

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce



## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Ondřej Rajmon

Nadstandardy zdravotní péče – komparace ČR  
s vybranými státy

*Additional healthcare – comparison of the Czech  
Republic with selected countries*

## Poděkování

Chtěl bych srdečně poděkovat vedoucí mé práce PhDr. Kateřině Šámalové Ph.D., která mi byla po celou dobu psaní práce oporou, poskytovala mi cenné rady a byla vždy ochotná a laskavá. Dále děkuji mé rodině a přátelům, bez jejichž podpory by tato práce nevznikla.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze 18. srpna 2020

.....

Ondřej Rajmon

## **Abstrakt**

V roce 2013 byl rozhodnutím Ústavního soudu ČR zrušen legislativní záměr rozdělit nadstandardní a standardní zdravotní péči. Tento pokus po sobě zanechal chaos, který stále trvá. Nadstandardy jsou tudíž poskytovány v závislosti na úsudku poskytovatele, přičemž zákon neotvírá možnost standardní a nadstandardní péči kombinovat. Pacientovi tak nezbývá nic jiného než uhradit plnou cenu péče, čímž se řadě lidí uzavírá možnost na nadstandardní péči finančně dosáhnout. Řešení této situace vyžaduje společné úsilí odborných grémií, veřejnosti i politiků. Jak ovšem systém nadstandardů nastavit, aby byl spravedlivý, nediskriminující a celkově optimální? Pro odpověď a inspiraci se vydáme do zahraničních zemí – konkrétně do Spojených států, Spojeného království a Německa. Práce se pokusí pomocí metody desk research zanalyzovat přístup těchto zemí k danému tématu v celé jeho komplexnosti. Z analýzy ve výsledku vyplynulo, že zemí, kterou by se Česká republika mohla inspirovat nejlépe je Německo.

**Klíčová slova:** zdraví, standard zdravotní péče, nadstandard zdravotní péče, kvalitativní standardy, zdravotní politika, financování zdravotní péče, zdravotní pojištění

## **Abstract**

In 2013, by the decision of Constitutional Court of the Czech Republic, the intention of standard and additional health care being separated was repealed. This led to chaos which, even though it is already long time ago, still remains. As law does not allow for the combination of standard and additional health care, it therefore depends upon health care providers who decide if and how will they provide additional health care. Hence, no option is given to the patient other than to pay full price, which makes it unaffordable for the majority. Dealing with this issue needs cooperation of professional associations, the public and politicians. The question is how to set the system in terms of equity, discrimination, and optimization. To answer this question, we shall get inspired by foreign countries – namely United States, United Kingdom and Germany. The paper will try to comprehensively analyse approaches of the countries to additional health care by using desk research method. The most important country to gain inspiration from, as far as Czech Republic is concerned, is the neighbouring country of Germany.

**Keywords:** health, standard of health care, additional health care, qualitative standards, health policy, funding of health care, health insurance

## Obsah

Úvod.....	8
1. Hodnota zdraví .....	9
1.1. Zdraví .....	9
1.2. Právo na zdraví.....	11
1.3. Faktory ohrožující rovný přístup ke zdravotní péči.....	12
2. Zdravotnictví a jeho vývoj.....	14
2.1. Historický vývoj zdravotnictví.....	14
2.2. Znaký a principy zdravotnictví.....	15
2.3. Typologie zdravotnických systémů.....	15
3. Zdravotnictví České republiky .....	18
3.1. Zdravotní politika .....	18
3.2. Vývoj modelu zdravotní péče.....	18
3.3. Principy zdravotního pojištění.....	19
3.4. Financování zdravotní péče.....	20
3.5. Výdaje na zdravotní péči.....	22
4. Zdravotnické systémy vybraných zemí .....	23
4.1. Zdravotnictví USA .....	23
4.2. Zdravotnictví Spojeného království .....	28
4.3. Zdravotnictví Německa .....	30
5. Standard a nadstandard ve zdravotní péči .....	33
5.1. Standardizace péče .....	33
5.2. Standard péče v právu .....	34
5.3. Úhradový standard .....	34
5.4. Nadstandard zdravotní péče .....	36
6. Výzkumný záměr .....	37
7. Nastavení čerpání nadstandardní zdravotní péče v ČR .....	39
7.1. Právní standard péče a kvalitativní standardy .....	39
7.2. Kontrola kvality.....	39
7.3. Úhradový standard .....	39
7.4. Legislativní vývoj standardu/nadstandardu a ústavní rozpory .....	40
7.5. Nadstandard a jeho financování .....	43
7.6. Postoj veřejnosti .....	45
8. Nadstandard zdravotní péče ve zkoumaných zemích.....	47
8.1. Spojené státy.....	47
8.2. Spojené království .....	53
8.3. Německo.....	57

9. Závěrečná komparace.....	62
11.1. Hodnocení proměnných.....	63
11.2. Implikace pro Českou republiku.....	65
Zdroje .....	67
Legislativa .....	73
Seznam grafů.....	73
Seznam tabulek.....	73

## Seznam zkratek

**ACA** – Affordable Care Act (Zákon cenově dostupné péče)

**AWMF** – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Asociace vědecko-medicínských profesních organizací)

**CCGs** – Clinical Commissioning Groups (Zmocňovací klinické skupiny)

**CMS** – Centres for Medicare & Medicaid services (Centra služeb týkajících se Medicare & Medicaid)

**ČR** – Česká republika

**EHB** – Essential health benefits (Základní zdravotní benefity)

**IQWiG** – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Institut pro kvalitu a hospodárnost ve zdravotnictví)

**NHS** – National Health Service (Národní zdravotní služba)

**NICE** – National Institute of Health and Care Excellence (Národní institut zdraví a excelentnosti péče)

**OSVČ** – osoba samostatně výdělečně činná

**SGB** – Sozialgesetzbuch (Sociální zákoník)

**UK** – United Kingdom (Spojené království)

**USA** – United States of America (Spojené státy americké)

**ÚS** – Ústavní soud (České republiky)

**WHO** – World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)

## Úvod

Zdravotní systém v České republice je momentálně nastaven tak, že pacientovi lze nadstandardní péči (v podobě např. odlehčené sádry) poskytnout pouze v případě, že zaplatí plnou cenu zahrnující i tu „standardní“ namísto toho, aby platil pouze jejich rozdíl. Takové nastavení způsobuje, že si mnoho lidí nadstandardní péči nemůže dovolit a je nuceno spokojit se s péčí, která neodpovídá jejich očekávání. Tento stav nejenže diskriminuje méně majetné pojištěnce, ale jelikož je ve své podstatě živnou půdou pro úplatkářství a klientelismus, tak zároveň zamezuje přílivu privátního kapitálu do zdravotnictví.

Proč tomu tak je a jak je téma nadstandardu uchopeno v zahraničních zemích? V práci se na tuto otázku a mnohé další pokusíme odpovědět. Nejprve se ovšem podíváme na hodnotu zdraví jako takovou, připomeneme si, jaké existují modely zdravotní péče a jaká pozitiva a negativa tyto modely přinášejí. S ohledem na vzorové typy zdravotnických systémů následně charakterizujeme zdravotnictví vybraných zemí a České republiky. Dále se pokusíme objasnit problematiku standardu péče a naučíme se rozlišovat mezi jeho různými podobami. S touto teoretickou základnou budeme dobře vybaveni na hlubší kvalitativní analýzu zkoumaných zemí. Analýza povede k jejich vzájemné komparaci, jež vyústí v implikaci pro Českou republiku.



# 1. Hodnota zdraví

## 1.1. Zdraví

Zdraví je nepochybně jednou z nejvyšších hodnot každého člověka. Ač si mnoho lidí hodnotu zdraví uvědomí až v okamžiku, kdy je nějakým způsobem ohroženo, tak v sobě máme zdraví zakódované jako něco velice cenného a důležitého. S nástupem aktuální krize je ještě více očividné, že poptávka po zdraví je společná všem racionálně smýšlejícím lidem. Hamza (1921) uvádí, že je zdraví „*největší a nesmrtelný kapitál každého národa*“.

Na definici zdraví se ovšem odborníci plně neshodují. Dle Čeledové a Holčíka (2017) patří zdraví k tzv. naivním pojmům, s nimiž každý přišel do styku a má pocit, že jim bez pochyby rozumí. V literatuře lze najít mnoho různých definic zdraví, ale ukazuje se, že není tak důležité, jak zdraví vnímají odborníci, ale především, jak ho vnímají lidé. Jak o zdraví pečují, jak si ho cení, jak si ho chrání.

Kromě samostatných definic odborníků, organizací i lajků lze rozlišit několik tzv. modelů zdraví. *Biomedicínský model* má dle Křížové (2018) nejbližší k pojetí normality. Model tudíž vychází z předpokladu, že zdravé je to, co je normální, přirozené, typické a opírá se obvykle o statisticky podložená fakta. Zdraví je pak chápáno jako bezproblémová a bezbolestná činnost těla, respektive absence nemoci či vady. Takový stav ovšem nevydrží v průběhu života trvale a vymezení je pouze částečným nikoli celostním pojmem. Biomedicínský pohled byl tímto překonán definicí Světové zdravotnické organizace.

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, dále jen WHO) definuje ve své ústavě zdraví jako „*stav úplné duševní, fyzické a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci či neduživosti*“ (WHO, 1946, s. 1). Přesto, že je tato definice více než půl století stará, je stále považována za platnou a více méně dostačující. Definice, oproti biomedicínskému modelu, vědomě zahrnuje tři směrodatné aspekty zdraví: duševní, fyzické a sociální. Na druhou stranu lze dle Křížové (2018) najít vůči tomuto pojetí několik výhrad. Častou námitkou je, že zdraví v podstatě vnímá jako stav utopického ideálu, který je dosažitelný jen některými jedinci a vždy na krátkou chvíli. Definice takto interpretovaná by znamenala, že ti, kteří nejsou ve stavu úplné duševní, fyzické a sociální pohody, nejsou zdraví. Taková interpretace by byla pro koncept zdraví ničivější. Čeledová a Holčík (2017) v tomto duchu upozorňují, že zdraví není vždy optimem a můžeme rozpoznat celou řadu stupňů zdraví – od naprostého zdraví, k malému narušení zdraví, dále k větší poruše zdraví provázanou nepohodlím atd. Odkazování se na úplnou pohodu (complete well-being) ovšem dokazuje, že

není tak důležitá diagnóza pacienta, jako spíše jeho pozitivní pocit zdraví, vyrovnanost a štěstí, které přináší život.

Dalším velmi rozšířeným modelem zdraví je tzv. *ekologicko-sociální model*. Postupně se dochází k přesvědčení, že na zdraví působí celá řada faktorů a je stále jasnější podmíněnost zdraví sociálním i přírodním prostředím. Dle Součka a kol. (2011) model vnímá celou osobnost jedince jako člena rodiny a společnosti s důrazem jak na objektivní, tak na subjektivní stránky zdraví. Dále se toto pojetí snaží o porozumění kulturním, sociálním a individuálním hodnotám ve vztahu ke zdraví. Zdraví se např. může dostat do konfliktu se zájmy či ambiciózními cíli; např. prožít dobrodružství, prosadit se ve společnosti nebo mít pestrý a vzrušující život. Základní podmínkou se stává vědomí vlastní důstojnosti a péče o sebe sama, jež je předstupněm navazujících zdravotnických služeb. Zdraví je tak vnímáno v celé jeho šíři s myšlenkou, že výsledný zdravotní stav nezávisí pouze na vztahu pacienta a lékaře, ale je značnou měrou důsledkem aktivity jedince samého.

Na tento fakt dále poukazuje Křížová (1998), která uvádí, že zdraví je dáno individuálním přístupem vedeným individuální svobodou člověka a řadou neovlivnitelných událostí a nemůže být tudíž garantováno ani přislíbeno žádnou společností. Tento přístup je afirmován skutečností, kterou uvádí Maaytová (2012) (taktéž, Janečková a Hnilicová, 2009). Dle uvedené autorky zdraví člověka představuje dynamický proces, jenž je ovlivněn celou řadou faktorů. Mezi tyto základní faktory patří; genetické předpoklady, životní prostředí, zdravotní systém a způsob života neboli životní styl. Jejich impakt na zdraví je přitom v značném nepoměru a nejvlivnějším faktorem se zdá být životní styl, který reprezentuje 50 % vlivu na zdraví člověka. Zdravotní systém má v protikladu váhu pouhých 15 %, životní prostředí 20 % a genetické předpoklady taktéž 15 %.

K všeobecně uznávaným modelům dále patří *celostní model zdraví*. Smyslem celostního neboli holistického modelu je dle Součka a kol. (2011) vnímat zdraví v jeho celistvosti a bohatosti jeho projevů, okolností i důsledků. Dále uvádí (Čeledová a Holčík taktéž); „*Mnoho okolností nasvědčuje tomu, že zdraví není prostým protipólem nemoci, že je ve své podstatě jinou kategorií než nemoc. Lze soudit, že zdraví je hodnota spíše obecně humánní a sociální než jednostranně medicínská.*“

Jak je vidět, tak uchopit pojem zdraví v celé jeho komplexnosti je velmi náročným úkolem. Každý z přístupů ke zdraví má své příznivce i své odpůrce a záleží na každém člověku, jaký z nich je mu vlastní. Zdraví je nepochybně velmi podstatným atributem života, ale není třeba pro samotné zdraví či dlouhověkost žít, nýbrž zdraví brát jako zdroj pro to, abychom žili.

Na tuto skutečnost upozorňuje Ottawská charta pro podporu zdraví WHO (1986) a trefně to vystihuje výrok bývalého ředitele WHO Halfdana Mahlera: „*Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic*“.

Ottawská charta dále zdůrazňuje, že i zdraví má své prekvizity, jimiž jsou: mír, přístřeší, vzdělání, potrava, příjem, stabilní ekosystém, udržitelné zdroje, sociální spravedlnost a rovnost. Zlepšení zdraví vyžaduje bezpečné zajištění těchto základních prekvizit.

## 1.2. Právo na zdraví

Jak již bylo uvedeno výše, tak není možné, vzhledem k široké škále determinujících faktorů, zdraví člověku přislíbit. Právem na zdraví jsou nicméně dle Křížové (1998) myšleny dva jiné aspekty – právo na ochranu zdraví a garance v přístupu ke zdravotní péči. Právo člověka na zdraví je v evropském prostoru podepřeno řadou národních i mezinárodních lidskoprávních deklarácí a úmluv. Na úrovni národní je to např. Listina základních práv a svobod ČR (čl. 31) a na mezinárodní úrovni je tímto např. Listina základních práv Evropské unie (čl. 35). Tato práva jsou garantována stejně jako právo na život, vzdělání nebo soukromí.

Každý stát ovšem interpretuje právo na zdraví podle svého a jeho implementace je tak v každé zemi jedinečná. Dle Maaytové (2012) můžeme nicméně rozlišit dva základní přístupy: liberální přístup a rovnostářský (egalitární) přístup. Křížová (1998) k nim přičítá ještě přístup utilitární.

Liberální pojetí akcentuje individuální úsilí jedince, dle kterého se odvíjí i přístup ke zdravotní péči. Dle Křížové (1998) je v tomto pojetí právo na zdraví chápáno spíše jako právo být chráněn před zdravotními riziky, jež vyplývají z činností druhých osob – což je mnohdy označováno jako negativní vymezení práva na ochranu zdraví. Přístup, vycházející mimo jiné ze sociálního darwinismu, je tradiční pro USA. Liberální pojetí má nicméně mnoho slabých míst. Důraz na individuální úsilí a schopnosti jedince nemá pochopení pro sociálně slabé. V důsledku pak vede k signifikantní sociální diferenciaci a ke kumulaci sociálních a zdravotních problémů.

Egalitární přístup je na druhou stranu založen na principu ekvity a spravedlnosti a vychází z těch morálních hodnot, které zajišťují rovnoměrnou a spravedlivou distribuci zdrojů. Spravedlnost ve zdravotní péči dle Křížové (1998) znamená šanci docílit co nejlepší možné úrovně zdraví, bez ohledu na výchozí predispozice či vnější okolnosti. Maaytová (2012) uvádí, že právo na zdraví nicméně nepředstavuje získání neomezeného množství zdravotnických služeb, ale existenci práva na určitý objem (standard) zdravotní péče. Určujícím faktorem je

v tomto ohledu identifikace konkrétní zdravotní potřeby, která musí být objektivně uznána za odůvodněnou. Toto vymezení, vyznačující se nárokem a garancí, je označováno jako pozitivní vymezení práva na zdraví a je pro tento přístup typické. Rovnostářské pojetí je charakteristické jednak pro bývalé socialistické země, jednak pro Národní zdravotní službu, jejímž prapůvodním představitelem je Velká Británie. Ovšem i tento přístup zaznamenává určité slabiny. Egalitarismus především nevede k rovnosti ve zdraví jako takové, neboť skýtá mnoho fenoménů, jež naopak nerovnost podmiňují. Mezi tyto fenomény patří především selekce pacientů při přidělování péče, nízká transparentnost procesů a paternalismus poskytovatelů zdravotní péče.

Posledním přístupem je přístup utilitární. Ten dle Křížové (1998) usiluje o maximalizaci společenského užitku a o sociální prospěch z toho, že se občanům dostává zdravotní péče. Právo na zdravotní péči je deklarované, ale limitované ve vztahu k charakteru péče, která je buď péčí základní nebo péčí neodkladnou. Limitace může vycházet i z ekonomické situace populace a systém ochrany může být dostupný jen její části. Základní péče by měla být garantována, avšak péče nezákladní – nadstandardní, by měla být dle tohoto přístupu poskytována na základě finančních možností jedince. Stěžejní otázkou je, jakou zdravotní péči zahrnout do souboru péče základní a tudíž garantované. V čisté podobě utilitární přístup ke zdravotnictví v evropském prostoru nenajdeme, spíše můžeme zaznamenat určité utilitární prvky – např. u německého zdravotnictví.

### 1.3. Faktory ohrožující rovný přístup ke zdravotní péči

Jak již bylo zmíněno výše, tak ani rovnostářské pojetí i přes veškeré snahy nevede k rovnému přístupu ke zdravotní péči. Jedním z problémů, kterému musí veřejné zdravotnictví čelit, je úplatkářství a korupce, jež ovlivňují rozhodnutí povolanych osob, především lékařů, o přidělení určité zdravotní péče a o její kvalitě. Tento jev mnohdy nespravedlivě ovlivňuje etická dilemata, ale i obyčejná rozhodnutí, se kterými se lékař dennodenně setkává. Křížová (1998) uvádí, že úplatkářská praxe demoralizuje obě strany, jak lékaře, tak pacienta a vede k tomu, že ti, kteří se tohoto fenoménu odmítají nebo se nemohou (obvykle z finančních důvodů) účastnit, mají snížené šance na poskytnutí stejně kvalitních zdravotních služeb. To ústí v tzv. dvoukolejné zdravotnictví, kdy je na jednu stranu nemocný léčen z veřejných prostředků (zadarmo) a na straně druhé je nemocný léčen za soukromou úhradu, kterou je stimulován určitý nadstandard (okamžitá péče bez čekání, kvalitnější atd.). Důsledkem je neekvivalentní přístup k pacientovi, který je léčen pouze „z veřejných zdrojů“ oproti pacientovi soukromému (někdy označován jako kulich (Burda, 2018)). Korupce jako taková je přitom velmi obtížně měřitelná,

přesto se o to některé organizace pokoušejí. Například dle indexu vnímání korupce sestavovaného nevládní organizací Transparency International (2019) zaostává Česká republika daleko za evropským průměrem a během posledních let se tento deficit dokonce prohloubil. Dle Nikoloskia a Mossialose (2013) lze přitom vystopovat negativní korelaci mezi úrovní korupce v zemi a percepcí kvality zdravotní péče.

S ovlivňováním skutečnosti, kdo bude příjemcem zdravotní péče se pojí pojem *rationing*. Jeho implicitní podoba je dle Maaytové (2012) spojena se svobodnou volbou lékaře, která ovlivňuje pořadí pacienta v nároku na určitou zdravotní službu. Právě zde mnohdy vzniká prostor pro korupční jednání.

Nerovnosti ovšem nemusejí vycházet pouze z finančních možností jedince, ale i z jeho příslušnosti k určité sociální skupině. Znatelně nerovnému přístupu se dostává starším pacientům, u nichž je kalkulováno, zda se jejich léčba ještě vyplatí. Tento jev Křížová (1998) označuje jako „matematika milosrdenství“. Obzvláště s přihlédnutím k akcentaci na šetření zdrojů jsou mladší pacienti mnohdy upřednostňováni před staršími s odkazem na to, že mají „více života před sebou“. Další znevýhodněnou skupinou jsou v jistém ohledu etnické minority. Dle šetření Bloma a kol. (2016) měli migranti ve 24 evropských zemích v porovnání s majoritní společností horší subjektivní vnímání svého zdraví a nižší blahobyt, resp. životní pohodu (well-being). V ČR je tento fakt nejvíce viditelný na romské populaci. Romové jsou ovšem dle průzkumu Rolantové a kol. (2019) negativně ovlivněni nízkou zdravotní gramotností, jež koreluje i s jejich horším zdravotním stavem. Co se týče přístupu ke zdravotním službám, tak pro 23 % Romů se návštěva lékaře stává obtížnou, a to především kvůli nákladům na dopravu nebo nedostatku časové dotace. Doplatky na léky má pak problém uhradit 38,7 % dotázaných. Problém tedy není v celkové dostupnosti zdravotních služeb jako spíše v socioekonomickém znevýhodnění romské populace.

## 2. Zdravotnictví a jeho vývoj

### 2.1. Historický vývoj zdravotnictví

*„Péče o nemocné bývala nejprve projevem přirozeného lidství ve svazu pospolitého, zvláště rodinného života, bývala nejprve příkázáním náboženské lásky k tomu, kdož trpí“* (Hamza, 1921, s. 107). Ochrana zdraví tudíž nejprve vychází z rodové sounáležitosti, z filantropie a pouze pozvolna se péče osobní přeměňovala v péči celospolečenskou. Lidé se nicméně vždy se svou představou o nemoci a ochranou před ní snažili nemocem předcházet nebo je léčit vlastními silami či s pomocí místního léčitele. Prvky systematického úsilí o ochranu zdraví, především před epidemiemi a jevy ohrožujícími veřejné zdraví, můžeme dle Janečkové a Hnilicové (2009) spatřovat již ve starověku. Historie ovšem dokládá různorodost přístupů k nemocným a k lidem s postižením, jež se pohybovala od snahy takové osoby úplně vyloučit ze společnosti k soucitu a úsilí o jejich integraci a péči o ně.

K zásadním změnám dle Čeledové a Holčíka (2017) dochází s příchodem kapitalismu a ekonomického liberalismu, jež vedou k proměně společenských vztahů a sociálních struktur. Vznikají nové instituce, dochází k technologickému pokroku a k rozvoji vědy. Postupně roste význam jednotlivce a jeho blaho se stává prioritou. Nejvyšší cílem se ovšem stává zisk a zdraví jedince a jeho blaho se stávaly spíše prostředkem pro udržení či zvýšení produktivity práce. Zájem o zdraví jedince nicméně dle Janečkové a Hnilicové (2009) vrcholí ve vytvoření sofistikovaných zdravotnických systémů, které v závislosti na kulturně-ekonomických faktorech umožňují dostupnost zdravotní péče. Zdravotní péče přitom v moderních společnostech představuje komplexní systém poskytování zdravotních služeb, zajišťování ochrany zdraví občanů a prevence vzniku nemocí. Každý zdravotnický systém musí být schopný vyvíjet se a vykazovat známky adaptability, protože vnější podmínky jeho fungování podléhají neustálým změnám. Pružná reakce na potřeby objektů a subjektů zdravotnictví a udržení tempa s lékařským pokrokem se v současné době stává výzvou pro všechny tvůrce zdravotnických systémů a je důvodem všech reformních snah.

V současné době lze ve zdravotnictví pozorovat jisté trendy, které obvykle reagují na proměňující se společenské normy a demografické a socioekonomické faktory. Janečková a Hnilicová (2009) mezi tyto trendy řadí nárůst nákladů na zdravotní péče a snahy o jejich regulaci. Růst nákladů vychází z prudkého technologicko-medicínského pokroku, jenž sice umožňuje prodlužování lidského života, ale zároveň vyvíjí tlak na rozpočet poskytovatelů zdravotní péče. Mezi další trendy patří např.: posun v akcentaci dodržování a respektování práv pacientů; zaměření na kvalitu života lidí s postižením a lidí dlouhodobě nemocných; důraz na

kooperaci zdravotních systémů s jinými společenskými subsystemy; rozvoj programů řízení kvality poskytovaných služeb; přesun těžiště zdravotní péče ze sféry nemocniční do sféry ambulantní a terénní; podpora a rozvoj primární péče; a také rozmach tzv. zdravotní turistiky – vycestování pacientů do cizích zemí s motivem čerpání kvalitnější nebo levnější zdravotní péče.

