

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií
Katedra veřejné a sociální politiky

Bc. Lucie Řezníčková

**Česká zdravotní politika po roce 2010
v kontextu Hegerovy reformy zdravotnictví**

Diplomová práce

Praha 2015

Autor práce: **Bc. Lucie Řezníčková**

Vedoucí práce: **MUDr. Petr Háva, CSc.**

Rok obhajoby: **2015**

Bibliografický záznam

ŘEZNIČKOVÁ, Lucie. *Česká zdravotní politika po roce 2010 v kontextu Hegerovy reformy zdravotnictví*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky, 2015. 92 s. Vedoucí diplomové práce MUDr. Petr Háva, CSc.

Abstrakt

Diplomová práce „Česká zdravotní politika po roce 2010 v kontextu Hegerovy reformy zdravotnictví“ pojednává o významné institucionální změně, jež proběhla v právních normách českého zdravotnictví v období pravicové vlády, proklamující své kroky jako nutné reformy ke stabilizaci veřejných rozpočtů. Cílem této práce je kriticky reflektovat vývoj české zdravotní politiky v období 2010–2013 se zaměřením na případ reformy ministra Leoše Hegera. V rámci metodického přístupu práce využívá metody institucionální analýzy, kritické diskurzivní analýzy a dalších metod analyzujících daný politický proces. Hlavním teoretickým východiskem práce je kritická sociální teorie neoliberálního přístupu, jež ovlivňuje jednání aktérů v českém zdravotnictví. Mezi další teorie, z nichž práce vychází, patří studium zdravotnických systémů, jejich funkcí a cílů, zdravotní politiky a její změny mimo jiné v kontextu lidských práv se vztahem ke zdraví a mezinárodního diskurzu. Diplomová práce identifikuje argumentaci neoliberální ideologie u tvůrců české zdravotní politiky v procesu zdůvodňování reformních kroků. Vyhodnocuje rovněž nelegitimitu reformních změn neakceptací protikladného názoru vůči reformám ze strany veřejnosti či nedostatečnou reflexí mezinárodních dokumentů, k nimž se ČR zavázala. Zákonné normy představené reformy přinášejí novou terminologii, jež se neshoduje s pojmy stanovenými Listinou základních práv a svobod a mezinárodními pakty a umožňuje pronikání partikulárních podnikatelských zájmů do českého zdravotnictví pod záštitou neoliberálního přístupu.

Klíčová slova

Zdravotnický systém, zdravotní péče, zdravotní služby, zdravotní politika, lidská práva se vztahem ke zdraví, reforma zdravotnictví, institucionální změna, neoliberalismus

Rozsah práce:

Tato diplomová práce má bez abstraktu, tezí diplomové práce, seznamu použité literatury a příloh 92 stran, tedy 185 198 znaků (včetně mezer).

Abstract

The diploma thesis "Czech Healthcare Policy after 2010 in the Context of Heger's Reform", deals with the significant institutional change that was implemented in Czech healthcare law during the right-wing government, which claimed its reforms were necessary in order to balance the budget. The aim of this work is to analyze the development of Czech healthcare policy in the period 2010–2013 with respect to the case of Heger's reform. This thesis uses different methods of analyzing the political process, for example methods of institutional analysis, critical discourse analysis, and other methods. The main theoretical basis of this work consists of a social critique of the neoliberal approach to Czech health care policy, and of a study of healthcare systems, their functions and goals, and a study of health policy and its changes. Attention is paid especially to the context of human rights related to health and the international discourse. This thesis identifies the arguments of neoliberal ideology in the policy-making of Czech healthcare policy makers in the process of justifying reforms. It evaluates the legitimacy of reform changes that don't accept the opinion of the public and don't respond to the international discourse, and investigates how the reform introduces new legal terminology which doesn't correspond with the terms used in the Charter of Fundamental Rights and Basic Freedoms, concluding that there are obvious connections between the new terminology and the efforts of policy makers to let private interests influence the process vis-a-vis Czech healthcare policy.

Keywords

Health care system, health care, health services, health policy, human rights related to health, health care reform, institutional change, neoliberalism

Scope

This thesis has without abstract, draft of thesis, bibliography and appendixes 92 pages, thus 185 198 characters including spaces.

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti pro účely výzkumu a studia.

V Praze dne 14. 5. 2015

Bc. Lucie Řezníčková

Poděkování

Mé poděkování patří MUDr. Petru Hávovi, CSc. za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování diplomové práce věnoval. Rovněž chci poděkovat svému příteli a rodině za jejich podporu a trpělivost při psaní diplomové práce.

TEZE DIPLOMOVÉ PRÁCE



Univerzita Karlova v Praze

Fakulta sociálních věd
Institut sociologických studií
Katedra veřejné a sociální politiky

PŘEDPOKLÁDANÝ NÁZEV DIPLOMOVÉ PRÁCE:

Česká zdravotní politika po roce 2010 v kontextu Hegerovy reformy
zdravotnictví

DIPLOMANT: Bc. Lucie Řezníčková

KONZULTANT: MUDr. Petr Háva, CSc.

1. Úvod do výzkumného problému

České zdravotnictví se v souvislosti s pádem totalitního režimu po roce 1989 vyrovnávalo s rychlými reformními změnami podmíněnými ideovými východisky neoliberalismu pronikajícího skrze mezinárodní i národní aktéry do české politiky. Podporovatele těchto myšlenek lze spatřovat v tehdejšímu působení Světové banky a Washingtonského konsensu zastřešujícího rady, jak se co nejrychleji vypořádat s nově nabytou demokracií, ekonomickou a politickou svobodou a volným trhem peněz a zboží. Ekonomickou reformu doplňovaly paralelní změny Ústavy ČR znamenající zásadní mezník českého právního řádu přijetím nových reformních zákonů či vznikem Listiny základních práv a svobod.

Devadesátá léta dvacátého století nepřinesla pouze privatizační procesy ekonomického charakteru, ale také deetatizaci v mnoha oblastech veřejného života, včetně zdravotnictví. Vedle rozvoje medicínsko-farmaceutického průmyslu či soukromých poskytovatelů zdravotní péče byl hlavním předělem v historii českého zdravotnického systému vznik veřejného nestátního zdravotního pojištění.

Diskuse odborné i laické veřejnosti se dnes týkají především otázek zajištění dostupné zdravotní péče různým skupinám obyvatel, problematiky existence kvalitního a efektivního zdravotnictví či rozsahu zásahů soukromého sektoru do zdravotnictví. Dnešní společnost a její sdílené hodnoty jsou otráseny neustálými změnami a globalizačními tendencemi po celém světě na pozadí diametrálních odlišností bohatých a strádajících ekonomik. Důraz na majetkové zázemí, individualismus a schopnost prosadit se předznamenává vnímání peněz a blahobytu jako základního pnutí v každé osobnosti.

Podstatným hlediskem zdravotnických systémů jsou jejich funkce, cíle a výsledky. Mezi funkce zdravotnického systému řadíme naplňování lidských práv se vztahem ke zdraví z hlediska ochrany zdraví a zajištění dostupné zdravotní péče různým skupinám obyvatel. Dále je to řízení rizika výskytu nemoci a od něj odvozených potřeb zdravotní péče. Pro tuto oblast má přední význam zdravotní pojištění, organizace služeb, rozvoj technologií, diagnostika nemocí, léčba a rehabilitace nemocných a zajištění jejich návratu do produktivního života. Primární cíle zdravotnického systému jsou zlepšení zdraví, ekvita ve zdraví nebo ekvita ve financování. Výsledky zdravotnických systémů se odvíjejí od míry dosažení požadovaných cílů a dodržení základních funkcí systémů (Kutzin 2010: 5; Gilson 2012: 23).

Proces změn zdravotnických systémů po druhé světové válce prošel třemi výraznými etapami (WHO 2000: 12–14; Figueras, McKee 2012: 12–15):

1. obdobím expanze a extenzivního rozvoje nabídky služeb,
2. obdobím krizového hospodářského vývoje 70. let a snahou reagovat na omezující ekonomické podmínky uplatněním nástrojů na straně nabídky a poptávky zdravotnických služeb mimo jiné oslabením role státu,
3. obdobím probíhajícím od 90. let minulého století návratem k univerzálním přístupům a debatám o lidských právech se vztahem ke zdraví zaštitěné především působením mnoha mezinárodních organizací jako WHO, EU, OECD, a další.

V prostředí zemí bývalého socialistického uspořádání dochází od 90. let k významným změnám v přístupech zdravotních politik k naplňování principů zdravotnických systémů především díky politické a ekonomické transformaci. Reformní procesy v bývalých sovětských republikách provázejí totožné výsledky a problémy, i když tyto země mnohdy vycházejí z odlišných právních a politických změn (Rechel, Richardson, McKee 2014: 9–21). Základní trend představuje orientace na tržní mechanismy a jejich přesun do oblasti zdravotní péče bez ohledu na možné sociální důsledky. Zdravotnický systém v důsledku zvyšujících se nerovností neplní své základní funkce jako je např. ekvita ve zdraví. Státy se potýkají s vysokým podílem chronicky nemocných lidí či obyvatel nedosahujících ani na kvalitní bydlení. Ekonomickou transformaci provází špatná kooperace veřejné správy. Role státu je oslabena a zájem o výsledky vývoje zdravotního stavu je odsunut na druhou kolej.

2. Vymezení předmětu zkoumání a strukturace výzkumného problému

České zdravotnictví provázejí politické změny, které se výhradně soustředí na organizační změny a na změny v oblasti financování. Řešit zátěž chronickými nemocemi a celkový vývoj zdravotního stavu obyvatelstva ČR, který dlouhodobě zaostává výrazným rozdílem za zeměmi tzv. EU15, působí mnohdy jako dílčí cíl, prezentovaný pouze při volebním boji prostřednictvím aspirantů na post ministra zdravotnictví.

Ve výzkumu veřejného mínění provedeného Českým zdravotnickým fórem na počátku roku 2012 ke zjištění názorů obyvatel ČR na reformu zdravotnictví předloženou ministrem Leošem Hegerem, se pro celkovou důvěru reformě vyjádřilo pouhých 23 % dotázaných (Palguta, Konference ČZF, 2012, [online]). Po volbách v roce 2010 se

pravcová vládní koalice soustředí na tržně orientované reformní kroky českého zdravotnictví, což se odráží i ve vzrůstajícím podílu soukromých výdajů.

Patrnější je ztráta důvěry občana v demokracii a jeho participace v občanské společnosti. Tento rozpor souvisí s ambicemi jednotlivých aktérů zdravotní politiky, jejichž odlišná očekávání se v procesu naplňování funkce a cílů zdravotnických systémů často střetávají. Vliv různých aktérů na tvorbu zdravotní politiky působí v pozadí mnoha reformních procesů a ovlivňuje změny právního rámce českého zdravotnictví znamenající ohrožení lidských práv dle Listiny základních práv a svobod či evropských právních předpisů (viz čl. 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech). Článek 31 Listiny základních práv a svobod, jenž je součástí ústavního pořádku České republiky, 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.“ (Listina základních práv a svobod, [online]). České zdravotnické právo však působí v rozporu s lidskými právy, ať už je to v otázkách standardu a nadstandardu či v zastírání tržních principů pronikajících do zdravotnictví pomocí strategií o prosazování práv pacientů (Šturma, 2003; Blahož, 2005; Háva, Mašková, Teršová, 2011).

Výzkumný problém je zde diskutován v kontextu pronikání tržních principů do reformních procesů a změn českého zdravotnictví pod vlivem neoliberalismu, což se děje v rámci snah o stabilizaci veřejných rozpočtů popíráním lidských práv se vztahem ke zdraví a důsledným přesunem finanční zátěže na pacienty. Text si stanovuje tezi, že v českém zdravotnictví existuje nedostatečná reflexe reformních snah a jejich možných sociálních důsledků, a to především v důsledku nedostatečného zohledňování lidských práv se vztahem ke zdraví a prosazování konkrétních podnikatelských zájmů ze strany různých aktérů ve zdravotnictví i mimo ně. Především se jedná o výrazné opomenutí vývoje zdravotního stavu obyvatelstva, mezinárodních dokumentů a strategií a s tím související neplnění základních funkcí zdravotnického systému.

Základním výzkumným problémem je kritická reflexe legitimacy reformních přístupů jednostranného pronikání tržních principů do českého zdravotnictví v kontextu ekonomické globalizace a neoliberalismu na konkrétním případě změn českého zdravotnictví v letech 2010–2013 („reforma ministra Leoše Hegera“).

3. Teoretická východiska

Teoretická východiska této práce jsou odvozena především od poznatků zaměřených na studium zdravotnických systémů (Kutzin, 2010; Gilson, 2012; Figueras, 2004, 2005) v kontextu zdravotní politiky (Háva in Potůček, 2005; Kickbusch, 2012), teorie a realizace veřejné politiky (Potůček, 2006; Howlett, Ramesh, 1996; Goodin, 2009), institucionální teorie (Tang, 2011), teorie ekonomického liberalismu a neoliberalismu (Sojka, Konečný, 1998), teorie přirozeného, veřejného a soukromého práva (Přibáň, 1996; Gerloch, 2009), teorie globalizace (Beck, 2007; Švihlíková, 2010).

4. Předpokládané cíle diplomové práce

Primárním cílem této diplomové práce je popsat a vysvětlit vývoj české zdravotní politiky po roce 2010 na případu reformy zdravotnictví ministra Leoše Hegera prostřednictvím diskuse nad nálezy Ústavního soudu ČR, a také rozbořem politického i mediálního diskurzu. Práce se zaměřuje na vyhodnocení konkrétních legislativních kroků reformy zdravotnictví uvedené tehdejšími ministrem zdravotnictví Leošem Hegerem za účelem zjištění a zhodnocení, jaké změny přinesly, a to zejména v kontextu lidských a sociálních práv.

Tento cíl doplňují a konkretizují následující dílčí cíle:

- Popsat vývoj zdravotnických systémů po 2. světové válce
- Identifikovat vliv kontextu ekonomické globalizace a neoliberalismu na tvůrce české zdravotní politiky v letech 2010-2013
- Posoudit shodu reformy 2010-2013 s lidskými právy se vztahem ke zdraví
- Zhodnotit vybrané části institucionální změny (zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a zákon č. 373/2011 Sb., o specifických službách)
- Zhodnotit důvody zásadní terminologické změny (změna předchozího pojmu zdravotnické služby na zdravotní služby) ve vztahu k zavedené terminologii v článku 31. Listiny základních práv a svobod a k článku 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech.

5. Výzkumné otázky

Jak se vyvíjela česká zdravotní politika po roce 2010?

- Dostaly se změny právního rámce českého zdravotnictví do rozporu s lidskými právy se vztahem ke zdraví?
- Přinesla reforma zdravotnictví ministra Leoše Hegera pozitivní změny?
- Znamenala přínos pro české zdravotnictví a reagovala na existující problémy?
- Jaké události předcházely reformním návrhům Leoše Hegera?
- Jací nadnárodní či národní aktéři ovlivňují reformní procesy v českém zdravotnictví a jaké jsou jejich zájmy?
- Jaký vztah má reformou nově zavedený pojem „zdravotní služby“ k článku 31. Listiny základních práv a svobod a k článku 12. Mezinárodního paktu o hospodářských, kulturních a sociálních právech?

6. Metodický přístup

Tato diplomová práce se soustředí primárně na studium a analýzu relevantních dokumentů, jejichž prostřednictvím je získán vhled do dané problematiky. Základním zdrojem diplomové práce je reforma zdravotnictví ministra Leoše Hegera.

V diskusi nad legislativními kroky reformy bývalého ministra zdravotnictví je využito institucionální analýzy k podání přehledu o institucionální změně, jež proběhla ve zkoumané legislativě. Jedná se o rozbor změn v kontextu tvorby zákonů soustředících se na informovanost a odpovědnost pacientů a poskytovatelů zdravotních služeb, a úplně opomíjených rolí veřejné správy, možnosti občanské participace či cíle zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva.

V empirické části práce je využito metody kritické diskurzivní analýzy, jež se zaměřuje na obsah sdělení dokumentu a také na analýzu determinujících konceptů, které aktéři diskurzu používají (politický diskurz, mediální diskurz). V rámci společenských věd slouží diskurzivní analýza k souhrnu poznatků, toho co je možné sdělit o vybraném tématu (Weiss; Wodak, 2003; Fairclough, 2012). Dílčí metody výzkumné práce představují metody pro deskripci vývoje problému a dané politiky, konkrétně analýza vybraných událostí veřejné politiky včetně analýzy politických sítí.

7. Předpokládaná struktura diplomové práce

- 1) Úvod
- 2) Metody
- 3) Teoretická východiska
- 4) Deskriptivní část
- 5) Analytická část
- 6) Závěry
- 7) Použité zdroje

8. Klíčová slova

Zdravotnický systém, zdravotní péče, zdravotní služby, zdravotní politika, sociální důsledky, lidská práva se vztahem ke zdraví, reforma zdravotnictví, ekonomická globalizace, tržní principy

9. Základní literatura k tématu

BUSE, K.; MAYS, N.; WALT, G. *Making health policy*. 2. vyd. London: Open University Press, 2012.

RECHEL, B., RICHARDSON, E., McKEE, M. et al. *Trends in Health Systems in the Former Soviet Countries*. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO 2014.

FAIRCLOUGH, N. *Critical Discourse Analysis*. International Advances in Engineering and Technology (IAET). International Scientific Researchers (ISR). vol. 7, July 2012, s. 452-487. ISSN: 2305-8285.

FIGUERAS, J.; McKEE, M.; CAIN, J.; LESSO, S. *Health systems in transition: learning from experience*. Copenhagen: WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

FIGUERAS, J. a kol. *Purchasing to improve health systems performance*. Berkshire: Open University Press, 2005.

GERLOCH, A. *Teorie práva*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2009.

GILSON, L. *Health Policy and Systems Research. A methodology reader*. Geneva: World Health Organization, 2012.

GOODIN, E. R. *The Oxford Handbook of Political Science*. New York: Oxford University Press, 2009.

HÁVA, P. *Problémy zdravotní politiky*. In: Purkrábek, M. a kol. *Veřejná politika a její aktéři*. Praha: Institut sociologických studií FSV UK, 1996.

- HÁVA, P.; MAŠKOVÁ, P.; TERŠOVÁ, T. *České zdravotnické právo po roce 1990 v kontextu lidských práv se vztahem ke zdraví 2. Zdravotnictví v České republice*. 2011, roč. 14, č. 4, s. 20-26. ISSN 1213-6050.
- HENDL, J.: *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Portál, 2008.
- HOWLETT, M.; RAMESH, M. *Studying Public Policy. Policy Cycles and Policy Subsystems*. 3. vyd. New York: Oxford University Press, 2009.
- HRUBEC, M. a kol. *Sociální kritika v éře globalizace. Odstraňování sociálně-ekonomických nerovností a konfliktů*. Praha: Filosofia, 2008.
- KICKBUSCH, I. *Governance for health in the 21st century*. Copenhagen: WHO, 2012.
- KUTZIN, J. a kol. *Implementing Health Financing Reform. Lessons from countries in transition*. WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
- Listina základních práv a svobod [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR. [cit. 2013-06-04]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>>
- MAHAR, M. *Money-Driven Medicine: The Real Reason Health Care Costs So Much*. New York: Collins, 2006.
- PALFREY, C. *Key Concepts in Health Care Policy and Planning*. London: Macmillan Press Ltd., 2000.
- POTŮČEK, M. *Veřejná politika*. Praha: SLON, 2006.
- RANADE, W.; RAMESH, M.; PERL, A. *Markets and Health Care: A Comparative Analysis*. 3. vyd. New York: Longman, 1998.
- SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J. *European health Care Reform. Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: WHO, 1997.
- SOKOL, J. *Moc, peníze a právo. Esej o společnosti a jejích institucích*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2007.
- ŠVIHLÍKOVÁ, I. *Globalizace a krize: souvislosti a scénáře*. 1. vyd. Všeň: Grimmus, 2010.
- WEINBERGER, O. *Norma a instituce*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1995.
- WEISS, G., WODAK, R. *Critical Discourse Analysis: Theory and Interdisciplinarity*. New York: Palgrave Macmillan: 2003.
- WHO. *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Switzerland: WHO, 2000.

Seznam pojmů a zkratk

AÚVP Analýza událostí veřejné politiky

CEE Země střední a východní Evropy

CVVM Centrum pro výzkum veřejného mínění

ČMKOS Českomoravská konfederace odborových svazů

ČR Česká republika

ČSSD Česká strana sociálně demokratická

ODS Občanská demokratická strana

EHS Evropské hospodářské společenství

EK Evropská komise

EURATOM Evropské společenství pro atomovou energii

EU Evropská unie

IA Institucionální analýza

IMF Mezinárodní měnový fond

KDA Kritická diskurzivní analýza

KDU-ČSL Křesťanská a demokratická unie – Československá strana lidová

KÚNZ Krajský ústav národního zdraví

LOK Lékařský odborový klub

MFČR Ministerstvo financí České republiky

MÚNZ Městský ústav národního zdraví

MZČR Ministerstvo zdravotnictví České republiky

OSZSP Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče

PNA Analýza politických sítí

PSP ČR Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky

OECD Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

OEEC Organizace pro evropskou hospodářskou spolupráci

OHCHR Úřad vysokého komisaře pro lidská práva v OSN

OSN Organizace spojených národů

OÚNZ Okresní ústav veřejného zdraví

SB Světová banka

SKUPR Skupina pro reformu

SZ Strana zelených

VV Věci veřejné

WHO Světová zdravotnická organizace

WTO Světová obchodní organizace

Obsah

Obsah	- 1 -
Úvod do výzkumného problému a jeho kontextu.....	- 3 -
1. Vymezení výzkumného problému.....	- 12 -
1.1 Ekonomický vývoj v druhé polovině 20. století.....	- 12 -
1.1.1 Vztah trhu a zdravotnictví	- 13 -
1.2 Vývoj společenských a právních institucí	- 14 -
1.3 Vývoj zdravotnictví v ČR po roce 1989.....	- 16 -
1.3.1 Lidská práva se vztahem ke zdraví.....	- 17 -
1.4 Formulace výzkumného problému	- 20 -
2. Cíle diplomové práce a výzkumné otázky.....	- 25 -
3. Metodický přístup.....	- 27 -
3.1 Přehled metod	- 28 -
3.1.1 Tematická analýza	- 30 -
3.1.2 Institucionální analýza, institucionální teorie.....	- 30 -
3.1.3 Kritická diskurzivní analýza – výzkum jednání aktérů	- 33 -
3.1.4 Analýza politických sítí	- 37 -
3.1.5 Analýza vybraných událostí veřejné politiky	- 39 -
3.1.6 Interpretace právních předpisů	- 39 -
4. Teoretická a věcná východiska.....	- 41 -
4.1 Výčet teorií pro teoretický rámec výzkumu	- 43 -
4.1.1 Zdravotní politika a zdravotnický systém	- 44 -
4.1.2 Teorie institucionální změny	- 48 -
4.1.3 Kritická sociální teorie neoliberalismu v procesu ekonomické globalizace.....	- 50 -
4.1.4 Přirozené právo a lidská práva se vztahem ke zdraví	- 52 -
5. Empirická část	- 55 -
5.1 Vývoj české zdravotní politiky předcházející reformní agendě 2010–2013	- 62 -
5.2 Návaznost neoliberálního přístupu k tržně orientovaným reformám zdravotnictví v ČR.....	- 67 -
5.3 Reflexe východisek, cílů a změn Hegerovy reformy 2010–2013	- 71 -
5.4 Občanské postoje v ČR k reformním změnám v letech 2011–2012	- 73 -

5.5 Hodnocení české zdravotní politiky v kontextu mezinárodního diskurzu	- 74 -
5.6 Konkrétní reformní změny v rámci Hegerovy reformy.....	- 78 -
5.7 Terminologická změna v zákoně	- 84 -
6. Diskuse	- 86 -
Závěr.....	- 89 -
Shrnutí	- 91 -
Summary.....	- 92 -
Použité zdroje	- 93 -
Česká literatura.....	- 93 -
Zahraniční literatura	- 96 -
Internetové zdroje	- 101 -
Zákony a jiné právní dokumenty	- 105 -
Ústavní soud ČR.....	- 107 -
Seznam obrázků.....	- 108 -
Seznam tabulek.....	- 108 -
Seznam grafů	- 108 -
Seznam příloh.....	- 109 -

Úvod do výzkumného problému a jeho kontextu

Společnost si jako celek, soustředící v sobě stovky moderních států, prošla vývojem, jenž nesl různé aspekty a události, o kterých diskutují a které kritizují odborní autoři. Tony Judt se ve své práci¹ soustředí na kritickou reflexi vývoje společnosti a institucí v éře globalizace a neoliberalismu. Tato etapa vývoje je nedávnou minulostí, ale v podstatě minulostí není, jelikož globalizační procesy probíhají neustále. Judt kriticky reflektuje myšlenku, objevující se ve společnosti od 80. let minulého století, že trh je lékem na všechno. Zdůrazňuje problémy související s vytrácející se soudržností, solidaritou a nastupujícím egoismem, individualismem, dehonestací veřejného sektoru a zejména redukcí role státu.

Hodnoty, morálka, etika, lidská práva, rovnost nejsou jen prázdnými pojmy, ale hlavní aspekty svobodné demokratické společnosti, ze které se v poslední době tolik vytrácí důvěra v systém. Role státu je oslabena. Prostor, ve kterém žijeme je vyprázdněný. Participace občanů na politice, ať už prostřednictvím voleb, přímou účastí na rozhodování či v členství v některé politické straně spíše působí jako nucené zlo, jako nadbytečná aktivita, jako smysl postrádající zájem o věci veřejné našeho demokratického státu.

Demokracie byl cíl, který s nadšením očekávali tisíce lidí žijící mnoho let v nesvobodných státech. Když se však dosáhlo toužebné „cílové rovinky“, vítězství přineslo spíše zklamání. Veřejnost se cítí nespokojena, podvedena, klasické politické strany procházejí krizí a důvěra v demokratické instituce slábne.

Tento proces nazývají autoři krizí liberální demokracie projevující se nízkou volební účastí, činností vlády prosazující „nutné“ reformní změny i přes odpor občanů a neustávající krizí sociálního státu (Znoj et al., 2014: 8). Propast mezi etickou povahou veřejného politického rozhodování a utilitarismem současné politické diskuse vysvětluje nedostatek důvěry k politice a politikům (Judt 2011: 145).

Zdraví je prakticky celou společností uznáváno jako jedna z nejdůležitějších hodnot. O to důležitější je jeho postavení jako tématu odborných diskuzí či politických debat. Ze samotných lidských a morálních principů vyplývá jasný záměr člověka o své zdraví pečovat.

Hlavní témata, jež dnes zaplňují mediální zprávy i odborné články, se týkají stárnutí populace, jež je vnímáno jako pomalu se vkrádající hrozba. Aktéři zdravotních politik se však minimálně zabývají jeho důsledky či příčinami.

¹ JUDT, T. Zle se vede zemi, 2011

Problémem je velmi nízká porodnost dnešních evropských států na jedné straně a zároveň zvyšující se naděje dožití neboli střední délka života na straně druhé. Diskutován by měl být zvyšující se počet starých lidí, kteří budou potřebovat stále větší množství zdravotní péče, což bude do budoucna znamenat zátěž pro fungování zdravotnických systémů. S ohledem na podfinancovaný systém českého zdravotnictví v komparaci se zeměmi EU-15² či OECD³ (Háva 2009: 14), by se česká zdravotní politika měla zabývat nejen otázkami demografického vývoje, ale i otázkami jak snížit tyto rozdíly (mezery) ve zdraví⁴, otázkami přístupu ke zdravotní péči v kontextu lidských práv se vztahem ke zdraví či kvalitou péče. Významnou zátěž představují pro zdravotnický sektor mnoha zemí v dnešní době tzv. chronická onemocnění, jako je např. rakovina, cukrovka či srdeční choroby, u nichž se potvrdilo, že ohrožují nejen prosperující ekonomiky, ale i ty nevzkvétající, že ohrožují mladé lidi i lidi středního věku a že jsou úzce spojeny s fenoménem stárnoucí společnosti a životním stylem včetně zlovyků, jako je např. kouření (Busse 2010: 1). „*Neinfekční onemocnění představují v Evropě největší zátěž pro zdravotnické systémy (77 %). Mezi onemocněními dominují kardiovaskulární nemoci (23 % u mužů a 22,8 % u žen), psychiatrická onemocnění (17,2 % u mužů a 22,5 % u žen) či rakovina (11,3 % u mužů a 11,6 % u žen)*“ dle (WHO 2004 citováno in Figuears, McKee 2012: 127).

Proces stárnutí populace a ohrožení chronickými nemocemi dnes nepatří mezi jediná témata k řešení a mezi příčiny potřeby reformních koncepcí zdravotních politik. Za největší problém dnešních zdravotnických systémů je mnohými odborníky vnímána jejich neufinancovatelnost. Zdravotní péče a její financování je výrazně nákladnou záležitostí. Ceny a výdaje na zdravotnictví rostou mnohem rychlejším tempem, než je růst hrubého domácího produktu. Kriticky se nahlíží na jednání aktérů prosazujících své partikulární zájmy nad zájmy podpory veřejného zdraví a dosahování cílů zdravotnických systémů. „*Zároveň dochází v procesu tvorby zdravotních politik ke střetávání podnikatelských zájmů s politickými, kulturními i sociálními hodnotami společnosti*“ (Saltman, Figueras 1997: 1–10).

Zdravotnické systémy fungují v naší společnosti v rozdílných podobách už mnoho let. Jejich počátky sahají až ke vzniku tradiční čínské medicíny. Technologický vývoj si však vyžádal inovace a změny v mnoha oblastech lidského života včetně zdravotnictví.

² EU15 – počet zemí Evropské unie před vstupem České republiky a dalších zemí v roce 2004. Dostupné z WWW: <<https://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=6805>>

³ OECD – sdružuje v současnosti 34 nejrozvinutějších zemí světa WIKIPEDIE 2015 [online].

⁴ Anglický výraz *health gap* se používá pro možnosti a limity financování zdravotnictví (Doležal 2010: 31). V kontextu komparace jsou to rozdílné ukazatele zdravotního stavu a determinant zdraví oproti jiným zemím. Užitečné zdroje dostupné z: WWW: <<http://www.gapminder.org/>> nebo <<http://data.euro.who.int/hfad/b/>>

Zvýšila se průměrná délka života, došlo k vymýcení mnoha infekčních chorob, ke vzniku vakcinologie a v neposlední řadě se také výrazně snížila kojenecká úmrtnost. První koncepční strategie ke zlepšení sociálního postavení člověka v zaměstnání lze mapovat ke konci 19. století, kdy si společnost stále více uvědomovala, jaké ztráty působí velké množství nemocných či postižených pracovníků. Průmyslová revoluce s sebou přinesla odpovědnost zaměstnavatelů starat se o své zaměstnance. Postavení odborů v tehdejší Německu sílilo a za iniciace kancléře Bismarcka došlo roku 1883 k přijetí zákona o nemocenském pojištění dělníků zlepšujícím jejich sociální postavení. Tímto legislativním krokem se nechalo inspirovat mnoho dalších evropských států (WHO 2000: 12).

Zdravotnictví po 2. světové válce prošlo několika vlnami. Dle zprávy WHO z roku 2000 lze vývoj zdravotnických systémů etapizovat do třech období:

- 1.) První období let 1940–1960 lze označit jako extenzivní, jelikož dochází ke vzniku moderních národních zdravotnických systémů ve většině zemí včetně Československa, které se rozhodlo jít cestou sovětského modelu zdravotnictví. Mnoho zemí přijímá zásadní zákonná opatření v oblasti zdravotního pojištění. Koncem 60. let se však zdravotnické systémy dostávají pod velký tlak díky narůstajícím výdajům a to především v oblasti nemocniční péče (WHO 2000: 12–14).

- 2.) Druhou etapou rezonují především politické a ekonomické změny v období 70. a 80. let. Dochází k omezování role státu, privatizaci, rozvoji neoliberalismu, zeštíhlování sociálního státu, přijetí tržně pojatých přístupů a ke škrtům ve veřejných rozpočtech. Je kladen větší důraz na individualismus a vlastní odpovědnost a stále více se zvyšuje závislost na trhu. V Evropě typickým prosazovatelem těchto politických kroků, s ideou, že trh udělá to nejlepší bez jakýchkoli zásahů vlády, byla tehdejší britská ministerská předsedkyně Margaret Thatcherová a americký prezident Ronald Reagan. I přestože technologický vývoj medicíny a léčiv roste, zároveň dochází k růstu zátěže chronickými nemocemi a k tlakům na privatizaci služeb, omezování solidarity a k růstu nerovností ve zdraví a v přístupu ke zdravotní péči (Háva, Mašková, Teršová 2011a: 21).

- 3.) 90. léta a počátek nového tisíciletí znamenají pokračování tržně orientovaných reforem a nárůst přímých plateb za zdravotní péči. Zároveň dochází k návratu k diskusím o univerzálním přístupu v poskytování a financování zdravotní péče vysoké kvality pro všechny.

Konkrétně kvalita péče, funkce a cíle zdravotnických systémů či lidská práva se vztahem ke zdraví tvoří témata aktuálních debat na poli odborné veřejnosti a v mezinárodním diskurzu. Stále významnější roli sehrávají mezinárodní aktéři jako je WHO, OECD, EU a další. Většina států střední a východní Evropy prochází politickou a ekonomickou transformací. Sílící je rovněž tlak korporací medicínsko-farmaceutického průmyslu, jejichž lobby působí na politické představitele v otázkách nákupu zdravotnického materiálu a léků, podpory různých projektů a během zadávání a soutěže veřejných zakázek (WHO 2000: 12–14; Háva, Mašková, Teršová 2011a: 21).

Žádnou zemi není možné zevšeobecňovat na činnost pouze jediného zdravotnického systému. Ve většině zemí dochází k prolnutí několika typů systémů jak v oblasti financování péče, tak v oblasti zdravotního pojištění. V podstatě všechny země dnešního globalizovaného světa čelí výzvám udržovat a naplňovat požadavky obyvatelstva na existenci kvalitní zdravotní péče. Již dlouhodobě je možné sledovat určitý vývoj ve zdravotním stavu obyvatel evropských i mimoevropských států, především díky porovnatelným datům, která sbírá a prezentuje dle konkrétních indikátorů OECD či WHO. Rozdíly je možné identifikovat především mezi zeměmi západní a východní Evropy a také mezi chudými a bohatými regiony (Figueras, Robinson, Jakubowski et al. 2005: 4) viz graf 1 a 2.

Graf 1 Naděje dožití při narození v letech v porovnání s HDP⁵, 2011

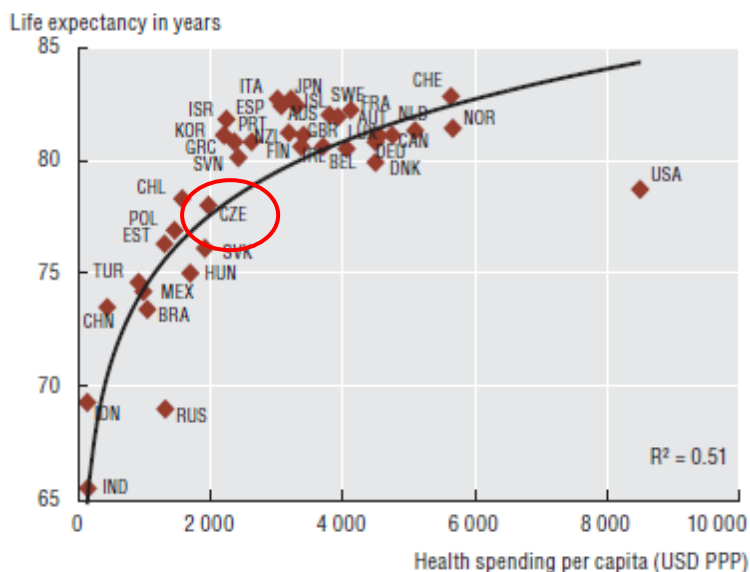


Zdroj: OECD, Health statistics, Health at a glance 2013b: 25

⁵ Purchasing power parity = parita kupní síly - „vyjadřuje počet jednotek národní měny, za který lze koupit stejné množství výrobků a služeb na vnitrostátním trhu jako za jednotku měny XY na vnitrostátním trhu měny XY“ (Wikipedie 2013a [online]).

Per capita = na hlavu - ukazatel vztahený na jednotlivce.

Graf 2 Naděje dožití při narození v letech v porovnání s výdaji na zdravotnictví, 2011



Zdroj: OECD, Health statistics, Health at a glance 2013c: 25

Světová finanční krize z roku 2008 předznamenala následné přístupy vlád k veřejným rozpočtům. Mimo jiné znamenala odklon od navyšování finančních prostředků ve zdravotnictví, jež bylo do té doby určitým standardem (ve většině zemí s růstem až o 4% ročně), k postupnému snižování výdajů. „Přestože je prokázáno, že prevence představuje mnohem méně nákladnou cestu než následné léčení nemocí, státy se vydaly cestou redukce výdajů na preventivní programy a to i přesto, že zabíraly nepatrnou část z celkových výdajů na zdravotnictví“ (OECD 2013a: 9). Snižováním výdajů na zdravotní péči, nižšími příjmy domácností a rostoucími soukromými výdaji na péči jsou nejvíce ohroženi méně majetní lidé, kteří se často vzdávají nároku na péči, jelikož nemají prostředky k tomu ji uhradit. Právě tyto skupiny představují ty nejohroženější, jelikož právě ony vykazují nejhorší zdravotní výsledky (OECD 2013a: 9–11).

V současné době se politické debaty zaměřují především na schopnost zdravotnických systémů čelit tlakům z oblasti finančních nákladů. „Politici představitelé prezentují cíle o zachování kvalitní zdravotní péče pro celou populaci přeměnou systému budovanému na principech neomezeného růstu na přístup založený na vyšší produktivitě, fiskální udržitelnosti a stabilitě“ (OECD 2013a: 11 [online]). Podle Saltmana a Figuerase je v současnosti možné identifikovat několik příčin vedoucích zdravotní politiky mnoha států k reformám.

Na zdravotnický systém působí mnoho faktorů ať už z vnitřního prostředí, tedy z prostředí samotného zdravotnického systému, tak i z vnějšku, z oblasti mimo zdravotnický systém.

