dnešní podoby, kdy představuje program financování a jednotného přístupu ke zdravotní péči pro všechny občany USA starší 65 let a pro definované skupiny chronicky nemocných a tělesně postižených. Program MEDICARE je řízen na federální úrovni a je rovněž financován převážně z federálních daní. Znamená to, že ve všech státech Unie jsou podmínky zařaditelnosti i rozsah krytí zdravotní péče v tomto programu shodné. MEDICARE představuje významnou položku amerického státního rozpočtu. V posledním desetiletí jeho výdaje rostou výrazně rychleji než příjmy. MEDICARE je americkými občany velmi oceňován. Je vnímán jako jeden z pilířů sociálních jistot, garantovaných státem.

MEDICAID: Tento program částečně financuje péči o chudé občany, avšak prostředky, kterými disponuje, nestačí ani na krytí poloviny skutečných nákladů na zdravotní péči o tuto část populace. MEDICAID zahrnuje neodkladnou akutní i dlouhodobou péči a některé preventivní služby (zejména očkování). Je financován jak z federálních daní, tak z daní jednotlivých států Unie. Na území celých Spojených států je určujícím kritériem pro zařazení do programu příjem nižší, než je životní minimum, které je zde označované jako „hranice bídy/chudoby“ (poverty line). Pro představu uvádíme, že hranice bídy pro čtyřčlennou rodinu představovala v roce 2011 roční příjem 22 400 dolarů. V současné době žije v USA okolo 15 % obyvatel s příjmem pod hranicí bídy. Jednotlivé státy USA však v závislosti na výši svých daňových příjmů zvyšují úroveň příjmu pro zařaditelnost do programu MEDICAID až na dvojnásobek, a to v zájmu snížení počtu lidí, kteří nemají zajištěnou zdravotní péči.

Children's Health Insurance Program: tento program byl zaveden z iniciativy senátora Edwarda Kennedyho a za významné podpory Hillary Clinton v době, kdy byla první dámou USA. Jedná se o federální program, ze kterého se hradí zdravotní péče pro těhotné a děti z rodin, jejichž příjem přesahuje zařaditelnost do programu MEDICAID, zároveň však tyto rodiny nemají zdravotní pojištění. Jejich příjem nesmí přesahovat 200 % federální hranice bídy. Program funguje od roku 1997, mezi státy však existují významné rozdíly v zařaditelnosti a „štědrosti“. Současný prezident Barack Obama se zasadil o významné rozšíření tohoto programu, na který mají nyní nárok i děti legálních imigrantů, a to bez čekací doby.

Neodkladná péče: Koncem 80. let 20. století byla přijata legislativa, která na federální úrovni řeší poskytování neodkladné péče. Byl přijat zákon „Emergency Medical Treatment and Active Labor Act“ (EMTALA), podle něhož každé osobě, která se na území Spojených států ocitne v bezprostředním ohrožení života, musí být poskytnuta potřebná zdravotní péče. Povinnost poskytnout neodkladnou péči se vztahuje na všechna zdravotnická zařízení i na všechny zdravotníky, kteří přijdou s takto zdravotně ohroženou osobou do styku. Platí to tedy i pro situace, kdy např. chudý a na první pohled nesolventní pacient v ohrožení života je dopraven do nejbližší soukromé nemocnice, poskytující péči bohaté klientele. Ani v tomto případě nemocnice nemůže pacienta ohroženého na životě odmítnout. Zákon vyžaduje, aby zdravotní stav ohrožené osoby byl „stabilizován“ a až poté je možné pacienta převézt do veřejné nemocnice, která péči o něj převezme. Neodkladná péče není bezplatná. Lidé, kteří jsou nepojištěni a nejsou schopni péči uhradit zůstávají často dlužníky zdravotnických zařízení. Je také skutečností, že neodkladná péče funguje v praxi často jako substitute standardní primární

péče pro chudé nepojištěné občany. Není výjimkou, že lékaři pracující v „Emergency Units“ pomáhají těmto pacientům tím, že vykazují i běžnou péči jako neodkladnou, aby je ochránili před existenčními problémy.

