UNIVERZITA KARLOVA v PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

doktorského studijního programu

Filozofie

DISERTAČNÍ PRÁCE

(obor Aplikovaná etika)

Uplatňování etického principu při tvorbě zdravotnického systému

The Application of Ethical Principles in the Development of the Health Care System

Mgr. Monika Válková

Vedoucí práce: Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

Praha 2013

Prohlašuji, že jsem disertační práci včetně příloh vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury: .....

Anotace

Disertační práce na téma Uplatňování etického principu při tvorbě zdravotnického systému je zaměřena na etické principy, které se promítaly ve vývoji zdravotnického systému v České republice. Solidarita, spravedlnost (ekvita), rovnost a právo na zdraví jsou základní etické principy uplatňované ve zdravotnických systémech. Z historického hlediska je solidarita nejstarším etickým principem, která měla vliv na utváření jednotlivých typů sociálních států v Evropě. Solidarita je zkoumána z pohledu vývoje sociálního zabezpečení v době nemoci a chudoby. Zdravotnický systém v České republice je hodnocen z hlediska uplatňování etických principů v různých etapách společenského uspořádání země od Rakouska-Uherska až do současnosti.

Ve druhé části disertační práce jsou srovnávány s Českou republikou zdravotnické systémy Švédska a Francie dle etických principů solidarity, spravedlnosti, resp. ekvity, a práva na zdraví. Hlavním cílem disertační práce bylo na základě vybraných indikátorů analyzovat (stanovit, zjistit), zda náš zdravotnický systém respektuje etické principy dle doporučení dokumentu WHO (program Zdraví 21). Jako hlavní indikátory byly zvoleny kardiovaskulární choroby z hlediska incidence, léčby, dostupné struktury zdravotní péče (rehabilitační a dlouhodobá péče). Dále byly zvoleny ukazatele zdravého životního stylu, které jsou hlavními determinantami vzniku kardiovaskulárních chorob. V porovnávací studii byla použita statistická data (2011) ze zemí OECD, výzkumů WHO a dat zdravotních pojišťoven. V disertační práci jsou výsledky znázorněny graficky s následným komentářem a diskusí nad výsledky dle předem vybraných indikátorů. V diskusi jsou vymezeny etické otázky týkající se našeho současného zdravotnického systému. Závěr disertační práce je věnován hodnocení etických principů nastavených priorit ve zdravotnických systémech České republiky, Švédska a Francie.

Klíčová slova

Hodnoty, etické principy, solidarita, spravedlnost, rovnost, právo na zdraví, geneze vzniku zdravotnického systému v České republice, sociální stát, zdravotnické systémy, Švédsko, Francie.

Abstract

The thesis regarding the topic of Application of the ethical principle during the creation of the health system is focused on the ethical principles, which were reflected in the development of the health system in the Czech Republic. Those are solidarity, justice, equality and the right to health. Solidarity is the oldest of the principles, that has had impact on the creation of the individual types of social states in Europe. Solidarity is examined from the perspective of development of social security in times of illness and poverty. The health system of the Czech Republic is appraised in terms of application of the ethical principles at various stages of organisation of the country from the times of the Austro-Hungarian Empire to present.

The health systems of Sweden and France were compared to the health system of the Czech Republic in terms of solidarity, justice, equality and right for health in the practical part of the thesis. The main objective of the thesis was to demonstrate whether our health system respects the ethical principles in accordance to recommendations of the WHO document on the grounds of selected indicators. Cardiovascular diseases were selected as main indicators in terms of incidence, treatment and accessible structures of health care (rehabilitation and long-term care). Furthermore, the indicators of health life-style were selected. They are the main determinants of cardiovascular disease as well. Statistical data from the OECD countries, WHO research and health insurance companies were used in the comparative study. In the thesis the results are graphically depicted with following comments and discussion above the results according to pre-selected indicators. Ethical matters regarding our contemporary health system are defined in the discussion. The conclusion of the thesis is dedicated to the evaluation of ethical principles and set priorities in health systems of the Czech Republic, France and Sweden.

Key words

Values, ethical principles, solidarity, justice, equality, right for health, genesis of health system in Czech Republic, social state, health system of Sweden and France.

Obsah

Úvod **7**

1 Hodnoty ve společnosti - obecné zamyšlení nad významem hodnot **12**
1.1 Hodnota zdraví 15
1.2 Solidarita ve společnosti 17
1.3 Typologie sociálních států 24
1.4 Sociální soudržnost ve společnosti 38
1.5 Princip rovnosti (ekvita) 40
1.6 Princip spravedlnosti 42

2 Alokace zdrojů v rámci systému zdravotní péče **48**
2.1 Veřejné statky a stát 50
2.2 Ekonomický pohled na zdroje 51

3 Právní předpisy v České republice **52**
3.1 Mezinárodní dokumenty týkající se práva na zdraví 52
3.2 Základní právní předpisy v oblasti práva na zdraví v České republice 57

4 Regulační poplatky ze Zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů **64**
4.1 Ústavní soud České republiky a diskuse nad zákonem č. 261/2007 Sb. 64
4.2 Politický boj o regulační poplatky v roce 2008 a 2009 66
4.3 Veřejné diskuse k regulačním poplatkům 68
4.4 Regulační poplatky v roce 2011 70
4.5 Veřejná diskuse o zdravotnických službách 73

5 Historický vývoj zdravotnického systému **75**
5.1 Rozvoj solidárního systému 77
5.2 Rozvoj sociálně zdravotní péče v Československu po roce 1918 85
5.3 Vývoj zdravotnického systému v období 1945 -1970 94

6 Vývoj zdravotnického systému po roce 1989 ..... **105**
6.1 Reformní změny ve zdravotnickém systému po roce 1989 105
6.2 Procesy privatizace a alokace zdrojů 110
6.3 Etapy privatizace zdravotnického systému 111
6.4 Deficitní hospodaření ve zdravotnickém systému 112
6.5 Koncepční návrhy na změnu deficitního hospodaření zdravotnického systému 113

7 Projekt Kulatý stůl Českého zdravotnictví **121**
7.1 Vymezení problémových okruhů českého zdravotnictví 121
7.2 Diskuse nad spravedlností ve zdraví z pohledu Programu Zdraví 21 124

8 Zdravotnické systémy **126**
8.1 Švédský model zdravotní péče 127
8.2 Francouzský model zdravotní péče 131

9 Hodnocení zdravotnických systému dle doporučení WHO **135**
9.1 Zdravotní stav (status) obyvatelstva 136
9.2 Determinanty zdraví 140
9.3 Poskytované zdravotnické služby 146
9.4 Financování zdravotnictví a alokace zdrojů 153

10 Diskuse **160**
10.1 Zdravotní stav (status) obyvatelstva 160
10.2 Oblast hodnocení statistických dat zabezpečení primární a lůžkové péče 163
10.3 Oblast životního stylu zaměřená na determinanty zdraví 165
10.4 Oblast Financování zdravotnictví a alokace zdrojů v rámci zdravotnického systému 168
10.5 Oblast rehabilitační a dlouhodobé péče 169

11 Závěr **172**
Seznam literatury **177**
Seznam grafů **183**

Úvod

Zdravotnické systémy prošly do současné doby dlouhým historickým vývojem. Pokud chceme sledovat vývoj zdravotnických systému z historického hlediska, musíme souběžně sledovat i vývoj sociální péče. Zdraví není záležitostí pouze jedince, ale celé společnosti, představuje významnou společenskou hodnotu.

Disertační práce je věnována vývoji etických hodnot, které ovlivňovaly utváření zdravotnického systému v České republice až do současnosti. Hodnocení našeho zdravotnického systému z hlediska etických principů bude srovnáváno se zdravotnickými systémy jiných evropských zemí, které již v minulosti prošly systémovou transformací zdravotnictví. Švédsko reprezentuje stát se zavedeným severským modelem zdravotní péče a Francie představuje stát uplatňující západoevropský typ zdravotní péče. **Francie reprezentuje sociální stát, který je konzervativně korporativní, kdy je systém zdravotnictví založen na povinném zdravotním pojištění a dobrovolném soukromém pojištění, které je využíváno ke krytí spoluúčasti klienta za poskytovanou zdravotní péči** (Krebs a kol, 2009). **Švédsko je sociálně demokratický stát, který je založen na univerzální sociálně zdravotní politice. Švédsko je tedy typickým představitelem skandinávského modelu sociálního státu, který vznikl již ve 30. letech 20. století a je založen na univerzální sociálně zdravotní politice. Systém zdravotní péče je založen především na daních a příspěvky na pojištění mají sekundární roli v systému. Česká republika během svého historického vývoje až do současnosti prošla několika typy režimů sociálního státu. Do roku 1918 byl český stát součástí Rakouska-Uherska, kde byly položeny základy sociálního pojištění (korporativní pojetí) a tento koncept se zachoval i během 2. světové války**. Po roce 1947 byl nastaven koncept dle britského univerzálního pojišťovacího systému. V rámci politických změn po roce 1948 se moci ujala komunistická strana a rozvíjel se sociální stát se sociálně-demokratickými principy. **Dle Dekenovy typologie sociálních států je tento stát nazýván leninským režimem, která má rysy univerzalismu korporativní pojetí** (Potůček, 2005 in Deken, 1992**). V současné době se v České republice uplatňuje také korporativní pojetí sociálního státu.** Financování zdravotnického systému je založeno na povinném všeobecném zdravotním pojištění a finanční spoluúčasti. Po roce 1989 došlo v České republice k mnoha změnám ve zdravotnickém systému a to zejména v oblasti managementu řízení, od centrálního k regionálnímu řízení, privatizace zdravotních služeb.

V teoretické části bude hodnota zdraví podrobena hodnocení jako cílového stavu obyvatelstva, jak a co má správně být. Budou hledány vzájemné vztahy nastaveného zdravotnického systému ve spojitosti s etickými principy v oblasti zdraví.

Největší hodnotou při tvorbě zdravotnického systému je zdraví lidí, které stojí, respektive mělo by stát, v pyramidě hodnot nejvýše. Její hodnocení je nutné provádět ve vztahu k etickým principům jako je solidarita ve společnosti.

Odhaduje se, že zdravotnictví ovlivňuje celkové zdraví lidí asi z 10% až 15% (genetika 10-15%, prostředí 20%, způsob života 50%)[1]. Holčík uvádí, že „genetický základ" determinuje zdraví z 20% a zdravotní služby 10%. Zřejmě nejvýraznější determinantou zdraví jsou lidé (Holčík, 2004:34).

Holčík uvádí, že pojem „public health" se v anglosaských zemích „používá pro označení oboru, který se zabývá širšími aspekty péče o zdraví a nezahrnuje jen medicínskou problematiku, je to „úsilí organizované společností s cílem chránit rozvíjet a navracet zdraví lidí. Jde o kombinaci vědy, dovedností a přesvědčení orientované na udržení a zlepšení zdraví všech lidí prostřednictvím skupinových sociálních opatření." (Holčík, 2004:123)[2] „*Důraz na individuální péči o své vlastní zdraví nesnímá dílčí odpovědnost státní správy a samosprávy za vytváření podmínek pro zdraví lidí*." (Holčík, 2004:99)

Ve zdravotnickém systému hodnotíme princip solidarity ve vztahu chudý a bohatý, zdravý a nemocný, dále princip rovnosti a spravedlnosti. Z čehož plyne, že hodnota zdraví má význam nejenom pro jedince, ale také má i sociální rozměr ve vztahu k celé společnosti. Jan Holčík v této souvislosti uvádí, že: "*Sociální hodnota zdraví vychází z poznání, že každý populační celek, má-li přežít, musí věnovat pozornost zdraví lidí"* (Holčík, 2008, s. 5). Nabízí se otázka proč tomu tak vždy není. Jedním východiskem dle Jana Holčíka by mohla být zdravotní výchova a podpora zdravotní gramotnosti osob, které si budou uvědomovat svou odpovědnost za své zdraví. Zdravotní politika státu by se měla opírat o vědecké důkazy a využívat všechny úrovně řízení, uplatňovat meziresortní přístup při stanovování svých priorit v péči o zdraví se zapojením jednotlivých komunit a sociálních skupin obyvatelstva

[1] Anderson, R., Kickbusch I.: Health Promotion: A Resource Book. WHO Reg. Office for Europe, Copenhagen, 1990. (cit. dle Drbal, Ctibor, Bencko, Vladimír. Prostředí, zdraví, jeho determinanty a kvalita života; in: Payne, 2005:234).

[2] Holčík (2004:124) přitom upozorňuje, že „termín *public* (veřejný) má v angličtině jednoznačně pozitivní konotaci. Např. public house (doslova veřejný dům), zkráceně *pub* je hospoda, kam Angličané rádi chodí, a která je součástí anglické kultury."

(Holčík, 2008).

Výsledkem dobré péče o zdraví a výkonného zdravotnického systému jsou zdraví lidé, alespoň v co největší možné míře. Tento cíl je však obtížně splnitelný, a proto se zdravotnické systémy zaměřují spíše na ovlivnitelné faktory – preventabilní, léčitelné, rehabilitovatelné, kompenzovatelné. Správně nastavený zdravotnický systém se opírá o několik pilířů, které spolu úzce souvisí a nelze je od sebe oddělit. **Mezi základní pilíře patří financování systému zdravotní péče, základní legislativa, která tento systém vymezuje, a předpisy tvořící ucelený legislativní rámec pro organizaci tohoto systému.**

Pojem péče o zdraví však můžeme chápat šířeji než zdravotní péči, kterou se rozumí poskytování profesionální zdravotní péče. Do péče o zdraví patří prevence, a to v nejširším slova smyslu a také výchova lidí ke zdraví a možnost získání informací o zdravém způsobu života. Čím dále tím více hovoříme o tzv. zdravotní gramotnosti (health literacy), která představuje „health literacy“ (person´s ability to seek, understand, and use health information, Jordan 2011), tedy komplex znalostí o zdraví, motivačních prvků a schopností tyto znalosti aplikovat jak v podpoře a rozvoji zdraví (Kickbush 2001, Jordan 2011), tak v managementu (resp. self-managementu) chronických onemocnění (Glasgow 2008, Jordan 2008, Greenhalgh 2009).

Health literacy závisí jak na osobních schopnostech a předpokladech, tak na společenském prostředí, hodnotách, dostupnosti informací z různých zdrojů, mediálním prostředí, fungování veřejného zdravotnictví a na jeho efektivnosti v oblasti výchovy a edukace ke zdraví a na sociálním marketingu zdravého životního stylu a možností managementu chronických onemocnění.

Vědecké poznání přináší nejen vývoj nových léčiv, zdravotnických prostředků, léčebných metod, ale také nové znalosti o podpoře zdraví a fungování zdravotnických systémů. Na těchto poznatcích se vytváří systém medicíny a zdravotní péče založené na důkazech. Tyto poznatky by také měly být pilířem racionální alokace zdrojů. Měly by také zamezit plýtvání finančních prostředků na neefektivní zdravotní péči.

Zdraví je ovlivňováno mnoha faktory, tzn. determinantami zdraví. Jednou z těchto determinant je i zdravotní péče. Zdůrazňuji, že se jedná o pouze jednu z determinant a zdravotní péče ovlivňuje zdraví pouze z 10 %. Daleko větší význam v životě jedince mají jiné determinanty, a to zejména zdravý životní styl. Nicméně je třeba připustit, že zdravotní péče a péče o zdraví v širším slova smyslu, jsou faktory, které mají velký vliv na zdravotní stav obyvatelstva. Záleží na organizaci, kvalitě, efektivnosti a dostupnosti. Moderní stát by měl podporovat a ochraňovat zdraví každého jedince či skupiny, neboť zdraví je také

významnou ekonomickou entitou, jedná se o předpoklad prosperity společnosti. Ideální podpora zdraví je důležitou součástí *„ideálního zdravotnického systému“*.

Anthony Giddens se zabývá hodnocením zdravotnickému systému a uvádí, že: *„Hodnocení zdravotnických systémů nás nakonec nutně přivádí k některým základním otázkám, na které musíme nějak odpovědět. Společnost jako celek se nemůže vyhnout určitým základním rozhodnutím. Záleží na věku pacienta? Měli bychom zachraňovat životy mladších pacientů s větším úsilím než životy starších? Máme některé aspekty zdravotního stavu považovat za významnější než jiné, a pokud ano, proč? Na žádnou z těchto otázek není snadná odpověď. Ve vyspělých průmyslových zemích lze očekávat, že další vývoj bude místo zvyšování nákladů na léčbu již vzniklých chorob probíhat spíše ve znamení prevence a zdravější životosprávy“* (Giddens, 1999, s. 151).

Zdravotní péče má velký význam v životě každého člověka, neboť napomáhá udržení či navrácení zdraví. Jan Holčík uvádí, že: „ *Zdraví, jakožto humánní kategorie a potřeba, by mělo být pojímáno v celé šíři. Zájem a péče o ně i odpovědnost za jeho ochranu a navrácení je výsledkem medicínsko-sociálním úkolem i morálním závazkem. Vzhledem k tomu, že žádný stát na světě, žádná populace nemá tolik prostředků, kolik by bylo možné pro zdraví lidí užitečně vynaložit, je krajně důležité vzácné zdroje skutečně hospodárně využívat.“* (Holčík, Koupilová, 2002, s. 108-109).

Srovnávací studie vybraných indikátorů jednotlivých zdravotnických systémů České republiky Francie a Švédska by měla přinést odpovědi na etické otázky, zda náš současný zdravotnický systém respektuje etické hodnoty. Politické změny po roce 1989 v České republice se také významně projevily v řízení systému zdravotní péče. Zdravotnický systém během 21 let prošel několika transformačními změnami, které se promítly i do zdraví obyvatelstva. Bylo předloženo celkem 21 koncepčních návrhů na transformaci zdravotnického systému, ale stále je v České republiec uplatňován model *akutní péče.* Kořeny nastaveného současného zdravotnického systému je nutné hledat v historii, neboť mají vliv na současnou síť poskytované zdravotní péče, zdravotní stav obyvatelstva a alokaci finančních zdrojů. Zdravotnické systémy budou hodnoceny dle klíčových etických hodnot, které by měly determinovat rozvoj a zaměření budoucího zdravotnického systému v České republice. Švédsko a Francie jsou země, které prošly transformací akutní lůžkové péče ve prospěch dostupnosti následné, rehabilitační a dlouhodobé péče.

Mezi klíčové etické hodnoty každého zdravotnického systému, patří spravedlnost ve zdraví a solidarita, ekonomická efektivita, dostupnost a preventivní opatření. Etické hodnoty jednotlivých zdravotnických systémů budou diskutovány

v závěru práce na základě určených indikátorů hodnocení systému. V následujících kapitolách se budu zabývat etickými principy, které mají vztah k vývoji zdravotnického systému. Dále vysvětlení hodnoty jako pojmu v obecném měřítku.

1 Hodnoty ve společnosti - obecné zamyšlení nad významem hodnot

Problematikou hodnot se zabývají vědní disciplíny, jako je etika a filosofie s přispěním jiných vědních oborů, sociologie, antropologie a psychologie. Hodnoty jsou ve společnosti zkoumány z různých úhlů pohledů jednotlivými vědními disciplínami, které používají různé přístupy. Zaměřím se na etické hodnoty, které jsou zaměřené směrem k vývoji lidské společnosti jako je solidarita, rovnost a alokaci zdrojů, které podporují či nepodporují zmíněné hodnoty. Ladislav Tondl uvádí, že: *„ Jsou-li etické hodnoty a s nimi spojené normy vázány na možná a na současné úrovni proveditelná cílově orientovaná jednání lidských bytostí, musí zahrnovat také vymezení přijatelných podob nebo forem tohoto jednání, určení jeho mezí nebo hranic, které nemají být překročeny“* (Prudký a kol, 2009, s. 20). Z tohoto výkladu etických hodnot vyplývá schopnost sebereflexe každého člověka, jeho zkušeností a subjektivního vidění světa. Je také velice důležité, jak člověk hodnotám porozumí a zda je přijme za své. Z hlediska porozumění hodnot záleží na výchově člověka v rodině, vzdělání a vlivu socioekonomického prostředí, kde člověk žije.

Z historického hlediska byla původně hodnota vyjadřovaná jako ekonomický pojem měřena penězi. Hodnota ceny má velký význam v utváření změn společnosti. Jan Sokol uvádí, že: *„..hodnota je měřítko hodnocení, např. užitku (h. užitná) nebo hodnota směny (h. směnná, cena). Tento původně ekonomický pojem se rozšířil na obecný pojem pro všechno, čeho si ceníme nebo vážíme jako takového, ne jako prostředku k něčemu jinému. To, co je vzácné, čemu se člověk věnuje, za čím je ochoten jít“* (Sokol, 2010, s. 279). Pokud se zamyslíme nad hodnotou ceny ve vztahu ke zdraví, můžeme konstatovat, že v současném zdravotnickém systému měříme penězi zdraví (např. cenová kalkulace lékařských výkonů, ošetřovatelských výkonů, cena farmak, spoluúčast klienta a další.) Etickou otázkou zůstává, zda nastavení ceny za zdravotnické služby přináší odpovídající užitek a očekávání klienta. Hodnoty můžeme také sledovat v souvislosti s vývojem společnosti, se vznikem trhu a peněz. Hodnotu peněz Jan Sokol vyjadřuje jako: *„Ve svobodné společnosti, která nutné koordinace činností svých členů nedosahuje násilím, nýbrž přitažlivostí hodnot, to znamená nejčastěji peněz, znamenají peníze přirozeně také jistou moc“* (Sokol, 2010, s. 168). V dnešní moderní společnosti obstarává stát veřejné statky (myšleno tím finanční zdroje na

pokrytí zdravotních a sociálních služeb a některých veřejných služeb) formou přímých a nepřímých daní, dále systémem sociálního a zdravotního pojištění.

Státu je svěřena určitá moc v oblasti stanovování priorit zdravotní a sociální politiky a tedy i alokace finančních zdrojů do těchto oblastí. Pokud nebude v podvědomí hodnota zdraví u většiny politických aktérů rozhodujících o financování veřejných služeb jako nejvyšší priorita rozvoje sociálního kapitálu ve společnosti, budou trvale růst náklady na veřejné sociální a zdravotní služby. Jan Holčík k problematice hodnoty peněz uvádí, že: „*Může se stát, že si někdo neuvědomí šíři a mnohotvárnost lidských hodnot a podlehne iluzi, že jedinou hodnotou jsou peníze, za které si všechno koupí. Jakkoli jsou peníze pro péči o zdraví nesmírně důležité, neměly by být považovány za hodnotu jedinou"* (Holčík, 2005, s. 2).

Hodnotou z hlediska filozofie můžeme označit jako něco, čeho si vážíme a vynakládáme značné úsilí k jejímu dosažení (Sokol, 2010). Hodnoty se během života každého jedince mění a ovlivňují naše myšlení, jednání a toto utváření hodnot u člověka funguje i v opačném měřítku. To znamená, že uvědomění si určité hodnoty, která je pro člověka důležitá, přizpůsobuje svoje jednání k dosažení svého cíle, tedy co je pro něj důležité a hodnotné.

Člověk se od dětství učí od svých rodičů, ve škole a ve svém prostředí zásadám správnému jednání, které později používáme automaticky a vůbec o nich nepřemýšlíme. Jan Sokol uvádí, že: *„"Díky tomu, co jsme se takhle v dětství naučili, můžeme většinu běžných věcí dělat skoro automaticky, bez přemýšlení a s jistotou, protože tak se dělá. Nezatěžují nám hlavu a uspokojují i naše okolí: takhle se to u nás dělá. „* (Sokol, 2007, s. 149). Toto jednání dle Jana Sokola je nazýváno odlehčení, neboť ve společnosti ve které žijeme a jednáme všichni stejně, dáváme si tak najevo, že k sobě patříme a můžeme si navzájem důvěřovat.

Jan Sokol se zabývá ve své knize třemi úrovněmi ovlivňující naše jednání a chování, které se utvářejí během života člověka. Mezi tyto základní úrovně lidského jednání a chování patří zejména mrav, morálka a etika, které jsou součástí vývoje hodnot u člověka. Naučené vzorce chování vytvářejí společenské mravy, které jsou vysoce hodnoceny, neboť členové společnosti jsou nuceni chovat se očekávaným způsobem. Jednou z úrovní je společenský mrav, který je založen na vzájemném a předvídatelném chování a jednání (uniformita) všech lidí ve společnosti. Jan Sokol uvádí, že*: „..(..)…základní společenský mrav pro každou společnost, malou i velkou, tak důležitý, musí si ho tato společnost umět také vynutit"* (Sokol, 2010, s. 172). V praxi to znamená, že základním mravům se člověk učí

nejprve od svých rodičů, kde získává základní návyky společenského chování například chování vůči starším lidem, vztahům mezi lidmi. Další úroveň, která řídí naše jednání je morálka, která se vyznačuje tím, že každý člověk má sám soudit a zvažovat. Morálka naproti mravu je velmi individuální, neboť mrav je kolektivní záležitostí. Individuální morálka a osobní mravní odpovědnost je základem pro lidskou společnost a její další vývoj. Etika je třetí vrstvou, která nutí člověka hledat „ dobrý život", chce být lepší (Sokol, 2010). Vlastimil Hála, který se ve své knize zabývá výkladem hodnot filosofa Hartmanna, uvádí, že*:" Hodnoty samy o sobě nemají determinující moc. Je to lidská bytost, jež je schopna adekvátním způsobem na „výzvu" hodnot odpovídat a v případě hodnot mravních je realizovat-anebo se jejich apelu vzepřít"* (Hála, 2009, s. 49).

Sociolog Libor Prudký uvádí, že: *„Hodnoty můžeme chápat jako produkt subjektivního vztahu ke skutečnosti"* (Prudký, 2009, s. 24-25). Tento autor se svými spolupracovníky se velice podrobně zabývá etickými hodnotami a postoji ze všech možných úhlů pohledu ve své knize Studie o hodnotách. Libor Prudký a kolektiv uvádí, že*: „Etické hodnoty a etické normy také vymezují vzájemné vztahy mezi lidmi, a to zejména vztahy v rámci určitých společenských skupin a pospolitosti..(..)..které umožňují sdílení společných hodnot, generování těchto hodnot a tím i záruky udržitelného vývoje"* (Prudký a kol, 2009, s. 20). Člověk sám rozhoduje, jaký vztah zaujme k určité hodnotě, zda ji přijme nebo odmítne. Můžeme definovat různé zdroje utváření hodnot, které ovlivňují vztahy mezi člověkem a subjektivním vnímáním hodnot. Na utváření hodnot během našeho života nás ovlivňuje míra naší svobody a to ve vztahu k svobodnému jednání vůči ostatním lidem.

Schopnost člověka rozlišovat co je hodnotné a čeho chce dosáhnout je tedy závislá na jeho svobodném jednání. Svobodné jednání člověka nesmí však omezovat svobodu jiného člověka. Jedinec si musí uvědomovat i hranice svého svobodného jednání, dbát určitých společenských pravidel a umět přijímat odpovědnost za své skutky. Dle Jana Sokola je jednání v souvislosti se svobodou definováno takto: *„Jednání je víc než jen reakce. Je víc především proto, že sleduje nějaký cíl, který je můj, nikoliv jen vynucený okolnostmi. Schopnost nacházet, hodnotit a trvale sledovat nějaké více méně vzdálené cíle, které nejsou na dosah ruky, které nemám přímo před očima - jedním slovem cílevědomost – je také jedním z významných rysů člověka a jeho jednání"* (Sokol, 2010, s. 69).

Inna Čábelková k pojetí svobodného jednání uvádí, že: „Aby *mohl vznikat a rozvíjet se prostor svobody ve společnosti, je nezbytné, aby jedinec, skupina či společenství usilovali o rozšíření nabídky šancí obecně"* (Prudký a kol, 2009, s. 138). Autorka v souvislosti se svobodou dává do popředí také důraz na solidaritu a soudržnost ve společnosti. **Člověk**

může svým správným svobodným jednáním ovlivňovat nejen sebe, ale také ostatní lidi ve společnosti. V následující kapitole se budu věnovat hodnotě zdraví a jejímu významu ve vztahu k formování zdravotnického systému.

1.1 Hodnota zdraví

Často citovaná definice zdraví (věta z Preambule ustavujícího dokumentu či ústavy Světové zdravotnické organizacie) zdůrazňuje, že zdraví není jen nepřítomnost nemoci nebo postižení („infirmity"), ale „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody"[3]. Pojem pohody („well-being") v sobě zahrnuje odkaz na pozitivní obsah, smysl a potenciál slova zdraví, který představuje jako ideální hodnotu a cíl, o který se má a lze usilovat. Haškovcová (2007) v této souvislosti upozorňuje na hodnotový, ale i kulturně podmíněný význam slova „pohoda", který je hluboce zakotven v židovsko křesťanské tradici. Tento pojem („šalom") lze překládat také jako smíření a ve Starém zákoně se vyskytuje 250krát. Etická relevnace a konotace pojmu zdraví je tedy zřejmá. Pojem zdraví tak odkazuje k celku a integritě člověka jako osoby. Jak uvádí Holčík (1995:24), slovo „zdraví" má lingvisticky úzký vztah k pojmu „celek". Anglické slovo „health" vzniklo ze staroanglického slova „hale", které má bezprostřední vztah ke slovu „whole" (celý, zdravý). Podobně německé „heil" znamená celek i zdraví. Ve slovanských jazycích se sice již oddělily, ale např., když se rána hojí, říkáme, že se zaceluje.

„Zdraví má výraznou objektivní i subjektivní složku. Čím hlouběji je studováno, tím výrazněji vystupuje jeho celostní a hodnotový charakter „(Holčík, 1995:24). Pozitivní apekty zdraví často dokážeme obtížně postihnout a měřit a hodnotu zdraví si často uvědomujeme až tehdy, kdy je v ohrožení buď naše vlastní zdraví, nebo zdraví někoho blízkého. Pojmy jako „pohoda" („well-being") jsou značně široké a těžko uchopitelné a lze je chápat ve vztahu k multidimenzionálními konceptu „kvality života", který v sobě zahrnuje různé prvky subjektivní i objektivní, materiální, spirituální, sociální i ekologické.

Na hodnotu zdraví se také můžeme podívat jako na nástroj a výsledek skupinové kontroly, kdy jedinec musí přizpůsobovat své chování zájmům skupiny. Libor Prudký hovoří o *významu skupinové dynamiky*, která má velký vliv na utváření a vznik hodnot ve společnosti, podporuje rozvoj skupiny a členů (Holčík, 2008). Hodnotu je možné také

[3] Preambule Ústavy Světové zdravotnické organizace ve znění přijatém na Mezinárodní konferenci o zdraví, která se konala v New Yorku dne 19.-22. června 1946, a která byla podepsána dne 22. července 1946 zástupci 61 států (Oficiální věstník Světové zdravotnické organizace č. 2., str. 100) a vstoupila v platnost dne 7. dubna 1948. Definice dostupná online http://www.who.int/about/definition/en/print.html

vnímat tak, že pokud si člověk neuvědomuje vlastní svobodu a možnost svobodného jednání, neuvědomuje si váhu hodnoty v oblasti zdraví. Jan Holčík uvádí, že: „*V dobách nesvobody lidé nemají možnost formovat svůj život. Není co vybírat. Význam hodnot narůstá s růstem svobody a do určité míry i s ekonomickým rozvojem společnosti“* (Holčík, 2005, s. 2). Toto vyjádření Jana Holčíka můžeme vztáhnout k hodnocení zdraví v období totalitních režimů (1948-1989). Určitě v tomto období byla hodnota zdraví vnímána občany, ale je také důležité, jak byly hodnoty směřovány k cíli - zdraví občanů. Aplikujeme-li hodnocení cílového stavu - zdraví, musíme si uvědomit, že nejdůležitější je vnímání a hodnocení vlastního zdraví jedince. Velkou úlohu v systému zdravotnictví má vzdělávání, neboť nedostatečně zdravotně gramotní jedinci si neuvědomí ani hodnotu zdraví jako významného předpokladu své úspěšné budoucnosti. Hodnotu zdraví dle Jana Holčíka, vnímá nejen člověk, který onemocní, ale také většina zdravých lidí. Uvědomění si hodnoty zdraví je podmíněno výchovou lidí ke zdravému způsobu života v rodině už od dětství. Společnost by měla vnímat hodnotu zdraví nejen z pohledu individuální záležitosti člověka, ale měla by vytvářet podmínky, jak zlepšit zdraví lidí vhodnými metodami (legislativa, vzdělávání, zvyšování zdravotní gramotnosti apod.).

Hodnotu zdraví můžeme vyjádřit dvojím způsobem, jednak jako individuální hodnotu zdraví a jednak sociální hodnotu zdraví. Jan Holčík hodnotu zdraví definuje jako: *„Individuální hodnota zdraví je spojena s pudem sebezáchovy. Bohužel, hodnotu zdraví si mnozí lidé uvědomují, až když onemocnění. Cestou k lepšímu pochopení hodnoty zdraví by měla být výchova posilující důstojnost a svébytnost lidí“* (Holčík, 2009, s. 46). Sociální hodnota zdraví má celospolečenský rozměr, jednak ve vztahu k ekonomice státu a alokaci zdrojů ve zdravotnickém a sociálním systému. Pokud nejsou vytvořeny podmínky jako dostatečné financování systému, solidarita zdravých a nemocných, chudých a bohatých, dostupná síť zdravotních služeb dále preventivní opatření, budou se zhoršovat podmínky pro zachování zdraví.

Stát bude muset více alokovat finanční prostředky do segmentu zdravotních a sociálních služeb. Jan Holčík uvádí, že: „*Sociální hodnota zdraví vychází z poznání, že každý populační celek, má-li přežít, musí věnovat pozornost zdraví lidí“* (Holčík, 2008, s. 4). **Zdraví je tedy hodnotou individuální, ale také zároveň hodnotou společenskou, neboť sociální podmínky v životě člověka jsou důležité pro celkové vnímání zdraví jedince, které se utváří rodinnými a komunitními vazbami, zaměstnáním a zapojením do občanské společnosti**. Pokud je společnost zaměřená na podporu zdraví člověka, má to nepochybně dopad na zlepšení zdraví jedince, ale i na ekonomiku společnosti.

1.2 Solidarita ve společnosti

Na úvod o zamyšlení se nad solidaritou jako hodnotou ve společnosti, jsem si vybrala vyjádření Tomáše Garrigue Masaryka, kterou uvádí Vojtěch Krebs a kol. Ve své knize Sociální politika. *„Solidarita je etickým příkazem, neboť člověk je dlužníkem společnosti, a zříká-li se svých práv, privilegii, ve shodě s ideou solidarity, je to jen splácení dluhů za prospěch, který skýtá společnost jednotlivci, rovněž jako dluh generacím minulým, jejichž statky nakupené pílí jsou mu k dispozici, a povinností všech lidí je solidárně pracovat na rozhojnění tohoto bohatství“* (Krebs, 2007, s. 33).

Tato pojednání o solidaritě vyjadřuje myšlenku etického chování a jednání mezi lidmi a vztahu ke společnosti. Hodnotu solidarita jsem si vybrala proto, neboť její historický vývoj úzce souvisí s rozvojem zdravotnického systému a alokaci finančních zdrojů do oblasti zdraví. Solidarita je výrazem lidského porozumění a vzájemné pospolitosti lidí. Významně podporuje vzájemnou soudržnost ve společnosti na základě svobodné vůle lidí a ochoty podřizovat se širším zájmům společnosti.

Solidarita je jednou z nejstarších etických hodnot, která má své kořeny již v tradičních společnostech. Postupně se z principu solidarity vyvíjely sociální a zdravotní systémy. Solidaritu můžeme dělit dle různých hledisek, například dle toho v jakém měřítku se uplatňuje:

a) mezinárodní, aktivity mezinárodních společností, Světové zdravotnické organizace (dále jen SZO), Rady Evropy

b) celostátní, organizovanou státem pomocí institucí, jedinců

c) místní v rámci užších sociálních skupin

d) jednotlivců a rodin - jedná se například o mezigenerační solidaritu.

Vojtěch Krebs a kol. Uvádějí, že: *„Solidarita je výrazem lidského porozumění a pospolitosti, vzájemné soudržnosti a také odpovědnosti“* (Krebs a kol, 2007, s. 43). Solidarita dle Vojtěcha Krebse je také uvědomování si vlastní odpovědnosti sám za sebe, ale také znamená podporu a rozvoj celospolečenského vnímání solidarity v širším smyslu. V praxi to znamená, jaká je role státu v redistribuci veřejných prostředků vůči zdravým a nemocným a bohatým a chudým. Solidarita má etickou hodnotu, neboť ti kteří přispívají formou daní a zdravotním a sociálním pojištěním do státního rozpočtu, chtějí vědět, jak jsou tyto finanční prostředky rozdělovány. Stát uplatňuje vůči občanům celospolečenskou solidaritu, která může přinášet i negativní reakce od občanů. Vojtěch Krebs a kolektiv o této solidaritě uvádějí, že: „*Solidarita totiž není jen záležitostí těch, kdo ze solidárních fondů*

získávají, ale je zároveň i záležitostí těch, kdož do těchto fondů přispívají..(..).Oprávněná je otázka, zda je tedy etické a v zájmu společnosti zbavovat jiné jedince značné části jejich legitimních příjmů a zda se v zájmu sociální spravedlnosti jedněch nedopouštíme nespravedlnosti vůči druhým" (Krebs a kol,2007,s. 459). **Záleží tedy na rozumné distribuci veřejných zdrojů, aby se pomoc dostala opravdu těm nejpotřebnějším a nemělo to negativní vliv na vnímání lidí v souvislosti s vynucenou solidaritou státem.**

1.2.1 Historie vzniku solidarity

Podíváme-li se do historie vzniku solidarity, nesmíme opomenout nejstarší právní a etické kodexy, které obsahovaly právní normy v dané společnosti. V těchto pramenech můžeme najít i známky o solidaritě uvnitř společnosti. Jan Sokol se ve své knize Moc, peníze a právo věnuje počátkům právních kodexů, které ovlivnily vývoj solidarity, použiji v této pasáži myšlenky z jeho knihy. V tomto kontextu vývoje práva se například zmíním o židovské Tóře (Zákon Mojžíšův, druhá polovina 7. stol. př. n. l.). Tóra ve svém pojetí dle Jana Sokola zdůrazňuje lidskou solidaritu, dále pomoc nemajetným a slabším.

Jan Sokol uvádí, že*: „Každý padesátý rok (tj. po sedmkrát sedmi letech) je potom „milostivé léto", kdy je potřeba propustit (izraelské) otroky, kdy se ruší dluhy (Lv 25) a kdy se koupená půda vrací původnímu majiteli. (...) Na to navazují pozoruhodná ustanovení humanitární či sociální, např. na ochranu chudých, vdov a sirotků"* (Sokol, 2002, s. 167). Dále Jan Sokol uvádí, že: *„Jádrem mravně - právního učení Tóry je slavné Desatero (Dekalog), soupis hlavních příkazů a zákazů jednak vůči Hospodinu, jednak vůči lidem"* (Sokol, 2007 s. 166). Desatero můžeme vnímat jako etické minimum chování a jednání lidí. V souvislosti s hledáním prvních známek solidárního chování mezi lidmi, uvedu páté přikázání, které přikazuje dětem postarat se o své rodiče. Můžeme se tedy domnívat, že tento příkaz byl myšlen jako povinnost dětí starat se o své rodiče jak v nemoci, tak v pomoci ve stáří. Jan Sokol uvádí, že: *„ Cti svého otce i matku, abys byl dlouho živ na zemi, kterou ti dává Hospodin, tvůj Bůh. Pak následují velice stručné zákazy, týkající se jednání vůči druhým lidem"* (Sokol, 2007, s. 167).

1.2.2 Paternalistický a charitativní model solidarity

Historicky nejstarší modely solidarity jsou paternalistický a charitativní model. Igor Tomeš uvádí, že: „*Paternalistická péče byla nedílnou součástí vládnoucích struktur jako důležitý nástroj vlády tlumení sociálního napětí ... vládní struktura určovala sociální potřeby, na které bude reagovat, i způsob a rozsah jejich uspokojení, přídělový princip"* (Tomeš, 2001, s. 34). Helena Haškovcová popisuje charitativní péči jako: *„Vůdčí myšlenkou*

pomoci byla láska k bližnímu (řec. charitas = dobročinnost, lidumilství) opírající se o tři dary Boží milosti: víru, naději a lásku (..) Hlavním a dlouhou dobu jediným cílem všech charitativních snah bylo materiální zajištění starých a nesoběstačných lidí" (Haškovcová, 2010, s. 184). Paternalistický model se rozvinul z rodové solidarity, která byla založena na společném úsilí přežití, kdy hlavním ochráncem rodu nebo kmenu byl náčelník. Uvnitř rodu panoval systém přerozdělování potravy a podílu jednotlivých členů dle jejich schopností přispívat svou prací na tvorbě obživy. Igor Tomeš uvádí, že: *„Rodová solidarita nevytvářela žádné zvláštní instituce pro potřebné členy, ale řešila jejich problémy v daném rodovém či rodinném uspořádání. Kmenová solidarita ovládaná náčelníkem se vyvinula v paternalismus"* (Tomeš, 2001, s. 33). Po rozpadu rodových společností se uplatňuje paternalistický model solidarity, který je založen na systému dělby práce a přídělového systému pro všechny lidi uvnitř dané společnosti. Nejvyšší pozici v tomto uspořádání měl náčelník nebo feudál, který přiděloval prostředky všem potřebným (přídělovým systémem).

Důvodem rozpadu rodových společností dle Jana Sokola je vznik panství, které se vyznačuje hromaděním a kumulací moci do jedněch rukou. Jan Sokol uvádí, že*: „V nejjednodušších lidských společenstvích, která se živí sběrem a lovem, se panství uplatňuje spíše příležitostně. Jeho význam prudce roste teprve ve společenstvích, která dovedou hromadit zásoby, přebytky majetek"* (Sokol, 2007, s. 35).

O tomto modelu můžeme říci, že má známky státní pomoci, neboť se o sociální a zdravotní potřeby staral stát (například v Řecku a v Římě za doby Sokrata, Platóna a Aristotela). Genezí solidarity se podrobně věnuje Igor Tomeš ve své knize Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenost, budu tedy z tohoto uceleného přehledu čerpat a uvedu nejpodstatnější části týkajících se solidarity. Státní model solidarity je již popisován za vlády krále Chammurapiho v 18. st. př. n. l., a jeho hlavní funkcí bylo tlumení sociálního napětí mezi lidmi. Igor Tomeš uvádí, že: *„Mnohé náznaky oficiálních postojů ke společenskému uspořádání lze nicméně vyčíst z egyptských pojednání a nápisů, z babylonských záznamů, zvláště pak ze zákoníku připisovaného Chammurapimu (1728 - 1686 př.n.l.), ze starých knih Indie a židovských zákonů, z náboženského učení a čínských teologických a etických doktrín"* (Tomeš, 2001, s. 34). Mezi první řízenou státní podporu můžeme dle dostupných materiálů zařadit sociální podporu vojáků za vlády Chammurapiho, kterým přiděloval jednak půdu, ale také zároveň se stát staral o vdovy a nezletilé děti. O počátcích státní solidarity můžeme také mluvit již za života filosofa Platóna (427 - 347 př.n.l.), který ve svém díle Politeia „*Dokonalá společnost*" uvádí, že se má stát starat o nedospělé děti formou rodiny a nemocným lidem má být poskytnuta lékařská péče.

Paradoxem této myšlenky je, že se má pomoci pouze těm, u kterých je naděje návratu do společnosti jako užiteční práceschopní lidé.

Dalším významným myslitelem byl filosof Aristoteles (384 - 322 př. n. l.), který významně ovlivnil řecké a obecně evropské myšlení a filozofii. Nabádal své spoluobčany, aby pomáhali chudým a nemocným lidem, kteří si nemohli sami opatřit obživu, neboť chudí občané ohrožovali stát tím, že se soustřeďovali ve velkých městech. V Athénách se poprvé objevil systém testování majetku a příjmu obyvatel, určující hranici státní podpory ve formě diet (příděl obilí, chleba). Ve starém Římě si svobodní řemeslníci vzájemně pomáhali, neboť si uvědomovali, že jejich životní úroveň je závislá na jejich práci. Zakládali spolky, *collegia*, za účelem vzájemné pomoci v případě podpory v nemoci a smrti některého z nich. Tyto spolky měly velký význam a vliv ve vzájemné solidaritě, a proto za vlády Marka Aurelia (180 - 161 př. n. l.) byly podřízeny státnímu dozoru. Ze systému pomoci státu byli často vyřazeni otroci a barbaři, o pomoc státu se mohli ucházet pouze svobodní občané. Římský myslitel Seneca (4 př.n.l. - 65 n.l.) se zabýval funkcí státu a jeho sociální podporou potřebným, kde zastává myšlenku, že stát a zákony nemohou zlepšit mravy občanů. Dobro se má prokazovat každému člověku, neboť každý člověk je roven tomu druhému svou vlastní přirozeností a klade důraz na altruismus v poskytování pomoci druhým (Tomeš, 2001).

Můžeme říci, že na jeho filantropické myšlenky odpovědělo křesťanství, které má velký význam v rozvoji solidarity. Křesťanství klade před lidstvo novou absolutní hodnotu a to věčný život povýšený nad hodnoty zdraví, moci a bohatství. Z učení Ježíšova vznikl základ pro filantropii, založenou především na dobrovolné činnosti a sousedské výpomoci. Křesťanská filantropie tedy potlačuje známky paternalistického modelu, neboť nemá známky systémové péče o potřebné, ale je založena na individualizované pomoci (Tomeš, 2001). Igor Tomeš v této souvislosti uvádí, že: *„Křesťanská filantropie s sebou přinesla nové prvky. Předně to byla náhodná činnost, která neměla povahu systémové péče, jakou nabízel despotický paternalismus. Za druhé nešlo o „otcovskou péči“, ale o „sousedskou výpomoc“. Za třetí tato pomoc byla zpravidla institucionalizovaná a individualizovaná. Za čtvrté byla dobrovolná“* (Tomeš, 2001, s. 38). Ve středověku růst chudoby (v 13 a 14 st. V evropských zemích, ve Francii už v 11. st.) způsobil změnu v péči o chudé. Církev se dokázala postarat pouze o ty nejpotřebnější, chudé, nemocné a slepé lidi. Povinnost péče byla přenesena na šlechtu a obce, například v Anglii za vlády Jindřicha VIII (1509 - 1547) a Alžběty (1558 - 1603) vznikl Alžbětin Kodex chudých (1597).

Významní představitelé české meziválečné sociální poltiky Karel Engliš[4] a Josef Macek zdůrazňovali pozitivní roli občanské přímé solidarity a dobročinnosti, která by neměla být nahrazena státem, ale měla by být přirozenou součástí sociální politiky. „*Bylo by však pochybeno, chtíti snad nahraditi vůbec a ve všech směrech soukromou dobročinnost chudinstvím veřejným; to by znamenalo nechati pro společnost nevyužitkovány velmi cenné kvality, dřímající v povaze lidské; naopak bude dobře využitkovati plně těchto kvalit, ale pokud možno nejhospodárněji, tedy působiti k jich organisaci a k účelnému přičlánkování k péči veřejné*." (Engliš, 1921:35-36) „Chudinství veřejnému stojí po boku chudinství soukromé, dnes hlavně spolkové, které předcházelo chudinství veřejnému. I dnes mu připadá úkol ukazovati cesty chudinství veřejnému, dávati více, než může dáti chudinství veřejné."

Igor Tomeš uvádí, že: „*Byl první ucelenou legislativou chudinské péče. K jeho vzniku přispěla i okolnost, že nastupující měšťanstvo získalo pozemky zrušením klášterů, ale současně s nimi zrušilo i všechny církevní instituce péče o chudinu…vznikla první novodobá chudinská péče, subvencovaná z veřejných prostředků získaných všeobecnými přímými daněmi"* (Tomeš, 2001, s. 41). Ve Francii v období 16. století narostly velké problémy s tuláky a žebráky, kteří ohrožovali města a obce. Francouzský král Karel IX. (1550 - 1574) vydal královský edikt zvaný Moulinský (1566), který stanovil zásadu nároku na almužnu žebrákovi usídleného v obci. Král Ludvík XIV za své vlády v roce 1656 nechal vystavět v Paříži „*hospital général*" (chudobince), které se začaly rozšiřovat po celém království, kam se zavírali potulní žebráci (Tomeš, 2001).

V Čechách v 17. století přibývalo mnoho tuláků a bylo nutné tuto situaci řešit. Jaroslava Žáková ve své diplomové práci Historické proměny nezaměstnanosti uvádí k problematice žebráctví, že: *„V roce 1661 byl přijat patent o tulácích a žebrácích, který umožnil obcím přiznávat právo žebrat pouze práce neschopné chudině. O chudé a nemocné práce neschopné osoby pečovala hlavně církev a to až do roku 1785, kdy bylo vydáno*

[4] Karel Engliš (17. 8. 1880 Hrabyně u Opavy – 13. 6. 1961 tamtéž), český národohospodář a československý politik, významný český národohospodářský teoretik i praktik, tvůrce teleologické hospodářské teorie, pracoval po studiu práv v Mnichově a v Praze v české zemské statistické službě a na vídeňském ministerstvu obchodu. V roce 1911 se stal profesorem národního hospodářství na české technice v Brně, po vzniku Československa se zasloužil o vznik Masarykovy univerzity a byl jejím prvním rektorem; byl několikrát členem vlády jako ministr financí. Od roku 1934 do zániku ČSR pečoval o pevnou měnu jako guvernér Národní banky. V roce 1947 byl zvolen rektorem Univerzity Karlovy, ale řádění akčních výborů v únoru 1948 jej donutilo k rezignaci. V roce 1952 byl vypovězen z Prahy do rodné Hrabyně, a byl mu dokonce odejmut důchod. (Churaň Milan a kol. Kdo byl kdo v našich dějinách ve 20. století. Nakl. Libri, Praha 1998)

nařízení pro Království české, které tuto povinnost uložilo vrchnosti (vydání nařízení pro Království české z 19. srpna 1785 podle dvorského dekretu ze dne 26. 11. 1784, jímž byla tato povinnost uložena vrchnosti a od roku 1854 obcím). V roce 1868 pak byla v českých zemích uzákoněna zásada, že péče se poskytuje pouze chudým s domovským právem" (Žáková, 2010, s. 20).

1.2.3 Solidarita v období osvícenství

Dalším významným mezníkem vývoje solidarity bylo období osvícenství, které ovlivnilo další vývoj solidarity mezi lidmi. V tomto období J. J. Rousseau jako první formuloval přirozená práva člověka, a to zejména právo na život a vlastní existenci (Tomeš, 2001). Jan Sokol se ve své knize Moc, peníze a právo se ve své knize věnuje vývoji lidských práv, které mají vliv na vývoj solidarity. Jan Sokol k vývoji přirozených lidských práv uvádí, že*: „Jako nejúčinnější a nejbezpečnější se zdála forma „deklarace", tj. prostého, byť slavnostního konstatování nepochybného faktu. Proti tendencím vykládat svobody občanů jako (panovníkem) udělovaná privilegia se autoři deklarací obracejí k „přírodě": člověk má tato práva „od přírody". Člověk dle Rousseaua má tyto práva od přírody, neboť se rodí svobodný"* (Sokol, 2007, s. 262). Lidská práva se neustále vyvíjí, a v posledním půlstoletí nasbírala mnoho zkušeností a byl sestaven přehled lidských práv. Koncept lidských práv má však své slabiny, které byly zneužívány totalitními režimy a byly vykládány dle svých potřeb moci. Lidská a občanská práva jsou kulturním a společenským výtvorem, který se vyvíjel po celá tisíciletí. Je to výsledkem i mnoha západního přesvědčení, že svoboda každého je prospěšná i pro společnost, neboť lépe šíří dobré než zlé. Subjektivní právo pro člověka je zároveň vymahatelné na druhém člověku. Autoři první francouzské Deklarace si zároveň uvědomovali, že k právům patří i povinnosti, které se však časem vytratily (Sokol, 2007).

Je nutné podotknout, že každý člověk by měl chápat svá subjektivní práva jako zároveň svou povinnost vůči druhým lidem (Sokol, 2007). Jan Sokol uvádí, že*: „(..) pravidla, jimiž se řídí lidské jednání a společenské soužití, jakkoli kulturně a společensky rozvinutá, kultivovaná a symbolizovaná až k nepoznání, mají své velmi hluboké kořeny v dávné minulosti lidstva a že mají tedy jednak pozoruhodně univerzální společné jádro, jednak že jsou pevně zakotvená v samé povaze lidství, kterými se řídí lidské jednání a společenské soužití mají své hluboké kořeny a mají univerzální společné jádro pro všechny kultury, které jsou zakotveny v povaze lidství"* (Sokol, 2007, s. 271).

1.2.4 Primární a sekundární solidarita

Celý vývoj solidarity můžeme také shrnout do pojmů jako je primární a sekundární solidarita. Sociolog Jan Keller, který je jedním ze současných autorů zabývající se solidaritou v rámci sociálního státu, uvádí, že: *„Původní formy solidarity měly podobu vzájemnosti, která byla dána společnou příslušností ke skupinám rodinným, příbuzenským, sousedským, později také gildovním, cechovním, církevním a podobně. Takové přirozeně vzniklé skupiny fungovaly jako seberegulační systémy, jež udržovaly v rovnováze pomocí mobilizace svých vlastních zdroj"* (Keller, 2006, s. 91). Působením trhu a státní moci ve společnosti se pomalu odstraňuje forma primární solidarity. Státní moc je založena na principu kontroly a ochrany života občanů různými právními normami, a tak přispěla ke vzniku sekundární solidarity.

V evropském regionu můžeme popsat různé koncepty států založené na různých formách sekundární solidarity, kde již můžeme sledovat organizovanou solidaritu státem a počátky vývoje etické hodnoty dostupnosti zdraví pro širší vrstvy obyvatelstva (Keller, 2006). Na tento historický vývoj navázal vývoj moderních institucí, které rozvíjely různá pojetí solidarity, spočívající buď v poskytování sociální pomoci jednotlivcům, nebo skupinám obyvatelstva. Igor Tomeš (2001) rozděluje jednotlivé formy solidarity jako reziduální pojetí (liberální stát), korporativní pojetí (sociálně právní stát) a institucionální pojetí (sociální stát). **Stručný popis charakteristiky jednotlivých typů státu, považuji za důležité východisko pro další diskusi. Popíšu v jednotlivých typech sociálních států vztah solidarity směrem k zdravotní (zdravý a nemocný, chudý a bohatý) a zaměřím se na alokaci finančních zdrojů. V každém typu státu budou popsány a diskutovány slabé a silné stránky vzhledem k solidaritě. Česká republika během svého historického vývoje až do současnosti prošla několika typy režimů sociálního státu. Do roku 1918 byl Český stát součástí Rakouska Uherska, kde byly položeny základy sociálního pojištění (korporativní pojetí) a tento koncept se zachoval i během 2. Světové války. Po roce 1947 byl nastaven koncept dle britského univerzálního pojišťovacího systému. V rámci politických změn po roce 1948, kdy se moci ujala komunistická strana, a rozvíjel se sociální stát se sociálně-demokratickými principy. Dle Dekenovy typologie sociálních států je tento stát nazýván *leninským režimem, která má rysy* univerzalismu a korporativní pojetí (Deken, 1992) v současné době se v České republice uplatňuje také korporativní pojetí, ale dle Martina Potůčka je Český stát *deformován neoliberálním viděním světa.* (Potůček, 2011)**

1.3 Typologie sociálních států

1.3.1 Koncept liberálního státu (reziduální pojetí)

Jedním z konceptů je reziduální pojetí, liberální stát podporuje myšlenku liberalismu. Vojtěch Krebs se zajímavě vyjadřuje o liberalismu jako: „ (…)*...myšlenkový koncept, který staví na osobní svobodě a individuální odpovědnosti. Sociální prospěch a blahobyt každého je závislý především na něm samém, jeho výkonu, osobním nasazení a ochotě nést rizika"* (Krebs, 2007, s. 27). Igor Tomeš se ve své knize Sociální politika a mezinárodní zkušenost se také věnuje výkladem liberálního státu, který vychází z institucionalizované filantropie a to z období středověké formy chudinské péče. Rozhodování o svých příjmech a výdajích bylo na občanech. Dále Igor Tomeš uvádí, že: *„Liberální stát ponechával občanu na vůli rozhodovat o svých příjmech a výdajích, tedy i o darech jiným. Liberální stát nepovažoval za svou povinnost starat se o lidi v nouzi"* (Tomeš, 2001. s. 33).

Pojetí státu je tedy založeno na efektivitě svobodného trhu a podporuje výrazně motivaci lidí, aby se sami zabezpečili v rámci sociálních a zdravotních potřeb. Povinnost postarat se o chudé a nemocné přechází ze státu na nestátní subjekty a obce. Měl přínos pro vznik pracovněprávního zákonodárství a soukromoprávního pojištění. Například v Anglii v 16. st. nutil zákon tuláky, aby si svou almužnu odpracovali. V období alžbětinských reforem v 17. st. byl zvolen jiný přístup k lidem schopným a neschopným pracovat. Igor Tomeš uvádí, že*: „Byla zavedena kategorie chudých (nemocní a staří), kteří byli ubytováni v chudobincích, kdežto kategorie práceschopných byla ubytována v pracovních domech"* (Tomeš, 2001, s. 4).

V liberálním státě vznikla myšlenka soukromoprávního pojištění, kterou rozvinul Benvenuto Straccha (1509 - 1578) a Georg Olbrecht (1547 - 1612) a byla poprvé rozpracována první matematická statistika k pojišťování osob. Tuto statistiku pojištění dále rozpracovával Edmont Halley (1656 - 1752), který sestavil tabulky k výpočtu životní renty a podpořil tím vznik soukromého životního pojištění (Tomeš, 2001). Sociální pomoc je tedy zaměřena jen na ty nejpotřebnější. Gabriela Munková k tomu uvádí, že : „ .(..) *..liberální sociální stát, který lze charakterizovat dominancí testované sociální pomoci, skromnými universálními transfery a skromným systémem sociálního pojištění. Sociální dávky směřují především k nízkopříjmové klientele (dělnické třídě, osobám závislých na státu)"* (Munková, 2005, s. 49). Jan Keller uvádí, že: „*Liberální politika obecně nutí aktéry přijímání vlastní zodpovědnosti a jen ti, kdo v této oblasti selžou, mohou očekávat minimální pomoc, a to jen v případě, že doloží její potřebnost"* (Keller, 2005, s. 57). Dle autorky článku Evy Mitchell,

která se zabývá typologizací sociálních států dle Esping-Andersena, uvádí k liberalismu: *„Státní intervence do sociální oblasti jsou minimální a přicházejí na řadu, až, když rodina a trh selhávají. Úroveň sociálních dávek je zaměřena pouze na základní existenční potřeby, rodina je podporována převážně daňovými úlevami“* (Mitchell, 2011, s. 19). Tématice rozdělení sociálních států a jejich kritérií dle Espinga-Andersena se věnují Bohumila Čabanová a Gabriela Munková, které uvádějí, že: *„Stát povzbuzuje trh pasivně - garantováním jen minimálního přijmu nebo aktivně - dotováním sociálních schémat poskytovaných privátním sektorem. Důsledkem tohoto typu režimu je minimalizace dekomodifikace, omezování sociálních práv atd.“* (Potůček, 2005, s. 254).

Souhrnně lze říci, že liberální pojetí je založeno na tržním hospodářství, volné konkurenci a rodině. Jedinec má svobodnou vůli při vybírání si povolání, zaměstnání, a pokud pracuje, může se dostatečně zajistit v případě nemoci a stáří. Na jedince je kladena velká odpovědnost sám za sebe.

Liberální stát může fungovat pouze v období hospodářské a ekonomické stability státu, ale tehdy když jsou nastavená pravidla, která jim dává rovnost šancí a pravidla pro převzetí odpovědnosti a uplatňování solidarity s jinými jako podmínku pro vlastní svobodu. Největší trhlinou liberálního státu může být pokles tržní ekonomiky v období krize, kdy se jedinec nemůže například uplatnit na trhu práce a zůstane s minimem finančních prostředků. **Od státu dostane pouze existenční minimum v rámci sociálních dávek a tak může být člověk bez finančních prostředků ohrožen chudobou. Faktor chudoby může být i příčinou nedostupnosti zdravotní a sociální péče**. Příkladem modelu liberálního státu v Evropě je Velká Británie. Ze statistických údajů bych uvedla výdaje na sociální ochranu (výdaje na starobní a invalidní důchody, zdravotnictví, sociální služby) ve Velké Británií, kdy výdaje státního rozpočtu činily v roce 2005 50,5 %, kdy zaměstnanci přispěli z daní 47,9 % a osoby samostatně výdělečně činné 15,5 %. (Krebs, 2009).

1.3.2 Koncept sociálně právního státu (korporativní pojetí)

Dalším konceptem je korporativní pojetí, sociálně právní stát, který je protipólem liberalismu. Tento typ státu není výhradně založen na tržním hospodářství, ale dle Jiřího Musila:“*Se vyznačuje specifickou podobou organizace vztahů mezi státem, podnikateli, zaměstnanci a občany…(..) vyjednávání na centrální úrovni mezi těmito skupinami reflektuje a zároveň znejasňuje rozdíly mezi veřejným a soukromým sektorem“* (Prudký a kol, 2009, s. 170). Zajímavě se vyjadřuje o korporativním pojetí Igor Tomeš, který uvádí, že: *„Liberalismus podnítil svépomocnou solidaritu. Podobně jako kdysi v Římě. Solidarita mezi*

občany se „stejným osudem" vznikla v liberálním státě jako výsledek výrazného posunu od sousedské filantropie, charakterizované principem „jedni druhým", k vzájemnosti, charakterizované principem „sami sobě navzájem" nebo lépe „dnes ty mně, zítra já tobě" (Tomeš, 2001, s. 47). Hlavní myšlenkou je tedy pomoci „sami sobě navzájem". Podobně popisuje korporativní model Vojtěch Krebs jako: *„Hlavní myšlenkou tohoto typu je, že sociální potřeby mají být primárně uspokojovány na základě výkonu a produktivity .(...).je založen na širší kooperaci občanů a nejčastěji také na aplikaci obligatorního sociálního pojištění"* (Krebs, 2007, s. 52).

Historické prameny vzniku svépomocné solidarity popisuje Igor Tomeš, z jeho díla stručně popíši vývoj korporativního modelu. Již v období 12. století u horníků, kteří zakládali hornická bratrstva, pomáhali si *vzájemnou solidaritou*. Dále se tato solidarita uplatňovala především ve středověku u svobodných řemeslníků a obchodníků, kteří zakládali cechy, kde byla stanovena povinnost, starat se o nemocné a sirotky po zemřelých členech cechu. Filosofický základ institucionalizované solidarity položil August Comte (1798 - 1857) jeho velkým přínosem byla myšlenka přerozdělování finančních prostředků státu mezi potřebnou vytvářející solidaritu mezi lidmi (Tomeš, 2001). Korporativní pojetí státu ovlivnilo institucionalizovanou solidaritu, která vznikla v období konce 18. st. V Anglii, kdy byl vytvořen první základ sociálního pojištění, *„Friendly societies"*. Parlament schválil zákon na ochranu podpůrných spolku, ale jeho smyslem však nebyla ochrana dělníků, ale hlavním účelem bylo zestátnění finančních prostředků a dohled, aby nebyly peníze použity k financování stávek. Vláda si tyto spolky přeměnila do institucí pomáhající dělníkům v období jejich nemoci a v roce 1911 se „*Friendly societies*" staly nositeli prvního uceleného konceptu státního nemocenského pojištění (Tomeš, 2001).

V jiných evropských státech se dělnické podpůrné spolky staly nositeli uplatňování principu solidarity v sociálním zabezpečení. Konec 19. st. se stal významným mezníkem uplatňování této solidarity a za zakladatele celonárodního sociálního pojištění je považován Otto von Bismarck, který zavedl sociální pojištění pro široké vrstvy obyvatelstva. Bylo by se však mylné domnívat se, že tento krok měl chránit dělníky a jejich práva. Hlavní myšlenkou bylo podřídit politickému dozoru státní správy nemalé finanční prostředky z dělnických spolků a zabránit tak jejich potenciálnímu nekontrolovatelnému využití v situacích sociálního napětí ve společnosti. První sociální zákony byly schváleny v roce 1881, a celý systém pojištění byl uskutečněn ve třech sociálně pojišťovacích zákonech (nemocenské, úrazové a pojištění pro případ invalidity a stáří) a tento proces reforem byl dokončen v roce 1889. Můžeme tedy říci, že Německo se stalo historicky prvním státem, který zavedl národní

zdravotní program, který s sebou nesl i prvky sociálního zabezpečení.

Hana Janečková a Helena Hnilicová uvádějí, že*: „Podstatou bismarkovského modelu jsou finanční příspěvky, které každý občan povinně odvádí do fondu zdravotních pojišťoven – veřejnoprávních subjektů neziskového charakteru - bez ohledu na rozsah své budoucí spotřeby zdravotní péče (princip sociální solidarity). Pojišťovny pak z takto vytvořeného fondu proplácejí lékařům a nemocnicím, se kterými mají uzavřené smlouvy, poskytnutou péči“* (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 90-91).

Bismarkovský model financování se rozšířil i do ostatních zemí. Z hlediska dostupnosti pro různé socioekonomické skupiny je tento model z pohledu solidarity nejspravedlivějším konceptem. Občané mají zajištěné zdravotní péči v rámci solidárního zdravotního pojištění a sociální potřeby prostřednictvím sociálního pojištění na různé sociální události (stáří, nezaměstnanost, invalidita a podobně). Eva Mitchell k tomuto typu státu uvádí, že: „ *Systém se zaměřuje především na ochranu osob, které nejsou zaměstnány z důvodu zdravotního postižení, ztráty pracovního místa, odchodu do důchodu apod. Sociální dávky jsou závislé na době pojištění a výši odváděného pojistného“* (Mitchell, 2010).

Negativní stránkou tohoto pojetí státu může být nedostatečná pružnost systému, který neklade odpovědnost a zároveň nemotivuje jedince, aby se zajistil v případě stáří a nemoci. Občan se může svobodně rozhodnout, zda bude další finanční prostředky ukládat pro případ nemoci a stáří. Často v těchto případech spoléhá na pomoc státu, pokud nemá dobře fungující rodinu. Bohumila Čabanová a Gabriela Munková uvádějí, že toto pojetí státu odpovídá Titmussovu průmyslově - výkonovému modelu a dále uvádějí že: *„Dominuje snaha o zachování statkových rozdílů, práva jsou přidělena na základě příslušnosti ke třídě nebo statusu. Korporativní režimy jsou obyčejně hodnotově zakotveny v křesťanství, s významným vlivem církví, a proto velmi silně vázány k udržení tradiční rodiny“* (Potůček a kol, 2005, s. 254). Tento model je v současné době uplatňován například v Německu, Francii. Gabriela Munková uvádí, že: „*V tomto konzervativním a silně korporativistickém modelu sociálního státu nebyla tak silná „ posedlost“ trhem a jeho efektivitou.(..)..tento korporativismus je zde připraven nahradit trh v provozování sociální ochrany.(..) ..stát se snaží o reprodukci sociálních rozdílů, což znamená, že tento cíl je realizován prostřednictvím přerozdělování“* (Munková a kol., 2005, s. 51).