Mezi externí faktory změn působících mimo zdravotnický systém řadíme snahy o reformy sociálních států a jejich zeštíhlování související se značným tlakem na omezování veřejných rozpočtů. Významným vlivem jsou samotné ekonomické faktory a ekonomická globalizace jako celek, kam spadají mimo jiné podnikatelské zájmy různých aktérů z oblasti zdravotnictví. V souvislosti s ekonomickou krizí z předchozích let, jejíž důsledky vnímáme dodnes, jsou právě tržní principy stále zřetelnější v působení na oblast zdravotnictví. Reformy zdravotnictví a zdravotní politika zároveň nepůsobí v žádném vakuu, ale jsou ovlivněny převažujícími hodnotami v dané společnosti (Saltman, Figueras 1997: 1–9). Vnitřní faktory změn představují existující problémy ve zdraví populace (viz health gap, str. 4), vývoj zdravotního stavu, prevalence nemocí či problémy samotných zdravotnických služeb, kam spadají nedostatky ve financování a výdajích, lidské zdroje (jejich vzdělávání a finanční ohodnocení), oblast vědy, zdravotnického práva a další (Saltman, Figueras 1997: 1–9).

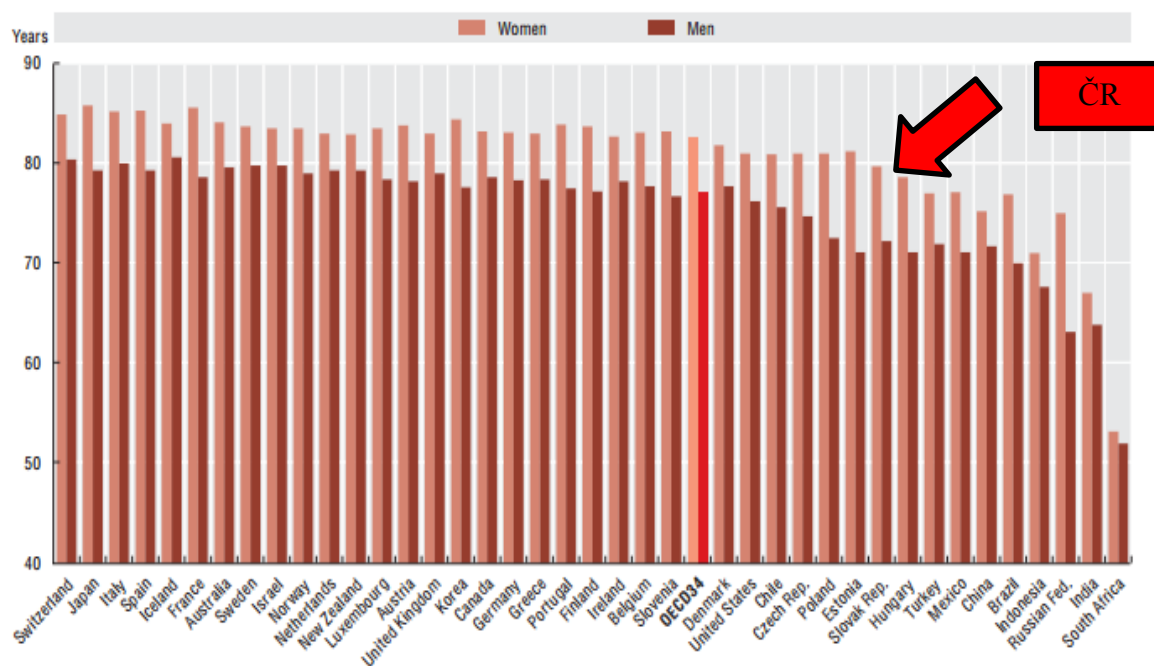
Všechny tyto faktory musí být vzaty v úvahu, pokud chceme pochopit kontext vnějších tlaků na realizaci a zaměření reformy ve zdravotnictví. *„Dnešní státy ovlivněné tržním myšlením vnímají zdravotní péči jako komoditu, která může být kupována a prodávána na otevřeném trhu se zdůrazněním na technickou a dynamickou efektivitu, kterou tržní stimuly mohou vstřípit do poskytování zdravotních služeb“* (Saltman, Figueras 1997: 6). Státy balancují nad otázkou, jak dosáhnout lepší kontroly výdajů a jejich efektivního využití na pozadí základního principu zdravotnictví udržet univerzální přístup ke zdravotní péči a také ekvitu ve zdraví.

V prostředí zemí bývalého socialistického uspořádání dochází od 90. let k významným změnám v přístupech zdravotních politik a naplňování principů zdravotnických systémů především díky politické a ekonomické transformaci. Většina dnešních reform zdravotnictví se primárně zaměřuje na financování zdravotnických systémů (Figueras, McKee et al. 2004: 14). V postkomunistických zemích to znamená především odklon od tzv. Semaškova modelu centralizovaného, plánovaného zdravotnictví k decentralizovanému přístupu založenému na odvodu zdravotního pojištění, nejvíce odpovídajícímu Bismarckovskému modelu západoevropských zemí.

Odborníci (Figueras, McKee et al. 2004: 19) argumentují, že zlepšení stavu zdravotnictví a zajištění vysoce kvalitní péče v těchto zemích brzdí nedostatek zdrojů či nevhodné řídicí systémy zděděné z komunistických modelů.

Reformní procesy v bývalých sovětských republikách provázejí totožné problémy, i když tyto země mnohdy vycházejí z odlišných právních, politických a institucionálních změn (Rechel, Richardson, McKee et al. 2014: 9–21). Základní trend představuje orientace na tržní mechanismy a jejich přesun do oblasti zdravotní péče bez ohledu na možné sociální důsledky. Zdravotnický systém v důsledku zvyšujících se nerovností neplní své základní funkce, jako je např. ekvita ve zdraví. Státy se potýkají s vysokým podílem chronicky nemocných lidí či obyvatel nedosahujících na kvalitní bydlení. Ekonomickou transformaci provází špatná kooperace veřejné správy. Role státu je oslabena a zájem o výsledky vývoje zdravotního stavu je odsunut na druhou kolej. Pro uzavřené socialistické země bylo poměrně náročné vyrovnat se s možností vstoupit do otevřeného trhu, do světa vzrůstajícího individualismu. Skoková privatizace však neplní svůj účel. Kriticky lze hodnotit bující korupční prostředí a klientelismus. Sokol (2014: 230) v diskusi nad významem korupce ve společnosti upozorňuje na její úzkou provázanost s náhlou potřebou přesunu velkého majetku do soukromých rukou, která iniciovala podnět ke vzniku mnoha korupčních sítí. Náhlé přesuny z veřejné do soukromé sféry byly typickým příkladem pro transformační procesy v bývalých socialistických zemích.

Graf 3 Naděje dožití dle pohlaví, 2011



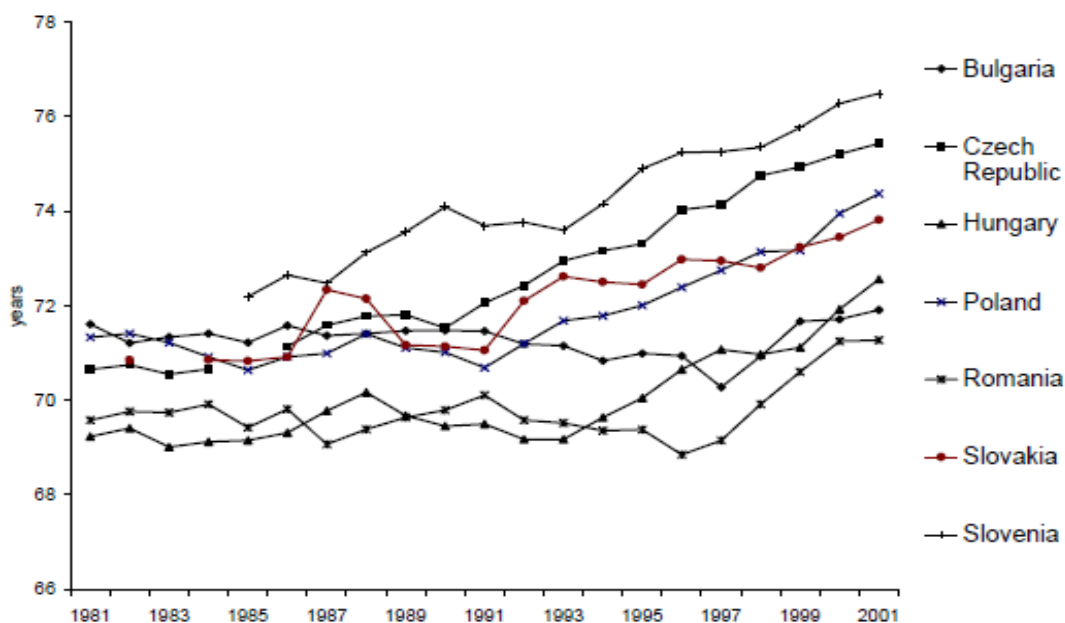
Zdroj: OECD, Health statistics, Health at a glance 2013a: 27

Rozdíly ve zdravotním stavu obyvatel se nediferencují pouze mezi státy Evropské unie, ale i uvnitř samotných států, jejich regionů a dalších nižších správních celků. Tyto rozdíly souvisí i s otázkami přístupu ke zdravotní péči a lidskými právy se vztahem ke zdraví.

Státy střední a východní Evropy, které si prošly v minulých letech transformačním procesem, měly před sebou mnoho výzev, jak přistoupit k reformám zdravotnických systémů. Vedle tvorby efektivního a udržitelného systému financování se jednalo o zajištění kvalitní práce s lidskými zdroji ve zdravotnictví, evaluaci kvality poskytované zdravotní péče, podporu občanské participace, vymezení práv pacientů z hlediska lidských práv se vztahem ke zdraví či podporu veřejného zdraví.

Pokud bychom se měli vrátit k prvotní tezi této práce, že zdraví je prakticky nejdůležitější hodnotou, je zřejmé, že i státy musí usilovat o zlepšení kvality života občanů ne skrze reformu zdravotní péče, ale skrze reformu zdraví. Úspěšnou reformu zdravotnictví musí provázet i úspěchy ve vývoji zdravotního stavu obyvatel (Figueras, McKee 2004: 21–24). Některé země střední a východní Evropy si vedly lépe než jiné země bývalého Sovětského svazu. Jejich ekonomická situace byla příznivější, zároveň zde byl velký potenciál k získání zkušeností ze západní Evropy, kde výsledky činnosti zdravotnických systémů vykazovaly lepší hodnoty (Figueras, McKee 2004: 41–43) viz graf 3.

Graf 4 Naděje dožití ve vybraných zemích střední a východní Evropy (obě pohlaví)



Zdroj: WHO 2004 in Figueras 2012: 41

Česká republika vykazuje jedny z nejlepších výsledků v rámci zemí středního a východního evropského regionu. Z grafu 3 i 4 vyplývá, že lepší výsledky než má ČR, vykazuje pouze Slovinsko. Naopak státy jako Bulharsko či Rumunsko zaostávají. Pokud se blíže podíváme na graf 3, je zřejmé, že Slovinsko se pohybuje v číslech převyšujících průměr OECD, zatímco ČR se nachází dle většiny statistik stále pod OECD průměrem, stejně jako Polsko, Slovensko a další státy poznamenané totalitním režimem.

1. Vymezení výzkumného problému

Orientace vládních politik se v současnosti s aktuálním vývojem ve světě zaměřuje na bezpečnost státu a hospodářský vývoj země. Zdravotnictví již není tolik v popředí zájmu, jako tomu bylo dříve. Důvody tohoto jevu lze hodnotit z hlediska nepopulárních politických kroků, kterým se političtí představitelé snaží předcházet. Je pravděpodobné, že není vnímán ani proces odehrávající se skrytě v pozadí globálního vývoje zdravotnických systémů. Dnešní společnost a její sdílené hodnoty jsou otřásány neustálými změnami a globalizačními tendencemi po celém světě na pozadí diametrálních odlišností bohatých a strádajících ekonomik. Důraz na majetkové zázemí, individualismus a schopnost prosadit se předznamenává vnímání peněz a blahobytu jako základního pnutí v každé osobnosti. Probíhající ekonomická globalizace a neoliberalismus přinášejí stále výraznější vliv trhu a ekonomiky na zdravotnictví a zdravotní péči.

1.1 Ekonomický vývoj v druhé polovině 20. století

Pokud se zaměříme na poválečný vývoj v 50. a 60. letech, hovoříme o silné roli státu podpořenou i ekonomickou teorií J. M. Keynesa. Sám se stal významným aktérem ekonomického cyklu. Toto období lze považovat za léta blahobytu doplněná výraznými investičními aktivitami a také nízkými cenami ropy. Následující 70. léta ropné krize znamenají naprosto odlišný vývoj. Do té doby dominantní keynesiánský a instituce sociálního státu jsou ohroženy především fenoménem nezaměstnanosti a vysokou inflací. V 80. letech dosahuje svého vrcholu teorie M. Friedmana. On a další monetaristé kladou velký důraz na peníze a na podobu člověka jako „homo economicus“ mající vliv na všechny sféry života pod vlivem sílicího neoliberalismu. Trh podle nich funguje pružně a je třeba prosadit politiku deregulace a privatizace. Nositeli těchto hodnot v politickém spektru byli především americký prezident Ronald Reagan a britská ministerská předsedkyně Margaret Thatcherová (Švihlíková 2010: 13–24).

Neoliberalismus se začíná prosazovat i v mezinárodním měřítku skrze Washingtonský konsenzus, což byl soubor opatření a doporučení zemím, jak se vymanit z dluhové krize a znovu dosáhnout růstu. Představoval ideje efektivního vývoje dle institucí sídlících ve Washingtonu. Tato opatření měla znamenat především snížení státních výdajů např. na sociální politiku či zdravotnictví, omezení mandatorních výdajů, podporu privatizace ve většině sektorů a celkové oslabení role státu v ekonomice. Významným podporovatelem a iniciátorem této politiky byl Mezinárodní měnový fond, Světová banka a Ministerstvo financí USA (Švihlíková 2010: 33–35).

„Washingtonský konsenzus byl odpovědí na vedoucí roli státu s třemi hlavními ideami - tržní ekonomika, otevřenost světu a makroekonomická disciplína“ (Williamson 1990 in Serra, Stiglitz 2008: 3). Konsenzus byl spojován i s tezí, že trhy vyřeší všechny ekonomické problémy, od které se ale Williamson, který poprvé pojem Washingtonský konsenzus použil spolu s makroekonomickými opatřeními ke zlepšení ekonomické situace v Jižní Americe, zásadně distancoval (Serra, Stiglitz 2008: 3).

1.1.1 Vztah trhu a zdravotnictví

V mnoha zemích se silným postavením státu dochází od 80. let k přehodnocujícím procesům v otázce míry státu jako hlavního aktéra v oblasti zdravotnického sektoru s tendencemi zvýšit vliv trhu a tržních principů (Saltman, Figueras 1997: 39). Organizační struktury zdravotnického systému se v rámci jednotlivých států výrazně odlišují v oblasti služeb, vybavení, institucí či přístupu k lidským zdrojům. Jedná se o směs veřejných, quasi-veřejných, soukromých a neziskových subjektů, v nichž národní zdravotnický systém odráží historii, zvyky i kulturu každého státu. Primárně se debaty týkají především role trhu (soukromého sektoru) v oblasti zajištění i financování zdravotní péče. *„Nejčastěji se objevující variantou je kombinace prvků z mnoha modelů. Jedná se např. o využití tržních stimulů a principů s pokračujícím vlastnictvím a řízením ze strany veřejného sektoru. Tento přístup zvolily během svých reformních strategií mnohé země Evropské unie jako Velká Británie, Finsko či Španělsko a rovněž některé státy střední a východní Evropy.“* Struktury řízení zdravotnických systémů se mění, což se projevuje oslabením silné role státu především decentralizací odpovědnosti za určité oblasti na nižší správní celky, privatizací zdravotnických zařízení a jejich převedením do soukromé správy či vyšší spoluprací s neziskovým sektorem (Saltman, Figueras 1997: 39).

Vstup trhu do oblasti zdravotnictví však s sebou přináší mnoho diskutabilních otázek a rozhodnutí. Zdraví je vnímáno jako společenský užitek a poskytování zdravotní péče jednotlivcům je hodnotné pro celou společnost či komunitu. Tento pohled na zdravotnictví a zdraví formuje část tradičního konsenzu většiny evropských zemí v otázce důležitosti solidarity a univerzálnímu přístupu ke zdravotní péči mimo jiné na základně lidských práv se vztahem ke zdraví. Na druhou stranu tržní principy jsou ze své podstaty založeny na předpokladu, že každá služba je komoditou vhodnou k prodeji na otevřeném trhu (Saltman, Figueras 1997: 40).

Maggie Mahar používá pro pronikání tržních principů do zdravotnictví pojem money-driven medicine (penězi řízená medicína). Autorka poukazuje na to, že vliv a moc se přesunula z lékařů na korporace. Medicínští pracovníci přísahají, že budou vždy upřednostňovat zdraví pacienta před svými osobními zájmy. Naopak medicínsko-farmaceutický komplex je svázán s povinností stavět na první místo své akcionáře a jejich zájmy. Tyto společnosti nevyvíjejí léky, které jsou pro pacienty nezbytné, ale farmaka, jejichž prodejem získají nejvyšší zisk. V tomto businessu platí dle Mahar jisté úsloví: „*A pill you take once is good; a pill you take every day is better.*“⁶ Money-driven medicine je podle Mahar škodlivá hlavně proto, že „*poskytovatelé zdravotní péče především soutěží, než aby spolupracovali v zájmu svých „klientů (pacientů)*“ (Mahar 2006: 14).

Všechny obchodní vztahy závisí na dvou hlavních předpokladech - nabídka a poptávka. Tyto vztahy však nemohou být aplikovány i na systém zdravotnictví, který je založen především na důvěře pacienta v komplexní péči a odborný přístup lékaře, což odpovídá morálnímu hledisku. Vztah lékaře a pacienta je tím nejdůležitějším. Jeho podstatou je dlouhodobá idea ve společnosti, že povolání lékaře je více než zaměstnáním spíše poselstvím.

Růst vlivu trhu na financování zdravotnictví lze pozorovat srze vzrůstající podíl spoluúčasti pacientů včetně poplatků přenesených na pacienty, což je upevňováno rovněž definováním, jaká péče bude hrazena ze zdravotního pojištění a jaká z něho bude vyloučena (Ranade 1998: 3). Oponenti tržně orientovaných stimulů působících ve zdravotnických systémech tvrdí, že je jednoznačně prokázáno, že „*tržní mechanismy tvoří podmínky neumožňující zranitelným skupinám v populaci – především těm méně majetným – rovný přístup ke kvalitní zdravotní péči*“ (Whitehead, M. 1994 pp.208–242 citováno in Saltman, Figueras 1997: 41). Tržně orientovaný individualismus narušuje kolektivní odpovědnost tvořící základ legitimacy evropského sociálního státu. Političtí představitelé se však zajímají především o schopnost soutěživých mechanismů zvyšovat efektivitu a snižovat náklady (Saltman, Figueras 1997: 41–42).

1.2 Vývoj společenských a právních institucí

Hrůzná zkušenost 2. světové války znamenala výraznou aktivitu států na mezinárodním poli s cílem nedopustit, aby se něco podobného znovu opakovalo. Především Spojené státy americké se v poválečné Evropě snažily naplňovat západní demokratické principy.

⁶ V překladu: „*Lék, který užiješ jednou, je dobrý; lék, který užíváš denně je lepší.*“ Anglické znění dodalo celé myšlenky více naléhavosti a ironie.

Spojené státy podporovaly obnovu Evropy skrze Marshallův plán⁷ ve spolupráci dalších zemí aliance včetně Velké Británie a Francie. V roce 1948 byla pro lepší koordinaci a implementaci Marshallova plánu vytvořena Organizace pro evropskou hospodářskou spolupráci (OEEC) následně transformovaná roku 1961 na OECD fungující dodnes (McCormick 2011: 50–51).

Druhý pól tehdejší mocenské soustavy představoval Sovětský svaz mající zcela jiné záměry s rozvrácenou Evropou. Proto se i v mnoha evropských zemích prosadila socialistická strategie včetně Československa jako protiváha imperialistického kapitalismu.

Nejen studená válka⁸, pojem používaný pro několik desítek let trvající politický boj tzv. západního a východního bloku, byla podnětem k vytváření a sdružování států ve vyšší celky, s cílem naplňovat vzájemné strategie. *„Na konci války je kladen důraz na demokratický charakter státu, dodržování lidských práv a propracování mechanismů jejich ochrany nejen na úrovni jednotlivých států, ale i na úrovni mezinárodních společenství“* (Gerloch 2013: 195). Evropské i mimoevropské státy se přiklánějí k mírovému uspořádání a iniciují vznik Organizace spojených národů v San Franciscu v roce 1945 jako garanta bezpečného mezinárodního fungování a spolupráce mnoha rozdílných států. Nejdůležitějším následně přijatým dokumentem OSN z hlediska lidských práv z roku 1948 je Všeobecná deklarace lidských práv.⁹ Pro vývoj zdravotních politik a zdravotnických systémů po celém světě měl význam vznik agentury WHO, tedy Světové zdravotnické organizace, pod záštitou OSN rovněž v roce 1948. *„WHO je koordinační autoritou v mezinárodním veřejném zdraví. Má za úkol nemoci monitorovat a zároveň je likvidovat. Sbírá data o vývoji zdravotního stavu a jeho dílčích aspektech z různých zemí a zároveň je podporuje v jejich zdravotních politikách“* (WHO 2015 [online]).

Evropská integrace na počátku znamenala zejména ekonomickou a politickou spolupráci úzké skupiny států na západě Evropy. Do dnešní podoby Evropské unie, vzniklé v roce 1993, se integrace propracovala skrze vznik úvodních společenství jako ESUO, EHS či EURATOM. Plánem strategie bylo i další rozšiřování za splnění podmínek Maastrichtských kritérií. Členským státem EU se roku 2004 stává po letech jednání i ČR včetně dalších zemí Visegrádské čtyřky¹⁰, pobaltských zemí, Malty, Slovinska a Kypru.

⁷ Iniciativa USA spočívající v humanitárně-politické akci jako pomoci válkou zdecimované Evropě (Česká televize 2008 [online]).

⁸ Zajímavý pohled dodává kniha Petra Druláka. *Metafory studené války: interpretace politického fenoménu*. Praha: Portál, 2009.

⁹ Dostupné z WWW: <<http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/vseobecna-deklarace-lidskych-prav.pdf>>

¹⁰ Visegrádská čtyřka - aliance čtyř zemí střední a východní Evropy (ČR, Slovensko, Polsko, Maďarsko).

1.3 Vývoj zdravotnictví v ČR po roce 1989

České zdravotnictví se v souvislosti s pádem totalitního režimu po roce 1989 vyrovnávalo s rychlými reformními změnami podmíněnými ideovými východisky neoliberalismu pronikajícího skrze jednání mezinárodních i národních aktérů do české politiky. Podporovatele těchto myšlenek lze identifikovat v tehdejšímu působení IMF a WB a Washingtonského konsensu zastřešujícími rady, jak se co nejrychleji vypořádat s nově nabytou demokracií, ekonomickou a politickou svobodou a volným trhem peněz a zboží. Příznivcem teorie neoliberálního ekonomismu byl i bývalý prezident ČR Václav Klaus, který jako tehdejší premiér vnímal rychlou transformaci, privatizaci a velké investice jako svět svobody. Jeho světem byl ale svět řízený penězi, který vedl zemi cestou kupónové privatizace k přeměně centrálně řízeného ekonomického systému v systém tržní s důsledky ekonomické kriminality a pádu vlády v roce 1997 (Horyna citováno in Hrubec 2008: 26). „*Jednou z podstatných součástí převratu, který se odehrává v postsocialistických státech, je světonázorový přechod od marxismu k neoliberalismu a s ním od dogmatu plánování k dogmatu svobodného trhu*“ (Przeworski 1992: 6 citováno in Šrubař 1996: 67).

„*Transformace byla konceptuálně pojata především jako ekonomická. Její učebnicí se stala neoklasická ekonomie, a to nikoli na základě volby z nabízejících se variant, nýbrž v důsledku své jednoznačné aktuální dominance ve vyspělém světě*“ (Večerník 2002: 63). Ekonomickou reformu doplňovaly paralelní změny Ústavy ČR znamenající zásadní mezník pro český právní řád přijetím nových reformních zákonů či vznikem Listiny základních práv a svobod.

Devadesátá léta dvacátého století nepřinesla pouze privatizační procesy ekonomického charakteru, ale také deetatizaci v mnoha oblastech veřejného života, včetně zdravotnictví. Vedle rozvoje medicínsko-farmaceutického průmyslu či soukromých poskytovatelů zdravotní péče byl hlavním předělem v historii českého zdravotnického systému vznik veřejného nestátního zdravotního pojištění „*přijetím zásadního zákona č. 550/1991 Sb. o všeobecném zdravotním pojištění*“ (Kinkorová, Topolčan 2012: 3). „*Předchozí systém státního zdravotnictví, financovaný ze státního rozpočtu, byl nahrazen vícezdrojovým financováním zdravotní péče na principu solidarity. Převažující podíl tvoří ze zákona povinné veřejné zdravotní pojištění*“ (Darmopilová 2010: 39).

Po roce 1989 dochází k přijetí mnoha zdravotnických zákonů, které byly nezbytné pro dokončení transformace, během níž se země musela vyrovnávat s horšími výsledky zdravotního stavu obyvatelstva v porovnání s dalšími zeměmi OECD, nedostatečným vybavením kvalitními medicínskými technologiemi, nadměrným množstvím akutních nemocničních lůžek, rovnostářským nastavením platů zdravotnických pracovníků aj. (Háva, Mašková, Teršová, 2011b: 21). „*Postupně dochází k několika dalším změnám ve zdravotnickém systému - k privatizaci primární zdravotní péče, lékáren, lázeňských zařízení a dalších*“ (Kinkorová, Topolčan 2012: 3). Podporu změn ve zdravotnickém systému doplňuje přijetí zákona č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře, České lékárnické komoře a v rámci systému veřejného zdravotního pojištění přijetí zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně (Rokosová, Háva et al. 2005: 13).

Počátkem devadesátých let došlo k iniciaci přijetí zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových a podnikových zdravotních pojišťovnách, na níž měla vliv činnost aktérů různých zájmových skupin s cílem krátkodobého obohacení (Háva, Kružík 1996: 67). Poslanecká sněmovna tento návrh zákona podpořila v rámci ideje vytvořit pluralitní konkurenční systém zdravotního pojištění. Došlo tak ke vzniku 27 zdravotních pojišťoven. Tento cíl však nesplnil očekávání. Při uvažování o těchto legislativních změnách nedošlo k reflexi a hodnocení zahraničních zkušeností. Jednotlivé kroky byly příliš rychlé a nekoncepční. Závěrečným zákonem těchto převratných změn byl zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění. Na počátku roku 2000 klesl počet pojišťoven na 9 (Rokosová, Háva et al. 2005: 13; Háva, Mašková, Teršová, 2011b: 22). V současnosti spravuje finance ze zdravotního pojištění 7 zdravotních pojišťoven (MZČR 2008, [online]).¹¹

1.3.1 Lidská práva se vztahem ke zdraví

Důraz na souvislost lidských práv a zdraví roste v rámci mezinárodního diskurzu od vzniku OSN a Všeobecné deklarace lidských práv. Státy jsou zodpovědné za to, aby byl všem občanům umožněn přístup ke zdravotní péči respektováním lidských práv. O lidských právech se vztahem ke zdraví se začíná hovořit od 80. let zejména v souvislosti s rozšířením nemoci HIV/AIDS.

¹¹ Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Vojenská zdravotní pojišťovna ČR, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Zaměstnanecská pojišťovna Škoda, Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR, Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna.

Debaty na mezinárodní půdě zahrnují otázky tvorby politiky a právních norem z hlediska podmínek role státních i nestátních aktérů v podpoře přístupu ke zdraví (Gruskin, Mills, Tarantola 2007: 449).

Česká republika se jako členský stát OSN zavázala k respektování lidských práv podle Všeobecné deklarace lidských práv a v rámci českého práva přijala článek 31 Listiny základních práv a svobod, jenž je součástí ústavního pořádku ČR. Tento článek 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.“* Podle Angelovské toto právo náleží k sociálním právům občana (2011: 13).

„Definovat zákonné vymezení obsahu a rozsahu podmínek a způsob poskytování práva občana na bezplatnou zdravotní péči je možné jen zákonem. Jestliže tedy tyto podmínky mohou být upraveny pouze zákonem, je zcela nezbytné, aby i rozsah a způsob jejich poskytování byl vymezen stejným legislativním režimem“ (Háva, Mašková, Teršová, 2011b: 22).

Právní normy a novelizace zákonů v průběhu 90. let nepřinesly výraznější efekt v rozvoji konceptu lidských práv se vztahem ke zdraví a jeho aplikaci ve zdravotnickém právu ČR. Většina ministrů se musela během reformních změn vypořádat s tlaky ze strany různých aktérů, kteří měli jiné názory a zájmy a celý proces zavedení lidských práv se vztahem ke zdraví do reform českého zdravotnictví brzdili. Obvykle se všechny zákony zaměřovaly na práva pacientů související se svobodnou volbou lékaře či „služby“, která by se neměla zaměřovat s lidskými právy se vztahem ke zdraví. Zároveň žádný ministr zdravotnictví ČR (kromě Leoše Hegera) neměl dostatečně dlouhý mandát, aby mohl ve zdravotnictví něco dlouhodobě prosadit, jelikož obvykle byl vystřídán ministrem ze strany na opačném poli politického spektra, mající protichůdné názory jak na financování, tak na organizaci zdravotnictví.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění specifikoval především práva pacientů na výběr lékaře, právo na výběr zdravotního pojištění apod. Nepřinesl žádné změny v ochraně základních lidských práv a svobod, jelikož stále umožňoval regulaci poskytovaných zdravotnických služeb na úrovni ministerstva na základě dohod s poskytovateli a plátcí služeb (Háva, Mašková, Teršová, 2011b: 22). Právě autoři (Háva et al 2011b: 22) upozorňují, že jiná než zákonná úprava vymezení způsobu poskytování práva občana obdržet bezplatnou zdravotní péči, je porušením Listiny a tedy i ústavnosti.

Na půdě OSN došlo v roce 1966 k přijetí dvou významných norem z hlediska lidských práv, rovněž závazných pro ČR. Jedná se o Mezinárodní pakt o občanských a politických právech a Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech (Vláda ČR 2006 [online]).

Článek 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech (OSN, 1966) zavazuje členské státy OSN k učinění takových opatření, která budou zahrnovat:

„a) opatření ke snížení počtu potratů a kojenecké úmrtnosti a opatření ke zdravému vývoji dítěte;

b) zlepšení všech stránek vnějších životních podmínek a průmyslové hygieny;

c) prevenci, léčení a kontrolu epidemických, místních nemocí, chorob z povolání a jiných nemocí;

d) vytvoření podmínek, které by zajistily všem lékařskou pomoc a péči v případě nemoci“ (Vláda ČR 2006, [online]).

Anglické znění čl. 12 zní:

„The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. The steps to be taken by the States Parties to the present Covenant to achieve the full realization of this right shall include those necessary for:

(a) The provision for the reduction of the stillbirth-rate and of infant mortality and for the healthy development of the child;

(b) The improvement of all aspects of environmental and industrial hygiene;

(c) The prevention, treatment and control of epidemic, endemic, occupational and other diseases;

(d) The creation of conditions which would assure to all medical service and medical attention in the event of sickness“ (OHCHR [online]).

Rozhodující pro diskuzi a vymezení problému této diplomové práce je čtvrtý požadavek na vytvoření podmínek, které by zajistily všem lékařskou pomoc a péči v případě nemoci (viz výše). Zákony č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách přinášejí nový pojem zdravotní služby do zdravotnického práva, jehož terminologický i obsahový význam bude diskutován v empirické části této práce.

1.4 Formulace výzkumného problému

Ministr zdravotnictví Leoš Heger působící ve vládě Petra Nečase téměř tři roky byl nejdéle činným ministrem v historii České republiky. Od vzniku státu se na pozici vystřídal celkem 18 ministrů, což rozhodně přispívá k názorům, že činnost tohoto resortu nebyla vždy progresivní.

Po volbách v roce 2010 si pravicová vládní koalice ODS, TOP 09 a VV¹² dle Programového prohlášení vlády ČR ze 4. srpna 2010 vytyčila několik cílů, které hodlala naplnit během svého působení ve Strakově akademii. Jednalo se o „*reformu veřejných financí, důchodovou reformu či přijetí sady reformních opatření vedoucích k modernizaci a vyšší efektivnosti zdravotnického systému*“ (Vláda ČR 2010: 3 [online]). Dle cíle provést opatření k existenci moderního a efektivního zdravotnictví se Hegerova reforma soustředí na tržně orientované reformní kroky českého zdravotnictví, což se odráží i ve vzrůstajícím podílu soukromých výdajů. Průběh i podoba zákonů však napovídá, že tyto reformní změny pokračují v započaté práci bývalého ministra zdravotnictví Tomáše Julínka (ODS).

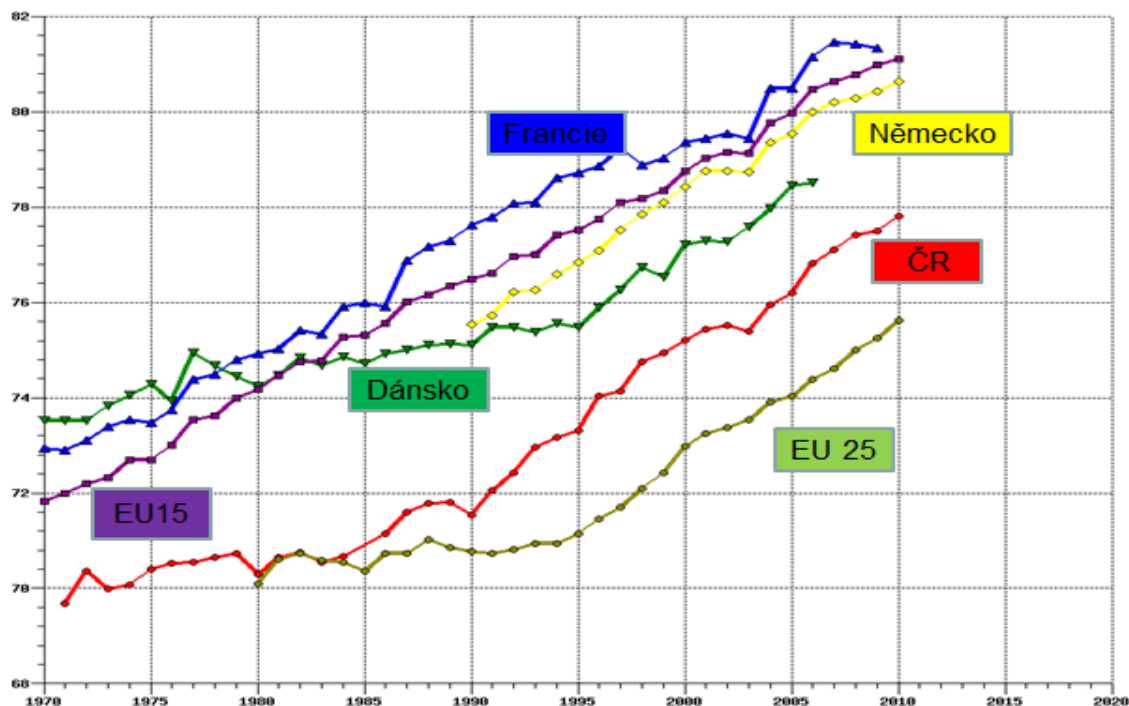
Výzkumný problém z hlediska vývoje zdravotního stavu, funkcí a cílů zdravotnických systémů

Diskuse odborné i laické veřejnosti se dnes týkají především otázek zajištění dostupné zdravotní péče různým skupinám obyvatel, problematiky existence kvalitního a efektivního zdravotnictví či rozsahu zásahů soukromého sektoru do zdravotnictví. České zdravotnictví provázejí politické kroky, které se výhradně soustředí na organizační změny a na změny v oblasti financování. Řešit zátěž chronickými nemocemi a celkový vývoj zdravotního stavu obyvatelstva ČR, který dlouhodobě zaostává výrazným rozdílem za zeměmi tzv. EU15¹³, působí mnohdy jako dílčí cíl, prezentovaný pouze při volebním boji prostřednictvím aspirantů na post ministra zdravotnictví.

¹² TOP 09 liberálně-konzervativní strana vznikla v červnu 2009; VV – Věci veřejné byly součástí vládní koalice, ale po vládních sporech se část poslanců odtrhla a založila vlastní stranu LIDEM.

¹³ EU15 – počet zemí Evropské unie před vstupem České republiky a dalších zemí v roce 2004. Dostupné z WWW: <<https://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=6805>>

Graf 5 Naděje dožití (střední délka života) – vybrané evropské země



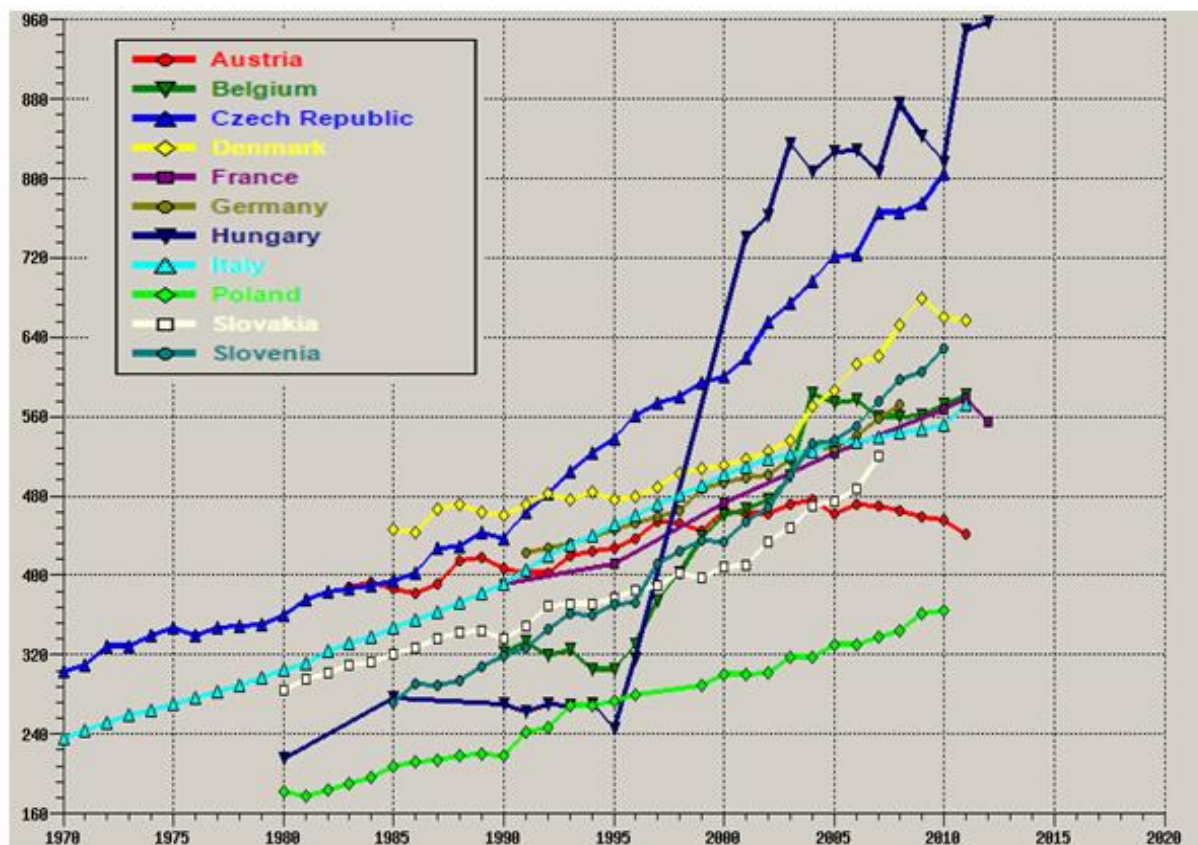
Zdroj: WHO, European HFA Database, Health data 2012 [online]

Reforma zdravotnictví pravicové vlády se skrze ideu úspory státních rozpočtů primárně soustředí na změny organizačního rázu a otázky financování. Naprosto opomíjí problémy, které souvisejí s vývojem zdravotního stavu, výsledky zdravotní péče, medicínskou efektivitou či cíli zdravotní politiky. Výrazný rozpor představuje nedostatečné plnění funkcí a cílů zdravotnických systémů zejména s ohledem na podporu zdraví. Kriticky lze hodnotit přístup tvůrců české zdravotní politiky k mezinárodnímu diskurzu, jež popisuje ve své diplomové práci i Machová¹⁴.