## 2.2. Znaký a principy zdravotnictví

Zdravotnictví je dle Zlámala a Bellové (2013) integrálním podsystémem péče o zdraví. Systém péče o zdraví vyžaduje nicméně i řadu dalších podsystémů, které spolu se zdravotnictvím tvoří komplexní ochranu a péči o zdraví lidí daného státu. Požadovaným základním outputem systému je přitom zdraví obyvatelstva, současné i budoucí populace. Nejedná se tudíž pouze o naplňování potřeb současných generací, ale i o vytváření příznivých podmínek pro generace příští. Dalším charakteristickým znakem je univerzalita – každý člověk zdravotnictvím prošel. Zdravotnictví dále nemá pouze jeden cíl, ale paletu dílčích cílů, u nichž je nesnadné určit jednoznačná kritéria. Složitost a komplexnost systému dále klade vysoké nároky na vzdělanost a odbornost zdravotníků. Komplikovanost zdravotnictví kromě toho způsobuje dlouhou časovou prodlevu mezi výsledky vědy a jejich samotnou aplikací – vzniká tak propast mezi ideální a reálnou medicínskou praxí. Zdroje a prostředky vynakládané do zdravotnictví navíc nejsou v přímé úměře ve vztahu k žádoucím výsledkům a náklady tudíž mnohdy neodpovídají přímému účinku. Přesto je třeba i zásahy s nejistou efektivitou vykonávat v zájmu zdraví či života pacienta. Samotné zdravotnictví je tedy velmi silně spjato s etikou a snahou chránit zdraví a život člověka.

Základní principy zdravotnických soustav spočívají dle Drbala (2008) jednak ve snaze o potlačování chorob a o zlepšování zdravotního potenciálu populace, za druhé pak v hledání cest a způsobů k zabezpečení co nejširší dostupnosti určitého rozsahu (standardu) zdravotní péče. Okolnosti a podmínky, které podmiňují konkrétní uplatňování těchto principů jsou přitom v každé zemi jedinečné. Z toho vyplývá, že i podoba jednotlivých zdravotních systémů je vždy zcela unikátní v závislosti na sociálních, ekonomických a medicínských faktorech každé země.

## 2.3. Typologie zdravotnických systémů

Typologizace zdravotních systémů se nejčastěji váže na systém financování zdravotní péče, jakožto na zásadní faktor určující vztah mezi pacientem a poskytovatelem péče. Jedním z kritérií dělení zdravotních systémů je dle Totha (2016) povaha zdravotního pojištění, která může být buď privátní nebo veřejná. Dále můžeme odlišit systémy obligatorní a fakultativní povahy a diferencujícím faktorem může být i příspěvková metoda (financování z daní, z fondů atd.).

Mezi nejběžnější klasifikace se ovšem řadí rozdělení zdravotních systému na tři základní modely, které vycházejí z historického kontextu. K těmto modelům patří dle Rajfura (2019) a dalších autorů model veřejného zdravotního pojištění (Bismarckův), model státního zdravotnictví (který nabývá dvou forem: Beveridgův nebo Semaškův) a tržní model (reziduální). Tyto modely však slouží pouze jako určité rámcové vzory, které nejsou ve své čisté podobě reálně neplněny.

První povinné veřejné zdravotní pojištění bylo zavedeno v roce 1883 v Německu kancléřem Otto von Bismarckem. Model byl založen na hrazení pojistného jak ze strany zaměstnance, tak ze strany zaměstnavatele. Se vznikem modelu byla dle Rajfura (2019) normalizovaná existence finančních institucí ve zdravotnictví se zaměřením na výběr pojistného a na financování zdravotnických služeb. Těmito institucemi obvykle bývají zdravotní pojišťovny neziskového charakteru. Systém je pak založen především na principu sociální solidarity a na ochraně zdraví před potenciálním a předvídatelným strádáním v případě zdravotního problému. Solidarita je vyjádřena především ekvivalencí výše příspěvku s výší příjmu (v procentuálním vyjádření) a možností čerpat zdravotní služby dle potřeby. Stát je dle Janečkové a Hnilicové (2009) v tomto systému garantem zdravotní péče a odpovídá za efektivní alokaci zdrojů. Model byl na základě německé zkušenosti implementován ve Francii, Belgii, Rakousku, Nizozemí, Japonsku a v roce 1992 byl opětovaně zaveden i v České republice. Dodnes patří k nejrozšířenějším zdravotnickým systémům.

Model státního zdravotnictví existoval a existuje ve dvou základních podobách pojmenovaných podle jejich protagonistů. Semaškův (socialistický) model fungoval dle Rajfura (2019) na základě národních pětiletých plánů. Státu byla přiřknuta plná kontrola nad systémem zdravotnictví a financování bylo centralizované. Až na výjimky v systému neexistovaly privátní zdravotnické služby a přístup k péči a odpovědnost za ni garantoval stát. Po druhé světové válce byl tento systém zaveden v zemích bývalého Sovětského svazu včetně ČR a dnes lze jeho prvky spatřit např. na Kubě. Beveridgův model na druhou stranu stál a dodnes stojí na systému Národní zdravotní služby, která je charakteristická principem univerzality. Beveridge vycházel z předpokladu, že zdraví je veřejným statkem a stát by jej měl péstít a ochraňovat. Systém je financován z daní a dnes je na základě příkladu Spojeného království implementován v Dánsku, Finsku, Švédsku, Řecku, Španělsku a v Kanadě.

Konečně se dostáváme k tržnímu, reziduálnímu modelu zdravotnictví, který je typický pro Spojené státy. Janečková a Hnilicová (2009) uvádějí, že je tento systém charakteristický tím, že stát zdravotní péči negarantuje a její zajištění je chápáno jako osobní záležitost každého



jedince. Americké zdravotnictví funguje na základě plurality, převážně privátních, subjektů zdravotní péče a na principech tržního mechanismu. Financování je založeno na směsi soukromého zdravotního pojištění, jež je doplněno veřejnými zdravotními programy. Rajfur (2019) udává, že s doplněním veřejných zdravotních programů do systému zdravotnictví v USA mizí původní reziduální pojetí a model jako takový ve své ryzí podobě v současnosti již nikde nenajdeme.

## 3. Zdravotnictví České republiky

### 3.1. Zdravotní politika

Prostřednictvím zdravotní politiky stát realizuje péči o své občany. Dle Janečkové a Hnilicové (2009) je součástí programů politických stran a odráží se v programových dokumentech vlád. Z toho důvodu se do koncipování zdravotní péče promítá vládní politická orientace. Zásadním nástrojem zdravotní politiky jsou vládní programy a zdravotní strategie. Dle Holčíka (2016) je ve vztahu ke zdraví nejdůležitější zájem, odpovědnost a spravedlnost a právě tyto hodnoty by měly být naplňovány v rámci zdravotní strategie země. K nejdůležitějším strategickým dokumentům v evropském prostoru patří současně *Zdraví 2020*, na které následně navazuje *Zdraví 2030*. Oba dokumenty řeší, jak má být zdraví české populace rozvíjeno, věnují se determinujícím faktorům a návrhům řešení. Jako cíl prvního dokumentu bylo stanoveno dosažení plného zdravotního potenciálu pro všechny. Hlavními tématy *Zdraví 2030* je pak dle MZ (2019) reforma primární péče se zaměřením na rozvoj urgentních příjmů, dále je kladen důraz na prevenci, zdravotní gramotnost a odpovědnost občanů za jejich zdraví. Nadto se dokument zaměřuje na personální stabilizaci zdravotnictví a akcentaci vědy a výzkumu. Podstatným prvkem je také integrovaná zdravotní péče a provázání systému zdravotnictví a sociální péče. Rámcovým dlouhodobým zdravotním programem se stal také dokument *Zdraví pro všechny v 21. století*, který byl vypracován WHO ve spolupráci s řadou mezinárodních organizací. Hlavními cíli je ochrana a rozvoj zdraví lidí po celou dobu jejich života a snížení výskytu nemocí i úrazů a omezení strádání, které lidem tyto neduhy přinášejí. Primárním cílem je pak snížit nerovnosti ve zdravotním stavu uvnitř země i mezi evropskými státy.

### 3.2. Vývoj modelu zdravotní péče

Model zdravotnictví v České republice se formoval převážně ve 20. století s přihlédnutím k historickým událostem, jež ČR a Československo integrálně ovlivnily. Janečková a Hnilicová (2009) uvádějí, že za první republiky byl převzat bismarckovský model, který byl na našem území zaveden již za Rakouska-Uherska a jež spočíval ve veřejném nemocenském pojištění. Pojištění však nebylo dostačující, a proto se za druhé světové války připravovala jeho reforma, jež měla deklarovat základní hodnoty a principy systému. V roce 1948 byl přijat zákon o národním pojištění, který v rámci Semaškova modelu reflektoval připravovanou reformu. Sjednocovací zákony z let 1951-1953 ovšem znamenaly zrušení národního pojištění a převedení veškeré odpovědnosti za poskytování zdravotní péče na stát. Tento centralisticky a direktivně řízený systém trval až do převratu v roce 1989. Následná reforma byla založena na znovuzavedení veřejného zdravotního pojištění a na privatizaci zdravotnických zařízení s celkovým cílem liberalizovat systém zdravotní péče.

### 3.3. Principy zdravotního pojištění

Nastavení zdravotního pojištění v České republice se legislativně odvíjí především ze zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, dále ze zákona č. 592/1992 Sb. o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ze zákona č. 551/1992 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně a ze zákona č. 280/1992 Sb. o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách.

Ze zákona<sup>1</sup> vyplývá několik zásadních principů, na kterých zdravotní pojištění stojí. Především jde o obligatornost veřejného zdravotního pojištění, která zahrnuje jak všechny osoby s trvalým pobytem v České republice, tak osoby, jež jsou zaměstnány u zaměstnavatele se sídlem na našem území. Vystoupení ze systému tudíž není možné (lze jej pouze přerušit za určitých podmínek). Pojištěncem dále může být pouze jedinec a nelze pojistit např. určité společenství, resp. rodinný systém.

Zákonem<sup>2</sup> je rovněž určena sazba pojistného, která je pevná a je rovna 13,5 % z vyměřovacího základu. Procentuální sazba z příjmu pojištěnce je založena na solidaritě bohatších s chudými, jelikož osoby s větším příjmem přispívají do systému více. Tento princip povinné solidarity byl původně omezen tzv. „stropem pro vyměřovací základ na zdravotní pojištění“. Tento strop zaručoval osobám s vysokými příjmy, že nad určitou částku příjmu se již pojistné neodvádí, v roce 2015 ovšem došlo k jeho zrušení. Na pojistné zaměstnanců přispívá zaměstnavatel v poměru 2:1, zatímco OSVČ odvádějí pojistné samostatně.

Ti pojištěnci, kteří ještě nejsou výdělečně čini, nebo kterým je přiznán zvláštní status jsou tzv. státními pojištěnci<sup>3</sup> a zdravotní pojištění za ně odvádí stát. Mezi takové skupiny lidí patří především nezaopatřené děti, důchodci, rodiče na mateřské/rodičovské dovolené, osoby pečující a osoby ve vyšším stupni závislosti (na pečované osobě), osoby v evidenci Úřadu práce, osoby ve výkonu detence, vazby nebo trestu odnětí svobody atd. Stát přitom dle Němce (2008) za tyto osoby nehradí pojistné v plné výši, ale jeho příspěvky mají spíše charakter dotace, která reguluje objem prostředků ve fondu. Tento přístup bývá často terčem kritiky. Jeho náhrada plnou dotací by ovšem byla stěžejí fiskálně únosná.

Poskytovateli zdravotního pojištění jsou zdravotní pojišťovny. Mezi největší u nás, jež je zřízena zvláštním zákonem<sup>4</sup>, patří Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále jen VZP). VZP má zákonem uděleny některé zvláštní povinnosti jako např. správu přerozdělovacího fondu a další

---

<sup>1</sup> zákon č. 48/1997 Sb.

<sup>2</sup> zákon č. 592/1992 Sb.

<sup>3</sup> zákon č. 48/1997 Sb., § 7

<sup>4</sup> zákon č. 551/1992 Sb., § 13

úkony souvisejí s administrací celého systému. Zaměstnanecké pojišťovny<sup>5</sup> musí oproti VZP získat povolení k zajišťování veřejného zdravotního pojištění. Toto povolení uděluje Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí. K zaměstnaneckým pojišťovnám se váží také zvláštní předpisy, které např. ukládají žadateli povolení složení kauce ve výši 100 000 000 Kč.

Pro zajištění solventnosti pojišťoven musí všechny pojišťovny (včetně VZP) tvořit rezervní fond ve výši 1,5 % svých ročních příjmů. Solventnost VZP je navíc zajištěna nárokem na návratnou finanční výpomoc ze státního rozpočtu, jež může činit nejvýše 50 % prokázaného nedostatku finančních prostředků. Zaměstnanecká pojišťovna na takovou výpomoc nárok nemá, ledažby došlo k jejímu sloučení s VZP.

Mezi pojišťovnami je také nastaven redistribuční mechanismus, jehož zvláštní účet spravuje VZP. Podle nákladových indexů věkových a farmaceuticko-nákladových skupin pojištěnců tak mezi pojišťovnami dochází k přerozdělování vybraného pojistného a pojišťovny mají navíc nárok na náhradu části úhrad na tzv. nákladného pojištěnce.

Zdravotní péči pojišťovna hradí na základě smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb s poskytovatelem péče. Zákon<sup>6</sup> také stanovuje, které služby jsou ze zdravotního pojištění hrazeny, a to jejich taxativním výčtem. Jsou přitom hrazeny jen takové služby, jejichž cílem je zlepšit nebo zachovat zdravotní stav pojištěnce, jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování (to je jeden z hlavních důvodů, proč nejsou např. homeopatika pojišťovnou hrazena).

### 3.4. Financování zdravotní péče

Financování zdravotní péče probíhá v závislosti na vzájemné interakci plátců (státu a zdravotních pojišťoven), poskytovatelů (nemocnic, lékařů ad.) a uživatelů (pacientů). Každá oblast zdravotnictví je přitom dle Zlámala a Bellové (2013) financovaná rozdílně, v závislosti na diferenciaci zdravotnických subjektů, ke které docházelo s postupnou privatizací v devadesátých letech. Proces štěpení zdravotních subjektů zároveň doprovázely změny ve financování zdravotnických zařízení. V současnosti existuje několik elementárních přístupů finančních převodů mezi plátcí a poskytovateli s ohledem na čerpání zdravotních služeb uživatelem.

---

<sup>5</sup> zákon č. 280/1992 Sb.

<sup>6</sup> zákon č. 48/1997 Sb., § 13

V ambulantní péči můžeme odlišit v zásadě dvě metody financování. První možnou metodou je dle Zlámala a Bellové (2013) metoda kapitační v rámci níž lékař dostává část své odměny ve formě úhrady za každého pacienta. Tato úhrada se přitom odvíjí od věku pacienta a pokud počet pacientů překročí 30 %, tak se úhrady krátí, čímž je zajištěno, aby lékaři nebyli motivováni k vysokému počtu klientů na úkor času věnovaného pacientovi. Druhou formou je platba za určitý úkon. V rámci této formy je obvykle vyplácena úhrada za pacienty, kteří u lékaře nejsou registrovaní, ale jimž je povinen pomoc poskytnout. V praxi obvykle dochází ke kombinaci obou těchto metod.

V akutní, plánované nebo dlouhodobé lůžkové zdravotní péči mohou být dle Janečkové a Hnilicové (2009) úhrady vypláceny několika způsoby. První metodou je financování ve formě rozpočtu, kdy rozsah poskytnutých finančních prostředků vyplývá z kalkulace podle předchozích rozpočtových období. Další formou je platba za diagnózu, kdy je každý pacient zařazen do příslušné diagnostické skupiny, podle níž je určena i cena péče. Dále existuje možnost platby za nakoupené plánované výkony, za balíčky služeb nebo za plánovaný počet vyléčených náročných pacientů. Poslední variantou je platba za počet dnů, kdy je lůžko v zařízení obsazeno pacientem. Způsob úhrady pak závisí na dohodě mezi plátcem a poskytovatelem zdravotní péče.

Zdroje ze zdravotního pojištění obvykle nejsou dostačující k profinancování zdravotní péče a v některých případech je tudíž vyžadována finanční spoluúčast pacienta. V tomto ohledu můžeme dle Janečkové a Hnilicové (2009) odlišit doplatky, regulační poplatky a platby za nehrazenou (nadstandardní) péči. Doplatky jsou hrazeny především na stomatologické výkony, materiál, zdravotnické prostředky a léky částečně hrazené pojišťovnou. Regulační poplatky<sup>7</sup> jsou hrazeny za využití lékařské pohotovostní služby a jsou příjmem poskytovatele péče. V některých případech (např. jde-li o pojištěnce umístěného v dětském domově pro děti do tří let věku) je pojištěnec zbaven povinnosti regulační poplatek uhradit. Platby za nehrazenou (nadstandardní) péči jsou v plné výši hrazeny uživatelem péče a blíže se jim budeme věnovat v kapitole 7.

Cílem regulačních poplatků, které byly zavedeny až v roce 2008, mělo být dle Malého a kol. (2013) především snížení poptávky po zdravotní péči, která se odvíjela od neadekvátního vztahu pacientů k hodnotě, resp. k ceně zdravotní péče. Toto zavedení se nicméně stalo velmi kontroverzním a generovalo více frustrace než reálného užítku. Nedostatečná schopnost vlády

---

<sup>7</sup> zákon č. 48/1997 Sb., § 16a

uhájit regulační poplatky jako součást širší prospěšné reformy podporované zájmovými skupinami vedla k roztržení přístupů jednotlivých regionů. Některé regiony tak začaly refundovat pacientům peníze v místních nemocnicích, čímž demonstrovaly nesouhlas s vládním rozhodnutím. Otázka regulačních poplatků dokonce skončila u Ústavního soudu, který je ovšem ponechal zákonnými. Přímě platby pacientů jsou celkově komplikovanou otázkou, ve které se v zásadě rozchází pravicové a levicové politické spektrum.

### 3.5. Výdaje na zdravotní péči

Výdaje na zdravotnictví České republiky zaznamenávají dlouhodobě rostoucí trend. Dle statistik ČSÚ (2020) činily v roce 2018 výdaje na zdravotní péči 430,9 mld. Kč. Meziročně tak vzrostly o 43,5 mld. Kč, což je nárůst o více než 11 %. Z celkových výdajů téměř 84 % tvořily veřejné zdroje (veřejné zdravotní pojištění, státní rozpočet a krajský a obecní rozpočet), 2,6 % tvořily zdroje soukromého charakteru (soukromé zdravotní pojištění, podniková preventivní péče a dobrovolné platby neziskových institucí) a 13,4 % připadlo na přímé platby domácností (přímé výdaje nebo spoluúcast). Dlouhodobě se tak na financování zdravotní péče podílejí především veřejné zdroje s největším podílem plateb z povinného zdravotního pojištění (jež tvoří 2/3 všech zdrojů). Trend růstu výdajů lze přitom, s odkazem na současnou krizi, předpovídat i nadále.

Zatímco v absolutních hodnotách výdaje na zdravotní péči každoročně rostou, v relativním vyjádření jako podílu na hrubém domácím produktu, dle vyjádření ČSÚ (2020), stagnují. V roce 2018 tento poměr činil 8,09 %, což ČR zařazuje spíše k nízko-výdajovým zemím EU a v žebříčku států se umístila na 17. místě hned za Řeckem. Dle Zlámala a Bellové (2013) se přitom ve vyspělých státech považuje za přiměřené na zdravotnictví vydávat cca 9 % HDP.

## 4. Zdravotnické systémy vybraných zemí

Nyní v stručnosti popíšeme fungování a problematiku zdravotnických systémů ve zkoumaných zemích – tedy ve Spojených státech, ve Spojeném království a v Německu. Každá z vybraných zemí má zdravotnický systém něčím specifický, a právě jejich jedinečnost a ověřená empirie posloužila mnohým státům jako inspirace pro budování jejich vlastních zdravotnických systémů. V zásadě ale platí, že „*to, jaké má společnost zdravotnictví, je odrazem jejích hodnot, priorit a cílů*“ (Křížová, 1998, s. 11)

### 4.1. Zdravotnictví USA

#### 4.1.1. Charakteristiky a organizace zdravotního systému

Jak již bylo zmíněno výše, systém zdravotní péče USA lze označit za reziduální, resp. tržní. V zásadě může být zajištění potřebné zdravotní péče řešeno prostřednictvím kombinace veřejných a privátních pojistných systémů bez povinnosti občana se pojistit. O obligatornost zdravotního pojištění bylo ze strany demokratů dlouho usilováno, nicméně dle Knickmana a Kovnera (2015) se žádnému politikovi nepodařilo uspět proti silné opozici, kterou představují především lékaři, businessmani a další, kteří považují národní zdravotní pojištění jako neamerické a socialistické.

V mnoha ohledech je systém zdravotní péče USA podobný ostatním zemím, kde převládá alopatický medicínský model<sup>8</sup>. Dle Goldsteena a kol. (2016) je však v několika ohledech unikátní. Ku příkladu je zde operacionalizace a financování zdravotní péče více decentralizované, než je tomu v ostatních západních zemích. Federální vláda hraje sice důležitou roli, ale státy samotné určují finální podobu zdravotní politiky. Systém je tedy spíše jakousi směsí soukromých a veřejných organizací poskytujících, platících a v různém rozsahu určujících politiku zdravotní péče na všech úrovních systému. Americké zdravotnictví je mimo jiné uznávané pro svou kvalitu, která se zrcadlí především v pokročilých technologiích a v odborně kvalifikovaném personálu. Vývoj ke špičkové kvalitě zdravotní péče akceleruje zejména státní podpora lékařského výzkumu a vědy. Problémem zůstává dostupnost této vysoce odborné péče, která má k univerzalitě bohužel daleko (viz níže).

Všechny formy vlád v USA – federální, státní i lokální – poskytují vedení a správu skrze regulace. Goldsteen a kol. (2016) uvádí, že vláda je úzce zapojena prakticky do všech zdravotnických služeb. A to především jako prostředník téměř poloviny výdajů na zdravotní služby. Dále jako jednotka shromažďující a poskytující informace o zdraví a zdravotních

---

<sup>8</sup> oficiální medicína, při níž se podávají léčiva působící proti příznakům nemoci a proti jejich původcům; pojem vznikl jako protiklad k homeopatii  
[viz Velký lékařský slovník [online] <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/alopatie> (accessed 7.3.20)]

službách, jako činitel edukační a jako největší hráč na poli biomedicínského výzkumu. Hlavní institucí federální vlády zodpovědnou za uvedené prostředky participace na zdravotní politice je Ministerstvo zdravotních a sociálních služeb (*Department of Health and Human Services*). Zásadním úkolem ministerstva je alokace zdrojů a delegace pravomocí na další veřejné i soukromé entity. V každém z 50 států operuje hlavní úřad řešící otázky zdravotnictví a zdravotní politiky, přičemž jejich konfigurace a rozsah funkcí je značně variabilní. Na mikro-lokální úrovni dále existují samostatné úřady, jejichž většina disponuje relativně velkou autonomií. Zdravotní politiky nadto ovlivňuje mnoho dalších neexplicitně zdravotních vládních úřadů. V praxi decentralizovaná struktura dle Hnilicové (2017) způsobuje, že mezi státy existují značné diference v naplňování zdravotních programů a v dosažitelnosti zdravotní péče, především s ohledem na nižší sociální vrstvy obyvatelstva.

Ve Spojených státech, stejně jako ve většině západních zemí, můžeme organizace, hrající roli ve zdravotním systému, rozlišit na ziskové a neziskové. Historicky byly dle Goldsteena a kol. (2016) ošetrovatelské domy soukromého ziskového charakteru, zatímco nemocnice charakteru neziskového. Přestože roste počet na zisk zaměřených nemocnic, tak ty neziskové zůstávají nejpočetnější. Ve spojených státech mají dále velký význam neziskové dobrovolné organizace (Červený kříž ad.) a profesní organizace (*American Medical Association* ad.), které podporují a dohlížejí nad rozhodovacími procesy vlády. Dle Hnilicové (2017) je na neziskové charitativní organizace a různé podpůrné programy odkázána značná část nemocných Američanů. Závislost na nich se týká především těch, kteří nejsou pojištěni u soukromých zdravotních pojišťoven.

Soukromé zdravotní pojišťovny mohou být dle Foxové (2018) jak ziskového, tak neziskového charakteru a jejich pojištění se týká asi 60 % obyvatel mezi 14 a 65 lety. Občané přitom mohou vybírat mezi 900 různými pojišťovnami, z nichž je nicméně pět společností značně dominantních a kontrolujících kolem 40 % trhu. Značné množství obyvatel je ovšem pojištěno v rámci veřejných zdravotních programů.