V Německu se v rámci sociální ochrany vynaložilo 63,2 % na sociální ochranu, zaměstnanci vynaložili 10,3 % a osoby samostatně výdělečné 18,5 %. Zdravotní pojištění je v Německu povinné do výše 4 012 EUR měsíčně a také je možnost uzavřít soukromé

doplňkové zdravotní pojištění. Ve Francii pro srovnání bylo věnováno 30,6 % na sociální ochranu a zaměstnanci přispěli do tohoto sytému 65,5 % a osoby samostatně výdělečně činné 20,9 %. Zdravotní pojištění nad hranicí přijmu 556 EUR a také doplňkové soukromé pojištění, které slouží především k úhradám vysoké spoluúčasti zdravotních služeb (Krebs, 2009, s. 32). Otázkou je, zda stát dobře a efektivně přerozděluje sociální pomoc a finanční prostředky mezi potřebné a zda by neměl v určitých případech aplikovat myšlenku liberalismu, např. testování majetku při zajišťování sociálních pobytových služeb (Tomeš, 2001).

1.3.3 Koncept sociálního státu, institucionální pojetí

Mezi další koncepty patří institucionální pojetí, sociální stát. Solidarita vede k nastavení spravedlivého pojetí ve formě sociálního státu. Teorií sociálního státu se podrobně zabývá sociolog Jan Keller ve svém díle Soumrak sociálního státu. Uvedu z jeho knihy úvahy o vývoji sociálního státu. Jan Keller udává, že: *„Sociální stát se přibližně vyvíjí po stovky let, (. .) aby se všem občanům mohlo dostat zhruba takové míry bezpečí a jistoty, kolik zaručuje lidem majetným jejich majetkem (...). Potřebu určitého zajištění a určitého bezpečí mají ovšem i lidé nemajetní. Sociální stát jim tuto potřebu pomáhá uspokojit. Působí tak jako „velký pojišťovatel" nemajetných"* (Keller, 2006, s. 10). Dodával dělníkům a zaměstnancům pocit materiálního bezpečí, ale zároveň je zařazoval do společnosti jako plnohodnotné členy (Keller, 2006). Sociální stát vytváří svými institucemi sociální prostředí uspokojující občanská práva. Toto pojetí sociálního státu je založeno na redistribuci a solidaritě příjmů mezi skupinami obyvatelstva. Hlavním řešením je odstranění nedostupnosti vzdělání, zdravotní péče, bydlení, zaměstnání a nerovnosti mezi lidmi v příjmové stránce. Anthony Giddens k teorii sociálního státu uvádí, že: „*Teprve občanská a zejména politická práva totiž vytvářejí základnu, z níž lze vést boj za práva sociální. Jejich prosazení je obvykle důsledkem politické síly získané chudšími skupinami nebo třídami prostřednictvím hlasovacího práva. Rozšíření sociálních práv je úzce spojeno s tím, co se často označuje jako* ***sociální stát*** *(welfare state). V západní společnosti se tento koncept plně prosadil až po druhé světové válce. O sociálním státu hovoříme tam, kde vládní organizace poskytují hmotnou podporu těm, kdo se nemohou náležitě uživit námezdní prací - nezaměstnaným, nemocným, postiženým a starým osobám. Všechny západní země dnes mají rozsáhlý systém sociální podpory"* (Giddens, 1999, s. 338-339).

Výsledkem snahy sociálního státu je odstranění chudoby, ochrana slabších s přihlédnutím na zajištění důstojných podmínek pro existenci. V sociálním státu byla

vytvořena moderní forma solidarity, která se soustředí na hodnotu práce a placeného zaměstnání s ochranou a garancemi státní pomoci (Keller, 2006). Filosofický základ sociálního státu v 19. st. položili socialisté Karel Marx a Bedřich Engels, kteří propagovali myšlenku, že společnost musí vlastnit výrobní prostředky, aby byla zabezpečena sociální rovnost. Jejich myšlenky tak ovlivnily sociální demokraty, kteří mají zásluhu o vytvoření systému sociálního státu např. Ve Švédsku. Počátky vývoje sociálního státu řadíme do poslední třetiny 19. st., kdy byl ve světě zaznamenán úpadek středních vrstev a drobných podnikatelů. Sociální stát na přelomu 19. st. a 20 st. pomohl lidem při integraci do velkých zaměstnaneckých firem a zároveň jim kompenzoval nižší příjmy tak, aby dosáhli přijatelné životní úrovně středních tříd. V Anglii byl v polovině 20. st lordem Johnem Maynardem Keynesem (1883 - 1946), propracován systém přerozdělování finančních prostředků ve prospěch sociální politiky, na kterou navázal sir William Henry Beveridge (1879 - 1963). Navrhl systém národního sociálního pojištění a použil jako první termín „*welfare state*" (Tomeš, 2001).

Vojtěch Krebs, který se také ve své knize zabývá sociálním státem, uvádí, že*: „Welfare state jakožto určitý typ sociálního státu není jednoznačně definičně vymezen. Často je chápán jako stát se silným veřejným sektorem a s výraznými intervencemi vlády do sociální oblasti…Je také vymezován jako stát, v němž odpovědnost za základní životní podmínky není jen záležitostí jedinců a jejich rodin, ale i záležitostí veřejnou"* (Krebs a kol, 2007, s. 74). Můžeme říci, že sir Beveridge je ideovým autorem systému sociálního zabezpečení ve Velké Británii, včetně zajištění zdravotní péče. Jeho model byl uzákoněn v roce 1948 jako reakce na tehdejší nespokojenosti obyvatelstva se zdravotní péčí, která byla pro mnohé lidi nedostupná a nesystémově řešena.

Tento integrovaný model státního zdravotnictví (Národní zdravotní služba) ve Velké Británii, byl založen na solidaritě, financován z daní obyvatelstva. Vojtěch Krebs uvádí, že: „*Nosnou myšlenkou konceptu „welfare state„ je přerozdělování tj. cestou veřejné politiky znovu rozdělit to, co již bylo rozděleno trhem, a to s cílem: a)vyrovnat šance při vstupu do života a vytvářet pomocí sociální politiky podmínky a předpoklady pro to, aby všem občanům byl zajištěn určitý přijatelný a možnostem společnosti odpovídající životní standard (blahobyt), a to nikoli jako dobročinná dávka, ale jako sociální právo"* (Krebs a kol., 2007, s. 75).

1.3.4 Sociální stát a jeho charakteristika

Koncept sociálního státu v 30 letech 20. st. tj. V období hospodářské krize byl

reakcí na zvyšující se chudobu, nezaměstnanost, špatné životní podmínky milionů lidí. Vojtěch Krebs uvádí, že: *„(..)… krize svými negativními dopady na životní podmínky miliony občanů potvrdila nepřijatelnost liberálního konceptu státu a podpořila myšlenky welfare state. Prokázala, že tržní mechanismus sám o sobě nemůže zajistit vhodné rozvojové podmínky ani pro společnost jako celek, ani pro většinu občanů“* (Krebs a kol, 2007, s 75-76). Sociální stát se stal protipólem liberálního konceptu, který vytváří nerovnoměrnost a nedostupnost určitým lidem a tudíž nevede k sociální spravedlnosti a neřeší sociální problémy společnosti jako celku. Bohumila Čabanová a Gabriela Munková uvádějí definici sociálního státu dle Rameshe Mishry, který pojmenovává základní aktivity sociálního státu. Autorky uvádějí, že*: „Jde o „plnou zaměstnanost“(regulace tržního hospodářství takovým způsobem, aby se udržela vysoká úroveň zaměstnanosti) univerzální sociální služby (především vzdělání, jistota příjmů, zdravotní péče a bydlení (...).a sociální pomoc (založená na testování příjmů nebo potřeb k řešení výjimečných případů potřebnosti a ke zmírnění chudoby“* (Potůček a kol, 2005, s. 251-252).

Sociální stát se rozvíjel především po druhé světové válce v severských zemích (Finsko, Švédsko) a byl ovlivněn rozvojem vědecké technické revoluce, která v různých státech zvyšovala ekonomickou stabilitu státu umožňující zvyšování životní úrovně obyvatelstva. Další příčiny vzniku a podpory sociálního státu můžeme hledat v politickém vývoji společnosti, který mění vztah státu a postavení jedince ve společnosti. Rozvoj lidských práv a garance státu v podpoře a odpovědnosti za blaho obyvatel ve formě sociálního zabezpečení obyvatelstva v rizikových sociálních událostech (nezaměstnanost, nemoc, stáří a jiné). Jako vzor postupného budování sociálního státu uvedu Švédsko, které díky politickému uspořádání sociální demokraté v roce 1932 získali ve volbách 42 procent hlasů, mohli začít se sociálními reformami k dosažení rovnosti šancí všech socioekonomických slupin obyvatelstva. Sociální demokraté vládli ve Švédsku čtyřicet let. Ladislav Tajovský ve svém článku uvádí, že*: „Ideologie Domova pro všechny (Folkhemmet) byla založena na představě, že (sociálnědemokratický) stát by měl být jako domov, rodina, kde solidarita a vzájemná pomoc jsou přirozenou součástí. V dobrém domě je rovnost, ohled a spolupráce a přičinlivost“* (Tajanovský, Tomiček, Chalupecký, 2009, s. 45). Hlavním cílem politického směřování sociálních demokratů byla plná zaměstnanost, vzdělání a rovnoměrná životní úroveň pro všechny.

Jak jsem již uvedla, Jan Keller se velmi podrobně zabývá výkladem sociálního státu i z hlediska práv člověka. Ve své kapitole Sociální práva jako nová forma vlastnictví rozebírá hlavní myšlenky britského sociologa Marshalla, který již v roce 1949 popsal tři

vrstvy práv člověka, které se postupně prosazují ve společnosti.

Jan Keller v této souvislosti uvádí, že*: „…nejstarší vrstva občanská práva ustavila v zásadě již v 18. století., tato práva garantují svobodu individua včetně svobody slova, myšlení a víry a také volnosti uzavírat kontrakty a vlastnit majetek“* (Keller, 2006, s. 21). Druhá vrstva označuje vývoj politických práv, která vznikla v 19 st., dávají člověku možnost účast na politické a veřejné moci. Třetí vrstvou jsou sociální práva mající lidem zaručit právo na důstojný život.

Jan Keller uvádí, že: *„..(..)…Marshall zahrnul garanci spotřeby určitého rozsahu, ale také záruky jisté míry sociální jistoty pro každého, přístup ke kulturnímu dědictví prostřednictvím vzdělání a možnost žít životem civilizované bytosti podle standardů obvyklých v dané společnosti“* (Keller, 2006, s. 21). Koncept sociálního státu umožnil politický, ekonomický a sociální vývoj řady zemí a v současné době ovlivňuje vývoj ve společnosti. Tento typ sociálního státu nejvíce reprezentuje Švédsko (Keller, 2007). Helena Haškovcová definuje sociální stát jako: „*Sociální stát neboli stát veřejných služeb je často nazýván také státem zaopatřovacím nebo státem blahobytu = welfare state. Blahobyt zde však není synonymem luxusu, ale důstojného života. Většina autorů se vzácně shoduje v tom, že sociální stát byl inspirován systémem „Bismarckova povinného pojištění a britským chudinským zákonodárstvím“* (Haškovcová, 2010, s. 102). Stát nabízí svým občanům sociální jistoty a sociální ochranu a zabezpečuje tím tak potřeby obyvatelstva (zdravotní, sociální, bytové, řešení nezaměstnanosti, systémy sociálních dávek v podpoře nezaměstnanosti, rodiny, nemoci, stáří,…) formou přerozdělování společného bohatství ve společnosti. Eva Mitchell k přerozdělování zdrojů uvádí, že: „*Universální systém zahrnuje všechny vrstvy a třídy, ale dávky jsou odstupňovány podle obvyklých výdělků. Sociální zajištění je financováno převážně z daní“* (Mitchell, 2010, s. 1). Základem ekonomiky sociálního státu je plná zaměstnanost mužů, ale i žen.

Sociální stát podporuje určitou životní úroveň méně bohatým lidem pomocí sociálních dávek, rozvíjí systém vzdělávání a sociální a zdravotní služby. Přijatou sociální politikou tak tlumí sociální napětí ve společnosti. Sociální stát zaznamenal svůj vrchol v 50. a 60. letech 20. století, kdy Jan Keller uvádí, že: „*Velkorysý rozvoj sociálního státu probíhal ve dvaceti poválečných letech a svého vrcholu dosáhla tato instituce v nejvyspělejších zemích v průběhu šedesátých a na počátku sedmdesátých let dvacátého století“* (Keller, 2006, s. 19). V tomto období se mluví o nástupu střední vrstvy, která byla také determinována tím, že se změnil ve společnosti vzdělávací systém umožňující rozšíření vzdělávání zejména pro širší vrstvu obyvatel (Keller, 2006). Rodina a regulovaný trh se staly

hlavními opěrnými pilíři sociálního státu, který však v 70. letech 20. st. ztrácí díky rostoucí nezaměstnanosti a změn v podobě tradiční rodiny. Na trh práce vstupují ženy a stát již negarantuje nízkou míru nezaměstnanosti. Rozpad nukleární rodiny způsobuje také to, že přibývá počet osamělých matek s dětmi a prodlužování délky života zvyšuje náklady zdravotně sociální péči o seniory. Všechny tyto sociální skupiny ztratily oporu ve svých rodinách, častěji hledají oporu ve státě (Keller, 2006).

Sociální stát má však i své stinné stránky, které mohou mít z hlediska ekonomických dopadů vliv na daňové poplatníky a mají velký vliv na postoje a chování lidí. Daňové sazby mohou mít negativní vliv na růst ekonomiky, neboť se nemusí vyplácet v sociálním státu vyšší ekonomická aktivita v podnikatelské sféře. Mezi další problémy fungování státu mohou být také rostoucí náklady na veřejný sektor, který má sklony k neefektivnímu vynakládání finančních prostředků a nedostatečnou kontrolu nad zdroji (Keller, 2006).

Mezi negativní stránky sociálního státu patří rozšiřování a podpora institucionální solidarity, potlačily se tradiční způsoby řešení sociální pomoci vlastními silami, prostřednictvím rodiny, obce a přátel. Koncem 90. let 20. st. můžeme mluvit o krizi sociálního státu, který můžeme spojit současně s krizí národního státu, trhu práce a nukleární rodiny. Jan Keller uvádí, že: *„Trh práce už negarantuje nízkou míru nezaměstnanosti a je stále skoupější v nabídce plnohodnotných, dobře placených, trvalých a perspektivních zaměstnání. Rodina má stále méně podobu domácnosti s mužem jako hlavním živitelem a ženou, která je s dětmi jeho příjmem spolehlivě zajištěna, a samotný stát může v této situaci stále méně ovlivňovat hospodářskou a sociální politiku země“* (Keller. 2006, s. 20). Krize sociálního státu, který zabezpečoval sociální ochranu a poskytoval určité sociální jistoty (blaho) již nemůže plnit svou roli jako na počátku svého rozvoje v 60. letech 20. století. Helena Haškovcová ke krizi sociálního státu uvádí, že: „*Nemalou roli v destabilizaci sociálního státu sehrává zproblematizovaná hodnota solidarity a společenské soudržnosti. Rámec vymezující sociální stát výrazně ovlivňuje také globalizace, která není „někde venku“, ale je realitou v našich každodenních životních poměrech“* (Haškovcová, 2010, s. 96). V současné době se hledají různé cesty, jak zachránit koncept sociálního státu, který byl z pohledu solidarity spravedlivým státem pro všechny socioekonomické skupiny obyvatelstva.

1.3.4.1 Cesty z krize

Stát má tři možnosti řešení této situace, kdy může vzhledem k produktivitě

práce uzpůsobit mzdovou politiku. To by však znamenalo nižší příjmy pro osoby poskytující služby a důsledkem toho by služby zcela vymizely. Jako druhá možnost se nabízí ponechat platbu za služby na klientech, ale opět by tyto služby zanikly, neboť by se staly příliš nákladnými. Třetí možností jak udržet služby je financování formou dotací z veřejných zdrojů za předpokladu, že občané mají povinnost platit daně (Esping – Andersen, 1999). Tato řešení jsou pouze dílčími opatřeními, možnostmi jak z krize sociálního státu se budu zabývat v dalších částech práce.

V sociálním státě je solidární systém založen na institucionálním pojetí, který je centrálně řízen pomocí státních úřadů. Stát pomocí sociálních dávek a státní podpory pomáhá lidem, kteří se ocitli ve svízelných situacích během svého života, například ztráta zaměstnání, životního partnera. Pomoc státu je také zaměřena na pomoc rodinám s dětmi formou peněžité pomoci v mateřství a rodičovství, daňovými úlevami apod. **Z hlediska solidarity zdravých vůči nemocným je snahou sociálního státu zabezpečit dostupnou zdravotní péči všem občanům pomocí dostatečně rozložené sítě různých poskytovatelů zdravotní péče.** Největší důraz je kladen na zabezpečení sítě primární péče (např. lékařská a ošetřovatelská péče o dospělé, děti a dorost, zubní lékařská péče…).

Sekundární zdravotní péče (lůžková zdravotnická zařízení) je organizována v rámci municipalit (např. Ve Švédsku) a krajů dle zdravotních potřeb obyvatelstva. Terciální zdravotní péče je nejčastěji zřizována státem, kam patří např. fakultní nemocnice, různá specializovaná centra (popáleninová, traumacentra, kardiocentra). Solidarita zdravých vůči nemocným je financována buď daňovým systémem, nebo pomocí zdravotního pojištění. Občan odevzdává určité procento dle výše svého výdělku, přispívá tak do systému ač spotřebovává nebo nečerpá zdravotní péči. Koncept sociálního státu byl v 70. let 20. st. na vrcholu svého rozvoje, ale zejména globalizace v Evropě měla značný vliv na pojetí sociálního státu, který se nachází v krizi. Jednotlivé státy, které rozvíjely myšlenky sociálního státu (např. Švédsko, Francie) řeší v posledních 15 letech, jak udržet principy fungování sociálního státu i v současnosti a hledají různá východiska.

1.3.4.2 Východiska z krize sociálního státu

Krize sociálního státu, jak jsem uvedla, trvá již patnáct let a hledá se optimální model fungování „*welfare state*“. **Jedním z plánovaných východisek je nalezení optimálního způsobu míry a účasti státu při naplňování sociální a zdravotní politiky vzhledem ke zvyšujícím se veřejným výdajům.** Jedním z konceptů řešení jak nalézt cestu z krize, která má vést k efektivitě a růstu hospodářství **je neoklasická koncepce**, která podporuje tržní

mechanismus a privatizaci a snaží se snižovat daňovou zátěž obyvatel a tím chce podpořit vznik menších podnikatelských subjektů s omezením regulačních mechanismů státu. Tento koncept byl realizován v Dánsku, Francii, ve Velké Británii a jiných evropských státech kromě Švédska. Vojtěch Krebs uvádí, že: „*Uplatňování neoklasické koncepce je výrazem snahy dosáhnout současně i ekonomické prosperity i nezbytné sociální ochrany občanů.. (…)….vlády (i firmy) vědí, že prosperita není izolovaným fenoménem, ale že je úzce spojena i se sociálním klimatem ve společnosti, a proto se snaží také celou sociální oblast pozitivně ovlivňovat"* (Krebs a kol, 2007, s. 81). Cílem této koncepce je dosažení zvýšení ekonomické prosperity země. Zcela odmítá vysokou míru přerozdělování hrubého domácího produktu na sociální účely, neboť se ukázalo, že tento způsob není efektivní a má spíše demotivační účinky. Další faktor zvyšujících se veřejných výdajů je stárnutí populace a zvyšující se nezaměstnanost. Je tedy nutné posunout hranici mezi odpovědností státu a jednotlivce, kdy stát zajistí minimální sociální ochranu a bude vycházet z individuálních potřeb při poskytování dávek. **Stát bude nadále plnit roli garanta v ochraně lidské důstojnosti a potřebné skupiny obyvatelstva, o které se nikdo nemůže postarat**.

Liberální myšlenka tohoto konceptu spočívá v podpoře aktivit jedince, jeho sociálního chování, které spočívá zejména v odpovědnosti osoby za svou sociální situaci. **Stát by měl přejímat garanci pouze za osoby, o které se nikdo nemůže postarat**. Sociální dávky by měly být vypláceny adresně dle sociální potřebnosti jedince a zlepšení efektivity a optimalizace alokace finančních prostředků na sociální účely (Krebs a kol, 2007). Snahou jednotlivců by měla být větší motivace a odpovědnost za své sociální postavení ve společnosti. Mezi další možné koncepty rozvoje sociálního státu v současné době je koncept sociálního tržního hospodářství, jehož smyslem je spojit tržní hospodářství s ideály sociální spravedlnosti a sociálním pokrokem, který povede k větší výkonnosti ekonomiky v daném státě. Tento koncept je založen na tržní ekonomice a na člověku, který je v systému vnímán jako jedinečná bytost se svými právy. Vojtěch Krebs popisuje tento koncept jako možnou cestu uplatňování spravedlnosti, kdy teoretický základ položil Alfred Muller - Armack v Německu. Koncept vychází z myšlenky ekonomické svobody a soutěže, spojením se sociálním pokrokem ve společnosti. Koncept sociálně tržního hospodářství dle Armacka je založen na tržním principu, ale také na humanitě. Vojtěch Krebs v této souvislosti uvádí, že: *„Sám Armack také tržní princip nikdy nezpochybnil, ale považoval jej za nezbytný z hlediska nalézání optimálních řešení ekonomických i technických problémů, iniciativy, ochoty riskovat, chovat se pružně a efektivně. Druhou představuje humanita. Z ní je odvozováno vnímání sociální spravedlnosti a sociální jistoty. Podle Armacka má např.*

každý občan právo na lidskou důstojnost a rozvoj své osobnosti, právo svobodně a zodpovědně naplňovat vlastní individuální blahobyt v mezích právního a mravního rámce, který vymezuje společnost" (Krebs a kol, 2007, s. 84). Příkladem tohoto modelu je v současné době Spolková republika Německo, která tento koncept rozvíjí od 70. let 20. st. Svou povahou koncept hledá rovnováhu mezi ekonomickou prosperitou země a zajištění zdravotně sociálních potřeb jednotlivců. Podporuje pomalejší zvyšování mezd oproti růstu produktivity práce a podřízení veřejných výdajů k možnostem výkonnosti tržní ekonomiky (Krebs a kol., 2007). Finanční prostředky na zajištění sociálního zabezpečení se získávají především z platu zaměstnanců, zaměstnavatelů a z přímých daní. Ten, kdo pracuje a má vyšší příjmy, je v případě sociální události lépe zajištěn, než ten, který si nezajistil příjmy prostřednictvím práce a je zcela odkázán na podpoře rodiny. **Záchranná sociální síť je poskytována lidem s nižším sociálním statusem (např. matky s dětmi), která je financována z daní.**

Jan Keller je v současnosti jedním z českých sociologů, který se věnuje kritice modernizace sociálního státu. Tento autor se podrobně zabývá krizí sociálního státu a spory mezi pravicově a levicově orientovanými politiky. Pravice upozorňuje na přílišné svázání trhu ve společnosti, která demotivuje podnikatelskou sféru vyššími daněmi a vysokými náklady na sociální oblast vedoucí k nízké produktivitě práce a s velkou regulací trhu. Naopak levice tyto kroky považuje za správné z hlediska odstraňování nerovností ve společnosti. Předpokladem fungování sociálního státu dle autora je funkční trh práce zabezpečující lidem dostatek pracovních míst s plnohodnotnou odměnou, aby se každý člověk mohl zabezpečit pro budoucnost a případné sociální události (stáří, nemoc, nezaměstnanost, penze). Mezi další předpoklady patří dobře fungující soudržnost v rodinách podporující ostatní členy domácnosti (Keller, 2006). Mezi další koncepty zachování principů sociálního státu patří vytvoření modelu Evropského sociálního státu, německého analytika Horsta Afheldta , kterou popisuje ve své knize Jan Keller. Z návrhů **Afheldta vyplývá, že ve společnosti existuje nerovnováha mezi státní mocí a trhem a v důsledku globalizace je stát jako instituce značně znevýhodněn**. K narušení rovnováhy přispěl faktor zvýšené nezaměstnanosti, stagnace růstu mezd a vyšší daňová zátěž a odvody zaměstnanců. Zatímco u podnikatelů dochází k trendu snižování daňové zátěže. Jan Keller uvádí, že: *„Podle Afheldta je jedním možným řešením prohlubující se krize obnova kontroly státní moci nad ekonomikou. Nemůže k tomu však dojít na úrovni národních států, které se staly příliš slabými protihráči nadnárodních sil ekonomické globalizace. Je zapotřebí co nejúžeji*

integrovat sjednocenou Evropu a vytvořit z ní politickou jednotku schopnou účinně regulovat svoji hospodářskou i sociální politiku" (Keller, 2006, s. 145).

Jediným řešením krize sociálního státu je sjednocení evropské hospodářské a sociální politiky. Dle Horsta Afhelda by měla Evropa jednotně postupovat v investičních pobídkách pro podnikatele a v daňových úlevách, aby firmy nemohly odcházet do jiné země nabízející výhodnější podmínky. Dále by měla Evropa zavést jednotná dovozní cla ve výši 20 až 30 %, což by znamenalo vyšší finanční zátěž pro firmy, které na protest opustily produkci v dané zemi. Jako další opatření navrhuje zvýšení daňové zátěže pro firmy s vysokými výdělky, to by znamenalo vyšší příjmy pro zaměstnance firem. Zaměstnancům je nutné naopak snížit daňové odvody, což by způsobilo vyšší koupěschopnost lidí. Pokud by se tento koncept implementoval do praxe, znamenalo by to návrat do rovnováhy mezi trhem a státem, který byl na počátku 70 let (Keller, 2006).

Tento radikální koncept, dle Jana Kellera, ale nemá šanci na úspěch, neboť říká, že: *„Je zřejmé, že v neoliberálním ovzduší, jež dnes dominuje ekonomice i politice, nemá Alheldtův projekt ani tu nejmenší šanci. Stejně zřejmé však je, že jeho dvě základní priority zůstávají naprosto klíčové. Těmito prioritami je jednak zabezpečení příjmů ze zaměstnání v rozvinutých zemích před poklesem ceny práce na světových trzích, jednak zabránění finančnímu vyhladovění států a jejich veřejného sektoru"* (Keller, 2006, s. 146). Martin Potůček se věnuje **krizí sociálního státu vzhledem k občanské společnosti a** to hlavně v postkomunistických státech (Polsko, Rumunsko a Československo). Dle Martina Potůčka představují kolektivní identitu a uvádí, že*: „Pro pocit jejího sdílení nebo participace na jejím vytváření je ochoten obětovat svůj vlastní prospěch zájmům celku"* (Potůček, 2011, s. 86).

Podpora rozvoje občanské společnosti umožní řešit některé sociální události pro určitou cílovou skupinu obyvatelstva a to především v oblastech sociální péče, vzdělávání a zdravotních služeb. **Jednou z cest z krize může být orientace na podporu vtahů mezi státem a občanského sektoru tj. určité poskytování zdravotních a sociálních služeb přenechat nestátním neziskovým organizacím, které umějí lépe zabezpečit služby než stát** (Potůček, 2011). Martin Potůček ve svojí knize rozebírá možné aspekty krize sociálního státu vzhledem k hospodářské krizi a to především v České republice. Jeho úvahy můžeme aplikovat do širšího kontextu jako východisko z krize ve všech sociálních státech. Uvedu autorovi zajímavé náměty na cestu z krize, zaměřené na občanský sektor, kdy uvádí že: *„Především v podcenění významu veřejného sektoru v celém polistopadovém vývoji země. V neustálém omezování podpory služeb v Evropě tradičně dotovaných především z veřejných*

zdrojů - zdravotní a sociální péče, vzdělání. Neoliberální vidění světa, mantra privatizace jako léku na všechny neduhy společnosti, praktické prosazování teze, že jen podnikatelský sektor je tvůrcem bohatství společnosti, nekompetentnost politiků a úředníků (kombinovaná časté s korupčním jednáním)…(..)…bude-li cesta z krize hospodářské a deficitu veřejných rozpočtů ordinováno znovu nebo především neoliberálními doktináři, dočkáme se i stávky generální" (Potůček, 2011, s. 86). Zároveň dává i recept na východisko z krize, kdy doporučuje podporu a rozvoj veřejného sektoru, soudržnosti a alokovat dostatek finančních zdrojů do segmentu veřejných služeb, i když může se efekty vzhledem ke zdraví a vzdělanosti mohou projevit i za několik let (Potůček, 2011).

Velice zajímavý pohled věnuje Martin Potůček na fungování Evropské unie a hledání společných východisek, jak společně z krize. Jednou z možných cest je přijmutí takových opatření, která bude účinně regulovat globální trhy a budování společenství založené především sdílených hodnot s podporou sociálních práv. Martin Potůček uvádí, že: „*Tak jako si demokratické tržní ekonomiky udržují podporu veřejnosti prostřednictvím sociálního státu, nemůže Evropská unie jinak než hledat a nalézat přímou cestu ke svým občanům. My všichni potřebujeme evropskou sociální politiku"* (Potůček, 2011, s. 93).

Další možnou cestou jak vyřešit problém krize sociálního státu navrhl britský sociolog Anthony Giddens, který nazval své **řešení cesty z krize „třetí cestou**" v 80. letech 20. století. Anthony Giddens ve svém konceptu představuje řešení k ekonomické udržitelnosti sociálního státu. Jako ústřední bod zachování sociálního státu vidí Giddens v reformě sociálního systému (Keller, 2006). Tento koncept byl receptem, jak čelit kritice pravicových politiků na politiku sociálního státu, vycházející z hodnot sociální spravedlnosti a rovnosti. **Hlavní myšlenkou „třetí cesty" bylo obnovení rovnováhy státu, trhu a občanské společnosti, která bude bránit nárůstu sociálních nerovností mezi lidmi.** Oproti neoliberálnímu konceptu nebude tržní ekonomika brána jako univerzální nástroj na řešení sociálních problémů ve společnosti, ale naopak. Stát bude používat svůj hlavní nástroj, daňovou politiku ve smyslu snižování daní firmám a to bude podporovat vyšší investice do modernizace výroby a tím umožní rozšiřování pracovních míst a tím se také zabrání daňovým únikům. Modernizace státu dle Giddense je nutným řešením, a znamená snižování objemu veřejných rozpočtů a úředníků ve státní správě. Posílení autonomie a rozhodování nižších správních celků ve státě, neboť alokace zdrojů bude více transparentní a zvýší se důvěra lidí ve státě. Nový typ sociálního státu musí zabránit plýtváním veřejných výdajů a měl by se především zaměřovat na rozvoj lidského kapitálu s podporou celoživotního vzdělání, které může zajistit jedinci rovné podmínky na trhu práce.

Teoretický koncept „třetí cesta“ se opírá o etické principy uplatňované v občanské společnosti jako je rovnost a sociální spravedlnost. Podporuje myšlenku sociální soudržnosti, rodiny a zvýšené flexibility jedince na trhu práce (Keller, 2006). **Krize sociálního státu má velký vliv na dostupnost zdravotní péče pro všechny socioekonomické skupiny obyvatel. Hledání cest jak se vypořádát z neustále zvyšujících se finančních nákladů nejen do zdravotnického systemu je otázkou budoucnosti všech typy sociálních států.**

V další části je pozornost věnována vztahu solidarity a sociální soudržnosti ve společnosti a jaký má vliv na utváření společnosti.

1.4 Sociální soudržnost ve společnosti

Solidarita ve společnosti podporuje sociální soudržnost, která tlumí sociální napětí. Sociální soudržností v širším kontextu se zabývá Martin Potůček, který uvádí, že: *„Sociální vztahy, sdílené identity, mezilidskou důvěru, sociální kontrolu a solidaritu, stejně jako loajalitu a vzájemná očekávání, jež si lidé pravidelně ve svých vzájemných vztazích budují a vzájemně prokazují“* (Potůček, 2002, s. 146). Soudržnost a solidarita se mezi sebou navzájem prolínají, a pokud si lidé budou uvědomovat tyto vzájemné vazby, bude se rozvíjet i občanská společnost ve vzájemném porozumění. Sociální soudržnost dle Martina Potůčka vzniká: *„Ze vztahů mezi jednotlivci a skupinami. Je založena na: společně sdílených hodnotách, důvěře mezi lidmi, nepříliš velkých sociálních rozdílů mezi skupinami obyvatelstva, očekávání solidární pomoci v případě nouzi“* (Potůček, 2005, s. 2). Sociální soudržnost má historický vývoj a je založena na tradiční společnosti, která vychází z náboženství, úcty k autoritám, na rodině, příbuzenství, vzděláváním a soudržnosti komunitě, mít možnost participovat na veřejných otázkách a mít také odpovědnost za svá rozhodnutí. Sociální soudržnost podporuje sociální solidaritu. Vojtěch Krebs k tomuto tématu uvádí, že: „*„..(..)..člověk je sociální (= společenská) bytost. Proto vždy a za všech okolností je svou existencí v jisté míře odkázán i na druhé, je závislý na soužití ve společnosti jako celku. Solidarita je výrazem lidského porozumění a pospolitosti, vzájemné soudržnosti a také odpovědnosti“* (Krebs a kol, 2007, s. 32-33).

Integrální součástí soudržnosti je soudržnost mezigenerační. Právě v kontextu stárnutí populace může být tato soudržnost ohrožována ageismem, stereotypy a nerovným přístupem ke zdravotní péči a dalším veřejným službám. Stereotypy mohou vyústit v diskriminační politiky, snaze o nepřiměřený rozvoj ústavní péče, diskriminaci v jazyce a mediích (hovoří se o seniorech jako o těch druhých), která je iracionální a podložená mnoha

mýty, včetně mýtu o homogenní seniorské populaci. Jedním z projevů může být nejen diskriminace příjemců zdravotní péče, ale také poskytovatelů služeb pro seniory a disciplíny a oboru, které se tétso populace věnuje (Holmerová, 2011; in Ptáček, Bartůněk 2011).

1.4.1 Solidarita a sociální soudržnosti ve společnosti

Solidarita a sociální soudržnost tvoří základní předpoklady pro fungování moderní lidské společnosti. V současné době můžeme soudržnost posuzovat z různých pohledů. Jedním z pohledů je nezaměstnanost, rozdíly mezi muži a ženami, sociálními třídami v životní úrovni a rovností šancí, které mohou ve svém důsledku zapříčinit novou formu chudoby, která je charakterizována jako nerovnost a nedostupnost a může zapříčinit sociální vyloučení některých skupin obyvatelstva. Pozitivní stránkou soudobé soudržnosti je existence sociálního a kulturního pluralismu ve společnosti. Dle Martina Potůčka sociální soudržnost umožňuje ve společnosti rozvoj různých politických stran, různých zájmových a dobrovolných organizací a možnost svobodného vyjadřování svých myšlenek. Dále Martin Potůček uvádí, že: *„Negativní stránkou soudržnosti v modernizujících se společnostech je hroucení a nedodržování etických a právních norem“* (Potůček, 2005, s. 31).

Cílem každého státu by měla být podpora sociální soudržnosti, která vychází i z efektivní ekonomické strategie a kvalitní veřejné politiky dané země. **Je nutné omezit všechny formy sociálního vyloučení jednotlivých skupin obyvatelstva, které by vedly ke zvýšenému sociálnímu napětí.** Sociální soudržnost dle Bohumily Čabanové a Petra Hávy můžeme měřit dle různých indikátorů. Ve své knize analyzují různé pohledy výzkumníků z této oblasti. Jako příklad uvádu práci Jane Jensonové z Univerzity v Montrealu z roku 1998, která stanovila pět dimenzí soudržnosti (sounáležitost, začlenění, participace, uznání, legitimita) a Paula Bernarda z roku 1999 z Montrealské univerzity.

Bohumila Čabanová a Petr Háva uvádějí, že: „*Bernard rovněž upozornil na to, že výsledných šest dimenzí můžeme de facto rozdělit do dvou skupin. První skupinou jsou faktory, které generují sociální soudržnost (podpora faktorů může, ale nemusí být předmětem veřejných politik a programů). Druhou skupinou představují podstatné sociální výstupy působení těchto faktorů v sociální realitě. Když jsou tyto politiky efektivní, občané se cítí být začleněni do života své komunity. Pokud tomu tak není, velká část občanů se může cítit vyloučena, což představuje ohrožení sociální soudržnosti v rámci společnosti“* (Čabanová, Háva, 2008, s. 44-45). Obecně lze říci, že stát se svou sociální politikou a uznávání sociálních práv občanů velmi ovlivňuje sociální soudržnost a klima ve společnosti.

V neposlední řadě je důležité podporovat rodiny a jednotlivce ke zvýšenému aktivnímu postoji a odpovědnosti za svůj život (Potůček, 2005). **Jednou z forem podpory solidarity a sociální soudržnosti je odstraňování socio-ekonomických nespravedlností, které mohou vyústit v chudobu a k nárůstu nezaměstnanosti, což může způsobit ve společnosti zvýšené sociální napětí.** K tomuto tématu se vztahuje program Zdraví 21. století, kde v cíli 1. Solidarita ve zdraví v Evropském regionu je plánováno snížení rozdílů mezi jednotlivými členskými státy o jednu třetinu. Do tohoto cíle je zahrnuta chudoba, která je největší determinantou špatného zdraví. V programu se uvádí, že: *„Život v bídě souvisí s vyšší mírou konzumace látek, jako je tabák, alkohol a drogy, s vyšším výskytem depresí, sebevražd, antisociálního chování a násilí s vyšším rizikem konzumace závadné stravy a velkými fyzickými potížemi“* (Zdraví 21. století, s. 22). Mezi další determinanty patří nezaměstnanost, která zvyšuje riziko psychických a psychologických poruch vedoucích k sebevraždám a snížení socioekonomického statusu. **Možným východiskem je podpora úrovně vzdělanosti a tím zlepšit i přístup k materiálním zdrojům (příjmy). Ke svému rozvoji člověk potřebuje vnímat i určitou míru individuální svobody a rovnosti, což je jeden ze základních principů fungování demokratických společností.** Musíme si však uvědomit, že pochopení individuální svobody a rovnosti mezi lidmi a sdílení společných hodnot všech je velmi složitá.

Solidaritu ve společnosti podporují další etické hodnoty, na kterých by měl být založen zdravotnický systém (spravedlnost, rovnost) v přístupu ke zdravotní péči, neboť spravedlivý přístup podporuje i etickou hodnotu blaha a rozvoj lidského individua a zároveň udržuje i sociální soudržnost ve společnosti (Potůček, 2005).

1.5 Princip ekvity

Princip rovnosti je obsažen v poslední evropské strategií programu Zdraví 21 (Health 21, 1998), kdy je ekvita ve zdraví definovaná Světovou zdravotnickou organizací jako: *„Ekvita ve zdraví znamená, že i ideálních podmínek, by měl každý stejnou příležitost dosáhnout svého plného zdravotního potenciálu .(..)…nikdo by neměl být znevýhodněn při jeho dosahování“* (Šimek a kol., 2002, s. 64). Další definici ekvity definují Bohumila Čabanová a Petr Háva jako: *„Ekvita ve zdraví je hodnotově založeným konceptem. Je vymezena nepřítomností odstranitelných rozdílů ve zdraví (nebo jeho sociálních determinantách) mezi více nebo méně sociálně znevýhodněnými skupinami“* (Čabanová, Háva, 2008, s. 17). **Otázkou je jak naplnit ekvitu v současném zdravotnickém systému?**

Autorka Hana Janečková se zabývá principem rovnosti, a proto uvedu

nejzajímavější myšlenky k principu rovnosti, kdy uvádí, že ekvita je: „ *Etickou, hodnotící kategorií ve smyslu rovnosti či nerovnosti lidí a spravedlnosti daného stavu věcí"* (Šimek a kol, 2002, s. 64). Dále autorka vysvětluje formální spravedlnost, která vyjadřuje spravedlnost v péči o všechny skupiny obyvatelstva (chudí a bohatí) a vertikální spravedlnost, která spočívá v péči o klienty s většími zdravotními potřebami (zdravotně znevýhodnění).

Největší etickým problémem v principu rovnosti poskytovaní zdravotní péče, je uspokojit zdravotní potřeby všem ve chvíli, kdy mají zdravotní problém a to bez rozdílu finančních možností, náboženství, věku, vzdělání a etnické a náboženské příslušnosti. Tato idea spravedlnosti je velice krásná, ale jak spravedlivě alokovat zdroje všem potřebným, kteří jsou akutně i dlouhodobě nemocní a potřebovali by drahé léky a služby, technologie či transplantace. Jaká kritéria zvolit, komu bude drahá léčba předepisována a komu ne? Musíme zmínit i praxi některých zdravotních pojišťoven, které přijímají pouze klienty s menším rizikem onemocnění, dále regulace poskytovatelů (dlouhé čekací doby na operace, překlady drahých klientů do jiných zařízení, odmítání náročných pacientů v praxích praktiků).

Spravedlivý přístup je také ovlivňován socioekonomickým statusem občana, a zdravotní gramotností obyvatelstva. Hana Janečková popisuje v kapitole Problematika ekvity ve zdraví a zdravotní péči v moderní společnosti některé výzkumné práce, které byly provedeny v souvislosti se studiem determinantů zdraví (chudoba, dostupnost, informovanost apod.). Uvedu jeden zajímavý závěr, kde Hana Janečková uvádí, že: *„Skupiny s nižším sociálním statusem, doprovázeným nižšími příjmy a nižším vzděláním navštěvují častěji praktické lékaře, ti jim však věnují kratší dobu, méně často je posílají na odborná vyšetření a méně často jim předepisují léky. Výše postavené skupiny směřují častěji přímo ke specialistovi"* (Šimek a kol, 2002, s. 70). V našem systému není správně nastavena provázanost zdravotních a sociálních služeb zejména návaznost na primární a komunitní péči u starších a dlouhodobě nemocných klientů, kteří tyto služby potřebují. Společnost, která akceptuje „připlácení za nadstandardní péči" z vlastních zdrojů v nastaveném tržně orientovaném systému vytváří tzv. **formální nerovnost**. Bohatší část lidí si může připlatit za zdravotní péči (hotelové služby, operatéra, dražší léky). Tato nerovnost musí být podle mého názoru, ale i autorek pod veřejnou kontrolou. Oproti tomu je **neformální nerovnost** daleko horší variantou, která se projevuje v korupčním jednání klienta a poskytovatele, kdy je jedinec privilegován za úplatu v poskytování zdravotní péče.

1.6 Princip spravedlnosti a slušnosti (ekvita)

Na začátku této kapitoly pojednávající o spravedlnosti použiji citát od Aristotela: „*Vidíme tedy, že spravedlností chtějí všichni nazývat takový stav, jímž jsou schopni spravedlivě jednat a jímž skutečně spravedlivě jednají a chtějí to, co jest spravedlivé, a zrovna tak jest to i u nespravedlivosti, jež nespravedlivě jednají a chtějí to, co jest nespravedlivé. Proto i nám to budiž prvním a všeobecným předpokladem.“* Myšlenka Aristotela vyjadřuje úzké spojení mezi vnímáním spravedlnosti a jednáním člověka, který umí rozlišovat otázku spravedlnosti a nespravedlnosti (Kříž, 2009, s. 111).

Aristotelés nazval spravedlnost nejvíce dokonalou ctností a ctností nejpřednější, „*dokonalou jest však proto, že ten, kdo ji má, dovede ctnosti užívati i vůči druhému, a nikoliv jen pro sebe*.“ (Aristotelés, 1937:102). Aristotelés staví nauku o obecném dobru nad další disciplíny. „*Náleží patrně k nauce nejvážnější a nejvyšší. Takovou se pak jeví nauka politická; neboť tato určuje, které nauky mají být v obcích a kterým každý jednotlivec se má učiti a pokud*“. (Aristotelés, 1937:2) Správně používat moc je nejtěžší, neboť „*k dobru jdem jednou jen z cest, ke zlu však cest vede víc*“ (Aristotelés, 1937:36). „*Každé umění a každá věda, podobně i praktické jednání a záměr směřuje, jak se zdá, k nějakému dobru; proto bylo správně vyjádřeno, že dobro jest to, k čemu všechno směřuje*.“ (Aristotelés, 1937:1)

Holčík (2004) anglické slovo equity (pro které nemáme v češtině ekvivalent) překládá jako „*spravedlnost, spravedlivost, opírající se spíše o lidskou slušnost, než o literu zákona*“. (Holčík, 2004) Takové je i rozlišení slušnosti (epikie, epieikeia) a práva u Aristotela: „*Slušnost tedy a právo jest totéž, a ač oboje jest dobré, přece lepší jest slušnost. (1137b 10) Nesnáz působí to, že slušnost jest sice právem, ale ne zákonným, nýbrž jest opravou zákonného práva. Důvod toho jest, že každý zákon jest povšechný, kdežto o některých případech není možno správně mluviti povšechně….. Z toho pak jest také zřejmo, kdo jest slušný. Ten totiž, kdo se pro takové právo úmyslně (1138a) rozhoduje a podle něho jedná a kdo přísnost práva nezostřuje, nýbrž zmírňuje, i když má zákon na své straně, jest slušný a jeho duševní stav jest slušnost, která jest jakousi spravedlností a ne nějakým stavem od ní různým.*“ (Aristoteles, 1998:145-6)

Inekvitu lze považovat za nespravedlivou, neospraveditelnou nerovnost. „*Inekvita (nedostatek ekvity) má etickou povahu. Týká se těch rozdílů, které nejsou nevyhnutelné, je možno je snížit a současně je možno o nich soudit, že jsou nespravedlivé. Pokud bychom tedy chtěli označit nějaký rozdíl jako inekvitu, pak bychom měli uvažovat i o jeho příčině a posoudit, zda v aktuálním sociálním kontextu jej lze pojmout jako nespravedlivý.“* (Holčík,

2004:43) „Pokud lidé nemají žádnou nebo mají jen minimální volbu životních a pracovních podmínek, pak výsledné zdravotní rozdíly ve srovnání s těmi lidmi, kteří takovou volbu mají, lze s vysokou pravděpodobností označit za nespravedlivé. Cílem opatření orientovaných na posílení ekvity ve zdraví tedy není vyrovnat všechny zdravotní rozdíly, ale redukovat zejména ty, které jsou důsledkem nespravedlnosti, popřípadě diskriminace. Za nespravedlivé obvykle nebývají považovány rozdíly způsobené biologickou variabilitou nebo svobodnou volbou chování, které může poškodit zdraví, jako je např. účast na sportech a zábavách.

V řadě vyspělých zemí je za nespravedlivý zdroj rozdílů považováno zdravotně nebezpečné chování, které lidé nemohou nebo nedokáží změnit, expozice nezdravým životním a pracovním podmínkám a nedostatečný přístup k veřejným službám. „*Zdrojem nespravedlnosti se např. může stát nerovnoměrné rozložení zdravotnických zařízení, obtížná dosažitelnost zdravotnických služeb pro některé sociální skupiny apod*.“ (Holčík, 2004:44)

Tým WHO pro ekvitu uvádí následující definici: „*Spravedlnost ve zdraví („health equity“) může být definována jako nepřítomnost nespravedlivých („unfair“) a vyhnutelných („avoidable“) nebo odstranitelných („remediable“) rozdílů ve zdraví mezi populacemi nebo skupinami definovanými sociálně, ekonomicky, demograficky nebo geograficky*.“ (Solar, 2005:5). Ekvitu jako „*sociální spravedlnost*“ definuje např. Braveman a Gruskin: „*Ekvita znamená sociální spravedlnost nebo slušnost („social justice or fairness“); je to etický koncept, založený na principu distributivní spravedlnosti („distributive justice“). Ekvita ve zdraví může být – a převážně je – definována jako nepřítomnost sociálně nespravedlivých nebo neslušných rozdílů ve zdraví („socially unjust or unfair health disparities“)*“ (Braveman, P., Gruskin, S. Defining equity in health. J. Epidemiol Community Health 2003; 57:254;). Pro účel operacionalizace a měření může být podle těchto autorů ekvita ve zdraví definována „jako nepřítomnost systematických rozdílů ve zdraví (nebo ve významných sociálních determinantách zdraví) mezi sociálními skupinami, které mají rozdílnou úroveň sociálního zvýhodnění/znevýhodnění – to jest odlišné postavení v sociální hierarchii. … Příklady více a méně zvýhodněných sociálních skupin zahrnují socioekonomické skupiny (většinou definované příjmovou úrovní, ekonomickými statky, typem povolání (occupational class) a/neno úrovní vzdělání), rasové/etnické nebo náboženské skupiny nebo skupiny definované pohlavím, místem (geography), věkem, zdravotním postižením (disability), sexuální orientací a dalšími charakteristikami podstatnými pro dané prostředí či kontext.“ (Braveman, P., Gruskin, S. – ibid.).

Zdůrazňuje se, že ekvita není „ekvalita“ (rovnost). „*Nespravedlnost ve zdraví (health*

inequity) zahrnuje více než pouhou nerovnost, neboť některé zdravotní nerovnosti (např. rozdíl mezi průměrnou dobou dožití mezi ženami a muži) nemůže být oprávněně charakterizován jako nespravedlivý a některým nerovnostem nelze ani zabránit ani je následně léčbou odstranit. Nespravedlnost znamená selhání při zamezení nebo překonání nerovností ve zdraví, které vyplývají z porušení lidských práv nebo jsou jinak nespravedlivé. Nespravedlnosti ve zdraví mají své kořeny v sociální stratifikaci." (Solar, 2005:5).

V angličtině je na rozdíl od češtiny ve spravedlnosti či slušnosti zahrnuta také rovnost, která je vyjádřena předponou equ- (angl. equ-ity a equ-ality). *Anglické slovo „iniquity" pak znamená hrubou nespravedlnost, zločinnost, hřích.* (Kebza, 2005:182) překládá slovo „equity" jako „stejnost" „vyjadřující stejný vztah mezi individuálním příspěvkem a individuálním podílem; distribuce odměny zde závisí na poměru individuálního příspěvku." Nejedná se v tomto pojetí o rovnost výsledku, ale rovnost poměru zásluhy a výsledku. Ekvita v tomto pojetí obsahuje tedy prvek zásluhy, ale ten je na zdraví těžce uplatnitelný. Byl by uplatnitelný na přidělování zdravotní péče, zde však pro míru solidarity vina a zásluha není důležitá a není zkoumána (zavinění úrazu, dopravní nehody a navazující nákladné operace), naproti tomu v případě sociální potřeby (např. potřeba pomoci a péče ve stáří), která může být mnohem méně zaviněná, je možnost úhrady zkoumána a solidarita v „sociální" službě je minimální.

Holčík uvádí, že stejné potřebě zdravotních služeb by měla odpovídat stejná spotřeba a zhruba i stejné náklady. „*Takový přístup však neznamená, že ekvitu lze nahradit rovností. Ekvita znamená i přednost pro ty, kteří by v důsledku svého zdravotního stavu měli být spravedlivě preferováni.*" (Holčík, 2004:46) V kontextu stárnutí a dlouhodobé péče je důležitá spíše odlišnost než stejnost přístupu, tj. stejné šance na uzdravení.

Macek[5] (1925:266) rozlišuje spravedlnost trestní, rozdělovací a směnnou (iustia punitiva, distributiva a commutativa). „*Co si představují různí lidé pod dojmem rozdělovací nebo směnné spravedlnosti? Snad by se to mohlo vyjádřit třemi zásadami: a) každému stejně, b) každému podle jeho potřeb, c) každému podle jeho zásluh*." Součástí distributivní

[5] Josef Macek (13. 9. 1887 Krumpach u Zábřehu – 19. 2. 1972 Vancouver), český národohospodář a sociálnědemokratický politik. Studoval práva a filosofii na pražské univerzitě. Navštěvoval přednášky Albína Bráfa, který ovlivnil jeho zájem o ekonomii a sociální politiku. Byl uznávaným teoretikem družstevního socialismu, propagátorem důsledné pozemkové reformy a hospodářské demokracie. Po Mnichovu náležel k vedoucím představitelům Národní strany práce. Po komunistickém puči emigroval do USA (1949), kde se stal profesorem na univerzitě v Pittsburgu. Od roku 1952 byl jak ve výkonném výboru Rady svobodného Československa, tak ve vedení exilové sociální demokracie.

spravedlnosti není pouze zásluha, ale také potřeba a také rovnost (každému stejně). Součástí spravedlnosti je tedy i rovnost, resp. určitým způsobem chápaná rovnost, což neklade požadavky jen na podmínky a příležitosti, ale často také výsledky. Masaryk spojoval zásadu spravedlnosti s láskou a opětovně se vyjadřoval, že „*spravedlnost není než matematika lásky"*. (Macek, 1925:263).Principem spravedlnosti se zabývají také novodobí filozofové, například John Rawls, kterého cituje Jiří Šimek jako: *„Společnost strukturou spočívající v kooperaci a v cíli této kooperace…Problém, který má definice spravedlnosti řešit, a to tak, aby řešení z definice přímo vyplývalo, je otázka, jak mají být statky vytvořené spoluprací rozdělovány jednotlivým členům kooperujícího systému, aby nevznikaly námitky, že rozdělování není spravedlivé, nebo že je neslušné, neboli že není fér"* (Šimek a kol., 2002, s. 37). **Cílem je spravedlivé rozdělení společných statků mezi jednotlivé členy v systému dle slušnosti a musí být vždy ve společnosti uzavřena smlouva. Rawlsova koncepce spravedlnosti vychází z Kantova imperativu.** Jiří Šimek a Vladimír Špalek uvádějí že: „*Musím svůj konkrétní požadavek, zájem podřídit pravidlu, a to najednou znamená se požadavku nebo zájmu vzdát, nebo když pravidlo je v rozporu s mým momentálním pravidlem, změním pravidlo"* (Šimek a kol., 2002, s. 41). Jejich tvrzení je založené na tom, že každý člověk má smysl pro spravedlnost a že považuje druhého člověka za svobodnou a rovnocennou bytost. **Spravedlivá společnost by měla používat všechny veřejné prostředky tak, aby byla zabezpečena rovnost a spravedlnost mezi všemi socioekonomickými skupinami.**

Kebza uvádí, že „*současný vývoj pojetí dostupnosti a spravedlnosti v poskytované zdravotní péči vykazuje mimo jiné též tendenci přecházet při respektování požadavku svobody při sledování individuálních zájmů od dřívějšího pojetí rovnosti ve výsledku k pojetí rovnosti v poskytnutých příležitostech."* (Šimek, Špalek, 2002, cit. dle Kebza, 2005:186) „Ani svobodu individua však nelze absolutizovat do podoby fenoménu řešícího univerzálně otázky lidského života a všestranně korektního a spravedlivého uspořádání vztahů mezi lidmi navzájem. ....Jak ukazují dosavadní zkušenosti, v životě společnosti se musí spojovat vyvážené uplatňování obou základních principů: principu svobody a principu mravnosti , dobra, aby bylo možno zajistit blaho celku.

Ekvita se však netýká jen rozdílů mezi sociálními skupinami, ale také mezi regiony a zeměmi, rozdíly mezi bohatými a chudými zeměmi. „*Podle podkladů OECD bylo v roce 1960 možno poměr mezi nejchudšími a nejbohatšími státy světa vyjádřit čísly 30:1, avšak v roce 1994 vzrostl tento poměr na 78:1*." (Kickbusch, 1997, cit. in Žáček, 2000b; Kebza, 2005:182) Holčík uvádí, že „*narůstající sociálně ekonomické rozdíly ve společnosti se*

stávají v řadě zemích jedním z dominantních zdravotně sociálních problémů, na který je jen krajně obtížné reagovat v tradičních hranicích zdravotnické soustavy.“ (Holčík, 2004:34)

Kebza (2004:183) uvádí, že současná společnost je ohrožena „rizikem absolutizované a glorifikované spotřeby, konzumu, vytěsňujícím jiné hodnoty a vztahy mezi lidmi a populačními skupinami. Badura a Kickbusch (1991) uvádějí rostoucí využívání medií různými zájmovými skupinami pro ovlivňování politiky. „*Masmedia se také, záměrně nebo nezáměrně, podílejí na tvorbě politiky prostřednictvím jejich vlivu na povahu obecného diskursu. Mají vliv na tvorbu politiky nejen tím, co říkají, ale rovněž: zda vůbec něco říkají (nastolení otázek, programu)*.“(Badura, 1991:16)

Aplikovaná koncepce spravedlnosti ve zdravotnickém systému je hledání kompromisu a vyjednávání mezi jednotlivými zájmovými skupinami a představami společnosti o ideálním fungování systému. Je nutné v rámci spravedlnosti brát do úvahy, zda nastavená pravidla jsou pro všechny přijatelná a zda jsou přínosná pro zdravotně znevýhodněné, aby naopak nebyla pravidla brána jako překážka vstupu do systému (např. zvýšení finanční spoluúčastí na zdravotní péči). Spravedlností ve zdraví a solidaritou se zabývá program Zdraví 21, vydaný Světovou zdravotnickou organizací. Jan Holčík ve své knize Zdravotní gramotnost a její role v péči říká, že: *„Postupně se však ukazuje, že zdraví není výlučně záležitostí medicínskou, je úzce podmíněno sociálními, ekonomickými a politickými okolnostmi. Je nutné brát v úvahu takové okolnosti jako je výchova a vzdělávání, rozvoj demokracie, a to zejména pokud jde o podíl občanů na rozhodování veřejných záležitostí a využívání veřejných zdrojů“* (Holčík, 2009, s. 99).

Veřejný a soukromý sektor by měl své aktivity v rozvoji zdravotní politiky směřovat ke spravedlnosti ve zdraví. Rozdělování finančních prostředků by mělo být založené na reciproční spolupráci, která povede k účelnějšímu vynakládání veřejných prostředků určených na zdravotní péči s nezbytnou restrukturalizací výdajů, které budou mít přínos pro rozvoj zdraví a kvalitu života. Zapojení jedinců a skupin do procesu v péči o své zdraví, kdy jedinec by měl mít takové znalosti, aby mohl aktivně ovlivňovat své zdraví. Jan Holčík podmiňuje zapojení jedince o své zdraví v zdravotní gramotnosti, kterou definuje Světová zdravotnická organizace jako: *„Zdravotní gramotnost znamená kognitivní a sociální dovednost, která determinuje motivaci a schopnost jednotlivců získávat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využívat je k rozvoji a udržení dobrého zdraví“* (Holčík, 2009, s. 15).

Kultura a společnost velmi ovlivňuje vnímání zdraví, neboť v jednotlivých rodinách dochází k předávání formou sociálního učení různých vzorců chování. Jan Holčík uvádí, že: *„Formu kulturní imunity, pomáhající konkrétním populačním skupinám reagovat na nejrůznější zdravotně rizikové faktory, tak využívat možnosti k ovlivnění široké škály determinant zdraví“* (Holčík, 2009, s. 19). **Pokud se cílevědomě posiluje zdravotní gramotnost, bude se postupně zlepšovat zdraví jedinců, které může do budoucnosti přinést i snížení nákladů v rámci zdravotnického systému.**

1.6.1 Spravedlnost v přístupu ke zdravotní péči a právo na zdraví

Etická hodnota spravedlnosti v přístupu ke zdravotní péči, vyjadřuje možnost každého jedince, který dle svých zdravotních potřeb může využít služeb zdravotní péče. Neměl by trpět či zemřít v důsledku nedostupnosti zdravotní péče z důvodů nerovnosti finančních prostředků a schopnosti zaplatit za poskytovanou péči. Pokud chceme mluvit o spravedlnosti, musíme si také uvědomit, že s tímto aspektem souvisí i principy spravedlivého přerozdělování prostředků, tzn. *racionální alokace zdrojů (princip účinné léčby a efektivního řízení kvality zdravotní péče),* aby se finanční prostředky účelně využívaly (Haškovcová, 1994). Světová zdravotnická organizace v programu Zdraví 21 pro Evropský region přímo a prakticky řeší etickou hodnotu spravedlnosti přístupu ke zdravotní péči v jednotlivých stanovených cílech. Do roku 2020 se předpokládá snížení rozdílu (o jednu třetinu) mezi jednotlivými socioekonomickými skupinami. Hlavními ukazateli je střední délka života, incidence sledovaných onemocnění a úmrtnost.

Spravedlivý přístup by měl být uplatňován u lidí, kteří se ocitnou v obtížné situaci v důsledku zhoršení zdravotního stavu nebo sociálních podmínek, aby byli chráněni před sociálním vyloučením a měl by jim umožněn snadnější přístup k vhodné péči (Zdraví 21, 2001). Helena Haškovcová se vyjadřuje k principu spravedlnosti, kdy uvádí že: *„Je nemravné zamlčovat, že tomu tak není a být nemůže, neboť vždy existoval a existuje rozdíl mezi dostupnou a ideální medicínou. Máme-li uplatňovat principy spravedlnosti, pak bychom měli rozumět podstatě spravedlnosti. Sociální spravedlnost tkví v tom, aby se řádné a dostatečné pomoci dostalo pokud možno největšímu počtu lidí s vědomím, že vždy bude určitým způsobem limitována“* (Haškovcová, 2002, s. 253). V oblasti zdravotní péče je otázka sociální spravedlnosti citlivým tématem, neboť je jedním ze základních principů rovných příležitostí pro všechny socioekonomické skupiny obyvatelstva. František Knobloch uvádí, že: *„Podporovat sociální spravedlnost znamená čelit negativní diskriminaci na základě takových charakteristik, jako jsou schopnosti, věk, kultura, pohlaví,*

rodinný stav, socioekonomický status…(..) ..spravedlivě distribuovat zdroje, které jsou k dispozici, ve shodě s potřebami" (Krebs a kol., 2009, s. 65). František Knobloch se zamýšlí nad zdravotními potřebami, které určuje stát a prostřednictvím institucí přerozděluje finanční prostředky na zdravotní péči.

Z hlediska etických hodnot se zamýšlím nad otázkami spravedlivého rozdělení finančních zdrojů na typy zdravotní péče (preventivní, primární, sekundární a terciální), kdo má největší vliv na alokaci zdrojů, politici, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny? Spravedlivý přístup úzce souvisí s alokací zdrojů v oblasti zdravotnictví a v dnešní době je zásadní a významnou otázkou, neboť zdraví populace je ve velké většině ovlivněné dostatkem či nedostatkem finančních prostředků. Stát by měl racionálně hospodařit a vynakládat veřejné prostředky tak, aby byly úměrně rozděleny dle zdravotních potřeb obyvatelstva. Aby mohl být naplněn princip spravedlivého přístupu a práva na zdraví, musí se stanovit základní právní normy, priority a cíle zdravotní a sociální politiky (Haškovcová, 1994). **Alokace finančních zdrojů je velmi citlivým tématem, neboť se nabízí otázka, zdali máme dostatek finančních prostředků na pokrytí zdravotních potřeb a zdali uplatňujeme opravdu v naší společnosti spravedlivý přístup v rámci zdravotní péče. Bude dostatek finančních prostředků ve zdravotnickém systému, který se může díky rozvoji nových medicínských technologií a farmak dostat do ještě většího deficitu.**

2 Alokace zdrojů v rámci systému zdravotní péče

Tuto kapitolu uvedu několika myšlenkami autorů Jiřího Šimka a Vladimíra Špalka, kteří se zabývají etickými aspekty zdravotní péče. Tito autoři definují zdraví jako: *„Zdraví je jednou ze základních podmínek uskutečňování vlastních představ dobra a nenutnou podmínkou rovnosti v příležitosti, proto péče o jeho udržení a v případě potřeby i navrácení u každého občana patří mezi povinnosti spravedlivé společnosti"* (Šimek, Špalek, 2002, s. 9). Dále uvádějí, že je nezbytné v rozvinuté společnosti udržet solidární systém financování zdravotní péče, neboť z hlediska zdraví obyvatelstva by mohla vzniknout chudinská zdravotní péče, která by prohlubovala nerovnost mezi chudými a bohatými. Technologický pokrok ve zdravotnictví způsobil také dehumanizaci medicíny, člověk se spíše stává objektem přístrojové techniky a opomíjí se jeho psychosociální a duchovní potřeby.

Etické problémy spatřují zejména v tom, že se vytrácí tradiční povinnosti lékařů vůči

pacientům, zejména jejich podpora a porozumění jejich potřebám. **Technologický rozvoj tedy vytlačuje tradiční medicínu a způsobuje zvyšování alokaci finančních prostředků ve zdravotnictví. Je nutné se zamyslet nad tím, zda občané v rámci solidárního systému budou ochotni podílet se na zvyšování nákladů, pokud technika bude postupně nahrazovat sociální komunikaci mezi lékařem a pacientem.** Tento aspekt můžeme nazývat jako krizi moderní medicíny, která se nazývá jako dehumanizace medicíny (Šimek, Špalek, 2002). Helena Haškovcová k problematice uvádí, že: *„Technicky vyspělá medicína má své nepopiratelné úspěchy, jejím negativem je však ztráta lidské dimenze pomoci, jakož i obtíže spojené buď s nadbytkem, nebo nedostatkem tzv. heroické medicíny“* (Haškovcová, 202, s. 21-22). V současné společnosti musíme brát v úvahu ekonomické aspekty poskytování zdravotní péče. Jiří Šimek a Vladimír Špalek v této souvislosti uvádějí, že: „*Přes nejrůznější nedorozumění mezi zdravotníky a ekonomy je zvyšování efektivity zdravotnických systémů nutné a role ekonomů je zde nezastupitelná. Bez ekonomické analýzy a bez ekonomických nástrojů dnes nemůže obstát zdravotnictví jako celek, ani jednotlivá zdravotnická zařízení a instituce“* (Šimek, Špalek, 2002, s. 9).

Vstoupí-li ekonomický pohled do systému zdravotnictví, vyvolá následné etické problémy, jako je například právo občana požadovat veřejné prostředky na svou léčbu, jaká má být jeho finanční spoluúčast na léčbě. Helena Haškovcová uvádí, že: *„Bylo by nepochybně ideální, mravné a spravedlivé, kdyby každý, kdo se ocitl v nouzi nemoci, mohl dostat vše, co potřebuje. Je nemravné zamlčovat, že tomu tak není a být nemůže, neboť vždy existoval, existuje a bude existovat rozdíl mezi ideální a dostupnou medicínou“* (Haškovcová, 2002, s. 253). Zdroje by měly být alokovány ve společnosti nejen dle spravedlnosti, ale také podle ekonomických možností států. Dle Kurta Darra rozvoj lékařské techniky a vědy zejména v sedmdesátých letech minulého století, přinesl řadu etických problémů, které budou muset být řešeny ve spojitosti s nárůstem chronických onemocnění. Může tedy dojít k problémům alokace zdrojů ve zdravotnickém systému. Odpovědnost za léčení chronicky nemocných pacientů je dána do rukou lékařů, kteří často rozhodují o bytí či nebytí pacienta a často řeší etickou otázku, zda mají prodlužovat život pacienta pomocí zdravotnické techniky či nikoliv.