Význam lidských práv se vztahem ke zdraví, související mimo jiné s kvalitou péče a její finanční i geografickou dostupností, není rovněž v reformní agendě zohledněn. V neposlední řadě práce shledává deficit v hodnocení výdajů na zdravotní péči a výsledků zdravotního stavu obyvatelstva. Např. vývoj růstu chronických onemocnění je stěžejním problémem většiny zdravotnických systémů moderních států. U onemocnění rakovinou zaujímá ČR přední příčky v počtu nových případů onemocnění na 100 000 stávajících případů (viz graf 6).

¹⁴MACHOVÁ, Kamila. Přístup české zdravotní politiky ke strategii Zdraví 2020, 2013.

Graf 6 Incidence rakoviny na 100 000



Zdroj: WHO, European HFS Database, Health data 2014 [online]

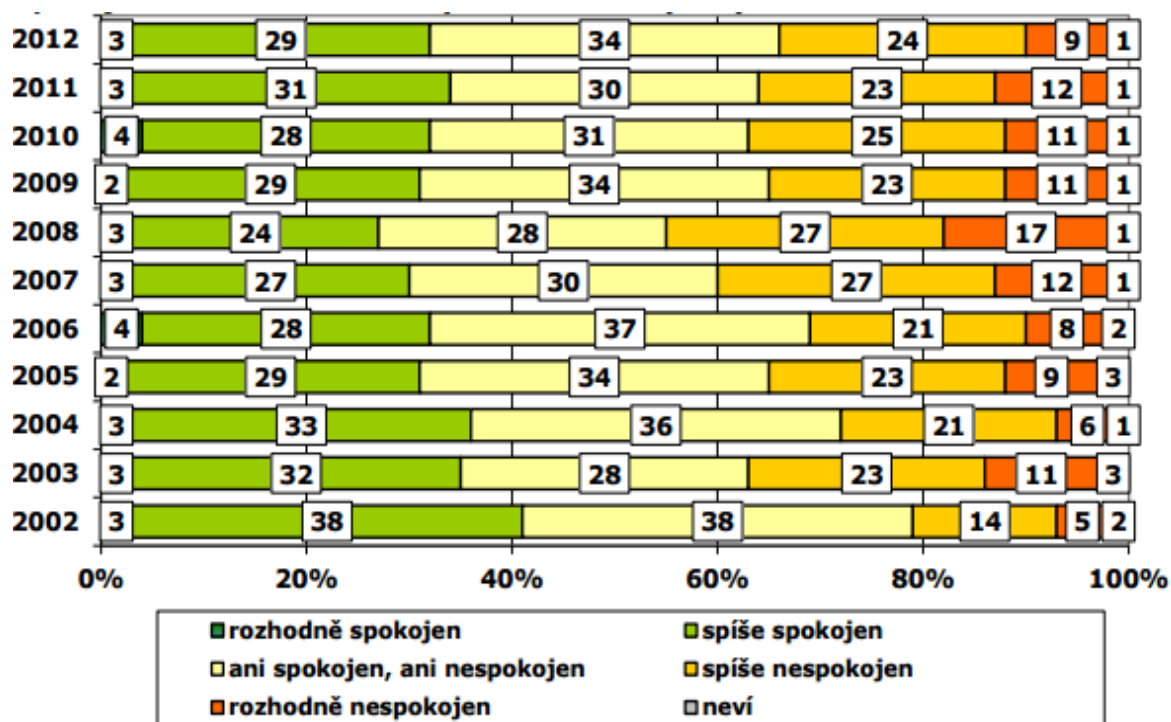
Výzkumný problém z hlediska občana a lidských práv se vztahem ke zdraví

Z mnoha výzkumů veřejného mínění lze usuzovat patrnou ztrátu důvěry občana v demokracii a jeho potřebu minimální participace v občanské společnosti. Michlová se ve své diplomové práci zaměřuje na vnímání zdravotnického systému z pohledu občanů, kde mimo jiné identifikuje jejich neznalost lidských práv se vztahem ke zdraví¹⁵.

Podle výzkumu CVVM z prosince 2012 se podíly občanů spokojených (32 %) a nespokojených (33 %) se zdravotnickým systémem v ČR téměř rovnají (viz graf 7). Nespokojenost je výraznější, jelikož rozhodně nespokojena je více než desetina populace, zatímco rozhodně spokojena jen 3 %. Třetina veřejnosti nezastává vyhranění názor k této otázce (ani spokojen, ani nespokojen).

¹⁵MICHLOVÁ, Kateřina. Vývoj zdravotního systému ČR z pohledu občanů, 2014.

Graf 7 Spokojenost se zdravotnickým systémem v ČR, 2012 (v %)



Zdroj: CVVM 2012: 2 [online]

Bakalářské a diplomové práce zaměřující se na reformní kroky ministrů zdravotnictví často hodnotí reformu z hlediska finančních změn¹⁶, dodávají popisný výklad vývoje zdravotnických systémů¹⁷, hodnotí fungování zdravotnického systému mimo jiné v komparaci s mezinárodními příklady¹⁸ či analyzují otázky postavení veřejného a soukromého zdravotního pojištění.¹⁹

Oprávněnost reformních snah není naplněna, což kriticky reflektuje předložená diplomová práce, jež vnímá rozpor ve výsledcích vývoje zdravotního stavu a naplňování funkcí zdravotnických systémů včetně snahy představitelů české zdravotní politiky o prosazení nutných reformních změn a to i přes odpor občanů.²⁰

Vliv různých aktérů na tvorbu zdravotní politiky působí v pozadí mnoha reformních procesů a ovlivňuje změny právního rámce českého zdravotnictví znamenající ohrožení lidských práv dle Listiny základních práv a svobod či evropských právních předpisů. České zdravotnické právo však mnohdy působí v rozporu s lidskými právy zastíráním tržních principů pronikajících do zdravotnictví pomocí strategií o prosazování tzv. práv pacientů.

¹⁶ PECHOVÁ, Jana. Financování zdravotnictví, 2009.

¹⁷ EIM, Josef. Vývoj zdravotnického systému v ČR, 2008.

¹⁸ NOVÁKOVÁ, Lucie. Proces reformy zdravotnictví v ČR v systému národního hospodářství, 2006.

¹⁹ ŠIMONÍK, Robert. Možnosti rozvoje soukromého zdravotního pojištění v ČR, 2010.

²⁰ Největší demonstrace proti reformám vlády Petra Nečase a se konaly v dubnu a listopadu 2012.

Výzkumný problém je nahlížen v kontextu pronikání tržních principů do reformních procesů českého zdravotnictví pod vlivem neoliberalismu, což se děje v rámci snah o stabilizaci veřejných rozpočtů popíráním lidských práv se vztahem ke zdraví a důsledným přesunem finanční zátěže na pacienty. Diplomová práce si stanovuje tezi, že v českém zdravotnictví existuje minimální reflexe vývoje zdravotního stavu a reformních snah s jejich možnými sociálními důsledky, a to především v důsledku nedostatečného zohledňování lidských práv se vztahem ke zdraví a prosazování konkrétních podnikatelských zájmů ze strany různých aktérů ve zdravotnictví i mimo ně. V důsledku nesoustředění se na cíle zdravotní politiky v rámci podpory veřejného zdraví, nedochází k naplňování základních funkcí zdravotnického systému. Tento přístup zároveň umocňuje diskuse nad postavením ČR z hlediska vývoje zdravotního stavu v porovnání se zeměmi EU-15 či OECD (viz graf 3).

Základním výzkumným problémem je kritická reflexe legitimacy reformních přístupů jednostranného pronikání tržních principů do českého zdravotnictví v kontextu ekonomické globalizace a neoliberalismu na konkrétním případu změn českého zdravotnictví v letech 2010–2013 („reforma ministra Leoše Hegera“).

2. Cíle diplomové práce a výzkumné otázky

Primárním cílem této diplomové práce je kritická reflexe vývoje české zdravotní politiky v období 2010–2013 zaměřující se na:

- konkrétní ideologická a zájmová východiska institucionální změny
- legitimitu reformních cílů z hlediska probíhajícího mezinárodního a národního diskurzu cílů a funkcí zdravotnických systémů v oblasti veřejného zdravotnictví a podpory zdraví a kontextu lidských práv se vztahem ke zdraví
- vybrané části institucionální změny (zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách)
- důvody zásadní terminologické změny (změna předchozího pojmu zdravotnické služby a zdravotní péče na zdravotní služby) ve vztahu k zavedené terminologii v článku 31. Listiny základních práv a svobod a čl. 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech

Výzkumné otázky:

1. Jaký vývoj české zdravotní politiky bezprostředně předcházel reformní agendě v období 2010–2013?
2. Jaká existovala návaznost mezi argumenty globálně působícího neoliberálního přístupu k tržně orientovaným reformám zdravotnictví a zdůvodněním reformních kroků u českých tvůrců zdravotní politiky?
3. Z jakých argumentů a právních norem vycházelo jednání zúčastněných českých aktérů?
4. Jak se odvíjely občanské postoje v ČR k reformním změnám v letech 2011–2012?
5. Jaké shody a rozdíly jsou patrné ve sledovaném období při porovnání českých reformních změn s mezinárodním diskurzem, zaměřeným na cíle a funkce zdravotnických systémů?
6. Které změny v uvedených zákonech byly v ČR diskutovány z hlediska rozporu s lidskými právy se vztahem ke zdraví?
7. Jaké důvody mohly vést k zásadní změně terminologie (změna pojmu zdravotnické služby a zdravotní péče v předcházejícím zákoně č. 20/1966 Sb. na pojem zdravotní služby)?
8. Jak lze interpretovat příčiny této změny ve vztahu k čl. 31. Listiny základních práv a svobod a čl. 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech?

Tab. 1 Celkový přehled výzkumných cílů, otázek, zdrojů dat a metod pro jejich zpracování

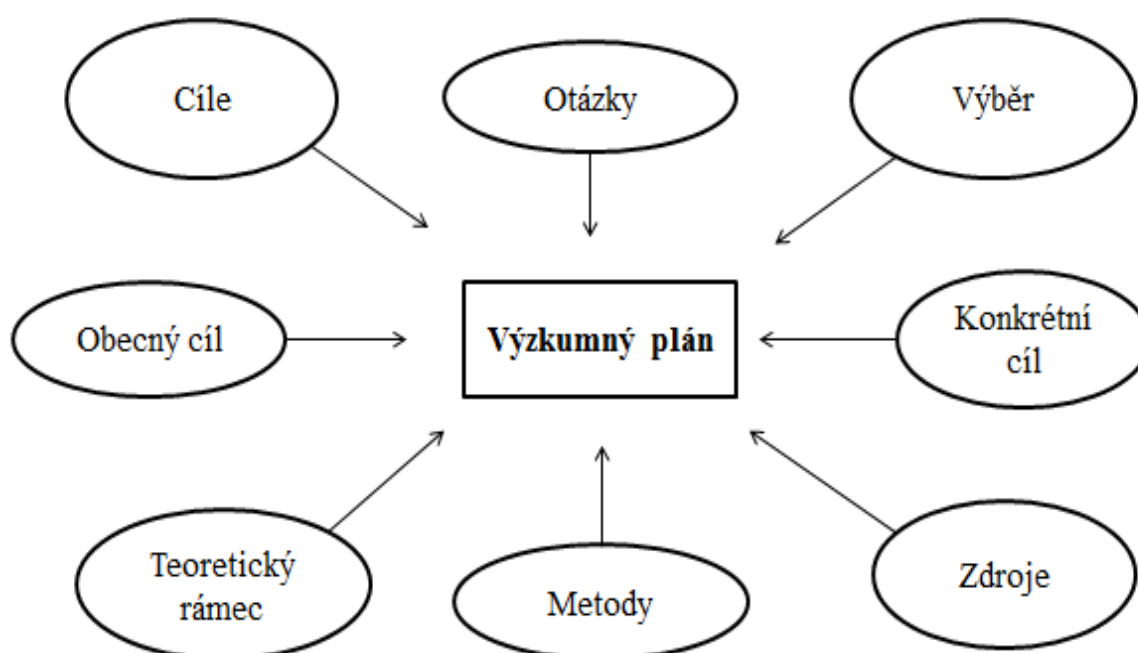
Výzkumné cíle	Výzkumné otázky	Data	Metody
Cílem této diplomové práce je kritická reflexe vývoje české zdravotní politiky v období 2010-2013 se zaměřením na:	Kontext: Problémy odpovědnosti a globální spravedlnosti Oslabená role státu Autoři: Hrubec, Suša (Sociální kritika v éře globalizace. Odstraňování sociálně-ekonomických nerovností a konfliktů, 2008). Znoj et al. (Demokracie v postliberální konstelaci, 2014) Judt, T. (Zle se vede zemi, 2011)	Teoretickým východiskem kritické reflexe je kritická sociální teorie	Spravedlnost Demokracie Normativní metodický přístup Popis a vysvětlení by byly součástí pouze (post)pozitivistického přístupu
konkrétní ideologická a zájmová východiska institucionální změny	1. Jaký vývoj české zdravotní politiky bezprostředně předcházela reformní agendě v období 2010-2013?	Období reforem Tomáše Julínka (2006–2009) Asisp 2009, Háva (hodnocení pro EK), Média a jejich zdroje	Přehled publikovaných poznatků, AÚVP
	2. Jaká existovala návaznost mezi argumenty globálně působícího neoliberálního přístupu k tržně orientovaným reformám zdravotnictví a zdůvodněním reformních kroků u českých tvůrců zdravotní politiky?	Dokumenty IMF, WB, volební program TOP09, 2010	Kritická diskurzivní analýza Institucionální analýza
	3. Z jakých argumentů a právních norem vycházelo jednání zúčastněných českých aktérů?	Ústava ČR, volební program TOP09, „nutnost reforem“ v kontextu finanční krize 2008, národní programy reforem ČR (Lisabonská strategie a strategie Evropa 2020), Programové prohlášení vlády 2010, Koaliční smlouva 2010, plán legislativních prací vlády, Zákon č. 2/1969 Sb.	CDA a IA v kombinaci s tematickou analýzou Policy network analysis (PNA)
legitimitu reformních cílů z hlediska probíhajícího mezinárodního a národního diskurzu cílů a funkcí zdravotnických systémů v oblasti veřejného zdravotnictví a podpory zdraví a kontextu lidských práv se vztahem ke zdraví	4. Jak se odvíjely občanské postoje v ČR k reformním změnám v letech 2011-2012? 5. Jaké shody a rozdíly jsou patrné ve sledovaném období při porovnání českých reformních změn s mezinárodním diskurzem, zaměřeným na cíle a funkce zdravotnických systémů?	Demonstrace (2011–2012), dokumenty ČMKOS, Svaz pacientů, ProAlt, Rada seniorů, ČLK, ČLS JEP, LOK a Svaz českých lékařů Machová 2013, Lidská práva (platné vybrané dokumenty) Dokumenty WHO, Konference WHO v Tallinu 2008, OECD, diskurz v české odborné literatuře	Kritická diskurzivní analýza – její součástí Výzkum jednání aktérů
vybrané části institucionální změny (zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách)	6. Které změny v uvedených zákonech byly v ČR diskutovány z hlediska rozporu s lidskými právy se vztahem ke zdraví?	Návrhy zákonů, jejich důvodové zprávy, záznamy z projednávání v Parlamentu ČR, platné znění obou zákonů ve sbírce. Ústavní stížnost č. 36/2011 Úmluva o lidských právech a biomedicině Čl. 12. Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech (1966)	Institucionální analýza
důvody zásadní terminologické změny (změna předchozího pojmu zdravotnické služby na zdravotní služby) ve vztahu k zavedené terminologii v článku 31. Listiny základních práv a svobod a čl. 12 Mezinárodního paktu... (1966)	7. Jaké důvody mohly vést k zásadní změně terminologie – změna pojmu zdravotnické služby v předcházejícím zákoně č. 20/1966 Sb. na pojem zdravotní služby? 8. Jak lze interpretovat příčiny této změny ve vztahu k čl. 31 Listiny základních práv a svobod a k článku 12 Mezinárodního paktu... (1966)?	Texty zákonů a návrhů zákonů, čl. 31 Listiny základních práv a svobod (1992), znění článku 12 v Mezinárodním paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech (1966) – česká a anglická verze	Institucionální analýza Interpretace právních předpisů Jazyková analýza Ústav pro jazyk český

Zdroj: Autorka

3. Metodický přístup

Každou výzkumnou činnost musí provázet systematické uvažování o tom, jak bude výzkumník během své práce postupovat. Cílem této kapitoly je představit vybrané relevantní metody pro výzkum vymezené problematiky. V úvodu této kapitoly je vymezen plán výzkumu. Výzkumný plán práce zahrnuje postup získávání dat a jejich analýzy a evaluace s cílem zodpovědět výzkumné otázky. Spojuje otázky a cíle výzkumu, které se vztahují k použitým metodám za využití zdrojů dat pod záštitou teoretických rámců (viz Obr. 1). Výzkumným plánem této diplomové práce je případová studie. Zaměřuje se na „detailní popis a porozumění konkrétnímu případu“ (Flick 2004: 146–147). Podle Hendla jde v případové studii o „porozumění zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti“ (Hendl 2008: 104). Na reformu zdravotnictví ministra Leoše Hegera lze nahlížet jako na případ významné institucionální změny spojující jednání aktérů v kontextu platných institucionálních norem.

Obr. 1 Jednotlivé složky výzkumného plánu v kvalitativním výzkumu

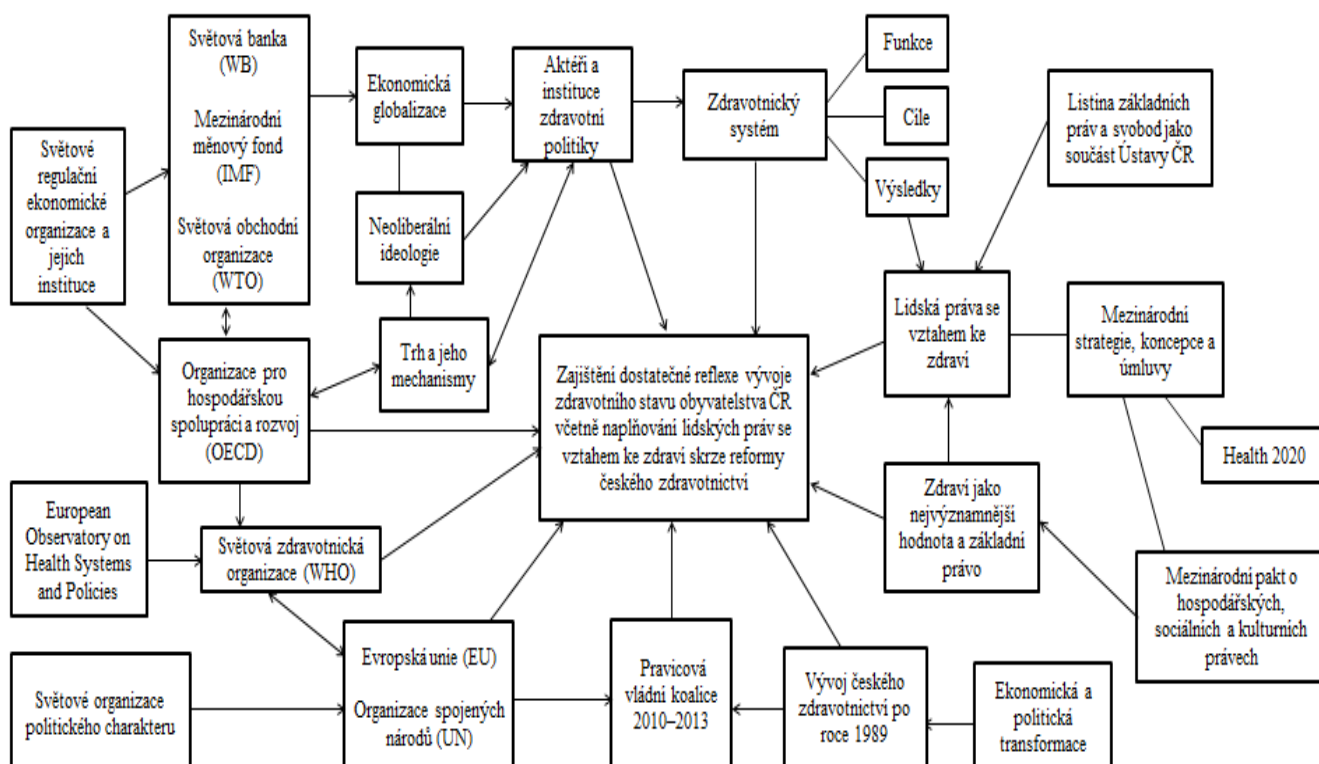


Zdroj: Flick 2004: 152, upraveno autorkou

3.1 Přehled metod

Pro počáteční vymezení problému a jeho užitečnou vizualizaci bylo využito tzv. heuristiky „stromu problémů“. Strom problémů²¹ je vhodným nástrojem k vymezení všech okolností, které mohou daný problém ovlivňovat a zároveň slouží k odhalení kontextu, do něhož problém zapadá. Tato heuristika posunula výzkumný proces dále již ke konkrétním metodám v rámci praktické činnosti v empirické části práce. Strom problémů je součástí přílohy č. 1 (viz strana I). V práci bylo využito rovněž myšlenkové mapy (viz Obr. 2). Myšlenkové mapy jsou velmi užitečným nástrojem při snaze porozumět určitému problému, informacím s ním souvisejícím a vztahům mezi nimi (Nekola, Veselý 2007: 270).

Obr. 2 Myšlenková mapa



Zdroj: Autorka

²¹ Slovo heuristika vychází „z řeckého heuréka (nalezl jsem) a znamená neformalizované strategie řešení problémů a objevování nových poznatků bez přesně stanovených logických pravidel“ (Veselý, Nekola 2007: 143). Heuristika představuje určitou pomůcku k zorientování se v určité problematice a posouvá výzkumný proces dále již ke konkrétní metodě.

Z hlediska metodického vymezení využívá diplomová práce kombinace kvalitativního i kvantitativního přístupu ve výzkumu veřejné politiky. Převažující počet metod vychází z kvalitativního výzkumu. Kvantitativní rozměr představuje práce se statistickými daty.

Výhodou kvalitativního výzkumu je jeho otevřenost a s tím související větší rozměr zúčastněnosti než je tomu u kvantitativních přístupů, které přinášejí rigidní standardizované postupy (Wilson 1970 citováno in Flick 2004: 5). Podle Puncha má kvalitativní výzkum poměrně širší záběr, zatímco kvantitativní metody jsou poměrně úzce zaměřené (Punch 2008: 11–12). „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách*“ (Creswell 1998: 12 citováno in Hendl 2008: 50). Flick doplňuje, že nesleduje jen omezený jednostranný vztah příčina a výsledek, ale dívá se na vztahy uvnitř společnosti mnohem komplexněji. Z hlediska zdrojů se jedná především o disciplínu založenou na textech (2004: 8).

Metodologie je tzv. zaštiťujícím rámcem celého vědeckého zkoumání. Určuje, jakým směrem se bude postupovat a jak se budu přistupovat k předmětu výzkumu. Metodologii této práce lze označit za normativní, jelikož již na počátku práce definujeme situaci českého zdravotnictví během reformních změn v období 2010–2013 jako nežádoucí. Jak uvádí Veselý a Nekola, v rámci veřejné politiky je nejčastěji používán přístup normativní, jelikož právě i sama politika je hodnotově či normativně orientována (Veselý, Nekola 2007: 142–144).

Výzkum se zaměřuje na vyhodnocení konkrétních legislativních kroků reformy zdravotnictví uvedené tehdejšími ministrem zdravotnictví Leošem Hegerem za účelem zhodnocení, jaké změny přinesla, a to především v kontextu lidských práv se vztahem ke zdraví. Na objektivní skutečnosti lze nahlížet z pohledu toho, jaké jsou, ale i z pohledu, jaké by mohly být, měly být či, jak je můžeme hodnotit a diskutovat. Harrington doplňuje „*že právě dané skutečnosti či fakta nelze oddělit od hodnot. Kdyby nás nezajímaly žádné hodnoty ve světě, nezajímala by nás ani žádná fakta*“ (2006: 34). Podle Sokola by bylo možné toto počínání vztáhnout k praktické filosofii, jež se vydává ve svém bádání do světa, který člověk nějak vnímá, hodnotí, vytváří si o něm nějaké názory či se nechává ovlivnit idejemi druhých (Sokol 2014: 12).

„Metoda je systematický způsob zkoumání za účelem získání objektivně správných poznatků o zkoumaném předmětu“ (Boguszak et al. 2001: 16). V empirické části výzkum vychází z přehledu publikovaných poznatků (reforma T. Julínka 2006–2009, internetové zdroje, odborné články, hodnocení pro EK od Hávy 2009), tematické analýzy (Braun, Clarke 2006), institucionální analýzy (Hollingswoth 2000; Scharpf 1997; Tang 2011; Peters 2000; North 1990), kritické diskurzivní analýzy (Jorgensen, Phillips 2002; Weiss Meyer 2001; Fairclough 1992) a v rámci ní i výzkumu jednání aktérů (Nekola, Veselý 2007), analýzy vybraných událostí veřejné politiky (Purkrábek in Potůček et al. 1996; Allison 1984), analýzy politických sítí (Frič 2008; Schneider 2005; Anheier, Katz 2005) a interpretace právních předpisů z hlediska argumentační a jazykové analýzy.

3.1.1 Tematická analýza

Kvalitativní výzkum lze uskutečňovat díky široké škále výzkumných metod a heuristik. V rámci psychologie je poměrně flexibilní často využívanou metodou „tematická analýza“, jež používá široké pole nástrojů poskytující komplexní a bohatá data (Braun, Clarke 2006: 4–5). Tato metoda sdílí mnoho podobností s obsahovou či diskurzivní analýzou, jelikož se zaměřuje na identifikaci, rozbor a vyhodnocení určitých vzorců či témat objevujících se ve zkoumaných datech. Pracuje rovněž s rolí výzkumníka jako „aktivního prvku, který přemýšlí o datech, hledá v nich spojení a svým způsobem jim rozumí a interpretuje je“ (Braun, Clarke 2006 citováno in Břeňová 2012: 56).

Celkově je analýza vhodná při řešení komplexních problémů s využitím rozhovorů s aktéry, kódování jejich výpovědí a následného schematického zobrazení.²² Z hlediska kontextu předložené diplomové práce bude tematická analýza pouze doplňující metodou v kombinaci s kritickou diskurzivní analýzou a institucionální analýzou.

3.1.2 Institucionální analýza, institucionální teorie

Ekonomická a politická transformace na počátku 90. let byla velkou institucionální změnou pro naši společnost. Prožíváme velké změny v přístupu k politice a v uvažování občanů o jejich participaci v občanské společnosti. Mezi autory ale nepanuje shoda o přesné a jasné definici institucí.

²² Břeňová využila této metody při analýze mobbingu na pracovišti (viz Břeňová, Marta. Zkušenost žen a mužů se šikanou na pracovišti: Tematická analýza, 2012).

Instituce mají tendenci stabilizovat formy chování a umožňují lidskou interakci. Zároveň je na ně navázáno mnoho normativních regulativ. Dále dodává, že slouží určité ideji, čímž zdůrazňuje jejich společenskou funkci (1995: 15–17).

Douglass C. North definuje instituce „jako pravidla hry“ (1990: 3). Schotter ale oponuje, že to „*nejsou pravidla hry, ale naopak chování, které následuje pravidla*“ (Schotter 1981: 155 citováno in Hollingsworth 2000: 599). North dodává, že instituce jsou „*lidmi vytvářená omezení, jež ovlivňují jejich vzájemné interakce*“ (North 1990: 3). Tento přístup je však poměrně jednostranný. Důvodem je ekonomický přístup, ze kterého při svém hodnocení North vychází.

Instituce zahrnují velkou množinu definicí. Z prvního hlediska je lze vnímat jako sociální pravidla zahrnující i pravidla formální (zákonné normy), na druhou stranu se jedná i o neformální pravidla a konvence sdílené společností jako takovou (Sabatier 1999: 37).

Tang oponuje definici, že instituce jsou organizace, kterou mnoho odborníků i laiků uznává jako fakt. Tento omyl vysvětluje na příkladu sociálních hnutí a kolektivní akce. Tyto činnosti potřebují instituce k zaštitění svého jednání, jelikož je posilují a zajišťují jim legitimitu. Organizace jsou zprostředkovateli vytváření pravidel, ale nejsou pravidly samotnými (North 1990: 5 citováno in Tang 2011: 4).

Instituce z jednoho pohledu usnadňují a z druhého omezují rozhodnutí výběru jednání aktérů a zároveň definují, jak budou výsledky dosažené skrze toto jednání hodnoceny dalšími aktéry ovlivněnými danou situací (Scharpf 1997: 39). „*Moderní instituce jsou tak složité a jejich fungování je v rukou tisíců různých odborníků, že jim laik nemůže rozumět*“ (Sokol 2007: 17).

Hollingsworth (2000) navrhuje 5 základních oblastí či parametrů institucionální analýzy:

- 1. *Instituce***
- 2. *Institucionální uspořádání***
- 3. *Institucionální sektory***
- 4. *Organizace***
- 5. *Výstupy***

Jednotlivé složky těchto úrovní jsou ve vzájemných vztazích, ale liší se mírou stability a trvalostí. Složky, které se nacházejí v horním spektru, jsou stálé a odolné, naopak složky na nižší úrovni spektra jsou náchylnější k častým změnám.

První úroveň tvoří normy, pravidla, konvence, zvyky a hodnoty společnosti, jež jsou základním vlastnictvím institucí. Jsou odolné vůči změnám, reflektují a tvarují preference aktérů a zároveň určují, kdo je zahrnut v účasti na rozhodování a k jakému jednání bude přístupný (Shepsle 1986, 1989 citováno in Hollingsworth 2000: 602).

Úzké skupiny ve společnosti si vytvářejí vlastní pravidla a normy, dle činnosti a funkcí, kterou skupina naplňuje. Jiná pravidla platí v rámci rodiny, jiná pravidla musí dodržovat zaměstnanec na pracovišti a jiná zase žák ve třídě. Globalizovaná společnost a její spletnost mimo jiné zapříčinila nejasnost a nepřehlednost v pravidlech, která zahrnují větší množství aktérů. Hodgson doplňuje, že „*aktéři jsou usazeni v institucionálním prostředí a instituce je nejen omezují, ale i formují*“ (1988, 1997 citováno in Hollingsworth 2000: 603). Tento vztah však platí oboustranně.

Na makro úrovni, kterou v našem případě může představovat např. ministerstvo zdravotnictví a jeho zdravotní politika, stanovují instituce pravidla, se kterými se aktéři na mikro úrovni (občané) musí vypořádat. Z hlediska legitimacy je právě občan nejdůležitějším článkem ve vztahu makro a mikro úrovně institucionálního uspořádání.

Předložená diplomová práce se bude soustředit pouze na první oblast „institucí“, jelikož sledujeme institucionální změnu v rámci legislativy.

V oblasti studia institucí existuje mnoho přístupů, jako je např. historický institucionalismus, diskurzivní institucionalismus, racionální či nový institucionalismus.

Kritika institucionální teorie často argumentuje její rigidností, jež je problematická při studiu politiky, která je dynamickým systémem. G. B. Peters dodává, že jsou tyto teorie vhodnější pro vysvětlení rozdílů mezi jednotlivými institucemi než v rámci vývoje změny jedné instituce (2000: 7).

V rámci této práce se analýza zaměřuje na:

1. ideová, zájmová a věcná východiska institucionální změny, jež je zkoumána v rámci jednání zúčastněných aktérů i za využití metody kritické diskurzivní analýzy,
2. legislativní (institucionální) změnu a její legitimitu (soulad s lidskými právy a s ústavním právem),
3. hodnocení výsledků reformních (sociálních) změn a jejich legitimacy.

3.1.3 Kritická diskurzivní analýza – výzkum jednání aktérů

Obvykle si pojem diskurz spojujeme s projevy řeči, komunikací určité skupiny či analýzou textu. Diskurz²³ je obecně pojímán dle základní myšlenky, že jazyk je strukturován podle různých vzorců, které lidé prohlašují. Diskurzivní analýza je zaměřením právě na tyto vzorce (Jørgensen, Phillips 2002: 1). Diskurz je podle Fairclougha zároveň „*ovlivňován vztahem mezi mocí a ideologií*“ (Fairclough 1992: 15) a dodává důležitý argument, že diskurz je pouze jednou stránkou z mnoha v rámci sociální praxe.

Foucault ve svém pojetí diskurzu argumentuje, že „*diskurz není dominantním projevem myšlení a projevu daných subjektů.*“ Definuje jej jako „*soubor prohlášení či výroků, které náleží do stejné diskurzivní formace. Dále zdůrazňuje, že se nejedná o ideální, nadčasovou formu, ale o součást historie mající své limity a procesy změn*“ (Foucault 1972: 117 citováno in Jørgensen, Philips 2002: 11). Současné přístupy následují Foucaultovu tezi, že diskurzy jsou soubory pravidly podmíněných prohlášení, jenž staví limity významu daných výroků.

Diskurzivní analýzy, jako součást sociálního konstruktivismu, jsou často používanou metodou pro výzkum komunikace, kultury a společnosti. Jedná se o poměrně flexibilní přístup, jenž může být použit v celé řadě výzkumů. V diskurzivní analýze se teorie a metoda prolínají. Podstatným hlediskem této metody je interpretace promluv, textů a diskusí (Jørgensen, Philips 2002: 2–4).

Kritická diskurzivní analýza (KDA) je mezioborovým přístupem, jež lze použít při studiu mnoha oblastí, a jenž má své kořeny na počátku 90. let minulého století, kdy došlo k setkání několika autorů, kteří dali následně základy této disciplíně. Tyto začátky jsou spojeny s vydáním časopisu *Discourse and Society* (1990), knihy *Language and Power* od Normana Fairclougha (1989) či *Language, Power and Ideology* od Ruth Wodak (1989).

KDA je metodou, jež nahlíží na jazyk jako na „*sociální praxi a kontext jazyka vnímá jako klíčový*“ (Wodak, Meyer 2001: 1), což potvrzuje její napojení na lingvistiku zabývající se především významem slov. Tento kritický přístup má své kořeny v činnosti Frankfurtské školy nebo Jurgena Habermase. Analýza se zaměřuje na neprůkazné i jasné strukturální vztahy dominance, diskriminace, síly a kontroly projevující se v jazyku. Mimo jiné se zaměřuje na odhalení nerovností, jestliže jsou vyjádřeny jazykem, což dokazuje Habermasovu tezi, že jazyk je nástrojem převahy a sociální síly.

²³ Sociální koncepce diskurzu je obvykle spojena s dílem M. Foucaulta a J. Habermase.

Jazyk není silný sám o sobě, ale sílí prostřednictvím vlivných lidí, kteří jej používají. Na rozdíl od většiny diskurzivních přístupů se KDA nezaměřuje jen na mluvené či psané texty, ale více do hloubky zkoumá sociální procesy a jednání aktérů, která stojí v pozadí (Wodak, Meyer 2001: 2–3).

Kress představuje následující předpoklady KDA:

- *„jazyk je sociální fenomén,*
- *jednotlivci, instituce i sociální skupiny mají specifické významy a hodnoty vyjádřené jazykem,*
- *texty jsou významné jednotky jazyka v komunikaci,*
- *čtenáři či posluchači nejsou jen pasivními příjemci v jejich vztahu k textům,*
- *existují podobnosti mezi jazykem vědy a institucí, atd.“ (Kress 1989 citováno in Wodak, Meyer 2001: 6).*

Někteří autoři se v rámci KDA zaměřují na různé oblasti jako je např. otázka diskriminace, vliv masmédií, ideologie a jejich rétoriku atd. Fairclough je nejvýraznějším představitelem disciplíny a rovněž tím, kdo se zasloužil o rozpracování KDA na úrovni metody²⁴. V posledních letech se mimo jiné ve svém díle soustředí na procesy sociální transformace spojené s pojmy jako globalizace či neoliberalismus.²⁵

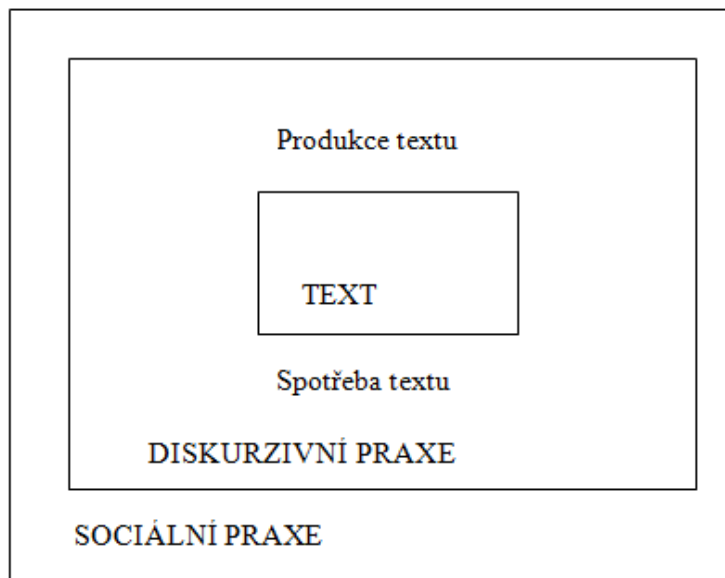
Fairclough definuje tři hlavní pojetí či dimenze KDA:

- text a studium jeho struktury, kam zahrnujeme lingvistickou analýzu zaměřující se na styl, žánr, používané výrazy atd. Mimo psaného projevu sem náleží i obrázky, proslovy aj. (Háva, Tušková, Müller 2011:7 in Machová, 2013: 39). Jedná se o tzv. lingvistické vlastnosti textu.
- diskurzivní praxe, skrze niž jsou produkovány dané projevy, texty a proslovy. Zde je zaměřením na proces tvorby a používání textu (Jorgensen, Philips 2002: 68).
- sociální praxe zaměřující se na pozadí diskurzů a jejich vzájemných vztahů (Fairclough 1995: IX).