#### 4.1.2. Veřejné zdravotní programy

Jak již bylo naznačeno výše, tak vláda, přestože zde mluvíme o převážně tržním modelu zdravotní péče, hraje v jeho systému význačnou roli. Dle Knickmana a Kovnera (2015) federální vláda například poskytuje zaměstnavatelům daňové zvýhodnění, jež je má motivovat k poskytnutí zdravotního pojištění svým zaměstnancům. Nadto existuje několik veřejných programů, které především zajišťují ty jedince, kteří na privátní pojištění nedosáhnou vzhledem k svým nízkým příjmům a/nebo pracovní neschopnosti. Tyto programy jsou někdy označovány



jako „záchranná síť zdravotního pojištění“ a představují jakýsi kompromis mezi přívrženci a odpůrci národního zdravotního pojištění.

Jedním ze zásadních veřejných programů (resp. souboru asi 50 programů) je program *Medicaid*, který se z původně úzce cíleného sociálně-zdravotního programu proměnil v největší národní pojišťovací program [zahrnující více než 22 % obyvatel (Mikulic, 2020a)]. Cílem programu je zajistit základní zdravotní péči chudým občanům. Do programu dle Normana (2014) spadají především děti z nízkopříjmových rodin, těhotné ženy, senioři a osoby s postižením. S přijetím *Patient Protection and Affordable Care Act* (známý též pod názvem *Obamacare*) v roce 2014 se pokrytí programu rozšířilo na nízkopříjmové jedince nacházející se pod 138 % hranicí chudoby. Tímto se mělo zajistit pojištění těch obyvatel, kteří nesplňovali podmínky nároku na participaci v Medicaid, ale jejich nedostatečné příjmy jim neumožňovaly zajistit si pojištění jinak. Toto rozšíření programu nicméně nebylo podpořeno ve všech státech, což prohlubuje již zmíněnou propast ve velkorysosti mezi bohatými a chudými státy.

Stejně jako Medicaid, byl v roce 1965 uzákoněn program *Medicare*, který byl taktéž zaměřen na tu část obyvatel, jež nebyla součástí privátního zdravotního pojištění. Obdobně byl i tento program masově rozšířen a dnes dle Mikulice (2020b) zajišťuje téměř 17,8 % obyvatel USA. Na program samotný se ovšem spoléhá pouze jeden z deseti účastníků a většina je tudíž součástí i dalších programů. Medicare je dle Knickmana a Kovnera (2015) zaměřený na obyvatele důchodového věku a na jedince s postižením. Program tedy poskytuje příspěvky především na preventivní péči, dlouhodobou péči a na předepsané léky.

Kromě těchto zásadních a značně obsáhlých programů existuje dle Hnilicové (2017) řada dalších státních podpůrných programů. Mezi ně patří zejména program *Veteran's Health Administration*, jenž zajišťuje zdravotní péči válečným veteránům a jejich rodinám a vysokým státním úředníkům. Dále *Military Health System*, který zajišťuje zdravotní péči vojákům, a to jak v aktivní službě, tak i v důchodu. A nakonec *Indian Health Service*, která zabezpečuje zdravotní péči americkým indiánům a aljašským domorodcům.

#### 4.1.3. Problematika ekvity ve zdravotní péči USA

I přes existenci všech veřejných programů, narůstal na přelomu 21. století stále počet lidí, kteří nebyli zdravotně pojištěni, a systém postrádal řešení pro neschopnost malých podniků nabídnout pojištění svým zaměstnancům. Situace dle Knickmana a Kovnera (2015) zaváděla do úzkých i občany samostatně výdělečně činné, jejichž výdělky nestačily na to se pojistit, a občany s rizikem vysokých nákladů na zdravotní péči bez ohledu na jejich finanční schopnost se pojistit. V roce 2012 bylo tudíž stále nepojištěno 50 milionů obyvatel (16 % populace). Díky

*Affordable Care Act* (dále jen ACA) se podíl nepojištěných obyvatel od roku 2014 snížil, avšak dle Tolberta a kol. (2019) zůstalo 27,9 milionů lidí nepojištěno. Z výzkumů přitom vyplývá, že nejvíce lidí z této skupiny pochází z nízkopříjmových rodin, v nichž je aspoň jeden člen domácnosti zaměstnaný – tedy z rodin, které jsou „příliš zaopatřené“ na dosažení podpory ve formě veřejných programů, ale „příliš nemajetné“ na to, aby si mohly dovolit platit soukromé zdravotní pojištění.

Nerovnost v přístupu ke zdravotní péči pramení především z příjmové nerovnosti, která je podmíněna značně liberální tradicí a ideologií sociálního darwinismu. Nerovnost v přístupu ke zdravotní péči přitom příjmovou nerovnost prohlubuje a chudé obyvatele činí ještě chudšími a závislejšími na pomoci ostatních. Nepojištění jedinci v případě čerpání zdravotních služeb je totiž musí hradit z vlastních zdrojů, což mnohdy vede k jejich zadlužení. Dle US Consumer Financial Protection Bureau (2014) je dokonce 52 % soukromého dluhu vázáno na zdravotní péči. Mnoho lidí se tak návštěvě lékaře vyhýbá, aby neskončili v (ještě hlubší) finanční tísní – tím ovšem ohrožují svoje zdraví a případně i pracovní schopnost. Dalším problémem v přístupu ke zdravotní péči je dle Dickmana a kol. (2017) geografická dostupnost. Lékaři jsou obvykle situováni ve městech nebo na předměstích a lidé z venkova mají tudíž problém s dostupností primární a specializované péče.

Dlouhodobá neshoda mezi přívrženci a odpůrci univerzalistického zdravotního pojištění dostává mnoho lidí do zdravotních i finančních problémů. Historie ukázala, že reforma zdravotnictví USA zůstává velmi nelehkým úkolem. Pokud je přeci jenom vládou jistá reforma prosazena, tak je její trvání mnohdy ohroženo dalším politickým mandátem, jako je tomu ostatně po zvolení Donalda Trumpa, který nastoupil do úřadu s úmyslem ACA zrušit. Aby byla dosažena rovnost ve zdravotní péči, tak je dle Dickmana a kol. (2017) nutno dosáhnout netržního systému který přistupuje ke zdravotní péči, jako k nezadatelnému lidskému právu.

#### 4.1.4. Financování zdravotní péče

V USA je dle Goldsteena a kol. (2016) zdravotní péče obvykle placena kombinací prostředků pacienta („out of pocket“), poskytovatele a plátců označovaných jako „třetí strana“. Plátců z třetí strany tvoří zaměstnavatelé (pacienta nebo příbuzného pacienta), privátní pojišťovny, charitativní organizace a federální, státní a lokální vlády. V mnoha případech dochází k příspěvku všech tří stran na zaplacení jediného účtu. Subjekty financování dělíme na soukromé a veřejné. Veřejný sektor může být ve vztahu ke zdravotní péči jak plátcem (Medicare, Medicaid ad.), tak jejím poskytovatelem (např. lokální veřejná nemocnice). Zdroje na financování programů přitom čerpá především z daňových výnosů.

Významnou entitu, ve vztahu k financování zdravotní péče, tvoří privátní zdravotní pojišťovny. Pojišťovny jsou dle Hnilicové (2017) částečně regulovány jednotlivými státy, a to především v rozsahu pojistných plánů, které musejí odpovídat určitému (mnohdy mezistátně odlišnému) standardu. Soukromé pojištění se týká obvykle pouze mimořádných výdajů a ochranu proti běžným zdravotním problémům nezahrnuje – tento typ péče je tedy obvykle hrazen „z vlastní kapsy“ pojištěnce. Pojištěnci jsou přitom pojištěni obvykle prostřednictvím svého zaměstnavatele a individuální pojištění má sjednáno pouze menšina pojištěnců.

Výdaje z vlastní kapsy tvoří dle Goldsteena a kol. (2016) přímé platby poskytovatelům za nepojištěné služby, extra platby poskytovatelům, kteří za zdravotní služby vyžadují více, než je kryto ze zdravotního pojištění, dále speciální poplatky pojišťovnám a „coinsurance“, což představuje (procentuální) podíl na nákladech za zdravotní službu. Pokud si pojištěnec navíc vybere poskytovatele, který není zahrnut v pojistném plánu, tak obvykle musí uhradit celou částku také z vlastních prostředků. Existuje nicméně možnost připlatit si za „luxusnější“ plán organizace řízené péče, který pacientovi poskytuje možnost volně si vybírat mezi poskytovateli bez dodatečných poplatků.

#### 4.1.5. Výdaje na zdravotní péči

Jak uvádí Hartman a kol. (2020), tak výdaje na zdravotní péči USA od roku 1960 každoročně rostou a to jak v absolutních, tak v relativních číslech. V roce 2018 výdaje vzrostly o 4,6 % procent oproti předešlému roku na 3,6 bil. dolarů a dosáhly tak 17,7 % hrubého domácího produktu. USA se tak řadí ke státům s největším objemem kapitálu proudícím do zdravotní péče – ostatní vyspělé země vynaloží na osobu průměrně polovinu toho, co Spojené státy. Z celkových výdajů tvořilo 34 % privátní zdravotní pojištění, 21 % bylo vynaloženo na veřejný program Medicare, 16 % na Medicaid a 1/10 představovala přímé platby domácností. Nejvíce výdajů přitom putovalo na nemocniční péči (33 %) a na lékařské a klinické služby (20 %).

Značný impakt na dlouhodobě rostoucí trend výdajů na zdravotní péči ovšem neměl pouze nárůst utilizace, ale dle Goldsteena a kol. (2016) také stále intenzivnější zaměření na drahé technologicky-orientované diagnózy a procedurální intervence především v počátečních a v závěrečných fázích života pacienta.

## 4.2. Zdravotnictví Spojeného království

### 4.2.1. Charakteristiky a organizace zdravotního systému Spojeného království

Zdravotnictví Spojeného království je specifické svým národním pojetím, které symbolizuje Národní zdravotní služba (*National Health Service*, dále jen NHS). Ta vznikla po druhé světové válce v roce 1946 na základě plánu Lorda Beveridge s přispěním tehdejšího ministra zdravotnictví Aneurina Bevana. Systém od té doby nabobtnal do enormních rozměrů, a jak uvádí NHS Confederation (2017), tak se se svou 1,7 milionovou zaměstnaneckou základnou řadí na třetí místo největších zaměstnavatelů na světě. Dle Rowlanda a Raoa (2017) bylo přitom založení NHS doprovázeno třemi základními předpoklady: i) systém by měl uspokojit potřeby všech obyvatel, ii) jeho čerpání by mělo být zdarma a iii) jeho dostupnost by měla být podmíněna klinickou potřebou, a ne finančními možnostmi pacienta. Zásadním principem systému je tedy univerzalita. Zdravotní péče je poskytnuta všem, kdo ji v danou chvíli potřebují bez ohledu na kontribuci do systému, bez ohledu na sociální postavení jedince, bez ohledu na jeho reálné finanční možnosti. Systém samozřejmě procházel, za jeho více jak sedmdesátiletou existenci, určitými inovacemi, ale jeho základní myšlenka zůstala zachována. Tento fakt pravděpodobně přispívá k tomu, že dle Applebyho a kol. (2020) je 60 % obyvatel se NHS spokojeno a mnoho Britů tento systém považuje za „národní chloubu“.

Struktura NHS je velmi komplexní a složitá a odlišuje se i v závislosti na konkrétní zemi. Za základní orgán je dle Rowlanda a Raoa (2017) považováno Ministerstvo zdravotnictví a sociální péče (*The Department of Health and Social Care*), které je zodpovědné za zdravotní politiku a rozhodnutí, která celkově usměrňují výkon NHS. Některá specifická rozhodnutí o financování jsou však ponechána na regionálních a lokálních autoritách. Další větví NHS je Národní institut pro zdraví a klinickou kvalitu (*National Institute of Health and Care Excellence*) založený v roce 1999, který vytváří směrnice kvality zdravotní péče. Důležitou součástí struktury anglické NHS jsou také tzv. Clinical Commissioning Groups (CCGs), které mají na starosti alokaci zdrojů k poskytovatelům zdravotních služeb. CCGs jsou v podstatě komise zahrnující zdravotní sestry, lékaře, ale i zástupce z řad veřejnosti. Ve Walesu a ve Skotsku mají obdobnou roli *Local Health Boards*, zatímco v Severním Irsku operují rovněž CCGs.

Občané mají navíc možnost se pojistit u soukromých pojišťoven. Pojištění u privátní pojišťovny nabízí dle Buswella (2020) jedinci možnost dostat se ke specializované péči rychleji, vyhnout se čekání na zdravotní službu a využít lepší vybavení/péči. Dodatkové

pojištění se tak nejvíce vyplatí těm, kteří mají urgentní onemocnění nebo úraz. Tohoto typu pojištění ve Spojeném království využívá kolem 10,5 % populace.

#### 4.2.2. Financování NHS

Dnes se NHS potýká se stále rostoucími náklady, ale i přesto je tento systém mnohdy označován za jeden z nejefektivnějších a nejúspěšnějších na světě. Fakt, že je systém financován převážně z daní, navíc akcentuje princip ekvity. Dle Kleina (2015) je ovšem financování ze státního rozpočtu zároveň slabinou NHS, jelikož je systém periodicky vystavován politickým šokům. Většina lidí je nicméně dle Applebyho a kol. (2019) se současným systémem financování spokojena.

Prvním krokem k zajištění zdrojů NHS je stanovení rozpočtu ministerstva. Rozpočet dle Department of Health & Social Care (2019) schvaluje parlament a ministerstvo následně odvádí kapitál přímo do systému NHS, do veřejného zdravotnictví, do vzdělávání zdravotníků a do dalších systémových odvětví. Pacientům je tak zaručena primární, sekundární a terciární péče.

Pacienti za zdravotní péči sice ve většině případů nic neplatí, ale u některých zdravotních služeb je třeba část nebo i celou službu uhradit. Dle NHS Confederation (2018) se obvykle doplácí na preskripce na léky, na dentální péči, oční péči a na paruky. Existují ovšem výjimky, kdy ani v těchto případech pacient nic doplácet nemusí. Jedná se zejména o situace, kdy je pacient mladší 16 let nebo naopak starší 60 let či je nějakým způsobem sociálně znevýhodněný. Nadto mají poskytovatelé možnost generovat dodatečný zisk např. zpoplatněním parkovacích míst, prodejem pozemků nebo poskytováním nadstandardních služeb (např. privátních lůžek apod.).

Hlavním zdrojem systému NHS jsou sice daně, ale nejsou zdrojem jediným. Dle Rahmanové (2018) kryjí daňové fondy kolem 80 % všech výdajů NHS a cca 19 % je čerpáno z příspěvků na veřejné pojištění. Zbýlé procento tvoří přímé příspěvky pacientů. Příspěvky na veřejné pojištění zaujaly mnohem větší podíl financování NHS v roce 2003, kdy bylo navýšeno pojistné, aby se akomodovaly rostoucí výdaje systému.

#### 4.2.3. Výdaje na zdravotní péči

Stejně jako většina států se i Spojené království potýká se stále rostoucími náklady na zdravotní péči. Dle Office for National Statistics (2020) dosáhly celkové výdaje na zdravotní péči v roce 2018 10 % HDP, ve srovnání s 9,8 % v roce 2017 a s 6,9 % v roce 1997. Výdaje se tudíž v reálném vyjádření a při očištění od inflace mezi lety 1997 a 2018 více než zdvojnásobily. Celkové výdaje na zdravotnictví pak v roce 2018 činily 214,4 miliard liber. Z toho bylo 78 % profinancováno z veřejných zdrojů a 22 % ze zdrojů privátních. Z privátních zdrojů nejvíce

tvorily výdaje „out of pocket“ – konkrétně 17 % z celkových výdajů (35,8 miliard liber). Další 3 % kryly příspěvky na privátní zdravotní pojištění, 2 % pocházely z neziskových organizací a 1 % z podnikových zdrojů.

Jak již bylo naznačeno výše, tak vzhledem k úzké provázanosti zdravotní péče a vládního rozpočtu, je výše výdajů na zdravotnictví ovlivněna celkovou výší vládních výdajů a ochotou úřadující vlády „utrácet“.

### 4.3. Zdravotnictví Německa

#### 4.3.1. Charakteristiky a organizace systému

Systém zdravotnictví v Německu je charakteristický především obligatorností zdravotního pojištění, které jako takové zaručuje přístup ke zdravotní péči všem občanům. Dle Hergethové (2015) je německý zdravotní systém zvláštní svou dualitou pojištění. Občan se totiž může rozhodnout, jestli se pojistí v rámci veřejného zdravotního pojištění (v němž je přihlášeno kolem 90 % obyvatel) anebo v rámci pojištění privátního. Veřejné pojištění stojí především na principu solidarity s chudými a s nemocnými. Každý do systému přispívá takovým množstvím kapitálu, které je ekvivalentní k jeho vlastním příjmům. Chudí tudíž přispívají méně, ale zdravotní služby mohou čerpat ve stejné výši jako ti, kteří přispívají více. Nemocní, na druhou stranu, čerpají zdravotní služby vzhledem k jejich zdravotním potřebám intenzivněji, ale do systému odvádějí stejně jako ti, co jsou na tom zdravotně lépe. Na pojištění přispívá jak zaměstnanec, tak zaměstnavatel, a to v poměru 1:1. Rozsah krytých zdravotních služeb je standardizovaný a každá veřejná zdravotní pojišťovna je povinna tento rozsah zajistit. V rámci privátního pojištění se ovšem rozsah služeb odvíjí od podoby pojistného plánu. Tento rozsah může být tedy individuálně nastaven a výše pojistného koreluje s tímto nastavením a s nabídkou konkrétní pojišťovny. Pojistné ve veřejných pojišťovacích fondech je oproti tomu konstantní.

Z veřejného pojištění tedy existuje možnost se vyvázat a nahradit jej privátním zdravotním pojištěním. Krom toho může pojištěnec v systému veřejného zdravotního pojištění setrvat a Nadto si sjednat privátní pojištění, které nabízí určité nadstandardní benefity. Možnost úplného vyvázání je navíc dle Bundesministerium für Gesundheit (2019a) omezená výší příjmů jedince. Veřejné pojištění je tudíž povinné pro ty zaměstnance, jejichž příjem se nachází pod stanovenou hranicí. Z pojištění jsou nadto kryti členové rodiny, kteří mají malý nebo vůbec žádný příjem (*Familienversicherung*), což u privátního pojištění neplatí. Děti jsou tedy např. kryté do určitého věku v závislosti na jejich kontinuální přípravě na budoucí povolání.

Základní organizační složkou a základním orgánem zdravotní politiky je Ministerstvo zdravotnictví (*Bundesministerium für Gesundheit*). Dalším důležitým orgánem je Svaz fondů

zdravotního pojištění (*Spitzenverband Bund der Krankenkassen*), který podporuje své členy (veřejné zdravotní pojišťovny) a jejich národní asociace při plnění úkolů a při ochraně jejich zájmu. Jeho hlavním cílem je vytvoření rámcových podmínek pro spravedlivou hospodářskou soutěž vedoucí k nákladové efektivnosti a ke kvalitní péči. Deutscher Bundestag (2019) za další podstatnou instituci uvádí např. Společenský federální výbor (*Gemeinsamer Bundesausschuss*), jež zajišťuje, aby byl katalog služeb poskytovaných v rámci veřejného pojištění dostatečný a zároveň efektivní co se do účelu a nákladů týče.

Německé zdravotnictví dle Rokowitzové (2017) provedlo v devadesátých letech několik privatizačních kroků s cílem zamezit růstu nákladů a zaručit větší efektivnost. Výsledkem byl ovšem přechod ze „solidárního systému“ na „zdravotnický průmysl“, ve kterém nejsou profesní skupiny – na úkor pacienta – systematicky propojeny. Oddělenost ambulantních, hospitalizačních a rehabilitačních sektorů zároveň přispívá k bezprecedentnímu růstu nákladů zdravotnictví. Dle vícera autorů (Amelung a kol., 2012; Rokowitzová, 2017 a dal.) je tudíž nezbytné, aby všechny rezorty zdravotnictví úzce spolupracovaly a péče tak byla více integrovaná. I přes úsilí několika politických mandátů se k tomuto německé zdravotnictví zatím nepropracovalo. Další problematikou, která v Německu iniciuje akademické a politické diskuze, je tzv. „duální medicína“ (*Zwei-Klassen-Medizin*). Tento fenomén dle Breyera (2018) symbolizuje duální přístup poskytovatelů zdravotní péče k pacientům podle toho, zda jsou pojištěni na základě veřejného nebo na základě privátního pojištění.

#### 4.3.2. Financování zdravotního systému

Financování je dle Hergeth (2015) od roku 1972 založeno na dualistickém principu, v jehož rámci jsou nemocnice ekonomicky zabezpečeny dvěma různými subjekty s rozhodovací pravomocí – federálními státy a zdravotními pojišťovnami.

V principu jsou dle Bundesministerium für Gesundheit (2019a) příspěvky ve všech veřejných pojišťovnách stejné, nicméně, některé pojišťovny vyžadují určité doplatky na zdravotní péči, jež se mohou mezi fondy lišit. Některé fondy na druhou stranu odměňují své členy za účast ve zdravotně-edukačních kurzech nebo za pravidelné docházení na preventivní prohlídky. V zásadě jsou však vyžadovány doplatky na léky, zdravotní pomůcky, ale i pobyty v nemocnicích, domácí péči, cestovní výdaje a preventivní a rehabilitační péči. Doplatky obvykle činí 10 % z ceny, jsou však omezeny spodní (5 €) a horní (10 €) hranicí. Kromě toho v některých případech pojišťovny vyžadují dodatečné příspěvky, pokud jim vybrané příspěvky nestačí na pokrytí očekávaných výdajů pojištěnce. Tyto dodatečné příspěvky se průměrně pohybují kolem jednoho procenta.

Co se přerozdělování vybraného pojistného týče, tak dle Bundesministerium für Gesundheit (2019b) putuje vybrané pojistné do zdravotního fondu (*Gesundheitsfonds*), ze kterého jsou na základě rizikové struktury pojištěnců (u nás analogicky na základě nákladových indexů) přiděleny finanční prostředky jednotlivým veřejným pojišťovnám. Pojišťovny např. se staršími a nemocnějšími pojištěnci tedy obdrží prostředků více než ty s převahou mladých a zdravých členů. Stát navíc pojišťovnám přispívá paušální dotací na nevýdělečné pojištěnce pojištěné v rámci rodinného pojištění.

#### 4.3.3. Výdaje na zdravotní péči

Jak již bylo uvedeno výše, tak se i německé zdravotnictví potýká se stále rostoucími výdaji. Dle Statistisches Bundesamt (2020) činily v roce 2018 celkové výdaje 390,6 mld. eur, což je oproti minulému roku nárůst o 4 %. Výdaje vzrostly také v relativním vyjádření, a to konkrétně na 11,7 % HDP. Největším „sponzorem“ zdravotnictví již po dlouhou dobu zůstává veřejné zdravotní pojištění, které tvořilo 56,9 % výdajů. Výdaje privátního pojištění přitom činily pouze 8,5 % z celkových výdajů a přímé výdaje domácností a neziskových organizací 13,3 %. Další 10,1 % patřilo pojištění pro případ odkázanosti na dlouhodobou péči (*Pflegeversicherung*), které v Česku zatím neznáme.

Problematika nákladové udržitelnosti zdravotnictví v Německu značně rezonuje již nějakou dobu. Dle Amelunga a kol. (2012) je příčinou vysokých výdajů, kromě již zmíněné neintegrity systému, omezenost informačních toků mezi poskytovateli a nedostatečná konkurence v poskytování zdravotní péče. Dalšími důvody, jež provází vzestup nákladů na zdravotní péči ve většině vyspělých zemí, je stárnoucí populace a neustále rostoucí nároky na kvalitu a účinnost zdravotní péče. Nicméně, jak uvádí Rokowitzová (2017), rostoucí výdaje zároveň reflektují skutečnost, že je německá zdravotní péče jednou z nejkvalitnějších na světě a že růst výdajů pouze kopíruje dlouhodobě profitabilní vývoj německé ekonomiky.



## 5. Standard a nadstandard ve zdravotní péči

### 5.1. Standardizace péče

Standardizace probíhá na všech úrovních výkonu práce a je o to více akcentovaná v oborech, které pracují s lidmi a u nichž může být selhání lidského faktoru fatální. Standardy určují, jak pracujeme, jaké postupy volíme a kterých zásad se při naplňování klientových (pacientových) potřeb držíme.

Medicína a obecně obory zaměřené na zdraví člověka (ať už fyzické či psychické), jsou mnohdy určujícím faktorem délky a kvality lidského života. Národní i mezinárodní instituce tudíž hledají taková kritéria péče, která by zohledňovala současné medicínské poznání a zároveň by byla v souladu s reálnými možnostmi toto poznání uplatnit. Tento proces standardizace péče se dle Timmermanse a Berga (2003) dostal do všech oblastí zdravotních služeb a aktuálně se nejvíce opírá o tzv. medicínu založenou na důkazech (evidence-based medicine), jež je obvykle definována jako „*vědomá, explicitní a soudná utilizace nejlepších současných důkazů při rozhodování o péči o individuální pacienty*“ (Sackett a kol., 1996). V praxi to většinou znamená užití právě určitých standardů. Dle Goldenbergové (2012) je třeba přistupovat k medicíně založené na důkazech s rezervou. Bylo totiž zjištěno, že některé léčby (většinou farmakologické) se doporučují proto, že jsou více průkazné, nikoliv proto, že by byly skutečně lepší.