Je však nutné poznamenat, že pokud je pacient dobře léčen může žít s chronickým onemocněním i řadu let kvalitní život. Nemůžeme a ani nechceme vyžadovat po zdravotnickém personálu, aby volil léčbu dle ekonomických možností, neboť jejich odpovědnost spočívá v podpoře zdraví, návratu zdraví a napomáhají ke zmírnění utrpení (Darr, 2012). K alokaci finančních prostředků do zdravotnického systému a způsobu

hodnocení efektivity se vyjadřuje Anthony Giddens, který uvádí, že: „*Hodnocení zdravotnických systémů nás nakonec nutně přivádí k některým základním otázkám, na které musíme nějak odpovědět. Společnost jako celek se nemůže vyhnout určitým základním rozhodnutím. Záleží na věku pacienta? Měli bychom zachraňovat životy mladších pacientů s větším úsilím než životy starších? Máme některé aspekty zdravotního stavu považovat za významnější než jiné, a pokud ano, proč? Na žádnou z těchto otázek není snadná odpověď. Ve vyspělých průmyslových zemích lze očekávat, že další vývoj bude místo zvyšování nákladů na léčbu již vzniklých chorob probíhat spíše ve znamení prevence a zdravější životosprávy"* (Giddens, 1999, s. 151). Nastavení ideálního zdravotnického systému není opravdu jednoduchým řešením, pokud chceme vycházet z principu solidarity ve zdraví**. Z uvedených názorů autorů vyplývá, že společnost musí dbát na veřejné zdraví svých obyvatel (kvalitní strava, bydlení, vzdělávání, spravedlivá alokace finančních zdrojů do zdravotnického systému a další). Jedinec má mít odpovědnost za svůj životní styl, který povede k posilování zdraví. Stát má odpovědnost spravedlivě alokovat finanční prostředky do jednotlivých odvětví podporující nejen veřejné zdraví, ale také do segmentů související se zdravotním a sociálním systémem.**

2.1 Veřejné statky a stát

Moderní stát by měl svým občanům zajišťovat prostřednictvím „*veřejných statků*" zdravotní a sociální služby, vzdělávání, právní řád a mnoho dalších služeb. Jan Sokol uvádí, že*: „Ekonomové proto rozlišují soukromé statky, které se dají kupovat jednotlivě a platit „adresně", a statky veřejné. Ty se někdy dají financovat nepřímo: most nebo silnice (...) u jiných to ale není z nějakých důvodů možné a musí se za ně platit „paušálem" nebo vůbec neadresně"* (Sokol, 2007 s. 123). Veřejné statky jsou takové statky, které slouží všem lidem a jsou nepřímo financované z daní ekonomicky aktivních osob, ale také z veřejného zdravotního pojištění. **Tyto statky jsou v moci státu, který o nich rozhoduje a financuje je formou státního rozpočtu. Je velice potřebné říci, že lékaři ve většině případů stojí také před etickou otázkou, která vyplývá z jejich povinnosti léčit dle nejlepšího vědomí a svědomí.** Lékař by měl mít nejlepší zájem o svého pacienta při jeho léčení, ale lékař je často regulován přidělenými finančními prostředky a měl by umět s přidělenými prostředky hospodařit. **Tyto aspekty mohou vyvolat u lékaře rozpor mezi regulací nákladů na léčbu a samotným prospěchem pacienta a samozřejmě i prospěchem vlastním.**

Vojtěch Krebs uvádí, že: „Omezování dynamiky výdajů (postrádá kritéria rozhodování co je a co není efektivní). Upřednostňuje se kritérium nákladovosti, vzniká deficitní situace, determinuje jak dostupnost, tak kvalitu péče (služby a materiálová

spotřeba)“ (Krebs a kol., 2009, s. 109). Autor také polemizuje z faktu, zda se ve zdravotnictví dají stanovit přesná kritéria na přerozdělování zdrojů v rámci solidárního systému. Kde končí výše solidarity garantovaná státem a zda stanovení standardu péče vyřeší deficit ve zdravotnickém systému. Autor se domnívá, že drahá a neefektivní péče zvyšuje finanční spoluúčast klienta, ale pouze na přechodnou dobu (Krebs a kol., 2009). **Na alokaci finančních zdrojů se můžeme podívat ze dvou hledisek: makroekonomického a mikroekonomického pohledu. Oba přístupy se navzájem mezi s sebou prolínají a celkově se ovlivňují.**

2.2 Ekonomický pohled na zdroje

2.2.1 Makroekonomický pohled

Distribuce veřejných prostředků a vztah ke spravedlnosti v solidárním systému je **etický problém, neboť každý přispívá podle zákonem stanovených podmínek**. **Neplatí však přímá úměra mezi vyšším příspěvkem a nárokem čerpat více zdravotní péče.** Alokace prostředků určených na zdravotní péči by měly být rozdělovány dle ekonomických parametrů. Jeden z indikátorů je pohled cost-benefit (náklady - užitek), který je zajišťován v rámci zdravotní péče širšímu počtu obyvatelstva. Dobré je dávat přednost výkonům, kde je tento poměr nejvyšší, kdy tedy docílíme za stejné prostředky co největšího prospěchu pro společnost. Z hlediska makroekonomického pohledu alokace zdrojů do zdravotního systému se musí respektovat zdravotní potřeby a rovný přístup ke všem skupinám obyvatelstva. To však znamená, že je nutné stanovit minimální standard služeb se zajištěním finančních zdrojů.

Makroekonomická kritéria by se měla opírat o zdravotní potřeby obyvatel v souvislosti se zajištěním zdravotních služeb, tedy stanovení rozhraní mezi primární a sekundární péčí. Dále rozvíjet vysokou kvalitu poskytovaných zdravotních služeb, které ovlivňují cenu služby, neboť pokud není zaručena kvalita služby, může být poskytovaná péče dražší. Jako příklad lze uvést nozokomiální nákazy u pacientů, kteří díky sekundárně získanému onemocnění (nejčastěji infekce ran rezistentními mikroby, zánět močových cest u nesoběstačných pacientů, kteří mají močový katétr) musí v lůžkovém zařízení pobývat více dní a jsou léčeni často drahými antibiotiky. **Mezi další podmínky makroekonomického pohledu patří cost benefit analýzy jednotlivých skupin onemocnění a stanovení finančního zajištění poskytované zdravotní péče, tedy cenu jednotlivých produktů služeb a léčby** (Darr, 2009).

2.2.2 Mikroekonomický pohled

Na zdravotnický systém se můžeme také dívat z pohledu mikroekonomiky a etických principů, které popsal Paul Ramsey v sedmdesátých letech minulého století. Autor Kurt Darr popisuje, že Ramsey hledal **nediskriminační schéma, základní kritéria, které budou akceptována v rámci mikroekonomiky a alokace zdrojů. V**e svém schématu rozvinul dva stupně. První stupeň se opírá o **rozvoj preventivních opatření** u jednotlivých chorob a aplikace do praxe. Sledování faktorů cost benefit, přínos pro jedince a celou společnost. Druhá úroveň spočívá ve **sledování jednotlivých klientů přínosu nastavených preventivních opatření** pro jeho kvalitu života, prodlužování délky života, sledování sociálních faktorů v konsenzu se stanovenými medicínskými kritérii. Výsledkem obou úrovní schématu by mělo být propojení objektivních údajů (léčba, opatření) a subjektivních kritérií u klientů. Tento přístup má i význam **pro statistické hodnocení jednotlivých přístupů léčby**, které je z mikroekonomického hlediska možno hodnotit (např. stanovení ceny léčby, screening onemocnění)(Darr, 2009). **Makroekonomický a mikroekonomický pohled ve zdravotnickém systému je velmi důležitý pro další vývoj a aplikaci nových přístupů v prevenci a léčbě onemocnění.**

Další kapitola se bude věnovat právním dokumentům, které mají vztah k etickým principům. V právních dokumentech budu hledat a diskutovat, zda se jednotlivé popsané etické principy prolínají v zákonných normách. Česká republika by se měla také řídit mezinárodními úmluvami, které promítne do zákonných předpisů ve zdravotnickém a sociálním systému. Uvedu nejdůležitější mezinárodní úmluvy a právní předpisy, které mají historický podtext k formování zdravotnického systému.

3 Právní předpisy v České republice

3.1 Mezinárodní dokumenty týkající se práva na zdraví

Evropská sociální charta (1961, dále jen „Charta“), která v Turíně stanovila 19 základních sociálních práv a principů. Ratifikací Evropské sociální charty se členské státy Rady Evropy zavazují k naplnění těchto principů všemi vhodnými prostředky, jak na národní tak na mezinárodní úrovni. V roce 1988 byla Charta rozšířena Doplňovacím protokolem o další 4 body ve Štrasburku. Pozměňovací protokol z roku 1991 v Turíně se zabývá zejména zlepšením mechanismu kontroly a zvýšení její účinnosti ve státech, které ji ratifikovaly. Česká republika se stala signatářem Charty dne 3. 6. 1993 a vstoupila v platnost

3. 11. 1999, po ratifikaci prezidentem České republiky. Jedná se tedy o dokument, který je v České republice závazný, jeho plnění je monitorováno a jeho principy by měla respektovat naše legislativa. Charta obsahuje výčet sociálních práv člověka, kdy uvedu například článek č. 13. bod 1. který přímo řeší Právo na sociální a lékařskou pomoc, kde se smluvní strany zavazují že: *„…(..)…zajistit, že každé osobě, která je bez přiměřených prostředků a která není schopna si takové prostředky zajistit bud' sama vlastním úsilím nebo je získat z jiných zdrojů, zejména prostřednictvím dávek ze systému sociálního zabezpečení, bude poskytnuta přiměřená pomoc a v případě nemoci i péče nezbytná podle jejího stavu“* (Evropská sociální charta, vstoupila v platnost 3. prosince 1999)[6].

Sociální práva byly a jsou upravovány v našem právním systému. Pokud se podíváme do roku 1988 tedy v období Československé socialistické republiky, byl vydán zákon č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů v sociálním zabezpečení, který upravoval zejména působnost Ministerstva práce a sociálních věcí, krajů, okresů a obcí na úseku sociální péče a zajištění druhů sociální péče. V rámci tohoto zákona byly kromě jiného upraveny podmínky pro poskytování dávek určených na podporu osob pečujících o osobu blízkou, respektive dávek určených ke zmírnění tzv. bezmocnosti. Tento příspěvek náležel osobě, která pečovala celodenně a osobu blízkou, která je starší 80 let (podle § 70 zákona č.100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení) Tento způsob nepojistného dávkového systému platil do konce roku 2006, kdy byl vydán nový zákon o sociálních službách č. 108/2007 Sb., který „bezmocnost“ upravil na finanční kompenzaci disability klienta formou dávky příspěvku na péči. Současný systém sociálního zabezpečení pokrývá sociální události, jako jsou například invalidita nebo stáří formou sociálního pojištění, které je založeno na principu solidarity (zdravý vůči nemocnému, ekonomicky aktivní vůči neekonomicky aktivnímu).

Deklarace z ALMY-ATY

V Almě-Atě se dne 12. 9. 1978 konala mezinárodní konference o základní zdravotní péče. Deklarace obsahuje prohlášení, kterým vyzívá vlády, zdravotníky, veřejné činitele a celou světovou veřejnost, aby chránili a pomohli k rozvoji zdraví. Tato deklarace obsahuje deset částí, které zdůrazňují základní zdravotní péči jako nedílnou součást v péči o zdraví. V části I, je zdůrazněno, že: *„…(..) .zdraví, které je stavem plné tělesné, duševní a sociální pohody a ne jen pouhou nepřítomností nemoci nebo vady, je základním lidským právem“*.

[6] Sdělení Ministerstva zahraničních věcí: S Chartou vyslovil souhlas Parlament České republiky, prezident republiky Chartu ratifikoval. Ratifikační listina České republiky byla uložena u generálního tajemníka Rady Evropy dne 3. listopadu 1999.

V části V. se uvádí, že: „*Hlavní sociální úkol všech vlád, mezinárodních organizací a celé světové veřejnosti pro nejbližších deset let by měl být: dosáhnout do roku 2000 takové úrovně zdraví lidí na celém světě, která by jim umožnila vést společensky a ekonomicky produktivní život. Primární péče o zdraví je prostředkem k dosažení tohoto cíle…(..)..*“ (Holčík, 2009, s. 104). O **této deklaraci můžeme říci, že je již zastaralá, ale její principy jsou stále využitelné i pro náš zdravotnický systém, neboť jak je uvedeno, zdraví je *základním lidským právem*.** Rozvoj primární péče je základním stavebním kamenem zdravotnického systému. Před 34 lety byla tato deklarace vydána, a pokud se podíváme na náš zdravotnický systém, nebyla dostatečně rozvinuta primární péče ani po roce *reformních změn* po roce 1989. V našem zdravotnickém systému stále převažuje akutní model péče. V tomto kontextu, je třeba ještě uvést, že do roku 1989 byla velmi dobře propracovaná koncepce zdravotní primární péče o dítě a seniorskou populaci (léčebny pro dlouhodobě nemocné, institut geriatrické sestry). Historický vývoj a reformní kroky s následnými změnami budou popsány v dalších kapitolách.

Dalším velice důležitým dokumentem je **Ottawská charta,** která byla zaměřena na posilování a rozvoj zdraví. Tato mezinárodní konference se konala 21. listopadu 1986 v Ottavě (Kanada). Jan Holčík uvádí, že: „*Tato konference reagovala především na rostoucí naději vkládanou do nového zdravotního hnutí, do něhož se zapojuje veřejnost na celém světě… vyšla z dosavadních výsledků, které přinesla Deklarace o základní zdravotní péči přijatá v Almě-Atě…(..)“* (Holčík, 2009, s. 107). Hlavním předpokladem obsaženým v Chartě pro rozvoj zdraví: „*..(..) je mír, obydlí, vzdělání, potrava, příjem, stabilní ekosystém, dostatečné zdroje, rovnoprávnost a sociální spravedlnost. Zdraví lze zlepšovat jen při splnění těchto podmínek*“ (Holčík, 2009, s. 107). Účastníci konference se zavázali kromě dalších důležitých věcí na změně orientace zdravotnického systému, který by měl podporovat zdraví a s tím souvisejí i změny v alokaci finančních prostředků do systému. Tuto úmluvu uvádím proto, že má vztah k alokaci finančních zdrojů do zdravotnického systému. Dále zdůrazňuje rovnoprávnost a spravedlnost, která je také obsažena v základních etnických principech při tvorbě zdravotnického systému. Pokud se podíváme na alokaci finančních zdrojů po roce 1989, který byl rokem politických změn ve společnosti, bylo alokováno pouze 5,27 % z hrubého domácího produktu (Vepřek, Vepřek, Janda, 2001).

3.1.1 Mezinárodní dokument Ekonomické a sociální rady Spojených národů

V roce 2000 vydala Ekonomická a sociální rada Spojených národů (Economic and Social Council) mezinárodní dokument **Právo na nejvyšší docílení standardu zdraví** (The

right to the highest attainable standard of health: 11/08/2000. E/C.12/2000/4. (General Comments) **definující právo na svobodu a zdraví**. **Právo na svobodu je vyjádřeno jako právo na kontrolu zdraví, sexuální reprodukční svobodu a právo nebýt mučen a neúčastnit se léčebných experimentů. Každý člověk má právo na ochranu zdraví, která vychází z rovnosti příležitostí, která povede k hlavnímu cíli a to dosáhnout té nejvyšší úrovně zdraví obyvatel. Toto právo musí samozřejmě vycházet z individuálních biologických a socioekonomických podmínek a možností daného státu.** Stát má v prvé řadě rozvíjet systém preventivních opatření, vycházejících ze zdravých podmínek pro život každého člověka. Mezi zdravé podmínky života zahrnujeme životní prostředí, pracovní podmínky, bydlení, stravu, pitnou vodu, vzdělání, informace o zdravých podmínkách a reprodukční zdraví.

Stát nemůže zabezpečit lidem „*dobré zdraví*“, ale musí zabezpečovat zdravé podmínky pro život občanů a provádět nezbytná opatření v případech onemocnění. Aby mohl být mezinárodní dokument implementován v praxi, musí stát vytvářet podmínky k jeho realizaci. V prvé řadě je úkolem státní politiky jednotlivých států zajistit dosažitelnost zdravotnických služeb, a to především s důrazem na vzdělávání lékařského a nelékařského personálu, rozvoj zdravotnických služeb dle potřeb obyvatelstva. Dále je důležitý rozvoj preventivních programů zaměřených na zdraví obyvatelstva. **Mezi další podmínky realizace patří lékařská dostupnost pro všechny socioekonomické vrstvy obyvatelstva.**

Ekonomická dostupnost řešící zabezpečení zdravotnických služeb pro všechny vrstvy obyvatelstva se zřetelem na spravedlivý a rovný přístup pro bohaté a chudé. Významnou roli v tomto procesu hraje i informační dostupnost obsahující právo na důvěryhodné informace. Další podmínkou je přijatelnost pro všechny socioekonomické skupiny z hlediska kvality poskytovaných služeb. **Zdravotnické služby se musí zabývat preventivními programy, vhodnou léčbou a to zejména na komunitní úrovni**. Stát by měl mít dobře organizovaný a fungující zdravotnický systém a systém sociálního a zdravotního pojištění. Všechna politická rozhodnutí v otázkách zdraví by měla vést k právu na zdraví, a to na komunální a národní úrovni. Zdravotnický systém musí zahrnovat i péči o děti, adolescenty a seniory v oblasti prevence a kurativy.

Dále je nutné věnovat pozornost lidem s handicapem, kterým je nutné nabídnout dostupné zdravotně sociální služby, které nepovedou k jejich diskriminaci a vyloučení ze společnosti. Do systému musí být zahrnuti i lidé jiných národností, kteří žijí v dané zemi, musí být zabezpečen rovný přístup mužů a žen bez známek diskriminace. Mezi velmi důležité podmínky patří přijetí legislativních opatření garantující dosažitelnost, dostupnost

a přijatelnost pro všechny socioekonomické vrstvy obyvatelstva. Dokument obsahuje specifické závazky pro všechny státy, kdy se zavazují respektovat právo na zdraví pro všechny občany, ale také pro lidi uvězněné, azylanty, minority, ilegální imigranty v preventivní, léčebné a paliativní péči. Státy musí legislativní úpravou zajistit spravedlivý přístup ke zdravotní péči tak, že privatizace zdravotnického sektoru nebude vytvářet mezi lidmi hrozbu, která nezajistí dosažitelnost, dostupnost a přijatelnost a kvalitu zdravotnických služeb. Zdravotnické privátní a veřejné služby mají být ve státě rovnoměrně rozloženy a poskytovat ze zdravotního pojištění nejen diagnosticky léčebnou péči, ale také preventivní programy zaměřené na zdravý způsob života (omezení kouření, alkoholu, špatného životního stylu, HIV/AIDS) snižující riziko onemocnění a minimalizují rizikové faktory. Praktičtí lékaři a další specialisté mají mít vhodné standardy na edukaci v souladu s etickými kodexy jednotlivých profesí. Velmi důležitý závazek pro státy je vytvoření informačního systému, který umožní širším vrstvám obyvatelstva přístup k informacím souvisejících se zdravím. Implementace práva na zdraví musí být realizováno prostřednictvím zdravotní politiky státu, která by měla mít vytvořený časový harmonogram změn a realizaci právních norem v praxi. Státy se musí zavázat, že provedou určité kroky, které povedou k realizaci závazků vyplývajících z úmluvy, budou vzájemně spolupracovat s mezinárodní organizací Světové zdravotnické organizace. V **praxi to znamená, že je nutné pro implementaci úmluvy vytvořit vhodné ekonomické a technické podmínky, které se také opírají o deklaraci z Almy-Aty o primární péči. Úmluva klade důraz na celospolečenskou dohodu mezi všemi členy společnosti: profesionálními pracovníky, rodinami, místními komunitami, mezivládními a vládními organizacemi, privátním a státním sektorem, které povedou k naplnění práva na zdraví. V rámci alokace zdrojů musí stát formulovat jasné cíle, kterých chce dosáhnout ve zdravotní péči. Zároveň musí však identifikovat dostupné zdroje, které zajistí efektivní alokaci vedoucí k naplnění stanovených cílů.**

Národní strategie práva na zdraví musí zahrnovat principy jako je odpovědnost, nezávislost justice a implementaci základních lidských práv. Ke stanoveným cílům stát navrhuje ukazatele a národní standardy, které jsou monitorovány na národní a mezinárodní úrovni. Státy mohou využít technickou podporu Světové zdravotnické organizace v rámci rozvoje indikátorů a kritérii, které podporují rozvoj práva na zdraví. Kontrolní činností práva na zdraví může vykonávat také ombucman, úřad pro lidská práva, spotřebitelská fóra, pacientské organizace nebo podobné instituce. Také soudci a členové právnických profesí by měli věnovat nejvyšší pozornost při porušování základních lidských práv. (Mezinárodní

dokument The right to the highest attainable standard of health : 11 / 08 /2000. E/C.12 / 2000/4. (General Comments)

Pokud si promítneme hlavní zásady mezinárodního dokumentu *„Právo na nejvyšší docílení standardu zdraví“* do našeho současného zdravotnického systému na příkladu alokace zdrojů do vybraných segmentů péče dojdem k následujícím zjištěním. V roce 2006 byl celkový podíl ze zdravotního pojištění alokován do ambulantních služeb 23,6 % finančních prostředků, zatímco v porovnání s rokem 2010 bylo alokováno 25,7 %, tedy o 2,1 % více. **Alokace prostředků v roce 2006 do ústavní nemocniční péče činila 50% celkových nákladů a v roce 2010 to bylo 51,8 % finančních prostředků, tedy o 1,8 % zaznamenáváme nárůst zdrojů. V této souvislosti ještě zmíním financování zdravotnických služeb zejména pro seniorskou populaci, která by měla být nejlépe poskytována v jeho domácím prostředí typem služby jako je domácí zdravotní péče. Tato forma péče od roku 2006 není rozvíjena a podporována zdravotními pojišťovnami (v roce 2006 tvořila v celkových nákladech pouze 0,5 % a v roce 2010 0,6 %). Lůžka pro dlouhodobě nemocné také v současné době zaznamenávají pokles ve financování zdravotní péče (v roce 2006 to bylo 2,1 % a v roce 2010 1,8 % z celkových nákladů) (Hejduk, 2012).**

V tomto případě je tedy nutné položit otázku, jak je o seniorskou populaci zabezpečena zdravotní péče? Jde o spravedlivý přístup ke zdraví, naplňující principy mezinárodního dokumentu v současném světě? Do roku 1991 byla terénní péče o seniory zabezpečena geriatrickými sestrami, které pracovaly u praktických lékařů pro dospělé a vykonávaly terénní ošetřovatelskou péči. Helena Haškovcová k této problematice uvádí, že: *„V souvislosti s privatizací ordinací praktických lékařů v roce 1991 zanikly geriatrické sestry“* (Haškovcová, 2010, s. 213). Jejich činnosti převzaly agentury domácí péče, ale jak jsem uvedla dle statistických ukazatelů, **nezvyšuje se podíl alokace finančních prostředků vzhledem ke zdravotním potřebám klientů.**

3.2 Základní právní předpisy v oblasti práva na zdraví v České republice

V České republice je právo na zdraví zakotveno v těchto základních právních předpisech: Listina základních práv a svobod, která je obsažena v Ústavním zákoně, č.2/1993 Sb. Ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb. (dále *„Listina“).* Článek č. 31 Listiny říká, že: *„Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které*

stanoví zákon" Dále Článek č. 4 Listiny stanoví, že: „*Zákonná omezení základních práv a svobod musí platit stejně pro všechny případy, které splňují stanovené podmínky*" (http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html). Tato Listina má zaručit všem občanům spravedlivý přístup ke zdravotní péči, která je založená na solidárním systému, tedy předplacené péči. Každému člověku musí být zajištěna a poskytnuta zdravotní péče bez ohledu na jeho finanční možnosti uhradit péči.

Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny (dále jen „Úmluva o ochraně lidských práv"), která byla 16. listopadu přijata výborem ministrů Rady Evropy ve Štrasburku, poté byla v dubnu 1997 předložena Radě Evropy.

Helena Haškovcová uvádí, že*: „Evropa, jak víme, se politicky a hospodářsky sjednocuje a v brzké budoucnosti, dojde nejen k volnému pohybu kapitálu, pracovních sil i služeb, ale také k volnému pohybu pacientů. Lidé celého evropského regionu by měli mít jistotu, že jejich případná pacientská role bude mít relativně stejná pravidla"* (Haškovcová, 2002. s. 103). Tento dokument má různé názvy, používá se například Konvence o biotice, Konvence o biomedicíně, Úmluva o biomedicíně, neboť název dokumentu je dlouhý a pro jeho interpretaci nepraktický. Úmluva o ochraně lidských práv byla podepsána vládou České republiky dne 24. 6. 1998 a byla ratifikována dne 1. 10. 2001 (Haškovcová, 2002). Tato Úmluva byla publikována v České republice pod č. 96/2001 Sb. a je závazná pro Českou republiku, neboť se jedná o nejvyšší zdravotnický zákon, který je povýšen nad platnou legislativou dané země. V kapitole 1 - Obecná ustanovení Článek 1. Účel a předmět se kromě dalších ustanovení říká, že*: „Každá smluvní strana přijme do svého právního řádu opatření nezbytná pro zajištění účinnosti ustanovení této úmluvy"* (Haškovcová, 2007, s. 882). Mezi hlavní zásady Úmluva o ochraně lidských práv patří souhlas osoby v oblasti péče o zdraví, kde je brán zřetel na ochranu osob neschopných dát souhlas (nezletilé osoby), dále ochrana osob s duševní poruchou, stavem nouze a problematikou dříve vyslovených přání. Mezi další zásady patří ochrana soukromí a právo na informace o svém zdraví, pravidly vědeckého výzkumu na člověku a transplantacemi (Haškovcová, 2007).

Úmluva o ochraně lidských práv a jejím obsahem se nebudu ve své disertační práci zabývat, ale musím v této souvislosti uvést, že tomuto závaznému přepisu předcházel v České republice etický **kodex Práv pacientů, který vznikl díky iniciativě Heleny Haškovcové a předsedy komise Jaroslava Šetky v rámci práce Centrální etické komise při vědecké radě Ministerstva zdravotnictví České republiky** v roce 1992 (Haškovcová, 2002). Etický kodex nebyl však z hlediska práva nijak vymahatelný, Helena Haškovcová

uvádí, že: *„Vyjadřuje opodstatněná přání nemocných, která právě proto, že jejich opodstatněnost uznává i většina zdravotníků, reprezentují mravní normu, vyzívající k důslednému naplňování“* (Haškovcová, 2007, s. 98-99).

Jako příklad uvedu formulaci z etického kodexu Práv nemocných, která nejlépe vystihuje potřebu pacientů získat informace o svém zdravotním stavu. V právech pacientů (bod 3) se uvádí, že*: „Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s tím souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena“* (Haškovcová, 2002, s. 99). Toto právo pacienta uvádím v souvislosti s hodnotou zdraví, neboť pouze správně poučený pacient se může rozhodnout, zda léčebný či terapeutický zákrok podstoupí a je mu dána určitá odpovědnost za svá rozhodnutí. Helena Haškovcová se velice podrobně ve své knize zabývá rozkladem informovaného souhlasu v souvislosti s platnou Úmluva o ochraně lidských práv a způsobem naplnění v našem právním systému. Haškovcová říká, že: *„Souhlas pacienta musí splňovat tři základní náležitost: musí poučený, kvalifikovaný a svobodný poučený souhlas je požadován proto, aby se pacient mohl „kvalifikovaně rozhodnout pro navrhovanou léčbu. Poučit pacienta je nutné, ale jeho poučenost bude specifická, neboť laikova kvalifikace se nikdy nemůže vyrovnat lékaři*“ (Haškovcová, 2007, s. 25-26).

Informovaný souhlas má tedy i řadu etických problémů, které také historicky vyplývají z postavení lékaře a pacienta v paternalistickém přístupu lékaře. Často pacient ani neporozumí charakteru a závažnosti svého onemocnění, neboť byl nesprávně poučen lékařem. Do rozhodování pacienta vstupují i psychologické aspekty, jako je obava, strach, schopnost se koncentrovat a přijímat informace, ale také se zdravotní gramotností obyvatel. Obsah informovaného souhlasu byl popsán ve vyhlášce č. 64/2007 Sb. Dne 9. 9. 2011 (ve třetím čtení) byl schválen Poslaneckou sněmovnou České republiky vládní návrh Zákona o zdravotnických službách *(dále jen „zákon“)*. Tento navržený zákon podporuje jmenované zásady Úmluvy. Jako příklad uvedu práva pacientů, která jsou uvedena ve třetí části jako Postavení pacienta v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb a to zejména v § 27, § 28, § 31(Informace o zdravotním stavu pacienta a o navržených zdravotních službách).

Navržený zákon v paragrafovém znění v oblasti práv pacientů vychází z ustanovení Úmluvy, ale také z etického kodexu Práv nemocných (1992), který v jednotlivých článcích řeší souhlas pacienta v oblasti zdravotní péče. Porovnáme-li zákon o zdravotních službách

s navrženými opatřeními Úmluva o ochraně lidských práv (Kapitola 5 Souhlas) a paragrafové znění zákona, najdeme zde základní principy ochrany osoby. V zákoně (výňatek z textu zákona 372//2011 Sb. V § 31 odstavec 1a) se například uvádí, že „Poskytovatel je povinen: zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách *(dále jen „informace o zdravotním stavu“)*, umožnit pacientovi nebo osobě určené pacientem klást doplňující otázky, vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám, které musí být srozumitelně zodpovězeny“ (Výňatek ze zákona 372/2011 Sb.)

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (dále jen „Úmluva o právech osob se ZP“ která vstoupila v platnost v České republice dne 28. října 2009. Úmluva o právech osob se ZP je zaměřená na dodržování všech základních lidských práv a základních svobod osobám zdravotně postiženým. Odstraňování diskriminačních mechanismů, barier, které brání zapojení do společnosti. V souvislosti s ustanovenými právními předpisy platných pro Českou republiku je to významný dokument, který je kromě jiných témat (například vzdělávání, přístup k informacím, bydlení, rehabilitace,…) věnován hodnotě zdraví. V Článku 25 Zdraví (písmeno b) se uvádí: „*poskytují zdravotní služby, které osoby se zdravotním postižením, i děti a starší osoby, potřebují specificky z důvodu svého zdravotního postižení, a to včetně včasné detekce a intervence, pokud je vhodná, a dále služby určené k minimalizaci nebo prevenci dalšího zdravotního postižení“* (Sbírka mezinárodních smluv č. 10 / 2010, Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, s. 13).

V této souvislosti bych chtěla uvést, že v České republice není zatím nastaven žádný systémový přístup zdravotně sociální péče v přístupu k zdravotně postiženým a chronicky nemocným. Péče o tyto osoby je rozdělena mezi ministerstvo zdravotnictví, kde dominuje především akutní model zdravotní péče a ministerstvo práce a sociálních věcí, které řeší již důsledky zdravotního postižení formou dávek (invalidní důchody, příspěvek na péči) a sociální péče. Bude naprosto nezbytné přijmout společný koncept řešení obou ministerstev a to v nastavení zdravotně sociální péče. V současné době pracuji v multioborovém týmu na přípravě zákonů dlouhodobé péče a ucelené rehabilitace, kde se snažíme nastavit koncepci péče o zdravotně postižené a chronicky nemocné klienty. **Tento inovativní přístup spočívá v nastavení jednotlivých fází lékařské, ošetřovatelské, vzdělávací a sociální péče, kterými bude postupně klient procházet s cílem udržení klienta na pracovním trhu nebo poskytnout adekvátní zdravotně sociální péči odpovídající jeho potřebám.**

3.2.1 Reformní zdravotnické zákony nahrazující Zákon č. 20/1966 Sb.

Práva pojištěnce/pacienta byl dán **Zákonem č. 20/1966 Sb., ze dne 17. března 1966 o péči o zdraví lidu,** který upravoval například pravidla v poskytování zdravotních služeb, jednotlivé segmenty zdravotnických služeb (např. ambulantní, preventivní opatření, lázeňskou péči). Tento zákon byl v průběhu jeho platnosti několikrát novelizován (cca 32 novel od roku 1990 do roku 2004) a v současné době je nahrazen Zákonem č. 372/2011 o zdravotnických službách, který reaguje svými právními předpisy na některá ustanovení mezinárodní úmluvy Konvence o biomedicíně (například práva pacientů, institut dříve vyslovených přání a další zákonné ustanovení). Zákon vstoupil do platnosti dne 1. 4. 2012. Tento zákon upravuje zdravotní služby a podmínky druhy a formy zdravotní péče, kde se zavádí nový typ zdravotní péče: jednodenní chirurgie, dále dlouhodobá lůžková ošetřovatelská péče. Stanovuje práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, ale také poskytovatelů zdravotních služeb. V zákoně se také pojednává o kvalitě a její hodnocení v rámci bezpečné poskytování zdravotních služeb. Formovaný zákon je v souladu s předpisy Evropské unie.

Mezi důležité zákony patří **Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění**, který byl novelizován v roce 2011 Zákonem č. 369/2011 Sb., kde se například uvádí v § 1 odstavec d): *„na poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem, přičemž poskytovatel nesmí za tyto hrazené služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu“* (výňatek ze Zákona č. 369/2011 Sb.). Tento právní předpis by měl ochraňovat klienta před korupcí ve zdravotnickém systému, neboť lékař ani jiný zdravotnický pracovník nesmí za zdravotní péči přijmout žádnou úhradu. Klient má samozřejmě i povinnosti dodržovat doporučený léčebný režim hrazený z veřejného zdravotního pojištění v § 12 písmeno d) zní: *„poskytnout součinnost při poskytování zdravotních služeb a kontrole průběhu individuálního léčebného postupu a dodržovat poskytovatelem stanovený léčebný režim*“ (výňatek Zákona č. 369/2011 Sb.). **Novelizaci zákona jsem citovala z důvodů nároku občana na poskytnutí zdravotní péče a zdravotní pojišťovny nemohou tedy regulovat zajišťování zdravotní péče klientům.** Regulačními opatřeními od zdravotních pojišťoven se velmi věnuje Ondřej Dostál, který se specializuje na zdravotnické právo. Ondřej Dostál uvádí, že: *„podle článku 31 Listiny základních práv a svobod má každý právo na ochranu zdraví, přičemž mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Toto právo je nutné aplikovat společně s článkem 3 odst. 1 Listiny, který obecně zakazuje bezdůvodnou diskriminaci“* (Dostál, 2005, s. 16). Dále uvádí

ve své přednášce, že právo na přístup k péči by nemělo být závislé na úhradové regulaci od pojišťoven, interními restrikcemi zdravotnických zařízení nebo subjektivním názoru lékaře o „*neindikovatelnosti*“ jeho onemocnění na případnou léčbu.

Zdravotní péče se má poskytovat s cílem zlepšení nebo zachování zdravotního stavu, tedy není podstatná ekonomicko - organizační kontraindikace, rozhodují pouze medicínská kritéria (Dostál 2009). Pro ilustraci uvádím výtah ze zákonné normy paragraf 17, zákona 48/ 1997 v platném znění odstavec Hodnoty bodu: „*výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení. Nedojde-li v dohodovacím řízení k výsledku do 90 dnů před skončením příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví, že tato dohoda není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví hodnoty bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění“* (Výňatek ze Zákona 369/2011 Sb.). Z ustanovení zákona vyplývá, že nemůže zdravotní pojišťovna omezovat péči, neboť by měl být sledován veřejný zájem. **Otázkou však zůstává, kdo by měl zastávat veřejný zájem. Je to ministerstvo zdravotnictví, samosprávy nebo samotní klienti, kteří jsou často organizováni v různých občanských sdruženích dle povahy onemocnění? Domnívám se, že by se každý z nás měl podílet na formování zdravotní politiky v rámci samospráv, ale také na celostátní úrovni. Musím však dodat skutečnost, že ovlivňování zdravotní politiky na všech úrovní záleží na dostupnosti informací a také na zdravotní gramotnosti obyvatel.**

Zdravotní pojišťovny by tedy neměly omezovat přístup klienta ke zdravotnickým službám. Měly by mu vždy poskytnout adekvátní léčbu s cílem k návratu uzdravení nebo poskytnout takovu péči, která pomůže zmírnit jeho utrpení v terminálním stádiu nemoci. Naše zdravotnické zákony nemají v současné době žádné legitimní právní opatření vymezující, co je standardní zdravotní péče a co je ji nadstandardní péče. V praxi to znamená, že klient má právo na poskytnutí adekvátní zdravotní péče dle jeho potřeb bez jakéhokoliv finančního omezení zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb. Hana Janečková v této souvislosti uvádí, že: „Zákony České republiky dosud oficiálně neoddělují balík základních služeb hrazených ze zdravotního pojištění a služby nadstandardní připouštějící vybírání poplatků. Současný systém hrazení zdravotnických služeb však nutí zdravotnická zařízení k redukování rozsahu nabízených služeb, a tedy ke

vzniku pořadníků v nemocnicích a k prodlužování čekací doby v ambulancích“(Janečková, 2009, s. 76).

Obecně lze říci, že zdravotnická zařízení se chovají tak, jak jim je nastavena paušální platba ze zdravotních pojišťoven, neboť většina zařízení získává finanční zdroje na zdravotní péči o klienty formou paušálních plateb v rámci dohadovacích řízení s jednotlivými pojišťovnami.

Mezi další průlomové zákony měnící zákon č. 20 z roku 1966 je Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, který kromě jiných právních úprav řeší roli posudkového lékaře a jeho spolupráce s ostatními ošetřujícími lékaři. Stanovují se také možnosti osoby, která je posuzovaná podávat námitky. Můžeme o tomto zákoně říci, že nastavuje multidisciplinární spolupráci mezi ošetřujícím lékařem a posudkovým lékařem, který je zařazen v sociálním systému. Dále zákon řeší i pracovnělékařské prohlídky, které by měly brát zřetel na rizikové faktory, které mohou mít přímý vliv na zdraví a další ukazatele bezpečnosti práce.

V současné době vyšlo vládní nařízení o stanovení dojezdových dob vyjadřujících **místní dostupnost zdravotní péče, které by mělo vstoupit v platnost v roce 2013.** Vládní nařízení stanovuje lhůty vyjadřující časovou dostupnost plánované zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotní péče). Vládní nařízení se zabývá místní dostupností, dojezdovými dobami hrazené ambulantní a lůžkové péče (v § 1). Veškerá primární péče má dle návrhu časovou dostupnost 40 minut**. Za zmínku stojí dostupnost lékaře specialisty v oboru geriatrie, kde je stanovena dostupnost 120 minut jako například u plastické chirurgie. Dále dostupnost následné lůžkové péče v odborných léčebných ústavech, kdy je stanovena dojezdová dostupnost na 180 minut jako například u oboru medicínského neurochirurgie** (uvedeno v Příloze č. 1. k nařízení vlády). Dle mého soudu by měla následná lůžková péče navazovat na akutní péči, kde je dostupnost lůžkové péče stanovena na 45 minut. Další změnou je stanovení časové dostupnosti (§2) plánované hrazené péče, která je stanovená v rozmezí od 8 týdnů

například u Angiografie nekoronárních tepen a vaskulární intervenční výkony a 78 týdnů u náhrady kyčelního kloubu. Pojišťovny mají nejpozději do 1. 1. 2013 zajistit dostupnou dojezdovou dostupnost pro hrazenou ambulantní a lůžkovou péči. (Nařízení 2/2012 vlády České republiky o místní a časové dostupnosti zdravotní péče). Když se podíváme na stanovení dostupné sítě, je zřejmé, že je opět v popředí zájmu podporovat rozvoj sítě akutní lůžkové péče oproti chronicky nemocným a geriatrickým klientům.

V důvodové zprávě k nařízení vlády se kromě jiného uvádí, že tato navrhovaná dostupnost vychází z reálných možností systému veřejného zdravotního pojištění v ČR a reflektuje skutečnost, že stávající síť smluvních zdravotnických zařízení v zásadě pokrývá reálné potřeby zdravotní péče v České republice. V důvodové zprávě se uvádí, že návrh chce odstranit disproporce v zajištění zdravotní péče v jednotlivých regionech a byl konzultován v rámci připomínkového řízení s odbornými společnostmi, pojišťovnami a poskytovateli zdravotnických služeb (Nařízeni č. 2/2012 vlády České republiky o místní a časové dostupnosti zdravotní péče). **Otázkou zůstává, zda bude opravdu zajištěna optimální sít zdravotnických služeb na specializovaných pracovišťích v rámci jednotlivých regionů, tak aby byl zachován spravedlivý přístup ke zdraví.**

Zákon č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů z dne 19. září 2007, který byl schválen Parlamentem České republiky, nabyl účinnosti 1. 1. 2008. Tento zákon byl vydán jako první reformní zákon, kdy předmětem této právní úpravy byla stabilizace veřejných rozpočtů ve zdravotnickém systému. Bývalý ministr zdravotnictví Tomáš Julínek uvádí, že tato reforma zdravotnictví není pouze o regulačních poplatcích, ale je i reformou pro budoucnost na odvrácení kolapsu financování zdravotnického systému (o tomto zákoně bude pojednána další kapitola).

4 Regulační poplatky ze Zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů

Vzhledem k tomu, že diskuse o regulačních poplatcích byla předmětem mnoha dlouhodobých diskusí a zájmu médií i veřejnosti, věnuji jim v následujícím textu zvláštní pozornost. Osobně se však domnívám, že se jednalo o problém do značné míry zástupný, a to jak ze strany předkladatele, tak oponentů. V**e spektru všech problémů zdravotnictví se jedná o záležitost zcela okrajovou, avšak takovou, která na dlouhou dobu odpoutala pozornost od řešení nejdůležitějších problémů zdravotnického systému.**

4.1 Ústavní soud České republiky a diskuse nad zákonem č. 261/2007 Sb.

Návrh k Ústavnímu soudu zaslala nejdříve skupina poslanců Parlamentu České republiky, 67 poslanců zastoupených Michalem Haškem (dne 22. 10. 2007), dále skupina poslanců Parlamentu České republiky, 43 poslanců zastoupených Vojtěchem Filipem a skupinou senátorů Parlamentu České republiky, 19 senátorů zastoupených Kateřinou

Šimáčkovou. Poslanci a senátoři se domáhali zrušení zákona č. 261/2007 Sb. dle Ústavy ČR dle čl. 87 odst. 1 písm. a) a dle § 64 odst. 1 písm. b) zákona č. 182/1993 o Ústavním soudu. Ústavní soud přibral skupinu poslanců zastoupených Vojtěchem Filipem a skupinu senátorů zastoupených Kateřinou Šimáčkovou jako vedlejší účastníky, kteří mají stejná práva a povinnosti jako skupina navrhovatelů zastoupená Michalem Haškem (Text nálezu ve věci PI ÚS 1/08, s. 2). Hlavní argumentace navrhovatelů a vedlejších účastníků byla shodná. Zákon dle jejich stížnosti byl přijat neústavním způsobem a dostal se do rozporu s ústavním pořádkem naší země, kdy byl porušen princip dělby moci a demokratičnosti. Došlo k propojení mnoha novel různých zákonů, které spolu nesouvisejí a byla tím porušena tvorba souladného, předvídatelného a přehledného práva. Zákon byl přijat v rozporu s legislativním procesem a pozměňovací návrhy nebyly řádně projednávány ve výborech Poslanecké sněmovny. Předseda vlády měnil pozměňovací návrhy několik dnů před závěrečným hlasováním a poslanci neměli reálnou možnost prostudovat právní úpravy navrhovaného zákona. Senát byl ovládán politickou většinou (Občanskou demokratickou stranou České republiky) a vyjádřil nevůli se zákonem zabývat ve své rozpravě. Navrhovatelé a vedlejší účastníci nesouhlasili s regulačními poplatky, které jsou v rozporu s mezinárodními dokumenty. Poukázali na čl. 31 Listiny práv a svobod, na Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech (čl. 120/1976 Sb.), na článek Evropské sociální charty (č. 14/200 Sb.) a na Úmluvu mezinárodní organizace práce o minimální normě sociálního zabezpečení (č. 461/1991 Sb.) (Text nálezu ve věci PI ÚS 1/08, s. 11). Nejzávažnějším argumentem bylo porušení čl. 31 Listiny základních práv a svobod, kdy je nejzákladnější a neodkladná péče zajištěna bezplatnou formou veřejného zdravotního pojištění a byla tedy dotčena sociální práva vyjmenovaných přijatých mezinárodních dokumentů. Regulační poplatky dle navrhovatelů měly záměrně odrazovat od přístupu k zdravotní péči (Text nálezu ve věci PI ÚS 1/08, s. 11).

4.1.1 Vyjádření Ústavního soudu České republiky

Ústavní soud se zabýval, zda napadená právní úprava nezasahuje do některých práv chráněných Listinou. V oblasti sociálních práv rozhodl, že podle čl. 5 Ústavy je politický systém založen na svobodném a dobrovolném vzniku a volné soutěži politických stran, které respektují základní demokratické principy. Chtějí-li zákonodárci realizovat sociální práva zakotvená v Listině, která jsou závislá na možnostech státního rozpočtu, musí využít pro tyto účely politickou soutěž, neboť je tato oblast v pravomoci zákonodárce. Ústavní soud dále přistoupil k posuzování ústavnosti či

neústavnosti garantovaných sociálních práv a došel k názoru, že schválený zákon neporušuje sociální práva občanů. Mezi dalšími posuzovanými argumenty navrhovatelů bylo dle Listiny čl. 31 právo na ochranu zdraví a bezplatnou zdravotní péči, kdy Ústavní soud shledal, že regulační poplatky nemají charakter „*rdousícího afektu*" a nečiní reálnou možnost nedostupnosti zdravotní péče. Regulační poplatky prohlubují solidaritu mezi těmi, kdo péči potřebují a na druhé straně stojí ten, kdo péči v požadovaném rozsahu nepotřebuje. Soud odmítl tvrzení navrhovatelů, že se bezplatná péče proměnila na placenou péči. Svůj názor dokládá nálezem rozhodnutí ze dne 4. 6. 2003 (Pl. ÚS 14/02), kdy vyslovil, že „*zákaz přímé úhrady se tedy týká především samotného výkonu bezplatné zdravotní péče.*" Dále bylo rozhodnuto, že nevybírání regulačních poplatků může být sankcionováno pojišťovnou, neboť zdravotnické zařízení není nositelem práv, ale pouze občan (Text nálezu ve věci PI ÚS 1/08, s. 28-29). Závěrem lze shrnout, že Ústavní soud neměl důvod zrušit napadený zákon a svým rozhodnutí se návrh na zrušení zákona dne 20. 5. 2008 o stabilizaci veřejných rozpočtů zamítl (Text nálezu ve věci PI ÚS 1/08, s. 33-34). Vojtěch Krebs a kol. K problematice vyjádření Ústavního soudu k regulačním poplatkům uvádí, že: „*Nález Ústavního soudu však řeší pouze otázku solidarity, regulace přístupu k solidárním zdrojům a souladu nastavené praxe s obecnou formulací Listiny základních práv a svobod…(..)..Zavedená spoluúčast navíc ve stávající podobě mu z individuálního pohledu dostatečný užitek nepřinášejí, jen zvyšují jeho náklady a teoreticky racionalizuje fungování systému, což ovšem z hlediska pacientova užitku není příliš významné*" (Krebs a kol, 2009, s. 123).

4.2 Politický boj o regulační poplatky v roce 2008 a 2009

Regulační poplatky (dále jen poplatky) se staly hlavním tématem na politické scéně v České republice, které jsou součástí zákona 271/2007 Sb. Než došlo k vyjádření Ústavního soudu k případnému zrušení zákona, proběhly v parlamentu diskuse nad regulačními poplatky. V březnu předložila návrh Křesťanská demokratická unie - Česká strana lidová (dále jen KDU-ČSL) na zrušení regulačních poplatků u novorozenců a poslanci České strany sociální demokracie (dále jen ČSSD) se pokusili prosadit návrh na zrušení poplatků. Oba návrhy byly zamítnuty v prvním čtení. V dubnu roku 2008 vláda schválila „*balík reformních zákonů*" předložené ministerstvem zdravotnictví a zamítla návrh poslanců KDU-ČSL na zrušení poplatků u novorozenců (Pavlíková, 2009). V květnu v roce 2008 poslanci ČSSD a Komunistické strany Čech a Moravy (dále jen KSČM) opět podali návrh sněmovně na zrušení regulačních poplatků a Ústavní soud vydal zamítavé stanovisko navrhovatelů

o zrušení zákona č. 261/2007 Sb. V červnu roku 2008 byl schválen návrh poslankyně Michaely Šojdrové, který osvobozuje od poplatků novorozence, pacienty, kteří jsou umístěni v léčebně na základě nařízení soudu a za lékařské vyšetření u dárce orgánů. Tato novelizace zákona byla schválena Parlamentem České republiky, senátem a prezidentem České republiky (srpen 2008).

V říjnu 2008 proběhly krajské volby, kdy s drtivou převahou vyhrála ČSSD, která v předvolební kampani slibovala kromě jiných témat i zrušení regulačních poplatků. Svoje sliby začala naplňovat ve svých krajských zdravotnických zařízeních, kdy regulační poplatky začala hradit svým klientům formou daru z rozpočtu kraje, avšak nejednotným postupem, v každém kraji jiným systémem. V říjnu 2008 opět podali poslanci ČSSD návrh do sněmovny na zrušení regulačních poplatků. Tento návrh byl v prosinci schválen dolní komorou a putoval do horní komory Parlamentu České republiky, která návrh v lednu 2009 po svém projednání opět vrátila poslancům dolní komory s některými právními úpravami.

Od 1. 4. 2009 se změnila některá ustavení zákona č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů, zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a zákona č. 59/2009 Sb. Tento novelizovaný zákon upravil regulační poplatky u některých skupin obyvatelstva. Děti do 18 let jsou osvobozeni od poplatků u pediatra, praktického lékaře, ambulantního specialisty a zubního lékaře a za návštěvní službu. Seniorům nad 65 let a dětem do 18 let klesá z 5 000 Kč ochranný limit na 2 500 Kč. U dětí se započítává do ochranného limitu poplatky ve výši třiceti korun za návštěvu psychologa a logopeda, položka na receptu a výše doplatku za nejlevnější lék na trhu. U seniorů nad 65 let se do ochranného limitu ještě připočítává návštěva praktického lékaře, zubaře, ambulantního specialisty a návštěvní služba (Informační portál Ministerstva zdravotnictví České republiky). Ve sněmovně prošlo opozičním poslancům dne 15. 5. 2009 dva návrhy na zrušení regulačních poplatků. Poslanci ČSSD navrhli zrušit poplatky pro děti a mladistvé do 19 let, dárce kostní dřeně, sociálně slabé a seniory. Návrh KSČM měl zrušit poplatky pro všechny věkové skupiny obyvatelstva. Oba návrhy posoudil Senát České republiky, to že prošly oba návrhy je prý taktika Davida Ratha, neboť dle jeho vyjádření má prý alespoň jeden návrh šanci na přijetí po zpětném vrácení senátem (Zdravotnické noviny, publikováno dne 15. 5. 2009). Senátoři posuzovali oba návrhy na zrušení poplatků, které však sjednotili a přidali paragraf, který obsahuje protikrizová opatření. Dolní komora Parlamentu České republiky posuzovala senátní návrh, který jak uvedl předseda senátu Přemysl Sobotka, zabraňuje ústavnímu chaosu (Hevligerová, J, 2009).

4.3 Veřejné diskuse k regulačním poplatkům

Prezident České lékařské komory (dále jen *„komora“*). Milan Kubek vyzval ve svém dopise hejtmany krajů, aby již neplatily regulační poplatky za klienty svých zdravotnických zařízení, neboť přijatá novela zákona 261/2007 Sb. od 1. 4. 2009 je kompromisem a je v souladu s evropskou tradicí solidárního financování. **Milan Kubek dále uvádí, že dotování regulačních poplatků kraji podporuje chaos, který tím vzniká ve zdravotnictví**. Komora nemůže sama zasáhnout do systému dotování poplatků ze stran krajů, ale připravila na svém serveru vzorovou žalobu, kterou nabízí k využití soukromým lékařům a zdravotnickým zařízením, které nejsou řízeny krajem, aby se obrátili s žalobou na Evropskou komisi. Kraje i po vyjádření Ústavního soudu o zamítnutí zrušení zákona 261/2007 Sb. dále platí za své klienty regulační poplatky formou daru. V době hospodářské krize jsou krajské rozpočty velmi napjaté a musí se šetřit, přesto zástupci ČSSD obchází zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů. Například Olomoucký kraj vyplatil v prvním čtvrtletí roku 2009 3. 400 mil. korun.

Zdravotní pojišťovny mohou ze zákona udělovat sankce za nevybírání regulačních poplatků (Šverdík, 2009). Ve Zlínském kraji byla situace s úhradou regulačních poplatků nejspecifičtější mezi ostatními hejtmanstvími. Za klienty svých zdravotnických zařízení hradili pouze mladistvým do 18 let a seniorům nad 70 let návštěvu ambulance a hospitalizaci. V lékárnách neposkytuje kraj svým klientům dary, neboť zastupitelstvo neodsouhlasilo úhradu formou daru všem věkovým skupinám (Zdravotnické noviny, 2009).

Jak jsem již uvedla, zdravotní pojišťovny mohou udělovat sankce a to i opakovaně za porušování zákona. Například Zdravotní pojišťovna Metal-Aliance udělila jedné z jihomoravských nemocnic pokutu ve výši 15 tisíc korun a hejtman Jihomoravského kraje se vyjádřil, že jejich zdravotnické zařízení poplatky vybírají, ale klienti se mohou rozhodnout sami, zda dar přijmou nebo odmítnou. Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále jen VZP) a Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra také zahájily několik správních řízení se zdravotnickými zařízeními. V Ústeckém kraji společnosti Krajská zdravotní řízená krajem, udělila VZP pokutu ve výši 50 tis. Kč z důvodu soustavného a opakovaného porušování povinnosti vybírat poplatky za poskytnutou péči ve svých zařízeních. Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra koncem dubna udělila Oblastním nemocnicím Středočeského kraje také pokuty za porušování zákona.

Poslanec a hejtman David Rath řešil situaci v obcházení zákona tím, že pohrozil pojišťovnám udělující pokutu, že po vítězství ČSSD v předčasných říjnových volbách dojde

k jejich zrušení (Zdravotnické noviny, 2009). Některé ústavní lékárny řešily situaci s poplatky tím, že začaly klientům nabízet ve svých lékárnách „slevové kupony“. Grémium majitelů lékáren podaly v dubnu 2009 žaloby na Středočeský a Moravskoslezský kraj za porušování zákona s argumentem, že nevybírání regulačních poplatků je nekalá soutěž. Dále Grémium pořádá po celé republice kampaň pro soukromé lékárny s návodem, jak se mají bránit vůči nekalé soutěži (Zdravotnické noviny, 2009). V dubnu 2009 vydal Městský soud v Praze předběžné opatření, který zakázal hradit poplatky v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav, a.s.

V květnu 2009 se opozičním politikům podařilo schválit ve sněmovně dva návrhy na zrušení poplatků, které putovaly do senátu. Názory na zrušení poplatků dolní komorou byly rozporuplné, opoziční poslanci se radovali, ale zdravotnická zařízení, která nejsou řízena kraji, však nesouhlasili se zrušením poplatků. Například dle vyjádření ředitele Nemocnice Jeseník přispěly poplatky na nákup nové dialyzační jednotky, zkrátily se objednací doby u specialistů a snížily se o 20 % návštěvy u lékaře. Ve Fakultní nemocnici v Brně se snížil o jednu třetinu počet pacientů na pohotovosti. Ve Fakultní nemocnici Hradec Králové se z poplatků nakupovaly nové technologie a finančně náročné léky pro onkologicky nemocné. Zvýšila se i operativa výměny kyčelního kloubu v roce 2008 oproti roku 2007 o jednu třetinu (Pokorný, 2009).

Z pohledu bývalé ministryně zdravotnictví Dany Juráskové se ušetřilo 5 miliard korun ve zdravotnickém systému, které se věnovaly na léčbu závažných onemocnění. V období hospodářské krize mohlo zrušení poplatků vyvolat zhoršenou kvalitu poskytovaných zdravotnických služeb. Politický boj o poplatky a neustále obcházení zákona mohly vyvolat i reakce klientů navštěvujících jiná zdravotnická zařízení, která nejsou řízena kraji.

Klienti dle průzkumu Mladé fronty Dnes dlužili velké částky za poplatky především za hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. Zároveň tento deník oslovil padesát českých nemocnic s dotazy na dlužné částky od klientů. Dlužná částka činila v roce 2009 kolem dvacet pět milionů korun. V každé nemocnici tak průměrně zůstal za dvanáct měsíců v rozpočtu půlmilionový dluh. V roce 2009 dlužilo pět klientů ze sta a v současné době dluží poplatky zdravotnickému zařízení každý dvanáctý klient. Tento jev může být důsledkem hospodářské recese v naší zemi, ale také chaotického uspořádání zdravotnického systému, kdy se vede neustálý politický boj o regulační poplatky a samotní zákonodárci se snaží tento zákon obcházet (Pokorný, 2009).

Na závěr této kapitoly je nutné uvést, že od 1. 12. 2011 nabyl účinnosti zákon č. 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

a dochází kromě jiného ke změně výše regulačního poplatku za jeden den hospitalizace z 60 Kč na 100 Kč (Portál ministerstva zdravotnictví). Otázkou tedy zůstává, zda zvýšení finanční spoluúčasti klienta v systému zdravotní péče měl pozitivní vliv na snižování deficitního hospodaření zdravotních pojišťoven? Ovlivnily regulační poplatky přístup k zdravotní péči, snížily se počty návštěv ve zdravotnických zařízeních díky regulačním poplatkům? Zvýšila se deklarovaná kvalita zdravotnických služeb?

4.4 Regulační poplatky v roce 2011

Dnem 1. 12. 2011 nabyla účinnosti zákona č. 298/2011 Sb., kterým se změnil zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, kdy došlo mimo jiné ke změně výše regulačního poplatku za jeden den hospitalizace z 60 Kč na 100 Kč. Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění kromě jiných předpisů ukládá zdravotnickým zařízením povinnost vybírat regulační poplatky. Pokud poskytovatelé zdravotní péči poruší předpis (§ 16 a odstavec 9) může zdravotní pojišťovna uložit poskytovateli pokutu. V paragrafu 16 a zákona 298/2011 Sb. se uvádí (citace ze zákona): „*Zdravotnické zařízení je povinno regulační poplatek uvedený v odstavci 1 od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat, pokud nejde o výjimku z placení regulačního poplatku podle odstavce 2 nebo 3. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu do výše jednoho milionu korun.*“ (Zákon č. 369/2011, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění). Mezi dalšími změnami zákona je také úhrada za recept, kdy se mění povinnost platby klienta za jednotlivou předepsanou položku na receptu (à 30 Kč) na jednotnou úhradu 30 Kč za všechny předepsaná léčiva. V zákoně je tato změna v paragrafu 16a odst. 1 písmeno d, definována jako: d) 30 Kč za recept, na jeho základě došlo k výdeji prvního z balení předepsaných hrazených léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, bez ohledu na počet hrazených léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely a počet předepsaných balení.

4.4.1 Ústavní soud České republiky a regulační poplatky v roce 2011

Zákon opět vyvolal u poslanců ČSSD značnou nevoli, kdy skupina 51 poslanců dne 13. 12. 2011 podala stížnost k Ústavnímu soudu proti některým ustanovením zákona. Vyberu ze stížnosti pouze statě týkajících se zvýšení regulačních poplatků za hospitalizaci

v ústavních zdravotnickým zařízení. Poslanci jednají jménem předsedy strany ČSSD Bohuslava Sobotky. Ve své stížnosti překládají důvodovou zprávu k návrhu zákona ke zvýšení tohoto regulačního poplatku, kde se uvádí: *„Zvýšením regulačního poplatku za jeden den hospitalizace na výši 100 Kč by se jednalo o zvýšení příjmu zdravotnických zařízení v celkové výši cca 0,75 mld. Kč ročně. Navržená změna poskytuje pojištěncům na straně jedné motivaci k účelné spotřebě zdravotní péče, na straně druhé pak ochranu před vysokými náklady na zdravotní péči. Staví tak pojištěnce do středu systému, neboť regulační poplatky jsou plně v souladu jak s osobní zodpovědností, tak s principem solidarity v případě nemoci, která ohrožuje finanční situaci jednotlivce nebo rodiny. Zvýšení regulačního poplatku za jeden den hospitalizace by mělo vzhledem ke své regulační funkci vést ke snížení nákladů na poskytnutou zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních následné péče, např. V léčebnách dlouhodobě nemocných apod., a to zejména u pojištěnců, kteří jsou zde hospitalizováni, přičemž pobyt by mohl být realizován v zařízeních sociálních služeb. Případné stanovení limitů by popíralo smysl regulačního poplatku, protože po dovršení limitu by nic pojištěnce nemotivovalo k tomu, aby poskytovanou zdravotní péči nenadužíval.“* (Návrh na zrušení ustanovení § 11 odst. 1 písm. f), § 12 písm. n), § 13 odst. 3 až 8, § 16a odst. 1 písm. f), odst. 9 až 11, § 17 odst 4 ve slovech „a s označením variant zdravotní péče podle § 13", § 32 odst. 5 a § 44 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění zákona č. 270/2008 Sb., zákona č. 59/2009 Sb., zákona č. 298/2011 Sb. a zákona č. 369/2011 Sb., bod 44. S. 16). Ústavní soud zamítl zádost poslanců ČSSD na zrušení zákonné normy.

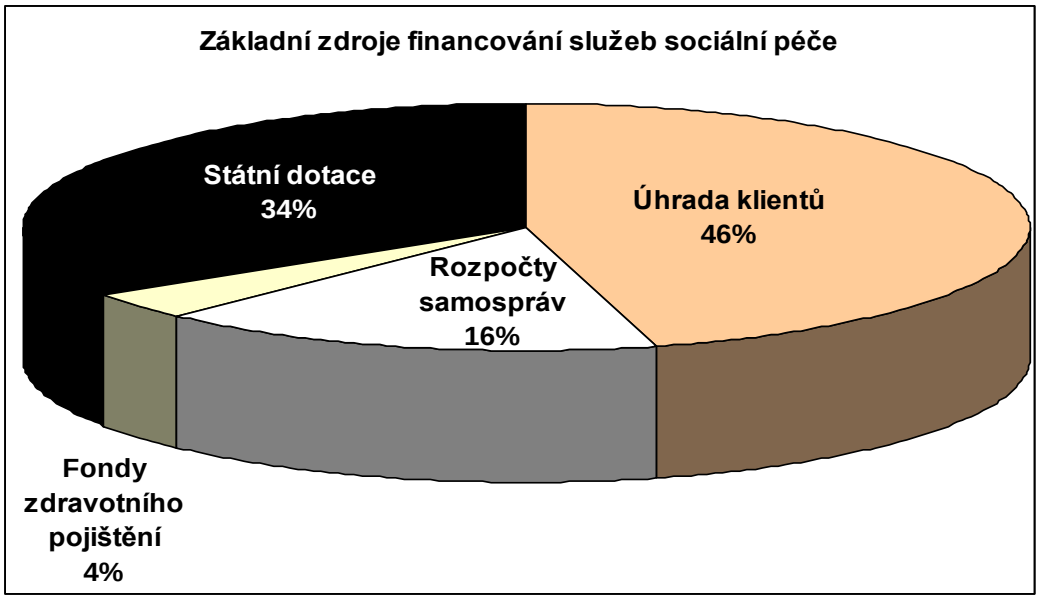
4.4.1.1 *Diskuse k alokaci finančních prostředků ve zdravotnickém a sociálním systému*

Zvýšení regulačního poplatku za den hospitalizace z 60 Kč na 100 Kč dle stížnosti poslanců ČSSD klade vyšší finanční zátěž na jedince nebo rodinu. V **této souvislosti je nutné konstatovat, že někteří pacienti by nemuseli být hospitalizováni ve zdravotnických zařízeních, ale současný sociální a zdravotní systém nemá systémově nastavené podmínky pro péči v domácím prostředí. V současném zdravotnickém systému převažuje akutní model péče a v malé míře je uplatňována aktivní rehabilitační, tedy druhá fáze léčení a rehabilitace. Třetí fází by měla být péče dlouhodobá, která má charakter ošetřovatelské sociální péče.** Převážná většina klientů dlouhodobé péče v domácím prostředí potřebuje podporu a pomoc zajišťované prostřednictvím pečovatelské služby, zdravotní péče (domácí zdravotní péče) a zapojení rodiny jako neformální péče rodinných příslušníků nebo osob blízkých.

Nesystémový přístup zdravotnického a sociálního systému mohu prokázat ze statistických dat alokace finančních zdrojů, kdy domácí zdravotní péče je dlouhodobě podfinancována (0,6%) z celkových nákladů do jednotlivých segmentů zdravotní péče. Pečovatelská služba v rámci veřejných zdrojů má také omezené prostředky na svou činnost, neboť v minulosti byly podporovány spíše pobytové sociální služby a alokace finančních prostředků byla právě směřována do těchto institucí. Je ještě velmi důležité upozornit na systém financování sociální a zdravotní péče. Kdy je klient hospitalizován nebo ambulantně léčen, hradí se náklady na léčbu ze zdravotního pojištění a spoluúčast klienta je cca 17 % (Hejduk, 2011). V sociálním systému je hrazení této péče daleko složitější, kdy klientova spoluúčast je 51 % (příspěvek na péči je cca 17%), zdravotní pojišťovny pokud je klient v sociálních pobytových zařízeních hradí zdravotní péči cca 4 % a z rozpočtů krajů, měst a obcí je úhrada cca 0 – 20 % (Statistická ročenka MPSV, 2011, viz graf č. 1).

Otázkou zůstává, zda se klient dokáže orientovat v nabízených službách obou systémů a využije služby vždy dle svých zdravotních a sociálních služeb. Další otázkou je, zda jsou služby v daném regionu srozumitelné a proklientsky orientované na potřeby nebo klient využije službu s nižší finanční spoluúčastí (zdravotnické zařízení).