²⁴ Viz. Tomíčková, A. Role českých veřejnoprávních médií v diskurzu důchodové reformy, 2011: 23

²⁵ Fairclough, N. Critical discourse analysis. International Advances in Engineering and Technology (IAET) ISSN: 2305-8285 Vol. 7 July 2012 International Scientific Researchers (ISR)

Obr. 3 Trojdimenzionální model KDA



Zdroj: Fairclough 1992: 73 in Jorgensen, Philips 2002: 68, upraveno autorkou

Přesto, že existuje několik různých přístupů ke KDA, lze identifikovat 5 základních společných znaků pro všechny:

1. Diskurzivní praxe každodenního života skrz níž dochází k tvorbě textů a výpovědí je důležitou součástí sociální praxe, jež přispívá ke tvorbě sociální reality.
2. Existuje vzájemný vztah diskurzu a sociální reality. Diskurz je konstitutivní vůči sociální realitě i konstituovaný sociální realitou. V rámci sociálního světa je diskurz ve vztahu k dalším oblastem.
3. KDA se zaměřuje na lingvistický rozbor daného jazyka v rámci sociální interakce a jeho kontextu.
4. Ideologický efekt diskurzivní praxe představuje její podílení se na tvorbě nerovného rozdělení síly mezi sociálními skupinami jako např. mezi menšinami a většinovou společností či mezi muži a ženami. KDA je kritická ve smyslu svého zaměření se na odhalování role diskurzivní praxe v tvorbě sociální reality zahrnující vztahy ovlivňující nerovné rozložení síly.
5. KDA se nevnímá jako politicky neutrální, ale jako kritický přístup odpovědný k politické změně (Jorgensen, Philips 2002: 60-64).

Fairclough doplňuje, že diskurz je formou sociální praxe reprodukcí poznání a sociální vztahy včetně mocenských vztahů a zároveň je dalšími strukturami a sociálními praxemi formován (Fairclough in Jorgensen, Philips 2002: 65).

V rámci této diplomové práce slouží ke KDA tato data:

- Politické strany a jejich volební programy (zejména TOP 09)
- Koaliční smlouva 2010
- Cíle zdravotní politiky v programovém prohlášení vlády 2010
- Národní program reforem ČR 2011–2013
- Věcné návrhy zákonů (s ohledem na výzkumné otázky)
- Parlament: tisky (poslanecký tisk)
- Ústavní soud a jeho nálezy
- Legislativní proces
- Legislativní plány vlády
- Platné zákony (Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách platný od 1. 4. 2012 a zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách platný od 1. 4. 2012)
- Výzkumy veřejného mínění
- Data týkající se demonstrace (2011–2012) - dokumenty ČMKOS, Svazu pacientů, ProAlt, Rady seniorů, ČLK, ČLS JEP, LOK a Svazu českých lékařů apod.

Výzkum jednání aktérů

V reflexi aktivit v soukromém sektoru (firem) vytvářejí aktéři podle Williamse efektivní instituce sledováním svých vlastních zájmů a podporou strategických cílů (Williamson 1985 citováno in Hollingsworth 2000: 624) a zároveň v rámci tržních principů a vlivů dochází k tvorbě institucí vyhovujících komplexní kapitalistické ekonomice (Hollingsworth and Boyer, 1997: ch. 14; Hodgson, 1999 in Hollingsworth 2000). Tento přístup sleduje jednání aktérů z ekonomického hlediska. Aktéři politického procesu však formují své zájmy nejen dle svých idejí, ale i v kontextu institucí, jež je ovlivňují. Nelze jejich jednání hodnotit jako přímočaré s cílem dosáhnout zisku, což je typické chování pro podnikatelské subjekty.

Aktéři se za určitých podmínek stávají přímými účastníky politického procesu, v němž svým jednáním dle svých schopností a dostupných zdrojů ovlivňují výsledky tohoto procesu (Buse, May, Walt 2005: 9–10).

Podle Scharpfa jde vymezit tři základní charakteristiky aktérů:

- „*schopnosti*,
- *konkrétní vnímání*,
- *konkrétní preference*“ (Scharpf 1997: 43).

„Ve veřejné politice se při analýze problémů soustředíme zejména na zdroje jednání aktérů vytvářené institucionálními pravidly, definujícími kompetence a uznaná i omezující práva participace, zamítnutí či svobodného rozhodnutí. Vnímání a preference aktérů mohou být poměrně stálé, ale zároveň je mohou náhle aktivovat stimuly konkrétního politického problému či otázky“ (Scharpf 1997: 43).

V analýze aktérů se snažíme identifikovat všechny subjekty, které jsou nějak ovlivněny danou veřejnou politikou či tu politiku sami ovlivňují (Nekola, Veselý 2007: 225–226). Daný aktér může mít konkrétní zájem v daném problému, disponuje určitými kompetencemi a mocí a je ovlivněn ideovými i ideologickými východisky.

V předložené diplomové práci se zaměřujeme na jednání českých aktérů zdravotní politiky. Výzkum jednání aktérů zde slouží jako komplementární metoda kritické diskurzivní analýzy.

V oblasti studia politického procesu a počátků veřejné politiky se jako o zakladateli hovoří o Haroldu Lasswellovi, který orientaci politických věd směřoval multidisciplinárně s důrazem na řešení problému a jeho kontextuální podstaty. Svým normativním přístupem ke studiu politického procesu představil politickou vědu přispívající k vývoji demokratické vlády v rámci svobodné společnosti. Politická věda v tomto pojetí byla vědou o procesu a pro politický proces, v němž se soustředí na formování politiky a jednání aktérů v demokratických systémech.

Od 60. a 70. let se začíná prosazovat technokratická etapa vývoje veřejné politiky zejména v USA zaměřující se na technicky zaměřené metody, s ideou nadřazenosti vědeckého přístupu k rozhodování v politice s výpočty efektivnosti nástrojů, kterými se dosahuje politických cílů. Kritickou reflexi tohoto směru přinášejí autoři vnímající toto technokratické pojetí jako omezené a jednostranné, postrádající kriticky hodnotící přístup k analýze politiky. Ovlivnění diskurzivní analýzou, kritickou teorií a dalšími disciplínami vytvářejí přístup nazývaný postempirický či postpozitivistický (Fischer 2003: 1–14).

3.1.4 Analýza politických sítí

Obecně lze analýzu sítí definovat jako „soubor přístupů a nástrojů k popsání a analyzování vztahů mezi individui, organizacemi a dalšími sociální subjekty.“ Analýza se zaměřuje na vztahy mezi aktéry, na to jaké vzorce chování používají skrze své jednání v rámci sítě, jak na sebe vzájemně působí a jaké mezi sebou tvoří vazby.

Analýza politických sítí uvažuje o individuálních přístupech aktérů, ale převážně se soustředí na analýzu jejich jednání jako celku (Anheier, Katz 2005: 207).

Politická síť je subsystémem, do něhož patří političtí aktéři spojeni rozmanitými vztahy při tvorbě dané veřejné politiky. „*Zájmy aktérů nejsou vždy čistě subjektivní, ale rovněž závisí na obecných vzorcích vnímání (ideologie, žebříček hodnot)*“ dle (Schneider 2005: 5). Ve veřejné politice se aktéři soustředí na řešení problémů, které specifikují ve svých veřejněpolitických dokumentech, jako jsou např. volební programy vymezující cíle, prostředky a dostupné zdroje. V programovém diskurzu těchto cílů se odrážejí aktéři formující rozhodnutí podle svých zájmů, idejí a hodnot. Jejich jednání je ovlivněno nejen jejich schopnostmi, možnostmi a zdroji, ale i jejich postavením v rámci politické sítě (Schneider 2005: 6).

„*Důležitým aspektem zkoumání neformálních sítí z pozic institucionální ekonomie je to, že je nahlíženo nejen jako tržní prostředí, ale zároveň i jako kolektivní aktéry, kteří cíleně uplatňují svůj vliv v politických a hospodářských procesech. Obzvláště zřetelný je tento aspekt v analýzách transformačních procesů postkomunistických zemí. Vliv sítí v těchto zemích je považován za tak velký, že bez jejich analýzy nelze jejich ještě stále probíhající transformaci vůbec popsat*“ (Tucker 2001: 1, Grabher, Stark 1997:3 citováno in Fryč 2008: 298).

Autoři často rozdělují sítě na pozitivní a negativní. Z hlediska negativního dochází v postkomunistických zemích ke kritické reflexi působení neformálních sítí, jejichž cílem není veřejný zájem, ale pouze partikulární zájmy v souladu s prospěchem členů dané sítě. Pod jejich tlakem dochází k „*faktické proměně státních institucí na soukromé agentury*“ (Frič 2008: 301). Toto se děje v důsledku deficitu formálních institucí umožňující rozmach negativních sítí i ve veřejném prostoru. Důvody shledávají autoři dva. Jedním může být již zděděná podoba a dysfunkčnost institucí ještě z doby komunismu. Druhým důvod lze identifikovat v politické, právní a ekonomické transformaci, jež dané instituce narušila (Frič 2008: 306).

V rámci výzkumu lze rozlišovat tři přístupy k analýze:

1. Mikro-úroveň: soustředí se na jednoho centrálního aktéra a jeho spojitosti s dalšími subjekty
2. Makro-úroveň: soustředí se na vztahy mezi členy dané sítě
3. Hyper-úroveň: soustředí se na strukturu v kombinaci jednání stejných i rozdílných sítí aktérů (Anheier, Katz 2005: 207).

3.1.5 Analýza vybraných událostí veřejné politiky

Analýza událostí veřejné politiky vychází z metody událostí analýzy *event history analysis* anglických a amerických autorů jako např. K. Yamaguchi²⁶ nebo P. D. Allison²⁷

Tato metoda slouží především k systematickému identifikování všech událostí souvisejících s konkrétním veřejněpolitickým problémem na základě sběru dat. Purkrábek považuje za „*vhodnější zkoumat jednotlivé dílčí události, než veřejnou politiku jako celek. Ty lze lépe odhalit a analyzovat*“ (Purkrábek 1996 in Potůček et al. citováno in Vacátko 25: 2014). Allison definuje událost jako „*kvalitativní změnu, která se vyskytuje v určitém časovém okamžiku*“ (1984: 9). Tato událost se přímo či nepřímo vztahuje k danému veřejněpolitickému problému.

Analýza vybraných událostí veřejné politiky slouží i v rámci této diplomové práce k zmapování změn, které proběhly v českém zdravotnictví v období 1990–2013. Zejména slouží k pochopení kontextu problému, souvislostí a také k identifikaci událostí z minulých let mající vliv na reformní agendu ministra Hegera. Spolu s přehledem publikovaných poznatků slouží jako doplňující metoda institucionální analýzy. Zároveň byla metoda využita v kontextu hodnocení návaznosti mezi argumenty globálně působícího neoliberálního přístupu k tržně orientovaným reformám zdravotnictví na základě událostí, které proběhly na poli zdravotní politiky i mimo ni z mezinárodního hlediska.

3.1.6 Interpretace právních předpisů

Výklad právních předpisů slouží k poznání obsahu právní normy. Následně je možné danou právní normu analyzovat a hodnotit jazykový diskurz, který autoři norem používají.

Empirická část je metodicky završena interpretací legislativních změn z hlediska jazykové otázky v souvislosti s výzkumnými otázkami:

1) *Které změny v uvedených zákonech byly v ČR diskutovány z hlediska rozporu s lidskými právy se vztahem ke zdraví?*

Analyzována je terminologie zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách spolu s dokumenty vymezujícími lidská práva se vztahem ke zdraví v mezinárodním i národním diskurzu.

2) *Jaké důvody mohly vést k zásadní změně terminologie (změna pojmu zdravotnické služby v předcházejícím zákoně č. 20/1966 Sb. na pojem zdravotní služby)?*

²⁶ Yamaguchi, K. (1991) *Event history analysis*. Sage Publications, Newbury Park, London.

²⁷ Allison, P. D. (1984) *Event History Analysis: regression for Longitudinal Event Data*. Sage University.

3) Jak lze interpretovat příčiny této změny ve vztahu k čl. 31. Listiny základních práv a svobod?

Diskutována je terminologická změna pojmu zdravotnický na zdravotní a používání pojmu „služby“ místo „péče“ v zákoně č. 372 a 373/2011 Sb., o zdravotních službách a specifických zdravotních službách. Analytickým zdrojem je kromě samotného zákona i podoba důvodové zprávy a její argumentace.

4. Teoretická a věcná východiska

Ve sledovaném období 1990–2014 došlo k výraznému rozvoji poznatků v oblasti zdravotního stavu a jeho determinant, teorie organizace (organizační změny ve zdravotnických systémech a jejich důsledky pro dosahované výsledky), v ekonomii (ekonomie zdraví, veřejná ekonomie), veřejném zdravotnictví a podpoře zdraví. Po roce 2000 např. došlo k explicitnímu zájmu o nastolení agendy zdravotní politiky (konference o cílech zdravotní politiky v Paříži v roce 2000 a následně pak souhrn těchto poznatků formou monografie o cílech zdravotní politiky). Zásadním stimulem poznatkových syntéz byl vznik Evropské observatoře pro zdravotnické systémy a zdravotní politiky (European Observatory on Health Systems and Policies) v polovině 90. let. Díky této observatoři je dnes volný přístup ke zhruba 70 monografiím, které jsou poznatkovým východiskem pro tvorbu zdravotní politiky, založené na důkazech. Publikace Evropské observatoře jsou primárně zaměřeny na rozšiřování poznatků co nejširšímu okruhu a jsou využívány členskými státy Evropského regionu WHO. Další výsledky rozvoje teoretických poznatků vznikaly díky aktivitám WHO a OECD, množství časopiseckých publikací v desítkách odborných časopisů.²⁸

Vývoj výše uvedených oblastí rozvoje poznání nepochybně věcně a kriticky reaguje na ideologické vlivy neoliberalismu, působící v rámci ekonomické globalizace. Cíle a funkce zdravotnických systémů se dostaly v řadě zemí po provedených reformních změnách do kontroverzí především s lidskými právy se vztahem ke zdraví. V průběhu 90. let a krátce také po roce 2000 se Světová banka a mezinárodní měnový fond staly nositeli neoliberálních ideologických principů (viz Washingtonský konsensus 1991) a stala se tak předmětem oprávněné kritiky (viz Kapitola 1).

Kritická reflexe vývoje v samotném zdravotnictví vnímala celkovou reflexi transformačních změn v Latinské Americe v 80. letech a následně pak ve střední a východní Evropě po roce 1990. Nenaplněná očekávání změn a naopak růst příjmových a majetkových nerovností, nerovností ve zdraví, deficity demokratického vývoje, jednostranný důraz na ekonomické přístupy, spojené s vírou ve všemocnou sílu trhů a se snahami o zásadní omezení role států (veřejné správy) vedly také v samotném zdravotnictví k rozvoji poznání, zaměřenému na dominantní role vybraných skupin aktérů (poskytovatelé služeb, medicínsko-farmaceutický průmysl, dodavatelé technologií, plátcí služeb), růstu jejich mocenského postavení a vlivem na průběh institucionálních změn.

²⁸ Dostupné z WWW: <<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications>>

Tento vývoj má charakter víceúrovňového vlivu, odehrávajícího se v kontextu ekonomické globalizace a investorských (podnikatelských) zájmů (viz Švihlíková 2010).

Výběr uvedených poznatků poskytuje reflexi vývoje různých typů východisek institucionálních změn a jejich konkrétních organizačních a ekonomických změn ve zdravotnictví v kontextu tržně orientovaných přístupů k reformám. Tabulka 2 ukazuje vybrané události v mezinárodním kontextu, kde modře vyznačená linie představuje směřování procesů vývoje neoliberalního přístupu, angažování mezinárodních finančních institucí v zemích CCE regionu při jejich transformaci a následné tržně orientované reformy nutných škrtů včetně zdravotnických reforem.

Tab. 2 Vybrané události procesu tvorby zdravotních politik po 2. světové válce v mezinárodním kontextu

Období Procesy	Po 2. sv. válce – 70. Léta	70. – 80. léta	80. – 90. Léta	90. léta – 2000	2000–2012
Mezinárodní vývoj	Brettonwoodský systém	Ropné šoky	Deregulace finančních trhů Ekonomická globalizace Privatizace		Finanční krize 2008–2010
Vývoj neoliberalismu		R. Reagan (USA) M. Thatcher (UK)		Washingtonský konsensus (1991) WB, IMF	Makroekonomická disciplína
Welfare state Sociální vývoj	Vznik a rozvoj WS	Retrenchment Nerovnosti Sociální exkluze Nezaměstnanost		Od států k trhům	Value for money Rovnost v přístupu ke zdravotní péči
Lidská práva (OSN, Rada Evropa)	OSN 1945 Všeobecná deklarace 1948 Mezinárodní pakt o...1966			Interpretace lidských práv se vztahem ke zdraví	Protokol hodnocení implementace lidských práv se vztahem ke zdraví
CEE Transformační procesy	Totalitní režim Ztráta demokracie	Normalizace Charta 77	1989 Pád komunismu	Pád komunismu Deetatizace Decentralizace Liberalizace	2005–2013 Škrty ve veřejných rozpočtech Tržní reformy
Vývoj v Evropě	Růst Evropská sociální charta 1961	Recese Ropné šoky Helsinská konference 1975	Evropská měnová integrace Maastricht 1993 Lisabonská strategie Evropa 2020		
Zdravotnictví	WHO 1948	Konference WHO Alma Ata Alma-atská deklarace, 1978	Ottawa 1986 - Ottawská charta na podporu zdraví	Lublaň 1996 WHO Report 2000 Assessment	Tallin konference 2008 Gilson 2012 Zdraví 2020
Veřejná politika	Formování jako vědy od 60. Let	Policy Analysis		Health policy	Hodnocení

Zdroj: Autorka

Protiváhou partikulárním zájmům a mocenským vlivům je vývoj mezinárodního syntetizujícího teoretického diskurzu (OSN, WHO, OECD, European Observatory on Health Care Systems and Policies), podložený vývojem teoretické reflexe. Silné ideologické a úzké zájmové vlivy jsou vyvažovány vývojem diskurzu a aplikacemi v oblasti lidských práv se vztahem ke zdraví (viz Gruskin, Tarantola v OSN 2004), uplatněním nových výzkumných přístupů (kritická diskurzivní analýza, institucionální analýza, výzkumy jednání aktérů, nové poznatky v oblasti politických věd např. Orme et al. (Public Health for the 21st Century, 2007), Tang (General Theory of Institutional Change, 2011), Jorgensen, Phillips (Discourse Analysis as Theory and Method, 2002), Seedhouse (Health Promotion, Philosophy, Prejudice and Practice, 2004) atd.

4.1 Výčet teorií pro teoretický rámec výzkumu

Vybraná teoretická východiska této práce jsou členěna multidisciplinárně (v souladu s obecným přístupem veřejné politiky, jenž vychází z teze, že každý sociální či politický problém má mnoho dílčích složek, které jsou svázány s různými disciplínami) dle (Moran, Rein, Goodin et al. 2006: 40–41) celkem do tří okruhů, reflektujících vývoj zejména v posledních 25 letech.

1. Zdravotní politika, zdravotnické systémy, jejich cíle a funkce, organizační uspořádání (Tab. 3)
2. Vybrané teorie, zaměřené na veřejnou politiku, veřejnou správu a řízení, politický systém a politické vědy, a teorie, jež jsou východiskem metod IA a CDA (Tab. 4)
3. Teorie, související s obecnými filosofickými a hodnotícími přístupy (Tab. 5).

Teoretická východiska této práce jsou odvozena především od poznatků zaměřených na studium zdravotnických systémů jejich funkcí a cílů (Kutzin 2010; Gilson 2012; Saltman, Figueras 1997; Figueras, McKee 2012; Murray 2000), v kontextu zdravotní politiky (Kickbusch 2012; Walt 2004; Palfrey 2000), teorie institucionální změny (Tang 2011), teorie přirozeného práva a lidských práv se vztahem ke zdraví (Gerloch 2013; Gruskin, Tarantola 2004) a kritické sociální teorie (Hrubec, Suša 2008; Judt 2011).

Tab. 3 Vybrané teorie, zaměřené na zdravotní politiku a zdravotnické systémy, jejich funkce, cíle, činnosti a organizační uspořádání

Teorie (oblasti)	Klíčové pojmy	Autoři	Knihy	Poznámky
Zdravotní politika	Cíle zdravotní politiky Etické dimenze Aktéři Instituce	G. Walt K. Buse, G. Walt et al. C. Palfrey	Health policy (2004) Making HP (2005) Key Concepts in Health Care Policy and Planning (2000)	Health and development
Zdravotnický systém	Funkce Cíle Předmět Organizační změny	J. Figueras, M. McKee J. Figueras et al. L. Gilson WHO 2000, 2010, 2011 Murray et al. (Bulletin WHO) K. Machová (diplomová práce)	HS (2012) Purchasing (2005) HP and SR (2012) Report Assessment framework	Vývoj ZS po 2. světové válce - viz Úvodní kapitola práce Hodnocení Konference WHO
Veřejné zdraví (Public Health)	Determinanty zdraví a nemoci Zdraví a nemoc ve společnosti Podmínky a předpoklady pro zdraví	J. Orme et al. R. Labonté A. Dawson B. Badura, I. Kickbusch	Public Health for the 21st Century (2007) Health Promotion in Action (2008) The Philosophy of Public Health (2009) Health Promotion Research (1991)	Podpora zdraví - od 80. let Mezery ve zdraví Společenské změny Lidská práva Výzkumy Zdravotnické právo
Ekonomie zdraví	Model – needs, supply, demand Selhání trhu Ekvita ve zdraví Efektivita	J. P. Newhouse, A. J. Culyer C. Sorenson et al. In European Observatory on Health Systems and Policies	Handbook of Health Economics (200) Ensuring Value for Money in Health Care (2008)	W. Ranade (1998) L. Hancock (1999) M. Mahar (2006) Hodnota zdraví Peníze, moc a vliv Tržní principy

Zdroj: Autorka

4.1.1 Zdravotní politika a zdravotnický systém

Zdravotní politika může být vymezena z několika hledisek. **Zdravotní politika** jako praktická činnost je realizována na nadnárodní (globální), národní, regionální a lokální úrovni (Palfrey 2000: 3) a vztahuje se „*ke všem rozhodnutím, plánům a činnostem, které jsou prováděny za účelem dosažení konkrétních cílů zdravotní péče v rámci celé společnosti*“ (WHO 2014 [online]).

Předmětem zdravotní politiky jsou rozhodovací procesy včetně analýzy problémů, formulace cílů a hodnocení výsledků. Tyto cíle vycházejí z tvorby politiky prostřednictvím aktérů, kteří promítají ve svém rozhodování své ideje, zájmy a hodnoty. Tato rozhodnutí představují na jedné straně právní normy a na straně druhé samotnou praktickou část v podobě realizace zdravotní politiky, a to jak v samotných zdravotnických zařízeních tak také v činnosti veřejné správy. Jedním z významných aktérů je ministerstvo zdravotnictví prezentující zdravotní koncepci státu. Ministerstvo reprezentuje veřejnou správu, jejímž hlavním úkolem je řešit problémy českého zdravotnictví.

V neposlední řadě je součástí zdravotní politiky její obsah, kam patří ochrana zdraví populace, léčba nemocí, medicínský výzkum, financování zdravotnických služeb, podpora lidských zdrojů ve zdravotnictví apod. (Walt, 1994: 1–10; Saltman, Figueras, Sakellarides 1998: 2–6). Vedle zdravotní politiky jako praktické činnosti existuje i vědní obor zdravotní politika s poměrně multidisciplinárním charakterem využívajícím poznatků veřejné politiky a dalších oborů.

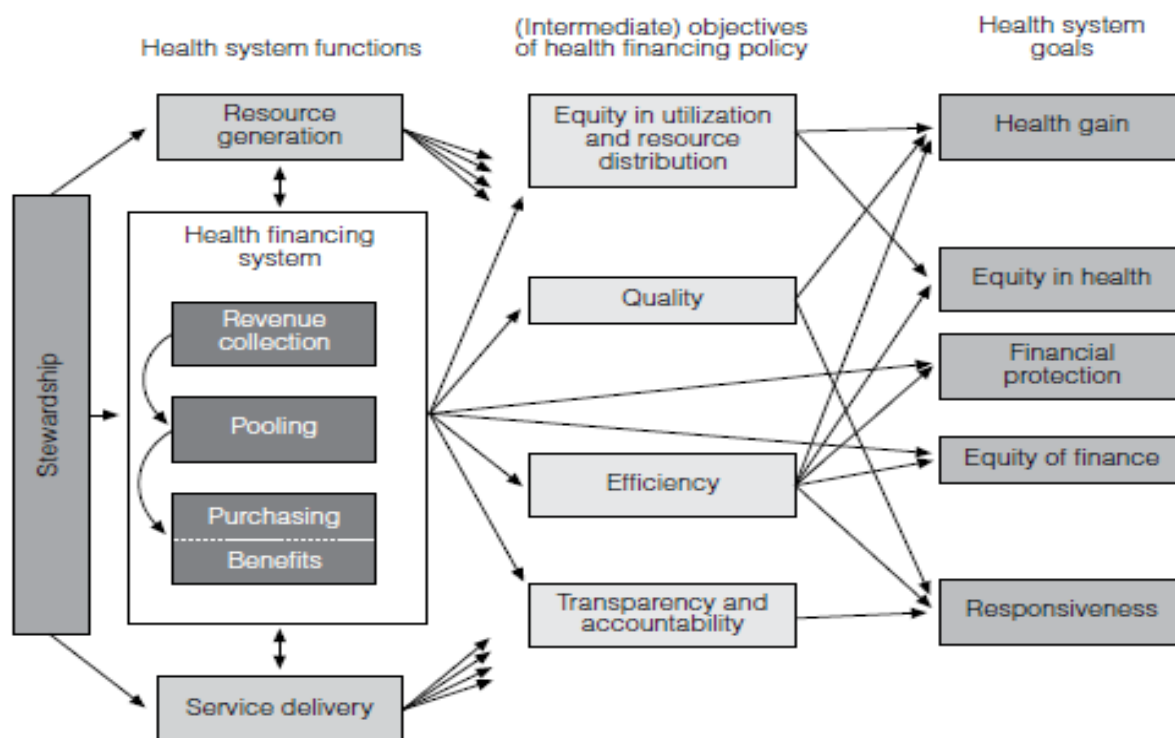
Tvorba právních norem skrze legislativní proces by v z hlediska zdravotní politiky měla vycházet z analýzy vývoje zdravotního stavu, využití zahraničních poznatků a jejich odborného diskurzu, a reprezentovat funkce a cíle zdravotnických systémů.

Zdravotnický systém je nejdůležitějším celkem z hlediska realizace zdravotní politiky. Háva jej definuje jako „*souhrn služeb, které jsou na daném území vymezeny právními normami, pravidly pro správu, řízení a financování*“ (Háva citováno in Potůček 2005: 331).

Primární cílem zdravotnických systémů je zlepšení zdraví, čehož by mělo být dosahováno nejen skrze poskytování zdravotní péče, ale také skrze ochranu a podporu veřejného zdraví, krizové připravenosti a mezisektorové součinnosti (Mackintosh, Koivusalo 2005 citováno in Gilson 2012: 23). Světová zdravotnická organizace definuje zdravotnický systém ve své zprávě The World Health Report (WHO 2000: 5) jako „*všechny aktivity spojené a prováděné s cílem podporovat, navracet a udržovat zdraví. Tyto aktivity se odehrávají v rámci mnoha sektorů, kde hlavním správcem systému a tím, kdo definuje pravidla hry, je stát a jeho zdravotní politika.*“

Kutzin doplňuje další cíle zdravotnických systémů o ekvitu zdraví, ochranu před finančním rizikem, ekvitu ve financování a vstřícnost čili schopnost reagovat na očekávání populace (Kutzin 2010: 5). Ekvita ve zdraví se podle (Saltman, Figueras 1997: 7) vztahuje ke kolektivnímu zájmu individuální spravedlnosti (např. přístup ke zdravotní péči), což přímo souvisí s implementací lidských práv se vztahem ke zdraví do legislativy právního státu.

Obr. 4 Zobrazení financování zdravotnického systému, cílů a funkcí



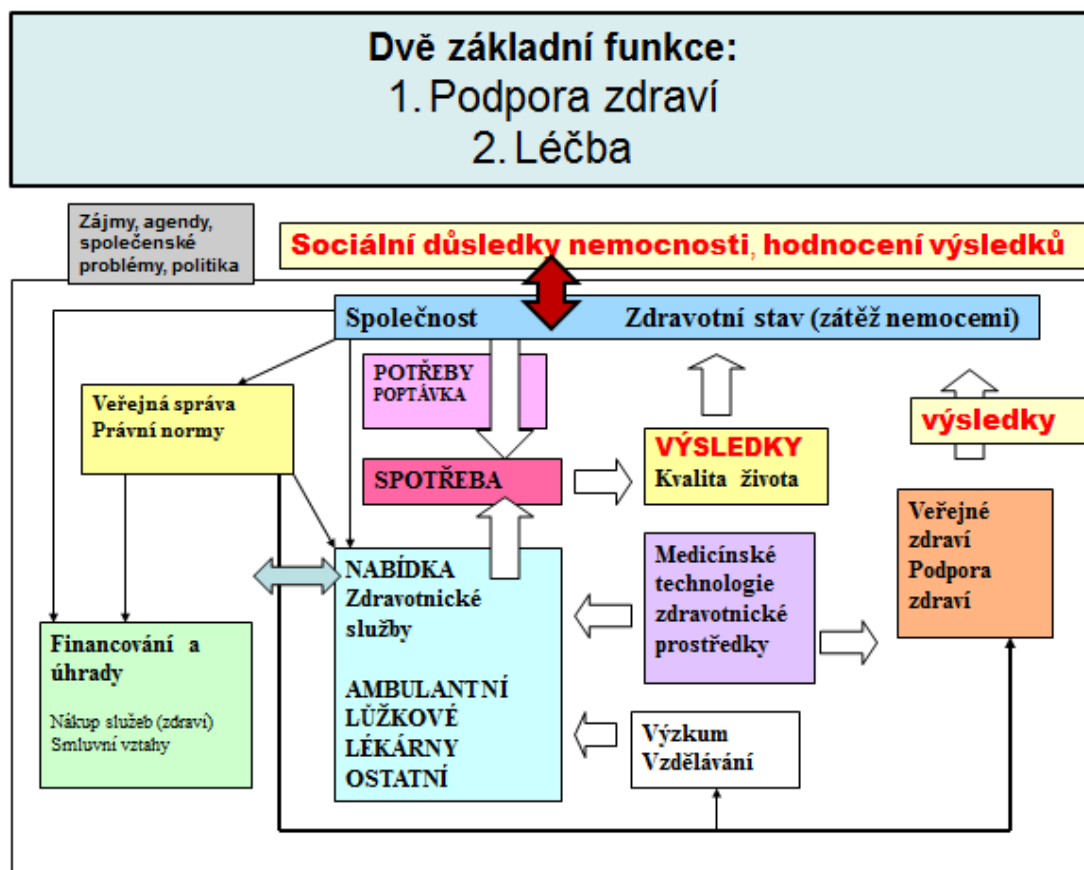
Zdroj: Kutzin 2010: 5

Zdravotnické systémy se v dnešní době zaměřují především na posílení své činnosti na národní úrovni, kdy hlavním cílem má být podpora veřejného zdraví a naplňování funkcí zajistit kvalitní péči všem občanům. V mezinárodním diskurzu se klade stále větší důraz na posílení národních zdravotnických systémů jako základních komponentů globálního zdravotnického systému.

Health policy and systems research je „*multidisciplinárním oborem zabývajícím se evaluací výkonnosti zdravotnických systémů, odbouráváním starých výzkumných metod v rámci výzkumu ve zdravotnictví, posilováním lokálních aktérů včetně odborníků, politiků, občanské společnosti, soustředěním se na podporu zdraví a témat jak na lokální, tak na globální úrovni*“ (Gilson 2012: 21–22).

Aby mohl zdravotnický systém naplňovat své cíle, musí také správně plnit své funkce, mezi něž patří zajištění poskytování péče, zajištění lidských zdrojů ve zdravotnictví, diagnostika, dodávání informací, medicínských produktů, vakcinace a technologie, financování, řízení a naplňování lidských práv se vztahem ke zdraví (Gilson 2012: 23).

Obr. 5 Model základní struktury zdravotnického systému



Zdroj: Háva 2014: prezentace pro předmět Zdravotní politika

Murray a Frenk pracují s cíli zdravotnických systémů na základě tří pilířů: zdraví, vstřícnost (schopnost reagovat) a spravedlnost ve finančním přispívání do systému, a v jejich hodnocení systémů jsou tato kritéria zohledněna. Jak již bylo zdůrazněno v úvodní kapitole práce, zdravotnické systémy jednotlivých zemí se výkonnostně liší nejen v míře výdajů na zdravotnictví, ale i v dosahování cílů, přístupech k lidským zdrojům či lidským právům se vztahem ke zdraví. Právě proto v porovnání výše zmíněných kritérií dochází k rozdílům v sociálně hodnocených výsledcích (Murray, Frenk 2000: 717–718).

Výzvou pro politické představitele je tvorba politiky, jež bude vycházet z respektování zdraví jako největší hodnoty společnosti spolu s rovným přístupem všech občanů ke zdravotní péči v rámci činnosti institucí, jež naplňují funkce a cíle zdravotnických systémů. Česká zdravotní politika dlouhodobě postrádá koncepční vymezení své činnosti zejména v důsledku nedostatečné reflexe mezinárodního diskurzu, umožnění podnikatelským subjektům prosazovat své partikulární zájmy a v neposlední řadě tvorbou reformní agendy, jež nezohledňuje lidská práva se vztahem zdraví, ale naopak je hodnocena jako tržně orientovaná.

Tab. 4 Vybrané teorie, zaměřené na veřejnou politiku, veřejnou správu a řízení, politický systém a politické vědy, a teorie, jež jsou východiskem metod IA a CDA

Teorie (oblasti)	Klíčové pojmy	Autoři	Knihy	Poznámky
Veřejná politika	Aktéři, sítě, instituce, procesy, jednání aktérů, evaluace, ideje, fáze VP	M. Howlett, M. Ramesh M. Potůček et al. F. Fischer et al.	Studying Public Policy (1995) Veřejná politika (2005) Handbook of Public Policy Analysis (2007)	Politický systém Demokracie Spravedlnost Policy Analysis Policy Research
Veřejná správa a řízení	Koordinace Proces tvorby politiky	B. G. Peters et al.	Interactive Governance (2012)	Veřejný zájem (M. Purkrábek)
Politický systém Politické vědy	Agenda setting Kultura a ideje Cíle politiky Stát, role státu Neoliberalismus Ekonomická globalizace	A. Heywood C. Hay R. E. Goodin et al. N. Serra, J. E. Stiglitz M. B. Steger	Political Theory (2004) Political Analysis (2002) Oxford Handbook of Political Sciences (2006) The Washington Consensus Reconsidered (2008) Globalization. A Very Short Introduction (2008)	Politické teorie Vláda a stát Washingtonský konsensus Veřejné rozpočty
Institucionální teorie Kritická diskurzivní analýza	Význam institucí Institucionální změna	B. G. Peters S. Tang C. Fairclough (2012) G. Weiss, R. Wodak (2003)	Institutional Theory in Pol. Science (1999) A General Theory of Institutional Change (2011) CDA – Critical Discourse Analysis	D. C. North O. Weinberger Změna politiky a její hodnocení Diskurz a jeho význam
Teorie státu	Právní stát Občanství	P. Wilkinson T. Judt	International Relations. A Very Short Introduction (2007) Zle se vede zemi (2011)	Státy a jejich pozice Oslabování role státu
Teorie demokracie	Občanská společnost Participace Veřejné mínění	R. Dahl K. Michlová (Diplomová práce) R. Martiníková (Diplomová práce)	Demokracie a její kritici (1995) Vývoj zdravotního systému ČR z pohledu občanů (2014) Občanská participace na tvorbě české ZP (2011) zdravotní politiky (2011)	Transformace Legislativní změny

Zdroj: Autorka

4.1.2 Teorie institucionální změny

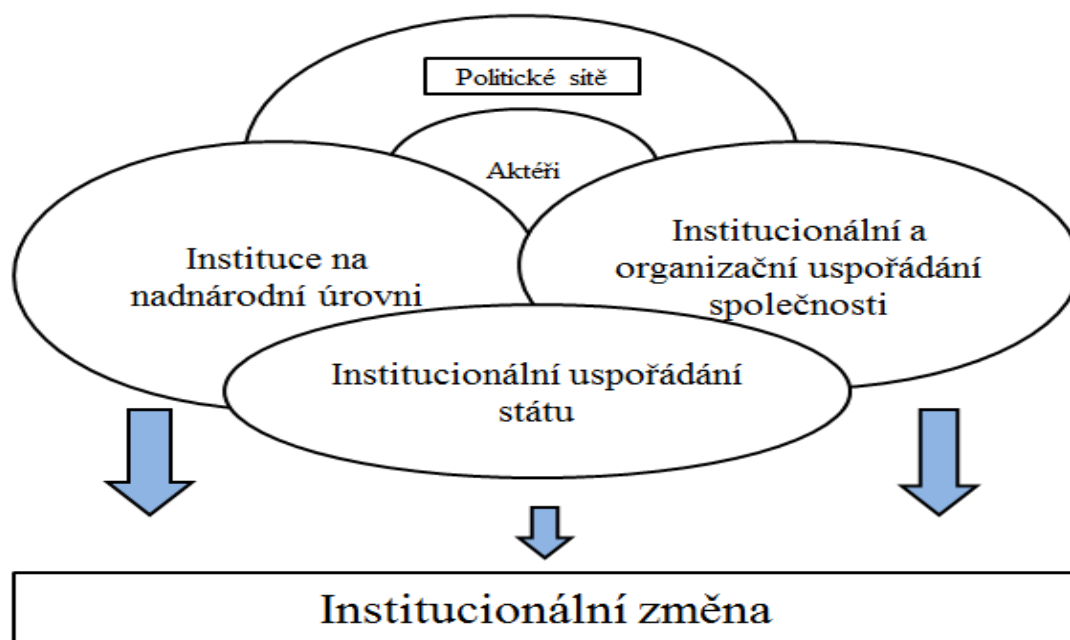
Instituce formují a omezují jednání aktérů v sociální realitě jednak z hlediska norem a pravidel, kterými se musí aktéři řídit, a jednak z hlediska hodnot a preferencí, kterými samotní aktéři dané instituce ovlivňují.