Dle Matamarua (2019) je třeba odlišovat standard péče (standard of care / medizinische Standard; o něm viz níže), který určuje úroveň péče, od léčebných standardů. Léčebné standardy (kvalitativní standardy) jsou v USA označovány jako „zásady správné klinické praxe“ (clinical practice guidelines), ve Spojeném království zase vystupují jako „klinické zásady“ (clinical guidelines) a v Německu se tyto standardy označují jednoduše jako „standardy péče“ (Leitlinien). Tyto zásady dle Timmermanse a Berga (2003) mají podobu instrukcí – např. které diagnostické testy přikázat, kdy poskytnout zdravotní nebo chirurgickou službu, jak dlouho má pacient zůstat v nemocnici atd. Na těchto zásadách typicky pracuje skupina odborníků, která na základě současného poznání a ověřitelné praxe vydává doporučení. Ve všech státech je jejich aplikace podobná a obecně se předpokládá jejich podmíněnost ověřitelnými vědeckými poznatky. Kvalitativní standardy by měly sloužit k naplnění, k dosažení standardu péče, jakožto náležitě úrovně zdravotní péče.

Co se definice standardů péče týče, tak se v tomto ohledu mnoho autorů odvolává na definici WHO (1987), dle které „*standardy odpovídají dosažitelné a profesionálně sladěné kvalitě výkonů a odrážejí stanovenou, požadovanou kvalitu péče, dle které se skutečně*

*prováděné výkony měří“*. Zásadním mezinárodním dokumentem, který upravuje obecné standardy ochrany lidských práv v kontextu biomedicínských věd, je Úmluva o lidských právech a biomedicině. Tato úmluva z produkce Rady Evropy (otevřená i nečlenským státům) identifikuje ty nejpodstatnější zásady ve výkonu biomedicínské praxe a zaručuje, že „*smluvní strany budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez diskriminace zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny*“ (Rada Evropy, 1997, článek 1). Dle vysvětlující zprávy Rady Evropy (2007) platí ve všech zemích zásady řádného výkonu lékařského povolání, při němž je lékař (či jiný profesionál) mnohdy vázán etickým kodexem, zákonnými imperativy či jakýmkoli jinými prostředky, jež zaručují práva pacientů. Profesionálové jsou ve vztahu k pacientovi povinni jednat s péčí a odborností a věnovat náležitou pozornost jeho individuálním potřebám. Dále je uvedeno, že standardy nestanovují nezbytně jeden způsob léčby, jako jediný možný, ale připouští více možných variant zákroku a profesionálové je tak ponechán určitý prostor při volbě metod a technik.

## 5.2. Standard péče v právu

Standard péče (singulár) lze hodnotit z mnoha pohledů. Kromě lékařů je tento pojem důležitý i pro právníky, jelikož představuje určitou linii hodnocení profesního pochybení lékařů, resp. zanedbání zdravotní péče, a je určitým pojítkem mezi právem a medicínou. Dle Frahma a kol. (2018) musí každý zdravotnický systém vyvinout mechanismus k vyvážení přirozeného napětí mezi poskytovateli zdravotní péče s jejich ekonomickými zájmy na jedné straně a ochranou práv pacienta na straně druhé. Dostál (2014) uvádí, že právní standard péče slouží jako měřítko pro soudní přezkum v případě sporů mezi pacientem a vykonavatelem péče. Dále je základním kritériem pro kontrolu poskytovatelů zdravotní péče, a navíc je určující při tvorbě pravidel úhrady péče ze solidárních zdrojů. Standard péče je v tomto ohledu právním pojmem a jeho konkrétní definice závisí především na právních podmínkách daného státu. Na konkrétní přístupy zkoumaných států se podíváme v praktické části práce.

## 5.3. Úhradový standard

Nyní si rozvedeme pojem standardu péče (rovněž singulár) z pohledu lékaře a pacienta. Někdy je léčebný (kvalitativní) standard se standardem péče volně zaměňován. Potíž tkví v nejednotné definici standardu péče a v lexikální ambivalenci výrazu „standard“, který může odkazovat jak na „normu“ a tím na kvalitativní standardy, tak na určitou, obvyklou úroveň.

Webster's New World Medical Dictionary<sup>9</sup> např. definuje standard péče (standard of care) jako „*diagnostický a léčebný proces, který by měl být lékařem následován s ohledem na určitý typ pacienta, nemoci nebo klinických okolností*“. Tato definice odkazuje na silnou provázanost léčebných standardů (jakožto instrukcí, jak v různých případech postupovat) se standardem péče jako takovým. Přesto, že tyto dva pojmy nelze volně zaměňovat, je třeba si jejich vzájemnou závislost uvědomit.

„Úhradový“ standard péče, tak jak ho chápeme v této práci, je tedy označením pro určitou úroveň nezbytné zdravotní péče, na kterou by měl mít pacient (jež přispívá do systému<sup>10</sup>) nárok. Úroveň péče je určena jak její kvalitou, tak její kvantitou (rozsahem dostupných služeb). Dle Timmermanse a Berga (2003) je na jednu stranu kvalita pro standard péče určující, na druhou stranu dělá samotné zakotvení standardu péče kvalitu měřitelnější a plánovatelnou. Rétorická síla dělá z „kvality zdravotní péče“ na pohled jednoznačný pojem, avšak jeho definice není snadnou záležitostí. Dovolíme si, uvést definici Goldenbergové: „*Kvalita péče se vztahuje k těm atributům zdravotní péče, které příslušní stakeholderi považují za natolik důležité, aby byly měřeny a podporovány.*“ (Goldenbergová, 2012, s. 256)

Ne každý ovšem na standardu péče akcentuje její kvalitu. Jednou z prvních hojně citovaných a uznávaných definic standardu je definice Carstenseny z osmdesátých let: „*standard v medicíně představuje současnou úroveň vědeckého poznání a lékařských zkušeností, která je osvědčená a zároveň nezbytná k dosažení cíle léčby*“ (Carstensen, 1989, s. 2). Cílem pokroku by pak dle autora mělo být úroveň standardu neustále zvyšovat. Standard se má přitom skládat ze dvou částí – ze základní části a dynamické části. Základní část tvoří běžné, avšak zásadní záležitosti, jako je např. sterilita při výkonu zdravotní péče. Dynamická část na druhou stranu trvá do té doby, dokud ji nepředčí lepší varianta (co se kvality a účinnosti týče). Posun této neustále se rozvíjející části standardu je pak možný díky vědeckému poznání a technologickému pokroku. Frahm a kol. (2018) uvádějí, že v současné době více méně platí Carstensenova definice standardu, avšak dnes jsou více akcentována práva pacienta. Za standard zdravotní péče se tedy v teoretické rovině dá považovat to, co musí lékař činit, pokud jde o znalosti, schopnosti a jeho pozornost v závislosti na konkrétních potřebách pacienta.

Úplné, vyčerpávající stanovení standardu zdravotní péče je ovšem složitou záležitostí. Komplexnost problému vychází z množství a provázanosti zájmů stakeholderů, z nichž má

---

<sup>9</sup> Websterův Nový Světový Slovník Medicíny, [online]  
<https://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=33263> (accessed 7.28. 20)

<sup>10</sup> případně je-li součástí vládních programů či má na péči z jiného důvodu nárok

každý o kvalitě a kvantitě péče své vlastní představy. Dle Jungbeckera (1997) se v tomto ohledu střetává: i) zájem medicíny, lékařů a nemocnic efektivně poskytovat kvalitní služby a to při nejlepším bez paternalistické kontroly institucí či státu; ii) zájem pacientů na nejlepší kvalitě zdravotní péče a její kontrole; iii) a nakonec zájem nositele nákladů, obvykle pojišťovny, která usiluje o ekonomickou optimálnost. Je však třeba podotknout, že jistá kontrola zdravotní péče je vždy na místě, jelikož je známo, že se kvalita s jejím měřením a kontrolou obvykle zlepšuje.

Umístění, resp. výše standardu zdravotní péče je navíc ovlivněna mnoha faktory. Mezi tyto faktory patří především objem a alokace zdrojů, které jsou do systému investovány. Materiální a personální zdroje navíc určují celkovou úroveň zdravotnictví, jež je rovněž zásadním determinantem standardu zdravotní péče. Dále je určující typ pojištění pacienta a samotný zdravotnický systém země. Nadto jsou samozřejmě podstatné hodnoty, priority, cíle a mentalita stakeholderů systému. Z objemu a variability působících faktorů vyplývá, že úroveň (standard) zdravotní péče je v každé zemi unikátní.

#### 5.4. Nadstandard zdravotní péče

Nadstandardní zdravotní péče logicky vychází z péče standardní. Je to označení pro takovou péči, která (obvykle kvalitativně) péči standardní převyšuje. Z diskuze o standardech výše vyplynulo, že standard péče nedeterminuje jediný možný způsob léčby, ale slouží pouze jako záruka určité úrovně péče, na kterou má pacient právo. Nadstandardní péčí jsou naproti tomu označovány takové výkony, které nejsou nezbytně nutné pro zachování zdraví pacienta, ale pouze poskytují vyšší komfort. Může jít např. o kvalitnější a víceúčelovou oční čočku nebo o odlehčenou sádku. Do sekce nadstandardů toho lze zařadit ovšem více. Záleží na tom, jak je nadstandard zdravotní péče definován. Můžeme sem tudíž řadit např. i možnost výběru operujícího lékaře nebo možnost připlatit si za jednolůžkový pokoj. Určující vlastností nadstandardu je nicméně fakt, že si za něj pacient musí připlatit.

Některé nadstandardní výkony mohou být kryty komerčním zdravotním pojištěním. Rozsah krytí se přitom liší v závislosti na individuálním nastavení pojistné smlouvy a na preferencích a finančních možnostech pojištěnce. Soukromé pojištění se v tomto ohledu v každé zemi liší a např. v České republice je privátním zdravotním pojištěním obvykle myšleno pouze zajištění příjmu v případě pracovní neschopnosti, jelikož soukromé zdravotní pojištění na klasický způsob zde zřídit nelze. V zahraničí a zejména ve vyspělých zemích, dle Jedličky a Urbana (2019), běžně zdravotní připojištění kryje různé doplatky, stomatologickou léčbu, lázeňskou péči, vyšší komforty při hospitalizaci, vyšší standard péče, možnost zvolit si lékaře, zdravotnické zařízení, léčebné postupy atd.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6. Výzkumný záměr

V Česku je dnes systém poskytování nadstandardní zdravotní péče poněkud chaotický a od zrušení Hegerovy úpravy zákona, jež rozlišoval základní a ekonomicky náročnější zdravotní péči, zůstalo téma nadstandardů nevyřešeno. Otázka se zdá být neprůchodná především na poli politickém, na kterém opačná spektra politických ideologií zastávají protichůdné názory. Jedinou variantou je nastavit systém tak, aby naplňoval ideál nediskriminace a transparentnosti a zároveň umožňoval pacientovi svobodně se rozhodovat o průběhu své léčby. Jednou z možností, jak zvolit správné nastavení systému je ohlédnutí se za zkušenostmi ostatních států. **Cílem** mé práce je tudíž provést analýzu přístupů k nadstandardní zdravotní péči ve vybraných státech a konfrontovat tyto přístupy se situací v České republice. Práce by měla posloužit jako určitá inspirace pro případné znovu-zavedení nadstandardní zdravotní péče v ČR a poskytnout praktické srovnání přístupů ve vybraných státech.

K tématu vyvstává mnoho nezodpovězených otázek. Ústřední otázkou ovšem zůstává: Jak je ve zkoumaných zemích čerpání nadstandardní zdravotní péče nastaveno a jak funguje? V rámci sledování této **hlavní výzkumné otázky** se pokusíme odpovědět **otázky vedlejší**:

- i) Jak se ve zkoumaných zemích vyvíjelo pojetí standardu zdravotní péče z právního pohledu?
- ii) Jak je v současné době pojat standard zdravotní péče?
- iii) Jak probíhá kontrola naplňování medicínského standardu?
- iv) Co je považováno za nadstandardní zdravotní péči a jak je nastaveno její čerpání?
- v) Jakým způsobem je nadstandard financován a jaká je jeho cena?
- vi) Případně jak se k tématu nadstandardu či k samotné kvalitě zdravotnictví staví veřejnost?

Na základě první vedlejší výzkumné otázky bude zkoumáno, jakou roli hraje právní standard péče v řešení soudních sporů mezi lékařem a pacientem. Zároveň se více zaměříme na kvalitativní standardy a jejich význam pro řešení sporů a medicínu vůbec. V rámci další otázky se podíváme na to, jestli je legislativně zaručena kvalita a objem zdravotní péče, na kterou má pacient nárok. Třetí otázka ověří, jakým způsobem je kvalita péče kontrolována. Čtvrtá otázka se zaměří na způsob čerpání nadstandardní zdravotní péče a na podobu této péče. V rámci hledání odpovědi na další otázkou bude zkoumán konkrétní příklad typické nadstandardní péče a cena této péče. Pro analýzu byla zvolena operace šedého zákalu, jakožto nejběžnější operace ve všech zkoumaných zemích, se zaměřením na volbu prémiové multifokální čočky. Poslední otázka ověří celkovou spokojenost obyvatel se zdravotnictvím a bude hledat určitou korelaci mezi charakteristikami systémů a názorem občanů – pacientů. Nadto bude každá kapitola doplněna o relevantní informace, které poskytnou čtenáři ucelenější obraz o této problematice.

Jako **metoda sběru dat** byl zvolen tzv. „desk research“ a výzkum bude tedy prováděn na základě analýzy sekundárních, volně dostupných, dat. Zkoumány budou především virtuální, ale i nevirtuální zdroje se zaměřením na akademická periodika, výstupy masových médií, úřední dokumenty, legislativní dokumenty a informace relevantních komerčních společností. Hlavním záměrem výzkumu je dát dohromady takové informace, které jedinec v běžných česko-jazyčných zdrojích nedohledá. Zdroje informací budou kromě běžného akademického vyhledávání získávány i na základě emailové korespondence s odborníky a příslušnými institucemi. Propojením informací ze všech možných pramenů by mělo dojít k vytvoření komplexnějšího obrazu o fungování standardu a nadstandardu ve zkoumaných státech. Tento přístup by měl zároveň zajistit datovou triangulaci a podpořit tak validitu výzkumu. Shromážděná data budou následně vyhodnocena a na základě **komparativní analýzy** – porovnávání případů – vložena do vzájemných souvislostí.

Jak již vyplynulo z teoretické části práce, tak do **zkoumaného vzorku** byly zařazeny Spojené státy americké, Spojené království a Německo. Z kapitoly 2.3 vyplynulo, že právě zdravotnické systémy těchto států symbolizují typické modelové varianty, jimiž se inspirovala řada dalších vyspělých zemí, což z nich činí ideální entity pro komparaci. Předpokládá se, že tato volba povede k ucelenější představě o tom, jak k problematice v zahraničí přistupují. Bylo tedy zvoleno účelové vzorkování se zaměřením na typické případy.

## 7. Nastavení čerpání nadstandardní zdravotní péče v ČR

### 7.1. Právní standard péče a kvalitativní standardy

Za právní standard se dá v české legislativě<sup>11</sup> považovat označení „*náležitá odborná úroveň*“, jež je chápána jako „*poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti*“. V případě řešení sporu mezi poskytovatelem péče a pacientem, je k řešení případu přizvána nezávislá odborná komise. Ta dle zákona<sup>12</sup> posuzuje případ v závislosti na zdravotní dokumentaci pacienta a dalších dostupných skutečnostech.

Dle Macha (2010) může kvalitativní standardy a doporučení vydávat v podstatě každý. V ČR jsou nicméně za nejvíce respektované pokládány zejména doporučené postupy *České lékařské komory a České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně*. Doporučení nejsou závazná a nemůžou sloužit jako jediná záminka pro odsouzení za zanedbání péče. Slouží nicméně jako vodítko, podle kterých může lékař postupovat, v závislosti na individuálních potřebách pacienta a při posuzování správnosti výkonu lékaře je k nim přihlíženo.

### 7.2. Kontrola kvality

Dle zákona<sup>13</sup> se o kontrolu využívání a poskytování hrazených služeb starají zdravotní pojišťovny. Pojišťovny tak například prostřednictvím činnosti revizních lékařů nebo informačních dat kontrolují kvalitu a objem služeb, a to včetně dodržování cen. Kontrola poskytovatelů<sup>14</sup> je dále prováděna ministerstvem, příslušnými orgány, úřady, *Státním ústavem pro kontrolu léčiv*, komorami a dalšími institucemi. Kontrolní orgány mají na starost ověření plnění předpisů a standardů a jsou oprávněny ukládat nápravná opatření, kontrolovat jejich plnění a požadovat písemné zprávy o jejich zlepšení. Poskytovatelé zdravotní péče jsou navíc nepřímo nuceni<sup>15</sup> k podstoupení akreditačního řízení, v jehož rámci dochází k deklaraci jejich kvality.

### 7.3. Úhradový standard

I přes snahu o zavedení standardu a nadstandardu v minulých letech, v současné době úhradový standard v ČR v podstatě neexistuje (více viz nadcházející kapitola). Pacient má nicméně nárok na zajištění kvality a bezpečí čerpaných zdravotních služeb<sup>16</sup>. Poskytovatel má oproti tomu povinnost<sup>17</sup> odůvodnit případy odchýlení od uznávaného medicínského postupu a

<sup>11</sup> Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, § 4 odst. 5

<sup>12</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., § 95

<sup>13</sup> Zákon č. 48/1997 Sb. § 42

<sup>14</sup> Zákon č. 372/2011 Sb. § 107 až 109

<sup>15</sup> vyhnutí se akreditaci by mohlo vést k nedůvěře pacientů

<sup>16</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., § 28 odst. 3 bod k)

<sup>17</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., § 47 odst. 3

dále zavést interní systém hodnocení kvality. K dosažení kvalitativního standardu péče je tak kromě kontroly a dozoru používáno více nástrojů.

Co se týče mezinárodního srovnání kvality zdravotní péče, tak je na tom Česká republika překvapivě dobře v ambulantní pohotovostní péči. Dle databáze OECD (2020) je úmrtnost lidí po infarktu myokardu 6,2 %, čímž se ČR umístila nad průměrem zemí OECD (11. z 36). Co se úspěšnosti léčby rakoviny týče, tak je to již o něco horší. ČR se s 81,4 % nadějí dožití při diagnostikování rakoviny prsu dostává daleko za průměr (26. z 33).

Z kvantitativního hlediska lze pak za standard péče považovat takový rozsah zdravotních služeb, který je součástí pokrytí veřejného zdravotního pojištění. Zároveň jde o takový typ péče, jež lze ve vztahu k léčbě pacienta považovat za optimální. Výčet služeb<sup>18</sup>, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění je uveden v zákoně<sup>19</sup>, jak již bylo ostatně zmíněno v kapitole 3.3. Z krytých služeb je vyjmuta např. akupunktura a poskytovaná péče musí být nákladově efektivní<sup>20</sup>. Měla by být tudíž dána přednost té variantě, která je sice ekonomicky méně náročná než jiná varianta, ale zároveň je s ní plně dosaženo stanoveného cíle.

#### 7.4. Legislativní vývoj standardu/nadstandardu a ústavní rozpory

Po sametové revoluci v roce 1989 se začalo diskutovat o zavedení, resp. právním zakotvení standardní a nadstandardní péče. Do té doby byla v socialistickém Československu podobná diskuze nepřipustná, a to vzhledem k rovnostářské ideologii tehdejšího režimu. Lze konstatovat, že právě minulost a citlivost pro rovnostářství českého národa způsobuje, proč diskuze nad zavedením standardní a nadstandardní zdravotní péče vyvolává mnohdy negativní ohlasy. Janečková a Hnilicová (2009) uvádějí, že občané, politici i lékaři mají k tématu velmi rozdílná stanoviska, což diskuzi značně komplikuje. České zdravotnictví disponuje velmi liberálními prvky silně decentralizovaného systému, a to při nepodmíněné garanci dostupnosti zdravotní péče. Občané tak mají pocit, že právě tato garance bude zavedením nadstandardní zdravotní péče ohrožena. Ukazuje se přitom, že toto téma patří k těm, které vzbuzuje silný rozruch na obou stranách politického spektra a je tudíž silně politizované.

---

<sup>18</sup> zdravotní péče preventivní, dispenzární, diagnostická, léčebná, lékárenská, klinicko-farmaceutická, léčebně rehabilitační, lázeňská, posudková, ošetrovatelská, paliativní a zdravotní péče o dárce krve, tkání a buněk; dále jsou hrazeny léčivé přípravky, přeprava pojištěnce, pobyt průvodce pojištěnce, zdravotní péče související s těhotenstvím a porodem dítěte, pitva ad.

<sup>19</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., § 13

<sup>20</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., § 15 odst. 8



Diskuze o zavedení a definici standardní a nadstandardní zdravotní péče probíhaly již v devadesátých letech, avšak žádné pobídky, zaznívající ať již z politické, nebo z odborné veřejnosti, nebyly realizovány. Základním legislativním bodem, který v podstatě znemožňoval (a stále fakticky až na určité výjimky znemožňuje) úhrady za nadstandardní zdravotní péči je zákon č. 48/1997 Sb., § 11 odst. 1 písm. d), který aktuálně stanovuje, že má pojištěnec právo na „poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem, přičemž poskytovatel nesmí za tyto služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu“. Tato úprava je pro levici zásadní, zatímco pro pravicově orientované strany představuje překážku v prosazení obširnějších privátních kapitálových toků do zdravotnictví. O změnu se dle Cikrta (2015) pokusil reformní tým ministra Tomáše Julínka, který se v roce 2007 snažil nejdříve nastavit pravidla a dohled nad zdravotními pojišťovny. Reforma však v koalici neobstála, jelikož nezískala dostatečný počet hlasů.

Problematika se opětovaně otevřela v roce 2010, kdy se na post ministra zdravotnictví dostal znovu pravicový politik Leoš Heger. Ten měl v úmyslu zdravotnictví reformovat v reakci na rostoucí výdaje a na aktuální otázky s prioritou protikorupční strategie. V rámci jeho působení se skutečně podařilo prosadit úpravu zákona<sup>21</sup> č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která mimo jiné zavedla standardní a nadstandardní zdravotní péči a upravila výši některých regulačních poplatků.

Změna zákona nově zavedla tzv. ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče, která měla symbolizovat péči nadstandardní. Ta měla představovat alternativu (pokud taková alternativa v konkrétní zdravotní péči existuje) k tzv. základní (standardní) variantě. K rozlišení variant mělo sloužit účelné a hospodárné vynakládání zdrojů a Ministerstvo zdravotnictví mělo ve vyhlášce, kterou se stanoví „Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami“, rozhodovat, jaké výkony lze nabízet v obou variantách. Před poskytnutím zdravotní péče mělo být zdravotnické zařízení povinno pojištěnci nabídnout poskytnutí zdravotní péče v základní variantě a informovat ho též o ekonomicky náročnější a také její ceně, která vyplývala z ceníku daného zařízení. Pokud se pacient rozhodl pro nadstandardní péči, tak hradil rozdíl mezi ekonomicky náročnější a základní variantou a zbytek byl kryt zdravotní pojišťovnou. V úpravě byl navíc výslovně uveden zákaz při poskytování zdravotní péče upřednostňovat pojištěnce, který si zvolí ekonomicky náročnější variantu, a to pod hrozbou pokuty.

---

<sup>21</sup> Zákon č. 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony (již neplatný)

Základní varianta zdravotní péče přitom dle Informačního centra vlády (2013) měla kopírovat současnou úroveň zdravotnictví a zajistit tak, aby se standard péče nesnížil. Nadstandardní péče se měla týkat pouze případů, kdy existuje standardní varianta se stejným léčebným výsledkem a obecně má platit, že pacient má nárok na péči, která mu z hlediska jeho uzdravení pomůže nejvíce. Ekonomicky náročnější varianta je tudíž pouze eventualitou, která pacientovi nabízí např. zvýšené pohodlí, ale neohroží jeho nárok na stejně kvalitní péči v podobě základní varianty. Na nadstandardní péči by navíc mělo dosáhnout více pacientů než dříve, protože by část nadstandardní péče hradila pojišťovna.