Graf 1: Základní zdroje financování služeb sociální péče



Zdroj: Statistická ročenka MPSV, 2011

Z uvedeného grafu je patrné, že majoritním zdrojem financování služeb sociální péče jsou úhrady od klientů. Cílem je financovat především služby sociální péče ze zdrojů klientů (včetně nepojistných dávek, příspěvek na péči) ve výši, která pokryje běžné provozní náklady poskytovatelů. Financování ze státního rozpočtu by mělo být

v budoucnosti jen doplňkové a mělo by zabezpečovat kvalitativní rozvoj služeb nebo upravovat specifické rozdíly dané regionem nebo cílovou skupinou klientů. Změny ve zdravotnickém a sociálním systému musí do budoucna směřovat ke snižování nákladů a postupnou transformaci obou systémů. Systémové změny já osobně vidím ve snižování akutní lůžkové péče ve prospěch podpory aktivní rehabilitační péče a dlouhodobé zdravotně sociální péče se zvýšenou alokací finančních zdrojů do těchto typů péče.

V sociálním systému bych navrhovala rozvoj ambulantní a terénní sociální péče a nastavení systému dlouhodobé zdravotně sociální péče a to zejména v přirozeném prostředí klienta, doma. Domovy pro seniory částečně transformovat na pobytová lůžka dlouhodobé zdravotně sociální péče.

4.5 Veřejná diskuse o zdravotnických službách

Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu České republiky, uskutečňuje pravidelné výzkumy zabývající se názory obyvatelstva na zdravotnický systém. V prosinci 2011 (kvótní výběr u 1060 obyvatel) byl uskutečněn výzkum, který se týkal navržených reformních kroků ve zdravotnických službách (rozdělení standardní a nadstandardní péče, ceny léků, regulační poplatky u lékaře, regulace sítě zdravotnických zařízení).

Výzkumná zpráva uvádí: „*U dalších opatření pak již převládají nesouhlasné odpovědi, ovšem u platby za stravu a lůžko při pobytu v nemocnici a platby za návštěvu specialisty, kterou nedoporučil praktický lékař, je nezanedbatelný podíl lidí, kteří tato opatření podporují (38 %, resp. 31 %) „* Dále se uvádí, že : „ *... relativně vysoký souhlas veřejnosti (29 %) získalo i rozdělení zdravotní péče na standardní a nadstandardní. Výrazně převládající nesouhlas je patrný v případě připlacení za léky ve větší míře v závislosti na ceně léku, snížení počtu nemocničních lůžek a snížení počtu specializovaných pracovišť (75 % - 85 % nesouhlasných odpovědí),,* (Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 2011, s. 2).

V souvislosti s regulačními poplatky u lékařů bylo zjištěno, že počet návštěv je determinován dle socioekonomického postavení obyvatel. Ve zprávě je uvedeno, že: „*u praktického lékaře během minulého roku například nebylo 22 % studentů, ale i 24 % zaměstnanců ve vedoucích funkcích a 20 % nezaměstnaných, naopak mezi důchodci takových bylo jen 9 %, mezi nekvalifikovanými dělníky 7 %,,* (Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 2011, s. 4). **Dle zjištěných názorů obyvatel na určité segmenty zdravotnických služeb můžeme říci, že**

panuje negativní názor na zvyšování cen léků a snižování počtu lůžkového fondu ve zdravotnickém zařízení. S názorem na neustále se zvyšující ceny léků souhlasím, ale na snížení lůžkového fondu mám zcela odlišný názor. Z tohoto výsledku výzkumného šetření je patrné, že lidé nemají dostatečné informace o problematice zdravotnického systému v souvislosti s alokací finančních zdrojů a nutnosti změn transformace lůžkových kapacit ve prospěch například péče o seniorskou populaci, rehabilitační péče a další.

Sociologický ústav také pravidelně zjišťuje celkovou spokojenosti obyvatel se zdravotnickým systém v ČR od roku 2002. Ve zprávě se uvádí, že: *„jsou podíly spokojených (34 %) a nespokojených (35 %) poměrně vyrovnané, i když nespokojenost je projevována o něco silněji – rozhodně nespokojena je více než desetina populace, zatímco rozhodně spokojena pouze 3 %. Necelá třetina veřejnosti vyjadřuje v této otázce neutrální postoj ani spokojen, ani nespokojen“* (Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., 2011, s. 1). Ve zprávě o spokojenosti se zdravotnickým systémem se uvádí, že: *„Spokojenost se zdravotním systémem projevují spíše mladší lidé než starší, se stoupajícím věkem se snižuje podíl spokojených a zvyšuje podíl nespokojených. Podobně občané hodnotící svůj zdravotní stav jako dobrý jsou se systémem zdravotnictví spokojenější, a u těch, kteří jej vidí jako špatný, se objevuje výrazně větší míra nespokojenosti“* (Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologický ústav AV ČR, v. v .i ., 2011, s. 2). Největší problémy jsou zjišťovány v oblasti financování veřejného zdravotnictví, kde čtyři pětiny respondentů (82 %) občanů vidí velmi velké problémy.

Mezi další oblasti zjišťování názorů patřila i oblast hospodaření s léky a fungování zdravotních pojišťoven. Většina respondentů (66 %) uvádí odpovědi typu velmi velké problémy ve zdravotnickém systému. Zjišťovaný objem a kvalita poskytovaných služeb je mezi obyvateli rozšířen názor, že dvoupětinový podíl občanů stále vidí velmi velké problémy v této zkoumané oblasti. V závěru zprávy o výzkumu se uvádí, že: *„Hodnocení míry problematičnosti vybraných oblastí českého zdravotnictví je tak nejvíce kritické za celé sledované období od roku 2006“* (Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., 2011, s. 3). **Pokud srovnáme oba výzkumy zaměřené na zdravotnický systém je zřejmé, že obyvatelé nemají pozitivní vztah na nastavený systém zdravotní péče, vnímají také problematiku financování. Otázkou zůstává, zda tyto názory veřejnosti nezůstanou pouze jako konstatování určitého faktu a budou použity pouze pro další sociologické výzkumy. Jak se uplatní názory veřejnosti při formování a stanovování priorit ve zdravotnickém systému, který by měl reagovat na zdravotní potřeby obyvatelstva?**

Náš zdravotnický systém je založen na solidárním způsobu financování, tedy každý přispívá dle nastavených zákonných pravidel a zdá se být z hlediska zapojení všech obyvatel do financování zdravotnictví spravedlivé, aby občan měl právo se účastnit plánování optimálního modelu zdravotních služeb. V **této souvislosti se nabízí další otázka, zda občan opravdu může ovlivnit priority ve zdravotnickém systému. Na jakých úrovních (stát, kraje, města, obce) může aktivně občan vstupovat a ovlivňovat zdravotní politiku? Z etického hlediska si kladu otázku, zda není zdravotnický systém ovlivňován loby velkých farmaceutických firem, odbornými lékařskými společnostmi a politiky**?

V této kapitole jsem se věnovala současnému zdravotnickému a sociálnímu systému, které se vzájemně prolínají v péči o klienta z hlediska zdravotně sociální péče a opírají se o současnou právní legislativu a mezinárodní úmluvy. **Z hlediska pochopení současného nastavení zdravotního a sociálního systému je nutné se podívat do historie formování obou systému a diskutovat etický princip solidarity (zdravý x nemocný, chudý x bohatý) a alokaci finančních zdrojů.**

5 Historický vývoj zdravotnického systému

Zdravotnický systém je jeden z nejstarších systémů v historii a je zastoupen třemi stranami. První stranou jsou pacienti neboli spotřebitelé péče a na straně druhé jsou poskytovatelé zdravotní péče. Poskytovatelé jsou zdravotničtí pracovníci ve všech profesích a zdravotnická zařízení poskytující všechna spektra péče. Třetí stranou jsou plátci zdravotní péče, kteří tuto zdravotní péči financují (státní rozpočet, zdravotní pojišťovny, soukromé osoby, zaměstnavatelé, zákonné či soukromé fondy) (Křížová, 1998). V moderním pojetí zdravotnictví jako společenského systému se musíme zabývat otázkami, jako je samotné zdraví jedince, dostupností zdrojů, ochrana a prevence před nemocí, ale také sociálním postavením člověka. Hana Janečková a Helena Hnilicová uvádějí, že: „*Péče o zdraví představuje v moderní společnosti komplexní sociální systém, v rámci kterého jsou poskytovány zdravotnické služby, zajišťována ochrana zdraví občanů a prevence vzniku nemocí“* (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 82). Ottawská charta se zabývá posilováním a podporou zdraví, neboť: „*Zdraví je pozitivní pojem umocňující sociální a osobní možnosti jedince i jeho fyzickou výkonnost*“ (Holčík, 2009, s. 107).

Podmínkou zdravé společnosti je i nastavení priorit zdravotní politiky státu, která by měla pružně reagovat na změny zdravotních potřeb obyvatelstva. K této problematice nastavení zdravotnického systému Hana Janečková a Helena Hnilicová

uvádějí, že: „*Hledání této dynamické rovnováhy tvoří obsah zdravotní politiky státu a je důvodem veškerých reformních snah…“* (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 83). Problematikou správného nastavení zdravotní politiky se dlouhodobě zabývá ve svém profesním životě Jan Holčík, který uvádí, že: *„Zdravotní politika nespočívá jen v aktivitách ministerstev, ale v tom, jak všechny úrovně řízení a rodiny a jednotliví občané projeví zájem o zdraví a jakou část odpovědnosti za zdraví dokážou unést*“ (Holčík, 2008, s. 6). Je tedy patrné, že na formování zdravotní politiky státu by se měla účastnit nejenom odborná veřejnost, ale také laická veřejnost. **Pokud se zaměříme na laickou veřejnost, tedy samotné občany, kteří mají odpovědnost za své zdraví, zejména ve znalosti správného životního stylu a možnosti sám ovlivnit své zdraví. Nabízí se otázka, jak může sám jedinec ovlivnit své zdraví.** Tento aspekt velice úzce souvisí se zdravotní gramotností a výchově ke zdravému životnímu stylu života. Jan Holčík rozděluje zdravotní výchovu do tří oblastí, které zahrnují edukaci pacientů ve zdravotnických zařízeních. Edukační činnost je prováděna zdravotnickými pracovníky a to v různých úrovních poskytovaných informací (např. užívání léků, pokyny předoperační a pooperační péče a další). Mezi edukační činnost také patří snaha ovlivňovat chování lidí, ale tato výchovná činnost je úzce spjata se zdravotní gramotností jedince. Další část výchovy obyvatelstva je varování a ochrana před vlivy ohrožující zdraví, to znamená vyvíjet v oblastech, kde jsou známy rizikové faktory takou činnost, která bude chránit zdraví.

Třetí a nejdůležitější je výchova ke zdraví na mezirezortní úrovni, kdy jsou jednotlivé aktivity výchovy aplikovány do vzdělávacích modulů na základních, středních a vysokých školách. Jan Holčík uvádí, že: *„Výchova je pro zdraví lidí nepostradatelná. Zdaleka nejde jen o běžnou zdravotnickou problematiku. Výchova k respektování, hájení i rozvoji základních humánních hodnot je nezbytnou součástí formování osobnosti svébytných a odpovědných občanů, kteří pochopí hodnotu zdraví a dokážou zdraví chránit i rozvíjet“* (Holčík, 2008, s. 7).

Úloha státu ve formování zdravotnického systému závisí ve velké míře na tom, jak se jeho občané umí orientovat v systému, kde a jak získávají potřebné informace, nejenom o dostupnosti samotné zdravotní péče, ale i o tom jak oni mohou sami ovlivňovat způsob života vedoucí ke zdraví. Jan Holčík uvádí, že: *„Investice do zdravotního systému by v tomto kontextu měly směřovat zejména do podpory zdraví a zdravotní výchovy*“ (Holčík, 2009, s. 20). Zdravotní gramotnost obyvatelstva je důležitou součástí společnosti, která dle Holčíka znamená také: *„Je zřejmé, že zdravotní gramotnost, podobně jako zdraví a péče o zdraví, je komplexní pojem zahrnující složitě sociálně*

podmíněný přístup k informacím, jejich utřídění a pochopení i jejich uvážlivé využití v kontextu každodenního života“ (Holčík, 2009, s. 19). Přeneseme-li tuto definici do praktického života, znamená to, že pokud bude člověk vzděláván v problematice péče o své zdraví, bude znát rizikové faktory, které ovlivňují jeho styl života, může se aktivně podílet na rozvoji a udržování svého zdraví. **Světová zdravotnická organizace reagovala na mezinárodní konferenci v Almě–Atě a vytvořila strategií Zdraví pro všechny v 21. století, která rozpracovává jednotlivé strategické cíle vedoucí k zdravému rozvoji a ochraně zdraví a snižování zdravotních rizik v Evropském regionu**. Proč právě tento dokument pro Evropský region? v dokumentu se uvádí, že: „*Během posledních desetiletí vzrostl počet členských států z 31 na 51, a tím se zvětšil i rozsah problémů. Trvalé nesnáze spojené s bídou a nezaměstnaností prohlubují společenskou nerovnost a v mnoha zemích vyvolávají snížení kvality života, růst násilí a oslabení sociální soudržnosti“* (Zdraví 21, 2001, s. 13).

V tomto dokumentu je podrobně zpracována tématika zdravého způsobu života v kapitole 5 (Společné zdravotní strategie více odvětví), determinanty zdraví, které ovlivňují život člověka a jejich strategie řešení. Problematika zdravotní výchovy obyvatelstva ke zdravému způsobu života má být nedílnou součástí nastavení zdravotní politiky státu a účelné alokace finančních zdrojů v rámci zdravotnického systému.

5.1 Rozvoj solidárního systému

Vývojem zdravotnického systému budu sledovat linií solidarity chudých ve vztahu k bohatým, zdravých vůči nemocným a jak byly alokovány finanční prostředky do rozvoje zdravotních služeb ve vztahu k zmíněné solidaritě.

Současný zdravotnický systém je determinován historickým vývojem, kdy se po dlouhá staletí jednotliví lékaři a jejich různí řemeslní předchůdci starali o nemocné lidi. Pro ilustraci uvedu řemeslo lazebníka, který vykonával své povolání v lázních, holil, sázel baňky, pouštěl žilou krev, obvazoval vředy a rány. Znakem lazebníků byl vyvěšený bílý šátek, později bílé misky. Bradýři (později chirurgové) se zabývali zprvu holením, brzy ale i obvazováním ran, Tato řemesla se vyvíjela ve 12. a 13. století. (neznámý autor)

„*Lékař Hippokratovy doby byl odborně školený řemeslník, nabízející své služby putováním od obce k obci, nebo byl usazený ve větším městě, kde měl svou „dílnu“ – iatreion. Každý svobodný občan se mohl prohlásit za lékaře, legitimizován byl jen svou dobrou pověstí*.“ (Holčík, 1994:10) „*Lékařská zdravotní péče byla až do osvícenského rozvoje přírodních věd a tím i medicínského poznání záležitostí ambulantní, navíc*

probíhající převážně v domácnostech pacientů. Jen výjimečně přicházeli lékaři do špitálů, které plnily funkci sociálně-ošetřovatelskou. ...Špitály byly převážně malé, místní, pro několik a měly azylový charakter – nerozlišovaly sociální situaci od nemoci. Ta ostatně byla nahlížena funkčně, nikoli nozologicky – důležité nebylo, jaká nemoc klienta postihla, vesměs stejně nepřicházelo v úvahu kauzální léčení, ale jak moc klient „ne-může". …V souvislosti se vznikem novodobé medicíny a celoevropské reformy zdravotnických systémů byly zakládány všeobecné nemocnice nového typu orientované na léčení, nikoli na azylovou pomoc. Osvícenské nemocnice měly sloužit výhradně pacientům s akutním onemocněním. Dokladem je výnos českého gubernia k otevření pražské Všeobecné nemocnice: „*Z ošetřování jsou vyňati jen ti, kteří jsouce stiženi dlouhotrvajícími a nezhojitelnými nemocemi, jsou vhodni právě proto k přijetí do chorobince*." Kromě chorobinců vznikaly v 18. století i starobince, chudobince či nalezince." (Kalvach, 2004:492) Současný stav oddělení sociální a zdravotní péče je tedy důsledkem rozvoje, snahy o efektivitu, pozitivního vývoje medicíny a podstatně souvisí s rozdělením péče na akutní a následnou a se vzrůstem specializace (byrokratizace) a ekonomizace zdravotní péče.[7] Lékař ošetřoval pacienta v jeho domácím prostředí. Vztah lékaře a pacienta se dle Heleny Haškovcové historicky vyvíjel, uvádí, že: „*Po dlouhá staletí se vytvářela role lékaře, právě tak role pacienta. Výsledkem spletitého procesu je ustálený a u nás dominantní model praktického paternalismu lékařů vůči nemocným*" (Haškovcová, 2002, s. 61). Paternalismus vysvětluje Helena Haškovcová jako: „*..(..)...paternalistický (pater = otec), tedy otcovský, přeneseně rodičovský. Jeho praktická podoba vyhovovala oběma zúčastněným stranám, tedy jak lékařům, tak pacientům a jejich rodinám, a nebylo třeba ji měnit*" (Haškovcová, 2007, s. 12). Lékař ošetřoval pacienty za přímou úhradu, ale také za naturální odměnu, kterou často bývaly potraviny. Dle

[7] „Závažný je mýtus o oddělitelnosti zdravotních a sociálních služeb u osob se závažnou disabilitou, s křehkostí či se závislostí. Kromě jiného vede i k mýtu o neměnnosti tradičního pojetí a uspořádání služeb a institucí, které je zajišťují, např. léčeben pro dlouhodobě nemocné (LDN) a domovů důchodců (DD). Přitom dnes v ČR 1) podstatná část obyvatel DD je k pobytu v DD kontraindikována svým zdravotním stavem, 2) obyvatelé DD (a také penzionů a domů s pečovatelskou službou – DPS) stárnou, jejich funkční stav se zhoršuje, ale ošetřovatelská péče i osobní asistence z nich spíše mizí, což vede k přibývání nežádoucích překladů mezi DD, nemocnicí a LDN, 3) podstatná část pacientů LDN je k pobytu v LDN dle šetření zdravotních pojišťoven kontraindikována – jejich pobyt je chápán jako sociální azyl, 4) do LDN jsou masivně překládáni pacienti k terminální péči na konci života (end-of-life care – EOL) bez vytvoření ekonomických i provozních podmínek pro kultivovanou paliativní péči – jde o diskriminační laciné umírání…" (Kalvach, in MPSV, 2006:81-82)

Křížové často lékař chudší pacienty léčil zdarma a peněžní odměnu požadoval od bohatších vrstev obyvatelstva (Křížová, 1998). Ti, kteří neměli peníze, byli odkázáni na charitativní pomoc, která byla dle Haškovcové založena na principu dobročinnosti a lidumilství (Haškovcová, 1994). V období druhé poloviny 18. st. a počátkem 19. st. se věnovala pozornost řešení otázek chudoby, dětské práce a znečištění prostředí ve společnosti. V tomto období v některých evropských feudálních monarchiích byl vytvořen první systém státní zdravotní správy-zdravotní policie, která byla označována jako státní medicína. Tento koncept vznikl jako reakce na potřeby armády, mít silné a zdravé muže a zdravou pracovní sílu pro vznikající manufaktury.

„Historie moderního ošetřovatelství je spojena se jménem Anglčanky Florence Nightingalové, která žila v letech 1820-1910, autorkou legendární Knihy o ošetřování nemocných, která vyšla česky v roce 1874. V roce 1874 také byla otevřena na území Rakouska-Uherska první zdravotnická škola, a to Česká ošetřovatelská škola. Tradiční opatrovnická činnost se jen pozvolna měnila v činnost ošetřovatelskou, podloženou odbornými znalostmi a dovednostmi. Sledovat dramatickou historii ošetřovatelství je mimořádně zajímavé, ale my dodejme, že skutečně odborná ošetřovatelská škola byla založena v Praze až v roce 1916. Umírajícím, , nebyla věnována z hlediska odborného ošetřovatelství dlouhou dobu speciální pozornost“ (Haškovcová, 2007,s.30)

První koncepci zdravotní policie zpracoval Johann Peter Frank (1745 - 1821), který je pokládaný za zakladatele veřejného zdravotnictví a zdravotních služeb. Koncept je založený na pracující státní zdravotní policejní správě. Tento státní aparát měl chránit svými rozumnými záměry a zákony poslušné poddané obyvatelstvo, které se muselo pasivně podrobit těmto zákonům, jinak bylo proti nim uplatňováno velmi přísné zdravotně policejní represe. Johann Peter Frank ve své koncepci rozebíral faktory, jak příroda a společnost může působit na lidské zdraví. Zdravotní policie upravovala všechny stránky života lidí a měla vést k dosažení blaha ve společnosti s nutným vrchním dozorem.

Další důležitý mezník ve vývoje zdravotnického systému je spojen s osobním lékařem císařovny Marie Terezie Gerardem van Swietenem (1700 - 1772), který byl tvůrcem a organizátorem nových reforem ve zdravotnictví v habsburských zemích. Autorka diplomové práce Novotná uvádí, že*: „ Začala se formovat jasná a konkrétní pravidla pro zdravotnické pracovníky. Císařovna Marie Terezie předepsala prostřednictvím Generálního medicínského řádu pro Moravu (patent z roku 1752), pro Čechy o rok později, pevná pravidla pro veškerý lékařský personál od lazebníků, ranhojičů, okulistů až po lamače a řezače močových kamenů. Téhož roku byl zemským lékařům udělen titul „krajský lékař*“

nebo „*fyzik*“. *Roku 1753 začala nad celou habsburskou monarchií a jejími zdravotnickými záležitostmi dohlížet dvorská zdravotní deputace*“ (Novotná, 2007, s. 32). Reformy zdravotně policejního charakteru byly v druhé polovině 18. století provedeny v rakouské monarchii za vlády Marie Terezie a Josefa II. Mezi nejdůležitější zákony zabývající se zdravotní péči je Generální zdravotní řád pro Království České, Moravu a Slezsko. Podle řádu byly vybudovány orgány státní zdravotní správy s kompetencemi a pravomocemi. V čele státní zdravotní správy stál říšský protomedik a byly ustanoveny zemské zdravotní oddělení řízené zemským protomedikem. Hlavním poradním v péči o zdraví se stala Pražská lékařská fakulta Univerzity Karlovy.

Zdravotní řád dále stanovil povinnosti a kompetence všem zdravotnickým pracovníkům (praktikující lékaři, chirurgové, porodní báby,…). Elterlein a kol. uvádějí, že: „*Budování státní správy bylo také podmíněno reformami ve výuce lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků, kdy od konce čtyřicátých let 18. st. byly univerzity podřízeny státní moci a profesoři se stali státními zaměstnanci. Zkvalitnila se výuka mediků na lékařských fakultách také tím, že do výuky byly zařazeny teoretické předměty přírodních věd a teoretických oborů medicíny. Velmi důležitým mezníkem formování zdravotnictví v osmdesátých letech 18. st. bylo zakládání veřejných nemocnic, psychiatrických ústavů, chorobinců a porodnic“* (Elterlein a kol., 1984, s. 32).

5.1.1 Významné mezníky vzniku zdravotnického systému v Rakousku Uhersku

Pro dějiny českého zdravotnictví má velký význam založení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze v roce 1780, která měla hlavní poslání léčení a ošetřování nemocných. Václav Kotek a Ladislav Nyklíček uvádějí, že: *„Všeobecná nemocnice je určena k ošetřování nemocných mužského a ženského pohlaví. Z toho jsou vyňati ti, kteří jsouce stiženi dlouhotrvajícími a nezhojitelnými nemocemi, jsou vhodní právě proto k přijetí do chorobince*“ (Elterlein, 1984, s. 33). Tehdejší ucelený komplex státních opatření nemohl zásadním způsobem ovlivnit špatný zdravotní stav obyvatelstva, které bylo ovlivněno různými epidemiemi tyfu, neštovic a cholery.

Nově vzniklá vrstva chudých dělníků pracujících v továrnách v tomto období se potýkala se špatnými životními podmínkami, měli nízký sociální status, díky dlouhé pracovní době, malým mzdám a velmi vysokou nemocností. Dále autoři uvádějí, že*: „Státní zdravotní správa na nově vznikající problémy adekvátně nereagovala. Pouze v pojetí ústavní péče docházelo k významnému přesunu. Povinnost budovat nemocnice, chorobince a další zdravotnická zařízení přenášel stát na města“* (Elterlein, 1984, s. 33).

Tyto subjekty měly za povinnost zřizovat městské, obecní nemocnice a chorobince. V tomto období byl nejzávažnější problém dostupnosti lékařské péče, kdy na jednoho kvalifikovaného lékaře připadlo asi 7 tisíc obyvatel. Na vesnicích se spíše uplatňovala svépomocná péče zabezpečená pomocí mastičkářů a ranhojičů. V první polovině 19. st. došlo k zásadnímu obratu v období revoluce (1848 - 1849), kdy se poprvé objevovaly diskuse o veřejném zdravotnictví a zřízení samostatného ministerstva zdravotnictví.

Státní zdravotně policejní systém procházel změnami, které byly zapříčiněny vysokou kojeneckou úmrtností, různými epidemiemi a špatnými sociálními podmínkami obyvatelstva. Rakousko-Uherská monarchie přidělila otázky zdravotní péče ministerstvu vnitra a vydala zákon o organizaci veřejného zdravotnictví. Ministerstvo vnitra rozdělilo jednotlivé území v monarchii na okresní hejtmanství a v praxi to znamenalo přenesení odpovědnosti za výkon veřejné zdravotní služby na samosprávné orgány. Při ministerstvu vnitra vznikl poradní orgán - zdravotní rada a byl jmenován císařem jako referent zdravotnických záležitostí. V hejtmanstvích vznikly samostatné zdravotní orgány - zeměpanští okresní lékaři, podřízeni okresnímu hejtmanovi a do jejich kompetencí patřilo zejména evidence a kontrola práce všech zdravotníků, vrchní dozor nad nemocnicemi, léčebnými ústavy a lékárnami (Elterlein, 1984). Dle Hany Janečkové a Heleny Hnilicové, které uvádějí, že: *„Stát si v průběhu 19. století vymezil svou roli ve veřejném zdravotnictví i v Rakousku-Uhersku. V roce 1870 byl přijat říšský zákon č. 68, jímž si stát vyhradil vrchní dozor nad léčebnými ústavy, ale také nad orgány zdravotní služby (lékaři, lékárníky, porodními bábami, veterináři), pohřebnictvím, potíráním epidemií, nad plněním zákona a očkováním atd.*“ (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 20).

O prvních náznacích dostupnosti zdravotní péče můžeme hovořit koncem 19. st., kdy zemský zdravotní rada pro Království české stanovil, že každá obec s více než 6000 obyvateli má mít jednoho obecního lékaře. Pokud obec měla méně obyvatel, bylo zákonem ustanovené sdružování jednotlivých obcí do zdravotních obvodů. Solidarita zdravých a nemocných, chudých a bohatých se v tomto období projevovala ustanovením provizorního obecního zákona z roku 1849. Jaroslav Čáp uvádí, že*: „Ukládal obcím pečovat o chudé a případně zřizovat dobročinné ústavy“* (Čáp, 2011, s. 9). V roce 1859 byl provizorní obecní zákon převzat do rámcového obecního zákona, který svou podstatou aplikoval domovské právo. Dále Jaroslav Čáp uvádí, že*: „tehdy se prosazovala zásada, že veřejná chudinská péče má být vázána na domovskou obec a spjata s domovským právem. Tato myšlenka byla následovně realizována vydáním zákona o domovském právu z 3.*

Prosince 1863 (č. 105 ř. z.) a poté vydáním tzv. chudinského zákona („v příčině opatrování chudých“) z 3. Prosince 1868 (č. 59 z.z.)“ (Čáp, 2011, s. 9).

Zákon dával povinnost obci zajistit péči o zchudlého občana v souvislosti s jeho domovským právem, tedy kde občan žil. Zchudlý občan měl právo žádat na své domovské obci taková opatření, která mu zajistí veřejnou péči v případě, že mu jeho vlastní jmění a výdělek nepostačuje k životu. Dále zákon o chudinství obsahoval také kromě jiného zákaz žebrání a kontrolu zchudlých prostřednictvím chudinské policie.

Po ustanovení prvního Československého státu uvádí Jaroslav Čáp, že*: „Byl za chudého považován každý občan, který je domovským příslušníkem obce a který nemá, ať už ze své viny nebo bez svého přičinění, takového majetku nebo takových příjmů, aby mohl uspokojit nezbytně nutné životní potřeby svoje a své rodiny*“ (Čáp, 2011, s. 10).

Mezi základní životní potřeby se počítaly zajištění otopu, bydlení, osvětlení a finanční výdaje na výchovu a léčbu dětí, která byla obec povinna hradit. Na vesnicích se pro chudé občany stavěly obecní pastoušky a ve městech chudobince (Čáp, 2011). Chudinský zákon a domovské právo byl jistě zákonem průlomovým v tehdejší době, ale je nutné říci, že měl charakter dobročinnosti a měl také zamezit žebrání. Helena Haškovcová uvádí, že: „*Pro ty nejubožejších z ubohých, kteří neměli ani střechu nad hlavou ani prostředky na základní obživu, sloužily pastoušky. Zpravidla se jednalo o jednoduchý venkovský dům, stojící na návsi, který měl zpravidla jednu velkou místnost, výjimečně i několik malých“* (Haškovcová, 2010, s. 189). Je velice zajímavé jak obce zajišťovaly veřejnou péči o chudé v pastouškách a to třemi různými způsoby. Helena Haškovcová popisuje tyto způsoby jako*: „…(..).. jídlo „na střídu“, což znamenalo, že jednotlivé vesnické domácnosti měly určeno, kdy pro ně mají „střídavě“ připravit jídlo. Většinou se jednalo pouze o polévku a krajíc chleba. Nebo naopak obyvatelé pastoušky podle určitých pravidel chodili „po číslech“ a „fasovali“ od majetnějších občanů trochu jídla. Nebyla-li v obci pastouška, bylo možné problém řešit i tak, že chudý člověk byl zaopatřen bytem a základní stravou střídavě v jednotlivých vesnických domácnostech*“ (Haškovcová, 2010, s. 189). Ve městech byla podobně organizována péče jako na venkově, ale zařízení, která umožňovala chudinskou péči, se nazývala chudobince, které měly zabránit žebrání a potulování po ulicích. V některých městech dle Heleny Haškovcové byly: *„…(..).. obecní kuchyně nebo ohřívárny. Žebrota byla někde nahrazena tzv. almužnictvím, tedy poukázkovou soustavou“* (Haškovcová, 2010, s. 190).

Podíváme-li se do historie péče o potřebné a chudé, můžeme říci, že domovské právo a chudinský zákon byl v té době velice pokrokovým zákonem ve snaze řešit

základní životní problémy zchudlých občanů, potulku a žebrání. Pokud se na tuto problematiku podíváme dnešním pohledem, můžeme konstatovat, že charakter veřejné péče se zakládal na dobročinné péči a povinnosti obcí a měst zajistit základní životní podmínky, které měly však i ochranný charakter majetnějších obyvatel. Zchudlí občané se oddělovali od společnosti (noclehárny, pastoušky, chudobince), měli zákaz žebrání a obec či město mělo přehled o svých potřebných občanech (chudinská policie). Václav Kotek a Ladislav Nyklíček k solidaritě zdravých a nemocných uvádějí že: *„Obvodní a obecní, lékaři byli až do počátku dvacátého století zaměstnanci obce. V porovnání s rozsáhlými úkoly byli obecní a obvodní lékaři odměňováni neúměrně nízkým platem. Proto se základem jejich obživy staly soukromé ordinace"* (Elterlein, 1984, in Kotek, Nyklíček s. 36).

Lékaři byli povinni léčit nejen majetné, ale i chudé, dohlíželi na školy, hostince, komunální hygienu. **Alokace finančních zdrojů byla zaměřena na utváření sítí veřejných nemocnic, ale také vnikaly soukromé nemocnice, které měly právo dle Českého nemocničního zákona (1888) čerpat finanční prostředky ze zemského fondu. Na počátku 20. st. Vznikla síť veřejných (85) a soukromých nemocnic (101) s 11 685 lůžky, což znamenalo jedno lůžko na 561 obyvatel (Elterlein, 1984).**

5.1.2 Rozvoj sociálního zabezpečení v Rakousku Uhersku

Rostoucí vliv postavení dělnické třídy a sociálně demokratické strany ve společnosti způsobilo změnu v sociálním systému zabezpečení dělníků, neboť pro vládu představovala dělnická třída hrozbu sociálních nepokojů. **Tento aspekt vedl k významné změně v sociálním systému a odehrál se koncem 19. století z iniciativy kancléře Otto Von Bismarcka.** V císařském Německu získal na svou stranu významnou vlivnou dělnickou stranu. Prosadil zákonné normy, sociální pojištění zahrnující nemocenské, úrazové, starobní a invalidní pojištění. Po vzoru Bismarcka rakouský ministerský předseda Taaffe prosazoval podobnou sociální politiku oslabující vliv dělnické třídy v Rakousko-uherské monarchii. V rámci státní správy byly zřízeny živnostenské inspektoráty, které dohlížely na ochranu zdraví a bezpečnost práce u dělnictva. **Nejvýznamnější zásahy v rámci dostupnosti lékařské péče a sociálního zabezpečení je ustanovení zákonů o nemocenském a úrazovém pojištění z roku 1888 a byly zřízeny nové instituce okresní nemocenské pokladny. Toto pojištění se však nevztahovalo na zemědělské dělníky a nezaměstnané, nemůže tedy mluvit o spravedlivém systému zajištění zdravotní péče pro všechny socioekonomické skupiny obyvatelstva.** Nicméně i tak se Rakousko-uherská monarchie

zařadila svými zákonnými opatřeními v sociálním zabezpečení mezi první státy Evropy řešící sociální postavení chudších vrstev obyvatelstva (Elterlein, 1984).

5.1.3 Mezníky vývoje zdravotnického systému v Rakousku Uhersku

Vytvořený systém měl řadu nedostatků, jako byla všeobecná nedostupnost, roztříštěnost systému a velmi úsporné způsoby léčení chudých, ale můžeme v tomto období definovat jako snahu vzniku zdravotnického systému založeného na poskytovatelích (nemocnice, lékaři, lékárníci) plátcích (zaměstnavatelé, zaměstnanci a instituce) a příjemců péče (chudí a bohatí), a to s ohledem na další výše uvedené faktory chudinské veřejné péče, úsporného léčení a vznikající nové vrstvy obyvatelstva, dělníků. Lékaři však mnohdy vnímali smluvní vztahy s pojišťovnami jako velký zásah do svobodného podnikání, neboť honoráře za léčení dělnictva nebyly vysoké. Lékaři zpravidla uznávali systém solidarity, ale také se snažili o prosazování svých požadavků vůči nemocenským pokladnám. Založili Spolek poradenských lékařů v Praze a snažili se jednat ve prospěch honorářů, počtu pacientů a svobodné volby lékařů. Po První světové válce v období vzniku Československého státu dle Václava Kotka a Ladislava Nyklíčka: „*V Československu byl špatný zdravotní stav populace. Jednou z příčin tohoto stavu byla skutečnost, že v ČSF zůstalo, jako dědictví po válečném konfliktu, 250 tisíc válečných invalidů a 6640 tisíc vdov a sirotků, jejichž zdravotní a sociální problematika byla řešena krajně neuspokojivě“* (Elterlein, 1984, s. 440).

V období první světové války se vyhrotily sociálně zdravotní problémy obyvatelstva, kdy nastal vzestup infekčních onemocnění, velké množství raněných vojáků a chudoba mezi obyvatelstvem a bylo nutné řešit tyto problémy v rámci reformních opatření habsburské monarchie. Ve Vídni bylo zřízeno ministerstvo zdravotnictví v letech 1917 - 1918 a prvním ministrem zdravotnictví byl profesor lékařské chemie Jan Horbaczewski (1854 - 1942). O tomto významném vědci se uvádí, že: „*Tento světově významný chemik se narodil 15. května 1854 v malé osadě Zarubince nedaleko Lvova. Byl pokřtěn Ivan, v publikacích používal jméno Jan i Johann. Příjmení uváděl v polském přepisu. Medicínu vystudoval ve Vídni. Čtyřikrát byl zvolen děkanem Lékařské fakulty, v letech 1902/1903 byl dokonce rektorem Karlovy univerzity, v témž roce se stal dvorním radou, v roce 1910 doživotním členem Panské sněmovny ve Vídni a v roce 1917 přijal funkci rakouského ministra zdravotnictví. Po válce byl ještě mnoho let profesorem a rektorem Ukrajinské svobodné univerzity v Praze“* (článek o Janu Horbaczewskim, autor

neznámý). Toto opatření v oblasti zdravotnictví bylo pouze přechodné vzhledem k ukončení 1. světové války a rozpadu Habsburské monarchie a vzniku samostatného Československa.

5.2 Rozvoj sociálně zdravotní péče v Československu po roce 1918

Se vznikem samostatného Československa bylo nutné provést další reformy, a to s ohledem na špatný zdravotní stav obyvatelstva, vysokou kojeneckou úmrtnost a rozsáhlý výskyt tuberkulózy, břišního tyfu, pandemie španělské chřipky a výskyt pohlavních chorob. V prvních dnech samostatného Československa bylo ustanoveno ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy, jehož hlavním úkolem bylo řešení špatného stavu obyvatelstva a zmírnění sociálních dopadů onemocnění. Dalším úkolem bylo rozšíření sítí zdravotnických zařízení pro zlepšení dostupnosti pro širší vrstvu obyvatelstva a vytvoření systému aktivního boje proti onemocnění (Nečas, 1938). V následujících kapitolách použiji pro zachycení historického vývoje literaturu z období vzniku Československé republiky, a to zejména Zprávu o vývoji sociálního systému (20 let sociální péče v Československé republice) z roku 1938, která autenticky zachycuje nejdůležitější mezníky vzniku sociálního a zdravotního systému v České republice. Dále použiji sborník přednášek o Sociálním zdravotnictví z roku 1926, který popisuje významné změny a mezníky vývoje v sociálním a zdravotnickém systému v období samostatného Československa.

5.2.1 Významný rozvoj oboru sociálního lékařství

Rozvoj průmyslu s sebou přinesl řešení sociálně zdravotní problematiky obyvatelstva, kterou se začalo zabývat sociální lékařství. **Hlavní filosofickou myšlenkou sociálního lékařství v tomto období bylo zdůrazňování práva občana na zdraví a jeho aktivní účast na péči o zdraví. V**ýznamným představitelem sociálního lékařství byl německý lékař Rudolf Virchowem (1821-1902), který propagoval medicínskou reformu v období revoluce (1848-1849).

V této souvislosti je nutné zmínit Bedřicha Engelse a Karla Marxe, kteří v čtyřicátých letech 19. století formulovali nový přístup k řešení zdravotně sociální problematiky v kapitalismu pro nově formovanou vrstvu obyvatelstva, dělnickou třídu. Hlavní myšlenkou byla revoluční změna společnosti odstraňující vykořisťování člověka, která zásadně přispěje k rozvoji zdraví obyvatelstva. **Na přelomu osmdesátých let v Německu vzniklo sociální lékařství jako samostatný obor zabývající se otázkami postavení lékaře a výkonu jeho praxe v nemocenském a úrazovém pojištění a zdravotní**

péčí o chudé obyvatelstvo. Koncept zdravotní politiky ovlivnil řešení zdravotně sociální problematiky v Čechách koncem 18. a v průběhu 19. století tím, že se na pražské lékařské fakultě začala přednášet státní medicína studentům lékařství. Významným podnětem pro vznik a rozvoj sociálního lékařství v samostatném Československu byl již výše zmiňovaný špatný zdravotní stav obyvatelstva způsobený válkou, nastala tak nutnost řešit tuto problematiku profesionální péčí o veřejné zdraví. Byly vytvořeny ucelené programy sociálního lékařství zabývající se péčí o rodičky a děti, bojem proti pohlavním chorobám, tuberkulóze a rakovině. V roce 1920 vstoupila do dějin Československa první ústava vycházející ze zásady rovnosti (plná ochrana života a svobody) pro každého obyvatele bez ohledu na příslušnost, rasu, náboženství (Elterlein, 1985). Jaromír Nečas, ministr sociální péče, v roce 1938 ve své publikaci uvádí: „*Ústava vytyčuje dále demokratická práva, svobody, jakož i povinnosti občanské, jež se ovšem promítají i do sféry sociální. Vůdčí zásadou je rovnost. Všichni obyvatelé požívají naprosté a plné ochrany života a svobody bez ohledu na původ, příslušnost, jazyk, rasu nebo náboženství.“* (Nečas, 1938, s. 14) Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělovýchovy velmi úzce a provázaně spolupracovalo s ministerstvem sociální péče, které především řešilo otázky sociálně politické, jako je např. ochrana dělnictva, péče o nezaměstnané, péče o válečné veterány, ale také sociální pojištění (úrazové, nemocenské, invalidní, starobní, penzijní a pojištění veřejných zaměstnanců). Správa státu byla rozdělena na jednotky vnitřní správy-obce, okresy, země. **Obce měly za povinnost starat se zejména o chudinskou péči, zatímco kraje se měly starat o zdravotní a sociální oblast, hospodářskou a dopravní oblast.** Tyto vyšší správní celky měly především zabezpečovat blaho obyvatelstva tak, aby se zlepšovaly zdravotní a sociální podmínky (budování ústavů a veřejných nemocnic) (Nečas, 1938). Zásluhou Alice Masarykové a lékaře Hynka Pelce došlo, s podporou Rockefellerovy nadace, k vybudování **Státního zdravotního ústavu (1925**), který měl velký vliv na rozvoj moderně pojatého sociálního lékařství v Československu. Tento ústav byl součástí státní zdravotní správy a stal se významným vědeckým a vzdělávacím centrem. Součástí tohoto ústavu bylo sociálně hygienické oddělení zabývající se zdravotnickou statistikou, epidemiologií infekčních onemocnění, hygienou práce a bydlení, školní a průmyslovou hygienou. Hynek Pelc se v roce 1935 stal profesorem a přednostou tohoto ústavu a propagoval demokratický přístup k ochraně zdraví, založené na péči jedince o sebe samého s podporou státu (vytváření zdravých podmínek k rozvoji zdraví obyvatelstva).

Hynek Pelc se stal nejenom průkopníkem nových sociologických, epidemiologických a statistickým metod ve zdravotnictví, ale stal se i autorem první

učebnice Sociálního lékařství (1937) (Elterlein a kol, 1984). Hynek Pelc definoval sociální lékařství jako soustavu poznatků o příčinách tělesných duševních onemocnění u lidských skupin a o cestách, rázu převážně tělesných normativního, a jak dosáhnout vyléčení těchto nemocí, jak jim zabránit a pozvednout lidské zdraví (Elterlein a kol, 1984). V**ycházel z názoru a přesvědčení, že zdraví společnosti se mění díky sociálním podmínkám, ve kterých lidé žijí.**

5.2.2 Rozvoj zdravotnického systému v Československé republice

V první samostatné Československé republice **byla podpořena poradenská činnost, která byla zaměřena především na chudší vrstvu obyvatelstva. Vznikla nová kategorie pracovníků – zdravotně sociální pracovnice, které nalezly své uplatnění především v terénní práci v malých městech a obcích. V**ztah lékaře a zdravotně-sociální pracovnice byl velmi úzce provázán, neboť tyto pracovnice poskytovaly lékařům zpětnou vazbu o dodržování léčebného režimu, navštěvovaly matky a děti v rodinách, informovaly je o správné výživě a ošetřování. Jejich práce byla vykonávána vždy se souhlasem lékaře. Lékař Quido Mann uvádí ve své přednášce, že: *"Zdravotně sociální pracovník neb pracovnice pro péči o děti hodí se jedině síly ženského, pohlaví, která někde nazývá se též tajemnice neb sestra, tvoří v zdravotně- sociální péči důležitý spojovací článek mezi dítětem a jeho rodinou na jedné straně a mezi lékařem na druhé straně. Jen prostřednictvím těchto zdravotně sociálních pracovnic je možno sledovat život a výchovu dítěte doma-mimo poradnu a školu."* (Břeský, 1926, s. 88). Hlavním cílem této spolupráce lékaře a sociálně zdravotní sestry bylo nastavení profesionální péče, která postupně vymýtí laickou péči nevzdělaných *„porodních bab*" a různých bylinkářek, zaříkávaček apod. Vzdělávání této profese zajišťovala speciální škola v Krči a útulek Ochrany matek a dětí, kde se vzdělávaly studentky jeden rok a byly tak uznávané jako specialistky v péči o matku a dítě. Helena Haškovcová se ve své knize podrobně zabývá vývojem a založením Masarykových domovů v Praze (v roce 1929), které se původně nazývaly Zaopatřovací ústav v Krči. V této souvislosti Helena Haškovcová uvádí, že: *„Masarykovy domovy byly naprosto výjimečným a kolosálním zařízením, které nemělo v Evropě obdoby. Objekt čítal 21 budov, z nichž 5 bylo starobincem, 5 chudobincem. Další budovy sloužily jako ozdravovny a zotavovny, v jedné z nich byl i dětský chorobinec."* (Haškovcová, 2010, s. 196).

Další školou podílející se na výchově kvalifikovaného personálu byla Vyšší škola sociální péče a Státní škola ošetřovatelská. Studentky z těchto škol získávaly specializaci v péči o těhotné, rodičky a nedělky, kojence a kojící matky, děti do 6 let. Pracovaly i jako

školní sestry pro děti a mládež a ošetřovatelky v domácnosti. V**elkým přínosem této nové profese bylo rozšíření dostupnosti zdravotní péče i do malých obcí, čímž byla rozvinuta a posílena terénní práce, dále užší spolupráce lékaře a sestry.**

Mezi hlavní cíle sociálního lékařství patřilo nastavení systému péče o zdraví ženy a dětí, neboť v této době byla vysoká kojenecká úmrtnost a byla velká snaha tuto skutečnost změnit. Quido Mann uvádí, že*:"Ke své hanbě musíme přiznat, že už za Rakouska-Uherska v r. 1905-1918, se země koruny české vyznačovaly největší kojeneckou úmrtností ze všech zemí před Litavou Země blahobytem slynoucí, jako Čechy a Morava, vykazovaly úmrtnost kolem 21 %"* (Břeský, 1926, s. 83). V roce 1921 byla kojenecká úmrtnost kolem 15 %., tato úmrtnost byla se srovnáním se zeměmi jako je například Francie (12%) a Švédsko (6%) daleko vyšší a bylo nutné přijmout opatření s cílem snížení kojenecké úmrtnosti (Břeský, 1926). Zdravotní péče byla rozdělena na lékařskou, sociální a právní péči, která měla podpořit rozvoj moderního porodnictví dostupného pro všechny ženy, chudé i bohaté. **Postupně se vytvářela síť poraden v obcích, jejichž součástí byly také útulky pro rodičky a nedělky a kojenecké poradny. Tyto poradny zajišťovaly i sociální péči prostřednictvím sociálně zdravotní sestry, která posuzovala sociálně zdravotní podmínky budoucích matek (např. bytové, rodinné a mzdové poměry domácností) a pomáhala jim při jednání na úřadech.** Lékařská péče byla také zaměřena na edukaci žen o správné výživě v období těhotenství a na přípravu k porodu a péči o novorozence. Právní úprava v občanském zákoníku v té době chránila nemajetné ženy s nemanželskými dětmi tím, že byl stanoven vrchnoporučenský soud, který mohl nařídit otci dítěte platit alimenty (Břeský, 1926). Rozvoj porodnictví umožnil vznik programu poradenské činnosti v péči o děti v roce 1921. Quido Mann k této problematice uvádí, že: *„Na konferencích poradenských lékařů, kde na základě víceletých zkušeností z iniciativy vrchního fyzika dr. Procházky byly vypracovány návrhy pro statut poraden a instrukce personálu, byl navržen minimální honorář pro lékaře 500 Kč měsíčně….*" (Břeský, 1926, s. 96). V poradnách byla zajišťována především preventivní péče o děti do 6 let, zaměřená na podporu zdravého vývoje dítěte, záchytu infekčních onemocnění (tuberkulóza, lues), podpora výživy novorozenců a dětí. V případě záchytu onemocnění bylo doporučeno dítě k dalšímu lékařskému ošetření. V poradnách se vedla řádná dokumentace o dítěti a jeho dalším psychomotorickém vývoji. Doplňkovou činností poraden byla návštěvní služba v domácnostech, kterou vykonávala zdravotně sociálně pracovnice, a také současně fungovaly tzv. kočovné poradny zajíždějící do malých obcí. **Zřizovatelé těchto poraden byli zejména tyto organizace: Československá ochrana matek a dětí, okresní péče**

o mládež, Československý červený kříž, ale také státní Správní odbor poraden (Našim dětem).

Quido Mann uvádí, že*:"Od založení Poradny až do konce října 1924 bylo ve všech Poradnách „Našim Dětem vyšetřeno 113 908 dětí, lékařských prohlídek bylo vykonáno 390 017…..ze 1924 dětí bylo jich zdravých shledáno 37.042, Tzv. sociálních „ případů", tj. rodin sociálně oslabených, jímž byla věnována zvláštní péče, bylo 67.173 ..(.) Podle výkazů statistické kanceláře hl. města Prahy u nás poklesl počet dětské úmrtnosti za poslední 3 léta o celých 13 %."* (Břeský, 1926, s. 59). Poradny však v té době nebyly pevně ukotvené v systému zdravotní péče, neboť neměly žádné právní a úřední kompetence.

V tomto období také upozorňovali lékaři na mezery v poskytování léčebné péče o děti chudých rodičů, kteří často neměli finanční prostředky na zaplacení privátního lékaře a nákup léků. Důsledkem vyhledávání laické péče pro dítě mohly být zdravotní následky nebo také úmrtí. Lékaři navrhovali rozvoj systému veřejné péče o nemocné děti formou zavedení obligatorního rodinného pojištění u nemocenských pokladen (Břeský, 1926). Zdravotní program v samostatném Československu se také zaměřoval na péči o mládež. V materiálu se uvádí, že:"*Péčí o mládež se rozumí souhrn všech opatření směřujících k ochraně, jíž potřebuje mládež pro svůj zdárný vývoj po stránce tělesné, duševní a mravní. Péče o mládež zasahuje do nejrůznějších oborů právních (právo soukromé a veřejné), zdravotních (hygiena a lékařská péče) a výchovných. Sociální stránka stojí ovšem v popředí veřejného zájmu."* (Nečas, 1938, s. 82). Chudinská péče o děti a mládež byla řešena rozdílně, Slovensko a Podkarpatská Rus měla vybudovánu státní péči o mládež (státní dětské domovy v Košicích, Rimavské Sobotě, a Mukačevě). V těchto ústavech jsou ponechány*:"Pouze děti neduživé, potřebující lékařskou péči, ostatní se umisťují mimo ústavy do tzv. dětských osad, v nichž jsou děti vychovávány pod dohledem u pěstounů.*" (Nečas, 1938, s. 85). V Českých zemích byla svěřena tato péče především dobrovolným organizacím a radě Okresní péče a byla budována kojenecká oddělení.

5.2.3 Preventivní a zdravotní programy v Československu

Mezi další programy také patřil boj proti tuberkulóze, kdy tato choroba představovala významný a závažný veřejný a sociální problém a zcela pochopitelně se tak dostala do popředí zájmu společnosti. Ve zprávě Edvarda Březkého se uvádí, že: "*Tuberkulosa byla dlouho i lékaři považována za chorobu nevyléčitelnou. Není tomu ještě tak dávno, kdy fungovala taková praxe, že tuberkulosní nemocný býval v nemocnici nebo na*

klinice položen do sálu mezi ostatní nemocné a byl předán nejmladšímu lékaři.“ (Břeský, 1926, s. 125).

Z podnětu českých lékařů, dr. Ježdíka, profesorů Františka Hamzy a Jaroslava Procházky, Antonína Veselého a dalších lékařů, byl stanoven hlavní úkol v rámci **Masarykovy Ligy proti tuberkulóze** (v roce 1919) zřizovat dispenzáře, jež měly za úkol podporu potírání této choroby (Břeský, 1926). Hlavním úkolem byla depistážní činnost, která se zaměřovala na nemocného, ale také na vyhledávání možných zdrojů nákazy a zaměření se na ochranu obyvatelstva ohrožených nákazou. V této souvislosti byla vydána směrnice, která měla charakter programového boje proti tuberkulóze. Mezi úkoly patřilo zřizování dispenzářů ve správních celcích, okresech (přibližně 20 tis obyvatel). Mezi další činnosti patřila osvětová činnost (přednášky) zaměřená na chudou část obyvatelstva. Statistika z roku 1923 uváděla, že úmrtnost na tuberkulózu byla 1 922 případů na 100 tis. obyvatel, a proto byla ustanovena směrnice programového boje proti tuberkulóze spočívající v zamezení nákazy v kojeneckém věku a u dětí. Do systému péče o tuberkulózu byly zařazeny dispenzáře, lůžková oddělení pro děti a dospělé, azylové domy pro dospělé, útulky pro kojence a děti, ozdravovny a lázně.

Choroba byla jednou z nemocí, která velmi oslabovala tehdejší hospodářský vývoj společnosti (ztráta 120 mil. Kč), ale také zároveň způsobila vyšší alokaci finančních prostředků v oblasti sociální péče (mnoho sirotků) a zdravotní péče (60 mil. Kč ročně) (Břeský, 1926). Dále se současně rozvíjel program v boji proti zhoubným chorobám, které byly mezi obyvatelstvem rovněž velmi rozšířené. Jaromír Nečas uvádí, že: *„Podle údajů v Hlavově stati o rakovině v Hamzových* „Úvahách o sociální péči zdravotní*“ umírá u nás na zhoubné nádory, zejména na rakovinu, asi 10 z 10 000 žijících osob ročně.“* Dále ve zprávě uvádí, že:*“Soudím, že lidské milosrdenství nesmí přestati jen na soucitu s těmito nešťastníky, ale má se projeviti co nejvíce činem.“* (Nečas, 1938, s. 171).

Profesor Hlava byl přednostou patologicko-anatomického ústavu a členem Spolku pro zkoumání a potírání rakoviny v Praze, založeným městským zdravotním radou doktorem Studničkou v roce 1903. **Tento přední lékař založil v roce 1921 v Praze ústav, který byl později pojmenován jeho jménem (Hlavův ústav)**. Tento ústav byl podporován i prezidentem Tomášem Garrigue Masarykem (prezident věnoval spolku 100 tisíc Kč.), a jeho hlavní úkoly spočívaly v sociálním boji proti rakovině.

Zpráva Jaromíra Nečase uvádí že: “*Štědrý dar p. prezidenta způsobil, že česká veřejnost, zejména přední peněžní ústavy, obchodní společnosti i zámožní jednotlivci, obdařili Spolek.“* (Nečas, 1938, s. 171). V rámci programu boje proti rakovině bylo nutné

rozšiřovat lůžková oddělení specializovaná na léčbu a zdravotní péči pro nevyléčitelně nemocné. Dále bylo nutné v této oblasti zavést prohlubování vzdělávání lékařů, podporu vědy a výzkumu a osvětové činnosti mezi obyvatelstvem. V **tomto období byly zřizovány soukromé a veřejné nemocnice, a byla postupně rozšiřována lékařská péče dle počtu obyvatelstva (obvody), což mělo velký význam pro zlepšení dostupnosti zdravotní péče. Do roku 1937 bylo pro pojištěné osoby vybudováno 1 300 ambulancí a ordinací a 150 veřejných nemocnic. Sociální pojišťovna vyplácela denně na léčebnou péči cca milion korun.** První Ústava České republiky (29. 2. 1920) měla zajistit obyvatelům demokratická práva a svobodu a vycházela ze zásady rovnosti s plnou ochranou života a svobod.

Důležitým mezníkem tohoto období bylo založení Sociálního ústavu Československé republiky (1919), který měl přispět svým odborným působením na utváření sociální politiky ve státě. Ve zprávě Jaromír Nečas uvádí, že: „ *..(...).. členy Sociálního ústavu byli vždy povoláváni nejen teoretičtí odborníci, nýbrž také zkušení pracovníci z řad zaměstnaneckých i zaměstnavatelských, čímž byla dána záruka, že Sociální ústav bude při řešení různých politických i sociálně hospodářských otázek postupovati jen s ohledem na věcné a odborné důvody, jakož i hospodářské možnosti, čímž přispěje k umírnění sociálních konfliktů našeho veřejného života.*“ (Nečas, 1938, s. 113). Ústav se na začátku svého působení zabýval sociálními problémy ve společnosti, dále problematikou dělnické třídy se snahou o vyřešení problematiky sociálního pojištění, nezaměstnaností, pracovním zdravotnictvím a sociálně zdravotní péčí o chudé, matky s dětmi apod. Velkým podílem práce tohoto ústavu byla přednášková činnost založená především na rozpravách o potřebnosti léčebné a zdravotní péči o dělnictvo, problematika a potřebnost sociálního pojištění pro celý národ a otázky nezaměstnanosti a konkurence trhu.

Součástí Sociálního ústavu bylo i založení studijní vědecké knihovny, což se stalo v té době velmi ojedinělou událostí, neboť tato knihovna obsahovala literaturu moderní sociální politiky, a to včetně statistických publikací Československé republiky z oblasti sociální politiky (statistiky nezaměstnanosti, sociologie nezaměstnanosti, pojištění a podpory v nezaměstnanosti apod.) a vědecké články ze zahraničí. Vědecká knihovna obsahovala v roce 1923 padesát tisíc publikací a čtyři sta odborných časopisů, které byly přístupné i veřejnosti (Nečas, 1938).

5.2.4 Rozvoj veřejnoprávního pojištění v Československu

Mezi důležitá opatření samostatného Československa patřilo rozšíření veřejnoprávního pojištění pro širší vrstvy obyvatelstva. V **tomto období (ve 20. letech) bylo zřízeno povinné sociální pojištění pro dělníky, jenž bylo rozděleno na úrazové a nemocenské pojištění, které se vztahovalo na případ nemoci, invalidity, stáří a úmrtí (zákon č. 224/1924).** Tento zákon se vztahoval i na rodinné příslušníky a měl za úkol zlepšení zdravotně sociálních podmínek dělnictva. První povinné pojištění bylo tedy pouze pro námezdní dělníky, státní zaměstnance a veřejné zaměstnance. Jaromír Nečas uvádí, že: "*Zákon rozšířil pojistnou povinnost na všechny osoby, které jsou námezdně činné a nejsou pro případ nemoci, invalidity, stáří a úmrtí zajištěny alespoň rovnocenným způsobem…a prohloubil a rozšířil nemocenskou péči o rodinné příslušníky pojištěnců."* (Nečas, 1938, s. 48). **Nemocenské pojištění pro dělníky v průmyslu, zemědělce a soukromé úředníky zajišťovaly nemocenské pojišťovny, které byly pod správou Ústřední sociální pojišťovny. Horníci měli nemocenské pojištění upravené zvláštním předpisem.** Jaromír Nečas uvádí, že: "*Po státním převratu byla provedena unifikace tohoto pojištění zejména novým zákonem č. 242/1922 o báňských bratrských pokladnách. Na pevný finanční základ bylo pak hornické pojištění postaveno novelou č. 200/1936. Provádění spadá do kompetence ministerstva veřejných prací, ministerstvo sociální péče jest účastno jen v některých směrech*." (Nečas, 1938, s. 69). Zaměstnanci ve vyšších službách, státní zaměstnanci a pracovníci některých velkých podniků (např. zaměstnanci drah) měli nárok na penzijní připojištění zahrnující pojištění v případě invalidity, stáří a úmrtí (Zákon č. 4. 117/ 1934). O penzijní pojištění se staral Veřejný penzijní ústav, který podléhal státnímu dozoru (spadající pod ministerstvo sociální práce). V **této době bylo také zavedeno dobrovolné pojištění pro případ nezaměstnanosti (zákon 267/1921). Nemocenské pojišťovny byly autonomními subjekty a měly své správní orgány (představenstvo, dozorčí výbor).** Pojišťovny byly povinné vybírat pojištění od zaměstnanců dle mzdového zařazení a zaměstnavatelů, kteří měli zákonnou povinnost hlásit své nové zaměstnance. Kromě vybírání pojistného měly pojišťovny dáno zákonem udělovat sankce za neplacení pojistného. Pojištěnec měl nárok na lékařskou pomoc, léky, léčiva a terapeutické pomůcky pro sebe a své rodinné příslušníky. Do kompetencí pojišťovny patřila také výplata dávek v mateřství, šestinedělí, pomoci při porodu a úhrada pohřebného v případě úmrtí pojištěnce. Tyto instituce vytvářely podpůrné fondy, které sloužily k výplatě i vyšších a mimořádných dávek svým pojištěncům a jejich rodinným příslušníkům mimo vyměřovací dávku. Nositelkou invalidního a starobního pojištění byla **Ústřední sociální pojišťovna, která**

měla za úkol také spolupráci s nemocenskými pojišťovnami, dále se starala o léčebnou a preventivní péči spojenou zejména s možnou invaliditou a prevencí nezaměstnanosti. Mohli bychom konstatovat, že v období od vzniku samostatného Československa byla snaha rozšiřovat dostupnou zdravotní péči pro širší vrstvy obyvatelstva, ale musíme přihlédnout ke skutečnosti, že z 14, 5 miliónů obyvatel bylo účastníky nemocenského pojištění pouze 3,5 miliónu osob. (Nečas, 1938)

Pojišťovny se sdružovaly od roku 1934 do svazů pojišťoven a vyjednávaly smlouvy mezi poskytovateli zdravotní péče. Základním prvkem péče byli praktičtí lékaři (7 000 tisíc), ke kterým byli pacienti dle obvodů přiřazováni, a na území působilo cca 300 nemocenských pojišťoven. Ve zprávě Jaromíra Nečase se uvádí, že: "*Včasná, systematická a účinná léčebná péče, poskytována nemocenským pojištěním, měla příznivý vliv na prodloužení lidského života, zejména u pracujících vrstev národa, kde úmrtnost před tím byla v důsledku nedostatečné ochrany v případě nemoci právě největší. Potěšitelnou je i skutečnost, že sociální choroby, které dříve nejvíce ohrožovaly námezdně pracujícího člověka, pomalu ustupují, a to díky soustředěnému úsilí nositelů nemocenského pojištění a veřejné zdravotní péče vůbec."* (Nečas, 1938, s. 48).

5.2.5 Chudinská péče o občany v Československé republice

Nepojištěným občanům byla poskytována chudinské péče, která měla charakter veřejné, soukromé či dobrovolné péče. Jaromír Nečas v této souvislosti uvádí, že*: "Chudinská péče jest veřejná a soukromá, čili dobrovolná. Veřejnou jest ona, jež jest vykonávána orgány veřejné správy jako veřejnoprávní povinnost, soukromá je výrazem snah charitativních.*" (Nečas, 1938, s. 91). Veřejná péče spočívala v povinnosti obce (domovské právo) zajistit těmto lidem potřebné životní podmínky (stravu, byt, otop, ošacení). Obec zajišťovala finanční prostředky nebo pomáhala ve formě naturálních dávek a nejrozšířenější pomocí v této době bylo zřizování chudobince pro nemajetné. Dále Jaromír Nečas uvádí, že*: "dík činnosti organizací dobrovolné péče a jejich účinné spolupráci s péčí veřejnou bylo odstraněno mnoho bídy, zejména v dobách hospodářské krize.*" (Nečas, 1938). Dobrovolné organizace pečovaly například o slepé, hluchoněmé, nemocné. Vyšší samosprávné celky (okresy, země) byly poviny zřizovat ústavy (péče o mládež, slepé a choromyslné) a nemocnice pro chudé. Tyto samosprávné celky musely financovat chudinské náklady v sociální a zdravotnické péči (zákon č. 125/1927). Zdravotní péče o chudé byla uzákoněna v roce 1922, kdy obecní lékaři měli za povinnost ošetřovat chudé a nemocné. Obce se podílely na hrazení léčení a pobytu v nemocnicích či ústavech a na poradenské službě.

V zákoně se kromě jiného uvádí, že: „*v důsledku těchto zákonů byly mnohé úkoly zdravotní péče o chudé, jež by ve smyslu chudinských zákonů měla konati obec, přeneseny na stát a jeho orgány (státní obecní neb obvodní lékaře).*“ (Nečas, 1938, s. 93). **Na ústavní péči se podílely zemské fondy, které byly spravovány státem. Ministerstva uvolňovala v rámci státního rozpočtu finanční prostředky, ale také různé obchodní, živnostnické a zemědělské korporace**. Stát podporoval formou pravidelných příspěvků (subvence) činnost dobrovolných organizací (Československý červený kříž, Okresní organizace péče o mládež, Masarykova liga proti tuberkulóze, náboženské spolky) působící v oblasti sociálně zdravotní péče o chudé obyvatele.

V období hospodářské krize (1932) narostl počet nezaměstnaných a došlo ke zhoršení zdravotní situace chudých rodin, neboť ztratily nárok na nemocenské pojištění a jejich členové byli odkázáni na chudinská opatření.

Ve snaze ovlivnit tyto skutečnosti zorganizovalo ministerstvo sociální péče ve spolupráci s ministerstvem veřejného zdravotnictví a tělovýchovy, Ústřední sociální pojišťovnou a veřejnými a soukromými zdravotními pojišťovnami program léčebné péče o nezaměstnané a jejich rodinné příslušníky. Můžeme říci, že se jednalo o charitativní zdravotně sociální péči, kdy se lékařská péče prováděla podle povahy onemocnění ve veřejných či soukromých nemocnicích, ambulancích nebo v domácnosti na základě vystaveného poukazu o dlouhodobé nezaměstnanosti. Ozdravná a léčebná péče byla poskytována i dětem chudých lidí, měla za cíl zmírnit důsledky podvýživy u dětí, a tím předejít chorobám (Nečas, 1938).

Reformní snahy samostatné Československé republiky v oblasti sociální a zdravotní politiky byly přerušeny hospodářskou krizí v letech 1930-1938 a ztrátou samostatnosti v letech 1939, kdy jsme se stali součástí Protektorátu Čechy a Morava. Dále do vývoje zdravotnického systému negativně zasáhla druhá světová válka, která zastavila hospodářský rozvoj naší země a další snahy v oblasti zdravotní péče.