Řízená péče – *managed care*: V průběhu posledních dvaceti až třiceti let probíhal v USA proces sdružování a určité centralizace zdravotnických služeb. Poskytovatelé (zdravotnická zařízení) a plátcí těchto služeb (zdravotní pojišťovny) se sdružují do tzv. Health Maintenance Organizations (HMO's) – organizací řízené péče, které představují svéráznou americkou podobu integrace zdravotnických služeb, a to při zachování jejich soukromého charakteru. Rozhodující řídicí roli v HMO's mají zdravotní pojišťovny. HMO's poskytují léčebnou péči těm občanům, kteří se u nich zaregistrují, a zaregistrovaní občané se zavazují čerpat péči pouze u těchto organizací. Za toto omezení je obvykle poskytována výhodnější sazba pojistného než u běžných pojišťoven. HMO's se zaměřují na úsporu nákladů, snaží se podporovat více prevenci a šetřit prostředky účelnější administrativou. V 90. letech byly velmi aktivní v zavádění programů zajišťování a zvyšování kvality zdravotní péče ve svých zařízeních, které považují za cestu ke zvyšování efektivity zdravotní péče.

### **Silné a slabé stránky zdravotnictví v USA**

Spojené státy americké mají v porovnání s většinou vyspělých zemí svým způsobem unikátní zdravotnický systém, jehož fungování je ve vysoké míře založeno na soukromém sektoru, a to jak z hlediska financování, tak i poskytování zdravotní péče. Veřejný sektor však nehraje zanedbatelnou roli – zajišťuje péči o starší, nemožící a chudé občany a také o vojáky, válečné veterány a jejich rodiny, což reprezentuje více než polovinu veškeré péče. Veřejné výdaje na zdravotnictví jsou vyšší než celkové výdaje na zdravotnictví v mnoha státech OECD (OECD 2012).

Zdravotnictví v USA je flexibilní, schopné velice rychle reagovat na změnu preferencí spotřebitelů, požadavky plátců péče i vládní regulace. Je rovněž charakteristické dostupností nejnovějších medicínských technologií pro pojištěnou část populace. Na druhé straně však více než 16 % Američanů nemá zdravotní pojištění, a tudíž ani dostatečný přístup ke zdravotní péči. Zcela decentralizované a na platbách řady plátců závislé zdravotnictví neumožňuje dostatečnou kontrolu výdajů. Také velmi široké spektrum různých poskytovatelů, a to jak z hlediska vlastnictví, tak i z hlediska kvality péče, je nepřehledné. Systém spoléhá na konkurenci v oblasti pojištění a poskytování služeb jako nástroje pro zvýšení efektivity.

Zdá se však, že vysoké náklady na zdravotnictví nepřinášejí odpovídající výsledky. Američané jako celek nedostávají takovou zdravotní péči, aby to odpovídalo tomu, kolik za ni platí. K nejpádňjším argumentům patří vývoj zdravotního stavu, který neodpovídá vynaloženým zdrojům. V roce 2011 byla očekávaná délka života Američanů významně nižší než ve vyspělých zemích EU. USA osadily až 34. pozici v rámci celosvětového srovnávání s hodnotou 78,4 pro obě pohlaví. Kojenecká úmrtnost je vyšší než na Kubě a dosáhla v roce 2011 6 promile. Přes vysoké náklady americké zdravotnictví nezajišťuje dostupnost zdravotní péče pro celou populaci, a to ani péče základní. Nepojištění občané tvořili skupinu čítající v roce 2011 až 50 milionů obyvatel. Existují výrazné nerovnosti v distribuci zdravotnických služeb podle příjmu. Nicméně, i přes oprávněnou kritiku dosahuje americké zdravotnictví v některých medicínských oborech i v oblasti klinického výzkumu špičkové úrovně. Také systém zajišťování kvality poskytované péče je zde velmi propracovaný. Řada mezinárodních iniciativ, zaměřených na kvalitu zdravotní péče, má svůj původ v USA (např. systém akreditace nemocnic, který zajišťuje Joint Commission International). K přednostem amerického zdravotnictví bývá také počítán fakt, že američtí lékaři jsou nejlépe placenými lékaři na světě (OECD Health Data 2006).

### **Reforma Prezidenta Baracka Obamy**

Prezidentu Baracku Obamovi se podařilo dosáhnout přijetí Zákona o ochraně pacienta a dostupné péči 2010 (Affordable Care Act), který představuje zásadní a komplexní změnu fungování dosavadního systému. Klíčovým reformním krokem je zavedení povinnosti být pojištěn na zdravotní péči, a to dokonce s možností uplatnění sankcí, pokud někdo tuto povinnost nesplní. Aby tato možnost byla reálná, a tudíž všichni Američané měli možnost zdravotní pojištění získat, stát vybuduje státní zdravotní pojišťovnu, která bude fungovat jako alternativa soukromým zdravotním pojišťovnám. Dále by mělo dojít k rozšíření programů MEDICARE a MEDICAID a k posílení role zaměstnavatelů. Oproti předchozímu stavu bude zvýšena ochrana práv pacientů/pojištěnců, dojde k širšímu zapojení informačních technologií a ke zjednodušení stávající administrativy. Není bez významu, že by měla být rovněž větší podpora preventivní péče.