Politici z levicových stran ještě před schválením zákona hrozili, že zákon dají k Ústavnímu soudu, což také záhy po schválení zákona učinili. Konkrétně to bylo 51 poslanců v čele s Bohuslavem Sobotkou. Dle nálezu Ústavního soudu Pl. ÚS 36/11 ze dne 20.6. 2013 bylo nejvíce kritizováno nedostatečné vymezení kritérií, podle kterých by se rozlišovala nákladnost zdravotní péče. Úprava tudíž dle navrhovatelů nevypovídala nic o tom, jaký je zákonem garantovaný standard zdravotní péče, což uvádí v dojem, že zákonodárce směřoval ke koncepci klientské medicíny, poskytované dle ekonomických možností pacienta. Navrhovatelé tedy považovali napadenou úpravu zákona za diskriminační, a to v přesvědčení, že úprava povede ke dvoukolejnosti medicíny (two-tier healthcare, Zwei-Klassen-Medizin). Čili k situaci, kdy budou poskytovatelé zdravotních služeb upřednostňovat pojištěnce, kteří si zvolí ekonomicky náročnější variantu, jelikož budou hospodářsky zainteresováni. Dále vytýkají závislost katalogu výkonů dvoj-variantové zdravotní péče na vyhláškách Ministerstva zdravotnictví a celkovou vágnost a neurčitost zákonné úpravy. Kromě rozlišení základní a ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče navrhovatelé napadají zvýšení regulačního poplatku a oprávnění zdravotních pojišťoven sankcionovat poskytovatele zdravotních služeb (dále se budeme věnovat pouze prvnímu tématu).

Ústavní soud se v rámci komplexního přezkumu obrátil na více zainteresovaných stran, aby vyslechl jejich názor k věci. *Ministerstvo zdravotnictví* odůvodnění navrhovatele odmítlo a uvádí, že by byl nejvyšší možný standard zdravotní péče ve smyslu identického terapeutického účinku zajištěn vždy u obou variant. Žádnou zdravotní péči, kterou lze poskytnout pouze jedním způsobem, tedy nelze označit za ekonomicky náročnější variantu a standardní varianta má být vždy variantou optimální. Ekonomicky náročnější varianta může být pouze taková zdravotní péče, která již nepřináší zlepšení z medicínského hlediska, ale pouze nabízí pacientovi zvýšené pohodlí nebo naplňuje jeho individuální preference. *Svaz zdravotních pojišťoven České republiky* se přiklonil k názoru Ministerstva zdravotnictví a zavedení legální možnosti si za

nadstandardní zdravotní péči připlatit vívalo. Svaz navíc akcentuje fakt, že rozlišení ekonomicky náročnější varianty a základní péče není diskriminační, ale naopak může uvolnit nadstandardní zdravotní péči pro ty, kteří si dříve nemohli dovolit uhradit celou nadstandardní zdravotní službu, neboť si v tomto případě připlatí pouze rozdíl variant. Dle vyjádření *Všeobecné zdravotní pojišťovny* je zavedení nadstandardní zdravotní péče moderní způsob dosažení veřejného zájmu a krokem vpřed. Stejného názoru je i *Česká lékařská komora*. S navrhovatelem se jako jediný dotázaný ztotožňoval *Svaz pacientů České republiky*. Ten výslovně odmítá jakékoli omezení hrazení zdravotní péče a volá po úplném zakázání paralelního poskytování individuálně placené péče v zařízeních smluvně vázaných na veřejnou zdravotní pojišťovnu.

Ústavní soud rozhodl, ač v těsném hlasování, ve prospěch navrhovatele. Účinností nálezu v prosinci roku 2013 tudíž rozdělení zdravotní péče na základní a ekonomicky náročnější variantu zaniklo. Soud nicméně rozdělení zdravotní péče na standardní a nadstandardní označil jako přípustné a v mezích ústavního pořádku. Odkazuje přitom na dřívější nálezy Ústavního soudu (Pl. ÚS 35/95; Pl. ÚS 14/02; Pl. ÚS 1/08) v nichž je podpořena legitimita poskytování zdravotní péče za úhradu od pojištěnců nad rámec péče bezplatné. Dokonce označuje lpění na bezplatnosti jako potenciálně brzdící faktor, jež může vést až ke snížení úrovně lékařské péče. Soud se ovšem vyslovil proti vymezování zdravotnických výkonů resortem zdravotnictví a označil za nezbytné, aby byl rozsah a způsob jejich poskytování upraven legislativním režimem. Zákon tak dle Ústavního soudu učinil pouze první krok k vymezení standardní a nadstandardní zdravotní péče, avšak vynechal krok druhý, bez něhož je institut neživotaschopný, čímž je zákonné stanovení standardní, bezplatné péče.

#### 7.5. Nadstandard a jeho financování

Úprava zákona, která byla nálezem ústavního soudu zrušena, trvala necelý rok a původně zamýšlené rozlišení na základní a ekonomicky náročnější péči bylo tudíž nějakou dobu účinné. Po zrušení této úpravy nastal ovšem ve zdravotnických zařízeních chaos vedoucí k pluralitě přístupů k nadstandardní péči. Jak uvádí Koubová (2015) a rovněž Ginter (2015), tak zatímco některá zařízení nadstandardní péči (v podobě např. odlehčené sádry, lepší čočky atd.) již vůbec nevedou, tak v jiných je třeba uhradit jejich plnou cenu. Někteří poskytovatelé se zase řídí zrušenou právní úpravou a nabízí pacientům zdravotnický prostředek pouze za doplatek, riskují tím ale konfrontací s pojišťovnou. Další variantou je, že pacient místo za nadstandard formálně platí za něco jiného – např. formou sponzorského daru. Poslední variantou je poskytování nadstandardní péče jen vybraným pacientům podle uvážení lékaře (ten

ve finále rozhodne, zda je tato péče pro pacienta nezbytná). Situace tak vede k naprosté nepřehlednosti a neadekvátnosti při poskytování nadstandardů. Výsledkem jsou korupční praktiky, nákladová neefektivita, a v podstatě i nespravedlnost v přístupu k nadstandardní zdravotní péči (viz Tabulka 1).

Tabulka 1 Přístupy zařízení k poskytování nadstandardní zdravotní péče

<i>Postup zařízení</i>	<i>Pozitivní stránky</i>	<i>Negativní stránky</i>
1. <i>Nadstandard neposkytuje</i>	Právně nezávadné; pro zařízení ekonomicky bezproblémové	Migrace pacienta do jiného zařízení
2. <i>Nadstandard poskytuje a pacient hradí jeho plnou cenu</i>	Právně nezávadné	Pro některé pacienty se nadstandard stává nedostupným
3. <i>Nadstandard poskytuje a pacient hradí rozdíl standardu a nadstandardu</i>	Právně závadné; risk penalizace a výpovědi smlouvy ze strany pojišťovny	Pro některé pacienty se nadstandard stává dostupnějším
4. <i>Hrazení nadstandardní péče „oklikou“ (např. sponzorským darem nebo platbou přímo zprostředkovateli)</i>	Právně nezávadné; pacienti mohou na nadstandard dosáhnout	Netransparentnost; část peněz zůstane zprostředkovateli
5. <i>Nadstandard je poskytován dle uvážení lékaře</i>	Alespoň někteří pacienti nadstandard obdrží; právně nenapadnutelné	Prostor pro korupční jednání a klientelismus

Zdroj: vlastní zpracování na základě Koubové (2015)

V zásadě tedy poskytovatel nadstandardní služby nabízet může, ale dle MZ (2020) pacienta nesmí v žádném případě nutit takové služby čerpat a je vždy povinen poskytnout službu hrazenou plně nebo částečně zdravotní pojišťovnou, bez ohledu na to, zda se pacient rozhodl čerpat službu označovanou ze strany poskytovatele jako nadstandardní.

V současnosti je nárok pojištěnce definován jak pozitivním (zákon č. 48/1997 Sb., § 13) tak negativním (zákon č. 48/1997 Sb., § 15) výčtem, ale v praxi dle Koubové (2017) o tom, jaká konkrétní péče bude poskytnuta, v zásadě rozhoduje poskytovatel. Nadstandarty zdravotní péče se přitom nejvíce řeší na očních klinikách nebo například na gynekologických a porodnických odděleních, kde je situace chaotická nejvíce. V ambulancích a nemocnicích se tak jiná nadstandardní péče poskytuje v závislosti na lokalitě, oddělení i na samotném lékaři.

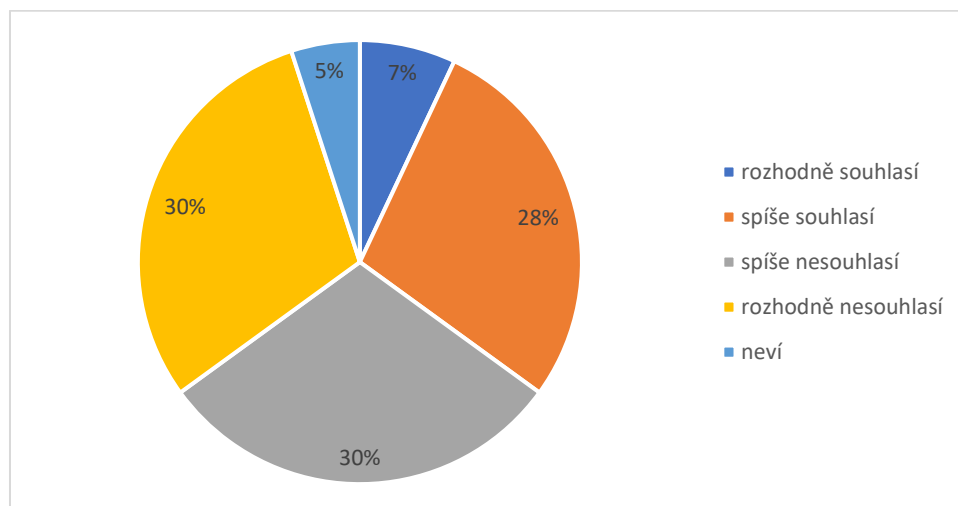
Jako příklad zdravotní péče, která zaznamenává dlouhodobý rozpor mezi standardem a nadstandardem, je léčba, resp. operace šedého zákalu. Ta je dle Gintera (2015) jednou z nejčastějších operací a ročně je jich provedeno až na 100 tisíc. Zároveň je šedý zákal jednou z nejčastějších příčin slepoty a jedná se tudíž o zcela zásadní operaci. Pojišťovna v případě takové operace hradí pouze standardní, monofokální čočku. Taková čočka sice umožňuje vidět na dálku, ale na čtení již musí pacient využívat brýle. Pokud si však pojištěnec přeje nadstandardní, prémiovou, multifokální čočku, tak ze zákona musí zaplatit celý zákrok včetně

operace. Nelze tudíž oddělit cenu výkonu a nákladů na čočku. Pacient, který si zvolí nadstandardní péči, tak obvykle hradí 10-25 tisíc korun (Ø 17 500 Kč) za jednu čočku a 8 tisíc korun za operaci. Pokud se tomuto chce pacienta vyhnout, tak musí hledat zařízení, které poskytuje nadstandard podle bodu 3 a 4 výše uvedené tabulky.

## 7.6. Postoj veřejnosti

Jak již bylo uvedeno výše, tak postoje různých zainteresovaných skupin se ve vztahu k tématu nadstandardní péče diametrálně liší. Postoj veřejnosti může být patrný již ze zmíněného přístupu Svazu pacientů ČR, který jakékoli doplatky na péči považuje za protiústavní. Postoj veřejnosti nicméně není čistě jednostranný a část populace považuje nadstandardy za účelné. Bližší informace poskytuje výzkum Sociologického ústavu AV ČR (2011) (viz Graf č. 1), ze kterého vyplývá, že v roce 2011 většina lidí (60 %) se zavedením, resp. rozlišením standardní a nadstandardní zdravotní péče nesouhlasila. O naprosté správnosti rozdělení péče bylo přesvědčeno pouze 7 % lidí a zdráhavější souhlas vyjádřilo 28 % respondentů. Z analýzy ústavu vyplynulo, že s myšlenkou relativně častěji souhlasili lidé ve věku 30 až 44 let, absolventi vysokých škol, lidé, kteří svou životní úroveň označují za dobrou a převážně ti, kteří jsou spíše příznivci politické pravice nebo pravého středu. Nesouhlas naopak vyjádřili spíše lidé starší 60 let a obecně ti s opačnými socioekonomickými proměnnými než lidé s výrokem souhlasící.

Graf č. 1 Postoj veřejnosti k rozdělení zdravotní péče na standardní a nadstandardní v roce 2011

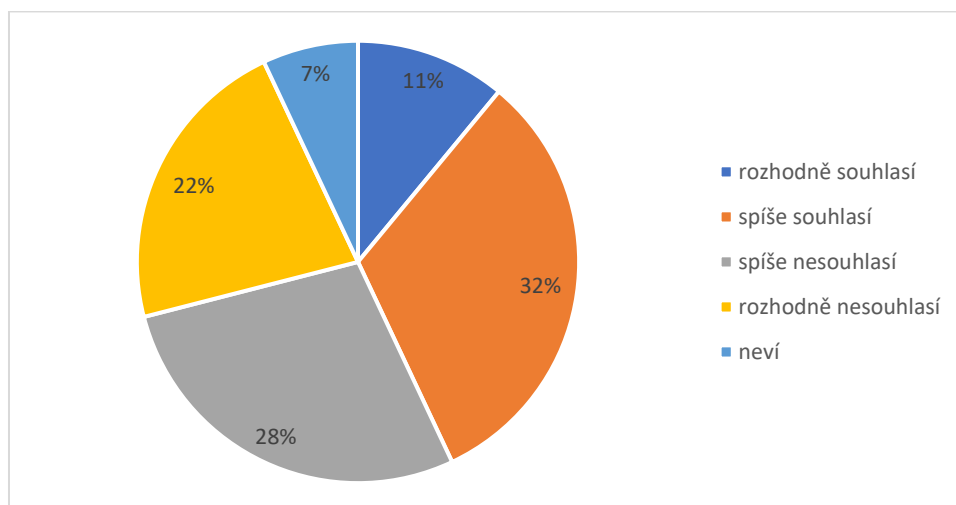


Zdroj: Vlastní zpracování na základě Sociologického ústavu AV ČR (2011)

Výzkum se periodicky opakuje, a proto lze porovnat výsledky z roku 2011 s rokem 2019. Jak je znatelné z grafu č. 2, tak se přístup občanů k tématu mírně změnil. Dle výsledků Sociologického ústavu AV ČR (2020) klesá poměr lidí, jež s rozdělením standardní a nadstandardní zdravotní péče nesouhlasí a naopak roste podíl těch, kteří se vyslovují pro ono

rozlišení. S výrokem nesouhlasí přesně polovina, zatímco za výrokem bezpodmínečně stojí již 11 % dotázaných a 32 % „spíše souhlasí“.

Graf č. 2 Postoj veřejnosti k rozdělení zdravotní péče na standardní a nadstandardní v roce 2019



Zdroj: Vlastní zpracování na základě Sociologického ústavu AV ČR (2020)

Názory veřejnosti jsou tudíž značně polarizující. Celkově lze však konstatovat, že se vůči rozlišení standardní, nehrazené, zdravotní péče a nadstandardní, hrazené, péče staví veřejnost spíše negativně a není tomuto kroku nakloněna. Ač lze v uplynulých letech pozorovat mírnější posun ku prospěchu nadstandardu, tak stále převládá strach z ohrožení přístupu k současné úrovni zdravotní péče. Postoj veřejnosti k problematice je jedním z důvodů, proč je reforma systému v současné době v podstatě politicky neprůchodná a značně komplikovaná záležitost.

Co se týče celkové spokojenosti veřejnosti se systémem zdravotnictví ČR, tak dle CVVM<sup>22</sup> (2020) bylo v roce 2019 44 % dotázaných se systémem rozhodně nebo spíše spokojeno a 22 % rozhodně nebo spíše nespokojeno. Velká část respondentů (33 %) nebyla ani spokojena a ani nespokojena. Oproti předchozím dvěma rokům nicméně celková spokojenost se zdravotnictvím klesla.

<sup>22</sup> Centrum pro výzkum veřejného mínění

## 8. Nadstandard zdravotní péče ve zkoumaných zemích

Nyní se podíváme na situaci a přístup k standardu a nadstandardu zdravotní péče ve zkoumaných zemích. Pokusíme se propojovat takové zdroje a informace, aby byly země v konečném výsledku co možná nejporovnatelnější.

### 8.1. Spojené státy

#### 8.1.1. Právní standard péče a kvalitativní standardy

Ve Spojených státech se současné pojetí právního standardu péče odvíjelo v závislosti na soudních sporech mezi pacienty a poskytovateli péče. Jako určité odrazové můstky pro zdravotnické obory, i pro řešení případných soudních sporů, se v USA pro konkretizaci standardu péče užívají již zmíněné zásady správné klinické praxe.

Dle Moffetta a Moorea (2011) se před několika směrodatnými případy, jež se začaly objevovat v 20. letech 20. století, považoval standard péče za „právní obyčej“. Za právní standard péče bylo tudíž považováno, pokud se ostatní v oboru chovali jednoduše určitým způsobem, který cílil na eliminaci rizik. Cooke a kol. (2017) dodávají, že od 19. století v zásadě začalo platit pravidlo lokality (locality rule), které váže standard péče na určitou komunitu, a ne na celou zemi. Pravidlo lokality mělo chránit poskytovatele péče ve venkovských a chudých oblastech, kde standard péče nedosahoval úrovně moderních, městských klinik. Se standardizací vzdělávání zdravotníku a s rostoucím přístupem lékařů k informacím však lokální pojetí začalo upadat do pozadí. Některé státy se v soudních sporech o zanedbání péče ovšem i nadále spoléhají na standardy místní praxe, což je mnoha autory (Cooke a kol., 2017; Ginsberg, 2012; Lewis a kol., 2007 ad.) a soudy pokládáno za neadekvátní z hlediska současných možností transferu vědeckého poznání, technologií a kapitálu. Přestože se pravidlem lokality řídí již jen hrstka států, tak stále zůstává překážkou pro úplnou implementaci národního standardu péče. Národní standard přitom předpokládá, že jsou poskytovatelé péče v rurálních oblastech stejně vyškoleni, jako poskytovatelé v městských lokalitách, ale nelpí na stejném penzu technického a medicínského vybavení.

Zásadním obratem v pojetí standardu byl dle Kelly a Manguno-Mire (2008) případ *Helling vs. Carey*<sup>23</sup>. V rámci tohoto případu soudci v podstatě došli k závěru, že to, co je v praxi obvyklé, nemusí být vždy dostatečné. Případ ovšem v některých státech vedl k urychlení zákonného definování standardu péče, jakožto měřítko pro soudní spory. Ve státě Washington tak bylo například rozhodnuto, že standard péče není naplněn, pokud „obžalovaný či obžalovaní nejsou schopni uplatnit takovou úroveň dovedností, péče a znalostí jako ovládají jiné osoby ve

---

<sup>23</sup> *Helling v. Carey*, 519 P.2d 981 (1974)

*stejně profesí*<sup>24</sup>. Další posun přinesl případ *Hall vs. Hilbun*<sup>25</sup>, v němž soud interpretoval standard péče jako „*to, co by minimálně kvalifikovaný lékař stejného oboru udělal ve stejné situaci se stejnými zdroji*“ (Moffett a Moore, 2011, s. 112). V zásadě je zde připuštěno, že standard péče neznamena perfektní praxi, ale závisí i na vnitřních a vnějších zdrojích lékaře. Právní standard péče ovšem není přesně definován a je mnohdy přezkoumáván případ od případu (obvykle s přihlédnutím k předešlým rozhodnutím soudu).

Druhou linii představuje vývoj clinical practice guidelines (dále jen CPGs), jež v zásadě určují, resp. doporučují kritéria kvality a kvantity poskytované péče v určitých situacích. CPGs začaly vznikat se záměrem usměrnit současné medicínské poznání a zasadit ho do společného rámce, který může poskytovatelům péče napomáhat v poskytování adekvátní a co nejvíce kvalitní péče. CPGs jsou v podstatě konsenzuálními výroky tvořené různými entitami a experty, jak už ostatně bylo zmíněno v kapitole 5.1.

Dle Mosesa a Felda (2008) byl zájem o užití CPGs probuzen v 70. a 80. letech, kdy z několika výzkumů vyšlo najevo, že se praxe různých poskytovatelů péče v závislosti na regionu značně odlišuje. CPGs začaly být vydávány ze strany profesních společností, vládních orgánů a pojišťoven, přičemž zásady vydávané profesními medicínskými společnostmi jsou považovány za nejautoritativnější. Profesní organizace mají totiž zájem poskytovat kvalitní péči a zamezovat jejímu zanedbávání, zatímco pojišťovny vytvářejí CPGs se záměrem kontrolovat náklady.

#### 8.1.2. Úhradový standard

Vzhledem k nastavení pluralitního systému zdravotního pojištění, jež postrádá pojištění veřejné, je téměř nemožné určit všeobecný standard zdravotní péče. Jak již bylo uvedeno výše, objem péče, který je v rámci privátního pojištění poskytován, závisí na pojistném plánu, který se liší v závislosti na pojišťovně, jichž je nepřeborné množství. Určitou společnou úroveň objemu zdravotní péče lze nalézt ve veřejných programech, ale i zde, jak si ukážeme níže, je situace poněkud diskutabilní. Nadto se pokusíme zanalyzovat standard péče v soukromých pojišťovnách.

Problémem podoby veřejných programů je jejich závislost na jednotlivých státech. To znamená, že rozsah, typ i trvání krytých zdravotních služeb není všude stejný, což dále

---

<sup>24</sup> Revised Code of Washington. Section 4.24.290. [online]  
[https://app.leg.wa.gov/rcw/default.aspx?cite=4.24.290\\_\(accessed 7.27. 20\)](https://app.leg.wa.gov/rcw/default.aspx?cite=4.24.290_(accessed 7.27. 20))

<sup>25</sup> Hall v. Hilbun, 466 so.2d 856 (1985)



prohlubuje onu regionální nerovnost, o které jsme se zmínili v kapitole 4.1.3. Federální zákon<sup>26</sup> v některých případech nicméně ukládá rozsah základních zdravotních služeb, které musí státy do programu zahrnout. Program Medicaid např. zahrnuje hospitalizační a ambulantní služby, služby týkající se těhotenství, očkování pro děti, lékařské služby, domácí péči, pediatričnou péči, laboratorní a rentgenové služby a venkovské klinické služby. Mezi pro stát volitelné služby patří dle Kleesové a kol. (2018) především diagnostické a klinické služby, preskripce léků, protézy, optometrické služby a brýle, přepravní služby, rehabilitace a fyzická terapie, hospicová péče a služby cíleného case managementu. Program Medicare je na druhou stranu legislativně<sup>27</sup> rozdělen do tří, resp. čtyř částí – část A, B, D a Medicare Advantage program (dříve označovaný jako část C). Část A, která je jako jediná poskytována automaticky, bez nutnosti pravidelných příspěvků, zahrnuje hospitalizační služby, péči v ošetrovatelském zařízení a částečně i domácí péči. Rozsah pokrytí veřejného programu Medicare dle Zucchi (2019) mnohdy slouží jako model pro privátní zdravotní pojišťovny. Důraz je rovněž kladen spíše na zdraví a wellness než na nemoc, pravidelné prohlídky nejsou plně kryty a léčba vážných onemocnění obvykle vyžaduje spoluúčast nebo doplatky.

S přijetím ACA (Affordable Care Act) lze identifikovat určité minimální pokrytí základních služeb pojistných plánů pro individuální pojistné plány (non-group) a plány malých skupin (small-group). Toto minimum služeb je nazýváno „essential health benefits“ (esenciální zdravotní benefity, dále jen EHB) a dle Bennettové (2016) vychází z periodicky upravované vyhlášky ministerstva zdravotnictví. Při utváření EHB se balancují služby v deseti základních kategoriích<sup>28</sup>, přičemž ministerstvo musí samozřejmě brát v úvahu potřeby všech skupin populace. Finální podobu EHB nicméně určují samotné státy a jejich podoba se liší jak v rozsahu pokrytých služeb, tak v jejich kvantitě a trvání. Bennettová (2016) na příkladu bariatrické chirurgie<sup>29</sup> uvádí, že méně než půlka států má tento typ péče v EHB zahrnutý, avšak i samotné pokrytí se v závislosti na státu liší – mnoho z těchto států např. tuto péči limituje pouze na pacienty, kteří byli diagnostikováni morbidní obezitou, některé státy zase limitují péči kvantitativně a povolují ji pouze jednou za život atd. V rámci privátního pojištění je v podstatě

---

<sup>26</sup> Title XIX of the Social Security Act, sec. 1937 [online] [https://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title19/1937.htm](https://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title19/1937.htm) (accessed 7.27. 20)

<sup>27</sup> Title XVIII of the Social Security Act, [online] [https://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title18/1800.htm](https://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1800.htm) (accessed 7.27. 20)

<sup>28</sup> ambulantní služby, pohotovostní služby, hospitalizace, mateřství a péče o novorozeně, duševní zdraví, preskripce léků, rehabilitační a habilitační služby a pomůcky, laboratorní služby, preventivní a wellness služby, pediatričké služby

<sup>29</sup> chirurgické metody operace žaludku, jejichž cílem je pomoci osobě s extrémní obezitou [MedicineNet. [online] <https://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=23436> (accessed 8.1.20)]

za standardní pojistný plán považovaný ten, který je identický s plánem veřejným. Můžeme se rovněž na věc podívat z druhého konce a určit, které služby soukromé zdravotní pojišťovny ve většině případů nezahrnují vůbec. Dle Zucchi (2019) se jedná především o kosmetické úpravy jako jsou plastické operace; dále služby zaměřené na léčbu plodnosti; preskripce na léky, které jsou tzv. „off-label“ – tedy léky, jež jsou předepsány na léčení obtíží, k němuž nejsou přednostně určeny; a nové technologie v produktech či zdravotních službách.