5.3 Vývoj zdravotnického systému v období 1945 -1970

5.3.1 Nedvědův zdravotnický model

V předválečném období měla sociální a zdravotní politika i své odpůrce, především ze strany představitelů Komunistické strany Československa, zastupujících převážně dělnickou třídu, jejichž hlavní ideologií bylo odstranění kapitalismu a nerovností ve společnosti. Dle jejich názorů nemohla kapitalistická společnost zajistit zdravotní a sociální

potřeby pro pracující lid. **Komunistická strana poukazovala na roztříštěnost vznikajícího zdravotnického systému a na špatný zdravotní stav dělnické třídy, drobného rolnictva, jejich neuspokojivého sociálního zabezpečení. Stoupencem této ideologie a spravedlivého přístupu ke zdravotní péči byl lékař František Nedvěd se svými spolupracovníky, s Janem Evangelistou Jiráskem a dalšími.** František Nedvěd navrhl nový plán na uspořádání zdravotnického systému založeného na myšlence, že zdraví není jen soukromá záležitost, nýbrž je věcí veřejnou, jako je práce, právo a vzdělání. Tento lékař byl během války zatčen a zemřel v koncentračním táboře Osvětim v roce 1943 (Elterlein a kol, 1984). Jeho teze nového uspoření zdravotnického systému byla označována jako „Nedvědův plán". Martin Potůček uvádí, že*: "Po roce 1945, zejména po únoru 1948, se začal Nedvědův plán postupně realizovat. V roce 1952 byla nová soustava zdravotnictví funkčně dobudována a přes různé dílčí změny a úpravy přežila v prakticky nezměněné podobě až do roku 1990."* (Potůček, 1999, s. 118). Návrh nového systému byl představen dne 21. 5. 1945. **Plán se opíral o základní principy, které spočívaly v zdravotním a sociálním pojištění pro všechny občany, a péče měla být poskytována bezplatně se státním dozorem nad uspořádáním sítě zdravotnických zařízení.**

Zdravotničtí pracovníci měli být veřejnými státními zaměstnanci, kteří jsou rozdělováni do jednotlivých okrsků, kde poskytují léčebně preventivní péči, a to v úzké spolupráci se zdravotní a sociální sestrou. Plán propagoval nutnost přebudování zdravotnického školství, vědy, výzkumu, výrobu a rozdělování léčiv, kdy všechny tyto oblasti měly být pod státním dozorem. Po skončení druhé světové války bylo nutno řešit v rámci sociální a zdravotní politiky mnoho problémů, neboť během nacistické okupace se zvýšila úmrtnost obyvatelstva z 13,2 promile v roce 1938 na 17,3 promile v roce 1945. Kojenecká úmrtnost byla 89,2 promile a infekční choroby se staly hlavní příčinou mortality. Střední délka života se pohybovala po válce u mužů okolo 60,9 let a u žen kolem 65,5 let (Zavazalová a kol, 2004). Bylo nutné na tento neutěšený zdravotní stav obyvatelstva reagovat řadou nezbytných vládních opatření (povinné očkování proti záškrtu, znárodnění poradenské zdravotní péče). Nedvědův plán reformy zdravotnictví ovlivnil po roce 1948 budování státního zdravotnictví v Československu. Hana Janečková a Helena Hnilicová uvádějí, že: *„Poválečná reforma, přijetí zákona o národním pojištění v roce 1948 i řada prvků státního zdravotnictví budovaného od počátku padesátých let podle Semaškova modelu, byly ovlivněny právě těmito původními českými přístupy…*" (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 121).

5.3.2 Semaškův model státního zdravotnictví

V roce 1948 došlo ve společnosti ke změně politického systému, a to vítězstvím komunistické strany, která v nové ústavě (9. 5. 1948) ustanovila zásady práva na zdravotní a sociální péči pro všechny vrstvy obyvatelstva. Jednalo se především o právo na ochranu zdraví, léčebnou a preventivní péči, zabezpečení ve stáří. Tato práva byla zaručena právní normou o zákonném národním pojištění (15. 4. 1948), viz § 12 o poviném pojištění a § 27, který ustanovil že: *"Pojištěnci a jeho rodinným příslušníkům náleží v případě nemoci bezplatné lékařské ošetřování, potřebné léčení a terapeutické a ortopedické pomůcky. Ošetřování musí odpovídat současnému stavu a úrovni lékařské vědy."* (Elterlein a kol, 1984, s. 74). V Československé republice byl zaveden model státního zdravotnictví - „Semaškův model", dle prvního profesora sociální hygieny v Moskvě Nikolaje Alexandroviče Semaška (1874-1949). Tento model byl založen na centrálním řízení státního zdravotnictví a prakticky fungoval až do změny politického systému, do roku 1990. **Centrální řízení bylo založeno na těchto principech: zdravotnická zařízení jsou majetkem státu, financování péče se uskutečňuje prostřednictvím státního rozpočtu, zdravotničtí pracovníci jsou zaměstnanci státu. Semaškův model byl v Československé republice označován jako *„socialistické zdravotnictví"*, vylučující existenci poskytování soukromých zdravotnických služeb** (Janečková, Hnilicová, 2009). Socialistické zdravotnictví vycházelo z principu dostupnosti a bezplatnosti pro všechny socioekonomické vrstvy obyvatelstva. Zdravotnictví bylo řízeno prostřednictvím národních výborů a během období 50. a 60. let 20 stol. Vznikaly organizační celky, krajské, městské a okresní ústavy národního zdraví, které zaručovaly dostupnost specializované zdravotní péče.

Martin Potůček uvádí, že: "*V roce 1957 došlo ke změně způsobu financování zdravotnictví: finanční prostředky zdravotnickým zařízením začaly být místo ministerstvem zdravotnictví alokovány ministerstvem financí do rozpočtu národních výborů, a to spolu s prostředky na školství a sociální péči. V roce 1966 pak byl přijat nový zákon o péči o zdraví lidu, který měl ovšem značně deklarativní charakter a jeho praktický vliv na chod zdravotní péče nelze nijak přeceňovat.*" (Potůček, 1999, s. 119). **V tomto období je nutné zmínit, že rozhodnutím ministerstva zdravotnictví byl zrušen Státní zdravotnický ústav, založený již v roce 1925, a rozdělil se na tři samostatné instituce (Státní ústav pro kontrolu léčiv, Ústav hygieny a Ústav epidemiologie mikrobiologie).** Hana Janečková a Helena Hnilicová uvádějí, že: „*Hlavním smyslem dezintegrace SZÚ bylo nejspíše zbavit se instituce, která byla svými základy spjata s demokratickou první*

republikou, se jménem prezidenta Masaryka a jeho dcery a s americkým pojetím veřejného zdravotnictví.“ (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 26). **Spolu se zrušením ústavu zanikly i snahy uspořádání systému péče v rámci veřejného zdravotnictví**. Myšlenka veřejného zdravotnictví však nezanikla, neboť při lékařských fakultách se založily katedry Organizace řízení zdravotnictví, které zajišťovaly výuku základů sociálního lékařství, etických a filozofických problémů medicíny. Mezi úspěšné projekty zaměřené na řízení zdravotnictví vznikl v roce 1953 Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (ILF - Institut lékařů a farmaceutů), kde se studenti připravovali nejen na řízení socialistického státního zdravotnictví, ale kde byla, a to velmi efektivně, organizována postgraduální výchova a vzdělávání lékařů (Janečková, Hnilicová, 2009).

5.3.3 Rozvoj dostupnosti zdravotních služeb do roku 1970

V období 70. let 20. stol. bylo XIV. sjezdem KSČ **uloženo dokončit vytyčenou etapu rozvoje zdravotní péče, a to především rozšiřování dostupné zdravotnické sítě, převážně se zaměřením na ambulantní, specializovanou a lázeňskou péči. V** rámci dostupnosti zdravotní péče vzniklo 261 nových lékařských obvodů, do provozu bylo uvedeno 2 413 lůžek lázeňské péče a o 72 % vzrostla farmaceutická výroba. V 70. letech 20. stol. byl zaznamenán strmý nárůst finančních prostředků vydávaných na zdravotní péči, který byl podmíněn i velkým rozvojem moderních lékařských technologií, farmaceutického průmyslu a rozvojem medicínského výzkumu. Tento strmý rozvoj způsobil, že se dostávala lidem lepší a modernější péče. Zároveň se však zvyšovalo procento populace závislé na zdravotnické péči po celý svůj život (již od dětského věku).

Z hlediska **alokace zdrojů se zapomnělo investovat do preventivních opatření, výchovy obyvatel formou sebepéče a primární péče**, která není z hlediska finančních nákladů tak náročná jako alokace zdrojů do sekundární a terciální péče. Martin Potůček uvádí, že: „*Péče o zdraví nepatřila k politickým prioritám….pro všechna kardiovaskulární onemocnění, ischemickou chorobu srdeční a infarkt platilo, že riziko úmrtí na ně bylo u dospělých Čechoslováků ve srovnání se západními Němci či Rakušany dvakrát vyšší…všechna tato neradostná zjištění se vztahovala na zemi, kde ukazatele počtu lůžek a lékařů na počet obyvatel byla příznivější než ve většině západoevropských zemích“* (Potůček, 1999, s. 120). Hana Janečková a Helena Hnilicová se ve své knize poměrně rozsáhle věnují příčinám vzniku nových civilizačních chorob oběhové soustavy a novotvarů, které jsou příčinou zvýšené úmrtnosti obyvatel na tato onemocnění. Autorky uvádějí, že: *„Zvládání těchto zdravotních problémů vyžadovalo již zcela jinou strategií, jiný systém*

zdravotní péče a prevenci postavenou na široce zaměřené podpoře zdraví. Namísto toho došlo ke zpomalení technologického rozvoje ve zdravotnictví, ke zhoršování životního prostředí a nepříznivým proměnám životního stylu obyvatelstva." (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 57).

Velký rozvoj zdravotní péče, ale také nákladů, nastal zejména v 60. a 70. letech 20. století, a tento trend pokračuje až do současnosti. Je ještě nutné zmínit, že v tomto období došlo také ke změně demografické skladby populace. Došlo k jejímu stárnutí, čímž se zvýšily specifické potřeby pro stárnoucí populaci, na které zdravotnický systém reagoval rozvojem geriatrie a gerontologie. **V roce 1958 vznikla gerontologická komise České internistické společnosti, kdy se předsedou stal Bohumil Prusík. Tato komise se stala samostatnou sekcí v roce 1960 (Česká gerontologická společnost) v rámci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.** Prvním pracovištěm gerontologie bylo založeno za přispění Jiřího Trojana při interním klinice Thomayerovy nemocnice v Praze. Postgraduální vzdělávání lékařů bylo realizováno v Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů (Kabinet gerontologie a geriatrie v roce 1974) a zakladatelem se stal profesor Vladimír Pacovský (Haškovcová, 2010). Helena Haškovcová uvádí, že: „*Obrovské úsilí všech jmenovaných, ale i mnohých dalších lékařů bylo korunováno úspěchem, když v roce 1983 byla geriatrie ustanovena samostatným lékařským oborem*" (Haškovcová, 2010, s. 212). Na založení lékařského oboru geriatrie měl velkou zásluhu Vladimír Pacovský. Lůžková péče, tedy klinické zámezí geriatrie sloužily léčebny pro dlouhodobě nemocné, které v roce 1974 měly 2 601 lůžek. Na nich se měla realizovat dlouhodobá péče o chronicky nemocné pacienty. **V souvislosti s rozvojem geriatrie, zejména v terénní péči, byl zaveden institut geriatrické sestry, která pracovala u obvodních lékařů. Její role spočívala v plnění ordinací dle indikace obvodních lékařů a poskytování ošetřovatelské péče pacientům s chronickými obtížemi v domácnostech (Haškovcová, 2010).**

5.3.4 Nejdůležitější systémové změny ve zdravotnickém systému v období 1945-1970

5.3.4.1 Prevence ve zdravotnickém systému

V tomto období byla v socialistickém Československu péče o zdraví lidu definována jako nejvyšší humanistické poslání, neboť zdraví patří mezi základní zdroje národního bohatství. **V roce 1951 přijalo Národní shromáždění zákon č. 101/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči.** Tento zákon zdůrazňoval principy jako je státní zdravotnictví,

jednotu preventivní a léčebné péče, vědeckost a dostupnost. Nejdůležitějším dokumentem bylo usnesení komunistické strany (v roce 1953) o opatřeních k dalšímu rozvoji zdravotnictví, neboť dokument obsahoval ustanovení o léčebně preventivní péči.

V oblasti prevence byly vytyčeny tyto cíle:

- společenská prevence, opatření v oblasti hygieny, epidemiologie a zdravotní výchovy
- primární prevence - předcházení nemocí a zabránění jejímu vzniku
- sekundární prevence - minimalizace progrese choroby, zabránění trvalým následkům, snížení invalidity
- terciální prevence - dosažení sociální rehabilitace a navrácení člověka zpět do společnosti

Mezi primární preventivní opatření byly zařazeny ucelené programy zaměřené na děti a dorost a muže vykonávající vojenskou službu. Součástí prevence bylo zavedení dispenzárního systému sledování závažných chorob a jejich včasná léčba. Tato péče měla spočívat v aktivním vyhledávání nemocí v různých oborech medicíny (pediatrie, gynekologie, venerologie) a plánované ovlivňování léčebné péče ve spolupráci s jinými lékaři specialisty. V této době byly dostatečně využívány statistické metody, výpočty nákladů vynaložených na prevenci ve vzájemném vztahu k výdajům na sociální a zdravotní péči. Byla vyjádřena jejich ekonomická efektivita, která je charakterizována jako optimální vztah zdrojů, cílů, prostředků a výsledků lidské činnosti (Elterlein, a kol, 1984).

Kvalita poskytovaných služeb se posuzovala dle naděje na dožití, která se postupně zvyšovala a docházelo i k dalšímu snižování kojenecké úmrtnosti. Pokud bychom ale porovnali střední délku života s jinými rozvinutými zeměmi v té době, byl tento indikátor daleko nižší. V průběhu 50. let 20. stol. došlo k prudkému zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, a to díky zlepšení hygienických podmínek a zavedení systému očkování.

Od 60. let 20. stol. se postupně začala budovat síť poliklinik, zdravotních středisek a lůžkového fondu a Československá socialistická republika byla ve sledovaných ukazatelích, a to zejména v kojenecké úmrtnosti, na úrovni západn ích států, kdy klesla z 90 promilí (od roku 1945) na 23 promile v roce 1961 (s postupem času se tento parametr dále zlepšoval až na světovou špičku). **Další pozitivní vývoj byl ve zlepšujícím se zdravotním stavu obyvatelstva mezi roky 1961 až 1969 projevujícím se zvýšením střední délky života, v roce 1969 dosáhla hodnota u mužů 66 let a u žen 73 let (Janečková, Hnilicová, 2009). Tento pozitivní vývoj však posléze stagnoval.**

5.3.5 Centrální řízení zdravotnického systému

Dostupnost a rozšiřování sítě zdravotnických zařízení bylo řízeno prostřednictvím národních výborů (95 %) a ministerstva zdravotnictví ve vzájemné spolupráci se Státní plánovací komisí. Okresní národní výbory podléhaly řízení krajským národním výborům, které připravovaly roční objemy finančních prostředků na investice, platy zdravotníků a materiální vybavenost pro zdravotnická zařízení řízena v rámci jejich působnosti. Ministerstvo zdravotnictví spolupracovalo s krajskými národními výbory v plánování zdravotnických služeb, hodnocení plnění ročních a pětiletých plánů, dále přímo řídilo zdravotnické školy a vysoké školy ve spolupráci s Ministerstvem školství (lékařské a farmaceutické fakulty) a regulovalo počty studentů na těchto školách v souladu s počtem vytvořených pracovních míst.

Národní výbory prostřednictvím odboru zdravotnictví řídily Ústavy národního zdraví (krajské, městské a okresní) a při dlouhodobém plánování využívaly zejména zákon o péči zdraví lidu č. 20/1966 a související legislativní normy, koncepce jednotlivých zdravotnických oborů, informace o zdravotním stavu obyvatelstva a demografické údaje. Dlouhodobé plánování zdravotnických služeb bylo zaměřeno především na rozvoj zdravotnických sítí, s tím souvisely investiční a finanční plány. Jako hlavní ukazatel míry zajištění péče bylo lékařské místo a počet lůžek dle regionu. **Financování služeb bylo v rukou státu, tedy ze státního rozpočtu a finanční prostředky přerozdělovány na rozpočtové organizace, které podléhaly řízení příslušných národních výborů.** Václav Fikr uvádí časovou řadu neinvestičních nákladů na zdravotnictví na užitém národním důchodu v procentech, kdy v roce 1960 činily v 3,34 % (10.411 mil. Kč) a v roce 1982 bylo alokováno 4,62 % národního důchodu (21,990 mil. Kč). Ústavy národního zdraví byly řízeny dle ideologie komunistické strany. Také se uplatňovaly principy spolupráce, uvedu zde jako příklad kolegium ředitele složené z odborníků, náměstků a ředitelů zdravotnických zařízení, které řešilo problematiku zdravotní péče. Mezi další články řízení patřily různé komise zabývající se účelnou farmakologií, vědeckými výzkumy a podporou vědy a osvětovou činností mezi obyvatelstvem (Elterlein a kol, 1984).

5.3.5.1 Právní podpora zdravotnického systému

Zákon o zdraví lidu č.20/1966 Sb.

Podíváme-li se na zdravotnický systém z hlediska vývoje zdravotnického práva, musíme konstatovat, že bylo silně ovlivněno po roce 1945 Nedvědovým plánem, který zaručoval bezplatnou zdravotní péči financované z daní pro všechny vrstvy obyvatelstva

a aktivním přístupem ke zdraví lidí. **Základní koncepce právní úpravy ve zdravotnictví byla přijata komunistickou stranou v roce 1964 a vyvrcholila přijetím Zákona č.20/1966 Sb., o péči zdraví lidu.** Tento zákon (a s ním související právní normy) definoval principy zdravotní péče, ale také zároveň podporoval zejména preventivní činnost lékařů a hygienické služby. Uplatňoval zásadu bezplatnosti a všeobecné dostupnosti, organizaci zdravotnických služeb, včetně pracovníků ve zdravotnictví, obsahoval také metodiku řízení a kontrolu v péči o zdraví.

V rámci aktivního přístupu občanů ke svému zdraví byly stanoveny povinnosti vyplývající ze zákona pro občany. **Jednou z povinností bylo se podrobovat preventivním a dispenzárním prohlídkám, očkování a léčení přenosných infekčních chorob, poskytnout nezbytnou pomoc osobě, která je v nebezpečí smrti, požívání ochranných prostředků při práci a jiná ustanovení.** Zdravotníci měli také definované povinnosti vůči nemocným, a to zejména poskytovat léčebně preventivní péči dle současných vědeckých poznatků, byly stanovené kompetence jednotlivých zdravotnických pracovníků. Lékaři a sestry měli vykonávat svou činnost svědomitě a poctivě, a dále se vzdělávat. Měli povinnost zachovávat mlčenlivost s výkonem svého povolání o ošetřovaných osobách. Dále ukládal zákon za povinnost provádět zdravotně výchovnou činnost. Tato legislativa také stanovovala povinnosti související s výkonem státní správy, ustanovila v oblasti ochrany zdraví hlavního hygienika. Upravovala možnost, rozhodovat a provádět vyšetřovací a léčebné výkony u osob ohrožených na životě (děti, osoby omezené nebo bez způsobilosti k právním úkonům) bez souhlasu rodičů a opatrovníka. Nutno podotknout, že tento zákon byl ve své době velice průlomovým a moderním zákonem a do současné doby zatím nebyl nahrazen žádným novým zákonem, pouze byl již mnohokrát novelizován.

V roce 2011 překonala tento zákon nová legislativní úprava Zákon o zdravotnických službách (schválený 8. prosinec 2011 – Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zákon o zdravotních službách). Kromě vydání patřičných právních norem byla v souvislosti s výkonem zdravotnického povolání zřízena komise, která se zabývala jednáním zdravotníků a etickými principy. Ustanovená komise se nazývala Komise pro boj s negativními vlivy ve zdravotnictví a zabývala se dvěma okruhy činností. První okruh byl zaměřen na negativní jevy zdravotníků, především spojené s úplatkářstvím a postupy léčení dle lege artis, a druhým okruhem bylo porušování soudružských vtahů mezi zdravotníky. Jednalo se především o vztahy mezi jednotlivými zdravotníky v oblasti poskytnutí protekce, pomluvy a zpochybňování práce druhého.

Pro případ závažnějších porušení zákona o péči zdraví lidu při poskytování zdravotních služeb byly ustanovené znalecké komise, které byly řízeny v rámci národních výborů a poškozený se mohl dovolat svého práva až u ministra (Elterlein a kol, 1984).

5.3.5.2 Etické právní otázky poskytování zdravotní péče

S rozvojem medicíny bylo již v 70. letech 20. stol. také nutné řešit etickou právní problematiku ve zdravotnictví, která spočívala v řešení následujících dilematických situací: provádění náročných lékařských výkonů tam, kde nejsou dostatečné podmínky pro léčbu a vybavenost, interrupce a sterilizace, transplantace orgánů, umělé oplodnění, medicínské pokusy. Postupně se tyto etické a právní otázky začaly řešit opatřeními různé právní síly. Například dle Směrnice ministerstva zdravotnictví (č.24/1977) nemusel být souhlas příbuzných u transplantace orgánů od zemřelých, pokud se prokáže mozková smrt. Toto opatření bylo provedeno s ohledem na rozvoj transplantací v Československé socialistické republice.

V oblasti interrupcí byla zřízena správní komise národního výboru, kdy žena mohla požádat o interrupci ze závažných sociálních a zdravotních důvodů, tato komise povolila v 98 % žádosti o interrupci. Umělé oplodnění si vyžádalo právní úpravu Směrnice č.18/1982, kdy se spíše řešila problematika právní než etická, a bylo ustanoveno zachování anonymity dárce a tajnost o provedení výkonu. Výzkum a provádění experimentů na lidech byl ošetřen instrukcí č. 57/1975, která upravovala klinické zkoušení léků. Zdeněk Zeman uvádí, že: „ *(...) pokusy se rozdělují na tzv. pokusy klinické, které se provádějí na nemocných lidech, a pokusy badatelské, které se v podstatě provádějí na zdravých lidech.“*.“(Elterlein a kol, 1984, in Zeman s. 201). V souvislosti s klinickým zkoušením experimentů byly dány podmínky pro výzkum, který již byl ověřen pokusy na zvířatech. Pracoviště musela splňovat tato kritéria: kvalita pracoviště a předepsanou vybavenost, nezbytný souhlas osob s prováděním klinických zkoušek, musela být zabezpečena kontrola a zhodnocení výsledků zkoušek. Další podmínkou bylo získání souhlasu od zdravých osob, kterým byl vysvětlen cíl výzkumu a možná rizika. U osob nezpůsobilých k právním úkonům (děti a mladiství do 18 let a osoby s omezenou způsobilostí k právním úkonům) se vyžadoval souhlas opatrovníků. (Elterlein, 1984). i přes veškerou snahu zabezpečit dobrou a dostupnou zdravotní péči občanům byla zaznamenána již v 80. letech 20. stol. Vyšší úmrtnost na kardiovaskulární choroby v porovnání s jinými zeměmi. Dle Hany Janečkové a Heleny Hnilicové můžeme tento fakt vysvětlovat tím, že lidé byli vystaveni vysokému stresu v oblasti psychosociálních potřeb a neuspokojeností s totalitním režimem.(Janečková,

Hnilicová, 2009). **Do zdravotnického systému v těchto letech nebyly dostatečně zaváděny nové diagnostické léčebné technologie a modernější léčiva.**

5.3.6 Rozvoj dostupnosti zdravotních služeb od roku 1970 do roku 1989

Centralizace vedla ale také k tomu, že poklesla společenská prestiž lékařů a zdravotních sester, a byl i malý zájem zdravotníků efektivně řídit léčebně preventivní péči. Rozvoj socialistického zdravotnictví začal stagnovat v 80. letech 20. stol., neboť vynaložené finanční prostředky (2,4 % HDP) nestačily k řešení zdravotních potřeb obyvatelstva, zatímco v téže době nastal či pokračoval významný rozvoji zdravotnictví ve vyspělých evropských státech. V**láda dostatečně nereagovala na tuto situaci a nealokovala investiční prostředky do nových technologií, léčiv a podobně**. Na tuto problematiku rozvoje především nemocniční akutní péče, které jsou jedním z příčin nedostatku finančních prostředků, upozornila Světová zdravotnická organizace již v 80. letech 20. století. **Doporučila jednotlivým státům změnu ve zdravotní politice a také v alokaci zdrojů, aby nebyla zaměřena jen na nejnákladnější péči, ale má být směřována především k prevenci, edukaci a primární péči. V** roce 1978 se konala v Almě Atě mezinárodní konference na téma zabezpečení primární zdravotní péče jako nedílné součásti všech zdravotních politik, a to nejen v rozvinutých státech a v rozvojových zemích. Na konferenci bylo zdůrazněno, že zdraví je základním lidským právem a mělo by být nejdůležitějším společenským cílem. Mělo by se rozvíjet za účasti všech společenských a ekonomických sektorů.

Rozvoj ochrany zdraví lidí je nezbytným předpokladem trvalého ekonomického růstu země a přispívá k zlepšení kvality života lidí. Předpokládaným, respektive stanoveným, časovým horizontem implementace uvedené politiky je rok 2020, kdy by měli všichni lidé na světě dosáhnout přijatelné úrovně zdraví. Dále bylo zdůrazněno, že lidé mají právo a zároveň povinnost podílet se na péči o své zdraví a vlády v jednotlivých zemích nesou plnou odpovědnost za realizaci zdravotních a sociálních opatření, neboť primární péče o zdraví je hlavním prostředkem dosažení cíle zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Účastníci mezinárodní konference vyzvali všechny státy k tomu, aby formulovaly ve zdravotní politice své strategie a plány činností k zavedení primární péče tak, aby se stala součástí celého zdravotnického systému. Státům bylo doporučeno spolupracovat s mezinárodními organizacemi - WHO a s Dětským fondem OSN - neboť tyto organizace mohou ovlivnit další rozvoj primární zdravotní péče na celém světě (Holčík, 2009).

Z etického pohledu můžeme tento systém hodnotit jako snahu o nastavení rovnosti při uplatňování práva na zdraví, to je pozitivní stránka tohoto systému. Mezi slabou stránku tohoto systému patří nízké podvědomí obyvatelstva a uvědomění si ceny za poskytnutou zdravotní péči, neboť tato péče byla bezplatná. Solidární bezplatný systém neumožnil vytvoření ekonomického náhledu na cenu spotřebované zdravotní péče. Ceny zdravotnických služeb se zvyšují rychleji než v ostatních odvětvích ekonomiky. Jaromír Vepřek, Pavel Vepřek a Jaroslav Janda uvádějí, že: "*Obecným problémem zdravotnictví je rozpor mezi rychle rostoucí technologickou úrovní zdravotnictví, a tím i rychle rostoucími výdaji, a pomaleji rostoucími zdroji pro jejich pokrytí"* (Vepřek, Vepřek Janda, s. 15).

Vznikly tak disproporce mezi růstem hrubého domácího produktu a celkovým růstem ekonomického produktu země. Významný vývoj výdajů na zdravotní péči podmínily zejména následující faktory: rozvoj moderní lékařské technologie (počítačové tomografy, magnetické rezonance atd.) a rozšiřování dostupnosti a nabídky zdravotních služeb pro širší vrstvu obyvatelstva. Dále se jednalo i o velký rozvoj a uplatnění výsledků medicínského výzkumu zejména v oblasti transplantací asistované reprodukce a v genetické diagnostice, kdy se objevovaly nové kategorie diagnóz (např. chronický únavový syndrom), které bylo nutno léčit a podobně. V souvislosti s rozvojem moderní medicíny roste i počet chronicky nemocných pacientů (například: chronická onemocnění srdce, vylučovacího systému, onkologická onemocnění), která dříve bezprostředně vedla ke smrti. Janečková Hana a Helena Hnilicová uvádějí, že: "*Za posledních 20 let (1985-2007) se snížila standardizovaná úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění o 46 % u mužů (453 úmrtí na 100 000 obyvatel) a u žen o 44 % (307 úmrtí na 100 000 obyvatel)"* (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 58-59). Z tohoto údaje je patrné, že moderní medicína přispěla ke snížení úmrtnosti, ale také zároveň musí být těmto zachráněným lidem věnována další dispenzární lékařská péče. Tím, že medicína dokázala úspěšně diagnostikovat a léčit různé choroby, které dříve vedly ke smrti, nastal velký problém s počtem osob vyžadující trvalou lékařskou péči, a to způsobilo v tomto období větší finanční nároky na zdravotní péči o chronicky nemocné.

Negativní faktory zhoršeného stavu obyvatelstva podpořily i rozvoj farmaceutického průmyslu, který velmi významně zasáhl do poskytování zdravotní péče, neboť se posupně začala objevovat nová léčiva. Rozvoj specializovaných nemocničních zařízení způsobil to, že se tato péče stala nejdražším typem péče, která odčerpávala 88 % celkových nákladů na zdravotní péči. Primární péče byla poskytována 95 % klientům. Zde vidíme nerovnoměrné rozložení finančních prostředků na péči.

Rozšiřování dostupnosti zdravotní péče vedlo v rámci implementace systému socialistického zdravotnictví k nadužívání bezplatné zdravotní péče. Zdravotnická zařízení neefektivně hospodařila s finančními prostředky. Tyto a další faktory vedly k tomu, že zvýšená nabídka služeb produkovala zvýšenou poptávku a mimo jiné došlo i k výrazné asymetrii ve vztahu lékař a pacient, kdy o léčbě spíše rozhodoval lékař. Pacient v péči o své zdraví zastával spíše submisivní roli, neboť paternalistický způsob vtahu mezi lékařem a pacientem přetrvával z minulých let. Naopak v západních zemích se paternalistický přístup lékaře proměnil v partnerství. Helena Haškovcová k této problematice uvádí, že: "*…(..)…transformace paternalismu v profesionální partnerství bude nelehká a dlouhodobá. Experti Rady Evropy se domnívají, že bude probíhat nejméně jednu generaci, tedy dvacet pět let"* (Haškovcová, 2002, s. 65). **Dvacáté století můžeme charakterizovat také tím, že byl zaznamenán obrovský rozvoj lůžkové nemocniční péče, lépe a moderně vybavené po personální a technologické stránce. Tento aspekt je jedním z příkladů růstu finančních prostředků, neboť nemocniční péče je jednou z nejnákladnějších forem poskytování zdravotní péče (Holčík, 2008). S tímto problémem se potýká stále Česká republika, neboť po 20 letech není dostatečně zajištěna dostupnost terénních a ambulantních služeb a další specializované lůžkové péče o chronicky nemocné.**

6 Vývoj zdravotnického systému po roce 1989

V listopadu roku 1989 došlo v naší republice ke změně politického systému a řízení státu, což bylo spojeno se zrušením vedoucího postavení Komunistické strany Československa a přechodem k demokracii. Ke změnám došlo postupně také v systémech zdravotní a sociální péče. Centrálně řízené zdravotnictví nebylo schopné dostatečné adaptace na vývoj medicíny a distribuci finančních prostředků do nových technologií a selhávalo v uspokojování zdravotních potřeb obyvatelstva. Hana Janečková a Helena Hnilicová uvádějí že: „*Systém byl výrazně podfinancován, chyběly moderní léky, technologická vybavení značně zaostávala."* (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 122).

6.1 Reformní změny ve zdravotnickém systému po roce 1989

V roce 1989 byl zahájen proces reformy zdravotnictví postavený na liberalizaci systému. Martin Potůček uvádí, že: „*Výlučné právo státu na poskytování zdravotní péče i všechny ostatní formy monopolizace ve zdravotnictví vedly k poklesu motivace zdravotníků i občanů v péči o zdraví, k jejich oboustranného odcizení a k odlišení zdravotnictví. Cestou*

k řešení tohoto problému bude odstraňování těchto monopolů.“ (Potůček, 1999, s. 124). Byla **zahájena transformace systému, kde hlavním cílem liberalizačního procesu ve zdravotnictví bylo ekonomičtější využívání finančních zdrojů a nastavení základních principů jako je svobodná volba lékaře, zdravotního pojištění a posílení primární péče a podpora rozvoje sociálních služeb, podpora vzdělání, výzkumu, zdraví a prevence** (Potůček, 1999). Tyto základní teze byly popsány v dokumentu „ *Teze k programu zdraví*“, které vznikaly z iniciativy Občanského fóra zdravotníků ve spolupráci se Společností sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, kteří založili dobrovolnou pracovní skupinu (Skupina pro reformu - SKUPR). Pracovní skupina vycházela ze sociologické studie, která se uskutečnila v roce 1980 a byla zaměřena na tém řízení a financování českého zdravotnictví (Společnost sociálního lékařství, České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně s USLOZ). Výzkum upozornil na sestupný trend stavu zdraví obyvatelstva, nízkou efektivitu českého zdravotnictví a nespokojenost zdravotníků a veřejnosti se systémem péče. „ *Teze programu zdraví*“ byla v květnu 1990 předložena jako **Návrh reformy péče o zdraví** tehdejšímu ministrovi zdravotnictví Pavlu Klenerovi.

V roce 1990 byl přijat vládou Československé republiky (Usnesení vlády ČR č. 339 z r. 1990) dokument s názvem „*Návrh nového systému zdravotní péče*“. **Návrh obsahoval tři etapy reformních kroků, které měly změnit formu centrálního řízení zdravotnictví. Jedním z kroků bylo vytvoření veřejnoprávního zdravotního pojištění, které změní systém financování zdravotní péče ze státního rozpočtu na systém pojištění.**

V roce 1990 byla střední délka života při narození u mužů 67 let a u žen 74,5 let. Nemůžeme však říci, že se stejně uspokojivě prodlužovala zdravá délka života u mužů a žen, neboť v období 1990 umíralo na nemoci oběhové soustavy 53,3 % obyvatel (Janečková, Hnilicová, 2009). S rozvojem zdravotní péče musela zdravotní politika státu reagovat na trendy vyspělých evropských zemí, které vynakládaly vyšší finanční prostředky na krytí zdravotních potřeb obyvatel

6.1.1 Reformní snahy ve zdravotnickém systému

Reforma byla naplánována do třech etap. První etapa byla zahájena již v roce 1990 a měla odstranit byrokratické bariéry a deformace zdravotnického systému. Druhá a třetí etapa byla plánovaná do roku 1993 a byla zaměřena na decentralizaci zdravotnického systému směrem na obce. **Reformátoři se zaměřili na přípravu zavedení systému zdravotního pojištění a dokončení stabilizace nové soustavy péče o zdraví. Předložený materiál byl také zaměřen na efektivitu poskytování lékařské péče, přípravu**

privatizace zejména ambulantní péče a lékárenství a konkrétní doporučení zavedení zdravotních pojišťoven a financování zdravotní péče. V prvním období reformy zdravotnického systému dochází v roce 1990 ke zrušení Krajských ústavů národního zdraví a v průběhu roku 1991 zanikly i Okresní ústavy národního zdraví a vznikla samostatná zdravotnická zařízení. V rámci transformace systému je nutné zmínit obnovení ustanovení České lékařské komory, České stomatologické komory a České lékárnické komory, které vznikly na základě Zákona č.220/1991 Sb. (Vepřek, Vepřek, Janda, 2002). V období reformních kroků nastala změna ve financování zdravotní péče.

6.1.2 Vznik veřejného zdravotního pojištění

Do roku 1991 bylo zdravotnictví financované ze státního rozpočtu. V období změny politického systému v České republice po roce 1989 byla snaha o transformaci zdravotní péče a změna systému financování celého systému (viz kapitola reformní snahy po roce 1989). V roce 1991 byly tehdejší vládou přijaty dva základní dokumenty (Zákon ČNR č. 550 z roku 1991 Sb. o všeobecném zdravotním pojištění a zákon ČNR č. 551 z roku 1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně Československé republiky), které vyústily v přijetí dalšího zákona v roce 1992 o vytvoření dalších zdravotních pojišťoven (Zákon ČNR č.280/1992 Sb.) omezující privilegované postavení **Všeobecné zdravotní pojišťovny. Pojištění zdravotní péče v Československé republice bylo založeno na systému solidarity s garancí státu.** Toto pojištění má podobu povinného pojištění, které je uzákoněno povinností odvodu stanoveného procenta do fondu všeobecného zdravotního pojištění a je následně přerozdělováno jednotlivým institucím-pojišťovnám. Finanční prostředky jsou dále přerozdělovány dle spotřebované zdravotní péče klientů do zdravotnických zařízení, s kterými má pojišťovna navázán smluvní vztah. **Model financování zdravotní péče byl stanoven dle „*bismarckovského modelu*“, který odděluje poskytování zdravotní péče od schopnosti zaplatit za péči, tedy formou předplacené zdravotní péče, a to stanovenými povinnými procentuálními částkami zaměstnanců (4,5%) a zaměstnavatelů (9 %).** Osoby samostatně výdělečně činné odvádějí měsíční zálohy (13,5 %), za nezaměstnané, matky na mateřské dovolené, děti a seniory platí povinné zdravotní pojištění stát. Tento fond spravuje dle zákona Všeobecná zdravotní pojišťovna. Z vybraného pojistného se přerozdělilo 40 % finančních prostředků, ke kterým byla přidána platba za „státní“ pojištěnce a tyto prostředky byly přerozděleny mezi zdravotní pojišťovny tak, že na pojištěnce pod 60 let připadl 1 díl a nad 60 let díly tři. (Janečková, Hnilicová, 2009).

Snahy o změnu v dostupnosti v primární péči

Transformace zdravotnického systému měla více podpořit primární péči (praktický lékař, lékař pro děti a dorost, gynekolog, zubní lékař), a to umožní klientovi svobodnou volbou výběrem zdravotní pojišťovny a primárního lékaře a svobodný vstup k lékařům specialistům. V rámci alokace zdrojů tato svobodná volba klienta znamenala vyšší poptávku po specializovaných službách zdravotní péče, neboť nebyla dostatečně regulovaná.

Tento negativní aspekt dokazuje studie zkoumající poskytování lékařské péče u specializovaných odborníků v **nemocnicích a u praktických lékařů. Studie potvrdila, že**

80 % výkonů ve specializovaných ambulancích mohla být provedena primárními lékaři a také panovala značná nedůvěra v primárního lékaře, u kterého byl klient zaregistrován (Drbal, 1999). Alena Šteflová se zabývá problematikou důsledků volného přístupu k lékařskému ošetření z pohledu klienta, který může být nadměrně zatěžován zbytečnými vyšetřeními, neboť nedochází mezi lékaři ke společnému sdílení informací o klientovi. Z pohledu alokace zdrojů dochází i k nadměrnému čerpání finančních prostředků na duplicitní vyšetření u klienta, které nejsou nijak kontrolovány (Šteflová, 1998). Ke kritice nastaveného systému péče se připojuje Zdenek Papež, který se věnuje využití akutní lůžkové péče. Tato péče je z hlediska alokace zdrojů neefektivní a přesahuje svou kapacitou nad zdravotními potřebami obyvatelstva (75 % alokace do akutní lůžkové péče). Svobodná volba klienta a bezbariérová dostupnost akutní a neakutní péče, je ve srovnání se zeměmi západní Evropy nadměrně využívaná, a to vzhledem k četnosti hospitalizací, jejich opakování a také délce ošetřovacích dní (Papež, 1998). **Bylo tedy nutné reagovat na příliš liberální systém dostupnosti zdravotní péče regulačními mechanismy, zákonným opatřením.**

Regulační mechanismus omezující nadužívání péče

V roce 1997 byl přijat zákon (č. 48/1997 sb.) o veřejném zdravotním pojištění, který stanovuje rozsah poskytované zdravotní péče z veřejného pojištění, který se v dohadovacím řízení novelizuje ve spolupráci s pojišťovnami a poskytovateli a s dalšími odbornými společnostmi, profesními sdruženími, pacientskými organizacemi. V rámci dohadovacích řízení se stanovuje rozsah, regulace a objem zdravotní péče, který se pravidelně vydává v seznamu výkonů (tzv. Úhradová vyhláška). Poskytovatelé uzavírají s pojišťovnami smlouvy o úhradě zdravotní péče, které musí odpovídat zdravotním potřebám obyvatelstva a musí na sebe vzájemně navazovat tak, aby byla vytvořena dostupná síť pro obyvatele a byla tak zajištěna kontinuita poskytované péče.

Dostupnost péče posuzujeme dle geografické dostupnosti, která hodnotí dosažitelnost služby v místě bydliště nebo běžnou veřejnou dopravou. Mezi další kritéria patří časová dostupnost, určující dosažitelnost v časovém horizontu dle zdravotní potřeby. Ekonomická dostupnost je přijetí takového systému financování, aby každý člověk byl ošetřen bez ohledu na to, zda má či nemá finanční prostředky (Janečková, Hnilicová, 2009).

Od roku 2005 bylo zavedeno tzv. 100% přerozdělení, které přerozděluje finanční prostředky mezi zdravotní pojišťovny na základě stanoveného nákladového indexu dle jednotlivých věkových skupin (18 skupin) a kompenzuje 80 % nákladů u pojištěnců, kteří

během roku překročili 30násobně náklady na průměrného pojištěnce. Od 1. 1. 2012 byl násobek snížen na 15. Toto přerozdělování bylo zavedeno pro zachování solidarity mezi bohatými a chudými a zdravými a nemocnými, neboť může docházet u menších pojišťoven ke kumulaci lukrativnějších klientů, kteří mají vyšší výdělky než ostatní socioekonomické skupiny (např. Vojenská zdravotní pojišťovna, Pojišťovna Ministrestva vnitra a další pojišťovny).

6.2 Procesy privatizace a alokace zdrojů

Proces privatizace byl umožněn právními normami (Vládní usnesení č. 141 ze 4. 3. 1992), umožňující převod vlastnických práv ze státu na města a obce a na fyzickou či právnickou osobu. Dále vznik fondu zdravotního pojištění, který spravovala Všeobecná zdravotní pojišťovna (zákon č. 592/1992 Sb), která dle Martina Potůčka byla koncipovaná jako národní instituce, která měla zajišťovat rovný přístup a solidaritu ve zdraví všech občanů. Dále Martin Potůček uvádí, že: „*V roce 1992 přijal Parlament zákon umožňující vznik dalších (rezortních, oborových a podnikových) zdravotních pojišťoven. Vzniklo jich nakonec dvacet sedm. Legislativa ovšem upravovala pravidla jejich hospodaření, informování o činnosti a kontrolní pravomoci státu zcela nedostatečně.“* (Potůček, 1999, s. 135).

V důsledku nedostatečné kontrolní činnosti managementu, který neměl odpovědnost za hospodaření, ukončilo v roce 1998 mnoho pojišťoven svou činnost a zůstalo jich pouze deset. Financování zdravotních zařízení bylo zajištěno na principu plateb z prostředků zdravotního pojištění podle bodového ohodnocení (fee-for-service). Způsob úhrady způsobil již v roce 1993 problémy v hospodaření některých pojišťoven a celkový finanční propad činil v roce 1994 912 miliónů Kč (Potůček, 1999). Martin Potůček uvádí, že: “*Krize soustavy financování zdravotnických zařízení, postaveného na platbách za výkony, vedla nakonec k jeho postupnému opouštění.“* (Potůček, 1999, s. 136). Jako základ financování primární péče byla stanovaná kapitační platba dle počtu registrovaných pacientů, a lůžková zařízení přešla na způsob rozpočtového paušálu. V této souvislosti je třeba uvést, že od roku 1990 rostly i výdaje z veřejných rozpočtů na zdravotnictví a spoluúčast pacientů na poskytnuté zdravotní péči. Pro ilustraci uvedu náklady veřejných výdajů v roce 1990, které činily 5,19 % HDP, a spoluúčast pacienta byla 3,3 % na celkových výdajích, a v roce 1996 bylo alokováno 6,77 % HDP a spoluúčast vzrostla na 10,6 % (Potůček, 1999, s. 137).

Dalším důležitým zákonem podporující privatizaci byl zákon o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních (Zákon č. 160/1992 Sb.), který umožnil kromě jiného i vznik soukromých praxí lékařů a zároveň stanovoval smluvní podmínky se zdravotními pojišťovnami, které byly podloženy Seznamem výkonů s bodovými sazbami za výkon. Ke konci roku 1992 v důsledku změny v řízení zdravotní péče vznikly 3 965 samostatných právních subjektů, a z toho bylo 1 012 ve státním sektoru a 2 953 v nestátním sektoru (Vepřek, Vepřek, Janda, 2002).

6.3 Etapy privatizace zdravotnického systému

Na jaře 1992 byl vypracován seznam zdravotnických zařízení určených k privatizaci Ministerstvem zdravotnictví ve spolupráci s Ministerstvem pro zprávu národního majetku. Seznam obsahoval celkem 648 objektů za 25-30 miliard korun. Tento materiál schválila vláda v červnu v roce 1992 (Potůček, 1999). Další kroky privatizace následovaly vládním usnesením z roku 1993 (č. 137 ze dne 24. 3 1993), které rozhodlo o postupu privatizace zdravotnických zařízení. Byly stanoveny následující kategorie zdravotnických zařízení:

- **Kategorie A**: zařízení, kde nebylo nutné regulovat strukturu a rozsah poskytované zdravotnické péče a neměla monopolní postavení. Provozovatel se musel zavázat, že uzavře smlouvu se zdravotní pojišťovnou a bude poskytovat zdravotní péči v souladu s veřejným zájmem po dobu nejméně 10 let.
- **Kategorie B**: zdravotnická zařízení, která měla monopolní postavení ve zdravotnickém systému a nabyvateli byla stanovena povinnost zachování struktury zdravotní péče nebo mohl rozšířit spektrum zdravotních služeb, nesměl však žádnou z poskytovaných zdravotních služeb snížit ani zrušit.
- **Kategorie C**: zdravotnická zařízení, která není možné zprivatizovat, neboť podléhají výkonu státní správy a kontrole, a mají celorepublikovou působnost (fakultní nemocnice, SUKL, odborné léčebné ústavy atd.). (Vepřek, Vepřek, Janda, 2002).

Jaromír Vepřek, Pavel Vepřek a Jaroslav Janda k problematice privatizace uvádějí, že: „*Vláda začala schvalovat privatizační projekty v září 1993. V důsledku privatizace doznala síť zdravotnických zařízení výrazných změn. (…) zatímco ke konci r. 1992 existovalo 1 012 samostatných právních subjektů sdružujících asi 6 500 zdravotnických zařízení, ke konci 1993 to bylo ji 14 756 samostatných právních subjektů.*“ (Vepřek, Vepřek, Janda, 2002, s. 28). Největší rozsah privatizace proběhl v ambulantní péči, kdy 55 % této péče byla převedena na nestátní ambulantní péči.

Martin Potůček k procesu nedokončené privatizace v lůžkové péči uvádí, že: *„Faktická realizace privatizace ve zdravotnictví – formou převodu vlastnických práv na soukromé subjekty - proběhla úspěšně tam, kde šlo o majetek nižší pořizovací hodnoty (tedy jednotlivé ambulance, nebo malé polikliniky či nemocnice). Ambiciózní představy o převodu většiny nemocnic do soukromých rukou se nakonec neuskutečnily ne kvůli nevůli politiků či státních úředníků, nýbrž z mnohem prozaičtějších důvodů-kvůli neochotě, nepřipravenosti či nesolventnosti potenciálních vlastníků. Ani bankovní sektor nebyl ochoten poskytovat půjčky na investice do sektoru, který jak se postupně ukazoval, vykazoval všechny stránky nestability“* (Potůček, 1999, s. 140).

V období reformních změn bylo nutné získávat relevantní data o stavu zdraví české populace, jeho determinant a vztahu nastaveného zdravotnického systému pomocí empirických výzkumů. Tyto aspekty vedly k založení vědeckovýzkumné činnosti a obnovy činnosti oboru veřejného zdravotnictví. **Byl založen Institut zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE) v Kostelci nad Černými lesy iniciativou Petra Hávy, který se stal ředitelem institutu**. Přínos institutu byl nejen v opírání se o výsledky z empirických výzkumů, které byly zaměřeny na zdraví populace, ale také byla věnována pozornost studiu zahraničních zdravotnických systémů. Institut byl rozhodnutím bývalého ministra zdravotnictví Davida Ratha zrušen v roce 2006 (Janečková, Hnilicová, 2009).

6.4 Deficitní hospodaření ve zdravotnickém systému

Transformační kroky v oblasti zdravotnictví zvyšovaly alokaci finančních prostředků do zdravotnického systému, nicméně ani to nezabránilo dalším problémům financování této oblasti. V roce 1993 se začalo zdravotnictví dostávat do finančního problému a z hlediska alokace zdrojů bylo nutné řešit stále se zvyšující náklady na zdravotnictví. **V tomto roce byly definovány různé možné příčiny deficitního hospodaření. Mezi hlavní příčiny, které mohly způsobit deficit, byl rozvoj a privatizace zdravotnických zařízení (48 % ošetření v soukromých ambulantních zařízeních a 10 % v soukromých lůžkových zařízeních).** Vzrůst výdajů v rámci zdravotní péče bylo od počátku transformace, tj. od roku 1989 do roku 1993, z 5,19 % HDP na 6, 77%. HDP. Mezi další příčiny růstu výdajů na zdravotnictví bylo zvýšení investičních finančních prostředků na nákup nových technologií, který vzrostl (v roce l989) ze 1,7 miliard Kč ročně na 4 miliardy Kč ročně od roku 1990. Zvýšil se také počet lékařů specialistů, kteří rozšířili nabídku lékařských služeb tím, že si zařizovali soukromé ambulance a zároveň pracovali na základní úvazek v nemocnicích.

Významnou složkou růstu nákladů představovala léčiva, která vzrostla ze 108 % v roce 1989 na 147 % v roce 1993. Meziroční růst výdajů na léky byl o 24 %, tento fakt byl způsoben vstupem na trh zahraničních farmaceutických firem, zvýšením cen za léky. Další determinantou deficitu bylo zvýšení platů u pracovníků lékařských a nelékařských oborů, kdy od roku 1989 byl růst z 2,47 % do roku 1993 na 32,64 %, to znamenalo, že se platy zdravotníků zvýšily 2,4 krát. Mezi další příčiny růstu výdajů na zdravotnictví byla nevhodná struktura lůžkového fondu, která neodpovídala zdravotním potřebám obyvatelstva a byla neefektivně řízena.

Největší zdravotní pojišťovna (Všeobecná zdravotní pojišťovna) vynaložila v roce 1993 na nemocniční lůžkovou péči 67,2 % finančních prostředků ze svého rozpočtu a soukromá ambulantní zařízení vynaložila 16,4 % z rozpočtů veřejného zdravotnictví. Oproti tomu státní ambulantní zdravotnické zařízení spotřebovalo 6,6 % nákladů a to znamená, že jednu třetinu nákladů tvořila ambulantní péče a zbytek finančních nákladů byl alokován především do lůžkových zařízení (Vepřek, Vepřek, Janda, 2002).

6.5 Koncepční návrhy na změnu deficitního hospodaření zdravotnického systému

Neustálé zvyšování finančních prostředků bylo nutné řešit, a tak v roce 1994 zahájil expertní práci Jaromír Vepřek s kolektivem odborníků. Tito odborníci se zabývali analýzou zdravotnického systému s návrhem řešení financování zdravotní péče. Bylo nutné provázat zdravotnický systém s daňovým systémem, sociální a zdravotní politikou státu a s návrhem na vytvoření optimálního zdravotnického systému, založeném na solidárním systému (systém předplacené péče). **Bylo tedy nutné stanovit regulaci a rovnováhu mezi poptávkou a nabídkou, která bude v přímé souvislosti s ekonomickými možnostmi státu.** Expertní tým stanovil požadavky na vhodný systém úhrad zdravotní péče respektující určité zásady efektivního využívání finančních prostředků a stimulaci jedinců a populace na podílení se k udržení a rozvoji svého zdraví. Navrhovaná opatření se snažila respektovat v souladu s etickými hodnotami, jako je dostupnost a spravedlivý přístup k péči bez rozdílu pro všechny vrstvy obyvatelstva. Koncepce zdravotnického systému řešila především návrhy úhradového systému v primární péči, kde navrhovala dvě možné varianty řešení.

Varianta 1: výkonový systém, který by znamenal úpravu bodového systému za jednotlivé výkony, ale také zároveň by reguloval poskytovanou péči za posílení kontrolní činnosti revizních lékařů. Varianta 1 předpokládala vytváření finanční rezervy od klienta

v roční výši 3 000 Kč a pojišťovna bude proplácet poplatky ve zdravotnických zařízeních ze svého účtu. Pokud pacient nevyčerpá finanční částku, bude mu převedena na další rok se sníženou platbou.

Varianta č. 2: kapitační systém úhrad formou fixní částky za registrovaného klienta a zavedení spoluúčastí klienta (20-30 Kč) za návštěvu lékaře. Kombinovaný způsob úhrady, kapitační složka a výkonový systém úhrady, který měl podpořit svobodnou volbu klienta v primární péči, a zároveň navrhoval regulační opatření formou stanovení počtu klientů na jednoho lékaře. Specializovaná ambulantní péče měla být vymezena novými podmínkami, klient by musel za návštěvu specialisty bez doporučení od primárního lékaře zaplatit poplatek 45 Kč. Pokud by specialista přebral dočasně zdravotní péči o klienta v jasně definovaných zdravotních událostech, klient by neplatil žádný poplatek. Tato navrhovaná reforma měla omezovat ambulantní specializovanou péči bez doporučení a zároveň měla posilňovat roli primárních lékařů.

Reformátoři vycházeli z faktu, že nemocniční péče byla jednou z nejnákladnějších sfér, která činila v roce 1993 67,3 % všech veřejných výdajů na zdravotní péči. Byli toho názoru, že tato péče je poskytována neekonomicky, neefektivně, medicínské výsledky často neodpovídají zlepšení zdravotních potřeb klientů. Současně upozornili na nerovnováhu mezi lůžkovým fondem v jednotlivých regionech a často se zbytečně indikují výkony na lůžku, které mohou být provedeny v ambulantní složce. **Reforma nabízela řešení této problematiky finanční regulací od klientů a to platbou za hotelové služby, v rámci platby za ošetřovací dny. Spoluúčast klientů za hotelové služby (teplo, strava, praní ložního prádla) v nemocnicích, kdy měla být stanovená fixní částka za každý den pobytu od 10-15 dní hospitalizace, kdy nastává sestupná platba od klientů.** Zdravotní péče není součástí poplatku, neboť klient nemůže sám ovlivňovat průběh léčení. Byla navržena i výše spoluúčasti a limity, které podporovaly nastavený solidární systém zdravotní péče. Dále měl nově navržený systém podporovat rozvoj komerčního způsobu připojištění a formu individuálních účtů. Varianta č. 2 předpokládala rozdělení částky na dvě složky, 10 % by bylo převedeno na solidární pojištění a 3,5 % by bylo převedeno na individuální účet klienta.

Obě navržené formy předpokládaly platbu za spoluúčast formou kuponové knížky, která by byla vystavena na jméno pojištěnce. Pokud by klient nevyčerpal celou částku, mohl by si vybrat finanční odměnu. V opačném případě po vyčerpání finančních prostředků by hradil spoluúčast v hotovosti. Reformátoři se přikláněli k navržené variantě č. 1, neboť podporuje dosud nastavený solidární systém pojištění. Tato analýza s návrhy řešení byla

předložena Výboru pro sociální politiku a zdravotnictví (PS PČR) jako „Analýza současného stavu a cílové záměry transformace zdravotnictví v České republice“, výbor však tuto navrhovanou transformaci nepřijal (Návrh Koncepce zdravotnictví na léta 2005-2009).

6.5.1 Přehled koncepčích návrhů

Od roku 1996 až do roku 2007 bylo předloženo mnoho koncepčních materiálů k transformaci a reformě zdravotnického systému, zabývající se efektivnějším financováním zdravotní péče. V tomto období bylo předloženo celkem 21 koncepčních materiálů, které předkládaly různé politické strany (ČSSD, ODS), organizace (např. Svaz pacientů, Lékařský odborový klub, Svaz zdravotních pojišťoven, Americká obchodní komora v ČR a další). **Koncepční materiály se zabývaly konsensuálním řešením budoucnosti financování a strategií českého zdravotnictví. Pro ilustraci níže uvedu některé koncepční materiály zabývající se reformou zdravotnického systému.**

Významnou změnu v rámci restrukturalizace akutních lůžek na lůžka ošetřovatelské péče v roce 1997 předložil bývalý **ministr zdravotnictví Jan Stránský**. V rámci transformace lůžkové zdravotní péče se podařilo snížit počet akutních lůžek o 20 000, které byly převedeny na 11 000 ošetřovatelských lůžek. Na základě výběrového řízení /podle Zákona č. 48 /1997 Sb./ se určoval rozsah zdravotní péče v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Výběrová řízení se konala na základní a specializovanou zdravotní péči s cílem vytvořit dostupnou síť zdravotnických zařízení dle zdravotních potřeb obyvatelstva. **Byly stanoveny kapacity akutní lůžkové péče ve třinácti oborech /4.5 lůžka na 1 000 obyvatel / a kapacity léčebně dlouhodobé péče /2 lůžka na 1 000 obyvatel/a následně na specializovanou zdravotní péči /půl lůžka na 1 000 obyvatel/. Součástí reformy byla také řešena dostupnost z hlediska alokace zdrojů, časová a geografická dostupnost. Finanční dostupnost zdravotní péče pro občana je zajištěna veřejným zdravotním pojištěním, časová a geografická dostupnost je zajištěna vytvořením sítě primární a specializované péče v jednotlivých regionech.** Jaromír Vepřek, Pavel Vepřek a Jaroslav Janda k reformním krokům uvádějí, že: *„Na vývoj systému velmi negativně působilo, že celý proces transformace zdravotnictví byl silně politicky zabarven. Funkce ministra je funkcí politickou, takže je pochopitelné, že se změnou vládnoucí politické garnitury dochází ke změně. Pro koncepční práci resortu je však velmi škodlivé, jestliže se během 11 let u vlády vymění sice jen 3 politické garnitury (vlády vedené Klausem, Tošovským a Zemanem), ale 9 ministrů.“* (Vepřek, Vepřek, Janda, 2002, s. 43). Nutno podotknout, že připravované

reformy zdravotnického systému se neuskutečnily, respektive uskutečnily se pouze některé kroky, což vedlo k nesystémovým změnám.

V březnu roku 1999 byl předložen návrh Úřadu vládu České republiky s názvem *Koncepce zdravotnictví dlouhodobý program vlády,* jako koncepce Ministerstva zdravotnictví. Návrh sledoval následující cíle: princip solidarity, dosažení maximální možné cenové místní a časové dostupnosti kvalifikované péče v dostatečném rozsahu, státní garance dostupnosti a kvality důraz na prevenci, veřejné zdravotnictví a dosažení vyšší ekonomické efektivnosti.

6.5.2 Projekt Českého zdravotnického fóra

V roce 2002 byl uskutečněn *Projekt Českého zdravotnického fóra*, zda jsou občané ochotni akceptovat spoluúčast na zdravotní péči (ČZF, 2003). Hlavními řešiteli byla Jiřina Musílková z Všeobecné zdravotní pojišťovny a Bohumil Seifert z České lékařské společnosti, kteří konstatovali, že se neustále zvyšují finanční prostředky na poskytovanou péči a stále se zvyšuje nespokojenost klientů se zdravotní péčí. V**ýsledky projektu poukázaly na možná rizika zavedení spoluúčasti a možnost bariér v přístupu k primární péči pro všechny socioekonomické skupiny. Ambicí řešitelů byla také myšlenka definování standardní péče z veřejných zdrojů.** Uskutečněná studie přinesla tyto závěry: a) starší respondenti ve srovnání s mladšími více zdůrazňují princip solidarity, považují ho za nutný a fungující, b) u starší generace se projevuje pasivní přístup ke zdraví, který se projevuje také ve vztahu lékař-pacient, c) v rámci vztahu k lékaři je uplatňován spíše paternalistický model, kdy lékař je brán téměř jako nedotknutelná autorita, d) starší respondenti se necítí být spolu odpovědní za vlastní zdraví a nesouhlasí s finanční spoluúčastí, e) mladší respondenti jsou ochotni připustit, že stávající systém financování zdravotnictví není únosný a že zavedení finanční spoluúčasti bude velice nutné, f) obě skupiny se shodují v tom, že Češi obecně zaujmou k zavedení finanční spoluúčasti negativní, spíše pasivní postoj (Projekt Českého zdravotnického fóra, 2003).

6.5.3 Koncepce ministra zdravotnictví Josefa Kubinyi

Ministr zdravotnictví **Jozef Kubinyi** předložil v období roku 2004-2005 materiál „*Základní teze koncepce systému zdravotnictví*“, zabývající se především problematikou standardizace péče, sledování kvality péče a její vyhodnocování. **Navržená reforma měla zabránit dalšímu deficitu finančních prostředků v sektoru zdravotnictví.** Teze obsahovaly zejména vymezení role státu, krajů a samotného pacienta v systému zdravotnictví. **Reforma také spočívala v zavedení spoluúčasti a poplatků za ambulantní**

péči, lázně, stravu ve zdravotnických zařízeních, dopravu a recepty. Diskutovalo se o výši ročního limitu 4-5 tisíc na jednoho klienta s možností nastavení sníženého zdravotního pojištění a daňového zvýhodnění. Dále bylo navrhováno, aby stát neplatil za pojištěnce, jako jsou děti a ženy na mateřské dovolené, tato povinnost platit zdravotní pojištění by přešla na živitele rodiny, který by od státu měl finanční kompenzaci v podobě daňových úlev. Důchodci a nezaměstnaní by zdravotní pojištění hradili z navýšení důchodu a dávek v nezaměstnanosti. Tato koncepce se neprosadila, neboť opět došlo ke střídání ministrů (Přehled koncepčních materiálů ve zdravotnictví v ČR).

6.5.4 Koncepce Jaromíra Vepřeka a jeho spolupracovníků

Jaromír Vepřek se zabýval analýzami a návrhy možných reforem již v roce 1995 a spolupracoval na návrhu reformy ve zdravotnickém systému v roce 2005. Navrhl hlavní cíle a změny ve zdravotnickém systému. Pavel Vepřek uvádí, že: „*Navržené reformní kroky sledují cíle a cesty zvýšení efektivity fungování v několika rovinách (makro, mikro, národní, regionální, lokální, v segmentech jednotlivých služeb, v motivaci odpovědného jednání jednotlivých poskytovatelů či plátců služeb, ale také veřejné správy, participace občanů).“*(Vepřek, 2006)

Celá koncepce reformy měla být zaměřena zejména na regulaci trhu ve zdravotnictví a posílení role a postavení občana v systému. Občan by měl mít dle Pavla Vepřeka aktivní postavení v systému, které by se řídil dle jeho zdravotních potřeb a nesměl by být pouze pasivním konzumentem. Svou reformu stavěl na třech základních pilířích:

- řešit příčiny a důsledky deficitu Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky (dále jen VZP);
- stabilizovat vývoj nákladů systémů veřejného zdravotního pojištění a nemocnic;
- optimalizovat síť zdravotnických služeb.

Návrhy řešení shrnul do deseti bodů, mezi kterými byl i návrh řešení sběru dat pro provedení analýz výsledku hospodaření pojišťoven a jednotlivých lůžkových zdravotnických zařízení. **Dále se zabýval tématem organizační úpravy a právní subjektivity lůžkové péče, kde doporučuje neziskovou formu oproti obchodním společnostem. Dále vytvoření tržního prostředí na straně poskytovatele, kdy by všichni aktéři měli rovnoprávné postavení a volný vstup na trh služeb. Poskytovatelé primární a specializované péče a 10 % akutní lůžkové péče by bylo v soukromém vlastnictví, 50 % lůžkové péče by bylo převedeno na kraje a 40 % lůžkového fondu by mělo formu státních příspěvkových organizací.** Ve svém materiálu poukázal na práci zdravotních

pojišťoven, které hospodařily bez motivace a měly omezenou pravomoc při rozhodování v alokaci zdrojů. Navrhoval transformaci zdravotních pojišťoven, které měly být pod veřejnou správou nově vzniklé instituce „Servisní organizace zdravotního pojištění“.

Nově vzniklá instituce měla na bázi solidarity přerozdělovat veřejné zdravotní pojištění dle individuálního rizika pojištěnce, spravovat registry plátců, poskytovatelů. **Systém financování dle DRG (platba za ukončenou diagnózu) systémů a kapitačních plateb měly nastavit jiný způsob financování zdravotní péče. Dalším krokem byla transformace zdravotních pojišťoven na akciové společnosti pod dohledem Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami.** Pavel Vepřek se domníval, že tento nový způsob řízení by vedl k motivaci, efektivnosti a zároveň by zvyšoval kvalitu poskytovaných zdravotnických služeb a snížil by tak současně riziko náborů mladších a zdravějších pojištěnců jak tomu bylo konkurenčních pojišťoven kromě VZP. Občan by se měl v tomto navrženém systému stát zákazníkem, který nakupuje služby vždy ve chvíli zdravotní potřeby. **Občan by své pojišťovně dle svého zdravotního stavu a s přihlédnutím k zdravotnímu riziku odvedl finanční část, která by byla rozdělena na dvě části (pevná část platby by se odváděla do solidárního fondu a další část by byla převedena pojišťovně).**

Dalším krokem navržené reformy byla regulace, která se skládala ze třech pohledů, kompenzace sociálního, zdravotního rizika a ochrana spotřebitele. Kompenzace sociálního rizika by byla dána nastaveným solidárním systémem veřejného zdravotního pojištění. Kompenzace zdravotního rizika by byla dána statistickým výpočtem dle věku a pohlaví, kdy by byly finanční prostředky přerozdělované dle věkových kategorií. Ochrana spotřebitele by spočívala v zajištění bezpečnosti poskytované zdravotní péče, kdy by pojišťovny musely garantovat péči, ale také by musely být otevřené ke všem zájemcům bez ohledu na zdravotní rizika, a měly by vytvářet finanční rezervy na případnou nákladnější péči o své klienty. Mezi další ochranu spotřebitele by patřila i oblast bezpečné používané zdravotnické technologie dle pravidel Evropské Unie a kladení většího důrazu na kvalitu zdravotní péče. Třetí úkol by byl na straně regulátora trhu, který by zajišťoval stát svou výkonnou, legislativní a soudní mocí a nově zřízené Úřady pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, které by monitorovaly chování pojišťoven. Dále odborná veřejnost (lékařská, lékárnická, stomatologická komora) by zajišťovala odborný dohled na poskytování zdravotní péče.

Provozní regulaci zdravotní péče by sledovala nově zřízená instituce pověřená výkonem veřejné správy, Servisní organizace zdravotního pojištění. Návrh reformy (Vepřek, 2006) by řešil:

- dostupnost a volný přístup k informacím o zdravotních pojišťovnách;
- nastavení kvality a zvýšení bezpečnost občana v systému;
- podporu solidárního systém přerozdělování finančních prostředků vůči nemocným.