Tang tvrdí, že k pochopení institucí a toho jak fungují, je třeba opravdu porozumět procesu institucionální změny (Tang 2011: 2–3).

Z hlediska problematiky, kterou se zabývá tato diplomová práce, je důležitá nejen analýza současného stavu a předcházejících procesů, ale především zachycení a zhodnocení institucionální změny legislativy, jež proběhla v rámci reformní agendy 2010–13 a to ve vztahu k výsledkům, které přinesla.

Proces institucionální změny je komplexní z hlediska fází, procesů a jednání aktérů, do změny zasahujících. Na začátku dochází k prezentaci návrhů na změnu prostřednictvím aktérů, kteří mají moc danou změnu ovlivnit či minimálně do procesu zasáhnout. Jsou ovlivněni nejen stávajícím institucionálním systémem, ale i ostatními aktéry a sítěmi aktérů, do kterých náležejí. Následně dochází k mobilizaci aktérů s cílem prosadit své návrhy v konkrétním dokumentu či strategii. Na základě množství zdrojů, kterými disponují, se dá odhadovat jejich šance k prosazení svých zájmů. Cílem změny je v závěru prosadit její nastavení jako pevné právní normy (Tang 2011: 35–38). Kriticky je hodnocena ospravedlnitelnost této změny a možné negativní důsledky pro společnost.

Obr. 6 Aktéři a instituce v politickém procesu



Zdroj: Howlett, Ramesh 1995: 51, upraveno autorkou

Podle Tanga lze sledovat institucionální změnu z hlediska její rychlosti. V podstatě lze říci, že převažují změny, které jsou pomalé, jelikož institucionální systém je stabilní (viz str. 31) a nelze předpokládat, že by bylo možné jej změnit náhlou akcí. Na druhou stranu jak náhlé, tak pomalé změny mohou přinášet zásadní výsledky (2011: 40).

V této diplomové práci sledujeme změny započaté již před Hegerovou reformní agendou v roce 2010, na které ale Heger navázal, a postupnými politicky průchodnými kroky prosazoval vlastní změny. Tento jev definuje Tang jako akumulaci změn (2011: 40).

Tab. 5 Vybrané teorie, související s obecnými filosofickými a hodnotícími přístupy

Teorie (oblasti)	Klíčové pojmy	Autoři	Knihy	Poznámky
Politická filosofie Etika Kritická sociální teorie	Ethical Dimension of Health Policy	J. Sokol (2014) M. Thompson M. Hrubec et al.	Etika, život a instituce (2014) Moc, peníze a právo (2007) Přehled etiky (1999) Sociální kritika v éře globalizace (2008)	Etika, život a instituce Sociální důsledky globalizace (O. Suša)
Filosofie medicíny	Udržitelnost medicíny Současná medicína	David Seedhouse J. Šavlík, J. Hnízdil et al.	Health Promotion. Philosophy, Prejudice and Practice (2004) Jak léčit nemoc šílené medicíny (2013)	Mocenské zájmy Občan je jen spotřebitel služeb
Sociální teorie	Hodnoty, fakta, objektivita	A. Harrington (2006)	Sociální teorie	Hodnocení Věda Viz. Kapitola Metodický přístup
Lidská práva	Lidská práva se vztahem ke zdraví Sociální práva Přirozené právo Pozitivní právo	S. Gruskin, D. Tarantola P. Háva, P. Mašková, T. Teršová Gerloch (2013)	Health and Human Rights (2004) České zdravotnické právo po roce 1990 v kontextu lidských práv se vztahem ke zdraví (2011)	Dokumenty Použití v praxi Zdravotnické právo

Zdroj: Autorka

4.1.3 Kritická sociální teorie neoliberalismu v procesu ekonomické globalizace

Pojem globalizace je často používaným pojmem současných odborných i laických diskusí, které zatím nepřinesly jeho jednoznačné vymezení. Většina odborníků se ani neshodne na datování počátku celého globalizačního procesu. Předložená diplomová práce přináší tezi, že se jedná o proces, z něhož někteří profitují a jiní ne.

Kohák hovoří o globalizaci v několika smyslech. V prvním smyslu jde o postupné sblížení lidských společností, což je přirozený vývoj v důsledku rozvoje komunikace a dopravy. Za druhé definuje obchodní globalizaci jako rozšíření působnosti dané firmy z tuzemska i za hranice státu.

Do třetice představuje ten nejrizikovější smysl ekonomické globalizace v nadřazování ekonomických zájmů a maximalizace zisku všemu ostatnímu (Kohák citováno in Hrubec 2004: 21–22).

Václav Mezřický ve svém uvažování o globalizačních procesech hovoří o tzv. šoku, který prožila většina států cítící se ohrožena zvnějšku působícími silami globálního trhu, a to především i proto, že se stále výrazněji zvyšoval tlak na jejich politiky sociálního státu. ČR tento šok prožila o několik let později, jelikož kvůli totalitní ideologii zde působící, nemohla fenomén globalizace reflektovat. Mezinárodní měnový fond definuje globalizaci jako „*rostoucí ekonomickou závislost zemí ve světovém měřítku v důsledku rostoucího objemu a druhu přeshraničních transakcí zboží a služeb a toku mezinárodního kapitálu*“ (Mezřický 2003: 10). Obecně tak charakterizuje svůj jednostranný ekonomický postoj ke společenské transformaci posledních let postrádající hodnotící zaměření a sociální hledisko.

V uvažování o roli ekonomického kapitálu Horyna kritizuje jeho vliv na státy a jejich představitele, který identifikuje i tato diplomová práce. Právo a filosofii státu vidí jako hlavní činitele v procesu řešení problémů současného globalizovaného světa včetně sociálních nerovností, polarizace světa či sociálních důsledků při působení anonymní formy řízení, jakou je trh (Horyna citováno in Hrubec 2008: 48–50). Kritizuje tak pozici, do které byl ustaven Washingtonský konsenzus, s jeho principy finanční stability a privatizace, jako podporovatele demokracie. Právo musí být regulátorem demokratických principů, čehož se ale evidentně obávají příznivci neoliberalismu. Jejich odpor vůči vyšším právním normám budí dojem obavy z možných regulací svévolně působícího ekonomického kapitálu (Horyna tamtéž).

Kritická sociální teorie se v argumentaci Suši zaměřuje na ekonomickou globalizaci, která sice slibovala růst a prosperitu všem, kteří se přizpůsobí mezinárodní strategii dle Washingtonského konsenzu, přesto však přinesla především sociální nerovnosti. „*Samotný ekonomický růst nevede ke snížení distributivní nerovnosti*“ (Suša citováno in Hrubec 2008: 323). Nerovnosti, které dnes stojí v popředí zájmu mezinárodního diskurzu, jsou nejen příjmové nerovnosti, ale i nerovnosti z hlediska sociálních práv, kam mimo jiné patří i rovný přístup ke zdravotní péči.

„*Bezhlavá privatizace zásadní omyl, který ohrožuje nejenom sociální soudržnost západních společností, ale v posledku i liberálně-demokratický systém*“ (Pehe citováno in Judt 2011: 13). Trhy samy osobě negenerují důvěru, spolupráci nebo společné jednání ve prospěch obecného dobra. Obvyklá situace je boj o získání kapitálu před upřednostněním morálních principů (Judt 2011: 45–46).

Nejvíce kritický je Judt k posunu veřejného k soukromému tzv. od států k trhům. Kritizuje tezi, že „nejlepším, ba dokonce jediným způsobem, jak ubránit liberalismus a otevřenou společnost, je zabránit státu zasahovat do chodu hospodářství“ (Judt 2011: 89). Podceňování veřejného sektoru se ve velké části vyspělého světa stalo standardní politickou rétorikou (Judt 2011: 157).

Do kritiky neoliberálního přístupu je nutné doplnit hlubší pohled na působení dvou základních institucí jednajících pod záštitou tohoto přístupu – Světové banky a Mezinárodní měnového fondu. Obě instituce byly založeny na konferenci v Bretton Woods v roce 1944. Jejich odpovědnost jako mezinárodních institucí je diskutována od konce 20. století. Důvody těchto diskuzí spočívají v primárním aspektu těchto aktérů, tedy že působí v globální společnosti. Z hlediska výzkumného problému se práce zaměřuje na povinnosti, které tyto instituce mají vůči mezinárodním lidským právům.

Vnímání těchto institucí v právním pojetí není jednoduché, jelikož ekonomické právo na ně nahlíží ze svého technokraticky úzkého vymezení, zatímco veřejné právo vnímá jejich sociální a politický charakter (Skogly 2001: 1–3).

Kriticky byla hodnocena podpora Světové banky a Mezinárodního měnového fondu vůči nedemokratickým režimům či režimům, které porušovaly občanská i politická práva (Skogly 2001: 6).

Jejich jednání je hodnoceno v kontextu jejich působení a ovlivňování národních politik a v rámci doporučení, která tvoří pro politické představitele těchto zemí mimo jiné i z hlediska lidských práv (Skogly 2001:13). Kritika je zaměřena na snahu těchto aktérů o redukci vládního vlivu na ekonomiku země a důraz na přísun soukromého kapitálu do různých sfér veřejného systému (Skogly 2001: 21–22). Tyto charakteristiky byly patrné i v působení WB a IMF v zemích střední a východní Evropy včetně České republiky.

4.1.4 Přirozené právo a lidská práva se vztahem ke zdraví

Podle Jana Sokola jsou lidská práva jednou z nejvýznamnějších myšlenek, kterou západní kultura přinesla. I když existují mnozí, kteří se snaží jejich legitimitu napadnout či zpochybnit, v podstatě se jim to nikdy nepodaří úplně. Různá vyjednávání o míru, tvorba vlády či prosazování svobody a demokracie se bez jejich přítomnosti neobejde (Sokol 2007: 260). „Lidská a občanská práva jsou kulturní a společenský výtvor, krajně složitý, jemný a podivuhodně dokonalý výsledek tisíciletého snažení mnoha a mnoha lidí i jejich institucí“ (Sokol 2007: 267).

Smysl rozlišování pozitivního a přirozeného práva tkví v tezi, že pozitivní právo představuje pravidla chování a k nim odpovídající možnosti jiného chování uznaného státem a vedle něho existuje ještě právo přirozené, na státu nezávislé (Gerloch 2013: 23). Za pozitivní právo jsou označovány takové právní normy, které jsou v dané zemi platné (Boguszak 2001: 20). Pozitivní právo se vymezuje jako opačné k právu přirozenému.

Nejvyšší instituce daného státu lidská práva interpretují a jejich povinností je tato práva i udržovat. Lidská práva byla v druhé polovině minulého století vymezena jako nezávislá na státní moci v mnoha mezinárodní i národních dokumentech, což jim přiznává i jejich přirozenost. Pokud bychom ale tuto tezi obrátili, *„legitimitu národní státy získávají až skrze naplňování morálních lidských práv. Všeobecná deklarace lidských práv stanovuje morální lidská práva existující nezávisle, sama o sobě“* (Pogge in Hrubec 2008: 180).

„Právní stát je institucí, ve které se metoda legality nedílně spojuje s jeho demokratickým charakterem, tj. s ideou suverenity lidu, principem dělby moci a koncepcí nezadatelných lidských práv“ (Gerloch 2013: 197). Sokol zcela nesouhlasí s myšlenkou o přirozenosti a nezcizitelnosti lidských práv a dodává, že lidská práva nám nejsou svěřena přírodou či svým přirozeným původem a nemůže nám je dávat ani stát, nýbrž ostatní lidé a spoluobčané (2007: 268).

Přestože spojení lidských práv a zdraví proběhlo v mezinárodním diskurzu poměrně nedávno, vlády i neziskové organizace vnímají tento závazek velice vážně. V posledních dvaceti letech se uskutečnilo několik konferencí, které kriticky nahlížely na potřebu jasného vymezení spojení lidských práv a zdraví (Gruskin, Tarantola 2004: 2).

Prostřednictvím tlaku, který vytvářejí nejen neziskové subjekty, ale i mezinárodní organizace, uznávají vlády jednotlivých států svoji odpovědnost za zdraví populace. Tato odpovědnost je legislativně uznána i ústavními zákony či mezinárodními pakty²⁹. Podle mezinárodního práva musí mít všichni občané přístup ke zdravotní péči nejvyšší možné kvality. Tento fakt souvisí s rovnými příležitostmi nejen z hlediska zdraví, ale i rovného zacházení dle přirozené podstaty lidských práv (Gruskin, Tarantola 2004: 6). Státy mají povinnost respektovat a chránit lidská práva se vztahem ke zdraví svých občanů skrze medicínu a podporu veřejného zdraví.

²⁹ Viz Všeobecná deklarace lidských práv, Úmluva o lidských právech a biomedicině, Mezinárodní pakt o občanských a politických právech, Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech a další

Z hlediska lidských práv se vztahem ke zdraví je globalizace vnímána ve dvou úrovních. Pozitivním hlediskem je propojenost světa v poskytování informací, znalostí a globální pomoci při krizových situacích. Negativně lze však nahlížet na zvyšování nerovností vzrůstajícím blahobytem jedné vrstvy společnosti a stagnaci či nerovný přístup ke zdravotní péči u méně majetné vrstvy společnosti.

Ve zprávě WHO z roku 2013 byl představen závazek a myšlenka, jež by měla být společná všem státům. Tato idea spočívá v přesvědčení, že by všichni lidé měli mít přístup ke zdravotní péči a zdravotním službám bez obavy z finančních nákladů na péči vynaložených, které by je mohly „zruinovat“ (WHO 2013a: (11) xi).

Původní myšlenka „Zdraví pro všechny“ je doplněna či nahrazena přístupem, který zahrnuje univerzální pokrytí péče potřebné pro všechny k dosažení sociálního blahobytu.³⁰ Tento přístup byl ukotven i Alma-Atskou deklarací z konference v roce 1978 a výrazně souvisí s ekvitou ve zdraví (WHO 2013a: 5). *„Ekvita ve zdraví je naplněna pokud má ideálně každý rovnou příležitost dosáhnout plně svého zdravotního potenciálu a pragmatictěji, pokud nikdo není znevýhodněn při naplňování tohoto potenciálu, za předpokladu, že existující překážky jsou odstranitelné“* (WHO 1985 citováno in Whitehead 1994: 7).

Univerzální přístup k úhradám zdravotních služeb v rámci práva na zdravotní péči je základním právem pro všechny. V principu se jedná o možnost dosáhnout na nejvyšší možný standard kvality péče a zdraví, jenž by měl být cílem všech zdravotních politik. Právě v tomto smyslu jsou vnímána i lidská práva se vztahem ke zdraví (WHO 2013a: 6).

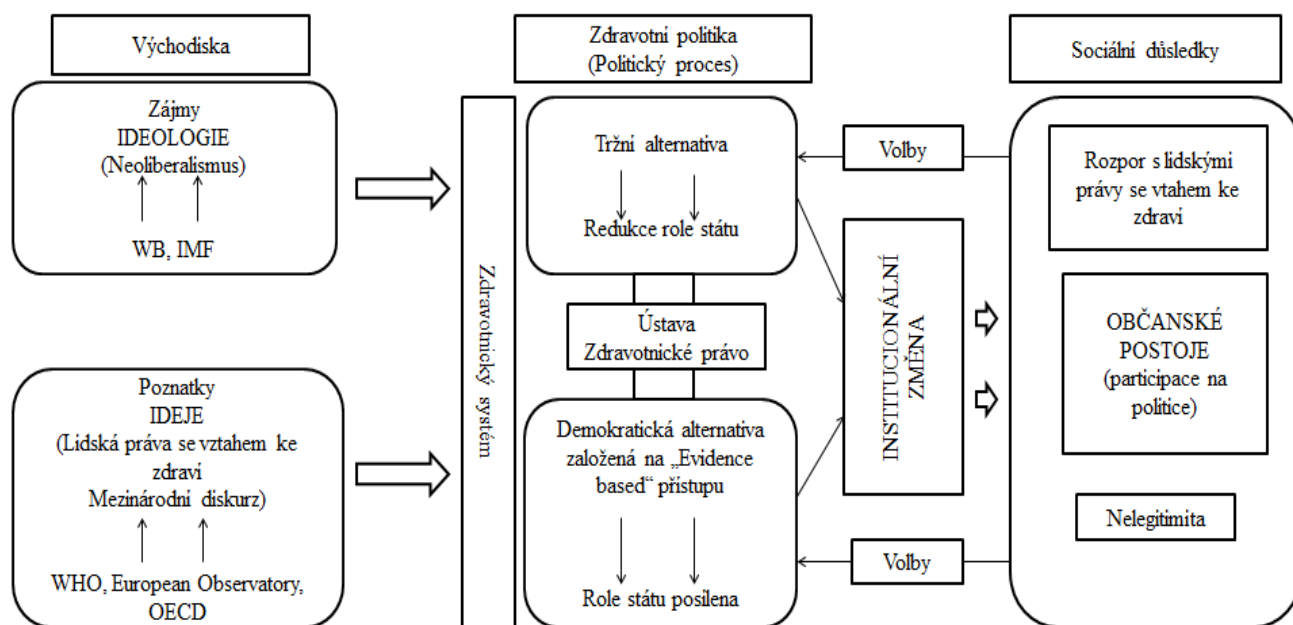
³⁰ Tento blahobyt je myšlen ve smyslu pocitu pohody a sociální i materiální spokojenosti.

5. Empirická část

V této kapitole práce analyzuje jednotlivé oblasti, které představila v cíli práce a hledá odpovědi na vymezené výzkumné otázky (viz Tab. 1). Cílem kapitoly je představit vývoj české zdravotní politiky v rámci událostí předcházejících reformní agendě ministra Hegera, identifikovat spojení argumentace neoliberálního přístupu se zdůvodněními reformních změn v české zdravotní politice včetně zdrojů této argumentace, celou problematiku doplnit kritickým postojem veřejnosti, zhodnotit přístup k mezinárodnímu diskurzu a v neposlední řadě vyhodnotit dílčí zákonné normy a jejich nově vymezenou terminologii.

Na úvod kapitola představuje analytický rámec, ze kterého předložená diplomová práce vychází, spolu s vybranými proměnnými, které hrají klíčový význam ve vymezeném problému.

Obr. 7 Analytický rámec práce včetně zkoumaných proměnných



Zdroj: Autorka

Tento analytický rámec byl vytvořen k identifikaci proměnných, které s vymezenou problematikou souvisejí a které byly důležité pro tvorbu výzkumných otázek, v nichž se proměnné promítají. Tento model vychází ze dvou základních východisek majících vliv na tvorbu zdravotní politiky a institucionální změny zdravotnického práva.

Prvním východiskem je jednání aktérů ovlivněné zájmy a ideologií, ze které vycházejí. Ideologický³¹ přístup neoliberalismu, který byl v práci identifikován jako hlavní východisko tržně orientovaných reforem zdravotnictví, vychází z teze, že roli státu je třeba omezit, jelikož lidským věcem škodí. Tato ideologie se z politické filozofie F. Hayeka vyvinula v poměrně radikální politický a ekonomický přístup spojovaný s novou pravicí prosazovanou skrze thatcherismus a reaganismus v 80. letech minulého století, znamenající „odklon od organizačních forem orientovaných na stát a příklon k organizačním formám orientovaným na trh“ (Heywood 2004: 69–70).

Reformní agenda období 2010–2013 je zasazena do určitého mezinárodního kontextu, který ji ovlivňuje. Tento kontext netvoří pouze zdravotnické organizace ale i mezinárodní instituce ekonomického charakteru (WB, IMF, WTO atd.) prosazující finanční disciplínu, snižování státních výdajů a tržní principy jako hlavní činitele prosperity a efektivity hospodářské politiky.

Druhým východiskem je přístup založený na poznacích a důkazech vycházející z mezinárodního diskurzu, strategií a publikací WHO, OECD či European Observatory. Toto pojetí vychází ze spolupráce států a mezinárodních institucí a organizací při tvorbě zdravotní politiky a podpoře veřejného zdraví. Hlavní ideou je povinnost států zajistit všem zdravotní péči na základě lidských práv se vztahem ke zdraví a podporovat vývoj zdravotnických systémů, jenž je zaměřen na podporu jejich cílů a funkcí.

Analytický rámec práce rovněž zohledňuje roli zdravotní politiky a nastolení agendy z hlediska její legitimacy. Politici představitelé často hovoří o tom, že jsou zde pro občany a že tvoří zákony pro občany. Při kritice těchto prohlášení je třeba zdůraznit elementární vlastnost každé reformní změny, a to její legitimitu z pohledu občana. Každá zdravotnická reforma musí být legitimní, musí tedy splňovat podporu veřejnosti a představovat jasnou strategii, jejímž cílem by mělo být zlepšení zdravotního stavu občanů.

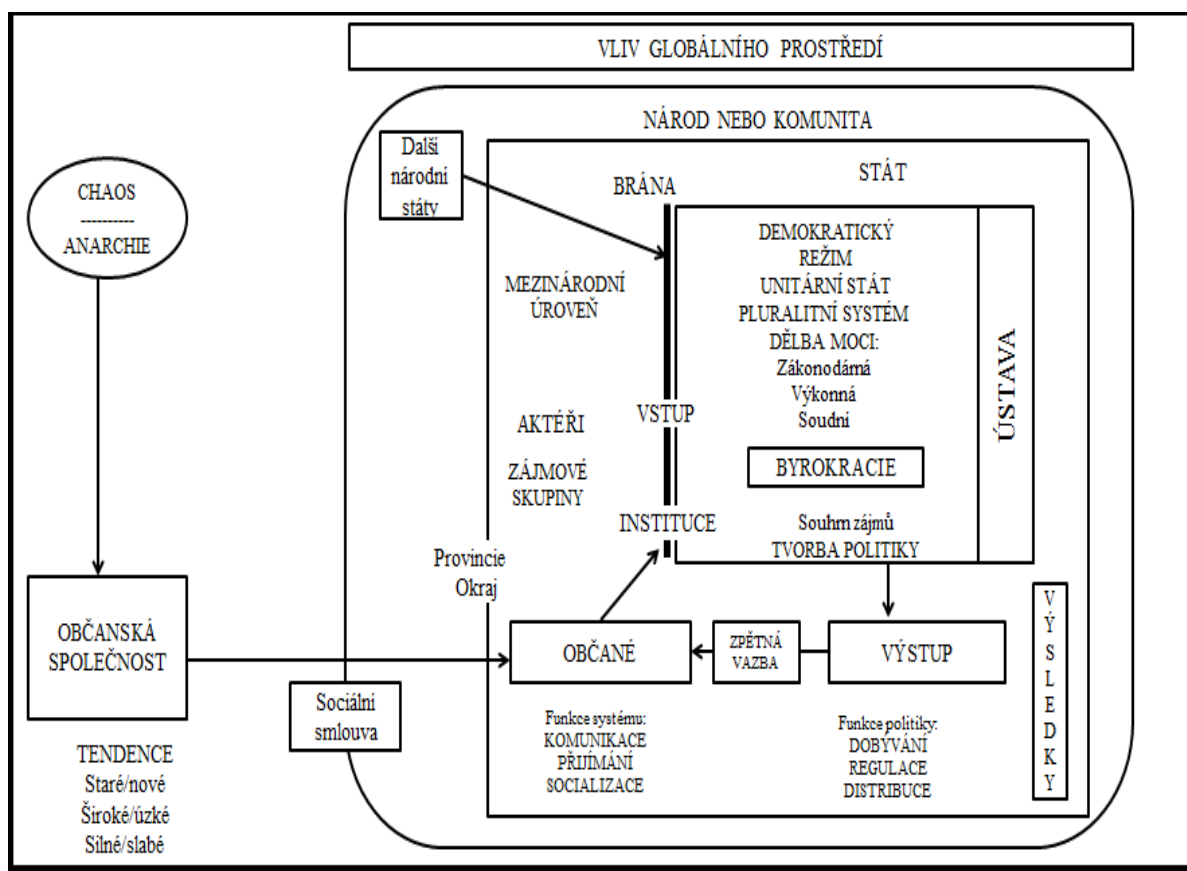
Legitimita je v politologii nejen oprávněním vlády, vzniklé podle právně legálních pravidel, ale i uznáním, že funguje jako vláda práva a občané ji tak akceptují (Wikipedie 2013b [online]). Institucionální změny českého zdravotnictví vycházejí z jednání aktérů podle výše zmíněných východisek. Role občana je vymezena občanskými postoji k reformě a zpětnou vazbou, kterou občané dávají politickým představitelům skrze volby.

³¹ Ideologie je kontroverzním pojmem bez jednoznačné definice. Často byla používána pro vymezení doktríny v rámci politického boje. Pro účely této práce byla zvolena Heywoodova neutrální definice, dle níž je ideologie „názorový systém zaměřený na akci, vzájemně propojený systém myšlenek, který orientuje a inspiruje politické jednání“ (2004: 63).

Konečným důsledkem procesu jsou sociální důsledky reformních změn nejen z hlediska občana, ale i z hlediska lidských práv se vztahem ke zdraví, která jsou potlačena při zaměření reformem na „klientské“ pojetí práv pacientů ve zdravotnictví.

Veřejná správa je regulátorem zdravotnického systému každého demokratického státu. Vláda a zákonodárny sbor mají ústavně vymezené pravomoci k tvorbě legislativních norem v oblasti zdravotní politiky. Garantem celého procesu je ministerstvo zdravotnictví, jež iniciuje vznik zákonů a vyhlášek závazných pro všechny subjekty zdravotnického systému.

Obr. 8 Model dle Eastonova paradigmatu analýzy dynamického systému



Zdroj: Crawford 1998, upraveno autorkou

Obr. 8 představuje výchozí model pro hodnocení institucionální změny v politickém procesu, jenž je založen na Crawfordově modelu politického systému, vytvořeném podle Eastonova paradigmatu analýzy dynamického systému. Tento model byl upraven, jelikož Crawford explicitně nezmiňuje vliv globální úrovně jako významný. Rovněž dělba moci musela být rozšířena o moc soudní a Ústavu z hlediska kontroly legislativního procesu.

Proměnné, na které se zaměřujeme, jsou v rámci výzkumu aktéři (včetně sítí, do kterých náležejí), jejich jednání ovlivněné institucionálním rámcem (nadmárodní i národní) a vztah zkoumaných sociálních jevů (např. politické rozhodnutí v přípravě reformních zákonů) k určitému standardu, funkci, cíli daného sociálního systému (zdravotnický systém a lidská práva se vztahem ke zdraví) v kontextu společenských důsledků a legitimacy dané politiky.

Zdravotnický systém je komplexem tvořícím základy zdravotní politiky každého státu. Skrze naplňování svých dvou základních funkcí, podpora zdraví a léčba nemocí, koordinuje činnost mnoha subjektů fungujících ve zdravotní politice na základě formálních i neformálních pravidel.

Některé výzvy, kterým dnes zdravotnické systémy čelí:

- zabezpečení financování zdravotnických služeb,
- zajištění spravedlivého přístupu ke zdravotní péči,
- užívání zdrojů efektivně a danou efektivitu hodnotit,³²
- odpovědná práce s lidskými zdroji (Kickbusch 2012: 2).

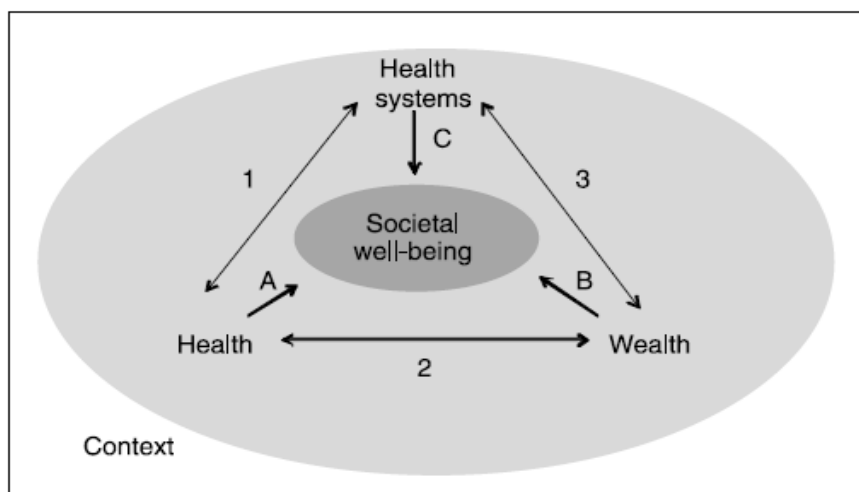
V mezinárodním diskurzu hodnocení zdravotnických systémů v poslední dekádě zesílily diskuze o otázce hodnoty zdraví jako lidského práva. Hlavním podnětem byla ministerská konference v Talinnu pořádaná WHO r. 2008 (WHO Regional Office for Europe 2008 citováno in Figuears, McKee 2012: 3). Většina států zde uznala své závazky, které představuje prosazování rovného přístupu ke zdraví, ekvitě a solidaritě jako klíčovými hodnotám. Zároveň se klade větší důraz na sociální determinanty zdraví a aktivity v rámci ostatních veřejných politik, kde investice do oblasti jako životní prostředí, vzdělávání či doprava mají větší potenciál návratnosti ve zdraví než investice do samotných zdravotnických systémů.

Zdravotnický systém má nejen vliv na ekonomický růst či vzdělávání, ale i na občanskou participaci. Je prokázáno, že pozitivní vývoj zdravotní péče a následné zlepšení zdravotního stavu populace má i pozitivní vliv na ekonomický vývoj země (Murray, Frenk 2000: 719–721).

³² Value for money – součást „health system assessment“ - hodnotící přístup k otázce výdajů, udržitelnosti a hodnoty zdraví (viz OECD. Value for Money in Health, 2010)

„Současné debaty na pozadí mnoha mezinárodních institucí a organizací se opírají o myšlenku spojitosti a propojenosti zdravotního stavu, zdravotnických systémů a ekonomického růstu³³. Zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva je chápáno a oslavováno jako tahoun ekonomické prosperity“ (Figueras, McKee 2012: 2–4) viz Obr. 9.

Obr. 9 Model zdravotnických systémů, zdraví, bohatství a společenského blahobytu

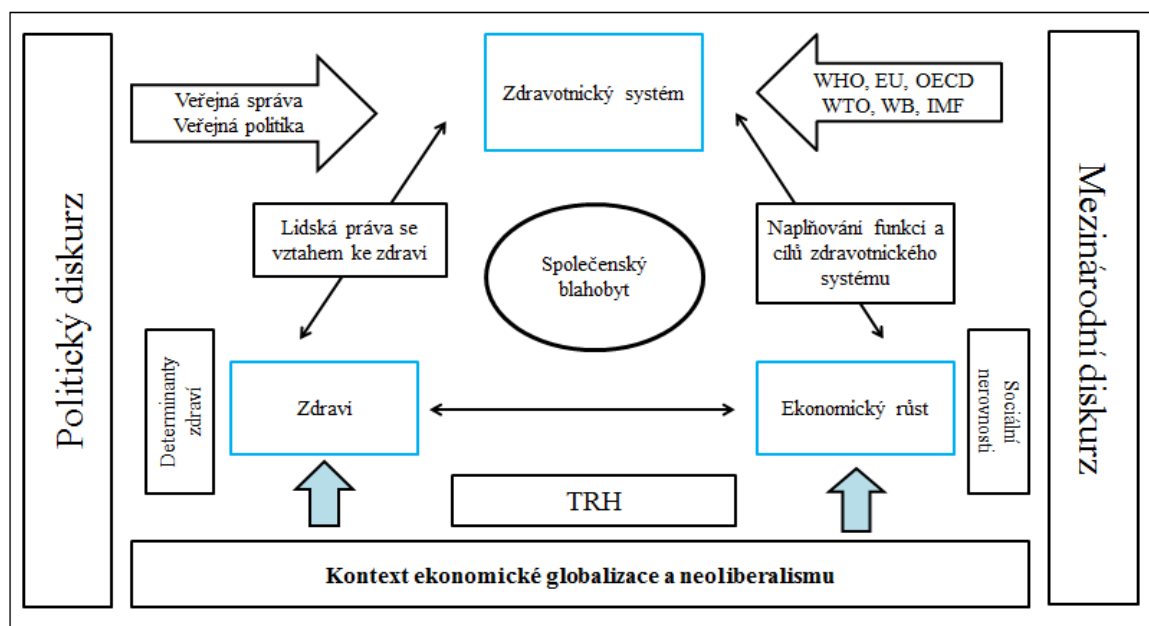


Zdroj: Figueras, McKee 2012: 7

Tento trojstranný komplexní a dynamický vztah zdravotnických systémů, zdraví a bohatství je multidimenzionálním konceptem představujícím spojení přímých i nepřímých vztahů jednotlivých složek. Investice do zdravotnických systémů je vnímána v přímém vztahu k nezákladnějšímu cíli společností – společenskému pocitu pohody, blahobytu, tzv. „societal well-being“. Autoři používají pojem societal well-being, jelikož je mnohem širší a komplexnější než pojem societal welfare, jenž klade důraz hlavně na materiální hodnoty (majetek, služby, finance), dle (Figueras, McKee 2012: 8).

³³ Zpráva z r. 2009 komise *The Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*, založené Nicholasem Sarkozyem a předsedáné Josephem Stiglitzem, ukázala limity a omezení HDP jako indikátoru ekonomické výkonnosti a sociálního pokroku a navrhuje alternativní indikátory a nástroje k měření sociálního pokroku (Stiglitz et al. 2009 in Figueras, McKee 2012: 9).

Obr. 10 Model trojstranného vztahu v kontextu ekonomické globalizace, neoliberalismu a lidských práv se vztahem ke zdraví



Zdroj: Figueras, McKee 2012: 7, upraveno autorkou

Model zdravotnického systému, zdraví a společenského blahobytu je usazen v sociálním, politickém, kulturním a ekonomickém prostředí, kde existují mezery mezi tím, co zdravotnické systémy mohou dělat a čeho skutečně dosahují. Pro účely této práce byl model upraven v kontextu ekonomické globalizace a neoliberalismu se zohledněním politického a mezinárodního diskurzu včetně role veřejné správy v otázce naplňování funkcí zdravotnického systému k dosažení cílů nejen z hlediska podpory zdraví a léčby nemocí, ale i lidských práv se vztahem ke zdraví (viz Obr. 10).

Pojem „reforma“ se stal v poslední době velmi populárním a je používán prakticky pro jakékoli zásahy, inovace, změny a další postupy v činnosti vlády či jiných aktérů při strukturálních a jiných obměnách systémů. V českém politickém prostředí je často používán v deklarativních veřejněpolitických dokumentech, jako je např. programové prohlášení vlády.

Reforma (a nejen ta zdravotnická) je významnou institucionální změnou, již iniciují političtí představitelé³⁴. Jedná se o normativní přístup s cílem zhodnotit dosavadní normy a najít nová a lepší řešení. Organizačně tedy nejde zcela odstranit dosavadní nastavení, ale strukturálně změnit dílčí oblasti v efektivní fungování systému do budoucna.

³⁴ Otázka je, do jaké míry je v českém politickém prostředí zohledněn i odborný diskurz a jeho přínosy a podněty pro reformní změny.

Pokud má reforma splnit svůj účel a nefungovat pouze jako nástroj partikulárního zájmu krátkodobé změny ze strany různých aktérů, musí být politicky akceptovatelná jak vládní koalicí, tak opozičními politickými představiteli.

Cassels definuje reformu zdravotnictví jako „*aktivity zabývající se měněními se zdravotními politikami a institucemi, skrz něž jsou implementovány. Samotné nové vymezení cílů politik není dostatečné. Aby bylo možné vypořádat se s omezeními zdravotnického sektoru, je třeba, aby došlo k institucionální reformě dosavadních institucí (formálních i neformálních), organizačních struktur i systémů řízení. Reforma tedy zahrnuje definování cílů a priorit, nové vymezení politik a změny institucí, skrz něž jsou tyto politiky implementovány*“ (Cassels 1995 citováno in Saltman, Figueras 1997: 2). Autoři však dodávají, že dnešní zdravotnické systémy se potýkají den co den s procesy operativních změn. Je třeba tedy odlišovat postupné změny a radikální strukturální reformy.

Berman nahlíží na reformu především z procesionálního hlediska a tvrdí, že „*nastavení reformy musí znamenat změny zaměřené na dosahování politických cílů,*“ i když dodává, že „*mnoho reform je připravováno bez jasné koncepce cílů a požadovaných výsledků. Reformy se musí skládat z nepřetržité dlouhotrvající změny, a ne z jedné nárazové události.*“ (Berman 1995 citováno in Saltman, Figuears 1997: 2).

Podle Figuerase je v procesu uvažování o reformě zdravotnictví poměrně zásadní sociální, politický, ekonomický a kulturní kontext, ve kterém má k reformním krokům dojít. Do procesu dále vstupuje vliv okolních institucí a organizací, zvyklosti typické pro danou zemi či příklady dobré praxe. Je třeba daný kontext nejprve zmapovat, než dojde k výrazným reformním změnám v dané oblasti. Nejdůležitější je se vyrovnat s interakcemi jednotlivých aktérů. Hodně problematické je pro úspěch reformních kroků časté střídání vlád a vládních koalic, především z odlišných pólů politického spektra (Figueras, McKee et al. 2004: 26–28).

5.1 Vývoj české zdravotní politiky předcházející reformní agendě 2010–2013

Tato první část je zaměřena na pozadí institucionálních změn, které proběhly před reformními kroky Leoše Hegera v české zdravotní politice, s důrazem na počátky tržně pojatých reforem a na nedostatečnou implementaci lidských práv se vztahem ke zdraví.