Jak vyplývá z předchozího odstavce, tak standard péče v USA není jednotný a liší se v závislosti na regionu a dle Denga (2014) je podmíněn i nemocnicí a samotným lékařem. Dokonce i způsob léčby, přestože může být shledán za „standardní“, se může v závislosti na okolnostech velmi lišit. Obecně je kvalita péče i její cena mnohdy až markantně rozdílná. HFMA<sup>30</sup> (2015) například doporučuje před návštěvou poskytovatele nebo před určitým zákrokem aktivně vyhledávat žebříčky poskytovatelů a porovnávat je z hlediska cen a kvalit. Problémem systému je cenová netransparentnost, která mnohdy vede k tomu, že pacient zjistí konečnou cenu zdravotnických služeb až ex post. Ta se má dle US Department of Health & Human Services (2019) zlepšit novými předpisy, jež byly schváleny Trumpovou administrativou. Nové předpisy mají např. zaručit, že budou všechny ceníky veřejně dostupné a že bude více nabízen tzv. all-inclusive poplatek<sup>31</sup>, který symbolizuje balíček celkové péče za určitou operaci se stálou cenou.

Jak uvádí Křížová (1998) celkově je americký standard, resp. nároky na kvalitu zdravotní péče, velmi vysoký<sup>32</sup>. Problémem jsou ovšem vysoké náklady, které jsou spojené s neuvěřitelně rychle rostoucí cenou zdravotních služeb. Baumol (2012) tento jev růstu ceny zdravotní péče a dalších personálních služeb (např. vzdělávání), jež několikanásobně převyšuje inflaci i růst ceny ostatních statků, označuje jako „cost disease“ (nákladová choroba). Ta souvisí s jejich nekorespondujícím růstem produktivity práce a bohužel mnohdy způsobuje pokles kvality. Tento fenomén vede ke stále větší nedosažitelnosti zdravotní péče pro některé občany a k rostoucím výdajům na veřejné programy. Problém reálně klesající kvality zdravotních služeb je navíc dle Beveridge a kol. (2016) akcentován stále převažujícím systémem výplaty lékařů za služby (fee-for-service), tedy finančním ohodnocením za kvantitu péče, nikoli za její kvalitu (value-based payments). Lékaři tak usilují o poskytnutí co největšího množství služeb,

---

<sup>30</sup> Healthcare Financial Management Association

<sup>31</sup> Title XVIII, sec. 1833 of the Social Security Act, [online]

[https://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title18/1833.htm#act-1833-i-5-a](https://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1833.htm#act-1833-i-5-a) (accessed 7.29.20)

<sup>32</sup> Spojené státy sice disponují nejlepšími medicínskými technologiemi, ale výše standardu je teritoriálně závislá, jak již bylo ostatně vícekrát zmíněno, a ne každý si může dovolit tuto špičkovou péči čerpat

zatímco racionálně uvažující pojištěnci se snaží limitovat riziko a ujišťují se, zda je služba, za kterou platí opravdu nutná. Tento stav střetu zájmů a celková informační nerovnováha mnohdy vede ke vzájemné nedůvěře lékaře a pacienta. Lékař se nezdá snažit o maximalizaci poskytnutých služeb, přestože jim zákon<sup>33</sup> ukládá povinnost poskytovat zdravotní péči ekonomicky pouze v rozsahu, v kterém je nutná a v kvalitě, která je na profesionální úrovni, naplňující standardy zdravotní péče.

V mezinárodním srovnání jsou na tom Spojené státy, co se týče kvality péče opravdu dobře. Ve schopnosti postarat se o lidi s infarktem myokardu, resp. v šanci lidí na jeho přežití se dle databáze OECD (2020) USA umístily nadprůměrně (10. z 36). Zatímco v léčbě rakoviny – konkrétně tedy v léčbě rakoviny prsu jsou téměř bezkonkurenční (2. z 33). Konkrétně je šance na vyléčení rovna 90,2 %.

### 8.1.3. Kontrola kvality

Zajištění společného standardu péče je ve Spojených státech přetrvávajícím problémem. Je tomu tak dle WHO (2017) i přes fakt, že je činnost lékařů a nemocnic regulována jak veřejnými agenturami na federální a státní úrovni, tak i národními nevládními organizacemi.

Na státní úrovni se zajišťuje licencování poskytovatelů. Licence slouží jako páka pro zajištění alespoň základních standardů, jelikož může být v případě nevyhovění těmto standardům odejmuta. Na federální úrovni CMS<sup>34</sup> na druhou stranu stanovuje kritéria úhrad poskytnutých služeb a kontroluje tak způsob úhrad a jejich cenu. Tímto se navíc zajišťuje minimální kvalitativní a bezpečnostní standard poskytovatelů. K regulaci nemocnic v USA dochází mimo jiné prostřednictvím certifikačních požadavků ze strany nevládní organizace Joint Commission, jejímž členem je více než 88 %<sup>35</sup> zdravotnických zařízení ve Spojených státech. Auditoři z Joint Commission neohlášeně podnikají v členských nemocnicích kontroly a prověřují, zda zařízení splňuje standardy organizace. V rámci těchto kontrol auditoři sledují péči poskytovanou pacientům, zkoumají dokumentaci a vyhodnocují kvalitativní opatření. Pokud nejsou standardy kvality naplněny, tak může být poskytovatel pokutován.

---

<sup>33</sup> Title XI, Sec. 1156 of the Social Security Act, [online] [https://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title11/1156.htm#act-1156-a-2](https://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title11/1156.htm#act-1156-a-2) (accessed 7.28.20)

<sup>34</sup> Centers for Medicare & Medicaid Services – institut vyplácející poskytovatele zdravotní péče z programů Medicaid a Medicare

<sup>35</sup> Joint Commission [online] <https://www.jointcommission.org/resources/news-and-multimedia/news/2019/11/the-joint-commission-recognizes-25-us-hospitals-and-health-systems-for-ecqm-advancements-in-2019-pro/> (accessed 7.29.20)

#### 8.1.4. Nadstandard zdravotní péče a jeho financování

Vzhledem k obtížnosti identifikovat standard zdravotní péče a z celkové decentralizace a dekoncentrace veřejné správy ve Spojených státech vyplývá i nesnadnost označit nějakou zdravotní péči za nadstandardní. Pokud bychom totiž považovali za nadstandardní takovou péči, za kterou si musí pacient připlatit, tak by pro každého pojištěnce znamenal nadstandard něco jiného.

Některé informace o nadstandardní péči a obvyklém pojistném krytí ovšem vystopovat lze. Vezmeme si znovu jako příklad oční operaci šedého zákalu. Oční klinika NVISION, která operuje v řadě západních měst, uvádí, že většina pojišťoven považuje operaci šedého zákalu za zdravotně nezbytnou a jejich pojistné plány kryjí alespoň část zákroku. Většina plánu pak přednostně kryje vstupní vyšetření, operaci, medikace, monofokální čočky a postoperační brýle. Pacient si samozřejmě může zvolit multifokální či jiný (lepší) typ čočky, ale musí její cenu z vlastní kapsy uhradit. Pojištěnec ovšem nepřichází o pojistné krytí operace či dalších souvisejících výkonů. Podobná situace nastává u veřejného programu Medicare, konkrétně v jeho části B, který dle Medicare.gov operaci kryje, pokud je prováděna tradičním chirurgickým způsobem nebo za použití laserů. Stejně jako v případě soukromého pojištění, pacient při zvolení nadstandardní multifokální či jiné čočky nepřijde o krytí zdravotního výkonu. Samotná multifokální čočka pak pacienta vyjde dle Segre (2020) kolem \$2,194<sup>36</sup> za čočku.

Jako další příklad můžeme uvést prenatální screening v prvním trimestru těhotenství, což je vyšetření, které určuje, zda u plodu dochází k nějaké genetické mutaci – typicky se zjišťuje výskyt Downova syndromu. Většina amerických pojišťoven dle Taponové (2010) tento typ vyšetření hradí, ale způsob testování, které je hrazeno, se rovněž liší. Krytí může být navíc omezeno i věkem nebo může být vázané na doporučení gynekologa.

Soukromé pojišťovny jsou povinny<sup>37</sup> druhy pojistných plánů označovat na základě cenných kovů – bronz, silver, gold a platinum. Již na první pohled je zřejmé, že bronzové plány vyžadují nejnižší pojistné, avšak kryjí nejmenší procento ze zdravotní péče (obvykle kolem 60 %), zatímco platinové plány jsou nejdražší, ale kryjí největší procento z péče (obvykle kolem 90 %). Doplatkům (tzv. coinsurance) se pojištěnci tedy nevyhnou v žádném z těchto případů. Všednost vysokých výdajů domácnosti na zdravotní péči a snaha o jejich kontrolu tak

---

<sup>36</sup> 48 680 Kč (kurz k 7.30.20)

<sup>37</sup> s přijetím Patient Protection and Affordable Care Act (2010)

nestaví diskuzi o standardu a nadstandardu do popředí. Připlacení si za vyšší komfort tvoří pouze kapku v moři netransparentnosti a vysoké nákladovosti zdravotní péče.

#### 8.1.5. Postoj populace ke zdravotnictví

Cena péče a její ztížená dostupnost nedělá z amerického zdravotnictví nijak zvlášť atraktivní systém. Z výzkumu West Health-Gallup (2019) plyne, že většina lidí (61 %) se systémem zdravotnictví není spokojena. Na druhou stranu však z výsledků vyplývá převažující spokojenost Američanů (64 %) v případně osobní zkušenosti se zdravotní péčí. Z toho lze usoudit, že ve Spojených státech převládá spíše kvalitní zdravotní péče. Výzkum však odhaluje i smutnou realitu – 45 % lidí se obává, že by v důsledku svých zdravotních problémů mohli zbankrotovat. Důsledkem obav z finančních potíží je skutečnost, že přibližně jeden ze čtyř Američanů zanedbává svoji zdravotní léčbu a riskuje tím i vážné zdravotní následky. Výsledky navíc potvrzují problém cenové netransparentnosti, jelikož 47 % dotázaných nemá v případě ambulantní péče dopředu představu o tom, kolik je bude zdravotní péče stát.

## 8.2. Spojené království

### 8.2.1. Právní standard péče a kvalitativní standardy

Dle McHalea (2003) byl dlouhodobě standard péče a jeho zanedbání posuzován na základě tzv. „Bolamova testu“. Test vycházel z případu *Bolam v. Friern Hospital Management Company*<sup>38</sup>, ve kterém bylo stanoveno, že „lékař není vinen zanedbáním péče, pokud jednal v souladu s praxí akceptovanou důvěryhodnou skupinou lékařů, jež jsou specialisté v oboru“. V praxi se tak případem zabývala skupina odborníků (*responsible body of medical men*), která na základě dostupných materiálů posuzovala, zda obžalovaný lékař jednal v rozporu se standardem péče (s obvyklou praxí) či nikoliv. Za standard byly považovány takové dovednosti a postupy, kterými disponuje a jež vykonává běžně kompetentní odborník pracující v onom oboru. Tento přístup měření oprávněnosti výkonu, resp. „ne-výkonu“ lékaře vydržel platný po dlouhou dobu. Koncem devadesátých let se nicméně začala projevovat určitá eroze neotřesitelné platnosti úsudku odborné skupiny a Bolamova testu vůbec. Samanta a Samanta (2003) uvádějí, že největším problémem testu je, že nerozlišuje mezitím „co se dělá“ a tím, „co by se dělat mělo“. Navíc je v podstatě v moci lékařů určovat standard péče, což nelze bez toho, aniž by byl standard stanoven objektivně, bez zdůraznění vlastních zájmů. Bolamův test je stále používán, avšak některá rozhodnutí se od něj odchyľují a používají se metody logické analýzy.

---

<sup>38</sup> [1957] 1 W.L.R. 582, 587

Koncept kvalitativních standardů (clinical guidelines) vznikl v roce 1999 společně s Národním institutem pro zdraví a kvalitu péče (National Institute for Health and Care Excellence, dále jen NICE) a první směrnice (týkající se schizofrenie) byla vydána v roce 2002<sup>39</sup>. Stejně jako ve většině zemí i ve Spojeném království fungují tyto směrnice jako doporučení pro postup lékaře a proces léčby v případě konkrétních zdravotních potíží. Směrnice nejsou právně závazné, nicméně představují důležitá vodítka pro lékaře a rovněž fungují jako měřítko standardu péče v soudních sporech. Zákon<sup>40</sup> nebere kvalitativní standardy na lehkou váhu a udává, že při zajišťování zdravotních služeb na ně ministerstvo musí brát ohled.

### 8.2.2. Úhradový standard

Ve Spojeném království rovněž není v legislativě stanovena přímá definice standardu péče. Dle Beswicka (2007) se nicméně zdá, že zákon předpokládá určitý minimální standard péče, pod který by se poskytovatelé zdravotní péče neměli dostat, nehledě na to, jak moc podfinancování poskytovatelé mnohdy jsou. Tento minimální standard je určen kvalitou zdravotních služeb, na které má NHS (*National Health Service*) povinnost<sup>41</sup> neustále pracovat a zlepšovat ji. Kvalita je v tomto definována třemi dimenzemi: bezpečností, klinickou efektivností a zkušeností pacienta. Pacient má zároveň dle Department of Health & Social Care (2015) nárok na zacházení odpovídající profesním standardům péče a péči od náležitě kvalifikovaného personálu, v náležitě registrovaných zařízeních, jež dosahují požadované úrovně bezpečnosti a kvality. Kvalita je dále určena regionálními institucionálními standardy a dohledem. Například v Anglii je institucí, která se stará o to, aby měly zdravotní a sociální službu určitý standard, Komise kvality péče (*Care Quality Commission*). Ta uvádí katalog zásad (standardů) (2017), jichž by se měli poskytovatelé držet a na jejichž dodržování mají pacienti právo. Mezi tyto standardy patří: péče zaměřená na člověka a jeho individuální potřeby, důstojnost a respekt, vědomý souhlas s péčí (pokud je možný), bezpečnost péče a další. Skotská legislativa<sup>42</sup> několik z těchto standardů řadí přímo k právům pacientů a přidává např. právo pacienta participovat v nejvíce možném rozsahu na rozhodování o péči a nárok na optimální péči zohledňující přínos pro zdraví a celkovou pohodu (wellbeing) pacienta. Například ve Skotsku je pak institucí, která zastává obdobné funkce jako komise, Úřad zajištění péče (*Care Inspectorate*).

---

<sup>39</sup> NICE. History of NICE [online] <https://www.nice.org.uk/about/who-we-are/history-of-nice> (accessed 8.5.20)

<sup>40</sup> Health and Social Care Act 2012, § 2 odst. 4 [online] <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/section/2> (accessed 8.5.20)

<sup>41</sup> Health and Social Care Act 2012, § 2 [online] <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/section/2> (accessed 8.6.20)

<sup>42</sup> Patient Rights (Scotland) Act 2011, § 3

V mezinárodním srovnání kvality zdravotní péče si dle analýzy Kossarova a kol. (2015) vede Spojené království dobře. Z dlouhodobého hlediska se ve většině zkoumaných indikátorů (až na dva) zlepšuje. Ve 14 případech (z 27) se nicméně ocitlo pod průměrem zemí OECD. Na druhou stranu je země velice nadprůměrná např. ve vakcinaci a imunizaci proti chřipce, což může být v dnešní době docela výhodou. Podrobnější statistické údaje můžeme nalézt v databázi OECD (2020). Z nich vyplývá, že úmrtnost lidí po infarktu myokardu je 7 %, čímž se Spojené království umístilo kolem průměru (17. z 36). Ambulantní pohotovostní péči tedy lze shledat za uspokojující. Co se úspěšnosti léčby rakoviny týče, tak se Británie umístila v celku podprůměrně (21. z 33). A to s 85,6 % nadějí na dožití pacientek s rakovinou prsu.

Co se týče rozsahu poskytovaných služeb, tak Spojené království nemá v legislativě definován jejich přesný výčet. Ministerstvo je nicméně povinno zajistit vyčerpávající objem služeb, a to s ohledem na regionální dostupnost. V praxi NHS dle serveru commonwealthfund poskytuje nebo platí za většinu zdravotní péče<sup>43</sup>. Konkrétní rozsah se ovšem určuje na lokální úrovni na základě rozhodnutí CCGs (*Clinical Commissioning Groups*). Možnost využívat např. alternativní medicínu je tedy závislá na přístupu a otevřenosti CCGs ke konkrétní léčbě. V některých případech jsou vyžadovány doplatky, ale obvykle je péče v momentě čerpání zdarma. CCGs mají navíc v moci<sup>44</sup> zřídit jakoukoliv zdravotní službu, která slouží k zajištění psychického a duševního zdraví pacienta nebo má preventivní, diagnostický a léčebný charakter. Dle Wenzla a kol. (2015) může toto lokální nastavování priorit vést ke snížení nerovností v regionu, ale na národní úrovni může naopak nerovnosti prohlubovat. K tomu, jestli to tak opravdu je by bylo ovšem potřeba více kvantitativních dat.

### 8.2.3. Kontrola kvality

Dle NHS Improvement (2018b) musí být všichni poskytovatelé zdravotní péče licencováni. Poskytovatelé pod záštitou NHS mají nicméně jinak postavené licenční nároky a jsou rozdílně regulováni oproti nezávislým poskytovatelům. NHS Improvement (jež funguje jako jedna z kontrol poskytovatelů označovaná jako „monitor“) kontroluje u všech poskytovatelů kvalitu, provozní výkon (efektivitu), financování, alokaci zdrojů, strategické plánování zařízení a celkový leadership. Poskytovatelé mají rovněž povinnost registrovat se u Komise kvality péče zmíněné výše a následovat jejich standardy. Dle WHO (2017b) mezi další

---

<sup>43</sup> preventivní péče, ambulantní a hospitalizační nemocniční péče, lékařské služby, mateřská péče, léky při ambulanci a hospitalizaci, klinicky nutná dentální péče, oční péče (v určitém rozsahu), paliativní péče, péče o duševní zdraví, dlouhodobá péče (v určitém rozsahu), rehabilitace a psychoterapie, domácí péče, zdravotní pomůcky

<sup>44</sup> Health and Social Care Act 2012, § 14 odst. 1 [online]  
<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/section/14> (accessed 8.10.20)

kontrolní jednotky patří Výbor pro audit (*Audit Commission*), Národní úřad auditu (*National Audit Office*) a Národní agentura pro bezpečnost pacientů (*National Patient Safety Agency*).

Poskytovatelé jsou navíc dle NHS Confederation (2018a) povinni, každoročně zveřejňovat zprávu o kvalitě svých služeb a jejich zlepšování (quality account). Kvalita služeb je v tomto ohledu měřena s ohledem na bezpečnost, efektivitu jejich poskytování a zpětnou vazbu od pacientů.

#### 8.2.4. Nadstandard a jeho financování

Jak uvádí Department of Health & Social Care (2009), vzhledem k povaze systému musí ve Spojeném království existovat jasná separace privátní péče a péče NHS. Je totiž nutné zajistit, aby nedocházelo k dotování privátní péče z veřejných zdrojů. Z tohoto důvodu musí být oddělení zřetelné a pokud možno, tak by měla privátní péče probíhat v jinou dobu a na jiném místě, než pacient čerpá péči NHS. Jak již bylo zmíněno v kapitole 4.2.2, tak na jedinou péči, na jejíž část pacient v NHS někdy doplácí, je dentální a oční péče, léky a paruky či jiné doplňky. Od doplatků jsou přitom osvobozeny určité skupiny obyvatel (v rámci tzv. safety nets). Jedná se především o děti, seniory a chudé občany. Zbytek zdravotní péče, jež není součástí NHS (je vykonávána jiným než NHS subjektem), lze tedy považovat za nadstandardní – soukromou (additional private care).

Řada nadstandardních služeb může být kryta buď z vlastní kapsy nebo z privátního zdravotního připojištění. Pojišťovny v tomto ohledu nabízejí např. telefonní poradenství, ubytování pro rodiče, kteří chtějí zůstat se svým dítětem v nemocnici, přepravu privátní sanitkou, nadstandardní nedoplatkovou dentální péči, konzultace, které nejsou součástí služeb NHS a další benefity spojené s privátní péčí. Ve Spojeném království navíc existují nemocnice či kliniky, které fungují na privátním principu a poskytují soukromé služby. Některé veřejné nemocnice, které jsou součástí NHS, dokonce disponují „privátním křídlem“, jež nabízí soukromou péči, aby mohlo docházet k oné separaci zmíněné v předešlém odstavci. Výhodou soukromé péče je především možnost dosáhnout na služby, které v systému NHS nemusejí být kryty a šance na rychlejší přístup k péči.

Zaměříme se znovu na příklad operace šedého zákalu. Dle NHS Confederation (2017b) je v případě, že je operace doporučena lékařem, univerzálně kryta monofokální čočka. To v praxi znamená, že šedý zákal musí již významně ovlivňovat kvalitu zraku a života pacienta. Pokud si pacient zvolí nadstandardní službu v podobě multifokální čočky (nebo pokud si přeje operaci provést dříve), tak dle Department of Health & Social Care (2009) musí doplácet čočku společně s operací. Je tomu tak z toho důvodu, že nelze separovat prvek privátní péče (lepší



čočky) a samotné operace. Pacient tak musí podstoupit celkovou privátní operaci, v jejímž rámci dle Watforda (2020) zaplatí kolem £3456<sup>45</sup> za oko (cena se obvykle uvádí jako komplexní balíček). Operace samotná přitom dle Coopera a kol. (2015) tvoří kolem £863<sup>46</sup> z této částky.

#### 8.2.5. Postoj veřejnosti ke zdravotnictví

Jak již bylo zmíněno dříve, Britové vesměs považují svůj zdravotnický systém za výjimečný. Ze 60 % lidí, kteří jsou dle Applebyho a kol. (2020) s NHS spokojeni vyzdvihuje většina z nich (68 %) kvalitu systému, dále převažuje spokojenost s tím, že jsou zdravotní služby v okamžiku čerpání zdarma (60 %) a téměř polovina z nich (49 %) považuje za přednost rozsah poskytovaných služeb. Za hlavní důvody vedoucí k nespokojenosti s NHS byl označen nedostatek personálu (62 %), doby čekání (57 %) a nedostatečný přísun kapitálu do zdravotnictví (49 %). Více jak ¾ lidí uvedlo, že se systém nachází ve finančních problémech a na otázku, zda se za posledních pět let standard zdravotní péče zlepšil či zhoršil, odpovědělo 21 % lidí, že se zlepšil, zatímco 36 %, že se naopak zhoršil.

### 8.3. Německo

#### 8.3.1. Právní standard a kvalitativní standardy

Medicína založená na důkazech, dala v roce 1995 vzniknout léčebným standardům (Leitlinien), které se dají připodobnit k CPGs. Dle AWMF<sup>47</sup>, která má tvorbu těchto standardů na starosti, je lze chápat jako jisté záchytné principy, které mají lékařům pomoci najít řešení specifických zdravotních problémů.

Nedbalost lékaře je v Německu dle Ärztekammer Berlin<sup>48</sup> (2013) řešena na základě občansko-právního principu. Pacient v takovém případě musí dokázat, že mu vznikla újma, že se lékař dopustil chyby a že existuje příčinná kauzalita mezi těmito dvěma jevy. Muselo jít zároveň o riziko, které bylo pod plnou kontrolou lékaře či zdravotníka. Výsledek řízení tak závisí především na průkaznosti zanedbání péče. Ratajczak a Schwarz-Schilling (1997) uvádějí, že medicínský standard lze označit za „vzor“ (Typus), takže je možné ho mimo jiné srovnávat se standardem jednání, tedy v podstatě s léčebnými standardy. Dodávají, že efektivnost lékařského jednání a jeho kvalita ovšem zásadně závisí na personálních a materiálních zdrojích, které má k dispozici. Dostupnost těchto zdrojů je ovšem politicky determinována. Nejvyšší soud v rozhodnutí z roku 2014<sup>49</sup> nicméně uvedl na pravou míru, že léčebné standardy, přestože

---

<sup>45</sup> 100 846 Kč (kurz k 8.10.20)

<sup>46</sup> 25 182 Kč (kurz k 8.10.20)

<sup>47</sup> Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Asociace vědecko-medicínských profesních organizací)

<sup>48</sup> Berlínská Lékařská komora

<sup>49</sup> Bundesgerichtshof. Urteil vom 15. April 2014 - VI ZR 382/12 [online] <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=67688&pos=0&anz=1> (accessed 8.2.20)

jsou vydávané odbornými grémii, nesmějí být automaticky stavěny na stejnou úroveň s medicínským standardem. Mohou sice v jednotlivých případech posloužit například pro řešení určitých dilemat, ale je třeba brát v úvahu jejich omezenost a sledovat jejich aktuálnost.