6.5.5 Koncepce zdravotnictví České republiky na období 2005-2009

Bez ohledu na navrhovanou reformu byla na Ministerstvu zdravotnictví České republiky připravena koncepce zdravotnictví na léta 2005-2009**,** která vycházela ze základních principů českého a evropského zdravotnictví, Zdraví 21 a z Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. **Dále vycházela z etických hodnot: zdraví jako základní lidské právo, ekvity a účasti a odpovědnosti jedince a skupin za rozvoj zdraví. Koncepce měla garantovat, že péče o zdraví je významným veřejným zájmem a má vést k správnému nastavení jednotlivých cílů v oblasti zdravotní politiky.** Koncepce obsahovala jednotlivé reformní kroky, které měly vést ke zvýšení medicínské a technické efektivity fungování zdravotnického systému, a to v několika rovinách: ekonomická, národní, regionální a místní. Dále se kladl velký důraz na motivaci a odbornost jednotlivých poskytovatelů či plátců, veřejné správy a v neposlední řadě byla zvýrazněna role občana. V koncepci byly obsaženy střednědobé a dlouhodobé cíle a způsoby naplňování těchto cílů, vycházejících z hodnocení jednotlivých problémových oblastí. Tento materiál velice přehledně a kriticky hodnotil dostupnost, která nebyla vždy přizpůsobena zdravotním potřebám obyvatel, zhoršující se kvalitu a bezpečnost poskytovaných služeb.

Ve střednědobém výhledu (2006-2009) byl stanoven prioritní cíl: stabilizace hospodaření v systému zdravotního pojištění a zvýšení efektivity poskytované zdravotní péče občanům. V rámci tohoto cíle byly stanoveny okruhy směřující především na zlepšení zdravotního stavu a jeho determinant a postavení občana a naplňování práv pacientů v systému.

Dále se koncepční materiál zaměřil na efektivitu a účelnější alokaci zdrojů z veřejného zdravotního pojištění, vytvoření optimální sítě zdravotnických služeb, zavedení racionální farmakoterapie v praxi a rozvoj nástrojů pro měření a hodnocení kvality poskytované péče. Součástí reforem bylo také hospodaření a optimalizace nákladů zdravotních pojišťoven, které měly vést k celkové úspoře nákladů ve zdravotnickém systému. Na závěr této kapitoly je nutné uvést, že návrh této koncepce sice vycházel

z etických hodnot a z dalších logických a podle mého názoru rozumných zásad, ale dosud se jeho vize nepodařila naplnit. Důvodem mohla být i politická nestabilita v České republice, kdy si každý vládnoucí politik připravuje svoje reformní kroky, které nejsou zpravidla diskutovány s širokou odbornou i laickou veřejností.

6.5.6 Koncepce ministra Tomáše Julínka

Jako příkladem nesystémového postupu můžeme uvést reformu bývalého ministra Tomáše Julínka v období let 2006 až 2008, která měla **vést ke stabilizaci veřejných rozpočtů a měla regulovat chování klientů v přístupu ke zdravotní péči**. Bohužel s tímto zákonem č. 261/2007 Sb. V platném znění o stabilizaci veřejných rozpočtů, nepřišly další navazující legislativní kroky a reformní opatření vymezující péči hrazenou v plné výši z veřejného zdravotního pojištění. Tento zákon měl dle bývalého ministra Tomáše Julínka odvrátit kolaps Českého zdravotnictví, neboť v roce 2015 bude deficit v systému zdravotního pojištění zhruba kolem 30 miliard Kč. Reforma měla být zaměřena na zamezení plýtvání (10 miliard Kč ročně za zbytečně přepsané léky), na účinný státní dohled nad zdravotním pojištěním, na kvalitu a bezpečnost poskytované péče. *Pacient dle ní měl být vnímán jako zákazník, který měl přesně znát, na co má nárok z veřejného pojištění, a co si musí připlatit, a mělo tak dojít k omezení korupčního jednání ve zdravotnictví. Regulační poplatky dle Tomáše Julínka byly základním stavebním kamenem, který posílí solidaritu zdravých s nemocnými, zvýší se ekonomická motivace občanů ke zdravějšímu životnímu stylu a omezí zbytečné návštěvy u lékařů* (Julínek, 2008). Zákon vyvolal mezi vládou a vládní opozicí České strany sociální demokracie (dále jen ČSSD) a Komunistické strany Čech a Moravy (dále jen KSČM) velké emoce a mnoho diskusí u odborné a laické veřejnosti. Opoziční politické strany se snažily od jeho schválení, zákon zrušit a podaly ústavní stížnost k Ústavnímu soudu České republiky.

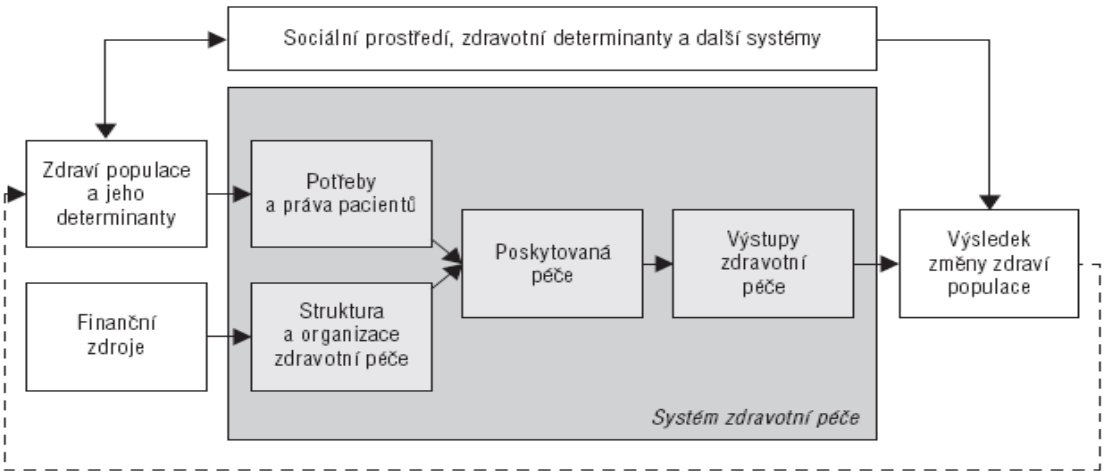
Vzhledem k tomu, že diskuse o regulačních poplatcích byla předmětem mnoha dlouhodobých diskusí a zájmu médií i veřejnosti, věnuji jim v následujícím textu zvláštní pozornost. Osobně se však domnívám, že se jednalo o problém do značné míry zástupný, a to jak ze strany předkladatele, tak oponentů. Ve spektru všech problémů zdravotnictví se jedná o záležitost zcela okrajovou, avšak takovou, která na dlouhou dobu odpoutala pozornost od řešení nejdůležitějších problémů zdravotnického systému (viz kapitola Regulační poplatky v roce 2008, kapitola 4). **Na ministerstvu zdravotnictví vznikl projekt, který se zabýval problematikou zdravotnického systému v porovnání s jinými zahraničními zdravotnickými systémy v Evropě. Tento projekt měl přispět k nastavení**

ekonomické udržitelnosti nastaveného zdravotnického systému s využitím příkladů dobré praxe v jiných evropských tzemích.

7 Projekt Kulatý stůl Českého zdravotnictví

Projekt Kulatý stůl byl iniciován vládou České republiky v roce 2007. Tento projekt **měl za úkol analyzovat systém zdravotní péče z různých pohledů a z vydaných koncepčních materiálů týkajících se zdravotnictví.** Dále měl za úkol z výsledků analytické fáze vypracovat návrh koncepce na možné změny Českého zdravotnictví do roku 2050 se zaměřením na demografické změny v populaci (Zpráva o možných změnách, 2009). V projektu byly vytvořeny dílčí zprávy k problematice zdravotnictví v České republice se zaměřením na dokument, který identifikuje oblast financování systému zdravotnictví. Jako příklad k výchozím úvahám byl zvolen graf analyzující procesy ve zdravotnictví v Projektu Kulatý stůl.

Graf 2: Komaparativní analytické schéma procesů ve zdravotnictví



Zdroj: Jakubowski, Chambers, (1998) převzto ze Zprávy o možných změnách zdravotnictví v ČR.

7.1 Vymezení problémových okruhů českého zdravotnictví

V tomto projektu byly vytyčeny základní problematické okruhy českého zdravotnického systému, které jsou nutné do budoucna řešit, jako například nedostatečná znalost přínosu zdravotní péče a jasné vymezení práva na zdravotní péči. **Odborníci se vyjádřili k neustálému narůstání finančních nákladů na zdravotní péči, a k významné nerovnováze alokace těchto prostředků ve prospěch klientů. K velmi významným faktorům patří nízká úroveň zdraví, která v důsledku znamená vyšší potřebu zdravotní péče.**

Vnímání úrovně zdraví souvisí s nízkou zdravotní gramotností občanů a nedostatečnou preventivní činností. Řešení tohoto problému vidí odborníci ve zvýšené motivaci a zapojení občana do péče o vlastní zdraví (Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR, 2009).

Pojednání o zdravotní gramotnosti jako výchozím nástroji k rozvoji osobnosti a posílení role jedince v systému zdravotní péče popisuje Jan Holčík a je ve shodě s pracovním týmem projektu Kulatého stolu (Holčík, 2009). V České republice je nedostatečná a nevhodná struktura zdravotní péče, neboť je zde nejvíce aplikován akutní model péče, ve kterém je opomíjen demografický vývoj obyvatelstva. Bude nutné nastavit nastavit **model zdravotně sociální péče (dlouhodobá péče),** který tento vývoj respektuje. Nové nastavení jednotlivých segmentů zdravotní péče bude potřebovat zejména transformaci akutní lůžkové péče do modelu „aktivní péče" tedy nastavení posloupnosti péče akutní – následné - dlouhodobé. V **této souvislosti bude nutné se zaměřit na vzdělávání nelékařských a lékařských pracovníků, na individuální přístup k pacientovi, na efektivnější využívání informačních technologií, které přispějí ke zlepšení koordinace a sdílení informací mezi lékařským a nelékařských personálem.** Jedním z nejdůležitějších prvků je také definování základního standardu zdravotní péče financovaného z veřejného zdravotního pojištění (Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR, 2009). Dále zpráva uvádí, že bude nutné celý systém zdravotnictví podrobit analýze, kdy získané výsledky budou použity k naplánování transformace akutní péče **ve prospěch aktivní péče** (rehabilitace, doléčovací proces) a dlouhodobé péče s převážnou složkou ošetřovatelské, sociální a rehabilitační péče.

Nezdravý životní styl a chování občanů, kam řadíme nadměrné požívání alkoholu, drog, nezdravý způsob stravování, omezenou pohybovou aktivitu a jiná riziková chování. Řešením této problematiky, která má vliv na zdraví občana a zvýšení alokace zdrojů ve zdravotnickém systému je zaměření se na preventivní opatření v primární zdravotní výchově obyvatelstva (informační kampaně, daně z alkoholických nápojů a tabáku). Je nutná pozitivní a negativní motivace od pojišťoven, která povede ke zdravotní gramotnosti občana, motivace ke zlepšení chování jedince a zvýšení odpovědnosti jeho zdraví.

Nevhodné je především nastavení financování zvlášť nákladné péče. V této oblasti musí být nalézena rovnováha mezi vynaloženými prostředky a solidaritou. Je nutné přijmout taková opatření, která budou koncentrovat finanční prostředky na „*drahou léčbu*" do specializačních center.

Systém dlouhodobé péče je nedostatečný, roztříštěný, neprovázaný, nedostatečně finančně zajištěný a nereflektuje demografický vývoj obyvatelstva. Řešení je spatřováno v rozvoji koncepce geriatrie a gerontologie (nebyla ještě přijata a návrhy jsou předkládány již 15 let), tvorbě vyhovujícího systému dlouhodobé péče, přesunu kompetencí na nelékařský personál a jeho podpora ve zdravotnickém systému. Jednou z možností je vytvoření nového typu pojištění dlouhodobé péče.

Změna poskytování pobytové sociální péče, kdy je nutné podpořit rozvoj komunitní péče, motivaci a podporu neformální péče v domácnostech**. Je nutné nastavit rovné a spravedlivé podmínky pro všechny socioekonomické skupiny a to zejména věnovat zvýšenou pozornost osobám zdravotně znevýhodněných a seniorské populaci.**

V naší republice je nevhodná struktura zdravotní péče, jelikož se uplatňuje akutní model péče (více akutních lůžek oproti lůžkům na následnou dlouhodobější péči). Akutní lůžka jsou pro systém financování dražší a restrukturalizace by přinesla více finančních prostředků do ambulantní péče a ve prospěch aktivní rehabilitace a dlouhodobé péče. Jedním z návrhů je, že pojišťovny by měly mít povinnost pojistit každého občana bez ohledu na jeho zdravotní rizika, nastavení systému kritérii na přerozdělování prostředků, stanovení povinností pojišťován vůči zdravotnickým zařízením.

Výskyt korupce ve zdravotnickém systému je velice rozšířený Odborníci navrhují k potírání korupce definovat jasná práva pacientů, monitoring kvality poskytovaných služeb (stížnosti a jejich řešení) a vytvoření jasných kritérií při výběrových řízeních na nákup technologií a léčiv. Současně je navrhováno zavedení kontrolních mechanismů korupčního chování a zvýšení kompetencí Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže.

Pracovní tým Projektu Kulatého stolu definoval základní úkoly pro rozvoj zdravotnického systému, který odpovídá strategickým cílům programu Zdraví 21. Stanovil základní předpoklady pro systémové změny zdravotnického systému.

Mezi hlavní úkoly patří:

- Podpora finanční udržitelnosti zdravotní péče.
- Zlepšení infrastruktury (organizace zdravotní péče, podpora lidských zdrojů).
- Zajištění kvality zdravotní péče.
- Rozšiřování dostupnosti zdravotní péči (snižování regionálních rozdílů, finanční zajištění).
- Zvyšování odpovědnosti ke zdraví (podpora veřejného zdraví a preventivních programů).

- Řešení návaznosti zdravotnictví na jiné sektory a to zejména na systém dlouhodobé péče (Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR, 2009).

Odborníci v projektu vymezili problematické okruhy zdravotnického systému s návrhem na řešení změn. Pokud se zaměříme na oblast podpory transformace akutní lůžkové péče ve prospěch aktivní rehabilitační a dlouhodobé péče, můžeme konstatovat, že se návrhy na změny v praxi zatím nerealizovaly.

Kapitola o zdravotnických systémech je zaměřena na organizaci péče o klienty s kardiovaskulárními chorobami, kteří jsou léčeni v systému akutní péče. Dále se kapitola zabývá problematikou dlouhodobé péče, která je také velmi důležitá z hlediska další koordinované návazné péče o klienty. Je velice důležité pro další diskusi uvést mezinárodní dokument Zdraví 21, který vychází z etických principů. Problematika je orientována na vytyčené cíle v oblasti solidarity, spravedlnosti a nerovnosti ve zdraví.

7.2 Diskuse nad spravedlností ve zdraví z pohledu Programu Zdraví 21

Jan Holčík je jedním z autorů, který podrobil kritice plnění strategie Evropské unie Zdraví 21 a její realizaci v České republice po deseti letech z hlediska její aplikace do veřejné politiky. Program Zdraví 21 je ucelenou osnovou zdravotní politiky, které má za hlavní cíl snižování zdravotních nerovností, kdy je spravedlnost ve zdraví vnímáno jako základní hodnotou ve společnosti. Komise Evropských společenství vydala v říjnu 2009 materiál týkající se nerovností ve zdraví, v textu se kromě jiných ustanovení se uvádí, že: „*Nerovnosti v oblasti zdraví nejsou pouze věcí náhody, ale silně je ovlivňují činy jednotlivců, vlád, zúčastněných osob i společenství, nejsou nevyhnutelné. Jednak tak, aby se zdravotní nerovnosti snížily, to znamená vypořádat se s těmito faktory, které nestejným způsobem ovlivňují zdraví populace a kterým se lze vyhnout a vyřešit je prostřednictvím veřejné politiky.“* (Holčík, 2010, s. 86). Autor se zamýšlí nad strategií a pokládá otázky v jednotlivých cílech, zda bylo či nebylo učiněno opatření. Z textu jsou vybrány pouze některé úvahy k nastaveným cílům autora ve formě otázek, na které bude nutné hledat odpovědi ve vztahu ke změnám ve zdravotnickém systému. Jan Holčík pokládá tyto otázky k realizaci programu Zdraví 21:

Politika pro zdraví (cíl 21): *„Je v České republice přijata zdravotní politika orientována na zdraví, na zdravotní potřeby lidí a na spravedlnost ve zdraví? Přetrvává a dominuje rezortně orientovaný zájem o zdravotnické služby, jejich finanční stránku, majetkové poměry ve zdravotnictví a o možnost podnikání?“*

Získávání partnerů pro zdraví (cíl 20): *„Rozvíjí se zdravotní výchova vedoucí občany ke zdraví, nebo se nechává volné pole nevěrohodné reklamě, která vyvolává na jedné straně strach a na druhé straně poskytuje zákazníkům klamnou naději, že právě nabízené zboží jim zajistí zdraví?. Bylo dosaženo v tomto ohledu věrohodných výsledků?“* (Holčík, 2010, s. 88).

Financování zdravotnických služeb a přidělování zdrojů (cíl 17): *„Podporuje financování zdravotnictví prevenci nemocí a podporu zdraví? Je náležitě rozvíjena základní zdravotní péče?“*

Spravedlnost (ekvita) ve zdraví (cíl 2): *„Jak aktivita všech společenských struktur posiluje spravedlnost v péči o zdraví? Dovedeme rozlišit spravedlivé a nespravedlivé zdravotní rozdíly?“* (Holčík, 2010, s. 89).

Jan Holčík v závěru doporučuje v rámci zvládání zdravotních nerovností důsledně aplikovat v praxi stanovené cíle, které jsou však podmíněny zdravotní gramotností obyvatelstva a vnímáním svého zdraví jako nejvyšší či alespoň významné hodnoty. Zdravotnická reforma v České republice by se měla řídit doporučením Lublaňské charty (solidarita, spravedlnost, demokracie) a osnovou programu Zdraví 21. V programu Zdraví 21 je charakterizována Lublaňská charta takto: *„Charta zdůrazňuje zásady účinného řízení změn, jsou to: vnitřně provázaná politika zdravotní péče, citlivost k hlasu občanů a ohled na její přání, změna způsobu, jakým se péče dostává k občanovi, přesměrování lidských zdrojů, zlepšení řízení a účinnější využívání poznatků a zkušeností.“* (Zdraví 21, 2001, s. 87). **Zdravotnická reforma by měla podporovat komunitní péči a ustoupit od směřování péče do nemocnic, neboť je jednou z nejnákladnějších péčí a nepodílí se na upevňování zdraví, ale léčí následky onemocnění**. Je tedy nutné zaměřit svou orientaci na ovlivňování determinant zdraví a racionální alokaci zdrojů. Pokud budou finanční zdroje pouze alokovány na diagnostické a terapeutické zdravotní služby, mohou být výsledky zdravotního stavu obyvatelstva naprosto fatální s vysokými náklady na zdravotnictví.

Jan Holčík velmi dobře popsal problematiku plnění Evropské strategie Zdraví 21 v České republice v horizontu deseti let. V rámci posilování a uvědomování si významu zdraví se v České republice realizují vzdělávací moduly na středních a vyšších odborných školách. Na základních školách mají modul zařazený do rodinné výchovy. Některé nestátní organizace v rámci poskytování sociálních služeb se věnují prevenci a to převážně v oblasti zajišťování nízkoprahových center pro drogově závislé a v komunitních centrech se věnují mladistvým s nižším socioekonomickým statutem. K otázce financování zdravotnického systému lze konstatovat, že se stále orientujeme na akutní lůžkovou péči, kde se alokuje cca

51 % finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění. **Další důležitá součást léčebného procesu jako je rehabilitační péče je podfinancovaná. Segment domácí zdravotní péče není podporován a rozvíjen. Z hlediska demografického stárnutí a vzniku specifických zdravotně sociálních potřeb seniorské populace nebyly přijaté prakticky žádné změny. Dvacet let čeká obor geriatrie a gerontologie na schválení koncepce. Stále jsou preferovány medicínské obory, které jsou zaměřeny na akutní *vítěznou* medicínu.**

8 Zdravotnické systémy

V praktické části disertační práce bude pozornost věnována zdravotnickým systémům ve vybraných státech Švédsko a Francie se srovnáváním s Českou republikou po roce 1989. Bude srovnáná solidarita mezi zdravými a nemocnými, chudými a bohatými a alokaci zdrojů do systému zdravotnictví. Zdravotnický systém bude srovnáván v oblasti akutní, rehabilitační péče a dlouhodobého modelu zdravotní péče. Jako hlavní ukazatel byl zvolen příklad zdravotní péče v oblasti kardiovaskulárních chorob, systém financování akutní, rehabilitační a dlouhodobé péče. Vybrané srovnávací země mají nastavený jiný typ režimu sociálního státu a rozdílné financování zdravotnického systému než Česká republika. Francie a Švédsko se řadí mezi země, které se v minulosti zabývaly transformací zdravotnického systému. Srovnávací studie bude zaměřena na porovnání rozdílů v determinantech zdraví a solidarity v České republice.

Francie reprezentuje sociální stát, který je konzervativně korporativní, kdy systém zdravotnictví je založen na povinném zdravotním pojištění a dobrovolném soukromém pojištění, které je využíváno ke krytí spoluúčasti klienta za poskytovanou zdravotní péči (Krebs a kol, 2009). **Švédsko reprezentuje sociálně demokratický stát, který je založen na univerzální sociálně zdravotní politice. Zdravotní péče je zabezpečována z povinného veřejného zdravotního pojištění a doplňkového dobrovolného pojištění, které slouží především ke krytí finanční spoluúčasti klienta na zdravotní péči.**

V České republice po roce 1989 se sociální stát přetransformoval na pasivní pomoc v nouzi než na prevenci. Martin Potůček uvádí, že: *„Český sociální stát, který je ve svém fungování deformován neoliberálním viděním světa, dnes generuje každý den stovky a tisíce chudých a vyloučených.“* (Potůček, 2011, s. 26). Ve zdravotnickém systému od roku 1989

proběhlo mnoho změn, zejména v oblasti managementu řízení, od centrálního k regionálnímu řízení, privatizace zdravotních služeb.

8.1 Švédský model zdravotní péče

Typickým představitelem skandinávského modelu sociálního státu je švédský model, který vznikl již ve 30. letech 20. století. Základy sociálního státu položila švédská sociálnědemokratická strana s cílem zmírnit následky Velké hospodářské krize v roce 1932. Tento model se však plně rozvíjel až po druhé světové válce (1950), kdy zaznamenal vysoký hospodářský růst daný také tím, že Švédsko nebylo touto válkou tolik poznamenáno jako jiné státy v Evropě. Hlavním cílem vládnoucí strany bylo zabezpečit lidem plnou zaměstnanost a komplexní sociální zabezpečení, které povede k vyrovnávání životní úrovně mezi různými socioekonomickými skupinami. Plná zaměstnanost byla zárukou růstu ekonomiky a financování celého systému, neboť je založen především na daních a příspěvky na pojištění mají sekundární roli v systému. Odborníci označují 50. a 60. léta 20. století jako zlatou éru sociálního státu založeného na rovnosti, solidaritě, univerzalismu, cenové stabilitě a efektivnosti. Sociálnědemokratická vláda velmi úzce spolupracovala s odbory a zaměstnavateli v rámci reformních opatření. V této době byla největší investice věnována do zdraví, vzdělávání a rodinné politiky. Dále se uplatňovala aktivní politika zaměstnanosti, uzákonění sociálních dávek dle výše příjmů.

Tento faktor znamenal i rozšíření veřejných služeb, ale také zároveň zvýšení alokace zdrojů na zdravotní a sociální služby, které jsou financované zemskými výbory. Nárůst výdajů na veřejný sektor v 80. letech 20. stol. byl oproti počátku reformních změn téměř trojnásobný, z 11 % v roce 1950 na 34 % v roce 1980 (Tajovský, Tomíček, Chalupecký, 2009).

Švédský model byl tedy do 80 let považován za nejvyspělejší sociální stát v Evropě, který má nastavený nejlepší sektor veřejných služeb s dostupnou sítí služeb pro děti a seniorskou populaci. Na přelomu 80. a 90. let 20. stol. Ve vztahu s globalizací a integrací evropských ekonomik dochází k ekonomickému zpomalení a ke zvýšenému nárůstu nezaměstnanosti. Financování veřejného sektoru je založeno především na daních, které je tedy podmíněno plnou zaměstnaností a díky nárůstu lidí bez práce se tento systém dostává do deficitního hospodaření. V důsledku deregulace kapitálových trhů v Evropě a zvyšujících se tlaků Evropské unie na snižování sociálních výdajů se Švédsko dostává do nelehké situace v rámci vstupu cizích firem na trh. Od těchto firem je vyvíjen tlak na

snižování daňových odvodů, které si podmiňují svůj vstup na trh práce a tím pomoci řešit dlouhodobou nezaměstnanost ve státě (Keller, 2006).

8.1.1 Systém zdravotní péče ve Švédsku

Systém zdravotní péče je modifikovaný model Beveridgeova modelu, který má v sobě zahrnut *univerzální dávky s univerzálním pojištěním*, který má charakter centrální řízení zdravotní péče (Vostatek, 2010). Švédský zdravotnický systém je organizován ve třech úrovních: národní, okresní a místní. V rámci tohoto systému má odpovědnost okresní rada (21 okresů) za organizování veškerých služeb zdravotní péče. Tyto rady regulují trh zdravotní péče, neboť každý poskytovatel musí mít smlouvu s okresní radou a klient má poskytnutou zdravotní péči „zadarmo“. Financování zdravotní péče je zajištěno z daní obyvatelstva s následnými přímými platbami státu do tohoto systému. Dále je alokace zdrojů zabezpečena také zdravotním pojištěním, spoluúčastí klienta a také je možnost soukromého pojištění na zdravotní péči. Švédské zdravotnictví lze označit jako státní zdravotnictví, které je financováno z daní 73-77 % s kombinací nemocenského sociálního pojištění 21-25 % a prostředků od zaměstnavatelů celkem 8,5 % z výše platu zaměstnance. Výše spoluúčasti se liší dle rozhodnutí okresní rady, ale v rámci dostupnosti zdravotní péče je stanovena maximální roční spoluúčast klienta na úhradu léčiv, 198 eur.

Poplatek za pobyt v nemocnici je 8 eur za den, návštěva u specialisty se pohybuje od 17 do 27 eur a u primárního lékaře se cena pohybuje od 11 až do 15 eur. Určité skupiny obyvatelstva jsou osvobozeny od platby poplatků za zdravotní péči: děti do 18 let, důchodci, sociálně slabí. Spoluúčast ve Švédsku je vyjádřena kolem 2 % a klient se může soukromě připojistit u komerčních pojišťoven, které pokrývají náklady na spoluúčast na zdravotní péči.

Nutno podotknout, že doplňkové pojištění je pro obyvatele velice drahé, příkladem je ceník pojišťovny Skandia, která stanovila pro osoby ve věku 20-39 let 11-188 euro, pro věkové rozmezí od 40-64 let od 212-287 euro a pro věk nad 65 let je určena cenová hranice od 754-1 500 euro za rok. Dle tabulek dobrovolného pojištění je patrné, že se roční cena pojištění stanovuje dle výše možného rizika onemocnění v daném věku. **Dostupnost zdravotní péče je zajištěna formou primární péče, klient je však omezen ve své volbě lékaře pouze v okrese, kde má trvalý pobyt. Primární péče se ve velké míře poskytuje v ambulantních zařízeních prostřednictvím zdravotnických center a soukromých klinik**. Sekundární a terciární péče je poskytována prostřednictvím regionálních nemocnic, které poskytují specializovanou péči v centrálních oblastních a okresních nemocnicích.

Preventivní péče je poskytována na národní úrovni a samospráva v jednotlivých okresech hraje v tomto systému klíčovou roli ve spolupráci s národní úrovní se Státním ústavem veřejného zdraví. Švédsko se tak dostává do situace, *jak zabezpečit plnou zaměstnanost*. (Tajanovský, Tomíček, Chalupecký, 2009).

8.1.2 Rehabilitační a dlouhodobá péče

Švédsko je zemí, kde uplatňují princip ucelené rehabilitace osob se zdravotním postižením. Systém ucelené rehabilitace obsahuje v sobě prvky rehabilitační a dlouhodobé zdravotně sociální péče. Odpovědnost za zajišťování potřeb pro osoby se zdravotním postižením mají obce. Zákony o sociálních službách a zdravotní péči umožňují obcím a krajům velkou svobodu při plánování a organizování vlastních služeb. Koordinovanou péči mají na starosti obce a municipality, které jsou financovány z daní. Samostatnost těchto dvou úrovní samosprávy znamená, že služby jsou organizovány v různých částech země dle zdravotně sociálních potřeb obyvatelstva a mohou mít i nastavené jiné priority. **Základní jednotkou koordinované zdravotně sociální péče jsou obce, které zodpovídají hlavně za rehabilitaci seniorů a osob se zdravotním postižením, žijící v pobytových zařízeních například v domech s pečovatelskou službou (*sjukhem*).** Současně mají také zodpovědnost za poskytování technických pomůcek pro osoby se zdravotním postižením. Daniela Bruthansová a Věra Jeřábko á uvádějí že: *„Různá sociální opatření v rámci rehabilitace koordinuje i Agentura švédského sociálního pojištění (Försäkringskassan). Ta rovněž věnuje zvýšenou pozornost potřebám osob při rehabilitaci za účelem návratu zpět do zaměstnání a podporuje kontakt osob s postižením s příslušnými orgány (tam, kde je to zapotřebí). Agentura švédského sociálního pojištění rovněž poskytuje osobám s postižením příspěvek, a to v případě, kdy osoba vyžaduje rehabilitaci. Rehabilitace a habilitace v rámci zdravotní a lékařské péče znamená koordinovaná a komplexní opatření z různých oblastí. To znamená, že lékařská, psychologická, pedagogická, sociální a technická opatření jsou kombinována na základě potřeb, kritérií a zájmů jednotlivce.“* (Bruhansová, Jeřábková, 2012, s. 46). Cílem systému primární péče organizovaného v obcích je poskytnout pomoc či podporu osobám, které nevyžadují hospitalizaci. Péče je organizována ve zdravotních střediscích, nicméně ji poskytují i soukromí lékaři a fyzioterapeuti, oblastní ošetřovatelské kliniky.

Krajské rady financují tyto služby prostřednictvím státního rozpočtu a to prostřednictvím systému zdravotního pojištění se standardní částkou na obyvatele za rok (Bruhansová, Jeřábková, 2012).

Švédsko je zemí, která má systém dlouhodobé péče zaveden již několik let. V roce 2007 alokovala z hrubého domácího rozpočtu 3,5 procenta. Veškeré zdravotně sociální služby jsou hrazené z veřejných rozpočtů a jsou poskytovány formou veřejných zdravotně sociálních služeb. Klienti jsou ošetřováni buď v domácím prostředí, nebo v ošetřovatelských domech. V rámci zemí OECD (Organisation for Economic Co-operation and Developent) pracuje sekce pro dlouhodobé péče, která monitoruje činnost jednotlivých zemí v oblasti poskytování dlouhodobé péče. Tato organizace vydala dokument (Long-term care workforce and financing), který se zabývá touto problematikou. Organizace vypracovala scénář budoucích výdajů z hrubého domácího produktu na zabezpečení. Ve Švédsku se navýší výdaje v domácí zdravotní péči na 5,8 procent a v institucích na 6,3 procent této péče do roku 2050.

8.1.3 Strategické záměry Švédka v oblasti zdraví

V roce 2000 vznikla Národní strategie v oblasti zdraví pro Švédsko, která byla rozhodující pro založení National Public Health Commissi (Státní zdravotní komise). Tato komise měla úkol stanovit základní strategií zdraví a identifikovat možné příčiny. Mezi hlavní faktory nerovností patřila: chudoba, nezaměstnanost, nízká úroveň vzdělání a nezdravý životní styl. V roce 1992 zahájil svou činnost Státní zdravotní ústav, který vyvíjel řadu aktivit na podporu zdraví a prevenci nemocí na národní a místní úrovní založené především na koordinaci mezi zmiňovanými subjekty. Cílem těchto aktivit bylo zajištění vysokého standardu všeobecné zdravotní péče pro každého za rovných podmínek. Díky rozvoji své činnosti Státního zdravotního ústavu se postupně podařilo snížit výskyt kardiovaskulárních chorob a zvýšit průměrnou délku života obyvatelstva. Je nutné říci, že byl kladen velký důraz na výzkum v oblasti studia socioekonomických podmínek jako příčiny vzniku nerovností ve zdraví. Dále byly výzkumy zaměřeny také na sociální etiologie zdraví a sociální mechanismy vzniku nemocí, které byly velice podporovány vládou a staly se základním kamenem pro tvorbu národních strategií v oblasti zdraví a ochrany (Rada pro sociální výzkum). Na základě výzkumné práce rady, vzniklo v roce 2000 ve Švédsku Výzkumné centrum pro studium vlastního zdraví, které předkládalo své závěrečné výzkumné projekty k účelům tvorby národních vizí ve zdravotním a sociálním systému orientované na veřejné zdraví. Cílem vlády bylo také dle nastavených priorit strategie veřejného zdraví alokovat prostředky na jednotlivé stanovené cíle.

Zdravotnický systém stanovil hlavní priority zaměřené na faktory životního stylu (kouření, obezita, tělesná aktivita, spotřeba alkoholu), které způsobují nádorové

a kardiovaskulární onemocnění, diabetes a duševní onemocnění. Dalšími prioritami je vytvoření podmínek pro starší občany a lidi s dlouhodobými nemocemi dle jejich životních potřeb nastavení aktivizačních prvků a přístup ke zdravotním propagačním programům, dále nastavení aktivní péče (zdravotní a sociální péče) o seniorskou populaci a dlouhodobě nemocných (Piroska Östlin & Finn Diderichsen, Stockholm, 2001).

Strategický dokument byl zaměřen na nastavení efektivity ve zdravotnickém systému a stanovení míry spravedlnosti v alokaci zdrojů. Dále na posílení sociální soudržnosti a vzájemnosti ve společnosti, které směřovaly ke snížení chudoby, bezdomovectví, sebevražd a další cíle, které jsou v souladu s Programem Zdraví 21.

8.2 Francouzský model zdravotní péče

Francouzský systém sociálního zabezpečení se vyvíjel už od První světové války. Největší změnou prošel v roce 1945, kdy poslanecká sněmovna schválila zákon o všeobecném systému sociálního zabezpečení, který byl zpočátku určený pouze pro zaměstnance. V roce 1967 došlo ve Francii k reformním změnám v oblasti sociálního zabezpečení a vznikly tři národní pokladny, které se zabývají starobním, nemocenským pojištěním a úrazům z povolání a rodinnými přídavky. Toto rozdělení trvá až do současnosti. Mezi další důležité kroky patří zavedení tzv. univerzálního krytí pro případ nemoci v roce 1999. Vladimír Rys uvádí, že: „*Toto nové zákonodárství zaručuje všem osobám žijícím ve Francii nárok na zdravotní péči v rámci všeobecného systému, která je bezplatná pro ty, jejíž příjmy nedosahují určité hranice. Osoby s vyššími příjmy musí platit pojistné.*“ (Munková a kol., 2005, s. 123).

8.2.1 Systém zdravotní péče ve Francii

Poskytovaná zdravotní péče je ve Francii hrazena jedinci z 80 % za nemocniční pobyt a ošetření, za ambulantní ošetření u smluvního lékaře z 60 % a úhrada léků z 35 %. Každý pojištěnec má svobodnou volbu lékaře a je členem *mutuality,* která plní funkci *doplňkového systému pojištění*, kdy uhradí za pojištěnce zbytek nákladů za ošetření, léky. (Munkova a kol. 2005). Mutuelles (vzájemná pojišťovna), která je založená na bázi neziskové organizace má ve Francií více než stoletou tradici. Ve zprávě z Kulatého stolu se uvádí, že: *„Na konci devadesátých let se doplňkové soukromé pojištění vztahovalo na 85 % francouzské populace. Tím, že nebyla pokrytá celá populace, docházelo ke zhoršování nerovností v přístupu k péči, protože nepojištění zůstávali především starší lidé, mládež, nekvalifikovaní pracovníci, nezaměstnaní a etnické menšiny. V roce 2000 proto francouzská*

vláda zavedla systém doplňkového zdravotního pojištění pro lidi s nízkými příjmy, čímž se navýšil podíl populace kryté soukromým zdravotním pojištěním na 91 %." (Projekt Kulatý stůl, Zdravotnictví za hranicemi: Přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích, PRAHA 2009, s. 46).

Ve Francii se od roku 2004 začal uplatňovat systém *gatekeepingu,* který je založen na posilování a role primární péče a zvýšené kontroly nákladů na zdravotní péči. Ve zprávě Projektu Kulatého stolu se uvádí, že: *„Posílení role primární péče rozšířením rozsahu odbornosti (skill mixu) nebo zajištění kontroly primárních lékařů nad úrovní spotřebované péče je považováno za jedno z možných řešení problému udržitelnosti financování zdravotnictví do budoucnosti"*. (Projet Kulatý stůl, Zdravotnictví za hranicemi: Přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích, PRAHA 2009, s. 60). Ve Francii se uplatňuje model preferovaných lékařů, kteří mají být zárukou finanční udržitelnosti zdravotnického systému a lepší koordinace péče. Tento systém je založen na třech pilířích: smlouva mezi lékařem a pacientem, finanční pobídky pro pacienty s omezením produktů v doplňkovém pojištění a lékaři získávají více finančních prostředků, pokud dodržují předepsané postupy zejména u chronicky nemocných klientů např. s diabetem, vysokým tlakem atd. Pokud se klient rozhodne nevyužít preferovaného lékaře, zvýší se mu tak finanční spoluúčast z 60 % na 70 %. Mezi další kroky ve zdravotnictví od roku 1996 v zajištění zdravotní péče a snižování nákladů na zdravotnictví je plánování kapacit lůžkové péče dle zdravotního stavu obyvatelstva.

Ve zprávě Projektu Kulatého stolu se uvádí, že: *„Od roku 1996 sdílí odpovědnost za plánování kapacit ve francouzském systému zdravotní péče, ústřední vláda (ministerstvo zdravotnictví) a 22 agentur regionálních nemocnic (ARH). Plánování probíhá do značné míry na regionální úrovni a zahrnuje regionální zdravotní konference (conférences régionales de santé) a zapojení ARH"*. (Projekt Kulatý stůl, Zdravotnictví za hranicemi: Přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích, PRAHA 2009, s. 65). V praxi to znamená, že agentury regionálních nemocnic pro svá strategická rozhodnutí v plánování rozsahu zdravotní péče využívají statistická data o epidemiologické situaci v jednotlivých regionech a odhadují budoucí poptávku zdravotní péče ve srovnání s jinými zeměmi. Ministerstvo zdravotnictví stanoví katalog zdravotních služeb, který obsahuje zdravotní plány pro jednotlivé regiony. Zdravotní plány jsou orientovány především na vnitřní lékařství, chirurgii, porodní péči, rehabilitaci, intenzivní péči, lékařskou diagnostiku a další priority dle epidemiologických zjištění a zaměření se na určité chronické nemoci (onemocnění ledvin, nádorová onemocnění). Nastavené priority lůžkové péče jsou

realizovány přes regionální strategický plán (SROS), který musí obsahovat konkrétní cíle a plnění, ale také obsahují rozložení sítě zdravotnických zařízení (Projekt Kulatý stůl, Přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích, PRAHA 2009).

8.2.2 Rehabilitační péče

Francie reprezentuje zemi, která má velmi propracovanou rehabilitaci z hlediska zdravotně sociální a pracovní péče o klienta. Právo na komplexní rehabilitační péči je zakotveno v zákonu o sociální péči a rodině, v nařízení z 19. 12. 2005 o krajských domovech pro postižené, v nařízeních č. 1 588 a č. 1 591 z roku 2005, která stanoví příspěvek na úpravu bytu pro zdravotně postižené, a nařízení č. 1 574 z 6. 12. 2007 GUIDE-BAREME pro stanovení nedostatku způsobilosti zdravotně postižených. Jednou z výhod je, že léčebná rehabilitační péče v celé šíři je poskytována klientovi od první fáze onemocnění a je hrazena ze zdravotního pojištění. **Klient již v akutní fázi svého onemocnění přechází zároveň i do péče rehabilitačního lékaře. Multidisciplinární tým vypracuje na základě zdravotně sociálních potřeb rehabilitační program a neadaptační plán.** Pokud není klient hospitalizován v rehabilitačním zařízení je mu poskytnuta dlouhodobá asistence (viz vyhláška DH/EO4/97 n° 841 z 31. prosince 1997), která umožňuje díky systému koordinovaných činností různých organizací poskytovat specifické zdravotně-sociální a sociální služby v oblasti bydlení, asistence a možnosti i pracovního uplatnění. Daniela Bruthansová a Věra Jeřábková uvádějí že: *„Pracoviště rehabilitačního lékařství vytvářejí speciální multidisciplinární týmy, jejichž členy jsou mimo jiné: lékař z oboru rehabilitačního lékařství, ošetřující tým, fyzioterapeut, ergoterapeut, specialista na psychomotoriku, logoped (traumatické poranění mozku, cévní mozková příhoda), neuropsycholog, psycholog, vychovatel, sociální pracovník. Na základě dohody mohou týmy povolat i poradce v oblasti pracovního zařazení a orientace, kteří mohou být financováni skrze Národní asociaci řízení fondů určených pro osoby s postižením (Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées - AGEFIPH) anebo regionální poradce „.*(Bruthansová, Jeřábková, 2012, s. 36).

8.2.3 Dlouhodobá péče o osoby se zdravotním postižením

Cílem poskytované dlouhodobé péče je poskytnout pomoc či podporu osobám se zdravotním postižením při jejich návratu z ústavní péče do rodinného prostředí. Zdravotně sociální služby se sdružují ve formalizované síti poskytovatelů. Tyto služby svou dostupností vyhovují potřebám osob se zdravotním postižením. Pokud je klient hospitalizován na oddělení rehabilitačního lékařství a je propuštěn do domácího ošetřování,

dostává prostřednictvím služeb nezbytnou pomoc, aby se mohl vyrovnat s novou situací. Kontinuitu péče zajišťuje pracoviště rehabilitačního lékařství. Dohlíží také na organizaci zdravotní péče a na její účinné propojení se zdravotně-sociální oblastí.

Daniela Bruthansová a Věra Jeřábková uvádějí, že: *„Síť poskytovatelů služeb proto tvoří jak zařízení rehabilitačního lékařství, tak i subjekty poskytující pečovatelské služby v domácnosti a osobní asistenci, která zahrnuje jak zdravotně-sociální osobní asistenci, tak i osobní asistenci při účasti na společenském životě (Service d'accompagnement à la vie sociale - SAVS), v případě dospělých osob se zdravotním postižením připadají v úvahu i zdravotně-sociální osobní asistence a pomoc při návratu k soběstačnému životu. Součástí této sítě (případně jejími spolupracovníky) jsou rovněž další subjekty poskytující domácí zdravotní péči zejména ošetřovatelské služby v domácnosti (les services de soins infirmiers a domicile - SSIAD) a domácí hospitalizace (l'hospitalisation à domicile -HAD). Takováto organizace služeb umožňuje zdravotně postiženým využívat kontinuální zdravotní péči po celý jejich život a zajišťuje rovněž hodnocení, popřípadě redefinování poskytované péče.*“ (Bruthansová, Jeřábková, 2012, s. 36).

Nastavený zdravotně sociální systém péče o klienta zabezpečuje také poskytování vzdělávání a informace nejen samotným klientům, ale také jejich rodinám. Zatímco ve Francii se systém LTC rozvíjí a již v roce 2007 bylo alokováno 1,4 % z hrubého domácího rozpočtu do dlouhodobé péče. Francie v rámci LTC přijala střednědobý plán na její rozvoj a připravuje reformu v rámci sociálního zabezpečení, neboť se více uplatňuje forma peněžitých dávek pro klienty obdobně jako v naší republice (příspěvek na péči). Ve Francii je domácí zdravotní péči na 2,3 % HDP a v institucích na 2,6 % HDP. Odhad OECD v České republice se navýší náklady v domácí zdravotní péči na 0,6 % a v institucích na 0,7 % (DELSA//HEA 2010)

8.2.4 Strategické záměry Francie v oblasti zdraví

Od počátku 80. let 20. století se ve Francii uskutečňují záměry a strategie v oblasti veřejného zdraví a postupně se začleňují do zdravotnického systému. Realizací veřejné zdravotní politiky byla určena Ústřední správa zdravotnictví (Direction génerale de la Santé), která spolupracuje s Nejvyšším výborem pro veřejné zdraví (Haut comité de Santé Publique). Hlavní směry působení veřejného zdraví byly zaměřeny na problémové oblasti, které v prvé řadě kladou velký důraz na zlepšení zdraví obyvatelstva. V rámci preventivních opatření bylo stanovení cílů v podpoře preventivně výchovné činnosti zaměřené na dospívající mládež (kouření, alkohol, psychotropní látky). **Mezi další priority bylo**

zařazení seniorské problematiky v důsledku prodlužování délky života, který se zaměřil na aktivní stárnutí a zdraví způsob života. Cílem působení orgánů veřejného zdraví je také snižování nerovností dostupnosti zdravotní péče v jednotlivých regionech a zvýšení kvality poskytované péče. Regionální observatoře (Observatores régionaus de la santé) jsou orgány, které sledují a provádějí průzkum a sběr dat k plánovaným cílům veřejného zdraví. Závěry hodnocení slouží k vytváření potřebných kontrolních nástrojů efektivity zdravotnického systému a k dalšímu plánování dostupnosti zdravotnických služeb vzhledem k potřebám obyvatelstva.

V roce 1998 byla vytvořena různá veřejná státní zařízení, která se zabývají různými oblastmi ochrany a prevence veřejného zdraví. Je možno uvést následující příklad z Institutu zdravotního dohledu (Institut de la Veille sanitáre), který je pověřen sledováním zdravotního stavu obyvatelstva a v případě ohrožení zdraví má povinnost informovat další orgány veřejné správy.

Mezi důležitou instituci patří Francouzská agentura pro bezpečnost zdravotnických produktů (Agence francaise de sécurité des produits de santé) zabývající se ochranou obyvatel v oblasti zdravotnických prostředků, farmak, výroby a testování léčiv. Tato instituce vykonává státní dozor a vydává povolení k používání nových farmak a zdravotnických prostředků (Zdravotní politika a ekonomika, č.8/2004).

9 Hodnocení zdravotnických systému dle doporučení WHO

Zdravotnické systémy budu následně hodnotit a srovnávat dle doporučení WHO, kdy se zaměřím na zdravotní stav obyvatelstva, na který poukazují zejména rozdíly v naději na dožití a zdravé délce života ve srovnávaných zemích. **Jako příklad jsem si vybrala kardiovaskulární onemocnění, která jsou v České republice na prvním místě z hlediska morbidity a mortality onemocnění. Na tomto příkladu bych chtěla prokázat etické problémy zdravotnického systému, který je v České republice zaměřen na akutní model péče a je z hlediska práva na zdraví a alokace zdrojů pro danou populaci nevyhovující. Je velmi důležité se také podívat na determinanty zdraví (obezita, tělesné aktivity, spotřeba tabáku a alkoholu) u cílových skupin mladistvých a dospělých jedinců, a to z hlediska možného ovlivnění zdravého životního stylu a předcházení kardiovaskulárním chorobám.** Zdravý životní styl se řadí mezi důležité determinanty zdraví, neboť může do budoucna ovlivnit nastavení struktury a další vývoj zdravotního a sociálního systému v České republice. Alokace veřejných financí do zdravotnického

a sociálního systému velmi úzce souvisí se zdravotním stavem obyvatelstva. Pokud bude obyvatelstvo zdravější, mohou být finanční zdroje spravedlivěji alokovány i do dlouhodobé péče a na preventivní programy. V rámci srovnávání zdravotnických systému (Česká republika, Švédsko, Francie) se zaměřím zejména na tyto indikátory:

Zdravotní stav (status) obyvatelstva

- LE (naděje na dožití - Life Expectancy), HLY (délka života ve zdraví, zdravá délka života - Healthy Life Years)
- Úmrtnost na KVCH (kardiovaskulární choroby)
- Incidence KVCH (výskyt kardiovaskulárních chorob)

Determinanty zdraví

- Tělesné aktivity
- Spotřeba tabáku
- Spotřeba alkoholu
- Obezita

Poskytované zdravotnické služby

- Počet praktických lékařů
- Počet akutních lůžek
- Počet provedených angioplastik

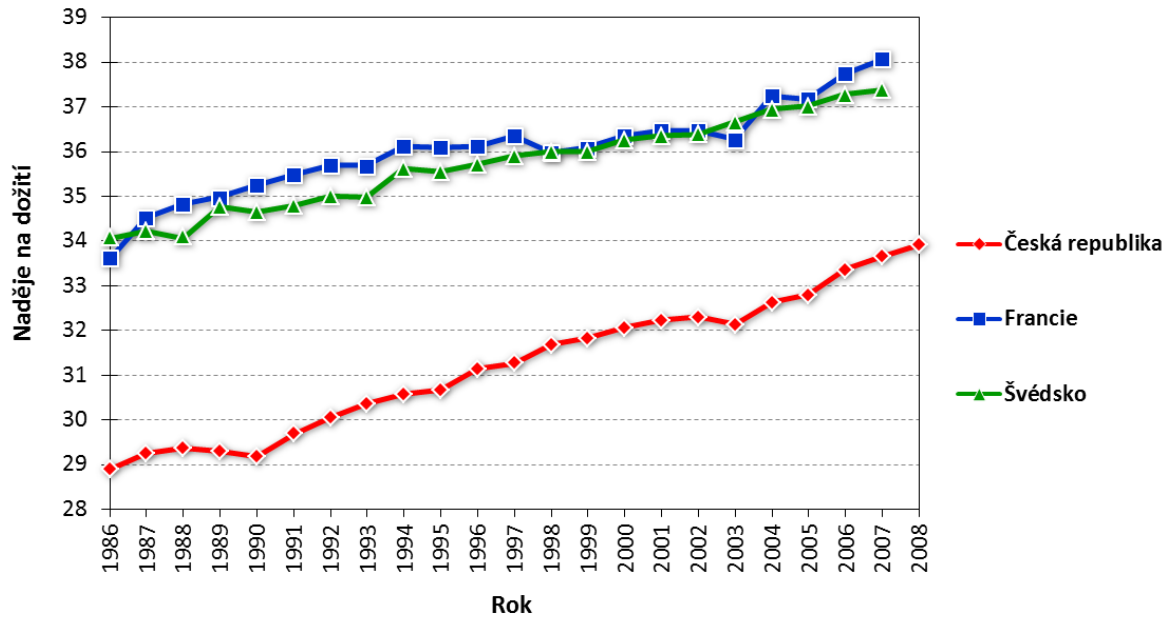
Financování zdravotnictví a alokace zdrojů

- Veřejné výdaje a financování zdravotnictví

9.1 Zdravotní stav (status) obyvatelstva

Zdravotnické systémy můžeme mezi sebou srovnávat dle zdravotního stavu obyvatelstva, který lze hodnotit následujícími indikátory: naděje na dožití ve věku 45 let a 65 let, zdravá délka života, úmrtnost na kardiovaskulární choroby a incidence na kardiovaskulární choroby.

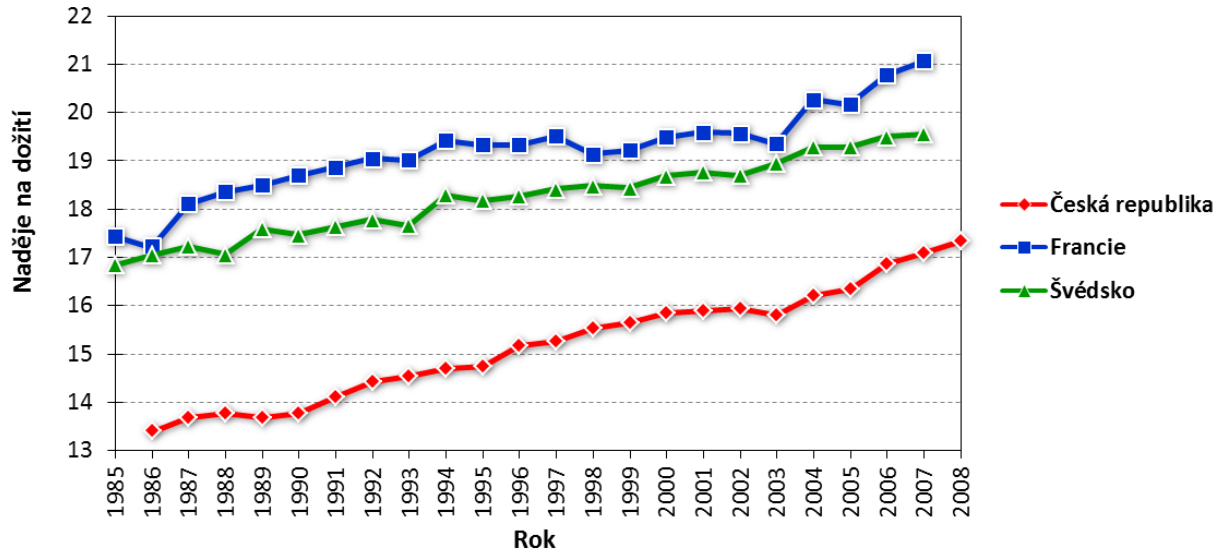
Graf 3: Naděje na dožití ve věku 45 let



Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Tento indikátor byl vybrán z důvodu, že v tomto věku by se měl člověk více zaměřit na preventivní opatření vůči určitým chorobám (nádorová a kardiovaskulární onemocnění) a na svůj životní styl. Porovnáme-li zdravotní stav podle naděje na dožití ve věku 45 let, můžeme konstatovat, že v České republice od roku 1990 (naděje na dožití byla 29 let) dochází k postupnému zlepšování stavu obyvatelstva až do konce sledovaného období, roku 2008 (34 let). Ve Francii a Švédsku byla ve srovnávaném období od roku 1990 (35 let) naděje na dožití o 5 až 6 let vyšší než v České republice. V roce 2007 byla ve Francii naděje na dožití 38 let a ve Švédsku 37 let. Můžeme tedy konstatovat, že v těchto zemích je oproti České republice naděje na dožití ve věku 45 let v roce 2007 vyšší v průměru o tři až čtyři roky.

Graf 4: Naděje na dožití ve věku 65 let

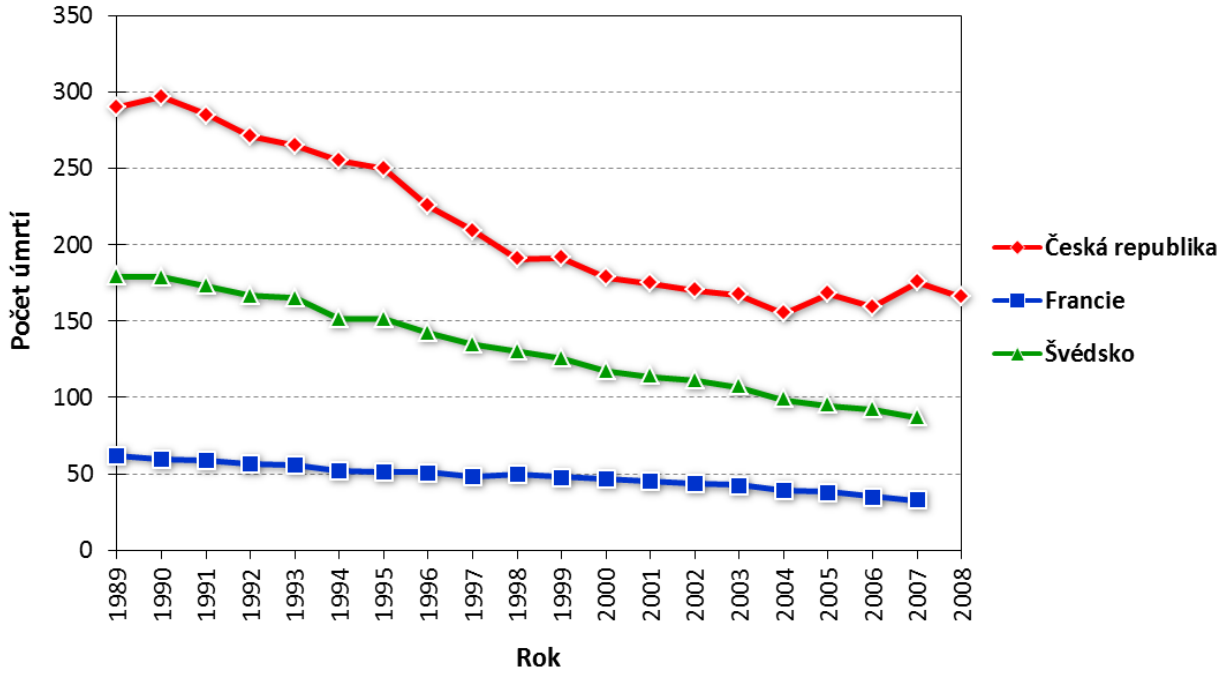


Zdroj: OECD Health Data 2010

Komentář: Pro další sledování zdravotního stavu bylo použito hodocení naděje na dožití ve věku 65 let, neboť v tomto věku lidé trpí řadou chronických onemocnění (nádorovými a kardiovaskulárními onemocněními). V České republice byla v roce 1990 tato naděje na dožití 14 let. Ve Francii byla 19 let a ve Švédsku 17 let, lidé v těchto zemích tedy měli naději na dožití vyšší než v České republice o 3 - 5 let. V roce 2008 byla naděje na dožití v České republice ve věku 65 let zvýšena na 17 let, tedy o 3 roky, zatímco ve Francii se tato naděje na dožití zvýšila na 21 let a ve Švédsku na 20 let. Můžeme tedy konstatovat, že se naděje na dožití ve věku 65 let zvýšila, ale stále nedosahuje takových hodnot jako ve srovnávaných zemích, kde je naděje na dožití ve věku 65 let vyšší o 4 až 5 let.

Mezi další ukazatel sledování zdravotního stavu obyvatelstva patří ukazatel HLY – délka života ve zdraví (Healthy Life Years), který sleduje počet let prožitých aktivním životem bez omezení. Materiál OECD sleduje tento indikátor u lidí ve věku 65 let v období roku 2005 – 2007, zvlášť u mužů a žen. V České republice je od tohoto věku počet let strávených aktivním životem u žen asi 8 roků a u mužů asi 6,5 roků. Ve Francii se tento ukazatel pohybuje u žen kolem 9 let a u mužů kolem 10 let. Naproti tomu ve Švédsku je u žen tento ukazatel 13,5 let a u mužů 13 let. Podle tohoto ukazatele je tedy Švédsko zemí, která vykazuje lepší zdravotní status obyvatelstva než Francie a Česká republika (Health at a Glance, 2010, s. 27).

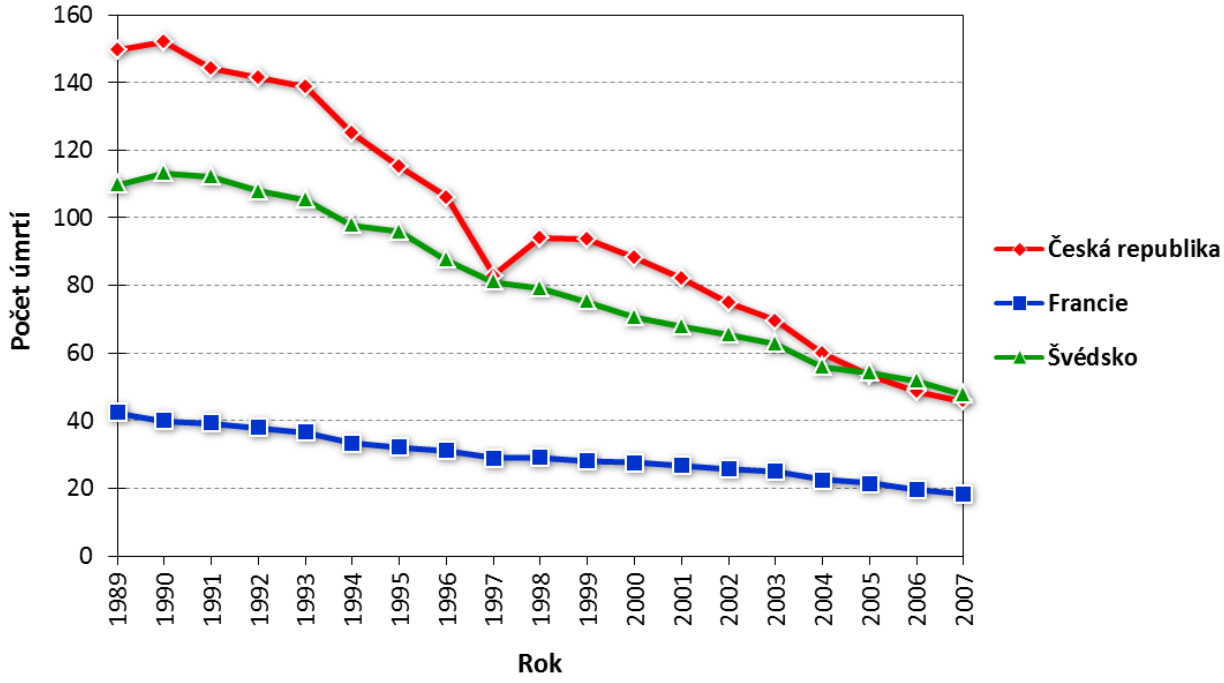
Graf 5: Počet případů úmrtí na ischemickou chorobu srdeční (přepočteno na 100 tis. obyvatel)



Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Ischemická choroba srdeční je jednou ze sledovaných chorob, která postihuje velkou část populace a může způsobit úmrtí na infarkt myokardu. V roce 1990 bylo v České republice zaznamenáno 297 případů úmrtí na tuto chorobu, zatímco ve Francii to bylo pouze 60 případů a ve Švédsku 179 případů úmrtí na ischemickou chorobu srdeční. V roce 2007 vykazovala Česká republika 166 případů mortality, Francie pouze 33 případů a Švédsko 87. Mezi lety 1990 - 2007 se tak podařilo ve všech srovnávaných zemích snížit mortalitu na tuto chorobu téměř o polovinu případů. Je však zřejmé, že Česká republika je mezi danými zeměmi opět na prvním místě v úmrtnosti na toto onemocnění.

Graf 6: Počet případů úmrtí na akutní infarkt myokardu (přepočteno na 100 tis. obyvatel)



Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Mezi další indikátory srovnání patří úmrtnost na infarkt myokardu. V roce 1990 bylo v ČR zaznamenáno 152 případů úmrtí na infarkt myokardu, zatímco ve Francii pouze 42 případů a ve Švédsku 109 případů na 100 tis. obyvatel. Česká republika je tedy na prvním místě i v úmrtnosti na infarkt myokardu. V roce 2008 poklesla úmrtnost na sledovanou chorobu v České republice na 45 případů, ve Francii poklesl počet případů na 21 případů a ve Švédsku na 48 případů. Můžeme tedy konstatovat, že v sledovaném časovém období nastal ve všech sledovaných zemích pokles mortality na infarkt myokardu téměř o polovinu případů.

9.2 Determinanty zdraví

Špatné sociální a ekonomické podmínky ovlivňují zdraví v průběhu celého života, např. porodní váha negativně koreluje např. s výskytem diabetu u mužů ve věku 64 let. (Wilkinson, R., Marmot, M., 2003:11). „*Celoživotní přístup je užíván ve výzkumu sociálních nerovností ve zdraví za účelem poznání, jak zkušenosti a vliv vnějších vlivů v různých životních fázích vedou k růstu a vytváření sociálních nerovností v nemocnosti a úmrtnosti ve středním věku a ve stáří* (Davey Smith, 2000; Leon, 2000; cit. dle WHO, 2000:4-5).“[8] „*Kumulativní účinky na pozdější zdraví se mohou objevit nejen v rámci života jedince, ale*

[8] A life Course Approach to Health. WHO, 2000.

také v rámci generací.“ (Lumey 1998; Davey Smith 2000; cit. dle WHO, 2000:4). „*Sociální determinanty zdraví jsou faktory mimo zdravotní péči (non-medical) a mimo náš životní styl (non-lifestyle)*.“ (Marmot & Wilkinson, 2000)[9]. „*Zatímco lékařská péče může prodloužit přežívání (survival) a zlepšit prognózu v případě některých vážných nemocí, důležitější pro zdraví populace jako celku jsou sociální a ekonomické podmínky, které činí lidi nemocnými. Nicméně univerzální přístup k lékařské péči je nepochybně jednou ze sociálních determinant zdraví.*“ (Wilkinson, R., Marmot, M., 2003:7). *„Sociální determinanty zdraví mohou být chápány jako sociální podmínky, ve kterých lidé žijí a pracují nebo slovy Tarlova „sociální charakteristiky, v rámci nichž se žití odehrává.“ Sociální determinanty se týkají jak specifických rysů sociálního kontextu, který ovlivňuje zdraví, tak cest, prostřednictvím kterých se sociální podmínky promítají do zdravotního stavu. Sociální determinanty, které si zaslouží pozornost, jsou ty, které mohou být potenciálně změněny na základě poznání*.“ (Solar, 2005:4). Je důležité rozlišovat dva druhy etiologických otázek: první hledá příčiny jednotlivých případů, druhá příčiny hromadného výskytu případů (incidence). Pokud hovoříme o sociálních determinantách, jedná se nám o porozumění tomu, jak příčiny individuálních případů souvisí s příčinami incidence na úrovni populace.“ (Solar, 2005:5).

Koncept sociálních determinant zdraví vznikl na základě několika vlivných kritik vydaných v 70. a na začátku 80. let, které zdůraznily meze zdravotních intervencí orientovaných na rizika nemocí jedinců. Řešení zdravotních problémů terapeutickými zásahy na úrovni individua je problematické také vzhledem k vysokým a stále rostoucím nákladům na zdravotní péči. (Holčík, 2001)[10]

Přestože Češi preferují nejen žít, ale také zemřít doma, téměř tři čtvrtiny lidí v roce 2011zemřely v nemocnici nebo v jiném zdravotní a sociální zařízení, u žen, které mají vyšší pravděpodobnost úmrtí v instituci (78% ve srovnání s 70%) . Pětina lidí zemřela doma, ne z důvodu volby, ale zejména vzhledem k akutním stavu, jako je srdeční infarkt, úraz, nebo sebevražda, které jsou častější u mužů než u žen (jedna čtvrtina mužů oproti jedné pětině žen zemřela doma nebo na veřejném místě).

[9] Marmot, M., & Wilkinson, R. (2000). *Social determinants of health,* Oxford, UK: Oxford university Press. (cit. dle Raphael, Dennis. Recognizing the Political Barriers to a Healthy Inclusive Society: The Case of the Social Determinants of Health. Příspěvek přednesený na konferenci „What do we know and where do we go? Building a Social Inclusion Research Agenda.“ Ottawa, 27. až 28. března 2003.