České zdravotnictví se od 90. let minulého století vyvíjelo v několika etapách, které jsou blíže sumarizovány v Tab. 6. Jak již nastínily úvodní kapitoly práce (kapitola 1,2), počátky vývoje demokratického státu jsou spojeny s transformačními procesy nejen ekonomického charakteru, ale i s procesy reforem v rámci zdravotnického sektoru. Kriticky lze pohlížet zejména na rychlost transformačních změn, kterou podporovali mnozí aktéři jak z politického spektra, tak z mezinárodního diskurzu. Transformační procesy v zemích střední a východní Evropy byly tak náhlé, že prakticky nedovolily občanům vnímat jejich možné dopady.

V ČR se již v polovině 90. let projevila jistá deziluze z nového systému. „*Provedená transformace se sama delegitimovala svou neefektivitou*“ (Hrubec 2008: 9).

Komplexnost problému souvisí s důsledky těchto rychlých změn, které zapříčinily pronikání různých aktérů a jejich zájmů do české zdravotní politiky pod záštitou nutného odříznutí se od bývalé komunistické ideologie. I přes počáteční snahy o inspiraci v zahraničí docházelo k tvorbě krátkodobých cílů, které omezovaly hlubší evaluaci a soustředily se pouze na jednorázová řešení. Odborníci se shodují na tom, že pro většinu zemí CEE bylo těžké vyrovnat se s tak náhlou institucionální změnou, jakou byla transformace, což s sebou přinášelo mnoho problémů, jako je např. nejasná organizační struktura různých subjektů, nízká kontrola či předběhnutí právní reformy ekonomickou reformou.

Hlavní kroky tehdejších tvůrců české zdravotní politiky se soustředily na tržně orientované reformy v oblasti poskytování péče a generaci poplatků za výkon (Háva 2009: 11).

Tab. 6 Institucionální analýza vývoje zdravotnického systému v období 1990–2013

Období	Do roku 1990	1990-1997	1998-2005	2006-2009	2010-2013
Výzkumy Ideje Diskurzy	1960-64 čs. zdravotnictví na 10. místě z 27 zemí r. 1980 – na místě 27. z 27 zemí	Deetatizace Privatizace Decentralizace Liberalizace	Vliv vstupu do EU	Nutnost reforem Mezinárodní diskurz Soukromé zájmy	Nutnost reforem Mezinárodní diskurz
Cíle Koncepce Strategie	Centrálně plánovaný a řízený systém Semaškův model zdravotnictví	Skupina pro reformu 1991 Návrh reformy péče o zdraví Návrh nového systému zdravotní péče Kooperace se zahraničními experty	Emmerová: Koncepce 2005 Zpráva WHO 2000	Stabilizace veřejných rozpočtů Konference Tallin 2008 (lidská práva se vztahem ke zdraví) WHO Ženeva Knowledge network	Snižování deficitu státního rozpočtu Práva pacientů Zdraví 2020
Legislativa	Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu	Zákon č. 83/1991 Sb. Zákon č. 550/1991 Sb. Zákon č. 551/1991 Sb. Zákon č. 220/1991 Sb. Zákon č. 280/1992 Sb. Zákon č. 592/1992 Sb. Zákon č. 48/1997 Sb.	Zákon č. 123/2000 Sb. Zákon č. 157/2000 Sb. Zákon č. 258/2000 Sb. Zákon č. 285/2002 Sb. Zákon č. 290/2002 Sb. Euronovela Ústavy ČR (Ústavní zákon č. 395/2001 Sb.)	Zákon č. 245/2006 Sb., zrušen zákonem č. 466/2011 Sb. Zákon č. 261/2007 Sb. Novela zákona č. 48/1997 Sb.	Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon č. 363/2011 Sb. Zákon č. 374/2011 Sb. Novela zákona č. 48/1997 Sb. Vyhláška č. 134/1998 Sb. Vyhláška č. 411/2011 Sb.
Organizace	Monopol státu v poskytování zdravotní péče KÚNZ, OÚNZ	Transformace Zrušení KÚNZ, OÚNZ Tlak MF na reformy	Reforma VS Kraje Neziskové nemocnice	Reforma Julínek Snahy o privatizaci fakultních nemocnic a pojišťoven	Reforma Heger Standard a nadstandard Slučování pojišťoven
Financování	Státní rozpočet	Fond systému zdravotního pojištění	Deficity Neprůhlednost financování	Vyšší spoluúčast pacientů	Zvýšení přímých plateb na 17%
Výsledky	Horší výsledky zdravotního stavu Nekvalitní medicínské technologie Nadměrné množství akutních nemocničních lůžek Rovnostářské nastavení platů zdravotnických pracovníků	Rychlé změny-kritika Ekonomická reforma předběhla reformu právní Krátkodobé cíle na úkor dlouhodobé koncepce Neefektivita systému Nízká kontrola	Zadluženost nemocnic Pojišťovny v deficitu Hrazená vs. nehrazená péče Omezení pravomocí Ústavního soudu ČR	Nedostatečná implementace lidských práv se vztahem ke zdraví Deficitní zdravotnické právo Ústavní stížnost Money-driven medicine	Zdravotní vs. zdravotnické služby Tržní reformy Problém legitimacy Health gaps Demonstrace proti vládě a jejím reformám

Zdroj: Autorka

Po roce 2000 snahy vlád o reformu veřejné správy nepřinesly hlubší vývoj zdravotnického práva, ale opět znamenaly pouze organizační kroky, kdy došlo k přesunu odpovědnosti a řízení akutní péče ze státu na kraje. Před vstupem ČR do EU hledali aktéři způsoby, jak zlepšit fungování českého zdravotnictví z hlediska kvalitní péče, ale i kvalitních právních norem.

„Stále více se ale projevovaly snahy o změny organizační a právní podoby nemocnic, které byly stále veřejným subjektem, skrze tvorbu institucí spadajících pod soukromé právo“ (Rokosová et al. 2005 citováno in Háva 2009: 12).

V otázce výdajů na zdravotní péči je české zdravotnictví ve srovnání s ostatními zeměmi OECD³⁵ podfinancované. Stejně jako u dalších zemí CEE regionu tvoří tyto výdaje okolo 6% z HDP. Nižší výdaje na zdravotní péči souvisí i s přístupem zdravotnických reforem v těchto zemích, které cílí především na snižování množství využívaných zdravotnických služeb a podporují tak horší výsledky vývoje zdravotního stavu v porovnání s dalšími zeměmi OECD (viz Graf 1–3). Vyšší výdaje na zdravotní péči souvisí podle Hávy s *„rozvojem technologií a faktem, že rozvinuté ekonomiky zvyšují výdaje na zdravotní péči i v období poklesu ekonomiky“* (Háva 2009: 17).

V otázce zdravotnického práva má ČR stále mezery, zejména v nedostatečné implementaci lidských práv se vztahem ke zdraví.

V období 2006–2009 ovlivnila změny institucionálního rámce českého zdravotnictví reforma tehdejšího ministra Tomáše Julínka (ODS). Po volbách v roce 2006 se ujala vlády pravicová vládní koalice Mirka Topolánka, jejíž ministr zdravotnictví Tomáš Julínek (ve funkci od 4. 9. 2006) připravil několik „revolučních“ zákonů. Mimo dílčí změny byla hlavním cílem této reformy privatizace zdravotních pojišťoven a velkých fakulních nemocničních zařízení na akciové společnosti. Julínkova reforma je stručně sumarizována v Tab. 7, jejímž cílem bylo najít aspekty neoliberální ideologie v přístupu tvůrců zdravotní politiky, představit klíčové změny a v neposlední řadě odhalit spojitost Julínkových návrhů s reformními změnami Leoše Hegera.

³⁵ OECD. Library. OECD Health Data: Health expenditure and Financing, 2015. Dostupné z WWW: <http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/system-of-health-accounts-health-expenditure-by-function_data-00349-en>

Tab. 7 Reforma Tomáše Julínka 2006–2009

Období	2008		2009
<p>Zákony</p> <p>Návrhy zákonů</p>	<p>PROSAZENO: Novela zákona č. 48/1997 Sb. - Zákon o regulačních poplatcích</p> <p>Podobnost s Hegerem: 1.) prosazování institucionální změny (zákona) i přes odpor veřejnosti (nelegitimita) stávky, protesty 2.) uvažování o nadstandardech nejasné vymezení (spor s KDU-ČSL) 3.) zdravotní vs. zdravotnický – služby vs. péče Julínkova teze: „pacient je zákazníkem zdravotnického zařízení“</p> <p>Duben 7 reformních návrhů Zákon o zdravotních pojišťovnách Zákon o univerzitních nemocnicích Zákon o specifických zdravotních službách Zákon o veřejném zdravotním pojištění Zákon o Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovny Zákon o zdravotních službách Zákon o zdravotnické záchranné službě Posílení pravomocí SÚKL</p>		<p>Leden T. Julínek odvolán</p> <p>Nástupce: D. Filipiová - minimální činnost</p> <p>Únor Zákon o regulačních poplatcích – částečná změna</p> <p>Jurásková v rámci tzv. úřednické vlády J. Fischera působila do voleb 2010 -bez nových změn</p>
<p>Okolnosti</p>	<p>J. Čunek – tlak na premiéra</p>	<p>Šnajdr, Hroboň, Macháček Podnikatelé (USA) Stávka zdravotníků (LOK a OSZSP) 2008</p>	
<p>Poznámky</p>	<p>Po krajských a senátních volbách snaha o odvolání³⁶</p>	<p>„Povinná zdravotní daň privatizovala a stala soukromými penězi. Vlastník těchto peněz by si pak s nimi mohl dělat, co chtěl. A nikde není zaručeno, že je dá zpět do zdravotní péče“ – tehdejší kritika Davida Ratha (ČSSD)</p>	<p>Fischerova vláda proklamovala, že bez mandátu od občanů nebude dělat zásadní změny.</p>

Zdroj: Autorka

Na počátku roku 2008 dle novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění došlo ke schválení zákona o regulačních poplatcích ve zdravotnictví. Tyto poplatky byly jednotné pro všechny pacienty a ze začátku i za všechny druhy zdravotnických služeb. Reforma předně zajímala poskytovatele zdravotní péče a zástupce zdravotních pojišťoven. Svými zájmy ovlivňovali tehdejší zdravotní politiku i aktéři soukromé sféry zejména podnikatelé, finanční trhy a další (Háva 2002: 12–13). Cílem zavedení regulačních poplatků bylo snížit množství návštěv u lékaře, které jsou často bezpředmětné. Diplomová práce však tento reformní krok hodnotí jako jeden z aspektů tržně orientovaných reforem skrze zvyšování spoluúčasti pacientů.

³⁶ Už tehdy se spekulovalo o nahrazení Julínka bývalým hejtmánem Plzeňského kraje Petrem Zimmermanem (ODS) nebo tehdejším ředitelem Fakultní nemocnice v Hradci Králové Leošem Hegerem.

Julínkova opatření nepřinesla jen pozitivní výsledky snížení návštěv u lékaře, ale podle tehdejší opozice znamenala diskriminaci méně majetných skupin ve společnosti. Občané se k tomuto kroku stavěli negativně (Háva 2009: 17).

Zákon byl napadnut skupinou opozičních poslanců (ČSSD), kteří požadovali zrušení zdravotnické části vládní reformy veřejných financí.³⁷ Tento návrh Ústavní soud zamítl (viz Tab. 8). Z Nálezu Ústavního soudu vyplývá, že neshledal, že by činily regulační poplatky zdravotní péči nedostupnou. Nutno dodat, že soud rozhodl nejtěsnějším poměrem hlasů. Soudci, jejichž stanovisko bylo přehlasováno, poukazovali na to, „že čl. 31 Listiny základních práv a svobod zákonodárci neumožňuje (téměř) plošně zpoplatnit zdravotní péči (hrazenou z veřejného zdravotního pojištění). Ta zdravotní péče, která je pojištěncům plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění, by jim měla být poskytnuta bezplatně; zákon může pouze stanovit, která péče bude z veřejného pojištění hrazena jen zčásti, popř. vůbec ne (stanovisko např. Rychetského, Nykodýma, Wagnerové atd.)“ (Šuster 2008 [online]).

Tab. 8 Nález Ústavního soudu ČR Pl.ÚS 1/08 ze dne 20. 5. 2008 – regulační poplatky

106. Esenciálním obsahem (jádem) čl. 31 věty druhé Listiny je ústavní zakotvení obligatorního systému veřejného zdravotního pojištění, který vybírá a kumuluje prostředky od jednotlivých subjektů (plátců), aby je mohl na základě principu solidarity přerozdělit a umožnit jejich čerpání potřebným, nemocným, chronikům. Ústavní garanci, na základě které se bezplatná zdravotní péče poskytuje, požívá pouze a jenom suma takto shromážděných prostředků.

107. Zákonem zavedené poplatky, jak vyplynulo i z provedeného dokazování, regulují přístup k zdravotní péči hrazené z veřejného pojištění, čímž zamezují jejímu nadužívání; to v důsledcích zvyšuje procento pravděpodobnosti, že se zdravotnická péče dostane opravdu těm skutečně nemocným. Tímto, skrze poplatky, dochází i k naplňování legitimního cíle ústavodárce, a to aniž by se použitý prostředek jevil nerozumným.

108. Proto napadenou právní úpravou nebyl popřen esenciální obsah ústavně zaručeného základního práva tak, jak byl popsán shora, přičemž zákonná úprava nevybočila ze sledování legitimního cíle a není očividně nerozumnou. Lze proto uzavřít, že daná kritéria napadenou právní úpravou překročena nebyla

Zdroj: Ústavní soud ČR 2008

Přestože byly Julínkovy návrhy zákonů podrobeny velké kritice ze strany odborné i laické veřejnosti, odborů, ze strany opozičních politiků i politiků vládní kalice, ministr dlouho odolával provést ve svých návrzích změny. Nezbytnou podporu mu však dlouhodobě prokazoval premiér vlády. Jako zástupci stejné politické strany sdíleli stejné ideje a zájmy, které chtěli prosadit.

³⁷ Peníze.cz. Ústavní soud: poplatky u lékaře se budou platit dál, 2008 [online]

Jejich „politická síť“ však byla poměrně nestabilní, přímo závislá na jiné síti tvořené koaličními partnery z KDU-ČSL a SZ³⁸. Následně se projevila moc aktérů ovlivňovat politiku skrze své politické sítě dle svých zájmů. Na základě tlaku koaličních partnerů z KDU-ČSL a SZ byl nucen návrhy svých zákonů stáhnout, nedošlo tak k přijetí zákona o privatizaci velkých nemocnic ani zdravotních pojišťoven a to především i proto, že byl ve sporu s platným právem (Háva 2009: 17).

Julínek nestihl své návrhy zákonů aplikovat v českém zdravotnickém právu, jelikož byl počátkem roku 2009 odvolán z funkce a jeho následovníci byli pouze součástí překlenovacího období před novými volbami v roce 2010, v němž nenaplnili možnosti provést nějaké zákonné změny.

Vývoj české zdravotní politiky před rokem 2010 procházel několika etapami, které se na počátku zaměřovaly na rychlou transformaci, nové zákony a organizační uspořádání často však bez jasné koncepce či zohlednění mezinárodních strategií a poznatků. Nestabilita vládních koalic neumožnila prosazení dlouhodobých reforem. Pravicová vláda po roce 2008 s ministrem Tomášem Julínkem v čele zdravotnického resortu představila koncepci modelu zdravotnictví, kde trh zajistí efektivitu a udržitelnost systému skrze přístup soukromého kapitálu. Julínek nedokázal své cíle splnit, jelikož neměl dostatečnou podporu ve své vládní koalici a zároveň představil změny, které byly poměrně radikální.

5.2 Návaznost neoliberálního přístupu k tržně orientovaným reformám zdravotnictví v ČR

V této druhé části se práce zaměřuje na spojení neoliberální ideologie prezentované mezinárodními institucemi či podnikatelskými subjekty a argumentace českých tvůrců zdravotní politiky. Práce klade důraz na identifikaci konkrétních zdůvodnění reformních změn, které vycházejí z myšlenek globálně působícího neoliberálního přístupu.

Julínkův přístup k institucionální změně vycházel z neoliberálních myšlenek o potřebě zasadit tržní principy do systému veřejného zdravotního pojištění a umožnit aktérům z podnikatelské sféry koordinovat zdravotní politiku dle svých partikulárních zájmů.³⁹

³⁸ Tato vláda byla už druhou vládou Mirka Topolánka. První vládu tvořili pouze členové ODS a nestraníci (její vláda však trvala jen pár měsíců, jelikož nezískala důvěru PSP ČR) dle (WIKIPEDIE 2013c [online]).

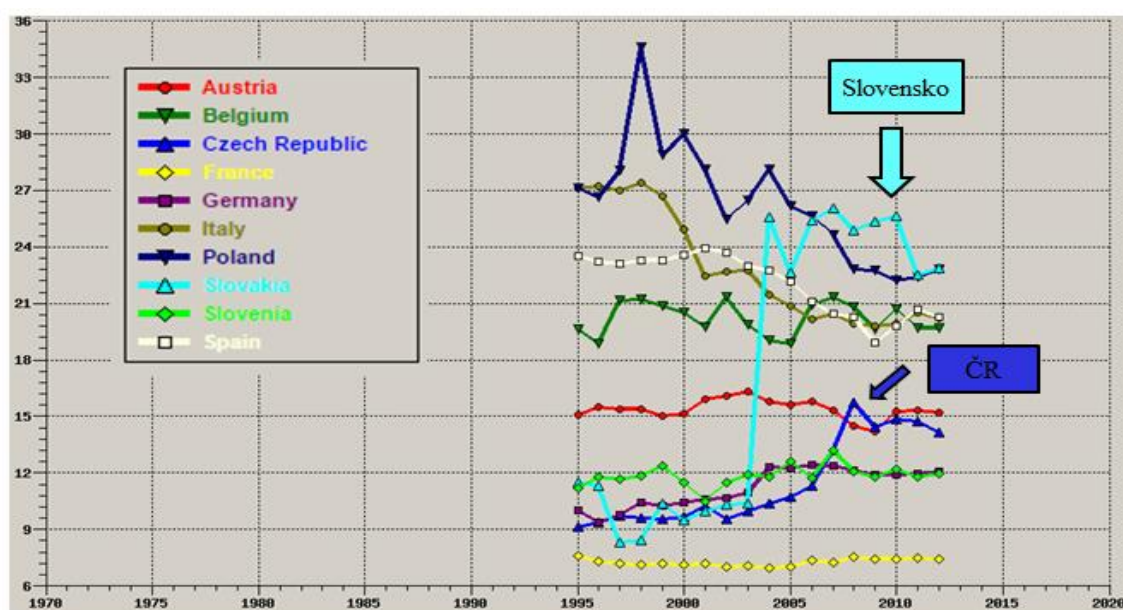
³⁹ Pro bližší informace doporučuji tento článek: Senátor a exministr Julínek prodává zdravotnictví, Český rozhlas 2009 [online]. Dostupné z WWW: <http://www.rozhlas.cz/komentare/portal/_zprava/614641>

Tyto ideje prosazoval skrze návrhy zákonů, u nichž deklaroval jejich nutnost, a proto byla i patrná snaha prosadit je velmi rychle. V celém procesu byl ovlivněn politickou sítí svých spolupracovníků na ministerstvu zdravotnictví a na ně napojených aktérů z podnikatelské sféry.

Sít' okolo Tomáše Julínka tvořili jeho nejbližší spolupracovníci⁴⁰ – Pavel Hroboň (náměstek nestraník a praktický tvůrce reformy), Marek Šnajdr (náměstek za ODS), Tomáš Macháček (předseda think-tanku Reformazdravotnictví.cz) a další. Jejich kroky byly řízeny vzorem ze Spojených států, Švýcarska a Španělska, kde tamní zákony umožňují zdravotním pojišťovnám vlastnit i zdravotnické zařízení.

"Celý logický řetězec začíná tím, že dáme pojišťovnám větší odpovědnost za zajištění zdravotní péče pro klienty. To znamená trochu větší pravomoci, aby mohly samy organizovat zdravotní péči, nemusely platit každému poskytovateli a mohly si vybírat ty kvalitní a efektivní. Tím si budou konkurovat." (Pavel Hroboň in Aktuálně.cz 2009 [online]). *„Byl jsem jeden z těch, který spolu s ním (Julínkem) a spolu s dalšími prosazoval nutně potřebné, byť občas i bolestné změny českého zdravotnictví.“* (Marek Šnajdr in Český rozhlas 2009 [online]). Šnajdr zavedl i neobvyklé pravidlo, že regulační poplatky budou náležet lékařům, a ne zdravotním pojišťovnám, což je běžná věc ve všech evropských zemích (Holub in Aktuálně.cz 2009 [online]). Návrhy ministra Julínka naznačovaly jeho napojení na americký model financování zdravotní péče.

Graf 8 Soukromé výdaje na zdravotní péči v % z celkových výdajů



Zdroj: WHO, European HFA Database, Health data 2014[online]

⁴⁰ Tito aktéři se mimo jiné podíleli na vzniku knihy: Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. Století (autoři: Pavel Hroboň, Tomáš Macháček, Tomáš Julínek)

Po roce 2000 dochází ke zvyšování vlivu neoliberální ideologie na tvůrce české zdravotní politiky srze reformní kroky, které provádějí i další země CEE (viz Graf 8), kde podobný scénář reforem dokládají ve své práci i Háva, Mašková 2009 (citováno in Háva 2009: 12). Autoři poukazují na to, že zdravotnické reformy ve visegrádských zemích se odvíjejí od stejného tržního scénáře. „*Tento vývoj souvisí s pomalým posunem od zjednodušujících nebo manipulativních ideologických přístupů, či úzkých zájmů k diskurzům založeným na uplatnění moderních poznatků, podložených výsledky výzkumů, hodnocení legitimacy politických rozhodnutí a udržitelnosti prosazovaných reforem*“ (Háva, Mašková-Hanušová 2009a: 13). Společná je rovněž nelegitimita těchto reforem. Občané proti nim protestují a neakceptují je.

Reformní zdůvodnění, která aktéři používají, cílí na demografický vývoj a fiskální politiku skrze nutné kroky snižování veřejných výdajů, transformace sociálního a zdravotního pojištění na soukromé, což vede ke vzniku dvojkolejnosti ve zdravotnictví. Stále větší vliv získávají podnikatelské subjekty, které se přímo či nepřímo podílejí na legislativním procesu reforem (Háva, Mašková 2009b).

Přestože dochází k výrazným debatám o lidských právech se vztahem ke zdraví a otázkách nerovného přístupu ke zdravotní péči na poli mezinárodní diskurzu (viz Konference Tallinn 2008), tyto reformy nepracují s problémy, jako jsou zátěž chronickými nemocemi, rozdíly ve zdraví či nerovný přístup ke zdravotní péči, které jsou patrné mezi státy CEE a západní Evropou. Tržně orientované reformy cílí zejména na spoluúčast pacientů. Touto cestu se vydalo i Slovensko, kde soukromé výdaje na zdravotní péči stouply v roce 2008, jak uvádí WHO, až na 26 %.

Světová banka (WB) zprostředkovává finanční půjčky mezi svými členskými státy a jejich věřiteli. V poslední době hovoříme o investicích banky, které jsou podmíněné politickými reformami s důrazem na škrty ve vládních výdajích, zvýšení podpory soukromému sektoru (redukce role státu) a liberalizaci obchodu (INPEG 2000a [online]).

Mezinárodní měnový fond (IMF) dohlíží nad finančním systémem světa jako významná instituce jednoznačně založená na principech neoliberální ideologie. „*Obecně je zemím obvykle doporučena přísná rozpočtová politika a liberalizace hospodářství.*“

Tato doporučení se zaměřují na hospodářskou politiku země, včetně fiskálního hlediska této politiky (viz makroekonomická disciplína) INPEG 2000b [online].

Působení MMF v ČR je ve formě tzv. konzultací, které pobíhají obvykle jednou až dvakrát do roka zejména na úrovni Ministerstva financí ČR.

Konzultace IMF z ledna 2010 nastínila několik směrů fiskální konsolidace (jako důsledek finanční krize) pro období 2011–13, kterými by se budoucí česká vláda měla vydat:

- nevyhnutelná racionalizace mandatorních výdajů a šetřícího sociálního státu,
- zásadní reforma zdravotní péče,
- regulační poplatky jako správný krok pro další změny,
- potřeba institucionální a finanční reformy.

Institucionální reforma měla zahrnovat snížení široké dostupnosti veřejně poskytovaných **služeb** a umožnění v rámci konkurence mezi pojistiteli a poskytovateli většího rozsahu soukromého sektoru.

Finanční reforma by se měla zaměřit na dobrovolné pojištění, osobní zdravotní účty a zajištění **dlouhodobé udržitelnosti** zdravotnického systému (IMF 2010a:2–4 [online]).

Podle zprávy IMF z března 2010 byly kroky reformy zdravotnictví v letech 1990–2008 nedostatečné. Až představení regulačních poplatků přineslo pozitiva a přínos. IMF však zdůrazňuje, že další reformy jsou **nutné**. Tyto další kroky institucionálních změn by měly zvýšit efektivitu a zajistit dlouhodobou finanční stabilitu zdravotnického systému. Zpráva v podstatě doporučuje pokračovat v započatých reformách a zejména se soustředit na umožnění vstupu soukromého kapitálu do systému zdravotních **služeb**. (IMF 2010b: 17–19 [online]. Ve zprávě z roku 2012 IMF konstatuje, že čeští političtí představitelé uskutečnili reformy, které byly ve shodě s doporučeními IMF. V rámci zdravotní politiky se jedná o zvýšení finanční spoluúčasti pacientů na zdravotní péči v rámci tzv. nadstandardů (above-standard care, viz dále Kapitola 5.6) či vymezení práv a povinností pacientů a další (IMF 2012:6 [online]).

Zdůvodnění reformních změn tvůrců české zdravotní politiky vycházela z doporučení, které v ČR prezentovaly mezinárodní instituce (zejména IMF) se zaměřením na konsolidaci veřejných rozpočtů skrze redukci mandatorních výdajů a zvýšení rozsahu podnikatelského sektoru.

Globálně působící neoliberální přístup vycházející z tezí IMF tak jednoznačně ovlivnil reformu zdravotnictví Tomáše Julínka i Leoše Hegera, jejichž reformy byly v předložené diplomové práci identifikovány jako tržně orientované s cílem vymezovat práva pacientů bez zohlednění lidských práv se vztahem ke zdraví. Argumenty, které byly odhaleny, představují: nutné reformy, stabilizace veřejných rozpočtů a jejich dlouhodobá udržitelnost, rozpočtová odpovědnost, konkurence, služby klientům, individualismus a odpovědnost za své zdraví a další.

5.3 Reflexe východisek, cílů a změn Hegerovy reformy 2010–2013

Třetí část představuje východiska vládní strany TOP 09, jež byla následně implementována do programového prohlášení vlády a národního programu reforem. Plynule tato kapitola navazuje na předchozí kapitolu o návaznosti neoliberalismu, tady však již konkrétně v reflexi deklaratorních veřejněpolitických dokumentů a cílů politických představitelů prosadit institucionální změnu zákona.

Leoš Heger se stal ministrem zdravotnictví za TOP 09 v nově ustavené vládě Petra Nečase, jež se prezentovala jako Koalice rozpočtové odpovědnosti, vlády práva a boje proti korupci (Vláda 2010a [online]).

„Koalice při realizaci české zahraniční politiky a při řešení dlouhodobých společenských, ekonomických a sociálních problémů naší země bude usilovat o shodu s demokratickou opozicí v Parlamentu České republiky. V zásadních otázkách bude dbát rad a doporučení odborné veřejnosti“ (Vláda 2010a: 32012 [online]). Kriticky hodnotím, jak nevýznamným dokumentem je koaliční smlouva či obecně jiné deklaratorní dokumenty pro představitele české politiky. Legislativní tvorba Nečasovy vlády prokázala, že nehodlá diskutovat s opozicí o zásadních reformních změnách nejen v oblasti zdravotnictví, ale i v otázce důchodového systému⁴¹.

Stejně jako Washingtonský konsenzus (viz Kapitola 1.1) stavěl svá doporučení na snižování mandatorních výdajů a finanční disciplíně, i koaliční smlouva deklaruje, že prosadí *„ústavní zákon o rozpočtové kázní a odpovědnosti – finanční ústavu. Ta nastaví mantinely a brzdy rozhazovačné rozpočtové politice.“* (Vláda 2010a: 42012 [online]).

⁴¹ Užitečný zdroj - dostupné z WWW:<<http://denikreferendum.cz/clanek/11868-koalice-reformy-prosadila-cssd-zvazuje-podani-stiznosti-k-ustavnimu-soudu>>

V Programovém prohlášení vlády 2010 si koalice stanovila cíle vedoucí k modernizaci a dalšímu rozvoji systému zdravotnictví. Cíle jsou prosazovány dle své **dlouhodobé finanční udržitelnosti**. Finanční kritéria jsou hlavním motivem celého programového prohlášení. Aby cíle nepůsobily převratně, je doplněno, že „*veřejné zdravotní pojištění bude zachováno a modernizováno,*“ zároveň však dojde k „*navýšení prostředků přísunem soukromých zdrojů*“ (Vláda 2010: 9).

TOP 09 jako nově vzniklá strana prezentovala nutnost reforem ve svém volebním programu a netajila se tím, že je třeba dosáhnout velkých změn. K reformám musí dojít co nejdříve, jelikož jsou nutné (Volební program TOP 09 2010: 20–21). I u prohlášení představitelů IMF je možné zachytit ideje o nutnosti reforem, které by měly provádět evropské politiky s cílem snižování rozpočtových schodků. „*Růst je teď poměrně silný, ale evropské země potřebují provést důležité reformy*“ (Rodrigo de Rato citováno in Idnes.cz, Reuters 2007 [online]). Zdůrazňoval, že ve své činnosti mohou být vlády i agresivnější (viz radikální neoliberalismus).

Ve svém programu TOP 09 zdůrazňuje spojitost zhoršování dostupnosti zdravotní péče s deficitem systému zdravotního pojištění a chce představit efektivnější vynakládání výdajů zejména přesunem zátěže regulačními opatřeními. „*Novým legislativním prostředím vláda zvýší i odpovědnost občana za jeho vlastní zdraví. Pojištěnci, kteří pečují o své zdraví, budou k prevenci motivováni, tudíž i zvýhodněni*“ (Volební program TOP 09 2010: 20–21). Již v programu strana ukazuje (i když v tomto případě poměrně skrytě) snahu uzákonit dvojí podobu péče: standardní a nadstandardní (viz „budou zvýhodněni“). Dále už pak jasně hovoří o spoluúčasti stále však za použití argumentační strategie o snižování deficitu, zvyšování efektivity a nutnosti reforem. Volební program TOP 09 vychází z globálně působícího neoliberálního přístupu nejen v prosazování škrťů ve veřejných financích, ale i ve zvyšování soukromých plateb ve zdravotnictví. O zdravotních službách, které pak prosadila v rámci zákonné normy, program vůbec nehovoří, ba naopak zdůrazňuje zdravotní péči, solidaritu systému a práva pacientů. Tato práva ovšem opět nemají nic společného s lidskými právy se vztahem ke zdraví. Jedná se o práva pacientů na základě zákaznické spotřeby služeb.

V Národním programu reforem 2011 vláda proklamuje přijetí nového zákona o zdravotních službách, kde zdůrazňuje vznik rovných podmínek pro poskytovatele služeb. U pacientů se zmiňuje o potřebě jejich informovanosti. Celá reformní strategie však působí jako „soukromý novinový inzerát“ nabízející konkrétní klientskou zdravotní službu poskytovanou na základě svobodného tržního výběru (Vláda 2011: 23). V Národním programu reforem 2012 se dokument vesměs opakuje a hodnotí, jaké institucionální změny se podařilo vládě prosadit. Jedná se o zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách a zákona 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě.

Hegerovy reformní návrhy vycházely z cílů, které strana TOP 09 představila již ve svém volebním programu. Zároveň představil návrhy, které již před ním nestihl prosadit Tomáš Julínek. Tyto změny cílí na zvýšení vlastní odpovědnosti, která počítá se zvýšením soukromých zdrojů ve zdravotnictví. Reformy ministr a celá vláda prohlašovali za bolestivé, ale nutné, což přímo souvisí s nevyhnutelnou racionalizací veřejných výdajů, které prezentuje IMF.

5.4 Občanské postoje v ČR k reformním změnám v letech 2011–2012

Ve čtvrté části představujeme občanské postoje k vládním návrhům a jejich následným prosazením. Kriticky lze hodnotit zejména výrazný odpor veřejnosti, který byl dlouhodobě prezentován a který apeloval na změnu vládní politiky.

Reformní agendu ministra Leoše Hegera nepřijaly opoziční strany, občanské iniciativy a výhrady k ní měla i odborná veřejnost.

Již v roce 2011, kdy se začalo o reformních návrzích více hovořit a některé změny byly již realizovány, iniciovala demonstraci občanská iniciativa ProAlt. Následně se k ní přidaly i odbory.

V roce 2012 se ČMKOS (odbory) a občanské iniciativy dohodly vytvořit společnou kampaň, již nazvaly „Stop vládě.“ Důvodem byl nesouhlas s reformními návrhy nebo již realizovanými kroky pravicové vlády. Cílem kampaně bylo přimět vládu k upuštění od vládních reforem, podání demise a následnému vypsání předčasných voleb. Demontrace a celotýdenní akce, které se tehdy konaly, podpořily i zahraniční aktéři (především jiné odborové organizace), sdílející hodnoty protestu proti antisociálním cílům vlády Petra Nečase (ČMKOS 2012 [online]).

Sociologové potvrzují stávající znechucení občanů z politiky (jako celku) a hovoří i o jejich obavách z budoucnosti. Podle Heleny Langšádlové (místopředsedkyně TOP 09) je demonstrace „významným signálem, který ukazuje, že reformy, o kterých jsme přesvědčeni, že je udělat **musíme**, že se nedaří veřejnosti dostatečně vysvětlit“ (Langšádlová in ČT24 2012 [online]).

Celonárodní demonstrace se konaly v Praze 21. dubna a druhá symbolicky 17. listopadu. Dubnové demonstrace se účastnilo podle odhadů až sto tisíc lidí z občanské veřejnosti a měla podporu i ze strany opoziční ČSSD, Svazu pacientů, Rady seniorů, Národní rady osob se zdravotním pojištěním a dalších (Brandejská et al. 2012 [online]). Pokud rozebereme počty občanů, které tyto organizace zastupují, hovoříme o více než 1,5 milionů nespokojených.

Kriticky lze hodnotit rychlost, se kterou vláda pracovala na prosazení reformních změn, a její neakceptace legitimních protestů široké veřejnosti. Ve výzkumu veřejného mínění provedeném Českým zdravotnickým fórem na počátku roku 2012 ke zjištění názorů obyvatel ČR na reformu zdravotnictví předloženou ministrem Leošem Hegerem se pro celkovou důvěru reformě vyjádřilo pouhých 23 % dotázaných (Palguta, Konference ČZF, 2012 [online]).

Přesto, že vládní strana TOP 09 představila své záměry již ve svém volebním programu, je pravděpodobné, že občané netušili, jaký konkrétní rozměr budou dílčí změny mít. Strana totiž prezentovala nutnost reform, vymezení práv pacientů či zachování solidarity, což v důsledku nebudí dojem nějakých skrytých záměrů. Odpor občanské veřejnosti vůči reformám se stupňoval postupně s vývojem představování reformních návrhů a snah o jejich rychlé prosazení. Odbory ve spolupráci s mnoha občanskými iniciativami uspořádaly několik demonstrací, kterých se účastnilo velké množství občanů. Vládní koalice však nehodlala ze svých záměrů ustoupit a prosazovala institucionální změny i nadále.

5.5 Hodnocení české zdravotní politiky v kontextu mezinárodního diskurzu

Pátá část hodnotí kontext mezinárodního diskurzu při tvorbě české zdravotní politiky. Představuje vybraná věcná poznatková východiska a přístup politických představitelů k jejich implementaci do institucionálních změn a reformních návrhů v českém zdravotnictví.

Vývoj poznání lze sledovat s pomocí určitých milníků, jež jsou uvedeny v Tabulce 9, která zachycuje významné mezinárodní aktéry (OSN, WHO, OECD) a jimi iniciované aktivity. Jedná se o mezinárodní konference v oblasti podpory zdraví, konference WHO v Lublaňi 1996 a v Tallinu 2008. WHO v Ženevě organizovala v letech 2005–2007 dvě významné „knowledge network“ na téma globalizace zdraví a sociální determinanty zdraví a další.

Tab. 9 Milníky v rozvoji poznatků z hlediska důležitých mezinárodních aktérů

Aktéři	Konference, dokumenty, události			
WHO (řeší lidská práva) (Ideje)	Lublaň 1996 Lublaňská charta o reformě zdravotní péče	Paříž 2000 WHO Report 2000 Strategie „Zdraví pro všechny v 21. století“ Ženeva Knowledge network 2005–2007	Tallinnská charta: Zdravotní systém pro zdraví a blahobyt, 2008 Důraz na lidská práva	Zdraví 2020
European Observatory (neřeší lidská práva) Věcná východiska Evidence based	Počátky vzniku	Health system reviews (HITs)	Money in Health Care 2008 Health systems, health, wealth and societal well-being. Assessing the case for investing in health systems 2012	Facets of public health in Europe, 2013 Trends in health systems in the former Soviet countries 2014
WB, IMF (Ideologie)	Aggregate fiscal discipline, World Bank, 1997	Strategie pro vysoce zadlužené chudé země	Country assistance strategy	Dohledové mise IMF
OECD (Zdravotnický výbor)	Statistiky Hodnocení	The OECD Health Project Towards High-Performing Health Systems, 2004	Health at glance	Value for money
EU Rada Evropy Evropská komise	Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, 1950 Úmluva Rady Evropy o lidských právech a biomedicině, 1997	Evropská sociální charta, 1961 Lisabonská smlouva 2000 Bílá kniha: Strategie pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou, 2007	Zelená kniha o pracovních ve zdravotnictví 2008 Bílá kniha Strategie EU v oblasti zdraví na období 2008–2013 Třetí program pro oblast zdraví (2014–2020)	Snižování nerovností v oblasti zdraví v Evropské unii, 2009 Evropa 2020 Zelená kniha o mobilním zdravotnictví („mHealth“), 2014

Zdroj: Autorka

Klíčovým aktuálním výsledkem rozvoje poznání je strategie Zdraví 2020 (Health 2020), která se stala komplexním ideovým východiskem zdravotní politiky členských států Evropského regionu WHO.⁴²

Mezinárodní diskurz a jeho aktivity jsou velkým přínosem pro všechny státy, které chtějí tvořit svou zdravotní politiku na základě poznatků, které shromažďují WHO, EU, OECD, European Observatory a další).