### 8.3.2. Úhradový standard a kvalita péče

Jak jsme si již ukázali v kapitole **Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.**, tak standard zdravotní péče není v německém právu výslovně definován. Lze nicméně nalézt několik odstavců, které standard péče podmiňují. Jedná se např. o SGB V<sup>50</sup>, § 2 odst. 1, kde stojí, že „*kvalita a účinnost (zdravotních) služeb musí odpovídat obecně uznávanému stavu lékařských znalostí a zohledňovat medicínský pokrok*“. Zákon SGB V, § 70 odst. 1 zase předepisuje pojišťovněm a poskytovatelům zdravotní péče povinnost zajistit pojištěncům individuální péči, která musí být v souladu s vědeckým poznáním. Péče musí být na jednu stranu dostatečná, ale na druhou stranu přiměřená, nepřesahující to, co je nezbytné.

Kvalita zdravotní péče je v mezinárodním srovnání v některých ohledech nadprůměrná, ale v jiných zase podprůměrná. Dle rešerše Busse a Blümelové (2014) je na tom Německo velmi dobře z hlediska materiálních a personálních kapacit zdravotnických zařízení. Analýza Lauerer a kol. (2013) taktéž vyzdvihuje strukturální kvalitu zdravotnictví a uvádí, že je zdravotní péče čerpána celkem ve velké míře, jelikož její omezení představují pouze doplatky (viz kapitola 4.3.2), které nejsou příliš vysoké<sup>51</sup>. Co se týče úspěšnosti v léčbě nemocí a kvality ambulantní pohotovostní péče, tak je na tom Německo v porovnání s ostatními státy obvykle průměrně až podprůměrně. Dle statistik OECD (2020) je úmrtnost lidí po infarktu myokardu 8,5 %, čímž se Německo řadí pod průměr (21. z 36) zemí OECD. Co se týče úspěšnosti v léčení rakoviny, tak se Německo umístilo znovu pod průměrem (19. z 33). Konkrétně se v Německu podaří vyléčit 86 % pacientek s rakovinou prsu.

Co se kvantitativního standardu týče, tak jistý rámec zdravotních služeb, na které má pojištěnec nárok, lze v zákoně<sup>52</sup> nalézt. Nejedná se ovšem o taxativní výčet, ale spíše o konstrukci základních kategorií zdravotní péče. Konkrétně mají pojištěnci nárok na lékařskou a psychologickou léčbu, zubní ošetření, domácí péči, porodní a mateřskou péči, hospitalizační péči a na služby medicínské rehabilitace. Dle Bundesministerium für Gesundheit (2016) je podrobnější úprava nárokovatelných zdravotních služeb upravena Federálním

---

<sup>50</sup> SGB (Sozialgesetzbuch) Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung 1988 [online] [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/) (accessed 7.31.20)

<sup>51</sup> přesto tyto doplatky představují určitou bariéru pro lidi s nízkými příjmy

<sup>52</sup> SGB V 1988, § 27 [online] [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/BJNR024820988.html#BJNR024820988BJNG001100328](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/BJNR024820988.html#BJNR024820988BJNG001100328) (accessed 8.1.20)

spolkovým výborem (*Gemeinsamer Bundesausschuss*), a to na základě samosprávného principu. Výbor mimo jiné vydává závazné směrnice (*Richtlinien*), které jsou pro nemocnice, pojišťovny, poskytovatele, ale i pojištěnce, právně závazné. Porušení těchto směrnic dle Schulenberga (2015) zároveň znamená porušení standardu péče, pokud ovšem pro takové porušení neexistovalo zřetelné medicínského opodstatnění. Směrnice mimo jiné upravují minimální požadavky na proces, strukturu a kvalitu výkonů, čímž určují obsah a kvalitu zdravotní péče. Díky tomuto předpokladu více jak 90 % pojišťoven poskytuje identické penzum služeb. Dle portálu *kranken-kassen-direkt* pak zahrnují poskytované služby vše od dopravních nákladů až po akupunkturu.

V nemocnicích jsou dle zákona<sup>53</sup> poskytovány tzv. všeobecné nemocniční služby (*allgemeine Krankenhausleistungen*), jimiž jsou myšleny takové služby, které jsou nezbytné pro lékařsky přiměřenou péči o pacienta v závislosti na typu a závažnosti onemocnění. Tyto služby dle nálezů Ústavního soudu Pl. ÚS 36/11 ze dne 20.6. 2013<sup>54</sup> zahrnují obvyklou péči o nemocné, chirurgické operace, pobyt v nemocnici, stravu a jiné běžné nemocniční výkony.

### 8.3.3. Kontrola kvality

Kvalita zdravotní péče je v Německu prioritou, která je (kromě směrnic Výboru) legislativně<sup>55</sup> zajištěna vysokým počtem kontrolních a ochranných opatření. Obecně jsou poskytovatelé zdravotní péče povinni zajistit kvalitu a rozvoj jimi poskytovaných zdravotních služeb. Jedním z kanálů zajištění kvality zdravotní péče jsou namátkové kontroly ze strany Sdružení zdravotních pojišťoven (*Kassenärztlichen Vereinigungen*), které operují v jednotlivých spolkových zemích a sdružuje je Spolkové sdružení zdravotních pojišťoven (*Kassenärztlichen Bundesvereinigung*). Zajištění nezávislosti lékařského rozhodnutí a kvality péče v nemocnicích je zase podporováno činností Německé asociace nemocnic (*Deutsche Krankenhausgesellschaft*). Výbor navíc zřizuje Institut pro kvalitu a hospodárnost ve zdravotnictví (*Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*) a Institut pro zajištění kvality a transparentnosti ve zdravotnictví (*Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen*), které kromě kvality dbají na transparentnost a efektivní vynakládání zdrojů ve zdravotnictví.

---

<sup>53</sup> Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) 2002, § 2 [online] <https://www.gesetze-im-internet.de/khentgg/BJNR142200002.html> (accessed 8.3.20)

<sup>54</sup> ÚS mimo jiné v rámci přezkumu zjišťoval, jak funguje nadstandardní péče v sousedních zemích ČR

<sup>55</sup> SGB V 1998, § 135 až 139e [online] [https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb\\_5/BJNR024820988.html#BJNR024820988BJNG003800328\\_](https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/BJNR024820988.html#BJNR024820988BJNG003800328_) (accessed 8.1.20)

Kromě výše zmíněných institucionálních pojistek jsou dle Brauna a kol. (2016) nemocnice od roku 2005 povinny, pravidelně sepisovat zprávy o kvalitě zařízení. Veřejnost tak má na jednu stranu možnost sledovat kvalitu nemocnic a poskytovatelé jsou na druhou stranu motivováni kvalitou zařízení zlepšovat. Dle autorů není pochyb o tom, že má kvalita lékařské péče v Německu velký význam a že existuje politická vůle tuto kvalitu nadále zlepšovat.

#### 8.3.4. Nadstandard a jeho financování

Mnoho pojišťoven nabízí kromě klasického standardu zdravotních služeb také nadstandardní služby (Zusatzleistungen). Se zahrnutím nadstandardních služeb do pojistného plánu se samozřejmě zvyšuje odváděné pojistné. Dle portálu Krankenkassen-Zentrale (2020) mnoho pojišťoven nabízí např. telefonické poradenství týkající se jak pojištění samotného, tak i medicínských otázek. Dále všelijaké bonusové programy, očkování do zahraničí, nadstandardní vyšetření během těhotenství, homeopatickou a alternativní léčbu, volitelné nemocniční služby (viz níže), ale i možnost objednat se ke specialistovi bez dlouhých čekacích lhůt. Především kvůli poslední zmíněné nadstandardní službě, která finančně motivuje ambulantní lékaře, aby upřednostňovali privátní pojištěnce, se v Německu mnohdy mluví o dvoukolejné medicíně.

Kromě všeobecných nemocničních služeb mohou dle zákona<sup>56</sup> nemocnice poskytovat služby volitelné (Wahlleistungen). Poplatky<sup>57</sup> za tyto nadstandardní služby ovšem nesmí být nepřiměřené a Německá asociace nemocnic a Asociace soukromého zdravotního pojištění (*Verband der privaten Krankenversicherung*) mohou vydávat doporučení pro výměru těchto služeb. Služby musí být dohodnuty předem a pacient musí být písemně informován o jejich ceně a obsahu. Dle Staufera (2018) může volitelná služba představovat větší pohodlí, co se týče ubytování (např. jednolůžkový pokoj, pokoj s telefonem či televizí ad.), ale i možnost nadstandardní zdravotní péče v podobě alternativní léčby či masáže. Pacienti si za příplatek mohou dokonce zvolit lékaře vykonávajícího léčbu (operaci), a to včetně primáře.

Pro uvedení příkladu nadstandardní zdravotní péče v Německu se opět obrátíme k operaci šedého zákalu. Dle IQWiG<sup>58</sup> (2019) veřejné pojišťovny přebírají náklady na operaci, standardní (monofokální) čočky a sadu vyšetření. Multifokální čočky nebo laserová operace se tak řadí k nadstandardním výkonům a pacient je musí hradit sám nebo jsou hrazeny z privátního pojištění. Při zvolení nadstandardní péče pacient nepřichází o krytí standardních výkonů a hradí

---

<sup>56</sup> Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) 2002, § 17

<sup>57</sup> veřejné zdravotní pojištění tyto služby nekryje a pacient je musí hradit z vlastní kapsy

<sup>58</sup> Institut pro kvalitu a hospodárnost ve zdravotnictví

tak pouze rozdíl standardu a nadstandardu. Cena multifokální čočky se pohybuje v rozmezí 1800 € a 2500 € (Ø 2150 €<sup>59</sup>) za oko.

#### 8.3.5. Postoj veřejnosti ke zdravotnictví

Dle agentury PwC (2019) více než polovina obyvatel (55 %) řadí německý systém zdravotnictví mezi tři nejlepší na světě. Víru v německé zdravotnictví potvrzuje i převažující spokojenost s klinickou péčí (za velmi dobrou a dobrou ji považuje 52 % lidí, za průměrnou pak 37 %). S lékařskou péčí ovšem nebyly spokojeny 2/3 respondentů, a to především z důvodu nedostatku času, které jim lékař věnoval (40 %). Zajímavý, avšak vzhledem ke skutečnostem výše zmíněným očekávatelný, rozdíl, lze v této odpovědi nalézt mezi privátními a veřejnými pojištěnci (nespokojenost s nedostatkem pozornosti označili za problém spíše veřejní pojištěnci).

---

<sup>59</sup> 56 480 Kč (kurz k 8.3.20)

## 9. Závěrečná komparace

V předešlých kapitolách jsme položili teoretické základy následnému kvalitativnímu výzkumu. Ve výzkumu bylo porovnáváno několik základních prvků. Mezi tyto prvky patřilo i) právní standard péče, ii) úhradový standard, iii) kontrola kvality, iv) nadstandard zdravotní péče, v) cena nadstandardní služby a vi) spokojenost veřejnosti se systémem. Některé kapitoly byly nadto rozšířeny o doplňující informace, aby byl vykreslen celkový obrázek pojetí standardu a nadstandardu v zemi. Nyní se pokusíme získané údaje porovnat a zhodnotit. Pro přehlednost byla zvolena tabulková metoda (viz Tabulka 2).

Tabulka 2 Závěrečná komparace

	ČR	USA	UK	Německo
<i>Právní standard péče</i>	Náležitá odborná úroveň, posudek odborné nezávislé skupiny	„To, co by minimálně kvalifikovaný lékař stejného oboru udělal ve stejné situaci se stejnými zdroji“	Bolamův test (posudek odborné nezávislé skupiny)	Typus – vzor, vliv léčebných standardů
<i>Úhradový standard</i>	Není konkrétně určen, pouze výčet krytých služeb	Není určen z povahy systému	Samosprávný princip (CCGs)	Samosprávný princip, všeobecné nemocniční služby
<i>Kontrola kvality</i>	Kontroly, akreditace, zprávy o kvalitě	Regulace, licence, certifikace; problém diferenciací regionálního standardu	Licence, registrace, zprávy o kvalitě	Kontroly, akreditace, zprávy o kvalitě
<i>Nadstandard</i>	Jeho poskytování se liší v závislosti na zařízení	Nelze určit, závisí na pojistném plánu, dodatkové služby pojištěn	Neslučitelnost privátní péče s péčí NHS, dodatkové služby pojištěn	Volitelné nemocniční služby, dodatkové služby pojištěn
<i>Cena nadstandardu*</i>	17 500 Kč	48 680 Kč	75 664 Kč	56 480 Kč
<i>Konečná cena nadstandardu pro pacienta**</i>	25 500 Kč	48 680 Kč + \$\$\$	100 846 Kč	56 480 Kč
<i>Spokojenost veřejnosti se systémem</i>	44 %	39 %	66 %	55 %

\*cena multifokální čočky; \*\*předpoklad veřejného pojištění (pokud v zemi existuje)

Zdroj: vlastní zpracování

### 11.1. Hodnocení proměnných

Jak je patrné z Tabulky 2, každý ze zkoumaných států má nějak ošetřen způsob řešení sporů mezi pacientem a poskytovatelem péče. „Právní“ standard péče má v tomto ohledu nenahraditelné postavení, a ač jako takový není v žádné ze zemí definován, tak vždy existuje určitá alternativa, podle které je standard posuzován. V každém případě je ve všech zemích zásadní opora v medicíně založená na důkazech a kvalitativních (profesních) standardech. V České republice je určující povinnost lékařů pracovat s náležitou odbornou úrovní a posouzení řádnosti lékařova výkonu závisí na vyjádření odborné nezávislé skupiny. Podobný přístup volí Británie, kde je rovněž na základě tzv. Bolamova testu zásadní postoj odborné veřejnosti. Ve Spojených státech je za právní standard považováno „*to, co by co by minimálně kvalifikovaný lékař stejného oboru udělal ve stejné situaci se stejnými zdroji*“. Právní standard tak netlačí poskytovatele péče k bezchybnosti, ale pouze k profesní opatrnosti a pohotovosti. V Německu je zase zásadní průkaznost zanedbání péče, opominutí léčebných standardů a reálné materiální a personální zdroje poskytovatele péče.

V případě zakotvení standardu péče symbolizovaného garancí určitého objemu služeb lze rozlišit dva základní přístupy. První přístup, který lze vystopovat ve Spojených státech, se opírá převážně o tržní princip a nechává rozsah krytých služeb na konkurenci mezi samotnými pojišťovny. Stát pouze nastavuje hranice určitého minima a ovlivňuje rozsah péče poskytované v rámci veřejných programů. Druhou linii představují státy s převahou veřejného zdravotnictví, v našem případě tedy Česká republika, Spojené království a Německo. V těchto zemích je rozsah nárokovatelných služeb zaručen legislativně. V případě UK a Německa je v zákoně stanoven určitý okruh služeb a konkrétnější podoba je definována na základě samosprávného principu. V ČR je oproti tomu tento výčet služeb úplný a regionálně univerzální.

Jedinou ze zkoumaných zemí, kde můžeme nalézt institut, který lze považovat za úhradový standard zdravotní péče je Německo. Tímto institutem máme na mysli všeobecné nemocniční služby, které představují „zlatý standard péče“ v nemocnicích. Unikátní doložkou je i aktivní kontrola Společenského federálního výboru, který zajišťuje, aby byl katalog krytých služeb dostatečný. Doplnujícím institutem k všeobecným nemocničním službám jsou služby volitelné. Ty představují pro pacienty možnost zvolit nadstandardní službu, která může uspokojit jejich aktuální potřebu nebo jim zajistit vyšší komfort, ale nepředstavují zásadní obrat ve výsledku léčby. Volitelné nemocniční služby lze označit za nadstandard zdravotní péče. Jejich plátcem je buď pacient sám, nebo jeho privátní pojištění. Pojišťovny totiž mnohdy nabízí

různé bonusové balíčky, které pojištěncům umožňují čerpat výhody nadstandardní péče, dodatkové služby pojišťoven nebo dokonce rychlejší přístup k péči. Nevýhodou tohoto modelu je občas se vyskytující tendence poskytovatelů preferovat privátní pojištěnce, což ve výsledku může vést ke dvoukolejnosti medicíny. Ta se ovšem projevuje převážně ve zkrácení čekací doby privátního pojištěnce na přístup ke zdravotní péči a (snad) nevede ke dvojí kvalitě zdravotní péče. Nejpalčivějším problémem se tudíž zdá být prémiová služba rychlejšího přístupu k péči.

Spojené království se zase může chlubit jedním ze základních principů NHS, kterým je čerpání péče podle potřeby, nikoliv podle finančních možností. Toto heslo sice akcentuje ekvitu systému, avšak v zásadě napovídá, že není nakloněn nadstandardní zdravotní péči. Ani nemocniční standard péče, jako je v Německu, v UK nenajdeme, nicméně se za standard dá považovat takový rozsah péče, jaký poskytuje NHS. Nadstandardní péči v systému NHS totiž poskytovat nelze a pacient si za ní musí dojít do zařízení, které není financováno z prostředků NHS. Tento fakt způsobuje, že se ve finále cena nadstandardu prodraží, jelikož musí pacient uhradit jeho plnou cenu.

Ve Spojených státech je situace s nadstandardem zdravotní péče ještě složitější, jelikož samotná povaha systému, který stojí převážně na tržním principu (tedy na konkurenci mezi pojišťovnami o to, kdo nabídne výhodnější a „nasycenější“ pojistný plán), znemožňuje vymezení nadstandardní zdravotní péče. Pro každého pacienta by tak mohlo být za „nadstandard“ považováno něco jiného. Přestože je vláda do fungování zdravotnických služeb intenzivně zapojena, přestože jsou do zdravotnictví investovány neuvěřitelné objemy kapitálu, přestože se americká medicína řadí ke světové špičce, potýká se zdravotnictví Spojených států s řadou inherentních problémů. Je otázkou, zda by např. zavedení institutu standardu bezplatné zdravotní péče nebylo možným řešením nebo aspoň určitým posunem k principu nezadatelného lidského práva na přístup ke zdravotní péči, kterého se v USA bohužel nedostává. Zodpovězení této otázky by ovšem vyžadovalo hlubší odbornou analýzu.

I přes fakt, že závisí nadstandard zdravotní péče v USA na pojistném plánu pacienta, jsme jako model použili veřejné zdravotní programy, které přeci jen zajišťují značnou část populace. Na příkladu operace šedého zákalu bylo zjištěno, že nadstandardní zdravotní péči v podobě multifokální čočky v USA poskytnou bez nutnosti hradit samotnou operaci. Pacient by tak měl teoreticky uhradit pouze cenu čočky, avšak vzhledem k obvyklému průběhu výkonu se očekává, že pacient bude hradit i další věci (například vyšetření atd.). Cena nadstandardu se tak může vyšplhat mnohem výše.



Ve Spojeném království si pacient sáhne do kapsy ještě hlouběji, jelikož je nucen uhradit kompletní výkon. Cena za jedno oko se tak může vyšplhat až na 100 tisíc korun. UK se tak v našem vzorku řadí k nejdražším pro čerpání nadstandardní péče. Princip financování z daní, a tudíž možnost čerpat „standardní“ zdravotní péči v podstatě zdarma, činí z nutnosti připlatit si za péči nadstandardní větší obnos pravděpodobně menší překážku, než pokud by byl systém financován pacientem přímo. Tento úsudek je podložen i faktem, že se UK umístilo na prvním místě v celkové spokojenosti obyvatel se systémem zdravotnictví. Takovéto nastavení nadstandardní zdravotní péče ovšem způsobuje, že na ni může dosáhnout ještě méně lidí a v závěru podkopává toliko glorifikovaný princip ekvity.

Německo naproti tomu zvolilo přístup, který umožňuje čerpání nadstandardní zdravotní péče simultánně s péčí standardní. Pacienta tak v našem případě uhradí pouze cenu multifokální čočky a zbytek standardního výkonu je hrazen ze zdravotního pojištění. Tento přístup zdá se být pro pojištěnce nejvýhodnější.

### 11.2. Implikace pro Českou republiku

V ČR se již jednou povedlo oddělení standardní a nadstandardní zdravotní péče prosadit, avšak její legislativní separace nebyla vyhovující a Ústavní soud tento institut zrušil. Soud nicméně nic nenamítal proti samotné nadstandardní péči, nýbrž kritizoval princip zakotvení standardu pouze ve vyhláškách ministerstva zdravotnictví, a nikoliv v zákoně. Rozhodnutí ÚS ovšem vedlo ke zmatení poskytovatelů péče, kteří se již adaptovali na novou zákonnou úpravu, a způsobilo chaos v zařízeních, jež se rozhodli k situaci postavit různě.

Přestože cena nadstandardní péče není tak vysoká jako ve zkoumaných zemích, nemožnost nechat si část výkonu proplatit zdravotní pojišťovnou dělá nadstandard nedostupný pro větší část obyvatel, než pokud by to možné bylo. Paradoxem je, že v současné době je čerpání nadstandardní zdravotní péče legislativně nastaveno podobně jako ve Spojeném království, kde pacient dosáhne povětšinou na podobný rozsah služeb jako v ČR, ale zároveň není povinen odvádět pojistné na zdravotní pojištění. V UK je bariérou přeměny systému nadstandardů samotné dotování zdravotnictví z veřejných zdrojů, které si žádá určité limity a kontrolu, jež musí zajistit tok veřejného kapitálu. V ČR, jak to vypadá, je největší překážkou samotné prosazení reformy a sestavení takových argumentů, které přesvědčí veřejnost i levicové politiky.

Jednou z otázek je, zda společně s nadstandardy neotevřít i otázku privátního zdravotního pojištění. Pojištění by mohlo fungovat jako nadstavba, která by kryla nadstandardní výkony, nebo by mohla existovat reálná možnost se z veřejného pojištění vyvázat a privátním

pojištěním jej nahradit, čímž by vznikl duální systém, tak jak je tomu v Německu. V systému, kde je možnost využít privátní pojišťovny, lze těžit z výhod hospodářské soutěže, která ve větším měřítku v českém zdravotním pojištění chybí. Soukromé pojišťovny by si například mohly dovolit pojištěnce odměňovat v závislosti na tom, jak se starají o své zdraví a motivovat je tím ke zlepšení svého životního stylu. Taková motivace je klíčovým prvkem v zajištění zdravé populace a udržitelného systému, jelikož vede ve svém důsledku ke snížení poptávky po zdravotní péči.

Někdo by mohl namítnout, že zavedení nadstandardu nebo privátního pojištění by mohlo vést k hojně skloňované dvoukolejné medicíně. Neexistence úpravy nadstandardní péče a ponechání jejího poskytování v režii poskytovatelů nicméně sama o sobě vede k úplatkářství a klientelismu, což dvoukolejnou medicínu naopak podmiňuje. Pokud by ovšem byla nadstandardní péče legislativně zakotvena a na jejím poskytování by lékaři nebyli finančně zainteresováni, tak by se tyto praktiky mohly teoreticky proměnit v transparentní systém čerpání prémiové péče.

Nejsložitější otázkou je ovšem určení standardu zdravotní péče – tedy takové úrovně péče, která by byla dostupná všem. Základními kritérii pro jeho stanovení je přitom dostatečnost, nákladová optimálnost a účinnost péče. Standardem by tudíž měla být taková péče, kterou je plně dosaženo léčebného účelu, ale s přiměřeností a ohledem na nákladovou efektivitu. Standard by mohl sledovat standardy léčebné, tedy takové doporučení, která jsou tvořena odbornými gremii v dialogu s veřejností a poskytovateli. Problémem je ovšem neustálá proměna vědeckého poznání, a tedy nutnost pravidelně dynamickou část standardu aktualizovat. Komplikace navíc způsobuje propast mezi ideální a reálnou medicínou, tedy časová prodleva mezi výsledky vědy a jejich aplikací. Tento fenomén mnohdy způsobuje, že sice existují nové způsoby léčby, ale nedostatečná průkaznost (nebo dlouhotrvající testování) zabraňuje jejich standardizaci.

Zdraví je skutečně největším kapitálem každého národa, k jehož příslibu se však nemůže žádná společnost zavázat. Systém ovšem může garantovat rovný přístup ke zdravotní péči a pomoc v případě zdravotní potřeby. Tato pomoc musí být ovšem nějak limitovaná, jinak hrozí, že bude zdravotnický systém neudržitelný. S bezprecedentním nárůstem nákladů systému a se stále rostoucí skupinou těch, kteří vyžadují více zdravotní péče, je otázka udržitelnosti opravdu na místě. Je proto třeba definovat takový standard péče, který sice poskytne pacientovi jistotu kvalitní a nejučelnější péče, ale zároveň otevře prostor pro péči nadstandardní, která může pacientovi na jeho cestě k uzdravení poskytnout větší komfort.