Zdroj: http://www.ccsd.ca/events/inclusion/papers/raphael.pdf

[10] Holčík, J., Koupilová, I.: Sociální determinanty zdraví. Základní fakta a doporučení pro praxi v kontextu programu Zdravá města. Čas. Lék. čes., 140, 2001, č. 1, s. 3-7.

Naděje dožití při narození (střední délka života) dle úmrtnostních tabulek ČSÚ v roce 2011 činila 74,7 let pro muže, u žen pak o šest let více - 80,7 let. Oproti roku 2010 střední délka života vzrostla o 0,32 roku u mužů a o 0,14 roku u žen. Od roku 1990 se střední délka života zvýšila u mužů o 6,8 a u žen o 5,2 let (v důsledku rychlejšího poklesu úmrtnosti mužů se tak rozdíl ve střední délce života mužů a žen oproti roku 1990 snížil o jeden a tři čtvrtiny roku). Ve stejném období se očekávaná doba dožití ve věku 65 a více let zvýšila u mužů i žen o více než 3,5 roku na 15,5, resp. 18,8 roku v roce 2011. Nejnižší střední délka života mužů byla v Moravskoslezském, Ústeckém a Karlovarském kraji, naopak nejvyšší v Hl. městě Praze. Rozdíl mezi krajem s nejnižší a nejvyšší nadějí dožití činil 3,7 let u mužů a 3,0 roky u žen. Rozdíl mezi okresem s nejvyšší (hl. m. Praha) a nejnižší (Teplice) střední délkou života činil 5,0 let u mužů a 4,4 roku u žen. Ze zemí, které vstoupily do EU po roce 2004, vykazují nižší míru standardizované úmrtnosti jen středomořské státy Kypr, Slovinsko a Malta. Česká republika zaostává za západoevropskými zeměmi. Střední délka života mužů v České republice byla v roce 2010 o téměř 6 let kratší než naděje dožití při narození ve Švýcarsku (74,4 let oproti 80,1 let) a střední délka života žen byla ve srovnání s Francií kratší o více než 4 roky (80,6 oproti 84,8 let). Ve srovnání se Slovinskem, které je zhruba na úrovni průměru EU, byla v ČR v roce 2010 střední délka života pro muže i ženy přibližně o dva roky nižší. Za průměrem EU přitom o něco více zaostávají muži než ženy.

Muži v České republice měli o skoro šest let kratší naději dožití při narození v porovnání s muži ve Švýcarsku (80 let proti 74,4 roků v roce 2010). Ženy mohly očekávat o čtyři roky kratší střední délku života než jejich protějšky ve Francii (80,6 oproti 84,8 roků). Muži mají tendenci prožít větší počet let v dobrém zdravotním stavu než ženy. Napříč zeměmi EU jsou rozdíly ve zdravé délce živoza (HLY) mnohem větší než rozdíly ve střední délce života.

Dostupné údaje pro HLY (Eurostat 2012) ukazují, že muži v EU-27 mohou očekávat, že prožijí 60,9 roků zdravého života bez zdravotního postižení a ženy 61,6 roků. Muži prožijí větší část svého života v dobrém zdravotním stavu než žen (ženy 74,5% z celkové střední délky života, muži 79,4%). V České republice hodnoty HLY a LE jsou 60,9 roků a 74,2 roků u mužů (82,1% života bez omezení aktivit denního života) a 62,5 roků a 80,5 roků u žen (tj. 77,7%). Češi mají o cca 10 let kratší délku života v dobrém zdraví než Švédové (60,9 oproti 70,5 roků) (Eurostat, 2012).

Zdravotnické systémy můžeme mezi sebou srovnávat dle determinant zdraví, tvořících základní stavební kameny v dalším rozvoji populace. V rámci sledování

determinant zdraví budu sledovat především tyto indikátory zdravého životního stylu: požívání alkoholu, kouření a zdravé stravování u populace ve věku 10 - 15 let.

Co se týče způsobu stravování, častým problémem je obezita, která představuje jeden z rizikových faktorů vzniku kardiovaskulárních chorob, vysokého tlaku a dalších civilizačních chorob. Obezita u dospívajících (věk 10 - 15 let) se stanovuje dle BMI (body mass index); nad 30 bodů tohoto testu je na člověka pohlíženo jako na obézního. V České republice trpí obezitou 9 % dospívajících dívek a 14 % chlapců. Ve Francii je to 7,5 % dívek a 14 % chlapců a ve Švédsku 9 % dívek a 15 % chlapců. Z výsledků vyplývá, že obezitou dospívající populace trpí především chlapci ve věku 15 let. Konzumace ovoce a zeleniny podporuje snižování obezity a zvyšuje odolnost organismu proti civilizačním chorobám. V České republice zařazuje do svého jídelníčku ovoce přibližně 41 % dívek a 25 % chlapů z dospívající populace. Ve Francii je to přibližně 38 % dívek a 35 % chlapců dospívající populace, ve Švédsku pak 34 % dívek a 22 % chlapců. Při porovnání dívek a chlapců je z výsledků zřejmé, že na zdravý způsob života více dbají dívky, nejvíce ze srovnávaných zemí pak v České republice.

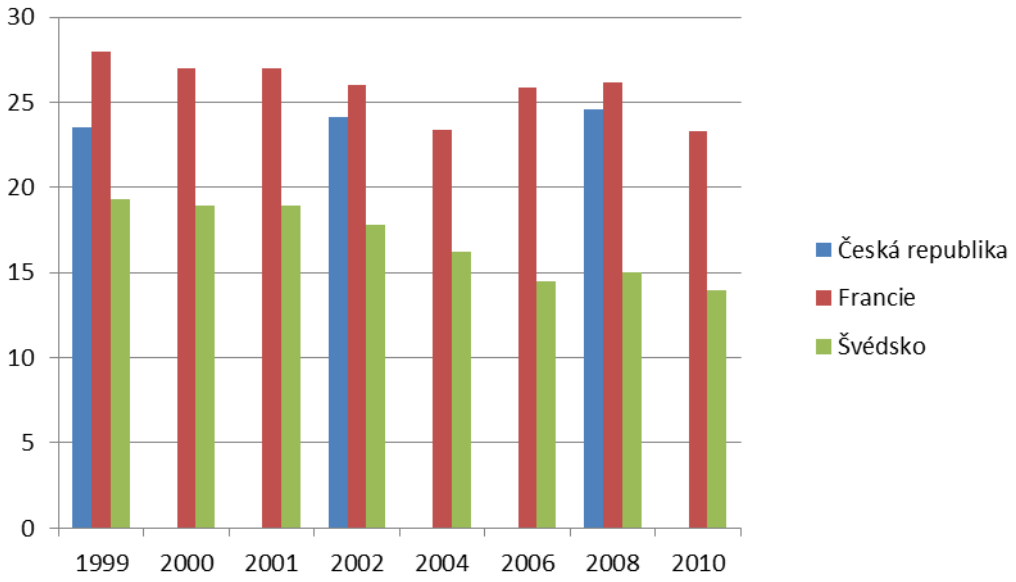
Obezita je závažný problém veřejného zdraví a výrazně zvyšuje riziko chronických onemocnění, jako jsou kardiovaskulární choroby, diabetes mellitus 2. typu, hypertenze, koronární onemocnění srdce a některých druhů rakoviny. Podle WHO obezity je zodpovědná za 2-8 procent nákladů na zdravotní péči a 10-13 procent úmrtí v různých částech Evropského regionu WHO (WHO, 2012). Prevalence obezity se v mnoha zemích evropského regionu WHO od roku 1980 ztrojnásobila. V USA by mohly být střední délka života o 2 až 5 let kratší při zachování současných trendů vývoje obezity (Butler, 2008). Rostoucí výskyt obezity u dětí je zvláště znepokojující v tom, že má dlouhodobý dopad (je základem zdravého stárnutí budoucích generací). Podíl osob s nadváhou a obezitou se zvyšuje s věkem a je vyšší u osob s nižším vzděláním a nižším sociálně-ekonomickým postavením. Čím starší věková skupina, tím větší podíl osob s nadváhou a obezitou. Tento vztah je zvláště patrný u žen (Eurostat, 2012).

Mezi další determinanty zdravého způsobu života patří tělesná aktivita, která se podílí na zdravém psychomotorickém vývoji, ale také předchází vzniku obezity. V České republice se každodenním tělesným aktivitám věnuje 21 % dospívajících chlapců a dívek, ve Francií 9,5 % dospívajících a ve Švédsku 10,5 % dospívající populace. Ve srovnání s těmito zeměmi je na to tedy Česká republika nejlépe, avšak z hlediska výskytu obezity je naše republika na prvním místě.

Kouření je jedním z faktorů ovlivňujících vznik kardiovaskulárních chorob a nádorových onemocnění. Riziko úmrtí je u kuřáků dvakrát vyšší než než u nekuřáků. Odhaduje se, že 350 000 lidí zemře každý rok v EU kvůli bronchiálnímu novotvaru (Holčík, 2010). Kontrola tabáku je navíc klíčovým faktorem při snižování nerovností v oblasti zdraví, neboť kouření odpovídá za přibližně polovinu rozdílu v očekávané délce života mezi nejnižší a nejvyšší příjmovou skupinou (Marmot, 2010). Nejnižší podíl pravidelných kuřáků je v severských zemích. V České republice téměř jeden ze čtyř lidí kouří denně v roce 2009. Česká republika je jedním z mála zemí EU, které dosud nepřijaly právní předpisy o zákazu kouření v restauracích.

V České republice je mezi dospívajícími rozšířeno kouření u dívek z 23 % a u chlapců z 20 %. Ve Francii kouří asi 21 % dospívajících dívek a 17 % chlapců, ve Švédsku 8 % chlapců a 9 % dívek. Česká republika je tak ve srovnání se Švédskem a Francii na prvním místě v kuřáctví u dospívající populace (Zdroj dat: Health Behaviour in School-aged Children, 2010).

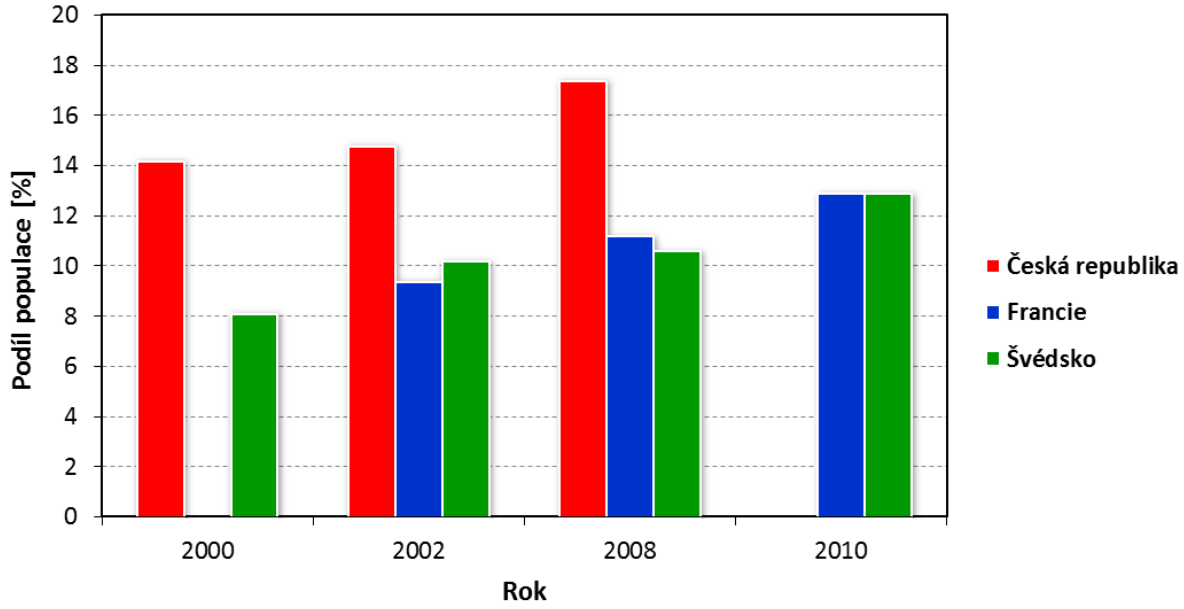
Graf 7: Procento populace starší 15 let každodenně kouřící tabákové výrobky



Zdroj: OECD Statistics, Non-Medical Determinants of Health

Komentář: v České republice bylo kuřáctví v roce 1999 rozšířeno u obyvatelstva 15 + z 23,5 %, ve Francii byl tento počet vyšší o 3 %, zatímco ve Švédsku činil podíl kuřáků 19%. Podíváme-li se na situaci v roce 2008, můžeme vidět, že se počet kuřáků v České republice zvýšil o 1 %, ve Francii poklesl o 2 % a ve Švédsku se snížil o 4 %. Tento ukazatel má velký význam v oblasti veřejného zdraví vzhledem k tomu, že je kouření rizikovým faktorem vzniku kardiovaskulárních chorob a jiných onemocnění.

Graf 8: Podíl populace starší 15 let trpící obezitou



Zdroj: OECD Statistics, Non-Medical Determinants of Health

Komentář: Obezita u obyvatelstva věku 15 let + se stanovuje dle BMI (body mass index); nad 30 bodů tohoto testu je na člověka pohlíženo jako na obézního. Česká republika má ze sledovaných zemí největší procento populace trpící obezitou. V roce 2002 dosahovala v ČR tato hodnota více než 14 %, ve Švédsku 10 % a ve Francii 9,5 %. Podíváme-li se na výsledky sledování v roce 2008, vykazuje Česká republika nárůst obezity na 17,5 %, tj. jde o nárůst o cca 3 %. Nárůst obézní populace můžeme také vidět u ostatních zemí, ale stále mají nižší procento obezity než v České republice (Švédsko i Francie měly v roce 2010 12, 8 % obézní populace).

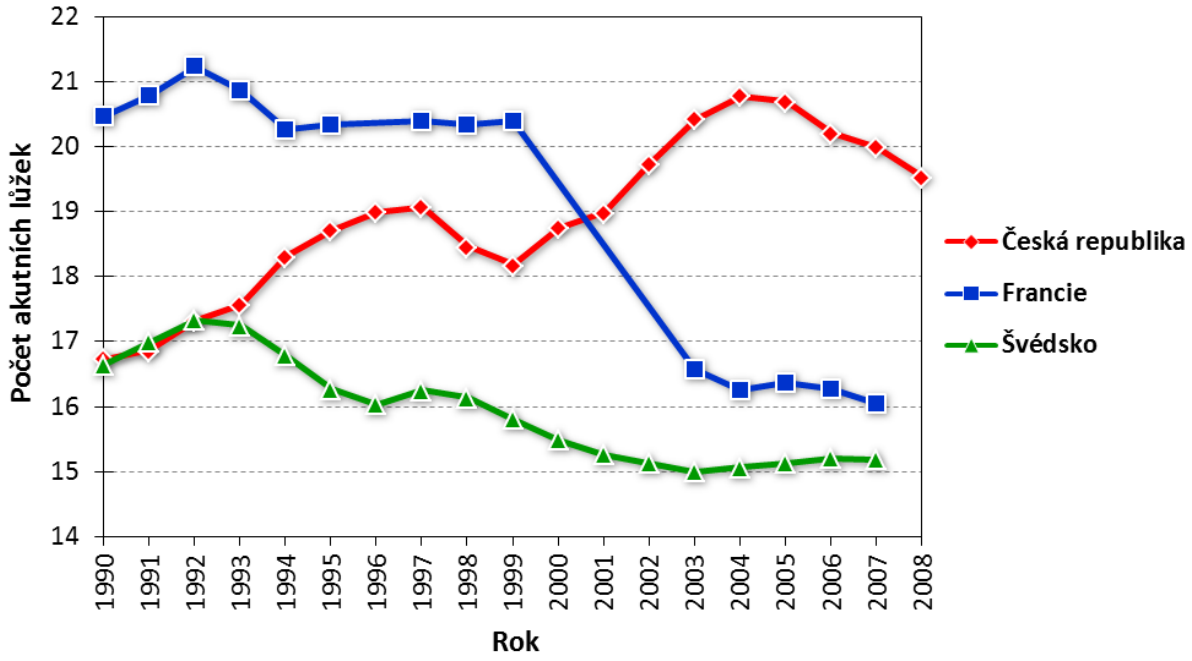
Také spotřeba alkohol je rostoucí hrozbou pro veřejné zdraví. Konzumace alkoholu přispívá k předčasným úmrtím a disabilitě. V EU se podílí na vzniku 60 onemocnění a je zodpovědný za 200 000 úmrtí ročně. V roce 2004 asi 3,8 procenta všech úmrtí na světě bylo možno přičíst alkoholu: 6,2 procent úmrtí u mužů a 1,1 procent u žen (WHO, 2012). Kromě toho, konzumace alkoholu přispívá k mnoha sociálním problémům, včetně násilí, domácího násilí, zneužívání dětí, zneužívání seniorů, dopravím nehodám atd. Rizikové faktory pro týrání starších osob, jako je konzumace alkoholu a drogová závislost, jsou spojeny se sociálně-ekonomickým statusem, sociální deprivací, vysokou mírou nezaměstnanosti, rostoucí nerovnosti příjmů a ztrátou sociálních podpůrných sítí (WHO, 2011). Česká republika a ostatní země východní Evropy mají nejvyšší úroveň spotřeby lihovin měřených v litrech čistého alkoholu na osobu. Země severní Evropy a Itálie patří mezi země s nejnižší

mírou spotřeby lihovin. Česká republika má také nejvyšší úrovně spotřeby piva v litrech čistého alkoholu mezi zemí evropského regionu Světové zdravotnické organizace.

9.3 Poskytované zdravotnické služby

Zdravotnické systémy můžeme mezi sebou srovnávat také dle počtu praktických lékařů, kteří zabezpečují primární zdravotnickou péči, počtu akutních lůžek ve zdravotnických zařízeních a počtu provedených angioplastik u klientů s kardiovaskulární chorobou a infarktem myokardu.

Graf 9: Počet akutních lůžek na 100 tis. obyvatel

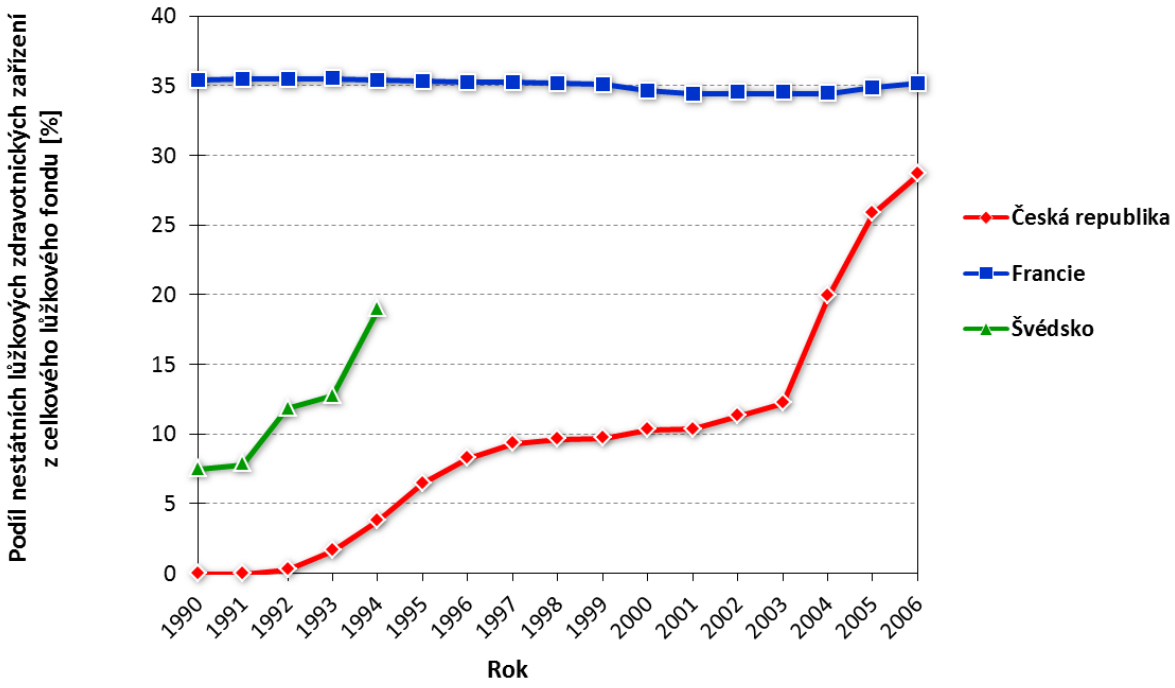


Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Počet akutních lůžek je také jedním z indikátorů zdravotního stavu obyvatelstva. V roce 1995 bylo v České republice 921 akutních lůžek na 100 tis. obyvatel, ve Francii 873 a ve Švédsku 608 akutních lůžek. Můžeme tedy konstatovat, že švédský systém disponoval menším počtem akutních lůžek než srovnávané země. V roce 2007 měla Česká republika 825 akutních lůžek (od roku 1995 pokles cca o 100 lůžek). Ve Francii došlo také k redukci lůžkové kapacity cca o 150 lůžek (na 716 lůžek akutní péče). Švédsko ukončilo sledování a vykazování svého lůžkového fondu v rámci zemí OECD již v roce 1997, kde byl lůžkový fond 522, to znamená oproti roku 1995 snížení cca o 80 lůžek. Ve Francii a ve Švédsku se projevuje trend snižujícího se počtu lůžek, v České republice se počet lůžek významně nesnižuje. Porovnáme-li počet akutních lůžek v přepočtu na 1 000 obyvatel od roku 1997 dle OECD, Česká republika měla 6,3 lůžek, Francie 4,4 a Švédsko

2,7 lůžek. V roce 2010 byl stav lůžek na 1 000 obyvatel v České republice snížen na 4,9, ve Francii na 1,8 a ve Švédsku na 2,0 lůžek. Z tohoto ukazatele vyplývá, že Česká republika má stále nejvyšší počet lůžek akutní péče, i když od roku 1997 snižuje lůžkový fond.

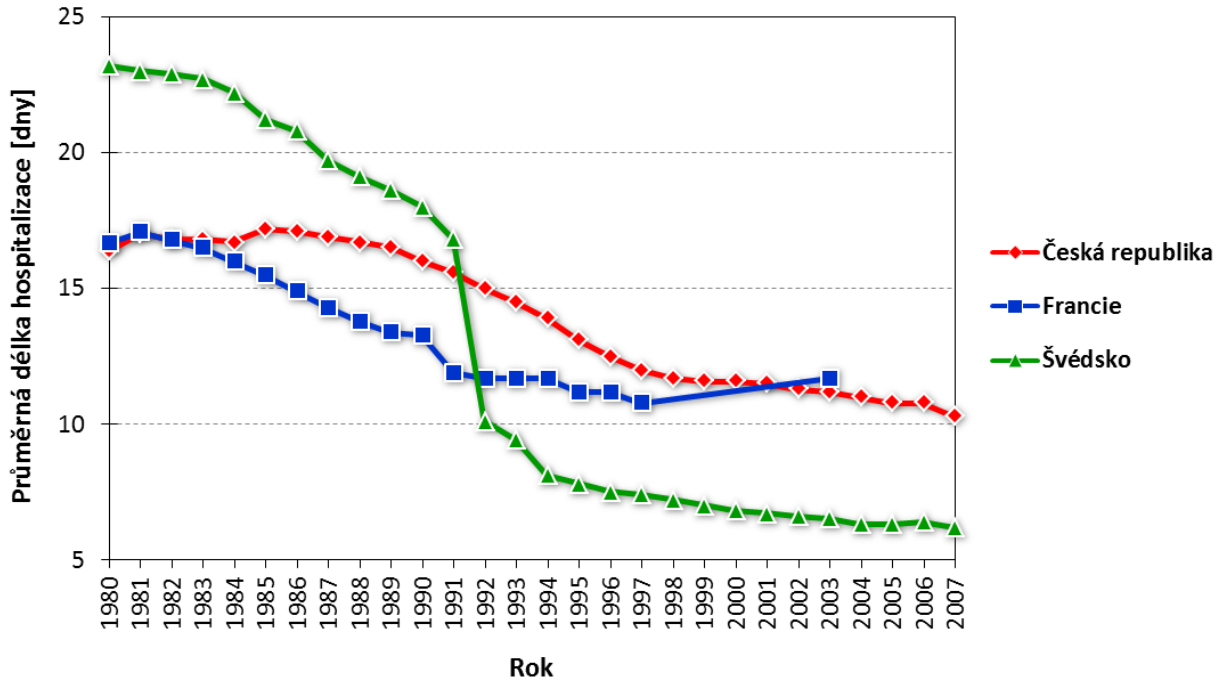
Graf 10: Počet nestátních lůžkových zdravotnických zařízení (procento z celkového lůžkového fondu)



Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Od roku 1992 se v České republice postupně rozšiřuje síť soukromých poskytovatelů (0,28 %), do roku 2006 se rozšířila síť na 28,73 % oproti roku 1992. Ve Francii byla v roce 2006 síť soukromých poskytovatelů zdravotní péče tvořena z 35,15 % a oproti roku 1992 se dále nezvyšuje (35,4 %). Ve Švédsku se v roce 1990 začala rozšiřovat síť soukromých poskytovatelů (ze 7,56 %) do roku 1994 na 19,02 %.

Graf 11: Průměrná délka hospitalizace ve zdravotnických lůžkových zařízeních

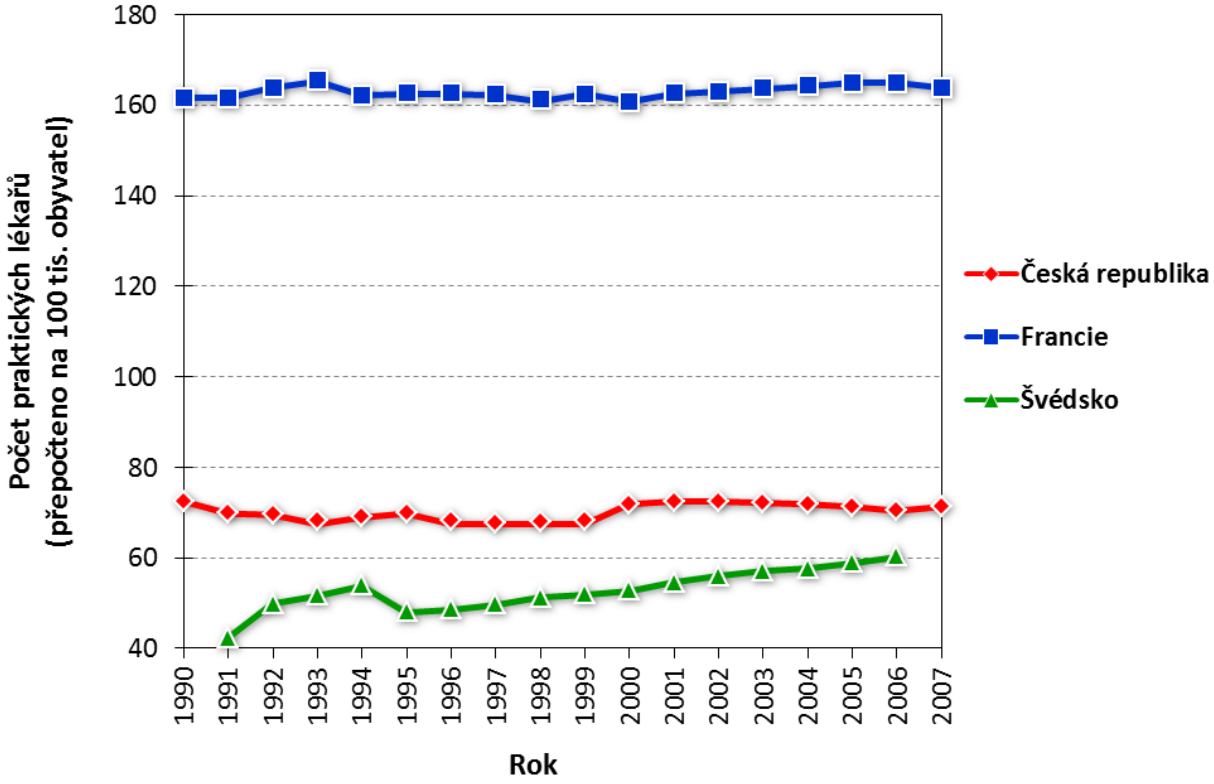


Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Průměrná délka hospitalizace může být dalším odvozeným indikátorem o rozložení a podpoře ambulantní sítě specialistů, kteří přebírají klienta do další péče. Průměrná délka hospitalizace ve všech zemích má od roku 1980 snižující se tendenci, v České republice a Francií byla délka hospitalizace cca 16 dní a ve Švédsku 23,2 dní. Pokud se podíváme na situaci v České republice v roce 2007, nastal pokles průměrné hospitalizace o 6 dní (z 10,3 dní) a podobně tento trend nastal také ve Francii. Ve Švédsku můžeme vidět obrovský trend ve snižování počtu dní hospitalizace, který nastal v roce 2007 (pokles o 17 dní). Je velice důležité také říci, že Švédsko má oproti srovnávaným zemím o jednu třetinu nižší lůžkový fond. Průměrná délka hospitalizace v České republice v roce 2010 byla dle OECD 7,1 dní, Ve Francií 5,7 dní a ve Švédsku 5,7 dní.

V roce 2008 byl počet hospitalizací z důvodu kardiovaskulárních chorob na 1000 obyvatel v České republice 29, ve Francií 21 a ve Švédsku 26 případů.

Graf 12: Počet praktických lékařů přepočtený na 100 tis. obyvatel



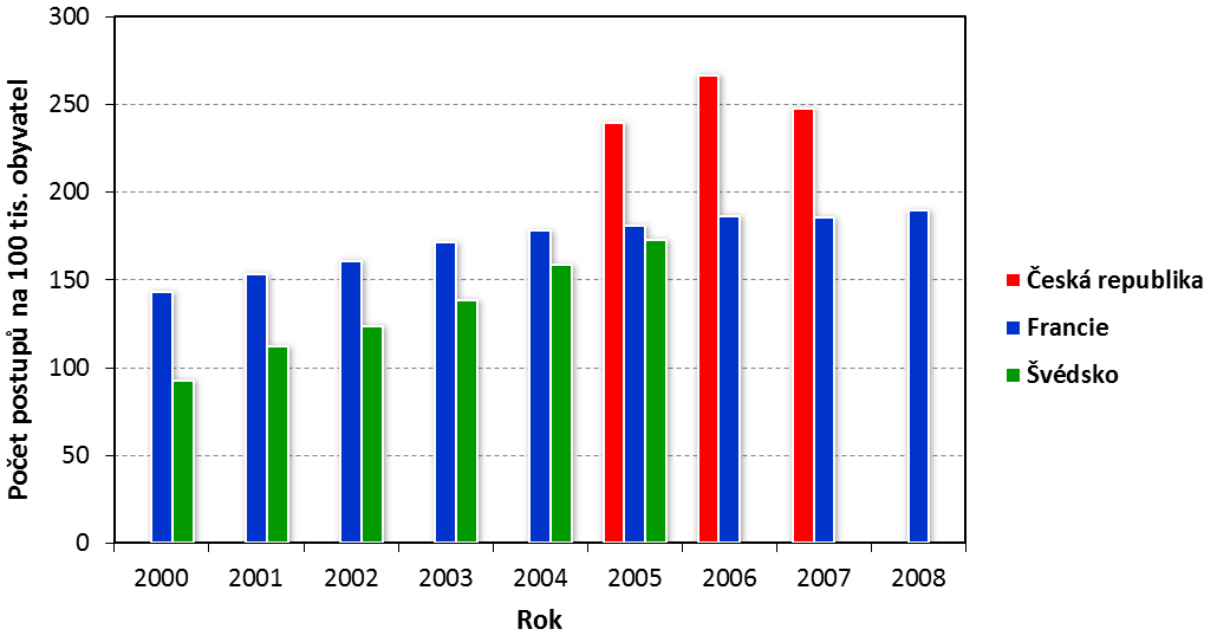
Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Počet lékařů v primární péči je dalším velice důležitým indikátorem z hlediska léčebné a preventivní péče o obyvatelstvo. V České republice bylo v roce 1991 70 lékařů na 100 tis. obyvatel, ve Francii 162 lékařů, zatímco ve Švédsku to bylo pouze 50 lékařů. Pokud se podíváme na časový trend ve vývoji počtu lékařů v primární péči, až do 2007, můžeme konstatovat, že se v České republice počet lékařů výrazně nezměnil (71 lékařů). Ve Švédsku je podobná situace, kdy se počet lékařů navýšil o 10 na 100 tis. obyvatel. Švédsko a Česká republika mají v porovnání s Francii nižší počet lékařů v primární péči, kde se postupně od roku 1990 (42,5 lékařů na 100 tis. obyvatel) do roku 2006 zvyšuje počet lékařů v primární péči (60,43 lékařů). V ČR se nezvyšuje počet lékařů a velice zaostává za Francií. Dle statistických údajů zemí OECD je počet praktických lékařů na 1000 obyvatel mezi srovnávanými zeměmi velice vyrovnaný, v České republice připadá 3,6 lékaře, ve Francií 3,3 lékaře a ve Švédsku je to 3,6 lékaře na 1000 obyvatel. Z hlediska trendu od roku 2000 do roku 2008 dochází k zvyšování počtu lékařů, v České republice se zvýšil počet o 0,8 %, ve Francii o 0,2 % a ve Švédsku o 2,5 %. Švédsko tedy od roku 2000 nejvýrazněji posílilo sít praktických lékařů. Na tento problém se lze podívat i ze strany

struktury lékařů specialistů v síti poskytovatelů. Dle zprávy OECD jsou nejvíce lékaři se specializacemi v oborech: pediatrie, chirurgie, gynekologie psychiatrie. Samostatně jsou uváděni lékaři se specializací v interním oboru, kteří působí v územní/spádové oblasti. V České republice je síť poskytovatelů rozložena následovně: 19,9 % praktičtí lékaři, 5% je zastoupena síť interních lékařů v územní/spádové oblasti a ze 75 % tvoří síť poskytovatelů specializovaných lékařských oborů. Ve Francii tvoří 48,7 % síť praktických lékařů, 5% tvoří lékaři se specializací v interních oborech a cca 57 % tvoří síť specializovaných lékařských oborů. Ve Švédsku je pokryta síť praktických lékařů z 16,9 % a zbytek sítě tvoří další specialisté. Švédsko nerozlišuje specializace lékařů jako jiné země. Pokud budeme hodnotit rozložení sítě poskytovatelů praktických lékařů, můžeme konstatovat, že Francie má v rámci srovnávaných zemí nejvíce pokrytou síť praktických lékařů (Health at a Glance, 2010).

V tomto kontextu je vhodné zohledni i počet nelékařských pracovníků, kde jsou zahrnuty všeobecné sestry, vykonávající přímou ošetřovatelskou péči o klienty, dále sestry pracující v sekci managementu a v edukační činnosti ve sledovaném období roku 2008. Dále celková statistická data rozlišují zdravotnické asistenty a všeobecné sestry. V České republice připadá na 1000 obyvatel 8 úvazků všeobecných sester a 1,7 zdravotnického asistenta. Ve Francii je 8 úvazků všeobecných sester a 8,5 úvazků zdravotnických asistentů. Ve Švédsku nerozlišují všeobecné sestry a zdravotnické asistenty a tento údaj je vykazován jako celek, tedy 10,8 úvazků na 1000 obyvatel. Z daných výsledků můžeme konstatovat, že ve Francii je počet úvazků všeobecných sester a zdravotnických asistentů na vyšší úrovni než ve srovnávaných zemích. Od roku 2008 do roku 2010 se počet všeobecných sester nezměnil v žádné sledované zemi.

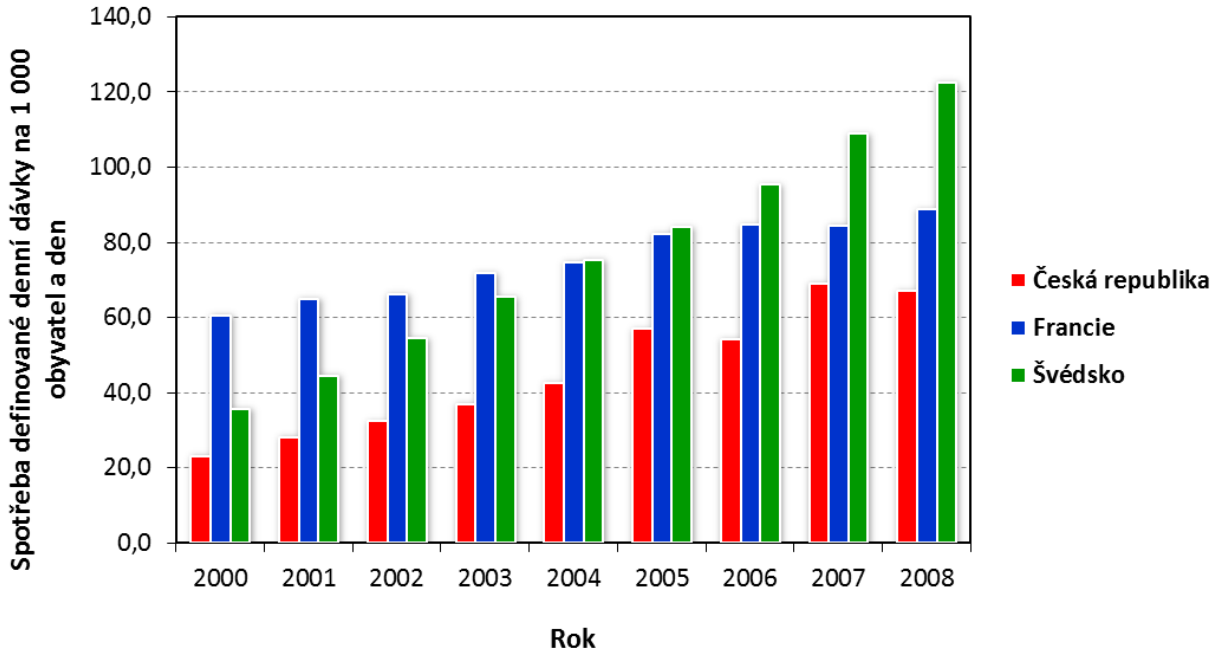
Graf 13: PTCA postupy na 100 tis. obyvatel



Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Mezi další ukazatele v léčbě infarktu myokardu patří sledování počtu invazivních výkonů PTCA na 100 tis. obyvatel. V České republice lze pozorovat zavádění tohoto invazivního postupu, v roce 2005 bylo provedeno 239 výkonů. Počet výkonů v dalších letech je stabilizovaný s mírnymi výkyvy. Ve Francií má mírné rostoucí tendenci od roku 2000, kdy bylo provedeno 143 výkonů, zatímco v roce 2008 bylo provedeno 189 výkonů. V porovnání s Českou republikou je to o 80 případů méně na 100 tis. obyvatel. Švédsko vykazuje v roce 2000 93 výkonů a zvyšující se trend léčby touto metodou do roku 2005, kdy bylo provedeno 173 výkonů.

Graf 14: Spotřeba léků na snižování hladin cholesterolu v krvi na 1 000 obyvatel a den

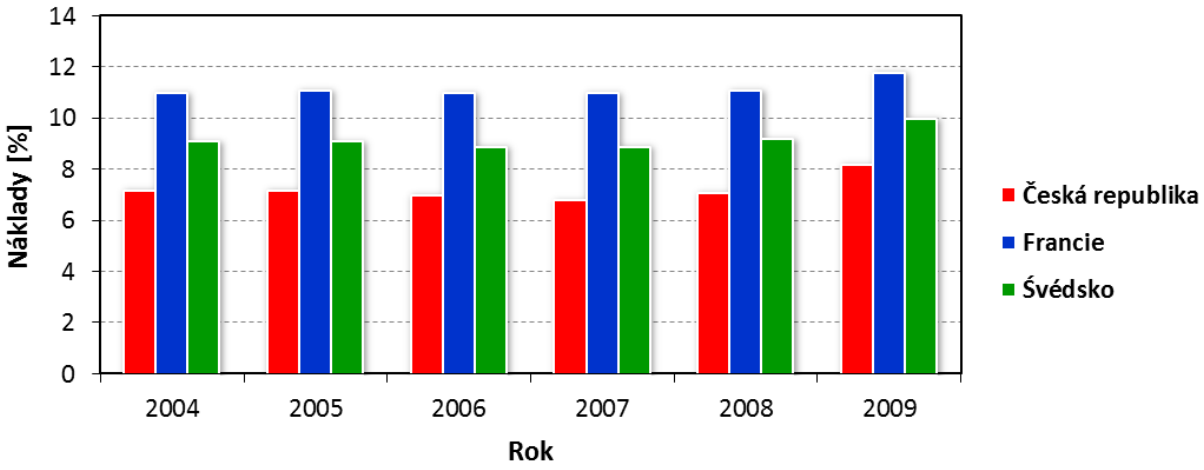


Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Jedním z indikátorů léčby rizikových faktorů u klientů, kteří trpí vysokou hladinou lipidů, je léčba farmaky, které se podílejí na snižování hladiny cholesterolu . Pokud je klient správně léčen z hlediska tohoto rizikového faktoru, může často předejít rozvoji kardiovaskulárního onemocnění. Definovaná denní dávka u těchto farmak na 1000 obyvatel ukazuje, jak je tato léčebná metoda používána v praxi a zda je klient správně farmakologicky léčen dle platných standardů. V České republice se definovaná denní spotřeba farmak od roku 2000 (23 na 1000 obyvatel) do roku 2008 významně zvýšila (na 67 obyvatel). Ve Francii je sekundární prevence využívána od roku 2000 (65 na 1000 obyvatel) a tento trend správné léčby je postupně zvyšován do roku 2008 (89 obyvatel). Ve Švédsku od roku 2000 (36 na 1000 obyvatel) nastává zvyšující se tendence používat farmaka v rámci sekundární prevence a v roce 2008 tuto správnou indikaci léků léčby uplatňují u 122 klientů. V České republice se dle získaných poznatků nedostatečně využívá účelné farmakoterapie v léčbě vysoké hranice lipidů. Pokud porovnáme v České republice výkony PTCA a samotnou sekundární prevenci je zřejmé, že je více pozornosti věnováno invazivní metodě PTCA.

9.4 Financování zdravotnictví a alokace zdrojů

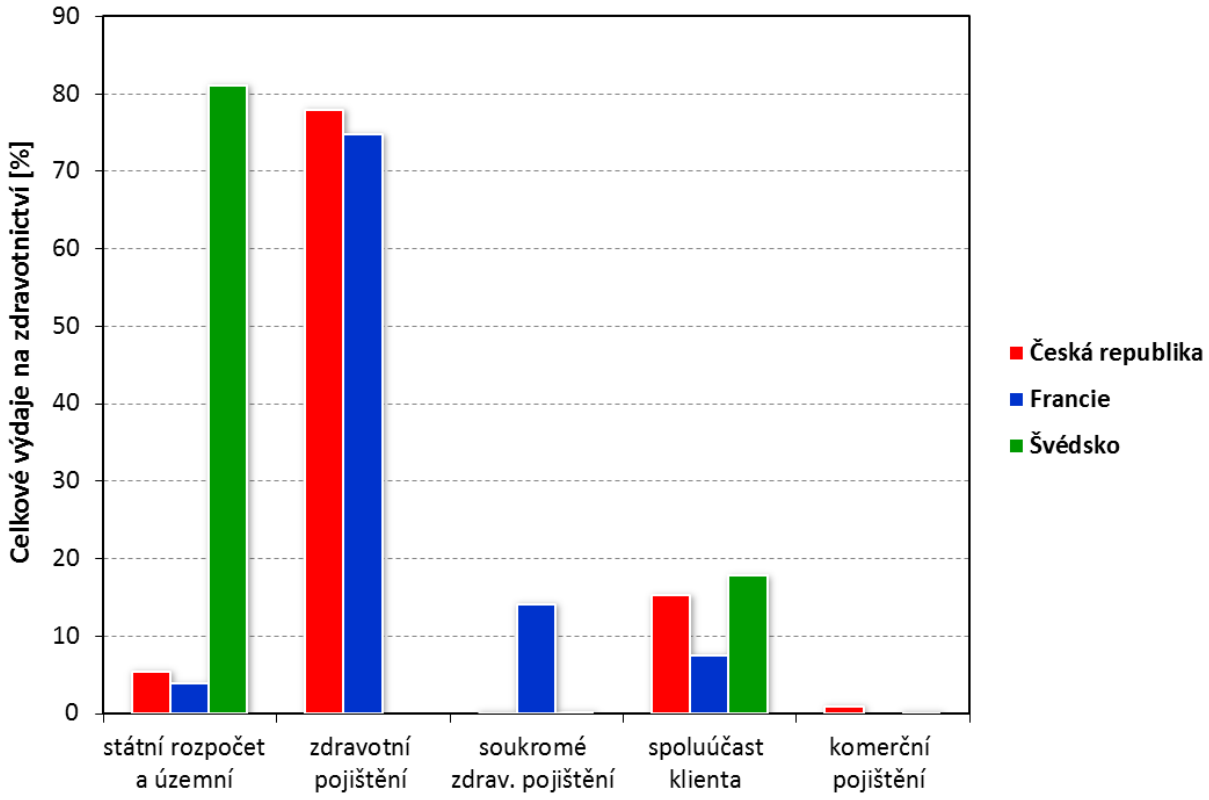
Graf 15: Náklady na zdravotní péči jako podíl hrubého domácího produktu (v %)



Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Z hlediska podílu celkových výdajů na zdravotnictví (tj. součt všech výdajů zdravotnických služeb, zdravotnických prostředků a léčiv) k celovému hrubém domácímu produktu v roce 2004 Česká republika alokovala do zdravotnictví 7,2 %, Švédsko 9,1 % a Francie 11 %. V roce 2009 byl v České republice zaznamenán nárůst o 1 % na 8,2 % z HDP, ve Švédsku došlo k nárůstu o 0,9 % a ve Francii o 0,8 % HDP. Porovnáme-li tedy tyto země, pak Česká republika alokuje nejméně finančních prostředků z celkových výdajů do zdravotnictví. Srovnáme-li ještě z těchto celkových výdajů náklady na veřejné zdraví (preventivní programy), Česká republika alokuje cca 2,7 %, Švédsko 3,6 % a Francie 2 % z celkových nákladů na zdravotnictví (OECD Statistics).

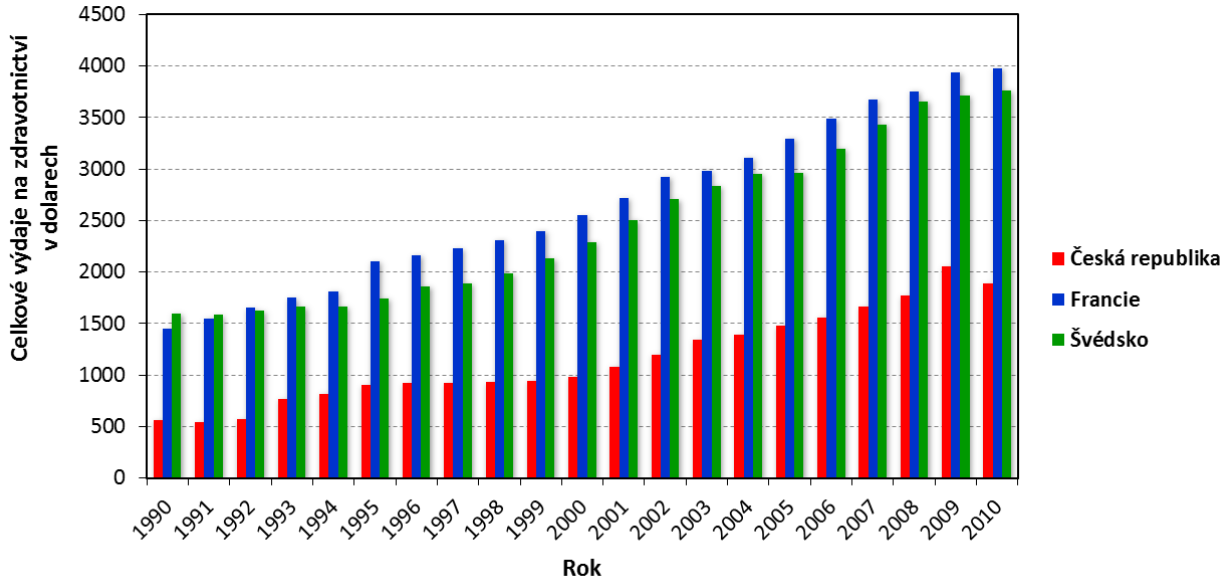
Graf 16. : Celkové výdaje na zdravotnictví v roce 2010 (v %)



Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Z hlediska jednotlivých forem financování, Česká republika financuje zdravotnický systém ze státního rozpočtu a územních samospráv 5,4 %, Francie z 3,8 % a Švédsko z 81 %. Z grafu je patrný výrazně rozdílný systém financování ve Švédsku, především ze státního rozpočtu, oproti Francii a České republice, kde je převážný podíl prostředků finacován ze zdravotního pojištění (České republice 77, 9 % a ve Francii 73,7 %). Soukromé zdravotní pojištění je více uplatňováno ve Francii, který je přizpůsobený i systém komerčních pojišťoven. Spoluúčast klienta je také rozdílná z pohledu zavedeného systému zdravotního pojištění. V České republice je spoluúčast 15,2 % a ve Švédsku 17,7 %, zatímco ve Francii je pouze 7,5 %, neboť klienti využívají systém privátního zdravotního pojištění. Komerční připojištění na zdravotní péči je využíváno především v České republice, ale pouze v malé míře (0,9 %), zatímco v ostatních srovnávaných zemích je nastaven jiný způsob připojištění se na zdravotní péči.

Graf 17: Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele (v dolarech)

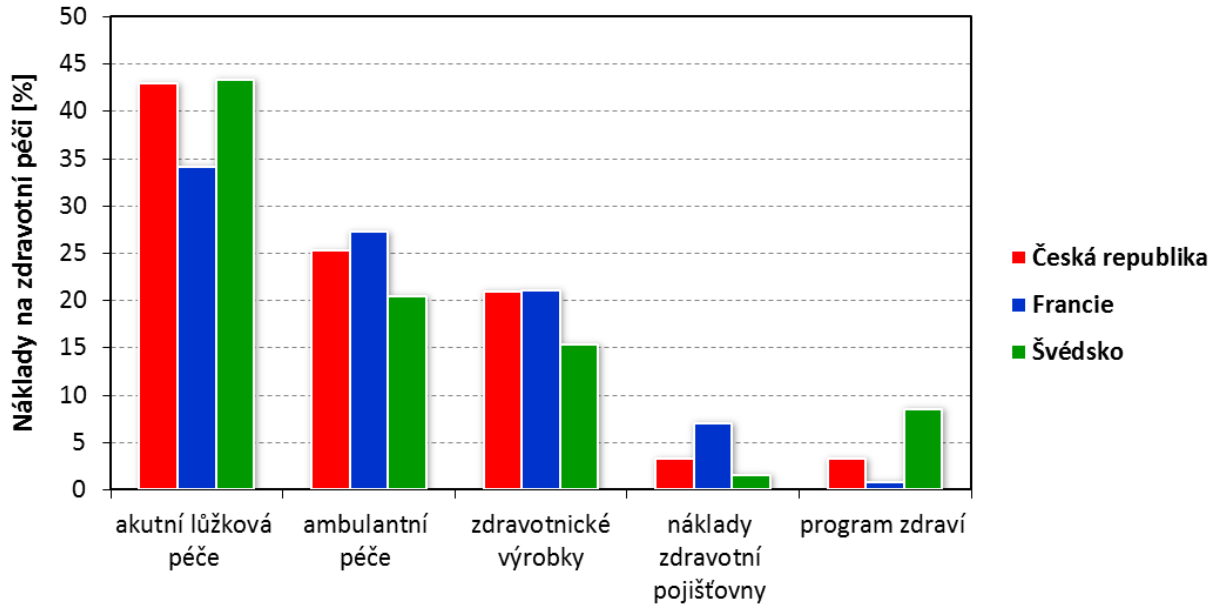


Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Množství výdajů na zdravotní péči na jednoho obyvatele vypovídá o alokaci zdrojů do zdravotní péče. Česká republika v roce 1999 alokovala 938 dolarů na 1 obyvatele za rok, zatímco Švédsko alokovalo 2 129 dolarů a Francie 2 396 dolarů. Pokud se podíváme na rok 2010, navýšila se v České republice alokace finančních zdrojů na 1 obyvatele na 1884 dolarů, ve Švédsku na 3758 dolarů a ve Francii na 3 974 dolarů na obyvatele. Česká republika tedy alokuje méně prostředků na zdravotní péči na jednoho obyvatele a nedosahuje v roce 2010 ani nákladům v ostatních zemích v roce 1999.

Mezi další ukazatele patří podíl celkových nákladů na předepsaná léčiva, která tvoří v České republice a Francii asi 2 % a ve Švédsku 1 % z celkových nákladů na zdravotní péči z HDP.

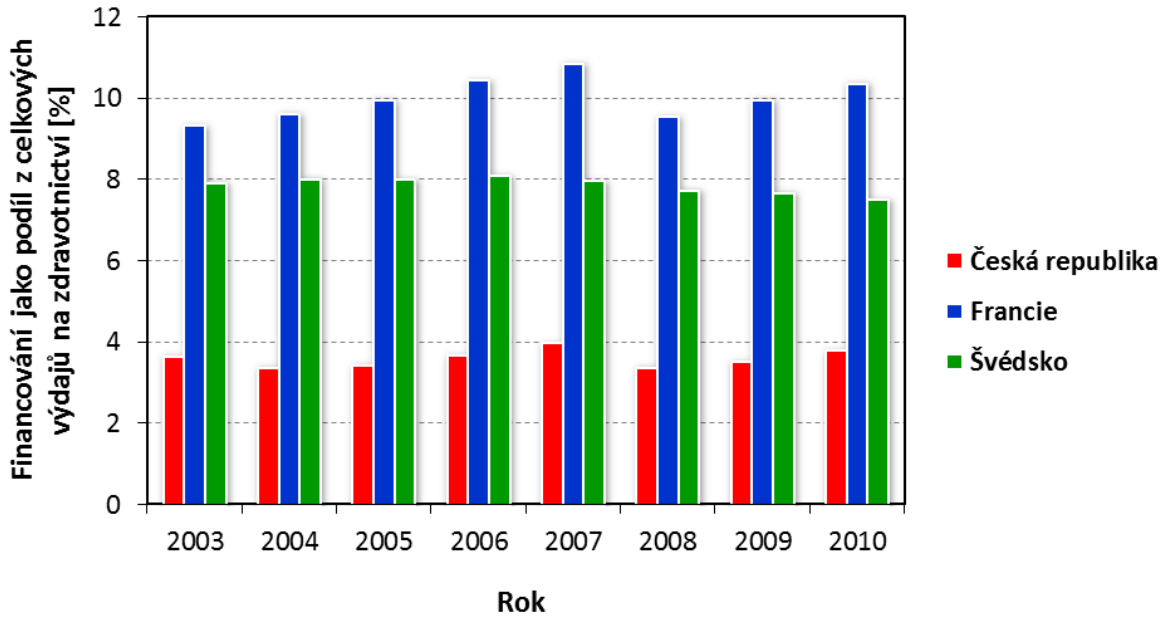
Graf 18: Náklady na zdravotní péči dle jednotlivých typů zdravotní péče (v %)



Zdroj: OECD Health Data 2011,

Komentář: v roce 2010 bylo na akutní lůžkovou péči alokováno v České republice podobně jako ve Švédsku 43 % z celkových nákladů na zdravotní péči, zatímco ve Francii bylo alokováno pouze 34 % z celkových nákladů. V ambulantní péči bylo alokováno v České republice 25,2 %, ve Švédsku 20,4 % a ve Francii 27,2 %. Z tohoto indikátoru můžeme konstatovat, že ve Francií je více klientů léčeno v ambulantní péči než v ostatních zemích. Zajímavý pohled na alokaci zdrojů administrativní správě zdravotních pojišťoven je ve Francií, která vykazuje 7 % celkových nákladů a Česká republika pouze 3 % nákladů. Otázkou zůstává, zda je v % České republice věnována dostatečná pozornost při alokaci zdrojů k celkové výkonnosti zdravotních pojišťoven. Dále jsou velké rozdíly mezi výdaji na programy zdraví (veřejné zdraví), které jsou nevyšší ve Švédsku z 8,5 % a v České republice 3,2 %, ve Francii 0,8 %. Můžeme dle výsledků konstatovat, že Švédsko je zemí, která nejvíce finančních prostředků alokuje do programů veřejného zdraví.

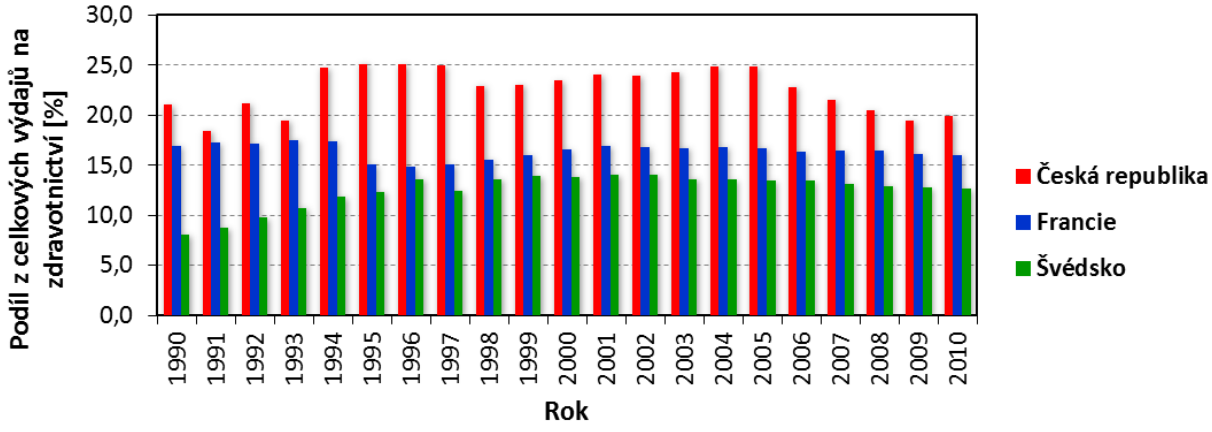
Graf 19: Financování dlouhodobé ošetřovatelské péče jako podíl z celkových výdajů na zdravotnictví



Zdroj: OECD Health Data 2011,

Komentář: Indikátor alokace finančních zdrojů do dlouhodobé ošetřovatelské péče z celkových výdajů do zdravotnického systému nám ukazuje, zda je tento typ péče podporován. V České republice je dlouhodobá péče oproti srovnávaným zemím hluboko podfinancována. Na základě statistických údajů můžeme konstatovat, že se od roku 2003 do roku 2010 neměnil trend financování, kdy je alokováno na tuto oblast pouze 3,8 %, zatímco ve Francii je dlouhodobá péče financována z 10,5 % oproti 2003 (9,5 %), ve Švédsku bylo alokováno 8 % v roce 2003 a v roce 2010 o 0,5 % méně.

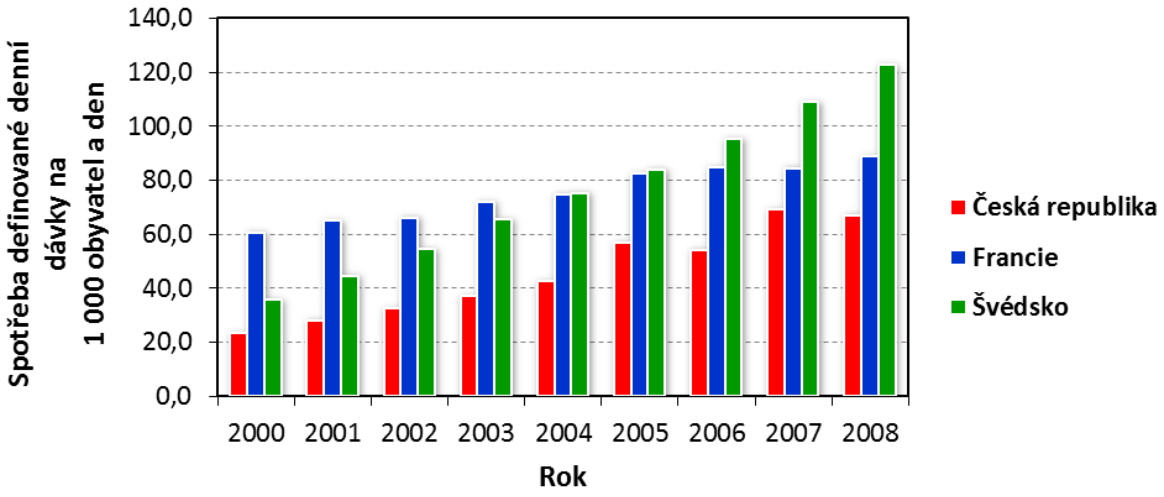
Graf 20: Celkové výdaje na léky a ostatní zdravotnické zboží krátkodobé spotřeby (% z celkových výdajů na zdravotnictví)



Zdroj: OECD Health Data 2011,

Komentář: Česká republika v roce 1990 alokovala 24,9 % na léky a ostatní léčiva z celkových nákladů z výdajů na zdravotní péči Švédsko 12,4 % a Francie 15 % z celkových výdajů. Můžeme konstatovat, že Česká republika vydala na léčiva oproti srovnávaným zemím více finančních prostředků. V roce 2010 se snížily náklady na léčiva v České republice na 19,9 %, přičemž v ostatních zemích vzrostly náklady ve Francii o 1 % na 16 % a ve Švédsku vzrostly náklady o 0,4 %. Náklady na léčiva jsou stále v České republice vyšší než v ostatních zemích.

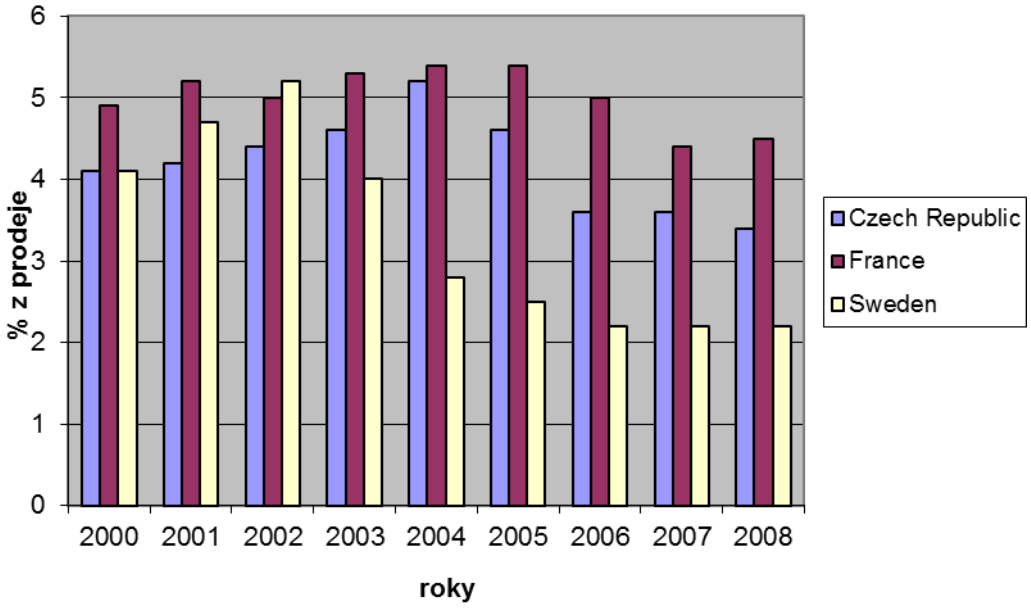
Graf 21: Spotřeba léků na snižování hladin cholesterolu v krvi na 1 000 obyvatel a den



Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Denní dávka C 10 lipidů na 1000 obyvatel je dalším ukazatelem, jak jsou v praxi léčeni klienti, kteří mají vysokou hladinu cholesterolu v krvi. Hypercholesterolemie je brána jako jeden z rizikových faktorů, který může způsobit kardiovaskulární choroby. Dále může být i ukazatelem, zda je klient správně léčen a do jaké míry je uplatňována v praxi sekundární prevence léčby kardiovaskulárních chorob. Zvýše uvedeného grafu plyne, že v České republice v roce 2000 (23,1 klientů doporučené denní dávky) byla v malé míře uplatňována léčba rizikového faktoru nebo klienti nebyli včas zachyceni v rámci preventivních prohlídek. Ve stejném období Francie vykazovala 60,5 klientů na doporučené denní dávce a tento ukazatel byl o dvě třetiny větší než ve Švédsku (35,6). V roce 2008 se v České republice se zvýšila léčba klientů o dvě třetiny (67), ve Francií se trend zvýšil o jednu třetinu léčených klientů (90). Ve Švédsku oproti roku 2000 z 35,6 se značně navýšila léčba rizikových faktorů na 122,4 obyvatel na 1000 obyvatel / den. Můžeme tedy konstatovat, že Švédsko přistoupilo zásadním způsobem k léčbě rizikového faktoru.

Graf 22: Tržby z prodeje léčiv armaceutických firem (% z celkového prodeje)



Zdroj: OECD Health Data 2011

Komentář: Tento ukazatel je velice zajímavý z hlediska tržeb farmaceutických firem, které nabízejí léčiva, která ovlivňují rizikové faktory kardiovaskulárních chorob. Podíváme-li se na tento ukazatel v České republice, byly tržby v roce 2000 4,1 % a v roce 2008 3,4 % z celkového prodeje léčiv. Ve Francii byly tržby v roce 2000 4,9 % a v roce 2008 4,5 %. Ve Švédsku byly tržby v roce 2000 4,1 % a v roce 2008 2,2 %. V souvislosti s předchozím grafem se nabízí otázka, zda v České republice, která oproti Švédsku vykazuje menší počet léčených klientů, jsou léčiva dražší než ve srovnávaných zemích. Ve Švédsku se zvýšil počet léčených klientů a farmaceutickým firmám klesly průměrné tržby. Z této analýzy tedy vyplývá, že cena léčiv je nižší než v České republice. Ve Francii v tomto srovnávaném období nedochází k žádným velkým změnám týkajících se procent tržeb. V České republice klesly tržby farmaceutických firem asi o 0,7 %.

10 Diskuse

V této části disertační práce provedu diskusi nad jednotlivými vybranými zdravotnickými systémy (České republika, Francie, Švédsko) dle předem stanovaných indikátorů a oblastí. Na příkladu zdravotní péče o klienty s kardiovaskulárními chorobami lze také srovnávat systémy, neboť tyto choroby jsou v České republice na prvním místě morbidity a mortality. Klienti s kardiovaskulárními chorobami v mladším věku často končí v invalidním důchodu a potřebují další následnou lékařskou péči. Klienti v seniorském věku mají různou formu disability a vyžadují dlouhodobou chronickou péči pro zkvalitnění jejich života. Součástí každého zdravotnického systému by měla být i preventivní opatření, zaměření se na životní styl obyvatelstva jako prevence onemocnění a to zejména kardiovaskulárních chorob.