Publikace *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being: Assessing the case for investing in health systems* (Figuears, McKee et al. 2012) přináší významný pohled na investice do zdravotnických systémů a to zejména v rámci investic do zdraví.

Pro české prostředí má význam publikace *Trends in health systems in the former Soviet countries* (Rechel, Richardson, McKee 2014) poukazující na transformační procesy v bývalých komunistických zemích a jejich zdravotnických systémů, které přinesly problémy a souhrn „katastrof,“ jejichž příčinou je aplikování neoliberálního přístupu.

V rámci zdravotnického práva je třeba zmínit *Health Systems Governance in Europe: The Role of European Union Law and Policy* (McHale 2010, Kapitola 6: Fundamental rights and health care, 282–314), ve kterém autorka představuje vývoj obecného přístupu k lidským právům včetně práva na zdraví a na přístup ke zdravotní péči.

Česká republika jako člen několika mezinárodních organizací přistupuje ke strategiím na podporu zdraví neadekvátně. V Národním programu reformy ČR během let 2011–2013 vymezuje pravicová vláda Petra Nečase několik cílů, kterých chce během svého mandátu dosáhnout a u kterých odkazuje na součinnost se strategií Evropa 2020. Tato strategie byla vymezena na půdě Evropské komise v roce 2010 s desetiletým plánem dosáhnout nového růstu skrze podporu zaměstnanosti, vzdělávání, životního prostředí, sociálního začleňování apod. (Evropská komise 2010: 5 [online]).

Z podstaty důvodů svého vzniku se tato strategie EU zaměřuje na ekonomické faktory v rámci hospodářské politiky v souladu s dalšími veřejnými politikami včetně vzdělávací politiky. Otázka zdraví a zdravotní péče není pro tuto strategii prioritní.

⁴² Odkazy na tento klíčový dokument v češtině a angličtině. Dostupné z WWW:
<http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/ramcovy-souhrn-opatreni-zdravi-2020_8526_3016_5.html>
<http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1>

Na konferenci ministrů zdravotnictví v Tallinnu r. 2008 byla přijata charta věnující se záměrům, cílům a základním hodnotám zdravotnických systémů. Charta se zaměřuje na zvýšení politického zájmu o zdraví, odpovědnost za investice do zdravotnických systémů a posílení odpovědnosti vlád za jejich kroky (Hnízdil 2009 [online]).

V iniciaci dlouhodobější strategie na podporu zdraví se angažuje WHO, díky níž došlo za účasti ministrů zdravotnictví 12. září 2012 k přijetí strategie Zdraví 2020.

Strategie byla schválena při jednání Regionálního výboru Světové zdravotní organizace (WHO) pro Evropu na Maltě dne 12. září 2012. „*Přijetí nové strategie vychází z předpokladu, že další vývoj veřejného zdravotnictví je možný pouze za spolupráce všech složek společnosti a všech úrovní státní správy*“ (Kernová 2012 [online]). Zdraví 2020 se zaměřuje na lidská práva se vztahem ke zdraví, přístupy vlád k zajištění spravedlivého přístupu ke zdravotní péči či spolupráci celé veřejné správy v podpoře zdraví (WHO 2013: 3).

Reformní agenda Nečasovy vlády nijak nezohledňuje strategii Zdraví 2020 ve svých reformních návrzích. Lidská práva se vztahem ke zdraví v textu nenajdeme. Místo toho jsou lidská práva nahrazena pojmem „práva pacientů“, jenž evokuje klientský přístup ke zdravotní péči, která je v terminologii rovněž nahrazena za pojmem služby.

V národních programech reformy lze najít zaměření na reformu zdravotnictví, která cílí na udržitelné veřejné finance, vyjasnění postavení pacienta a jeho práv a povinností, zefektivnění systému vzdělávání a další. Již v roce 2011 je nastíněn záměr přijetí Zákona o zdravotních službách a specifických zdravotních službách (Vláda 2011: 23).

Kriticky práce reflektuje korespondenci mezi MZČR zastoupeným ministrem Leošem Hegerem a Regionálním úřadem WHO (podrobněji viz Příloha č. 7), kterou ve své diplomové práci hlouběji analyzovala Machová.

V rámci svého dopisu (adresovaný WHO) ministr Heger připomínkuje strategii Zdraví 2020 a negativně hodnotí určité její aspekty. Negativně hodnotí závaznost strategie pro všechny země, jednotnost cílů pro všechny země a příliš ambiciózní cíle, které si dokument klade. Dva důležité body kritiky, které jsou podstatné pro předloženou diplomovou práci, představuje Hegerova teze, že obecně je dokument příliš dlouhý a že pro ČR není potřebný, jelikož zde nerovnost ve zdraví neexistuje.

Odpověď Zsuzsanny Jakab z Regionálního úřadu oponuje Hegerovým výtkám mezinárodním společenským konsensem na přijetí prodloužené verze strategie. Jakab dále uvádí, že strategie se zajímala o jednotlivé situace v členských zemích a dostatečně tak reflektuje stav místní zdravotní politiky a zdravotního stavu (Machová 2013: 75–76).

Česká zdravotnická reforma cílí na finanční a organizační změny v rámci argumentace neoliberalní ideologie bez dostatečné reflexe mezinárodního diskurzu a jeho poznatků. Význam těchto poznatků je zlehčován. Hlavní důraz je kladen na reformu, která zajistí finanční udržitelnost systému bez zohlednění základních funkcí a cílů zdravotnických systémů.

5.6 Konkrétní reformní změny v rámci Hegerovy reformy

V šesté části je cílem zhodnotit dílčí změny reformy ministra Hegera v kontextu výzkumného problému a jeho zaměření na otázku lidských práv se vztahem ke zdraví. Analýze je podrobena vyhláška o standardech a nadstandardech, zákon o zdravotních službách a specifických zdravotních službách. Při interpretaci je využito i nálezů Ústavního soudu ČR.

Ministr zdravotnictví Leoš Heger, jenž argumentuje neexistující nerovností ve zdraví v ČR, připravil reformní zákony, které nijak nezohledňují lidská práva se vztahem ke zdraví, vnímaná jako základní předpoklad rovného přístupu ke zdravotní péči.

V Programovém prohlášení vlády 2010 si vláda vytyčila cíle k modernizaci a rozvoji systému zdravotnictví. Proklamovala, že nedopustí zhoršení kvality a dostupnosti zdravotní péče, a přesto v rámci nově zavedené legislativy nijak nezohledňuje lidská práva se vztahem ke zdraví.

Tab. 10 Reforma Leoše Hegera 2010–2013

Období	Zákony a jiné právní normy	Okolnosti	Poznámky		
2010	Volební program TOP 09 pro květnové volby 2010 (vliv IMF) Koaliční smlouva ODS, TOP 09, VV	Prosazování nutných reforem – vliv neoliberalismu	Neúspěšně kandiduje jako nestraník za ODS		
2011	Novela zákona č. 48/1997 Sb.: Vyhláška č. 411/2011 Sb., Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů - viz základní ekonomická varianta vs. ekonomicky náročnější varianta (standard a nadstandard)	Evropa 2020	Následně ministr zdravotnictví za TOP 09		
	Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách	Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách	Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě	Národní program reforem 2011	Demonstrace proti vládě 2011–2012 Demonstrace před MZČR 2012
2012	Národní program reforem 2012	Pokračování protestní akce lékařů „Děkujeme, odcházíme“ Příslib zvýšení platů zdravotnickým pracovníkům o 10 % Nakonec došlo ke zvýšení o 6,25 %	Demonstrace proti vládě Zdraví 2020	T. Julínek a P. Zimmerman poradci pro zdravotnictví premiéra Nečase	
2013	Národní program reforem 2013	Nález Pl. ÚS 36/11 - právní úprava tzv. zdravotnických standardů a nadstandardů		Červen – aféra Konec vlády Petra Nečase	

Zdroj: Autorka

Heger na počátku svého působení na ministerstvu představil zásadní právní úpravu, kdy rozdělil zdravotní péči na základní ekonomickou variantu a ekonomicky náročnější variantu. V mediálním diskurzu i mimo něj se používá pojem standard a nadstandard. Tato nová norma byla součástí vyhlášky č. 411/2011 Sb. v rámci novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a vyhlášky č. 134/1998 Sb. V této tvorbě zdravotní politiky Heger vychází rovněž z Programového prohlášení vlády 2010, které deklaruje navýšení prostředků do systému zdravotního pojištění přísunem soukromých zdrojů (Vláda ČR 2010: 9).

Dagmar Žitníková z OSZSP komentovala novelu takto: „*Pokud projdou návrhy vlády, budou tu dva typy pacientů. Jedni, kteří budou mít na to, aby připlatili za kvalitní péči, a druzí, kterým bude poskytnuta ekonomicky nejméně náročná léčba*“ (citováno in Kopecký 2011 [online]). Podle ministra Hegera „*umožňují nadstandardy, aby bohatší lidé pustili nějaké peníze do zdravotnictví*“ (Heger in Česká televize 2014 [online]).

Ministr Heger zdůrazňuje, že je třeba rozlišit péči, která je opravdu nezbytná a péči, která je zjevně nadstandardní, kde zmiňuje možnost připlatit si za lepší pokoj v nemocnici či nitrooční čočku. V tomto jednostranném vnímání však nijak nezohledňuje rovný přístup ke zdravotní péči, který je základním lidským právem se vztahem ke zdraví. Zároveň dle čl. 31 Listiny základních práv a svobod je definována péče, kde „*má každý právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.*“

V tomto zákoně je třeba hledat z hlediska vymezeného problému dvě hlediska:

1. Každý má právo na ochranu zdraví. Tento Ústavní zákon tedy nijak nerozlišuje možnost připlatit si a získat lepší péči v rámci tzv. nadstandardu.
2. Právo na bezplatnou zdravotní péči je vymezeno zákonem a to na základě veřejného pojištění. Není možné tedy pomocí vyhlášky stanovit péči, která bude součástí zákona č. 48/1997 Sb. a bude vymezovat ekonomicky dražší péči jen pro ty, co si ji mohou dovolit.

Stejně jako u regulačních poplatků za ministra Julínka bylo i pojetí standardu a nadstandardu podrobena kritice veřejnosti i opozice. ČSSD a její zástupci iniciovali ústavní stížnost a návrh zrušení některých ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, kterými bylo upraveno rozlišení zdravotní péče na základní a ekonomicky náročnější.⁴³ Právní úpravu tzv. standardů a nadstandardů soud zrušil.

Ústavní soud nevyklučuje rozdělení péče na standardní a nadstandardní, toto rozdělení má však své hranice z hlediska Listiny základních práv a svobod. Jedná se tedy pouze o formální napadnutelnost normy, ale ne její nelegitimitu z hlediska lidských práv se vztahem ke zdraví. Tato východiska Ústavního soudu mohou vycházet z omezení, která má při své rozhodování v otázce lidských práv.

⁴³ Mimo jiné podali stížnost na zvýšení poplatku za lůžkovou péči na 100 Kč za každý den hospitalizace a pravomoc zdravotních pojišťoven ukládat a vybírat pokuty zdravotnickým zařízením (Pospíšil citováno in Ústavní soud ČR 2013 [online]).

Tab. 11 Rozhodnutí Ústavního soudu v otázce standardů a nadstandardů

Pokud jde o problematiku standardů a nadstandardů, vyšel Ústavní soud ve svém hodnocení z přecházející judikatury, v níž se dané problematice již věnoval (nálezy sp. zn. Pl. ÚS 35/95, Pl. ÚS 14/02 a Pl. ÚS 1/08). Konstatoval, že již v minulosti nevyloučil možnost rozdělení péče na standardní, tedy hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, a nadstandardní, tj. částečně či zcela hrazenou pacientem. Pro toto rozdělení však platí určité limity plynoucí především z čl. 31 Listiny základních práv a svobod. Tím zcela základním je výhrada zákona obsažená v tomto ustanovení Listiny. Ústavní soud dospěl k závěru, že zákonodárce požadavku úpravy v zákoně nevyhověl, byť obecný základ varianty základní (standardní) i ekonomicky náročnější (nadstandardní) je obsažen přímo v zákoně (rozsah nadstandardní péče pak toliko v prováděcí vyhlášce). Z pohledu Ústavního soudu je však podstatné, zda úprava v zákoně sama o sobě, tedy i bez prováděcí vyhlášky, je adresátům dostatečně srozumitelná a zda by byla sama o sobě aplikovatelná. Prováděcí předpis může totiž stanovit pouze detaily. Ústavní soud uzavřel, že těmto hlediskům současná právní úprava nevyhovuje, neboť teprve z vyhlášky samotné je zřejmé, co je základní variantou a za jaké zdravotní výkony, pomůcky, prostředky a materiál je nutno doplácet nad rámec úhrady. Zákon o veřejném zdravotním pojištění tak učinil pouze první krok, druhý, ten podstatnější, spočívající ve vymezení ekonomicky náročnější varianty, je však obsažen v prováděcím právním předpise, ačkoliv ústavní pořádek vyžaduje formu zákona.

Zdroj: Pospíšil 2013 [online]

Lidská práva jsou vymezena zákonnou normou Listinou základních práv a svobod. V tomto smyslu se jedná mimo jiné o práva občanská a politická, které má zajistit každý právní stát svým občanům. V dalších mezinárodních dokumentech se dále objevují i práva sociální, jejichž vznik a vývoj spojujeme především se vznikem sociálního státu⁴⁴. „Sociální stát vznikl a v řadě zemí se přibližně po století rozvíjel především proto, aby se všem občanům mohlo dostat zhruba takové míry bezpečí a jistoty, kolik zaručuje lidem majetným jejich majetek“ (Keller 2009: 10). Sociální práva zde představují především rovnost šancí v přístupu ke vzdělání, kvalitnímu bydlení či zdravotní péči a vztahují se tedy především k zajištění určitých materiálních potřeb a odlišují se tím od základních lidských práv.

S lidskými právy se vztahem ke zdraví se však v našem společenském i politickém diskurzu vůbec nepromyslelo a v rámci zdravotnické legislativy jsou implementována minimálně.

⁴⁴Za autora tohoto pojmu je považován anglický lord sir W. H. Beveridge, reformátor sociální politiky předválečné Velké Británie, jenž r. 1942 vytvořil první komplexní systém sociálního zabezpečení. V angličtině je používán pojem „welfare state“ a s ním spojený český překlad „stát blahobytu“, čímž je ale myšlen blahobyt v rámci lidsky důstojných podmínek života (Krebs et al., 2007: 74–75).

Určité konání v otázce přirozených lidských práv přichází ze strany státu až potom, co dojde k jejich porušení či omezení. Z toho i vyplývá, že naplňování lidských práv se bere jako „samozřejmost“ podpořená právní normou (Boguszak 2001: 204).

Dvě základní právní normy, které Heger představil, a které jsou relevantní pro tuto diplomovou práci, byly zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a 373/2011 Sb., o specifických zdravotnických službách.

Tyto zákony upravují zdravotní služby a podmínky jejich poskytování včetně práv a povinností pacientů a poskytovatelů služeb. Heger předně vychází v tvorbě zákona z Programového prohlášení vlády 2010 a Národního programu reformy 2011, kde byly již deklarovány základní aspekty, které budou tvořit nové zdravotnické zákony i časový plán jejich přijetí. I přesto, že byl Heger kritizován opozicí, nedosáhl kooperace s lékařskými odbory a jeho reformní změny nebyly akceptovány širokou veřejností, podpora politických aktérů v jeho politické síti (vládní koalice) znamenala možnost rychlého a bezproblémového přijetí zákona, jemuž nezamezily ani obstrukce opozice ve sněmovně.

Čl. 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech (OSN 1966) říká, že státy jsou povinny „vytvořit podmínky, které by zajistily všem lékařskou pomoc a péči v případě nemoci“ (Vláda ČR 2006, [online]); anglicky „*the creation of conditions which would assure to all medical service and medical attention in the event of sickness*“ (OHCHR [online]).

Hegerovy zákony č. 372 a 373 představily nový pojem zdravotní služby, jenž evokuje vznik nové hranice mezi zdravotní péčí a zdravotními službami. Zdravotní péče jako součást zdravotnických služeb vychází z ideje podpory zdraví, hodnoty zdraví a lidských práv se vztahem ke zdraví. Nový pojem služby přináší ekonomické hledisko klientské péče, která však neodpovídá základnímu normativnímu konceptu ekvity zdraví. Zároveň neodpovídá či je v rozporu s mezinárodním paktem (viz výše) a jeho článkem 12, kde jsou zdravotnické služby vymezeny pojmem *medical service* a *medical attention*, do češtiny přeloženo jako *pomoc* a *péče* v případě nemoci.

Pojem zdravotní služby tedy neodpovídá ani čl. 12 Mezinárodního paktu, ani čl. 31 Listiny základních práv a svobod.

V neposlední řadě je třeba zmínit, že v rámci těchto dokumentů, se ustanovení zaměřují na zajištění péče *všem*. Z tohoto hlediska je kontroverzní nejen pojetí standardů a nadstandardů (tedy péče pro ty, co si za ní chtějí a mohou připlatit a ty, kterým bude „stačit“ základní péče), ale i zákona č. 372 a 373, kde dochází k pronikání tržně pojatých pojmů do zdravotnické legislativy, které mohou ovlivnit větší přístup soukromého kapitálu a partikulárních podnikatelských zájmů do českého zdravotnictví.

Možnost napadnutelnosti těchto institucionálních změn je však omezena. Dle článku 10. Ústavy ČR se stávají ode dne ratifikace a vyhlášení mezinárodní smlouvy její stanovy plně platným pramenem českého práva. „*Stupněm právní síly jsou nadřazeny obyčejným zákonům*“ (Boguszak 2001: 68).

Období předcházející vstupu České republiky do Evropské unie v roce 2004 si vynutilo konsolidaci českého práva s evropskými zákonnými normami. Došlo k přijetí zákona č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích, zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví či zákona č. 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů. Významnou událostí byla v rámci institucionálních změn euronovela Ústavy ČR přijatá zákonem č. 395/2001 Sb. s účinností od 1. června 2002 znamenající zohlednění závazků ČR z oblasti mezinárodního práva (Háva 2008: 8–9). Během projednávání zákona na půdě poslanecké sněmovny došlo k několika změnám, které zásadně ovlivnily možnosti Ústavního soudu ČR rozhodovat za prvé ve věci rozporu zákona s ústavním pořádkem a za druhé při ochraně lidských práv. Tyto změny představovala formulace článků 87. a 88, vedoucí k omezení role Ústavního soudu ČR a jeho pravomocí v rámci rozhodování o zákonech, které mohou být v rozporu s ústavním pořádkem. „*Ústavní pořádek však nezahrnuje významné dokumenty mezinárodního práva, jakými jsou oba mezinárodní pakty, vymezující zásadním způsobem lidská práva*“ (článek 112 Ústavy ČR) dle Háva 2008: 9.

Tento postup vedl k omezení pravomocí a role Ústavního soudu při ochraně lidských práv. Znamenal však mimo jiné i narušení dělby moci v rámci demokratického státu.

Z hlediska výzkumného problému této práce je možné identifikovat snahu vynechat mezinárodní pakty z diskuze o lidských právech se vztahem ke zdraví a zřejmou iniciativu některých politických představitelů nahradit lidská práva se vztahem ke zdraví právy pacientů z hlediska spotřebitele služeb. Leoš Heger představil reformní zákony vymezující péči standardní a nadstandardní, kde umožnil rozdělení v přístupu ke zdravotní péči. Zároveň nové zákony o zdravotních službách a specifických zdravotních službách představily nový pojem zdravotní služby, jenž neodpovídá ani čl. 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech, ani čl. 31 Listiny základních práv a svobod.

5.7 Terminologická změna v zákoně

Poslední kapitola empirické části práce interpretuje terminologické změny v zákoně č. 372 a 372 se zaměřením na pojmy zdravotní vs. zdravotnický a služby vs. péče. Cílem je identifikovat důvody této změny a její okolnosti.

Na zmíněnou terminologickou změnu lze nahlížet ze dvou pohledů:

1. Jazykové hledisko

Z komunikace autorky práce s Ústavem pro jazyk český Akademie věd ČR vyplynulo, že *„Ústav nemůže posoudit, z jakého důvodu se od spojení zdravotnické služby přechází na spojení zdravotní služby.“* Podle Ústavu *„může jít o změnu, která reflektuje významový rozdíl, ale třeba jen o nevědomost nebo nepřesné vyjadřování. Z hlediska jazykového totiž k žádné významové změně ani posunu ve významu obou výrazů nedošlo“* (Kamila Smejkalová, oddělení jazykové kultury, Ústav pro jazyk český AV ČR, v. v. i – emailová komunikace z 30. 4. 2015). Jazyková analýza není jednoduchá, jelikož i Ústav shledal, že k posunu ve významu nedochází, a to i přesto, že ve zdravotnictví a v aktuální strategii Zdraví 2020 se terminologicky požívá pojem zdravotnické služby.

2. Právní hledisko

V otázce právní interpretace je třeba představit názor navrhovatelů ústavní stížnosti proti standardům a nadstandardům, kteří se rovněž zaměřují na terminologickou změnu zákona, kdy *„pojem „zdravotní péče“ byl v zákoně o veřejném zdravotním pojištění nahrazen pojmem „zdravotní služby“, což vystihuje celkový záměr zákonodárce směřovat ke koncepci klientské medicíny, poskytované dle kritéria ekonomických možností „klienta“.*

Zákonná úprava dovoluje rozdělovat zdravotní péči podle její ekonomické náročnosti pro systém, nikoliv její účinnosti z hlediska medicínského“ (Nález Ústavního soudu 36/11 ze dne 20. 6. 2013 [online]).

Zákon č. 372 a č. 373/2011 Sb. nahrazuje jeden ze základních kodexů zdravotnického práva – zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů účinný od 1. července 1966.

V novém zákoně č. 372 a 373 dochází k rozlišení nadřazeného a širšího termínu zdravotní služby a užšího termínu zdravotní péče. Jelikož je pojem služby pojmu péče nadřazen, je možné předpokládat, že snahou zákonodárců bylo postupně pojem péče zcela nahradit. Dle § 1 zákona č. 372/2011 Sb. tento „*zákon upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkým, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků....“*

Dle §2 (4) „*Zdravotní péčí se rozumí soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu.“*

Používání pojmů služby a péče je nejednoznačné. Interpretovat lze záměr zdravotní péči spojovat s lékařským povoláním a poskytnutím lékařské péče či pomoci obecně, zatímco pojem zdravotní služby, jenž je zdravotní péči nadřazen, inklinuje k poskytovatelské formě systému vnímajícího pacienta jako klienta a spotřebitele služeb (viz §3 „*Pacientem se rozumí fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby“*).

Terminologická změna v zákoně č. 372/2011 Sb. a zákoně 373/2011 Sb. přináší nové vymezení pojmu zdravotní služby, jenž nahradil pojem zdravotnické služby. Tato terminologická změna není jazykově zdůvodnitelná, přesto je třeba zdůraznit, že mezinárodní diskurz používá pojem zdravotnické služby. V neposlední řadě dochází k nadřazení pojmu *péče* pojmem *služby*. Z jazykového hlediska nebyl shledán posun ve významu. Z hlediska právního je však třeba dodat, že mezinárodní pakty či Listina základních práv a svobod s pojmem služby vůbec nepracuje, naopak je v nich zakotven pojem péče. Důvody, které vedly k této změně, není jednoduché identifikovat. Z kontextu této diplomové práce a zjištěných poznatků ale vyplývá, že institucionální změna reformy ministra Hegera byla uskutečněna pod vlivem tržně orientovaných principů pronikajících do zdravotnictví, v nichž pojmy jako klient, spotřebitel, trh, konkurence, služby hrají významnou roli.

6. Diskuse

Vývoj české zdravotní politiky před rokem 2010 procházel několika etapami, které se na počátku zaměřovaly na rychlou transformaci, nové zákony a organizační uspořádání často však bez jasné koncepce či zohlednění mezinárodních strategií a poznatků. „*Transformace byla konceptuálně pojata především jako ekonomická. Její učebnicí se stala neoklasická ekonomie, a to nikoli na základě volby z nabízejících se variant, nýbrž v důsledku své jednoznačné aktuální dominance ve vyspělém světě*“ (Večerník 2002: 63).

Pravicová vláda po roce 2008 s ministrem Tomášem Julínkem v čele zdravotnického resortu představila koncepci modelu zdravotnictví, kde trh zajistí efektivitu a udržitelnost systému skrze přístup soukromého kapitálu. Tento tržní záměr evokoval napojení tehdejšího ministra a jeho politické sítě na podnikatelské subjekty medicínsko-farmaceutického průmyslu. Tento komplex je svázán s povinností stavět na první místo své akcionáře a jejich zájmy (Mahar 2006: 14).

Zdůvodnění kroků a reformních změn tvůrců české zdravotní politiky vycházela z argumentace, kterou v ČR v období 2008–2013 prezentovaly mezinárodní instituce (zejména Mezinárodní měnový fond). Jejich doporučení se zaměřovala na redukci veřejných výdajů, fiskální odpovědnost a zvýšení rozsahu podnikatelského sektoru. Globálně působící neoliberalní přístup tak jednoznačně ovlivnil reformu zdravotnictví Tomáše Julínka i Leoše Hegera. Argumentaci českých politických představitelů a její napojení na neoliberalní ideologii představují nutné reformy, stabilizace veřejných rozpočtů a jejich dlouhodobá udržitelnost, rozpočtová odpovědnost, konkurence, služby klientům, individualismus a odpovědnost za své zdraví a další.

Hegerovy reformní návrhy vycházely z cílů, které strana TOP 09 představila již ve svém volebním programu. Reformy ministr a celá vláda prohlašovali za bolestivé, ale nutné, což přímo souvisí s nevyhnutelnou racionalizací veřejných výdajů, kterou zde prezentovaly i mezinárodní finanční instituce. Regulační poplatky přinesly pozitiva a přínos. Mezinárodní měnový fond však zdůrazňoval, že další reformy jsou nutné (IMF 2012: 6 [online]).

Odpor občanské veřejnosti vůči reformám tehdejší pravicové vlády se stupňoval postupně s vývojem představování reformních návrhů a snah o jejich rychlé prosazení. Odbory ve spolupráci s mnoha občanskými iniciativami uspořádaly několik demonstrací, kterých se účastnilo velké množství občanů.

Česká zdravotnická reforma v období 2010–2013 cílila na finanční a organizační změny v rámci argumentace neoliberální ideologie bez dostatečné reflexe mezinárodního diskurzu a jeho poznatků. Cíle a funkce zdravotnických systémů se dostávaly po provedených reformních změnách do kontroverzí především s lidskými právy se vztahem ke zdraví. Kriticky lze hodnotit obecný vývoj v zemích střední a východní Evropy, kde dochází k jednostrannému důrazu na ekonomické přístupy se snahami o redukci role státu.

Růst vlivu trhu na financování zdravotnictví lze pozorovat srze vzrůstající podíl spoluúčasti pacientů včetně poplatků přenesených na pacienty, což je upevňováno rovněž definováním, jaká péče bude hrazena ze zdravotního pojištění a jaká z něho bude vyloučena (Ranade 1998: 3).

Z hlediska výzkumného problému této práce je možné identifikovat snahu vynechat mezinárodní pakty z diskuze o lidských právech se vztahem ke zdraví a zřejmou iniciativu některých politických představitelů nahradit lidská práva se vztahem ke zdraví právy pacientů z hlediska spotřebitele služeb. Nové zákony o zdravotních službách a specifických zdravotních službách představily pojem zdravotní služby, jenž neodpovídá ani čl. 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech, ani čl. 31 Listiny základních práv a svobod.

Terminologická změna pojmu zdravotní služby, jenž nahradil pojem zdravotnické služby, není jazykově zdůvodnitelná, přesto je třeba zdůraznit, že mezinárodní diskurz používá pojem zdravotnické služby. Z jazykového hlediska ale nebyl shledán posun ve významu.

Zároveň dochází k nadřazení pojmu *péče* pojmem *služby*. Z právního hlediska je však třeba dodat, že mezinárodní pakty či Listina základních práv a svobod s pojmem služby vůbec nepracuje, naopak je v nich zakotven pojem péče. Důvody, které vedly k této změně, není jednoduché identifikovat. V kontextu této diplomové práce a ze zjištěných poznatků ale vyplývá, že institucionální změna reformy ministra Hegera byla uskutečněna pod vlivem tržně orientovaných principů pronikajících do zdravotnictví, v nichž pojmy jako klient, spotřebitel, trh, konkurence, služby hrají významnou roli.

Oponenti tržně orientovaných stimulů působících ve zdravotnických systémech tvrdí, že je jednoznačně prokázáno, že „*tržní mechanismy tvoří podmínky neumožňující zranitelným skupinám v populaci – především těm méně majetným – rovný přístup ke kvalitní zdravotní péči*“ (Whitehead, M. 1994 pp.208–242 citováno in Saltman, Figueras 1997: 41).

Vlivem neoliberalismu na českou zdravotní politiku dochází k růstu nerovností v přístupu ke zdravotní péči, což je úzce spojeno s nedostatečnou implementací lidských práv se vztahem ke zdraví. Tento přístup představil dvousečný systém zdravotní péče pro méně a více příjmové skupiny v situaci, kdy se všichni pacienti podílejí na platbě zdravotního pojištění, ale kdy dochází k situaci možnosti zaplatit si více a získat tedy lepší péči. Přesto, že jsou prezentovány zákony rozdělující péči na ekonomicky základní a ekonomicky náročnější, hovoří političtí představitelé o tom, že v ČR neexistuje nerovný přístup ke zdravotní péči, s čímž souvisí i Hegerův postoj ke Strategii Zdraví 2020.

Závěr

Diplomová práce „Česká zdravotní politika po roce 2010 v kontextu Hegerovy reformy zdravotnictví“ se zaměřila na hodnocení významné institucionální změny, jež byla uskutečněna pravicovou vládou Petra Nečase v českém zdravotnictví v období 2010–2013. Základní výzkumný problém byl definován jako kritická reflexe legitimacy reformních přístupů jednostranného pronikání tržních principů do českého zdravotnictví v kontextu ekonomické globalizace a neoliberalismu na konkrétním případě změn českého zdravotnictví v letech 2010–2013 („reforma ministra Leoše Hegera“).

Cílem této práce bylo kriticky reflektovat vývoj české zdravotní politiky v kontextu reformních změn, které političtí představitelé deklarovali již ve svých volebních programech. Konkrétně se výzkum zaměřil na ideologická a zájmová východiska institucionální změny, legitimitu reformních cílů z hlediska probíhajícího mezinárodního a národního diskurzu cílů a funkcí zdravotnických systémů v oblasti veřejného zdravotnictví a podpory zdraví a kontextu lidských práv se vztahem ke zdraví, vybrané části institucionální změny (zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách), a důvody zásadní terminologické změny (změna předchozího pojmu zdravotnické služby a zdravotní péče na zdravotní služby) ve vztahu k zavedené terminologii v článku 31. Listiny základních práv a svobod a čl. 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech.

Práce vycházela z širokého objemu zdrojů dat, jakými byly odborné poznatky a publikace, statistická data, veřejněpolitické dokumenty, výzkumy veřejného mínění, nálezy Ústavního soudu ČR, volební programy politických stran atd.

V rámci metodického přístupu práce využila několik analytických přístupů a metod. Empirická část využila publikovaných poznatků, tematické analýzy, institucionální analýzy, kritické diskurzivní analýzy včetně výzkumu jednání aktérů, analýzy vybraných událostí veřejné politik, analýzy politických sítí a v neposlední řadě interpretace právních předpisů z hlediska argumentační a jazykové analýzy.

Hlavní teoretické východisko práce představuje kritická sociální teorie neoliberálního přístupu ovlivňující jednání aktérů v českém zdravotnictví. Práce vycházela rovněž z mezinárodního odborného diskurzu z hlediska studia zdravotnických systémů, jejich funkcí a cílů, zdravotní politiky a její změny. V kontextu výzkumného problému bylo i v teoretických zdůvodněních čerpáno z východisek lidských práv se vztahem ke zdraví.

Na základě výzkumu byla identifikována návaznost myšlenek neoliberální ideologie na argumentaci tvůrců české zdravotní politiky v procesu zdůvodňování reformních kroků. Političtí představitelé čerpali nejen z prostředí svých politických sítí a podnikatelských subjektů na ně napojených, ale i z mezinárodního diskurzu ekonomických institucí, zejména Mezinárodního měnového fondu. Hlavní argumenty, které byly prezentovány skrze veřejněpolitické dokumenty, hovořily o nutných reformách pro konsolidaci veřejných rozpočtů, zamezení rozhazovačnosti či zvýšení vlivu soukromého sektoru.

Reforma nebyla z pohledu široké veřejnosti legitimní, což vyústilo v demonstrace a protesty, které vládní koalice nerespektovala. Mezinárodní poznatky byly odsunuty do pozadí, jelikož reforma se soustředila především na organizační a finanční změny bez reflexe vývoje v jiných zemích, či na poli odborných publikací WHO, OECD či European Observatory. Nová terminologie v zákoně č. 372/2011 a 373/2011 Sb. představila pojmy, jež se neshodují s pojmy stanovenými Listinou základních práv a svobod a mezinárodními pakty. U těchto pojmů práce shledává zřejmé napojení terminologie na snahu umožnit pronikání partikulárních podnikatelských zájmů do českého zdravotnictví.

Vývoj české zdravotní politiky v období 2010–2013 byl ovlivněn nejen jednáním politických představitelů, jiných aktérů a jejich interakcí, ale i ekonomickým, politickým, kulturním a sociálním kontextem, který může výrazně ovlivňovat legitimitu reformních změn.

Státy ztrácejí své postavení. Oslabuje se jejich role v rozhodování o sociálních a ekonomických politikách. Globalizace pod záštitou neoliberalismu přeměňuje struktury jednotlivých vlád dle svých zájmů. Zprivatizovaná politika vytváří propracovaný systém institucí a tlaků projevujících se ve volebních programech stran i programových prohlášení nových vlád. Podle Tony Judta⁴⁵ je nezbytné vrátit se k posílení role státu a k tomu snažit se o státu jinak přemýšlet a pochopit jej.

Reformní agenda ministra Leoše Hegera ukázala, že neoliberální ideologie a penězi-řízená medicína jsou součástí českého zdravotnictví. Riziko těchto přístupů je třeba hodnotit jednak z hlediska funkcí a cílů zdravotnických systémů, kde je třeba argumentovat podporou zdraví, snižováním rozdílů ve zdraví a mezinárodní spoluprací, a jednak z hlediska lidských práv se vztahem ke zdraví v kontextu rovných příležitostí v přístupu ke zdravotní péči a vnímání zdraví jako nejvýznamnější hodnoty, jejíž podpora, je standardem pro každého.

⁴⁵ Judt, T. Zle se vede zemi, 2011

Shrnutí

Na případ Hegerovy reformy zdravotnictví lze nahlížet jako na selhání demokracie, kdy došlo k zúžení práv pouze na práva pacientů bez reflexe přirozeného práva a zejména lidských práv se vztahem ke zdraví. Práva pacientů jsou v rámci této institucionální změny vnímána z pohledu spotřeby. Pacient je pouze manipulovaným klientem. Celý proces se soustředí na platební mechanismy, finanční a organizační stránku, ale kvalita péče se neřeší. Podpora podnikatelských zájmů a orientace na tržní mechanismy a jejich přesun do oblasti zdravotní péče probíhá bez ohledu na její možné sociální důsledky. Smysl ve zdraví je součástí cílů a funkcí zdravotnických systémů. Tento smysl se však vytrácí a stává se z něho business. Celý proces je korigován ze strany mezinárodní finančních institucí, jako je např. Mezinárodní měnový fond, které podporují stírání hranic mezi veřejným a soukromým a doporučují co nejrozsáhlejší redukci veřejných výdajů v rámci podpory přísunu soukromého kapitálu.

Summary

The case of Heger's health care reform can be interpreted as a failure of democracy with obvious narrowing of rights only to the rights of patients (patient choice) without reflection of the natural law, especially human rights related to health. Patients' rights under this institutional change covered the terms of consumption. The patient is only manipulated client. The entire process is focused on the mechanisms of payment, financial and organizational aspects, but the quality of care is not being solved. The promotion of market interests and focus on market mechanisms and their transfer to the health care are implemented to the healthcare system regardless of its social consequences. The meaning of health is the important part of the targets and functions of healthcare systems. This meaning is disappearing and transforming to business. The process is directed by the international financial institutions, such as the International Monetary Fund, which are changing public and private area according to their interests and recommending the widest possible reductions in public spending in support of the supply of private capital.

Použité zdroje

Česká literatura

ANGELOVSKÁ, O. *Privatizace českého zdravotnictví*. Projekt disertační práce. Praha: Univerzita Karlova. Fakulta sociálních věd. Institut sociologických studií. Katedra veřejné a sociální politiky, 2011

BOGUSZAK, J. et al. *Teorie práva*. Praha: Eurolex Bohemia, 2001. ISBN 80-86432-13-0

BŘEŇOVÁ, Marta. *Zkušenost žen a mužů se šikanou na pracovišti: Tematická analýza*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra psychologie, 2012, 124 s. Vedoucí diplomové práce Mgr. Kateřina Zábrodská, Ph.D.

CRESWELL, J. W.: *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998 In HENDL, J. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 80-7367-485-4

DARMOPILOVÁ, Z. *Vliv zájmových skupin na reformu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-802-1054-066

DOLEŽAL, T. *Základní farmakoekonomické metody a pojmy*. Praha: Česká a slovenská Psychiatrie, 2010; 106 (1): 30–32. Dostupné z WWW: <http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2010_1_30_32.pdf>

FRIČ, P. *Světlé a stinné stránky neformálních sítí v postkomunistické společnosti*. Sociologický časopis/Czech Sociological Review, Sociologický ústav AV ČR, v. v. i., Praha 2008, Vol. 44, No. 2: 295–319

GERLOCH, A. *Teorie práva*. 6. Vyd. Plzeň: Aleš Čeněk, 2013. ISBN 978-80-7380-454-1

HARRINGTON, A. et al. *Moderní sociální teorie*. Přeložila Hana Loupová. 1. Vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-093-3

HÁVA, P.; KRUŽÍK, L. *Veřejnoprávní zdravotní pojištění v ČR v letech 1991-95. s 59-85*. In POTŮČEK, M.; PURKRÁBEK, M.; HÁVA, P. et al. *Analýza událostí veřejné politiky v České republice*. Praha: Katedra veřejné a sociální politiky Institutu sociologických studií Fakulty sociálních věd Univerzity Karlovy v nakladatelství Vesmír s.r.o., 1996. ISBN 80-85977-06-0

HÁVA, P. *Zdravotní politika*. In POTŮČEK, M. et al. *Veřejná politika*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. ISBN 80-86429-50-4

HÁVA, P. *Současná reforma českého zdravotnictví v kontextu euronovely Ústavy ČR* In: *Moderné trendy sociálneho zabezpečenia. Materiály z vedeckej konferencie konanej v dňoch 23. – 24. októbra 2008 v Bratislave*. Ústav štátu a práva Slovenskej akadémie vied. SAP – Slovak Academic Press, Bratislava 2008. str. 100–113. ISBN 978-80-8095-040-8

HÁVA, P.; MAŠKOVÁ-HANUŠOVÁ, P. *Zdravotní politika visegrádských zemí (1)*. *Zdravotnictví v České republice I/XII/2009*. s. 12. Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, 2009a. MK ČR E 7600 ISSN 1213-6050

HÁVA, P.; MAŠKOVÁ, P. *Zdravotní politika visegrádských zemí v éře globalizace*. Prezentace 25. ledna 2009b, v sále Lékařského domu v Praze 2.