V daném okamžiku však není možné uzavřít, že zdravotnická reforma je definitivně implementovaná a zásadní rozpory vyřešeny. Zákon o ochraně pacienta a dostupné péči byl ve Sněmovně reprezentantů schválen bez jediného hlasu republikánů. Ti ihned po jeho schválení zahájili opoziční kampaň o jeho zrušení či změnu. Zmíněný zákon byl právníky ve více než 20 státech Unie napaden u Nejvyššího soudu USA jako neústavní. Hlavním sporným

bodem je zavádění „povinného“ zdravotního pojištění. Podle názorů republikánů a jejich právníků je tento prvek v rozporu s Ústavou Spojených států a tudíž v rozporu s americkým pojetím svobody. Nejvyšší soud USA sice Obamovu reformu v červnu 2012 schválil a od roku 2014 je v USA zavedeno povinné zdravotní pojištění. Do budoucna však není jisté, zda republikánská strana tento v amerických podmínkách „kontroverzní“ zákon, nezruší či podstatně nezmění, pokud by k tomu měla příležitost.

## SHRNUTÍ

Studium zdravotnických systémů, jejich organizace a řízení je důležitou součástí oboru, který je znám pod českým názvem veřejné zdravotnictví. Veřejné zdravotnictví je multidisciplinární vědecký obor, který má svoji teoretickou základnu i praktickou aplikaci. Jeho podstata spočívá v tvorbě a realizaci státní zdravotní politiky, v závislosti na zdravotním stavu populace a širších sociálně-ekonomických podmínkách života lidí v dané zemi. Základním rámcem zdravotní politiky je pak role státu a míra státní ingerence ve zdravotní péči. Orientace v tom, jak jsou organizovány a jak fungují zdravotnické systémy v různých zemích je součástí profesionální výbavy odborníka na zdravotní politiku. Základními dimenzemi, které je při tom dobré brát v úvahu je způsob financování, dostupnost zdravotní péče občanům, použité nástroje regulace nabídky i poptávky, vlastnická struktura a postavení poskytovatelů péče, nákladovost, kvalita péče a ve finále také zdravotní stav populace té které země.

## DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

- Smith P.C., Papanicolas I. Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research. WHO 2012 – dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/162568/e96456.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/162568/e96456.pdf?ua=1)
- Thomas Rice, Pauline Rosenau, Lynn Y. Unruh, Andrew J. Barnes, Richard B. Saltman and Ewout van Ginneken. THE UNITED STATES HEALTH SYSTEM: TRANSITION TOWARDS UNIVERSAL COVERAGE. Eurohealth incorporating Euro Observer – Vol.19 | No. 3 | 2013 dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/216843/Eurohealth\\_v19-n3.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/216843/Eurohealth_v19-n3.pdf?ua=1)
- Health systems in transition – USA. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf?ua=1)

## KONTROLNÍ OTÁZKY

- Vysvětlete pojem veřejné zdravotnictví.
- Jaké jsou hlavní vývojové trendy v současných vyspělých zdravotnických systémech?
- Vysvětlete systém financování a organizace zdravotní péče ve Velké Británii.
- Jakým způsobem je financovaná zdravotní péče v Německu?
- Vysvětlete systém financování zdravotní péče v USA a uveďte hlavní myšlenky současné reformy amerického zdravotnictví.

## CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

- Vyhledejte aktuální European Health Consumer Index (EHCI) pro státy EU a diskutujte hodnocení České republiky.
- Diskutujte hlavní rozdíly ve financování zdravotní péče mezi USA a vyspělými evropskými státy.
- Porovnejte střední délku života při narození v České republice, Německu, Velké Británii a USA.
- Zamyslete se nad koncepty investic do zdraví, prevence a determinant zdraví ve vztahu k trendu rostoucích nákladů na zdravotnictví. Lze hledat nějaké kauzální vztahy či dílčí návrhy řešení?