## Zdroje

- [1] Amelung, V., Hildebrandt, H., Wolf, S., 2012. Integrated care in Germany – a stony but necessary road! *Int. J. Integr. Care* 12, 1–5.
- [2] Appleby, J., Hemmings, N., Maguire, D., Morris, J., Schlepper, L., Wellings, D., 2020. Public satisfaction with the NHS and social care in 2019. *Br. Soc. Attitudes* 36.
- [3] Ärztekammer Berlin, 2013. Patientenrechte im Gesetz - Das Wichtigste zum Patientenrechtgesetz [WWW Document]. URL [https://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/30\\_Berufsrecht/10\\_Gesetzesanderungen/55\\_Patientenrechtgesetz.htm#Beweislastverteilung\\_im\\_Streitfall](https://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/30_Berufsrecht/10_Gesetzesanderungen/55_Patientenrechtgesetz.htm#Beweislastverteilung_im_Streitfall) (accessed 8.12.20).
- [4] AWMF, n.d. Leitlinien [WWW Document]. URL <https://www.awmf.org/leitlinien> (accessed 7.31.20).
- [5] Baumol, W., 2012. *The cost disease - Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't*. Yale University Press.
- [6] Bennett, C., 2016. *Private Health Insurance and Essential Health Benefits : Premium and Coverage Variations, Health Care in Transition*. Nova Science Publishers, Inc, New York.
- [7] Beswick, J., 2007. A First Class Service? Setting the Standard of Care for the Contemporary Nhs. *Med. Law Rev.* 15, 245–252. <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwm009>
- [8] Beveridge, R.A., Happe, L.E., Funk, M., 2016. The physician-insurer dynamic must shift to successfully implement value-based payments. *Healthcare* 4, 282–284. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2016.06.004>
- [9] Blom, N., Huijts, T., Kraaykamp, G., 2016. Ethnic health inequalities in Europe. The moderating and amplifying role of healthcare system characteristics. *Soc. Sci. Med.* 158, 43–51. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.04.014>
- [10] Braun, J., Robbers, J., Lakomek, H.-J., 2016. Qualität in der Medizin in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. *Z. Für Rheumatol.* 75, 97–102. <https://doi.org/10.1007/s00393-015-0021-y>
- [11] Breyer, F., 2018. Was spricht gegen Zwei-Klassen-Medizin? *Z. Wirtsch.* 67, 30–41. <https://doi.org/10.1515/zfwf-2018-0005>
- [12] Bundesministerium für Gesundheit, 2019a. *Gesundheit für alle - Ein Wegweiser durch das deutsche Gesundheitswesen*.
- [13] Bundesministerium für Gesundheit, 2019b. *Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung* [WWW Document]. Bundesgesundheitsministerium. URL <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/finanzierung-gkv.html> (accessed 7.6.20).
- [14] Bundesministerium für Gesundheit, 2016. *Leistungskatalog der Krankenversicherung* [WWW Document]. Bundesgesundheitsministerium. URL <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/l/leistungskatalog.html> (accessed 8.1.20).
- [15] Burda, P., 2018. *Zdraví a nemoc. Přednáška na FFUK*.
- [16] Busse, R., Blümel, M., 2014. *Germany - Health system review*. WHO, *Health Systems in Transition* 331.
- [17] Buswell, G., 2020. *Healthcare in the UK: a guide to the NHS* [WWW Document]. Expat Guide U. K. Expatica. URL <https://www.expatica.com/uk/healthcare/healthcare-basics/the-national-health-service-and-health-insurance-in-the-uk-1092057/> (accessed 7.4.20).
- [18] Care Quality Commission, 2017. *The fundamental standards* [WWW Document]. URL <https://www.cqc.org.uk/what-we-do/how-we-do-our-job/fundamental-standards> (accessed 7.12.20).
- [19] Carstensen, G., 1989. *Vom Heilversuch zum medizinischen Standard*. *Dtsch. Ärztebl.* 3.

- [20] Čeledová, L., Holčík, J., 2017. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Univerzita Karlova.
- [21] Cikrt, T., 2015. Poslanci ANO si našli nový cíl: legendární „paragraf“ Fischerové. *Zdr. Deník*. URL <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/05/poslanci-ano-si-nasli-novy-cil-legendarni-paragraf-fischerove/>
- [22] commonwealthfund, n.d. How does universal health coverage work? [WWW Document]. URL <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/system-features/how-does-universal-health-coverage-work> (accessed 8.10.20).
- [23] Cooke, B.K., Worsham, E., Reisfield, G.M., 2017. The Elusive Standard of Care. *J. Am. Acad. Psychiatry Law* 45, 7.
- [24] Cooper, K., Shepherd, J., Frampton, G., Harris, P., Lotery, A., 2015. The cost-effectiveness of second-eye cataract surgery in the UK. *Age Ageing* 44, 1026–1031. <https://doi.org/10.1093/ageing/afv126>
- [25] ČSÚ, 2020. Zdravotnické účty ČR 2010-2018. URL <https://www.czso.cz/documents/10180/122362658/26000520k1.pdf/91b740df-2e46-46a8-b69b-654319794125?version=1.1> (accessed 8.10.20).
- [26] CVVM, 2020. Česká veřejnost o zdravotnictví - prosinec 2019 (tisková). Centrum pro výzkum veřejného mínění.
- [27] Deng, C., 2014. Standard of Care (SOC) as Control Group in Clinical Trials. *Biostat. Clin. Trials*. URL <http://onbiostatistics.blogspot.com/2014/11/standard-of-care-soc-as-control-group.html> (accessed 7.28.20).
- [28] Department of Health & Social Care, 2019. Department of Health and Social Care Annual Report and Accounts 2018-19 (for the period ended 31 March 2019). Great Britain.
- [29] Department of Health & Social Care, 2015. The NHS Constitution for England.
- [30] Department of Health & Social Care, 2009. Guidance on NHS patients who wish to pay for additional private care. NHS 15.
- [31] Deutscher Bundestag, 2019. Informationen zum deutschen Gesundheitssystem. URL <https://www.bundestag.de/resource/blob/666760/8f5a5023044f3cba1ab5770dc42d071a/WD-9-071-19-pdf-data.pdf> (accessed 7.29.20).
- [32] Dickman, S.L., Himmelstein, D.U., Woolhandler, S., 2017. Inequality and the health-care system in the USA. *The Lancet* 389, 1431–1441. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30398-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30398-7)
- [33] Dostál, O., 2014. Pojem standardu péče v kontextu reformních změn. *Anaesthesiol. Intensive Med. Anesteziol. Intenziv. Med.* 25, 147–152.
- [34] Drbal, C., 2008. *Budoucnost zdraví a zdravotnictví*. Národohospodářský ústav Josefa Hlávky.
- [35] Fox, J., 2018. The Private Insurance Market: Not Very Big and Not Insuring Much, Either. *J. Law. Med. Ethics* 46, 877–882. <https://doi.org/10.1177/1073110518821983>
- [36] Frahm, W., Jansen, C., Katzenmeier, C., Kienzle, H.-F., Kingreen, T., Lungstras, A.B., Saeger, H.-D., Schmitz-Luhn, B., Woopen, C., 2018. Medizin und Standard – Verwerfungen und Perspektiven. *Medizinrecht* 36, 447–457. <https://doi.org/10.1007/s00350-018-4957-1>
- [37] Ginsberg, M., 2012. The Locality Rule Lives! Why? Using Modern Medicine to Eradicate an “Unhealthy” Law. *SSRN Electron. J.* <https://doi.org/10.2139/ssrn.2103948>
- [38] Ginter, J., 2015. Když chce pacient kvůli zákalu lepší čočku, zaplatí i operaci - *Novinky.cz*. URL <https://www.novinky.cz/domaci/clanek/kdyz-chce-pacient-kvuli-zakalu-lepsi-cockku-zaplati-i-operaci-302244> (accessed 8.12.20).
- [39] Goldenberg, M.J., 2012. Defining “quality of care” persuasively. *Theor. Med. Bioeth.* 33, 243–261. <https://doi.org/10.1007/s11017-012-9230-4>

- [40] Goldsteen, R., Goldsteen, K., Goldsteen, B., 2016. Jonas' Introduction to the U.S. Health Care System, 8th Edition, Jonas' Introduction to the U.S. Springer Publishing Company, [N.p.].
- [41] Hamza, F., 1921. Úvahy o sociální péči zdravotní. Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy.
- [42] Hartman, M., Martin, A.B., Benson, J., Catlin, A., The National Health Expenditure Accounts Team, 2020. National Health Care Spending In 2018. Health Aff. (Millwood) 39, 8–17. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.01451>
- [43] Hergeth, A., 2015. Struktur des deutschen Gesundheitswesens. Z. Für Herz-Thorax-Gefäßchirurgie 29, 388–392. <https://doi.org/10.1007/s00398-015-0038-1>
- [44] HFMA, 2015. Understanding Healthcare Prices: A Consumer Guide. Healthcare Financial Management Association.
- [45] Hnilicová, H., 2017. American healthcare system and the uncertain future of the Obama's reform. Cas. Lek. Cesk. 156, 205–210.
- [46] Holčík, J., 2016. Social medicine, public health and governance for health. Cas. Lek. Cesk. 155, 229–232.
- [47] Informační centrum vlády, 2013. Reforma zdravotnictví [WWW Document]. URL <https://icv.vlada.cz/cz/reforma-zdravotnictvi/nejcastejsi-dotazy/#x91149> (accessed 7.7.20).
- [48] IQWiG, 2019. Operation des Grauen Stars [WWW Document]. Tech. URL <https://www.tk.de/techniker/gesundheit-und-medizin/behandlungen-und-medizin/augenerkrankungen/operation-des-grauen-stars-2016008> (accessed 8.3.20).
- [49] Janečková, H., Hnilicová, H., 2009. Úvod do veřejného zdravotnictví. Portál.
- [50] Jedlička, P., Urban, J., 2019. Potenciál soukromého zdravotního pojištění v České republice [WWW Document]. oPojištění. URL <https://www.opojisteni.cz/spektrum/potencial-soukromeho-zdravotniho-pojisteni-v-ceske-republice/c:17766/> (accessed 7.21.20).
- [51] Jungbecker, R., 1997. Der medizinische Standard als Rechtsbegriff, in: Der Medizinische Standard: Begriff Und Bestimmung Ärztlicher Behandlungsstandards an Der Schnittstelle von Medizin, Haftungsrecht Und Sozialrecht. Springer.
- [52] Kelly, D.C., Manguno-Mire, G., 2008. Commentary: Helling v. Carey, Caveat Medicus. J. Am. Acad. Psychiatry Law 36, 4.
- [53] Klees, B., Eckstein, E., Curtis, C., 2018. Brief Summaries of Medicare & Medicaid 33.
- [54] Klein, R., 2015. England's National Health Service—Broke but Not Broken. Milbank Q. 93, 455–458.
- [55] Knickman, J., Kovner, A., 2015. Jonas and Kovner's Health Care Delivery in the United States, 11th Edition. Springer Publishing Company, New York, NY.
- [56] Kossarova, L., Blunt, I., Bardsley, M., 2015. Focus on: International comparisons of healthcare quality - What can the UK learn? The Health Foundation, QualityWatch 50.
- [57] Koubová, M., 2017. Překážky zavedení nadstandardů? Politická nevůle, špatná edukace i výklad legislativy. Zdr. Deník. URL <https://www.zdravotnickyydenik.cz/2017/08/prekazky-zavedeni-nadstandardu-politicka-nevule-spatna-edukace-i-vyklad-legislativy/> (accessed 8.3.20)
- [58] Koubová, M., 2015. Zrušením nadstandardů placení neskončilo. Obchází se zákon, vládní chaos. Zdr. Deník. URL <https://www.zdravotnickyydenik.cz/2015/05/zrusenim-nadstandardu-placeni-neskoncilo-obchazi-se-zakon-vladne-chaos/> (accessed 8.2.20)
- [59] krankenkassen-direkt, n.d. Pflichtleistungen - Gesetzlicher Leistungskatalog der Krankenkassen [WWW Document]. Unabhäng. Inf.- Karriereportal Für Gesetzliche Krankenversicher. URL <https://www.krankenkassen-direkt.de/kassen/leistungen/pflichtleistungen.pl> (accessed 8.1.20).

- [60] Krankenkassen-Zentrale, 2020. Gesetzliche Krankenversicherung: Leistungen der Krankenkasse [WWW Document]. Krankenkassen-Zentrale. URL <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/krankenkasse-leistungen> (accessed 8.1.20).
- [61] Křížová, E., 2018. Zdraví – kultura – společnost. Univerzita Karlova.
- [62] Křížová, E., 1998. Rovnost ve zdraví (ekvita) v transformovaném zdravotnictví České republiky. Národohospodářský ústav Josefa Hlávky.
- [63] Lauerer, M., Emmert, M., Schöffski, O., 2013. Die Qualität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich - Ein systematischer Review. *Gesundheitswesen* 75, 483–491. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1331719>
- [64] Lewis, M.H., Gohagan, J.K., Merenstein, D.J., 2007. The Locality Rule and the Physician's Dilemma: Local Medical Practices vs the National Standard of Care. *JAMA* 297, 2633. <https://doi.org/10.1001/jama.297.23.2633>
- [65] Maaytová, A., 2012. Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti, 1. vyd. Wolters Kluwer, Praha.
- [66] Mach, J., 2010. Profesionální standardy, doporučené postupy a závazná stanoviska. Smysluplná Reforma Čes. Zdr. Začne Teprve Defin. Stand. Péče 19.
- [67] Malý, I., Pavlík, M., Darmopilová, Z., 2013. Health reforms in the Czech Republic, in: *Health Reforms in Central and Eastern Europe - Options, Obstacles, Limited Outcomes*. Eleven International Publishing.
- [68] Matamaru, H., 2019. Pflegestandard - Maßstab für Qualität. [heikommatamaru.com](http://heikommatamaru.com). URL <https://heikommatamaru.com/pflegestandard/> (accessed 7.20.20).
- [69] McHale, J. v., 2003. Medical malpractice in England--current trends. *Eur. J. Health Law* 10, 135–151. <https://doi.org/10.1163/092902703769681597>
- [70] Medicare.gov, n.d. Eyeglasses & contact lenses coverage [WWW Document]. URL <https://www.medicare.gov/coverage/eyeglasses-contact-lenses#> (accessed 7.30.20).
- [71] Mikulic, M., 2020a. Medicaid - Statistics & Facts. Statista. URL <https://www.statista.com/topics/1091/medicaid/> (accessed 7.20.20)
- [72] Mikulic, M., 2020b. Medicare - Statistics & Facts. Statista. URL <https://www.statista.com/topics/1167/medicare/> (accessed 7.20.20)
- [73] Moffett, P., Moore, G., 2011. The Standard of Care: Legal History and Definitions: the Bad and Good News. *West. J. Emerg. Med.* 12, 109–112.
- [74] Moses, R.E., Feld, A.D., 2008. Legal risks of clinical practice guidelines. *Am. J. Gastroenterol.* 103, 7–11. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2007.01399.x>
- [75] MZ, 2020. Stanovisko k platbám pojištěnců u poskytovatelů zdravotních služeb za poskytnutí zdravotní služby [WWW Document]. URL [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/stanovisko-k-platbam-pojistencu\\_18731\\_2784\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/stanovisko-k-platbam-pojistencu_18731_2784_3.html) (accessed 7.8.20).
- [76] MZ, 2019. Vláda schválila Strategický rámec Zdraví 2030 [WWW Document]. URL [http://www.mzcr.cz/Verejne/obsah/zdravi-2030\\_4134\\_5.html](http://www.mzcr.cz/Verejne/obsah/zdravi-2030_4134_5.html) (accessed 6.27.20).
- [77] Němec, J., 2008. Principy zdravotního pojištění. Grada Publishing. Praha.
- [78] NHS Confederation, 2018. When you need to pay towards NHS care [WWW Document]. [nhs.uk](http://nhs.uk). URL <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/help-with-health-costs/when-you-need-to-pay-towards-nhs-care/> (accessed 7.4.20).
- [79] NHS Confederation, 2017a. NHS statistics, facts and figures [WWW Document]. URL <http://www.nhsconfed.org/resources/key-statistics-on-the-nhs> (accessed 7.3.20).
- [80] NHS Confederation, 2017b. Cataract surgery [WWW Document]. [nhs.uk](http://nhs.uk). URL <https://www.nhs.uk/conditions/cataract-surgery/> (accessed 8.10.20).

- [81] NHS Improvement, 2018. Oversight of NHS-controlled providers: guidance.
- [82] Nikoloski, Z., Mossialos, E., 2013. Corruption, inequality and population perception of healthcare quality in Europe. *BMC Health Serv. Res.* 13, 1–24. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-472>
- [83] Norman, G., 2014. *Medicaid Expansion Under the Affordable Care Act : Overview and Missed Opportunities*, Healthcare in Transition. Nova Science Publishers, Inc, New York.
- [84] NVISION, n.d. Cataracts and Insurance: Find Out if You're Covered. NVISION Eye Cent. URL <https://www.nvisioncenters.com/cataracts/insurance-coverage/> (accessed 7.30.20).
- [85] OECD, 2020. Health Statistics 2020. URL [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_HCQI](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_HCQI) (accessed 7.30.20)
- [86] Office for National Statistics, 2020. Healthcare expenditure, UK Health Accounts: 2018 [WWW Document]. URL <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/bulletins/ukhealthaccounts/2018> (accessed 7.4.20).
- [87] PwC, 2019. Healthcare-Barometr. URL <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/healthcare-barometer-2019.html> (accessed 8.2.20)
- [88] Rada Evropy, 2007. Vysvětlující zpráva k úmluvě Rady Evropy č. 164 na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: úmluvě o lidských právech a biomedicině.
- [89] Rada Evropy, 1997. ÚMLUVA O LIDSKÝCH PRÁVECH A BIOMEDICÍNĚ.
- [90] Rahman, G., 2018. How is the NHS funded? [WWW Document]. Full Fact. URL <https://fullfact.org/health/how-nhs-funded/> (accessed 7.4.20).
- [91] Rajfur, P., 2019. Selected Models and the Classification of Health Care Systems. *Med. Sci. Pulse* 13, 48–54. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0013.0513>
- [92] Ratajczak, T., Schwarz-Schilling, G., 1997. *Die Budgetierung des Gesundheitswesens: Wo bleibt der medizinische Standard?* Springer-Verlag.
- [93] Rokowitz, N., 2017. *Gesundheit ist eine Ware - Mythen und Probleme des kommerzialisierten Gesundheitswesens*, 3. ed. Rosa Luxemburg Stiftung, Berlin.
- [94] Rolantová, L., Kajanová, A., Maňhalová, J., 2019. Zdravotní gramotnost romské minority v České republice 33–36.
- [95] Rowland, T.A., Rao, C., 2017. The NHS and Private Healthcare, in: Fisher, R.A., Ahmed, K., Dasgupta, P. (Eds.), *Introduction to Surgery for Students*. Springer International Publishing, Cham, pp. 389–395. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-43210-6\\_31](https://doi.org/10.1007/978-3-319-43210-6_31)
- [96] Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., Richardson, W.S., 1996. Evidence Based Medicine: What It Is And What It Isn't: It's About Integrating Individual Clinical Expertise And The Best External Evidence. *BMJ* 312, 71.
- [97] Samanta, A., Samanta, J., 2003. Legal standard of care: a shift from the traditional Bolam test. *Clin. Med.* 3, 443–446. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.3-5-443>
- [98] Schulenberg, D., 2015. *Die Bedeutung von Leitlinien, Rechtlinien und Empfehlungen im Verhältnis zum ärztlichen Standard sowie die Voraussetzungen für ein Abweichen von ihnen werden dargestellt*. Deutscher Ärzte-Verlag.
- [99] Segre, L., 2020. How Much Does Cataract Surgery Cost? [WWW Document]. Vis. URL <https://www.allaboutvision.com/conditions/cataract-surgery-cost.htm> (accessed 7.30.20).
- [100] Sociologický ústav AV ČR, 2020. Názory na poplatky ve zdravotnictví a jiná vybraná opatření - prosinec 2019. Cent. Výzk. Veřejného Mění.
- [101] Sociologický ústav AV ČR, 2011. Občané o rozdělení zdravotní péče na standard a nadstandard. Cent. Výzk. Veřejného Mění.

- [102] Souček, J., Špinar, J., Vorlíček, J., 2011. Vnitřní lékařství. GRADA, Brno.
- [103] Statistisches Bundesamt, 2020. Gesundheitsausgaben im Jahr 2018 um 4 % gestiegen [WWW Document]. Stat. Bundesamt. URL [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/05/PD20\\_164\\_23611.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/05/PD20_164_23611.html) (accessed 7.6.20).
- [104] Staufer, A., 2018. Recht: Wahlleistungsvereinbarung – Worauf es wirklich ankommt! Dtsch. Ärztebl.
- [105] Tapon, D., 2010. Prenatal testing for Down syndrome: Comparison of screening practices in the UK and USA. *J. Genet. Couns.* 19, 112–130. <https://doi.org/10.1007/s10897-009-9269-1>
- [106] Timmermans, S., Berg, M., 2003. The Gold Standard: The Challenge Of Evidence-Based Medicine. Temple University Press, Philadelphia.
- [107] Tolbert, J., Orgera, K., Singer, N., Dec 13, A.D.P., 2019, 2019. Key Facts about the Uninsured Population. KFF. URL <https://www.kff.org/uninsured/issue-brief/key-facts-about-the-uninsured-population/> (accessed 7.2.20).
- [108] Toth, F., 2016. Classification of healthcare systems: Can we go further? *Health Policy* 120, 535–543. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.011>
- [109] Transparency International, 2019. Corruption Perceptions index.
- [110] US Consumer Financial Protection Bureau, 2014. Consumer credit reports: a study of medical and non-medical collections.
- [111] US Department of Health & Human Services, 2019. Trump Administration Announces Historic Price Transparency Requirements to Increase Competition and Lower Healthcare Costs for All Americans [WWW Document]. HHS.gov. URL <https://www.hhs.gov/about/news/2019/11/15/trump-administration-announces-historic-price-transparency-and-lower-healthcare-costs-for-all-americans.html> (accessed 7.27.20).
- [112] Watford, J., 2020. Cataract Surgery Treatments & Prices. LESH. URL <https://www.lasereyesurgeryhub.co.uk/cataract-surgery-types-treatment-prices/> (accessed 8.10.20).
- [113] Wenzl, M., McCuskee, S., Mossialos, E., 2015. Commissioning for equity in the NHS: rhetoric and practice. *Br. Med. Bull.* 115, 5–17. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldv031>
- [114] West Health-Gallup, 2019. The U.S. Healthcare Cost Crisis [WWW Document]. westhealth.org. URL <https://news.gallup.com/poll/248081/westhealth-gallup-us-healthcare-cost-crisis.aspx> (accessed 7.30.20).
- [115] WHO, 2017a. USA - The health system and policy monitor: regulation.
- [116] WHO, 2017b. UK - The health system and policy monitor: regulation.
- [117] WHO, 1987. Nursing standards: toward better care: guidelines for standards of nursing practice. Den Haag.
- [118] WHO, 1986. OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION. *Health Promot. Int.* 1, 405–405. <https://doi.org/10.1093/heapro/1.4.405>
- [119] WHO, 1946. Constitution of the World Health Organization.
- [120] Zlámál, J., Bellová, J., 2013. Ekonomika zdravotnictví. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Brno.
- [121] Zucchi, K., 2019. Services That Health Insurers Often Decline [WWW Document]. Investopedia. URL <https://www.investopedia.com/articles/insurance/09/services-health-insurers-do-not-cover.asp> (accessed 7.27.20).



## Legislativa

- ČESKO. Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění
- ČESKO. Zákon č. 592/1992 Sb. o pojistném na veřejné zdravotní pojištění
- ČESKO. Zákon č. 551/1992 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně
- ČESKO. Zákon č. 280/1992 Sb. o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách
- ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách
- ČESKO. Nález Ústavního soudu Pl. ÚS 36/11 ze dne 20.6. 2013
- DEUTSCHLAND. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung 1988 (SGB V). URL [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/) (accessed 7.20. 20)
- DEUTSCHLAND. Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) 2002. URL <https://www.gesetze-im-internet.de/khentgg/BJNR142200002.html> (accessed 8.3.20)
- UK. Patient Rights (Scotland) Act 2011. URL <https://www.legislation.gov.uk/asp/2011/5/contents> (accessed 7.20.20)
- UK. Health and Social Care Act 2012. URL <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents> (accessed 8.6.20)
- USA. Title XVIII of the Social Security Act 1935, URL [https://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title18/1800.htm](https://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1800.htm) (accessed 7.27.20)
- USA. Title XIX of the Social Security Act 1935, URL [https://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title19/1900.htm](https://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title19/1900.htm) (accessed 7.27.20)

## Seznam grafů

- Graf č. 1 Postoj veřejnosti k rozdělení zdravotní péče na standardní a nadstandardní v roce 2011..... 45
- Graf č. 2 Postoj veřejnosti k rozdělení zdravotní péče na standardní a nadstandardní v roce 2019..... 46

## Seznam tabulek

- Tabulka 1 Přístupy zařízení k poskytování nadstandardní zdravotní péče..... 44
- Tabulka 2 Závěrečná komparace..... 62