10.1 Zdravotní stav (status) obyvatelstva

Zdravotnické systémy můžeme mezi sebou srovnávat dle zdravotního stavu obyvatelstva, kam zařazuji hodnocení naděje na dožití ve věku 45 let a 65 let, zdravá délka života, úmrtnost na kardiovaskulární choroby a incidence na kardiovaskulární choroby. Zdravý životní styl obyvatel má velký vliv na stanovení priorit ve zdravotnickém systému z pohledu alokace zdrojů na léčbu některých závažných chronických onemocnění, kam patří zejména kardiovaskulární a nádorová onemocnění. Naděje na dožití ve věku 45 let se v České republice od roku 1990 postupně zlepšuje, ale je stále nižší oproti srovnávaným zemím, kde je naděje na dožití vyšší o 3 - 4 roky (v roce 2008) (viz Graf č. 3). Pokud vezmeme další indikátor - naděje na dožití ve věku 65 let - můžeme opět konstatovat, že se postupně zvýšila naděje na dožití v České republice od roku 1990 do roku 2008 o 3 roky. V ostatních zemích je naděje na dožití u populace 65 let oproti České republice vyšší o 4 až 5 let. Tento indikátor však nehodnotí, zda člověk prožije svůj život bez omezení, tedy zdravotních komplikací (viz Graf č. 4). Pro srovnání jsem použila ukazatel zdravé délky života (HLY) u populace ve věku 65 let s porovnáním u mužů a žen. Česká republika se významně liší od srovnávané země Švédskem, neboť ve Švédsku se ženy dožívají ve věku 65 let bez omezení 5,5 roků a muži dokonce 6,5 roků.

Dle těchto ukazatelů lze konstatovat, že zdravotní stav obyvatelstva v České republice se významně liší než ve srovnávaných zemích. Dochází však k postupnému zlepšování zdravotního stavu populace v naší republice od roku 1990. Tyto indikátory

(LE, HLY) vypovídají v obecné rovině o vývoji zdravotního stavu měřené populace. Etický problém lze spatřit v nerovnosti v přístupu informací do roku 1990 o zdravém životním stylu, tedy osvěta a zdravotní gramotnost obyvatelstva v České republice. Nemůžeme však popřít, že do roku 1990 zde nebyla žádná osvěta zdravého životního stylu, ale v posledních letech se zařazuje vzdělávací modul o zdraví do základních a středních škol. Tyto vzdělávací programy se nazývají výchova ke zdraví.

V posledních letech se postupně zlepšuje zdravotní status obyvatelstva v oblasti zdraví. Otázkou zůstává, zda je opravdu zdravotní systém připraven na změnu z akutního modelu péče na jiný druh péče (např. rehabilitační a dlouhodobá péče, podpora ambulantní a terénní péče u nelékařských oborů).

Zaměříme-li se na sledované choroby a to zejména na úmrtnost na kardiovaskulární choroby, které jsou v současné době dle Světové zdravotnické organizace na prvním místě morbidity a mortality populace, docházéme k následujícím závěrům.

Kardiovaskulární choroby patří mezi nejčastější příčinu mortality v České republice. **Porovnáme-li úmrtnost na tyto choroby se srovnávacími zeměmi, tak od roku 1990 se významně snížila mortalita (v roce 1990 620 obyvatel na 100 tis., v roce 2007 351 případů na 100 tis. obyvatel), ale zdaleka nedosahujeme takových výsledků v úspěšnosti léčby kardiovaskulárních chorob jako ve srovnávaných zemích (188 případů na 100 tis. obyvatel).** Ischemická choroba srdeční je chorobou, která postihuje velkou část populace a může způsobit i úmrtí na infarkt myokardu. V České republice se od roku 1990 do roku 2007 podařilo snížit úmrtí na tuto chorobu téměř o polovinu případů (v roce 1990 297 případů na 100 tis. obyvatel, v roce 2007 166 případů na 100 tis. obyvatel), ale oproti srovnávacím zemím stále nedosahujeme takových výsledků a úspěšnosti léčby u této choroby (Francie v roce 2007 33 případů na 100 tis. obyvatel a Švédsko v roce 2007 87 případů na 100 tis. obyvatel). Podíváme-li se na mortalitu na infarkt myokardu v České republice opět od roku 1990 do roku 2008, můžeme konstatovat, že se významně snížila mortalita na toto onemocnění (rok 1990 bylo 152 případů na 1000 tis. obyvatel, v roce 2008 42 případů na 100 tis. obyvatel). Podíváme-li se na srovnávací země v roce 2008, ve Francii byl počet případů úmrtí téměř o polovinu nižší (v roce 1990 bylo 42 případů na 100 tis. obyvatel a v roce 2008 21 případů na 100 tis. obyvatel) (viz Graf č. 6).

Získaná data ukazují na postupné zlepšování jednak zdravotní stavu obyvatelstva a dále snižování počtu případů mortality na vybraná kardiovaskulární onemocnění. Česká republika v rámci zdravotnického systému přijala některé strategické dokumenty (např. Národní kardiovaskulární program v roce 2000), věnující se prevenci, moderní léčbě

a dalšímu sledování klientů s kardiovaskulárními chorobami. Snížení mortality na vybraná kardiovaskulární onemocnění v České republice je určitě velice pozitivním ukazatelem, ke kterému přispěla primární a sekundární prevence, spočívající zejména v záchytu klientů s hypertenzí, vysokým cholesterolem v rámci preventivních prohlídek a nastavení správné léčby. **Etickou otázkou zůstává, zda je nastavena spravedlivě léková politika ministerstva zdravotnictví, neboť farmaka na sekundární prevenci jsou nákladnější a bývá i vyšší finanční spoluúčast klienta. Jak je organizována prevence a osvěta mezi populací? Má ambulantní specialista časový prostor hovořit s klientem? Využívají klienti poradenských služeb v oblasti prevence kardiovaskulárních onemocnění? Často jsme svědky, že některé lékárny pořádají osvětovou kampaň na měření krevního tlaku, měření podkožního tuku, cholesterolu, a glykémie. Není však tato osvěta zaměřena na prodej doplňkových produktů v lékárně?**

Pokud bychom chtěli blíže analyzovat další osudy klientů, nabízí se nám pouze statistika z projektu SHARE Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe (SHARE 2007), kdy populace 50 + po prodělaném infarktu myokardu cca 11,2 % takovýchto osob nemá známky disability, avšak 29,5 % má nějakou formu disability (Analýza příjemců Příspěvků na péči a potenciálních klientů dlouhodobé péče, 2011, s. 23). **Etická otázka se v tomto případě nabízí, zda je zachována dostupnost zdravotní a sociální péče i klientům v domácím prostředí, jako je to v případě hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Není tato péče více regulována ze strany zdravotních pojišťoven?** Odpovědí na tuto otázku můžeme nalézt v alokaci finančních prostředků do jednotlivých segmentů péče (47,7 % nemocnice lůžková péče, léčebny dlouhodobě nemocných -1,8%, odborné léčebné ústavy -2,8 %, domácí zdravotní péče -0,6 %, rehabilitační péče 1%) z celkové částky vydávané na zdravotní péči z veřejného zdravotního pojištění (Hejduk, 2011)

Národní strategický plán na snižování KVO v roce 2000 definoval opatření a cíle, které povedou ke snížení výskytu těchto chorob. Statistické údaje za celou Českou republiku jsou však alarmující, neboť nejvíce lidí (60%) umírá v nemocnici, kdy nejčastější příčiny úmrtí jsou stále nemoci oběhové soustavy (50 % z celkového počtu úmrtí). V ordinacích praktického lékaře je registrováno celkem 7,937 milionů pacientů a bylo provedeno celkem 5,5 % preventivních prohlídek. Pod dohledem praktického či odborného lékaře je registrováno 1,668 milionu pacientů pro hypertenzní nemoc, 787 tisíc pro ischemickou nemoc srdeční, z toho 84 tisíc pro akutní infarkt myokardu, a pro cévní onemocnění mozku 262 tisíc pacientů. Z důvodu obezity (BMI $\geq$ 30) bylo sledováno 918 tisíc pacientů. Mezi

nejčastější příčiny hospitalizace patří nemoci oběhové soustavy (14,7 %) (Zdravotnická ročenka České republiky, 2009).

10.2 Oblast hodnocení statistických dat zabezpečení primární a lůžkové péče

Tato část diskuse se bude týkat zejména zabezpečení primární péče, akutní lůžkové péče a počtu provedených angioplastik u klientů s kardiovaskulární chorobou (infarkt myokardu). Počet akutních lůžek je také jedním z indikátorů zdravotního statusu obyvatelstva, neboť ukazuje, jak je nastaven zdravotní systém péče o obyvatelstvo, zda se zdravotní systém spíše orientuje na primární, nebo sekundární péči ve zdravotnických zařízeních (akutní model péče). Porovnáme-li akutní model péče ve zdravotnických zařízeních od roku 1995 v České republice, bylo 921 lůžek na 100 tis. obyvatel, ve Francii bylo 873 akutních lůžek a ve Švédsku bylo 608 akutních lůžek.

Můžeme tedy konstatovat, že ve Švédsku bylo méně akutních lůžek než ve srovnávaných zemích. Do roku 2007 se v České republice snížilo množství akutních lůžek o cca 100 lůžek na 100 tis. obyvatel (na 825 akutních lůžek), zatímco ve Francii došlo k další redukci lůžkové kapacity cca o 150 lůžek (na 716 lůžek akutní péče). Švédsko ukončilo sledování a vykazování svého lůžkového fondu v rámci zemí OECD již v roce 1997, kdy byl lůžkový fond modelu akutní péče snížen na 522 lůžek na 100 tis. obyvatel (viz Graf č. 9). V**e Francii a ve Švédsku se významně snižují akutní lůžka, zatímco v České republice se počet lůžek významně neredukuje.**

Velice zajímavé je srovnání trendu rozšiřování sítě soukromých poskytovatelů zdravotní péče v porovnání s ostatními zeměmi došlo v České republice od roku 1992 (0,28 %) k nárůstu soukromých poskytovatelů, do roku 2006 se rozšířila síť na 28,73 %. Ve Francii byla v roce 2006 síť soukromých poskytovatelů zdravotní péče tvořena z 35 %, zatímco ve Švédce je tato síť tvořena pouze z 19 % (viz Graf č. 10).

Zajištění primární zdravotní péče je velmi důležité z hlediska dostupnosti pro obyvatelstvo. Dostupnost sítě primární péče je zajišťována praktickými lékaři a dalšími specialisty v oboru interna, pediatrie a psychiatrie. Podíváme-li se do zprávy zemí OECD, která uvádí počet praktických lékařů na 1000 obyvatel, připadá v České republice 3,6 lékaře na 1000 obyvatel, ve Francií 3,3 lékaře a ve Švédsku je to 3,6 lékaře na 1000 obyvatel. Podíváme-li na časový trend zvyšování počtu lékařů od roku 2000 do roku 2008, v České republice zvýšil počet o 0,8%, ve Francii stoupl počet pouze o 0,2 % a ve Švédsku o 2,5 %. **Můžeme konstatovat, že Švédsko od roku 2000 rozšířilo sít poskytovatelů primární**

péče (praktické lékaře). Trend rozšiřování primární péče ve Švédsku je výsledkem restrukturalizace akutního lůžkového fondu a posílení role primární péče (viz Graf č. 12).

Primární péče je také zajišťována prostřednictvím všeobecných sester, vykonávající přímou ošetřovatelskou péči o klienty, dále sestrami pracující v sekci managementu a v edukační činnosti. V České republice dle statistických dat je na 1000 obyvatel 8 úvazků všeobecných sester a 1,7 zdravotnických asistentů, zatímco ve Francii je počet všeobecných sester 8,5 úvazků a 8,5 úvazku zdravotnických asistentů a ve Švédsku 10,6 úvazků na 1000 obyvatel. Z daných výsledků můžeme konstatovat, že ve Francii je zabezpečena primární péče také dalšími nelékařskými pracovníky.

Nabízí se etická otázka dostupnosti primární péče pro obyvatelstvo a to zejména v České republice. Dále otázka spravedlivé alokace finančních zdrojů do jednotlivých segmentů primární a sekundární péče. Potřebují obyvatelé České republiky více sekundární péči v lůžkových zdravotnických zařízeních? Tato péče je z hlediska finančních zdrojů o mnohem dražší než primární péče. Nezasahují do zdravotní politiky a struktury zdravotní péče loby majitelů zdravotních lůžkových zařízení? Jakou má úlohu ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny v plánování dostupnosti sítě primární a sekundární péče?

Léčba infarktu myokardu může být vedena různými metodami. Perkutánní koronární intervence je jednou z včasných léčebných metod zachraňující život pacienta s podezřením na infarkt myokardu, která se provádí ve specializovaných pracovištích. V České republice se tato metoda začala postupně rozvíjet až po roce 2000, neboť byla doporučena jako metoda v Národním kardiovaskulárním plánu. Francie tuto léčebnou metodu také aplikuje při léčbě infarktu myokardu (viz Graf č. 13). Mezi další léčebné metody také patří farmakologická léčba rizikových faktorů u klientů, kteří trpí vysokou hladinou cholesterolu - léčeni farmaky, které se podílejí na snižování hladiny cholesterolu v krvi. Pokud je klient správně léčen z hlediska tohoto rizikového faktoru, může se často předejít následkům kardiovaskulárních chorob, které mohou vyústit v infarkt myokardu a determinují další kvalitu života pacienta. Z hlediska správné farmakologické léčby je definování denní dávky léčiva dle platných ověřených standardů léčby. Tento ukazatel nám poskytuje informaci, zda je klient správně léčen. V České republice dle statistických údajů se definovaná denní spotřeba farmak od roku 2000 (23 klientů na 1000 obyvatel) do roku 2008 významně zvýšila (na 67 klientů). Ve Francii je farmakologická léčba uplatňována od roku 2000 (65 klientů na 1000 obyvatel) a tento trend správné léčby je postupně zvyšován do roku 2008 (89 klientů).

Ve Švédsku od roku 2000 (36 klientů na 1000 obyvatel) nastává zvyšující se tendence používat farmaka v rámci sekundární prevence a v roce 2008 tuto správnou indikaci léků léčby aplikují u 122 klientů (Graf č 14). V **České republice se dle získaných poznatků v praxi nedostatečně využívá účelné farmakoterapie v léčbě vysoké hladiny cholesterolu v krvi.** Pokud porovnáme v České republice výkony PTCA a samotnou sekundární prevenci, je zřejmé, že je více pozornosti věnováno invazivní metodě PTCA. Podíváme-li se na tržby z prodeje farmaceutických firem, které nabízejí léčiva na snižování hladiny lipidů v krvi, je zajímavé, že v České republice jsou farmaka dražší než v ostatních srovnávaných zemích. Například ve Švédsku dle výsledků poklesly tržby farmaceutických firem od roku 2000 ze 4,1 % do roku 2008 na 2,2%, nejspíše poklesla cena nabízených léků a dle platných standardů je účelně léčeno více klientů (viz Graf č. 22).

Etickou otázkou v oblasti prevence a léčby farmaky dle doporučených standardů je, zdali klient je léčen „*lege artis*“? Z jakých důvodů lékaři nedodržují doporučenou dávku farmak a klienti užívají tyto léky „zbytečně“ bez léčebných účinků? Jsou lékaři regulováni ekonomickými důvody ze strany zřizovatele a plátce (zdravotní pojišťovny)? Mezi další etické otázky patří i výška alokace finančních zdrojů na farmaka.

Proč jsou farmaka na primární a sekundární prevenci snižování vysoké hladiny cholesterolu v krvi dražší než ve srovnávaných zemích? Jak je nastavená a sledovaná účelná farmakoterapie i z hlediska finančních zdrojů? Není uplatňována při vyjednávání cenové politiky farmak na ministerstvu zdravotnictví loby farmakologických firem? **Mají zdravotní pojišťovny vytvořený monitoring léčby a jejich výsledků ve vazbě na zdravotní status obyvatelstva?**

10.3 Oblast životního stylu zaměřená na determinanty zdraví

Zdravotnické systémy můžeme mezi sebou srovnávat dle determinant zdraví, tvoří základní stavební kameny v dalším rozvoji populace, kde se zaměřím na indikátory zdravého životního stylu: požívání alkoholu, kouření, zdravá strava u populace 10 - 15 let. Tyto indikátory mohou ukazovat, jak je ve srovnávaných zemích zajištěna prevence, edukace a vzdělávání v rámci správného životního stylu. Jedním z rizikových faktorů je obezita, která může být příčinou vzniku kardiovaskulárních chorob, vysokého tlaku a dalších civilizačních chorob. Zdravý životní styl by měl být již uplatňován od narození a začíná tedy v rodině. Příčiny obezity jsou známé a mezi důležité faktory patří špatné stravovací návyky a nedostatek tělesné aktivity. Česká republika je ve výskytu

obezity na prvním místě oproti srovnávacím zemím, dle výzkumné zprávy se významně neliší zařazování do jídelníčku konzumace ovoce a zeleniny, a to zejména u dívek. Tělesné aktivitě se věnují více dívky než chlapci, ale je velmi zajímavé, že dle statistik se v naší republice věnuje aktivitám 21 % sledované populace, a přesto jsme na prvním místě v obezitě. Nabízí se tedy otázka, zda respondenti správně odpovídali na dané otázky ve výzkumu. Další zajímavé výsledky jsou u kuřáctví sledované populace, kdy je opět Česká republika na prvním místě ve srovnání se Švédskem a Francii v kuřáctví u dospívající populace (výsledky u dospívající populace poskytla organizace Health Behaviour in School aged Children. s. 548).

U dospělé populace se zaměřím také na kouření, zdravou výživu a obezitu. Kouření v České republice je více rozšířeno u mužů (30%) než u žen (19 %) podobně jako ve Francii (u mužů 31 % a u žen 22%), oproti tomu Švédsko vykazuje menší počet kuřáků (12 % mužů a 17% žen). Nabízí se tedy otázka, zda je ve Švédsku rozšiřována více osvěta a zdravotní gramotnost než ve srovnávaných zemích. Dále můžeme zdravý životní styl sledovat dle spotřeby ovoce a zeleniny v kilogramech na jednu dospělou osobu za rok.. Česká republika uvádí, že na jednu osobu připadá 75 kg zeleniny a 71 kg ovoce, ve Francii připadá 98 kg zeleniny a 117 kg ovoce na osobu. Ve Švédsku zkonzumuje jedna osoba za rok 88 kg zeleniny a 117 kg ovoce. Můžeme tedy konstatovat, že v České republice dospělá populace zařazuje méně ovoce a zeleniny než v porovnávaných zemích.

Obezita u dospělých byla zjištěna v České republice (v roce 2008) u 17 % dospělé populace (o 3 % více než v roce 1999). Nárůst obezity je však i ve srovnávaných zemích, kdy ve Francii stoupá počet případů od roku 2000 (ze 7 % na 12 % v roce 2008). Švédsko vykazuje menší počet populace trpících obezitou a to pouze v 10% (OECD Statistics, Non-Medical Determinants of Health)

Etická otázka v této oblasti se nabízí, zda mladiství a dospělá populace mají dostupné informace o zdravém životním stylu. Mladší populace se v současné době dobře orientuje v informační technologii a umí získávat potřebné informace z internetových stránek. Otázkou zůstává, jaké informace vyhledávají a zda jsou motivováni nastaveným vzdělávacím modulem ve školách zabývat se zdravým životním stylem. Výchova ke zdraví je zařazena ve školách do rodinné výchovy, ale záleží na osobnosti učitele, jakou formu výuky zvolí, aby motivoval ke zdravému životnímu stylu. Na zvyšujícím se počtu obézních mladistvých má patrně vliv i rozvoj rychlých občerstveních (MC Donald, KFC a dalších). i v malých městech najdeme podobné obchody a restaurace, které nabízejí nezdravou stravu. Ve školách najdeme často i automaty na

nápoje jako je coca-cola a sladké nápoje, které obsahují cukr. Je velice málo škol, které nabízejí automaty na mléko a mléčné výrobky. Otázkou zůstává, zda si děti kupují mléčné výrobky. Stres a hrozba nezaměstnanosti u dospělé populace (míra nezaměstnanosti v České republice je k 31. 5. 2012 8,2 %, MPSV portál) vede k tomu, že se zaměstnanci přizpůsobují pracovní dobou potřebám zaměstnavatelů. Rodina se často ocitá v časovém stresu a dřívější tradiční vaření teplých večeří se stalo minulostí. Nakupujeme polotovary, mastné výrobky, bílé pečivo ve snaze zvládat práci a rodinu. Tento aspekt má vliv nejenom na mladistvé, ale také i na dospělou populaci v nárůstu obezity. Dospělí mají jít příkladem svým dětem, které se učí od svých rodičů a napodobují jejich zvyky a rituály.

Mezi další indikátory spojené se zdravým způsobem života je konzumování alkoholických nápojů, a to jak u dospělých tak i u mladistvých, které zvyšují riziko kardiovaskulárních chorob a dalších civilizačních chorob. V České republice má zkušenost s alkoholickými nápoji 12,1 % dospělé populace, ve Francií je to 12,6 % a ve Švédsku 6,9 % populace. Švédsko od roku 2000 vyhlásilo program veřejného zdraví, který se zaměřil převážně na rodiny s dětmi, osoby se sníženým socioekonomickým statusem a dlouhodobě nemocné. Můžeme tedy konstatovat, že pokud je cíleně nastavený program dle zjištěných indikátorů, vede nesporně k cíli, ke zlepšení zdravotního stavu populace. Obezita, stres, kouření a alkohol jsou známky nezdravého životního stylu u celé populace vedoucí později ke zdravotním problémům.

Etickou otázkou je také, zda potraviny, které nakupujeme, jsou opravdu zdravotně nezávadné a vyhovují svou kvalitou, kterou deklaruje od výrobce. Jak je nastavená prevence obezity u mladistvých? **Je připraven zdravotní systém na programy prevence obezity u dospělé populace?** Na stav obézní populace velice dobře obchodně zareagovaly farmaceutické firmy. Díváme-li se každý den na televizi, v každé reklamní části mezi hlavními programy jsou nabízené zázračné tablety na hubnutí. V každém městě najdeme salony nabízející odtučňovací kůry, které jsou však velmi drahé.

V České republice se často řeší pouze následky špatného životního stylu. Samozřejmě, že je na každém jedinci, jak se o sebe stará, ale je nutné se více věnovat zdravotní gramotnosti přizpůsobené věku populace. Je zřejmé, že nárůst nezaměstnanosti a nízké příjmy obyvatel v současné době ovlivňují nezdravý způsobu života. Nezaměstnaný člověk nemá pocit bezpečí a jistoty v zajištění finančních prostředků pro rodinu, dostává se tak do stresové situace, kterou může i řešit nadměrnou konzumací alkoholu. **Determinanty zdraví a ovlivnění indikátorů je celospolečenský problém, který se netýká pouze zdravotnického systému. Je nutné se zaměřit na podporu kvalitních českých výrobků**

a jejich vstup na trh, do velkých obchodních řetězců. Dále se zaměřit na snižování nezaměstnanosti obyvatel, na programy související s podporou rodin s dětmi a na kvalitnější a dostupné bydlení pro nízkopříjmovou skupinu obyvatel.

10.4 Oblast Financování zdravotnictví a alokace zdrojů v rámci zdravotnického systému

Zdravotnické systémy můžeme mezi sebou srovnávat dle způsobu financování z veřejných rozpočtů, zdravotních pojišťoven a alokace zdrojů do vybraných segmentů. Alokaci finančních zdrojů do zdravotnického systému můžeme sledovat dle HDP (hrubý domácí produkt), který je součtem všech výdajů zdravotnických služeb zdravotnických prostředků, léčiv vyjádřeno procentech. Česká republika alokuje do zdravotnictví celkem 7,1 %, Švédsko 9,4 % a Francie 11,2 % finančních zdrojů (viz Graf č. 15). Dále je možné srovnat jednotlivé systémy dle celkových nákladů na 1 obyvatele na zdravotní péči v dolarech a dle alokace finančních prostředků na zdraví obyvatel. V roce 2010 se v České republice alokace finančních zdrojů se navýšila na 1 obyvatele na 1 884 dolarů, ve Švédsku 3 758 dolarů a ve Francii 3 974 dolarů na obyvatele**. Lze tedy konstatovat, že Česká republika vynakládá méně finančních prostředků na zdravotní péči na jednoho obyvatele za rok než ve srovnávacích zemích** (viz Graf č. 16)**.** Otázkou zůstává, zda je populace v České republice zdravější než v ostatních zemích. Dle výsledků vybraných onemocnění tomu tak není, ale asi hlavním faktorem nákladovosti bude nejspíše nižší cena za práci lékaře a nelékařského personálu. Finanční spoluúčast klienta je porovnatelná se Švédskem (17 %), ve Francii je spoluúčast vyšší (21 %), ale řešena formou připojištění u soukromých pojišťoven.

Mezi další ukazatele patří podíl celkových nákladů na předepsaná léčiva, která tvoří v České republice a Francií asi 2 % a ve Švédsku 1 % z celkových nákladů na zdravotní péči z HDP. Lze tedy konstatovat, že Švédsko alokuje méně finančních prostředků na léčiva, z čehož vyplývá, že švédská populace je zdravější než ve srovnávacích zemích.

Etickou otázkou v této oblasti zůstává, jak zajistit spravedlivou alokaci finančních zdrojů ve zdravotním systému? Přinese plánovaná restrukturalizace akutní lůžkové péče efekt zkvalitnění a dostupnosti zdravotní péče? Plánuje ministerstvo zdravotnictví a veřejné zdravotní pojišťovny ve světě již osvědčenou komunitní péči jako Švédsko? Bude do budoucna aplikovaná zdravotně sociální péče dle potřeb obyvatelstva nebo dle potřeb poskytovatelů? Přinese optimalizace sítě zdravotních a sociálních služeb zefektivnění zdravotně sociální péče?

10.5 Oblast rehabilitační a dlouhodobé péče

Problematiku rehabilitace u osob se zdravotním postižením lze chápat v širším kontextu. Je však velmi důležité jak je celý systém rehabilitace nastaven v rámci zdravotního a sociálního systému. Dle Rostislava Čeveli a Libuše Čeledové se jedná o tuto definici: *„Dle WHO (2006) je rehabilitace soubor opatření, směřujících k co nejrychlejší resocializaci jedince s postižením zdraví nemocí, úrazem, vrozenou vadou. Za resocializaci je považován návrat do aktivního společenského života, do zaměstnání. Poskytování rehabilitace ve všech jejích oblastech se proto musí řídit jednotnými základními principy, kterými jsou: včasnost; komplexnost, návaznost a koordinovanost; dostupnost, individuální přístup, multidisciplinární posouzení a součinnost. Pfeiffer, Votava, Jesenský a Novosad považují rehabilitaci za kombinované a koordinované využití léčebných, sociálních, psychologických, výchovně vzdělávacích i technických prostředků a postupů k výcviku jedince za účelem znovuzískání a upevnění nejvyšší možné výkonnosti, funkční schopnosti a soběstačnosti v postižení či nemocí dotčených oblastí života i ke stabilizaci zdravotního stavu jedince. Základním kamenem rehabilitačního procesu je léčebná rehabilitace a její ne/úspěšnost."* (Čevela, Čeledová, 2012, s. 14). **Problematika koordinované rehabilitace osob se zdravotním postižením patří již více než 10 let v České republice ke stále se opakujícím tématům. V zemích jako je Švédsko, je koordinovaná rehabilitace zavedena již několik let.** Tato země díky tomuto systému nerozlišuje dlouhodobou péči, neboť tato péče je součástí koordinované rehabilitace. Finanční prostředky na koordinovanou rehabilitaci se pohybují cca v 58 %. Francie má systém dlouhodobé péče a rehabilitační péči oddělený. Celkově se pohybuje alokace finančních zdrojů cca ze 43 % na rehabilitační péči. Zatímco Česká republika alokuje do této péče 53 %, (viz Graf č. 18). Je velmi těžké srovnávat druhou fázi této zdravotní péče, neboť každá země má systém rehabilitační péče jinak nastavený. Česká republika jak již bylo uvedeno, nemá žádný systém koordinované rehabilitační péče a ani systém dlouhodobé péče. Vše se děje pouze na základě *osvícenosti lékařů a dostupnosti zařízení v kraji*. Na základě vlastních zkušeností a z důvodové zprávy pracovní skupiny k problematice koordinované rehabilitace na ministerstvu práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) je zcela zřejmé, že záleží na zdravotnickém pracovišti, zda bude klientovi poskytnuta další rehabilitační péče. Revizní lékař hraje v celém systému další rehabilitační péče velkou roli, neboť musí souhlasit z další péčí klienta. V **tomto kontextu lze identifikovat, že ve Švédsku a Francii je tato péče nedílnou součástí přechodu z akutní fáze nemoci, zatímco v České republice se klientovi dostává této péče až i za několik**

měsíců po ukončení akutní fáze onemocnění. Nárok na kompenzační pomůcky jako chodítko, mechanický vozík se řeší s revizním lékařem. Do doby než revizní lékař schválí pomůcku (cca 3 měsíce) klient a jeho rodina shání kompenzační pomůcky po různých půjčovnách, nemají zajištěno ani bezbariérové bydlení atd. Etickou otázkou je dostupnost další rehabilitační péče a kompenzačních pomůcek nezbytné pro klienta, ale také jak má klient bez pomoci zvládat novou životní situaci? Můžeme se ptát, proč máme tak vysoké náklady na rehabilitační péči v rámci veřejného zdravotního pojištění? Jistě jsou tam započteny náklady na lázeňskou péči.

Dlouhodobou péči lze definovat jako nabídku komplexních zdravotně sociálních služeb pro osoby s dlouhodobě omezenou soběstačností, která je poskytována doma nebo v institucích. Velmi dobře vymezuje dlouhodobou péči recentní materiál, který byl vydán v rámci konference Švédského předsednictví Evropské unie a to*: „Dlouhodobá péče spojuje spektrum zdravotních a sociálních služeb, které jsou šity na míru potřebám lidí, kteří potřebují po delší dobu (extended period of time) pomoc v základních sebe obslužných aktivitách z důvodů chronické nemoci či jiné příčiny disability (a to včetně demence či jiných poruch duševního zdraví). Zahrnuje pomoc jak profesionální, tak i laických pečujících“* (Válková, Korejsová, Holmerová, 2009, s. 23). Systém dlouhodobé péče by měl být třetí fází zdravotně sociální péče o klienty. Zavedené koncepty dlouhodobé péče je velmi těžké porovnávat s ostatními zeměmi. Francie a Švédsko mají systémy dlouhodobé péče vyřešeny, zatímco Česká republika má dlouhodobou péči nesystémově rozdělenou mezi ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo práce a sociálních věcí. Můžeme tedy pouze diskutovat celkové finanční náklady na dlouhodobou ošetřovatelskou péči. Ošetřovatelský personál (všeobecné sestry) pracují na odděleních dlouhodobé péče. V České republice to jsou zejména oddělení Léčebny pro dlouhodobě nemocné a rezidenční služby sociální péče. Ve Švédsku a Francii to jsou převážně ošetřovatelské domy, kde pracuje ošetřovatelský personál, ale také pracovníci v sociálních službách. **Dle výše uvedených diskusních oblastí týkajících se zejména alokace finančních zdrojů do akutní péče je zřejmé, že systém zdravotní péče v České republice je více zaměřen na model akutní péče. Systém dlouhodobé péče je *popelkou* ve zdravotnictví a není dostatečně podporován ze strany zdravotních pojišťoven**. Podíváme-li se právě na tak důležitou oblast dostupnost kvalitní ošetřovatelské péče ve Švédsku, které alokuje téměř 8 % a Francie s více než 11 % do ošetřovatelské péče, oproti tomu Česká republika alokuje pouze 3,8 % finančních prostředků (viz Graf č. 19).

Etická otázka v tomto případě se nabízí sama, zda je dostatečně pokryta síť služeb ošetřovatelské péče pro klienty vyžadující dlouhodobou péči? Proč České zdravotnictví nereaguje na demografické změny a prodlužování délky života a následné změny zdravotně sociálních potřeb klientů? Proč zdravotní pojišťovny nezajišťují dostatečnou podporu financování ošetřovatelské péče u klientů převážně umístěných v pobytových sociálních službách? Platba za ošetřovatelskou péči se pohybuje cca 50-80 Kč za den na pokrytí ošetřovatelské péče. Diskuse nad otázkami nastavení systému dlouhodobé péče probíhají v České republice již 20 let. Nepodařilo se dosud najít konsenzus mezi jednotlivými ministerstvy, ministerstvem zdravotnictví a ministerstvem práce a sociálních věcí a pojišťovnami, jak dostatečně financovat tuto péči. Nová zákonná norma (Zákon 372/2011 o zdravotnických službách) sice definuje dlouhodobou lůžkovou ošetřovatelkou péči, ale to vůbec neřeší stávající problém dostupnosti, neboť na těchto lůžkách jsou hospitalizováni velmi těžce nemocní klienti. Chybí podpora zdravotní péče v terénních službách (domácí zdravotní péče, kde je alokováno pouze 0,6 % z celkových výdajů na zdravotní péči), ale také zároveň některé terénní sociální služby vznikají *živelně bez plánování.* Mezi další problémy patří financování sociálních terénních a ambulantních služeb, které by měly být částečně alokovány z příspěvku na péči od klienta. Kontrolní mechanismy k využívání příspěvku na péči byly nastaveny v dubnu letošního roku, ale není asi žádná zpětná vazba pro MPSV.

Další problém je, že sociální služby jsou velmi dobře zavedené ve velkých aglomeracích a v malých obcích není žádná služba nabízející pomoc či podporu klientům. Vznikají tak bílá místa v dostupnosti sociálních služeb.

11 Závěr

Zdravá populace by měla být nejvyšší hodnotou ve společnosti, neboť má vliv na alokaci finančních zdrojů do zdravotnického a sociálního systému. Zdravotnický systém ovlivňuje zdraví jedince, ale daleko významněji se podílí na životě jedince další determinanty zdraví (životní styl, genetika, bydlení a další). Disertační práce se zabývala historickým vývojem zdravotnického systému v České republice. Geneze vývoje systému je popisována z pohledu etických principů, jako je solidarita, rovnost a spravedlnost ve zdraví a alokací finančních zdrojů z pohledu solidarity zdravý a nemocný, chudý a bohatý. V historickém popisu vývoje zdravotnického systému byla pozornost věnována etickým principům v jednotlivých obdobích až do současnosti.

Pro srovnání, zda se náš nastavený zdravotnický systém opírá o etické principy, byly vybrány země Francii a Švédsko. Vybrané země jsou rozdílné v pojetí typu sociálního státu. **Francie reprezentuje sociální stát, který je konzervativně korporativní**, kdy je systém zdravotnictví založen na povinném zdravotním pojištění a dobrovolném soukromém pojištění, které je využíváno ke krytí spoluúčasti klienta za poskytovanou zdravotní péči**. Švédsko reprezentuje sociálně demokratický stát,** který je založen na univerzální sociálně zdravotní politice. Zdravotní péče je financována z povinného veřejného zdravotního pojištění a doplňkového dobrovolného pojištění, které slouží především ke krytí finanční spoluúčasti klienta na zdravotní péči. Švédsko dále reprezentuje stát, který postupně již 40 let systematicky rozvíjí zdravotnický systém. Česká republika prošla ve svém vývoji mnoha proměnami z pohledu typu státu. Po roce 1989 došlo k politické změně řízení státu a tak se sociální **stát postupně přetransformoval z pasivní pomoci na aktivnější zapojení občanů v odpovědnosti za své zdraví.**

Etický princip solidarity mezi chudými a bohatými, nemocnými a zdravými lze porovnat dle nastaveného systému sociálního zabezpečení a zdravotního pojištění ve srovnávacích zemích. V České republice se postupně vyvíjela solidarita od samostatného vzniku Československého státu (1918), která byla rozdílná v různých etapách vývoje historického vývoje. V současné době je solidarita uplatňována výší procentuálních odvodů finančních prostředků do sociálního a zdravotnického systému dle mzdy zaměstnanců a zaměstnavatelů. Za matky na rodičovské dovolené, seniory, nezaměstnané odvádí sociální a zdravotní pojištění stát. Spoluúčast klienta na zdravotní péči byla v roce 2011 cca 16 %

a to zejména z důvodu podílení se na platbách farmak a receptů, regulačních poplatků za recept, návštěv u lékaře a za hospitalizaci. (Zdravotnická ročenka České republiky, 2012) Ze zákona jsou vyjmenovány některé situace (limity), kdy klient nemusí hradit regulační poplatky (senioři, děti). V současné době nenabízí zdravotní pojišťovna a ani jiné komerční pojišťovny doplňkové připojištění, kromě produktů jako jsou životní pojistky, které obsahují finanční náhrady za smrt, invaliditu a jiné.

Ve Francii je součástí sociálního zabezpečení i zdravotní pojištění, kdy je spoluúčast klienta na zdravotní péči cca 20 %, ale 95 % Francouzů má sjednáno komerční připojištění na případnou finanční spoluúčast. Klient může v rámci vysoké spoluúčasti využít i nabízené výjimky, které se vztahují na dlouhodobě nemocné (nemocní s AIDS, nádorová onemocnění, diabetes a další), seniory (Fond solidarity ve stáří), a zdravotně postižené (Kubínová, 2007). Švédsko je zemí, která má zavedený systém centrálního řízení zdravotní péče financovaný univerzálním zdravotním pojištěním a také finanční spoluúčastí klienta na zdravotní péči. Podobně jako ve Francii si klient může sjednat doplňkové připojištění zdravotní péče. V rámci solidarity je také stanovena maximální hranice finanční spoluúčasti klienta. **Porovnáme-li princip solidarity v České republice se srovnávacími zeměmi, lze konstatovat, že nejsou velké rozdíly v nastavení etického principu solidárního zdravotnického systému**. Existuje pouze rozdíl v nastavení finanční spoluúčasti, kdy ve Francii a Švédsku si mohou klienti sjednat doplňkového zdravotní připojištění. Obě země mají nastavený systém dostupnosti a financování dlouhodově péče Česká republika má od roku 2009 zaveden systém ochrany některých socioekonomických skupin obyvatelstva (limit výše finanční spoluúčasti.). Nemá však oproti ostatním zemím zaveden systém péče o dlouhodobě nemocné klienty.

Etický princip rovnosti a spravedlnosti mezi všemi socioekonomickými skupinami obyvatelstva je mezi hlavním etickým principem dokumentu Zdraví 21 (dokument WHO), který by měl zaručit každému občanovi srovnatelné podmínky v přístupu ke zdraví. Každému občanovi by měla být bez rozdílu zaručena dostupná zdravotní péče. V České republice v současné době probíhají reformní změny ve zdravotnictví jako snaha o transformaci zdravotnického systému. Změny by měly spočívat zejména v restrukturalizaci lůžkové akutní péče. Je plánované posílení role aktivně rehabilitační péče a podpora ambulantní speciální péče. **V této souvislosti lze říci, že neustálé politické změny od roku 1989 brzdily rozvoj celého zdravotnického systému**. Reforma zdravotnictví byla v roce 1995 připravena odborníky, nicméně vlivem střídání se politických

stran nebyla v celém kontextu uskutečněna. Proto se současný zdravotnický systém nachází ve značném finančním deficitu.

Srovnávací země zvolily v rámci reformy zdravotnického systému informační kampaň na pochopení změn u klientů. Ministerstvo zdravotnictví České republiky nemělo připravenou cílenou komunikační strategií situaci ve vysvětlování změn ve zdravotnickém systému. Klientům byla reforma vysvětlována pouze jako snaha o regulaci chování jejich přístupu ke zdravotní péči. Rovnost a spravedlnost spočívá zejména v alokaci finančních zdrojů do zdravotnického systému. **V České republice se uplatňuje akutní model péče (51 % finančních prostředků) je alokováno do akutní lůžkové péče a ostatní tipy péče jsou podfinancovány (domácí zdravotní péče, geriatrická péče apod.). Akutní zdravotní péče je klientům poskytována na vysoké úrovni, ale další následná rehabilitační a dlouhodobá péče není na komunitní úrovni** dostatečně **rozvíjena, Zatímco** ve Francii a ve Švédsku je zaveden systém komunitní péče, kde hlavní roli v systému hraje lékař v primární péči a ošetřující lékař, který koordinuje zdravotně sociální péči o klienta. Ve Francii byla uskutečněna reforma zdravotnického systému v roce 2004 a výsledkem bylo efektivnější hospodaření ve zdravotnickém systému. Švédsko v roce 2000 zahájilo rozsáhlou kampaň v naplňování cílů veřejného zdraví, kde hlavní prioritou byla změna péče o dlouhodobě nemocné, seniorskou populaci a občany s nízkým socioekonomickým statutem. Rovnost a spravedlnost můžeme také hodnotit dle dostupnosti různých tipů zdravotní péče. Česká republika je stále orientovaná na akutní model péče bez následné koordinace další zdravotně sociální péče. Švédsko a Francie se v minolosti zaměřilo na restrukturalizaci akutního lůžkového fondu a posílilo zdravotně sociální péče na komunitní úrovni. Ve zdravotních systémech rozvinuly aktivně rehabilitační a dlouhodobou péči. **Česká republika má od zdravotních pojišťoven zavedené regulační mechanismy na poskytování aktivní rehabilitační a dlouhodobé péče.**

Hodnocení etického principu spravedlivé alokace finačních zdrojů můžeme také analyzovat a srovnávat ze dvou úhlů pohledů. Jedním z ukazatelů je alokace finančních prostředků z hrubého domácího produktu. **Česká republika alokuje méně finančních prostředků do zdravotnického systému než Francie a Švédsko**. Druhý úhel pohledu je celkový náklad na zdravotní péči na jednoho obyvatele. **Česká republika vynakládá méně finančních prostředků na zdravotní péči na jednoho obyvatele za rok než ve Francii a Švédsku. K těmto indikátorům můžeme připojit neefektivní rozložení akutní lůžkové péče v České republice a vyšší alokaci finančních prostředků do nemocniční péče**.

Dle výsledků studie ve srovnávacích zemích se uskutečnily reformní změny s pozitivním výsledkem finanční bilance ve zdravotnickém systému a zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. **Obyvatelstvo ve Francii a Švédsku je zdravější než v České republice, dožívají se vyššího věku bez zdravotního omezení**. Tento pozitivní trend zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva je prokázán na příkladu mortality a morbidity na kardiovaskulární onemocnění. Na příkladu kardiovaskulárních onemocnění bylo dále prokázáno, že léková politika (vyšší ceny léčiv nez v ostatních zemích) a farmakologická léčba klienta (léčba zvýšené hladiny cholesterolu) není aplikována dle doporučených standardů léčby**. Obecně lze říci, že se Česká republika snaží řešit problematiku kardiovaskulárních chorob, ale nedosahuje takových výsledků jako srovnávací země.**

Etický princip práva na zdraví je uplatňován ve všech srovnávacích zemích. Právo na zdraví je zabezpečeno ve všech srovnávacích **zemích Ústavou, která zabezpečuje všem obyvatelům právo na zdraví v solidárním systému, aby ochránily všechny socioekonomické skupiny obyvatel. V** České republice jsou uplatňovány mezinárodní úmluvy a právní normy, které mají pomoci obyvatelům uplatňovat toto právo. V letošním roce vstoupil zákon o zdravotnických službách akceptující právě mezinárodní úmluvu (Konvenci o biomedicíně), která překonala zákon o zdraví lidu (z roku 1966). Právní úprava řeší kromě dalších změn i práva nemocných, institut posledního přání a dále povinnosti zdravotnického zařízení v další koordinaci péče o klienta. Další reformní krok v České republice je stanovení časové a místní dostupnosti zdravotní péče (2/2012 nařízení vlády České republiky platné od roku 2013), kde je právo na zdraví definováno pomocí časové dostupnosti vyjádřené v minutách dojezdu na jednotlivá základní a specializovaná zdravotnická pracoviště a čekací doby plánovaných náročných operačních výkonů (např. náhrada kyčelního kloubu, operace šedého zákalu a další operací).

Ve srovnávacích zemích je **zavedena role lékaře formou „gatekeepingu", který koordinuje celý proces zdravotní péče o klienta. Dále je ve Francii a Švédsku podporována a rozvíjena regionální zdravotní péče, která se opírá především o lékaře v primární péči, ambulantní specialisty nelékařské pracovníky v poskytování zdravotně sociální péče.** Je uplatňován multidisciplinární přístup péče o klienta. Postupně redukují lůžka v akutní péči ve zdravotnických zařízeních.**V České republice lékař v primární péči nepřebírá odpovědnost za celý léčebný proces o klienta**. Často se stává, že klient přichází ke specialistovi bez doporučení k vyšetření od lékaře v primární péči a může navštívit i více lékařů specialistů dle vlastní volby. Nekoordinovaný způsob řízení zdravotní péče o klienta navyšuje finanční prostředky čerpané z všeobecného zdravotního

pojištění. Zdravotní pojišťovny v roce 2013 plánují redukci plánovanou akutní lůžkové péče ve zdravotnických zařízeních**. Otázkou však zůstává, zda připravované reformní opatření ve zdravotnictví budou ve prospěch rozvoje a dostupnosti sítě dalších návazných typů péče, jako je následná aktivně rehabilitační péče a dlouhodobá péče.**

Zdravý životní styl je hlavní determinantou vzniku kardiovaskulárních chorob a jiných chronických onemocnění. **Česká populace nedosahuje srovnatelné úrovně sledovaných indikátorů zdravého životního stylu u dospívající a dospělé populace** (konzumace ovoce, zeleniny, tělesnou aktivita, kouření, obezita, požívání alkoholu). Hledáme-li odpověď, proč žijeme tak nezdravě, než ve srovnávacích zemích, jednou z příčin může být nedostatečná zdravotní gramotnost, stresující životní styl a ztráta jistoty zaměstnání.

Závěrem lze říci, že zdravotnický systém v České republice je stále v přípravách reformních změn, které by byly vhodné uskutečnit v souvislosti s deficitem veřejných prostředků. Francie a Švédsko jsou země, které si prošly reformními změnami ve zdravotnickém a sociálním systému a proto je možné se inspirovat i v implementaci některých systémových změn. Velkou příležitostí pro Českou republiku je nastavení aktivně rehabilitační lůžkové péče, ambulantní a dlouhodobé péče na komunitní úrovni. Podporovat realokaci finančních prostředků do zmiňovaných typů péče o klienta a účelněji využívat finanční prostředky z veřejných zdrojů.

Seznam literatury

Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče, výstup z individuálního projektu MPSV, Praha, 2011

Analýza příjemců příspěvku na péči a potencionálních klientů dlouhodobé péče, výstup z individuálního projektu MPSV, Praha, 2011

Anderson, R., Kickbusch I.: Health Promotion: A Resource Book. WHO Reg. Office for Europe, Copenhagen, 1990.

Braveman, P., Gruskin, S. Defining equity in health. J. Epidemiol Community Health 2003

BRUTHANSOVÁ, D., JEŘÁBKOVÁ, D. Koordinovaná rehabilitace, Praha, Výzkumný ústav práce a sociálních věcí,v.v.i.,2012

BŘESKÝ, E. Sociální zdravotnictví., Dr.Ed.Grégr a syn, Praha, 1926

Celková spokojenost obyvatel se zdravotnickým systém v ČR, Praha, červen 2011, Centrum pro výzkum veřejného mínění., CVVM SOÚ AV ČR, http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/…/c1/…/es121213, on–line 9. 12. 2012

ČAP, J. Vývoj sociální péče na Náchodsku In Almanach Bartoňův okresní chorobinec, Sborník vydaný k příležitosti 80 let existence Domova pro seniory Náchod, 2011

ČABANOVÁ, B, HÁVA, P. Spravedlnost a solidarita v oblasti sociálně zdravotnických služeb, Praha, vydal Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2008

ČABANOVÁ, A. Peníze do zdravotnictví chce Ráth vybrat na daních, Praha, Lidové noviny, červen 2009, http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=425924 on-line 22. 6. 2011

České zdravotnictví v roce 2050, Modely finanční udržitelnosti zdravotnictví v ČR, Praha, MZ, 2009

ČZF (2003) Aktualizace studie na zjištění citlivosti a schopnosti občanů akceptovat prvky motivace a spoluúčasti na péči. Projekt Českého zdravotnického fóra prezentováno v Telč 28.-29. listopadu 2003.

DAAR, K. Ethics in health services management, 4. vydání, Health Profession Press, Inc. Baltimore, 2010

Děti neplatí od 1. dubna u lékaře, jim i seniorům klesá limit, Praha, ČTK, březen 2009, http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=413994, on-line 22. 6. 2011

DIDERICHSEN, F. Public Equity-oriented national strategy for public health in Sweden A case study Health Sciences, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden Department of Public Health Sciences,2001. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/119916/E69911.pdf, on-line 10. 11. 2011

DOSTÁL, O. Právo a přístup ke zdravotní péči, Praha, přednáška, http:// www.czf.cz/clanek, on–line 22. 6. 2009

DOSTÁL, O. Zdravotní politika a medicínské právo, č. 1 Zdravotnictví a finance, 2005

DRBAL, C. The role of specialist ambulatory care in the health care system [in Czech]. Zdravotnictví v České republice. 1999

ELTERLEIN, E. A kol. Sociální lékařství a organizace zdravotnictví I, ILF Praha. 1984

ELTERLEIN, E. A kol. Sociální lékařství a organizace zdravotnictví II, ILF Praha. 1984

ELTERLEIN, E. A kol. Sociální lékařství a organizace zdravotnictví III, ILF Praha. 1984

ENGLIŠ, K. Sociální politika. Praha: Topič, 1921.

ESPING-ANDERSEN, G. (1999): Social Foundations of Postindustrial Economies. Oxford: Oxford University Press. ISBN 0-19-874201-0.

Evropská sociální charta, Praha, leden 2000, sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 14/2000 Sb.m.s. http://www.mpsv.cz/files/clanky/1218/esch.pdf, on-line připojení dne 23. 6. 2009

Evropská komise. 2012. Healthy life years statistics. Eurostat. Dostupné na: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthy_life_years_statistics

European Commission. 2012. HEIDI data tool database. Available at: http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm

FEJTEK, P., PÁNKOVÁ, M. Etika veřejné správy na místní úrovni soubor modelových iniciativ, Praha, AMOS Typografické studio, 2003

GIDDENS, A. Sociologie, Praha, přeložil Jan Jeřáb, Argo, 1997

GIDDENS, A. Třetí cesta a její kritici, Praha, Mladá fronta, 2004

GLADKIJ, I. a kol. Management ve zdravotnictví, Brno, Computer Press, 2003

Grémium majitelů lékáren zveřejní další postup proti krajům, Praha, ČTK, červen 2009, http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=426568, on-line připojení dne 23. 6. 2009

HÁLA, V. Universalismus v etice jako problém, Praha, FILOSOFIA, nakladatelství Filosofického ústavu AV ČR, 2009

HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří, 2. vydání podstatně přepracované a doplněné, Praha, Havlíček Brain Team, 2010

HAŠKOVCOVÁ, H. Informovaný souhlas Proč a jak? Praha, Galén, 2007

HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika, 3 vydání, Praha, Galén, 2002 HAŠKOVCOVÁ, H: Může být zdravotní systém sociálně spravedlivý?, Zdravotnické noviny (příloha 20) 20. ledna 1995 HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2., přepr. vyd. Praha: Galén, c2007, 244 s. ISBN 978-807-2624-713.

Health at a Glance 2010, OECD, 2010

Health at a Glance, OECD indicators 2011, Paris, Health Data 2011, data extracted on 25 Oct 2012 11:24 UTC (GMT) from OECD.Stat

HEJDUK, Z. Přehled financování jednotlivých segmentů zdravotní péče v ČR, Projekt Optimalizace sítě zdravotních a sociálních služeb, prezentováno Praze 4. 11. 2011

HEVLIGEROVÁ, J. Senátoři jsou pro poplatky, chtějí zlevnit léky, Praha, E 15, červen 2009, léky, http://www.zdravotnickenoviny.cz/scrips/detail.php?id=430238, on-line připojení dne 23. 6. 2009

HOLČÍK, J., KOUPILOVÁ, I. Plýtvání v systému péče o zdraví jako významný medicínský, etický, ekonomický a sociální problém, Postgraduální medicína, roč. 3,2002

HOLČÍK, J. Podpora zdraví a její teoretická východiska, Podpora veřejného zdraví: teorie a praxe, Hygiena, suplementum, 2008, č.1.

HOLČÍK, J. Primární zdravotní péče v České republice: Stručná historie a aktuální otázky, Integrovaná péče. 2000

HOLČÍK, J. Reforma zdravotnictví, Zdravotnictví v České republice, roč. 9, 2008, č. 3,

HOLČÍK, J. Zdraví jako individuální a sociální hodnota, Zdravotnictví a finance, 2005, č. 1

HOLČÍK, J. Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví, Brno, MSD, 2009

HOLČÍK, J. Zvládání zdravotních nerovností. Zdravotnictví v České republice, roč. 9. 2010, č. 8

HOLČÍK, J. 2010. Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD.

HOLČÍK, J., ŽÁČEK, A. Sociální lékařství. Vydavatelství Masarykovy univerzity, Brno 1995.

HOLČÍK, J. Zdraví 21. Výklad základních pojmů. (Úvod do evropské zdravotní strategie Zdraví pro všechny ve 21. století). Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha 2004.

HOLMEROVÁ, I. Komunikace a etika v geriatrii. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. Etika a komunikace v medicíně. 1. vyd. Praha: Grada, c2011, 528 p. ISBN 978-802-4739-762.

CHLEBNÁ, L. Levice omezila poplatky, prosadila jejich zrušení, Praha, zdravotnické noviny, květen 2009, http://www.zdravotnickenoviny.cz/scrips/detail.php?id=422685,

JAKUBOWSKI, E., CHAMBERS, G. Health care systems in the EU-A comparative study, upraveno autory, zdroj Kulatý stůl, Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR, 1998

JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. Úvod do veřejného zdravotnictví. Praha, Portál s.r.o., 2009

KALVACH, Z, ZADÁK, Z, JIRÁK, R. et al. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha: Avicenum, Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KEBZA, V. Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia, 2005.

KELLER, J. Soumrak sociálního státu, Praha, Sociologické nakladatelství, 2006

Kraj zaplatil za pacienty 3,7 milionu korun, Praha, IDNES červen 2009, http://www.zdravotnickenoviny.cz/scrips/detail.php?id=429257, on-line připojení dne 23. 6. 2009

KREBS, V. a kol. Sociální politika, Praha, ASPI a.s., 2007

KREBS, V. a kol. Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech, Praha, Výzkumný ústav práce a sociálních věcí,v.v.i., 2009

KŘÍŽOVÁ, E. Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání, 3. Lékařská fakulta UK, Praha grant IGA MZ ČR, 1998

KUBÍNOVÁ, M. Systém financování zdravotní péče v ČR a ve Francii, diplomová práce, Brno, Masarykova univerzita, Ekonomicko správní fakulta, 2007, vedoucí diplomové práce Zuzana Darmopilová

Listina základních práv a svobod jako součást ústavního pořádku České republiky, Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998, http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html, on-line připojení dne 23. 6. 2010

MACEK, J. Základy sociální politiky. I, Úkoly a zásady. Praha: A. Svěcený, 1925.

MÁTL, O., JABURKOVÁ, M. Naše zdravotnictví po vstupu do Evropské unie, Praha, publikace vydána za podpory klubu Evropské lidové strany-Evropských demokratů při Evropském parlamentu, 2007

Marmot, M. 2010. Fair society, healthy lives (The Marmot review). Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. The Marmot Review (February 2010). dostupné: www.ucl.ac.uk/marmotreview

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností disability a zdraví, Praha, Grada, 2010

MITCHELL, E. Typologizace sociálního státu v díle G. Esping-Andersena, leden, 2010 http://www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=337&lst=119, on line připojení dne 12. 10. 2011

MPSV. Postavení a diskriminace seniorů v České republice. Sborník z mezinárodní konference. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Praha 2006.

MUNKOVÁ, G. A kol. Sociální politika v evropských zemích, Praha, Karolinum, 2005

Národní kardiovaskulární program, Praha, leden 2000, Česká kardiologická společnost, http://www.kardio-cz.cz/.../51_Narodni_kardiovaskularni_program.pdf, on-line připojení dne 10. 6. 2011

Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, SBÍRKA ZÁKONŮ, ČESKÁ REPUBLIKA Částka 110 307/2012

Návrh Koncepce zdravotnictví na léta 2005-2009 (souhrn), Praha, leden 2005, Ministerstvo zdravotnictví ČR, http://hpsource.org/dl.html?doc=7c590f01490190db0ed02a5070 e20f01, on-line 10. 6. 2011

Návrh na zrušení ustanovení § 11 odst. 1 písm. f), § 12 písm. n), § 13 odst. 3 až 8, § 16a odst. 1 písm. f), odst. 9 až 11, § 17 odst 4 ve slovech „a s označením variant zdravotní péče podle § 13", § 32 odst. 5 a § 44 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění zákona č. 270/2008 Sb., zákona č. 59/2009 Sb., zákona č. 298/2011 Sb. a zákona č. 369/2011 Sb., Brno prosinec 2011, http://www.concourt.cz/tisk/GetFile?id=6046, on-line 20. 1. 2012

Názory veřejnosti na zdravotní systém a spoluúčast pacientů v České republice, Praha, SOCIO web, březen 2011, 03_2011, http://www.socioweb.cz/upl/editorial/ download/188, on-line 10.6. 2012

NEČAS, J. 20 let sociální péče v Československé republice, publikace sociálního ústavu Československé republiky č. 74 Praha, vydalo ministerstvo sociální péče, státní tiskárna, 1938

NOVÁKOVÁ, L. Proces reformy zdravotnictví v ČR v systému národního hospodářství, diplomová práce, Brno, Masarykova univerzita, Ekonomicky-správní fakulta, 2006, vedoucí diplomové práce, Petr Musil

NOVOTNÁ, M. Lékařství na Moravě v Pobělohorském období, diplomová práce, Brno, Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, 2007, vedoucí diplomové práce Zbyněk Sviták

PAICHL, P. Rozvoj české chirurgie, Praha, http://www.paichl.cz/paichl/knihy/ CHIRURGI_Praha.htm, on-line 28. 8. 2011

PAPEŽ, Z. Primary care and health care system [in Czech]. Zdravotnictvi v Ceske republice. 1998

PAVLÍKOVÁ, O. Co se stalo v Českém zdravotnictví v roce, Zdravotnické noviny, 2009, roč. 2,

Pojišťovna Metal-Aliance dala pokutu za nevybírání poplatků, Praha, ČTK, květen 2009, http://www.zdravotnickenoviny.czscrips.detail.php?id=423724, on-line připojení dne 23. 6. 2009

PAYNE, J. et al. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005.

POKORNÝ, M. Opozice bere nemocnicím miliardy, Praha, Hospodářské noviny, květen 2009, http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=423020, on–line připojení 7. 7. 2009

POTŮČEK, M. a kol. Jak jsme na tom. A co dál?, Slon, Praha, 2005

POTŮČEK, M. Cesty z krize, Praha, Slon, 2011

POTŮČEK, M. a kol. Průvodce krajinou priorit pro Českou republiku, Gutenberg, Praha, 2002

POTŮČEK, M. Křižovatky české sociální reformy Praha, Slon, 1999

POTUČEK, M., a kol. Veřejná politika, Praha, Slon, 2005

PRUDKÝ, L. a kol. Studie o hodnotách. Plzeň:Aleš Čeněk, 2009

Přehled koncepčních materiálů ke zdravotnictví v Č, Praha, MZ, 2009

Reforma zdravotnictví, Praha, přednáška, 2008 Ministerstvo zdravotnictví ČR, http://www.ods.cz/docs/dalsi/reformni_kroky_vlady-julinek.pdf, on–line 20. 10. 2010

Reformy zdravotnických systémů-poučení ze zkušeností, Kostelec nad Černými lesy, IZPE, 2004

SOKOL, J. Etika a život, Praha Vyšehrad, 2010

SOKOL, J. Moc, peníze a právo, Plzeň,Vydavetelství a nakladatelství A. Čeněk, 2007

SOKOL, J. Malá filosofie člověka a slovník filosofických pojmů, 6. přepracované vydání, Praha: Vyšehrad, 2010

SOLAR, O., IRWIN, A. Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. WHO, květen 2005.

Soud Rathovi zavrhl i slevové kupony, Praha, Zdravotnické noviny, květen 2009, http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=426568 on-line připojení dne 23. 6. 2009

Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2011, Praha, vydalo MPSV, 2011

SVERDÍK, M, Kraj platí za stále více lidí, Praha, IDNES, červen 2009, http://www.zdravotnickenoviny.cz/scrips/detailphp?id, on-line připojení dne 23. 6. 2009

ŠIMEK, J., ŠPALEK, V., KŘÍŽOVÁ., E., JANEČKOVÁ, H. Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa, Praha, Karolinum, 2002

ŠTEFLOVÁ, A. Development of primary care in the Czech Republic [in Czech]. Lekarske listy. 1998

TAJOVSKÝ, L., TOMÍČEK, P., CHALUPECKÝ, P. Švédský model a jeho vývojové fáze, Ekonomická revue – Central European Review of Economic Issues, č. 12, 2009

Text nálezu ve věci Pl ÚS 1/08 – návrh na zrušení zákona o stabilizaci veřejných o stabilizaci veřejných rozpočtů, Zákon č. 261/2007 Sb., http://www.acmn.cz/file.php?nid=1140 &oid=955160, on-line 20. 6. 2011

The right to the highest attainable standard of health , srpen 2000, http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/ ...e... /comentario_14_ingles… , on-line 10. 11. 2010

TOMEŠ, I. Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenost, 2 vydání, Praha, Socioklub, 2001

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, Praha, duben 1997, Série Evropských úmluv - č. 164, http://www.komorazachranaru.cz/download/umluva_o_biomedicine .doc, on-line 10. 6. 2011

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením a Opční protokol, Praha, vydalo MPSV,

Univerzita Karlova v Praze, Praha, květen 2004, seminář k dílu prof. MUDr. Jana Horbaczewského, http://www.ukrajinci.cz/cs/publikace clanky/detail/jan horbaczewski-1551854 51942/, on-line 10. 6. 2011

VÁLKOVÁ, M., KOREJSOVÁ, M., HOLMEROVÁ, I. Diskusní materiál k východiskům dlouho péče v České republice, Praha, vydalo MPSV, 2009

VEPŘEK, J. PAPEŽ, Z. VEPŘEK. P. Systém změn v režimu úhrady za poskytnuté zdravotní služby (1. Etapa) Praha, Útvar vědeckých informací při MZČR, 1995

VEPŘEK, J. VEPŘEK, P. JANDA, J. Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra, Praha, Grada Publishing, 2002

VEPŘEK, P. Zdravotnictví řízené občanem, II. kolo reformy zdravotnictví, Praha, leden 2006 s 1 http://www.sdruzeniobcan.cz/index.php?cmd=page&id=4&LanguageID=1, on line 9. 10. 2011

VOSTATEK, J, Zdravotní pojištění a zabezpečení, Zdravotní pojištění a zabezpečení, Zdravotnictví v ČR, roč. 3, 2010

World Health Organization. 2012. Obesity. Facts and figures. Dostupné na stránkách WHO (14. března).

World Health Organization. 2012 Global status report on alcohol and health 2011. Geneva: WHO.

Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR, Praha, vydalo MPSV, 2012

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči zdraví lidu, 20/1966 Sb., http:/www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?r=1966&cz=20, on–line 20 .6. 2011

Zákon č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů z dne 19. září 2007 http://portal.gov.cz/zakon/261/2007, on–line 20. 6. 2011

Zákon č. 369/2011, 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 některé další zákony, http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=75482&nr=369~2F2011&rpp=15#local-content on-line 11. 10. 2012

Zákon č.. 372/2011 Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=75500&nr=372~2F2011&rpp=15#local-content on–line 11. 10. 2012

ZAVÁZALOVÁ, H. a kol., Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví, Praha, Nakladatelství Karolinum, 2004

Zdraví 21, Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace, Praha, MZ, 2001

Zdravotnická ročenka Česká republika 2009, Praha, ÚZIS, 2009

Zdravotnická ročenka Česká republika 2011, Praha, ÚZIS, 2011ročen

Zdravotnictví za hranicemi: Přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích, Praha, MZ, 2009 ka, Z Zdravotnická

Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR, Identifikované problémy financování a možnosti jejich řešení, Praha, MZ, 2009

ŽÁKOVÁ, J. Historické proměny nezaměstnanosti, diplomová práce, Olomouc, Univerzita Palackého, Katedra pedagogiky, 2010, vedoucí práce: Pavel Neumeister

Seznam grafů

Graf 1: Základní zdroje financování služeb sociální péče 72
Graf 2: Komaparativní analytické schéma procesů ve zdravotnictví 121
Graf 3: Naděje na dožití ve věku 45 let 137
Graf 4: Naděje na dožití ve věku 65 let 138
Graf 5: Počet případů úmrtí na ischemickou chorobu srdeční (přepočet na 100 tis. obyvatel) 139
Graf 6: Počet případů úmrtí na akutní infarkt myokardu (přepočteno na 100 tis. obyvatel) . 140
Graf 7: Procento populace starší 15 let každodenně kouřící tabákové výrobky 144
Graf 8: Podíl populace starší 15 let trpící obezitou 145
Graf 9: Počet akutních lůžek na 100 tis. obyvatel 146
Graf 10: Počet nestátních lůžkových zdravotnických zařízení (procento z celkového lůžkového fondu) 147
Graf 11: Průměrná délka hospitalizace ve zdravotnických lůžkových zařízeních 148
Graf 12: Počet praktických lékařů přepočtený na 100 tis. obyvatel 149
Graf 13: PTCA postupy na 100 tis. obyvatel 151

Graf 14: Spotřeba léků na snižování hladin cholesterolu v krvi na 1 000 obyvatel a den ... 152
Graf 15: Náklady na zdravotní péči jako podíl hrubého domácího produktu (v %) 153
Graf 16: Celkové výdaje na zdravotnictví v roce 2010 (v %) 154
Graf 17: Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele (v dolarech) 155
Graf 18: Náklady na zdravotní péči dle jednotlivých typů zdravotní péče (v %) 156
Graf 19: Financování dlouhodobé ošetřovatelské péče jako podíl z celkových výdajů na zdravotnictví 157
Graf 20: Celkové výdaje na léky a ostatní zdravotnické zboží krátkodobé spotřeby (% z celkových výdajů na zdravotnictví) 157
Graf 21: Spotřeba léků na snižování hladiny cholesterolu v krvi –denní dávka 158
Graf 22: Tržby z prodeje léčiv armaceutických firem (% z celkového prodeje) 159