HÁVA, P.; MAŠKOVÁ, P.; TERŠOVÁ, T. *České zdravotnické právo po roce 1990 v kontextu lidských práv se vztahem ke zdraví 1*. Zdravotnictví v České republice 2. 3/XIV/2011. s. 21. Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, 2011a. MK ČR E 7600 ISSN 1213-6050

HÁVA, P.; MAŠKOVÁ, P.; TERŠOVÁ, T. *České zdravotnické právo po roce 1990 v kontextu lidských práv se vztahem ke zdraví 2*. Zdravotnictví v České republice. 2. 3/XIV/2011. s. 21. Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, 2011b. MK ČR E 7600 ISSN 1213-6050

HÁVA, P., TUŠKOVÁ, E., MÜLLER, L. *Zdravotnictví v České republice*. Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, 2011, roč. 4, XIV. ISSN 1213-6050. Dostupné z WWW: <<http://www.zdravcr.cz/Stranky/zcr4-11.pdf>> In MACHOVÁ, Kamila. *Přístup české zdravotní politiky ke strategii Zdraví 2020*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Katedra veřejné a sociální politiky, 2013. 122 s. Vedoucí diplomové práce MUDr. Petr Háva, CSc.

HÁVA, P. *Úvod do zdravotní politiky*. Prezentace pro předmět Zdravotní politika, Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky, 2014

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

HEYWOOD, A. *Politologie*. Přeložil Zdeněk Masopust. Praha: Eurolex Bohemia, 2004. ISBN 80-86432-95-5

HORYNA, B. *Má smrt je protest proti bídě. Sociální nerovnost, rozvojová ekonomie, globální oligarchie a lidská čest v epoše fakturační demokracie*. 15–64. In HRUBEC, M. et al. *Sociální kritika v éře globalizace. Odstraňování sociálně-ekonomických nerovností a konfliktů*. Praha: Filosofia, 2008. ISBN 978-80-7007-286-8

HRUBEC, M. et al. *Sociální kritika v éře globalizace. Odstraňování sociálně-ekonomických nerovností a konfliktů*. Praha: Filosofia, 2008. ISBN 978-80-7007-286-8

JUDT, T. *Zle se vede zemi*. Přeložil Jakub Franěk. Praha: Rybka Publishers, 2011. ISBN 978-80-87067-32-1

KINKOROVÁ, J.; TOPOLČAN, O. *Overview of healthcare system in the Czech Republic*. The EPMA Journal 2012, 3:4. Dostupné z WWW: <<http://www.epmajournal.com/content/3/1/4>>

KELLER, J. *Soumrak sociálního státu*. 2. Vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2009. ISBN 978-80-7419-017-9

KOHÁK, E. In Hrubec, M. *Globální spravedlnost a demokracie*. Praha: nakladatelství Filosofického ústavu AV ČR, 2004, s. 21-22. ISBN 80-7007-210-5

KREBS, V. et al. *Sociální politika*. 4. přepracované aktualizované vyd. Praha: ASPI, a. s., 2007. ISBN 978-80-7357-276-1

MACHOVÁ, K. *Přístup české zdravotní politiky ke strategii Zdraví 2020*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky, 2013. 188 s. Vedoucí diplomové práce MUDr. Petr Háva, CSc.

MEZŘICKÝ, V. et al. *Globalizace*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-748-5

PEHE, J. in JUDT, T. *Zle se vede zemi*. Přeložil Jakub Franěk. Praha: Rybka Publishers, 2011. ISBN 978-80-87067-32-1

POGGE, T. *Uznávána i porušována mezinárodním právem: lidská práva globálních chudých*. 179–238. In HRUBEC, M. et al. *Sociální kritika v éře globalizace. Odstraňování sociálně-ekonomických nerovností a konfliktů*. Praha: Filosofía, 2008. ISBN 978-80-7007-286-8

PURKRÁBEK, M. *Veřejná politika v poznacích analýz veřejněpolitických událostí* In POTŮČEK et al. *Analýza událostí veřejné politiky v České republice*. Praha: Katedra veřejné a sociální politiky Institutu sociologických studií Fakulty sociálních věd Univerzity Karlovy in VACÁTKO, Michal. *Specializační vzdělávání lékařů v oboru Praktický lékař pro děti a dorost v ČR*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, 2014. Vedoucí diplomové práce MUDr. Petr Háva, CSc.

SOKOL, J. *Moc, peníze a právo. Esej o společnosti a jejích institucích*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2007. ISBN 978-80-7380-066-6

SOKOL, J. *Etika, život, instituce. Pokus o praktickou filosofii*. Praha: Vyšehrad, 2014. ISBN 978-80-7429-223-1

SUŠA, O. *Problém sociální nerovností v podmínkách globalizace*. In HRUBEC, M. et al. *Sociální kritika v éře globalizace. Odstraňování sociálně-ekonomických nerovností a konfliktů*. Praha: Filosofía, 2008. ISBN 978-80-7007-286-8

ŠVIHLÍKOVÁ, I. *Globalizace a krize: souvislosti a scénáře*. 1. Vyd. Všeň: Grimmus, 2010. ISBN 978-80-87461-01-3

TOMÍČKOVÁ, Adéla. *Role českých veřejnoprávních médií v diskurzu důchodové reformy*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky, 2015. 110 s. Vedoucí práce MUDr. Petr Háva, CSc.

VEČERNÍK, J. *Výzkum společenské transformace a česká sociologie*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2002. Sociologický časopis XXXVIII, 1-2. Vol. 38 (No. 1-2: 55-77)

VESELÝ A.; NEKOLA, M. (Ed.) *Analýza a tvorba veřejných politik. Přístupy, metody a praxe*. Praha: SLON, 2007. ISBN 978-80-86429-75-5

VLÁDA ČR. *Programové prohlášení vlády České republiky*, 2010. Dostupné z WWW: <http://www.vlada.cz/assets/media-centrum/dulezite-dokumenty/Programove_prohlaseni_vlady.pdf>

VLÁDA ČR. Národní program reform, 2011. Dostupné z WWW:
<http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nrp/nrp_czech_cs.pdf >

ZNOJ, M; BÍBA J.; VARGOVČÍKOVÁ, J. *Demokracie v postliberální konstelaci*. Vyd.1. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2878-3

Zahraniční literatura

ALLISON, P. D. *Event History Analysis: Regression for Longitudinal Event*. Data Sage University Papers Series. *Quantitative Applications in the Social Sciences*. No. 07-04. Sage Publications, 1984. eISBN 9780585180946

ANHEIER, H.; KATZ, H. *Network approaches to global civil society*, 2005 In M. Glasius, M. Kaldor, & H. Anheier (Eds.), *Global civil society 2004/5*. (pp. 206-222). London: SAGE Publications Ltd. doi: <http://dx.doi.org/10.4135/9781446211908.n10>. Dostupné z WWW:<<http://www.gcsknowledgebase.org/wp-content/uploads/NetworkApproaches2004.pdf>>

BERMAN, P. *Health sector reform: making health development sustainable*.1995 In SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: WHO, 1997. ISBN 92-890-1336-2

BRAUN, V.; CLARKE, V. *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 2006, 3 (2). pp. 77-101. ISSN 1478-0887. Dostupné z WWW: <http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic_analysis_revised...>

BUSE, K.; MAYS, N.; WALT, G. *Health policy making*. Berkshire: Open University Press, 2005. ISBN 0-335-21839-3

BUSSE, R. et al. *Tackling Chronic Disease in Europe. Strategies, Interventions and Challenges*. Copenhagen: WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010. ISBN 9789289041928

CASSELS, A. *Health sector reform: key issues in less developer countries*, 1995 In SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: WHO, 1997. ISBN 92-890-1336-2

FAIRCLOUGH, N. *Discourse and Social Change* 1992 In JORGENSEN, M.; PHILLIPS, L. J. *Discourse Analysis as Theory and Method*. SAGE Publications. London. Thousand Oaks. New Delhi, 2002. ISBN 0761971114

FAIRCLOUGH, N. *Critical discourse analysis: papers in the critical study of language*. London, New York: Longman Group Limited, 1995. ISBN 0-582-219809

FIGUERAS, J.; MCKEE, M. et al. *Health systems in transition: learning from experience*. Copenhagen: WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. ISBN 92-890-1097-5

FIGUERAS, J.; ROBINSON, R.; JAKUBOWSKI, E. et al. *Purchasing to improve health systems performance*. Berkshire: WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005. ISBN 0335-21366-7

FIGUERAS, J.; McKEE, M. et al. *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being: Assessing the case for investing in health systems*. Berkshire: WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2012. ISBN-13: 978-0-335-24430-0

FLICK, U. *Design and Process in Qualitative Research*. In: FFLICK, U., von KARDORFF, E., STEINKE, I. (eds.). *A Companion to Qualitative Research*. London - ThousandOaks – New Delhi: Sage Publications, 2004. Str. 146–152. ISBN 0-7619-7374-5

FISCHER, F. *Reframing Public Policy: Discursive Politics and Deliberative Practices*. Kap. 1. Oxford University Press, 2003. ISBN 9780199242634

FOUCAULT, M. *The Archaeology of Knowledge*. London: Routledge, 1972 In JORGENSEN, M.; PHILLIPS, L. J. *Discourse Analysis as Theory and Method*. SAGE Publications. London. ThousnadOaks. New Delhi, 2002. ISBN 0761971114

GILSON, L. *Health Policy and Systems Research. A Methodology Reader*. Geneva: World Health Organization, 2012. ISBN 978-92-4-150313-6

GRUSKIN, S.; MILLS, E. J.; TARANTOLA, D. *History, principles, and practice of health and human rights*. Lancet 2007; Volume 370: 449–55. www.thelancet.com

HÁVA, P. *Annual National Report. Pensions, Health and Long-term Care*. Czech Republic Annual Report, 2009. On behalf of the European Commission DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Dostupné z WWW: <<http://pensionreform.ru/files/4155/ASISP.%20Annual%20National%20Report%202009%20-%20Czech%20Republic.pdf>>

HODGSON, G. E. *Economics and Institutions: a Manifesto for a Modern Institutional Economics*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1988. In

HOLLINGSWORTH, J. R. Doing institutional analysis: implications for the study of innovations. University of Wisconsin, 2000. *Review of International Political Economy* 7:4 Winter 2000: 595–644. ISSN 0969-2290 print/ISSN 1466-4526 online © 2000 Taylor & Francis Ltd <http://www.tandf.co.uk>.

HODGSON, G. E. *The ubiquity of habits and rules*, *Cambridge Journal of Economics* 21: 663–84, 1997 In HOLLINGSWORTH, J. R. Doing institutional analysis: implications for the study of innovations. University of Wisconsin, 2000. *Review of International Political Economy* 7:4 Winter 2000: 595–644. ISSN 0969-2290 print/ISSN 1466-4526 online © 2000 Taylor & Francis Ltd <http://www.tandf.co.uk>.

HODGSON, G. E. *Economics and Utopia*. London: Routledge, 1999 In

HOLLINGSWORTH, J. R. Doing institutional analysis: implications for the study of innovations. University of Wisconsin, 2000. *Review of International Political Economy* 7:4 Winter 2000: 595–644. ISSN 0969-2290 print/ISSN 1466-4526 online © 2000 Taylor & Francis Ltd <http://www.tandf.co.uk>.

HOLLINGSWORTH, J. R.; BOYER, R. *Continuities and changes in social systems of production: the cases of Japan, Germany, and the United States*, Contemporary Capitalism: the Embeddedness of Institutions, Cambridge and New York: Cambridge University Press, 1997 pp. 265–31 In HOLLINGSWORTH, J. R. Doing institutional analysis: implications for the study of innovations. University of Wisconsin, 2000. Review of International Political Economy 7:4 Winter 2000: 595–644. ISSN 0969-2290 print/ISSN 1466-4526 online © 2000 Taylor & Francis Ltd <http://www.tandf.co.uk>.

HOLLINGSWORTH, J. R. *Doing institutional analysis: implications for the study of innovations*. University of Wisconsin, 2000. Review of International Political Economy 7:4 Winter 2000: 595–644. ISSN 0969-2290 print/ISSN 1466-4526 online © 2000 Taylor & Francis Ltd <http://www.tandf.co.uk>

HOWLETT, M.; RAMESH, M. *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. Oxford: Oxford University Press, 1995. ISBN 0-19-540976-0

JORGENSEN, M.; PHILLIPS, L. J. *Discourse Analysis as Theory and Method*. SAGE Publications. London. Thousand Oaks. New Delhi, 2002. ISBN 0761971114

KICKBUSCH, I. et al. *Governance for health in the 21st century*. Copenhagen: WHO, 2012. ISBN 978-92-890-0274 5

KRESS, G. *History and language: towards a social account of linguistic change*. Journal of Pragmatics, 13 (3): 445-66, 1989 In WODAK, R.; MEYER, M. Methods of Critical Discourse Analysis. SAGE Publications. London. Thousand Oaks. New Delhi, 2001. ISBN 0-7619-6153-4

KUTZIN, J. et al. *Implementing Health Financing Reform. Lessons from Countries in Transition*. Copenhagen: WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010. ISBN 978-92-890-4211-6

MACKINTOSH, KOIVUSALO 2005 In GILSON, L. *Health Policy and Systems Research. A Methodology Reader*. Geneva: World Health Organization, 2012. ISBN 978-92-4-150313-6

MAHAR, M. *Money-driven medicine*. New York: HarperCollins Publisher Ltd., 2006. ISBN 0-06-087569-0

MCCORMICK, J. *Understanding the European Union. A Concise Introduction*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2011. ISBN 978-0-230-29882-8

MORAN, M.; REIN, M.; GOODIN, R. E. et al. *The Oxford Handbook of Public Policy*. Oxford: Oxford University Press, 2006. ISBN 0- 978-0-19-926928-0

MURRAY, CH. J. L.; FRENK, J. *A Framework for Assessing the Performance of Health Systems*. Bulletin of the World Health Organization, 78 (6). Copenhagen: WHO, 2000. Dostupné z WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560787/pdf/10916909.pdf>

NORTH, D. C. *Institutions, Institutional change, and Economic Performance*. New York: Cambridge University Press, 1990, viii, 152 p. ISBN 05-213-9734-0

OECD. *Value for Money in Health Spending*. Paris: OECD, 2010. ISBN 978-92-64-08881-8

OECD. *Health Statistics 2013* In OECD. *Health at a glance 2013a*. Dostupné z WWW: <<http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>>

OECD. *Health at a Glance. Life expectancy at birth and GDP per capita, 2011 (or nearest year)*, OECD Health at glance 2013b. Dostupné z WWW: <<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en12> <http://dx.doi.org/10.1787/888932916021>.>

OECD. *Health at a Glance. Life expectancy expectancy at birth and health spending per capita, 2011 (or nearest year)*, OECD Health at glance 2013c. Dostupné z WWW:<<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>> World Bank for non-OECD countries>

PALFREY, C. *Key Concepts in Health Care Policy and Planning*. London: MacMillan Press Ltd., 2000. ISBN 0-333-77740-9

PETERS, G. B. *Institutional Theory: Problems and Prospects*. Vídeň: Department of Political Science, Institute for Advanced Studies (IHS), 2000. ISSN: 1605-8003

PRZEWORSKI 1992 In. ŠRUBAŘ, I. *Neoliberalismus, transformace a občanská společnost*. Praha: Sociologický časopis AV ČR, 1996. Vol. 32 (No. 1: 67-78)

PUNCH, K. F. *Úspěšný návrh výzkumu*. Přeložil Jan Hendl. 1. Vyd. Praha: Portál s.r.o., 2008. Název originálu: *Developing effective research proposals*. ISBN 978-80-7367-468-7

RANADE, W. et al. *Markets and health care: a comparative analysis*. New York: Addison Wesley Longman Limited, 1998. ISBN 0-582-28985-8

RECHEL, B.; RICHARDSON, E.; McKEE, M. et al. *Trends in health systems in the former Soviet countries*. Copenhagen: WHO, 2014. ISBN 978 92 890 5028 9

ROKOSOVÁ, M.; HÁVA, P. et al. *Health care systems in transition: Czech Republic*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005. Vol. 7 No. 1. ISSN 1020-9077

SABATIER, Paul. A. et al. *Theories of the policy proces*. Boulder: Westview Press, 1999. ISBN 0-8133-9985-8 (he.)

SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: WHO, 1997. ISBN 92-890-1336-2

SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J.; SAKELLARIDES, C. *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press, 1998. ISBN 10: 0335199704 / 0-335-19970-4, ISBN 13: 9780335199709

SERRA, N.; STIGLITZ, J. E. *The Washington Consensus Reconsidered Towards a New Global Governance*. Oxford: Oxford University Press, 2008. ISBN 978-0-19-953408-1

SHEPSLE, K. A. *Institutional equilibrium and equilibrium Institutions*, 1986 In Herbert Weisberg (ed.) *Political Science: the Science of Politics*, New York: Agathon, pp. 51–81 In HOLLINGSWORTH, J. R. *Doing institutional analysis: implications for the study of innovations*. University of Wisconsin, 2000. *Review of International Political Economy* 7:4 Winter 2000: 595–644. ISSN 0969-2290 print/ISSN 1466-4526 online © 2000 Taylor & Francis Ltd <http://www.tandf.co.uk>.

SHEPSLE, K. A. *Studying institutions: some lessons from the rational choice approach*. *Journal of Theoretical Politics* 1: 131–47, 1989. In HOLLINGSWORTH, J. R. *Doing institutional analysis: implications for the study of innovations*. University of Wisconsin, 2000. *Review of International Political Economy* 7:4 Winter 2000: 595–644. ISSN 0969-2290 print/ISSN 1466-4526 online © 2000 Taylor & Francis Ltd <http://www.tandf.co.uk>.

SCHARPF, F. W. *Actor-Centered Institutionalism in Policy Research*. Colorado: Westview Press, A Member of Perseus Books Group, 1997. ISBN 0-8133-6879-0 (he)

SCHNEIDER, V. *Policy-Networks in a Complex Systems Perspective. A new look on an old data set*. Constance: University of Constance, 2005.

SCHOTTER, A. *The Economic Theory of Social Institutions*, Cambridge and New York: Cambridge University Press, 1981 In HOLLINGSWORTH, J. R. *Doing institutional analysis: implications for the study of innovations*. University of Wisconsin, 2000. *Review of International Political Economy* 7:4 Winter 2000: 595–644. ISSN 0969-2290 print/ISSN 1466-4526 online © 2000 Taylor & Francis Ltd <http://www.tandf.co.uk>

SKOGLY I. S. *The human rights obligations of the World Bank and the International Monetary Fund*. London: Cavendish Publishing Limited, 2001. ISBN 1-85941-665-9

STIGLITZ, J. et al. *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*. 2009 In FIGUERAS, J.; McKEE, M. et al. *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being: Assessing the case for investing in health systems*. Berkshire: WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2012. ISBN-13: 978-0-335-24430-0

TANG, S. *A General Theory of Institutional Change*. Oxon: Taylor& Francis e-Library, 2011. ISBN 978-0-415-59769-2

TUCKER, A. „Networking.“ *East European Constitutional Review*, 2000; GRABHER, G. STARK D. *Organizing Diversity: Evolutionary Theory, Network Analysis and Post-socialism*. In FRIČ, P. Světlé a stinné stránky neformálních sítí v postkomunistické společnosti. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., Praha 2008, Vol. 44, No. 2: 295–319.

WALT, G. *Health Policy. An Introduction to Process and Power. People, governments and international agencies – who drives policy and how it is made*. Johannesburg: Witwatersrand University Press, 1994. ISBN 1 85649 263 x hb.

WHITEHEAD, M. *Is it Fair? Equality the equity Implications of the NHS reforms* In ROBINSON, R. et al. *Evaluating the NHS Report*. London: King's Fund Institute, 1994. pp 208–242. In SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: WHO, 1997. ISBN 92-890-1336-2

WHO. *The World Health Report*. Switzerland, 2000. Dostupné z WWW:
<http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf>

WHO. *Global Burden of Disease Estimates*. Geneva: World Health Organization, 2004. In FIGUERAS, J.; McKEE, M. et al. *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being: Assessing the case for investing in health systems*. Berkshire: WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2012. ISBN-13: 978-0-335-24430-0

WHO. *Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhagen: WHO, 2013. ISBN 978 92 890 0279 0

WHO. *The world health report 2013: research for universal health coverage*. Geneva: WHO, 2013a. ISBN 978 92 4 156459 5

WILLIAMSON, O. E. *The Economic Institutions of Capitalism*. New York: The Free Press, 1985 In HOLLINGSWORTH, J. R. Doing institutional analysis: implications for the study of innovations. University of Wisconsin, 2000. Review of International Political Economy 7:4 Winter 2000: 595–644. ISSN 0969-2290 print/ISSN 1466-4526 online © 2000 Taylor & Francis Ltd <http://www.tandf.co.uk>.

WILLIAMSON, J. *What Washington Means by Policy Reform*, 1990 In SERRA, N.; STIGLITZ, J. E. *The Washington Consensus Reconsidered Towards a New Global Governance*. Oxford: Oxford University Press, 2008. ISBN 978-0-19-953408-1

WILSON, T. P. *Conceptions of Interaction and Forms of Sociological Explanation*, American Sociological Review, 35: 697–710 In FLICK, U. *Design and Process in Qualitative Research*. In: FFLICK, U., von KARDORFF, E., STEINKE, I. (eds.). A Companion to Qualitative Research. London - ThousandOaks – New Delhi: Sage Publications, 2004. Str. 146–152. ISBN 0-7619-7374-5.

WODAK, R.; MEYER, M. *Methods of Critical Discourse Analysis*. SAGE Publications. London. ThousandOaks. New Delhi, 2001. ISBN 0-7619-6153-4

Internetové zdroje

BRANDEJSKÁ, A.; TŘEČEK, Č.; JIŘIČKA, J. *Stotisíc odborářů zaplnilo Václavák, chtěli demisi vlády a hrozili stávkami* [online]. 21. dubna 2012. c1999–2015 MAFRA, a. s., a dodavatelé Profimedia, Reuters, ČTK, AP. [cit. 2015-04-05]. Dostupné z WWW:
<http://praha.idnes.cz/demonstrace-odboru-proti-vlade-dmb-/praha-zpravy.aspx?c=A120421_090507_praha-zpravy_abr>

CRAWFORD, R. *The Easton Paradigm of Dynamic Systems Analysis* [online]. c1998, poslední aktualizace 2006 [cit. 2015-04-05]. Dostupné z WWW:
<<http://www.crawfordsworld.com/rob/apcg/Unit2Easton.htm>>

CVVM. *Česká veřejnost o zdravotnictví – prosinec 2012c* [online] Výzkum: Naše společnost, v12-12. Praha, 2012. [cit. 2015-04-05]. Dostupné z WWW:
<http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a6953/f3/oz130215.pdf>

ČMKOS. *Na Václaváku dáme vládě stop!* [online] c2012 [cit. 2015-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.cmkos.cz/uvodni-strana/aktuality/3366-3/na-vaclavaku-dame-vlade-stop>>

ČESKÁ TELEVIZE. *Studená válka a Marshallův plán* [online]. In Zpravodajství. Exkluzivně ČT24. Osobnosti na ČT24. Česká televize. 24. 8. 2008 13:28.[cit. 2015-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/exkluzivne-na-ct24/osobnosti-na-ct24/26255-studena-valka-a-marshalluv-plan/>>

EVROPSKÁ KOMISE. *Europe 2020. A strategy for smart, sustainable and inclusive growth.* [online] c2010 [cit. 2015-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:EN:PDF>>

GAPMINDER [online]. c2015. [cit. 2015-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.gapminder.org/>>

HEGER, L. *Hyde park Civilizace* [online]. In Česká televize. ČT24. 9. 4. 2014 20:00. [cit. 2015-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.ceskatelevize.cz/specialy/hydepark/9.4.2014/>>

HNÍZDIL, J. *Evropské zdravotní systémy, zdraví a blahobyt. Konference Světové zdravotnické organizace, Tallin 2008* [online]. Škola a zdraví 21, Obecné otázky výchovy ke zdraví. c2009. [cit. 2015-04-05]. Dostupné z WWW: <http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2009/31/31/texty/obecne_cze_clanky/2_holcik.pdf>

HOLUB, P. In Aktuálně.cz. *Autor zdravotnické reformy odchází z ministerstva* [online]. c2009 [cit. 2014-10-30]. Dostupné z WWW: <<http://zpravy.aktualne.cz/domaci/politika/autor-zdravotnicke-reformy-odchazi-z-ministerstva/r~i:article:640898/>>

IDNES.cz; REUTERS. *Šéf MMF připomněl Evropě nutnost reforem* [online]. c2007 [cit. 2014-04-05]. Dostupné z WWW: <http://ekonomika.idnes.cz/sef-mmf-pripomnel-evrope-nutnost-reforem-f1b-/ekonomika.aspx?c=A070118_104904_ekonomika_plz>

IMF. *Czech Republic—2010 Article IV Consultation Concluding Statement* [online]. 2010a [cit. 2014-04-05]. Dostupné z WWW: <https://www.cnb.cz/miranda2/export/sites/www.cnb.cz/en/about_cnb/international_relations/imf_wb/download/imf_2010_Jan_Concluding_statement.pdf>

IMF. *Report No. 10/59. Czech Republic: Selected Issues Paper* [online]. 2010b [cit. 2014-04-05]. Dostupné z WWW: <https://www.cnb.cz/miranda2/export/sites/www.cnb.cz/en/about_cnb/international_relations/imf_wb/download/cr1059.pdf>

IMF. *Staff Report for the 2012 Article IV Consultation* [online]. c2012 [cit. 2014-04-05]. Dostupné z WWW: <https://www.cnb.cz/miranda2/export/sites/www.cnb.cz/en/about_cnb/international_relations/imf_wb/download/imf_1204_Staff_Report_artIV_consultation.pdf>

INPEG. *Světová banka* [online]. c2000a [cit. 2014-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://inpeg.ecn.cz/frames/index1.html>>

INPEG *Mezinárodní měnový fond* [online]. c2000b [cit. 2014-04-05]. Dostupné z WWW: <http://inpeg.ecn.cz/frames/mmf/co_je_mmf.html#13>

KERNOVÁ, E. *Nová strategie Zdraví 2020 (Health 2020)* [online]. c2012 [cit. 2014-10-30]. Dostupné z WWW: <<http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/nova-strategie-zdravi-2020-health-2020>>

LANGŠÁDLOVÁ, H. *Události komentáře* [online]. In *Události komentáře*. ČT24. 20. 4. 2012 22:00. [cit. 2015-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/1096898594-udalosti-komentare/212411000370420/>>

MZČR. *Zdravotní pojišťovny* [online] c2008, poslední úprava 2. 7. 2014 [cit. 2015-04-05]. Dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html>

OECD. *Glossary of Statistical Terms. EU15* [online], [cit. 2015-04-05]. Dostupné z WWW: <<https://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=6805>>

OECDiLibrary. *Health expenditure indicators* [online] c2015 [cit. 2015-04-05]. Dostupné z WWW: <http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/system-of-health-accounts-health-expenditure-by-function_data-00349-en>

OHCHR. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* [online]. c1996-2015 [cit. 2015-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>>

PANČÍŘ, T.; KOZLER, P. In Český rozhlas. *Marek Šnajdr, první náměstek ministryně zdravotnictví* [online]. c2009 [cit. 2014-04-05]. Dostupné z WWW: <http://www.rozhlas.cz/strednicechy/prepisy/_zprava/marek-snajdr-prvni-namestek-ministryne-zdravotnictvi--611496>

POSPÍŠIL, I. in Ústavní soud ČR. *Ústavní soud zrušil právní úpravu tzv. zdravotnických standardů a nadstandardů, zvýšení poplatku za hospitalizaci a sankční pravomoci zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům zdravotnických služeb* [online]. c2013 [cit. 2015-04-05]. Dostupné z WWW: <http://www.usoud.cz/aktualne/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=1936&>

SOSOVÁ, E. In Peníze.cz *Ústavní soud: poplatky u lékařů se budou platit dál* [online]. c2008 [cit. 2015-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.penize.cz/zdravotnictvi/42788-ustavni-soud-poplatky-u-lekare-se-budou-platit-dal>>

ŠUSTER, M. In Liberální institut. *Regulační poplatky ve zdravotnictví jsou ústavní, avšak ...* [online]. c2008 [cit. 2015-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.libinst.cz/clanky-a-komentare/2272-regulacni-poplatky-ve-zdravotnictvi-jsou-ustavni-avsak/>>

VLÁDA ČR *Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech* [online]. c2006 [cit. 2015-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/rfp/dokumenty/mezinarodni-pakt-o-obcanskych-a-politickych-pravech-a-mezinarodni-pakt-o-hospodarskych--socialnich-a-kulturnich-pravech-19852/>>

VLÁDA ČR. *Mezinárodní pakt o občanských a politických právech a Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech* [online]. c2009-2015 [cit. 2015-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/rlp/dokumenty/mezinarodni-pakt-o-obcanskych-a-politickych-pravech-a-mezinarodni-pakt-o-hospodarskych--socialnich-a-kulturnich-pravech-19852/>>

VLÁDA ČR. *Koaliční smlouva* [online]. 2010a [cit. 2015-04-05]. Dostupné z WWW: <http://www.vlada.cz/assets/media-centrum/dulezite-dokumenty/koalicni_smlouva_ods_top09_vv.pdf>

WHO *Social justice and equity in health: report on a WHO meeting* (Leeds, United Kingdom, 1985). Copenhagen, Regional Office for Europe, 1986 (ICP/HSR804/m02) in WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity and health*. [online]. c1994 [cit. 2014-10-30]. Dostupné z: WWW: <http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf>

WHO. *Data and evidence. Databases. European Health for All database (HFA-DB)* [online]. c2012 [cit. 2014-10-30]. Dostupné z WWW: <<http://data.euro.who.int/hfad/>>

WHO. *Health policy* [online]. c2014 [cit. 2014-10-30]. Dostupné z WWW: <http://www.who.int/topics/health_policy/en/>

WHO. *Data and evidence. Databases. European Health for All database (HFA-DB)* [online]. c2014 [cit. 2014-10-30]. Dostupné z WWW: <<http://data.euro.who.int/hfad/linecharts/linechart.php?w=1366&h=768>>

WHO. *About WHO* [online]. c2015 [cit. 2014-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.who.int/about/en/>>

WIKIPEDIE. Otevřená Encyklopedie. *Parita kupní síly* [online]. 2013a [cit. 2014-04-05]. Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Parita_kupn%C3%AD_s%C3%ADly>

WIKIPEDIE. Otevřená Encyklopedie. *Legitimita (politologie)* [online]. 2013b [cit. 2014-04-05]. Dostupné z WWW: <[http://cs.wikipedia.org/wiki/Legitimita_\(politologie\)](http://cs.wikipedia.org/wiki/Legitimita_(politologie))>

WIKIPEDIE. Otevřená Encyklopedie. *První vláda Mirka Topolánka* [online]. 2013c [cit. 2014-04-05]. Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Prvn%C3%AD_vl%C3%A1da_Mirka_Topol%C3%A1nka>

WIKIPEDIE. Otevřená Encyklopedie. *Organisation for Economic Co-operation and Development* [online]. 2015 [cit. 2014-04-05]. Dostupné z WWW: <http://en.wikipedia.org/wiki/Organisation_for_Economic_Cooperation_and_Development>

ŽITNÍKOVÁ, D. in Kopecký, J. *Chudí pacienti dostanou horší péči, odmítly odbory Hegerovu reformu* [online]. IDNES.cz, c2011 [cit. 2014-04-05]. Dostupné z WWW: <http://zpravy.idnes.cz/chudi-pacienti-dostanou-horsi-peci-odmitly-odbory-hegerovu-reformu-111-/domaci.aspx?c=A110113_103848_domaci_kop>

Zákony a jiné právní dokumenty

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb. – Listina základních práv a svobod

Ústavní zákon č. 395/2001 Sb., kterým se mění ústavní zákon České národní rady č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 83/1991 Sb., o sdružování občanů

Zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně

Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře, České lékárnické komoře

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových a podnikových zdravotních pojišťovnách

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích

Zákon č. 157/2000 Sb., o přechodu některých věcí, práv a závazků z majetku České republiky do majetku krajů

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví

Zákon č. 231/2001 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání

Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů

Zákon č. 290/2002 Sb., o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků České republiky na kraje a obce, občanská sdružení působící v oblasti tělovýchovy a sportu a o souvisejících změnách a o změně zákona č. 157/2000

Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta

Zákon č. 245/2006 Sb. o veřejných neziskových zdravotnických zařízeních

Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů

Zákon č. 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách

Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

Všeobecná deklarace lidských práv (OSN)

Novela zákona č. 48/1997 Sb.

Vyhláška č. 411/2011 Sb.

Vyhláška č. 134/1998 Sb.

Ústavní soud ČR

Pl.ÚS 1/08 ze dne 20. 5. 2008, 251/2008 Sb., N 91/49 SbNU 273

Návrh na zrušení části zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů - část zdravotnická

Dostupné z WWW: <http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=Pl-1-08_1>

Pl.ÚS 36/11 ze dne 20. 6. 2013

Návrh na zrušení ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Dostupné z WWW: <<http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=Pl-36-11>>

Seznam obrázků

OBR. 1 JEDNOTLIVÉ SLOŽKY VÝZKUMNÉHO PLÁNU V KVALITATIVNÍM VÝZKUMU	- 27 -
OBR. 2 MYŠLENKOVÁ MAPA	- 28 -
OBR. 3 TROJDIMENZIONÁLNÍ MODEL KDA.....	- 35 -
OBR. 4 ZOBRAZENÍ FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU, CÍLŮ A FUNKCÍ	- 46 -
OBR. 5 MODEL ZÁKLADNÍ STRUKTURY ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU	- 47 -
OBR. 6 AKTÉŘI A INSTITUCE V POLITICKÉM PROCESU	- 49 -
OBR. 7 ANALYTICKÝ RÁMEC PRÁCE VČETNĚ ZKOUMANÝCH PROMĚNNÝCH.....	- 55 -
OBR. 8 MODEL DLE EASTONOVA PARADIGMATU ANALÝZY DYNAMICKÉHO SYSTÉMU	- 57 -
OBR. 9 MODEL ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ, ZDRAVÍ, BOHATSTVÍ A SPOLEČENSKÉHO BLAHOBYTU	- 59 -
OBR. 10 MODEL TROJSTRANNÉHO VZTAHU V KONTEXTU EKONOMICKÉ GLOBALIZACE, NEOLIBERALISMU A LIDSKÝCH PRÁV SE VZTAHEM KE ZDRAVÍ .	- 60 -

Seznam tabulek

TAB. 1 CELKOVÝ PŘEHLED VÝZKUMNÝCH CÍLŮ, OTÁZEK, ZDROJŮ DAT A METOD PRO JEJICH ZPRACOVÁNÍ	- 26 -
TAB. 2 VYBRANÉ UDÁLOSTI PROCESU TVORBY ZDRAVOTNÍCH POLITIK PO 2. SVĚTOVÉ VÁLCE V MEZINÁRODNÍM KONTEXTU	- 42 -
TAB. 3 VYBRANÉ TEORIE, ZAMĚŘENÉ NA ZDRAVOTNÍ POLITIKU A ZDRAVOTNICKÉ SYSTÉMY, JEJICH FUNKCE, CÍLE, ČINNOSTI A ORGANIZAČNÍ USPOŘÁDÁNÍ - 44 -	
TAB. 4 VYBRANÉ TEORIE, ZAMĚŘENÉ NA VEŘEJNOU POLITIKU, VEŘEJNOU SPRÁVU A ŘÍZENÍ, POLITICKÝ SYSTÉM A POLITICKÉ VĚDY, A TEORIE, JEŽ JSOU VÝCHODISKEM METOD IA A CDA	- 48 -
TAB. 5 VYBRANÉ TEORIE, SOUVISEJÍCÍ S OBECNÝMI FILOSOFICKÝMI A HODNOTÍCÍMI PŘÍSTUPY	- 50 -
TAB. 6 INSTITUCIONÁLNÍ ANALÝZA VÝVOJE ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU V OBDOBÍ 1990–2013	- 63 -
TAB. 7 REFORMA TOMÁŠE JULÍNKA 2006–2009	- 65 -
TAB. 8 NÁLEZ ÚSTAVNÍHO SOUDU ČR PL.ÚS 1/08 ZE DNE 20. 5. 2008 – REGULAČNÍ POPLATKY	- 66 -
TAB. 9 MILNÍKY V ROZVOJI POZNATKŮ Z HLEDISKA DŮLEŽITÝCH MEZINÁRODNÍCH AKTÉRŮ.....	- 75 -
TAB. 10 REFORMA LEOŠE HEGERA 2010–2013	- 79 -
TAB. 11 ROZHODNUTÍ ÚSTAVNÍHO SOUDU V OTÁZCE STANDARDŮ A NADSTANDARDŮ	- 81 -

Seznam grafů

GRAF 1 NADĚJE DOŽITÍ PŘI NAROZENÍ V LETECH V POROVNÁNÍ S HDP, 2011	- 6 -
GRAF 2 NADĚJE DOŽITÍ PŘI NAROZENÍ V LETECH V POROVNÁNÍ S VÝDAJÍ NA ZDRAVOTNICTVÍ, 2011.....	- 7 -
GRAF 3 NADĚJE DOŽITÍ DLE POHLAVÍ, 2011	- 9 -
GRAF 4 NADĚJE DOŽITÍ VE VYBRANÝCH ZEMÍCH STŘEDNÍ A VÝCHODNÍ EVROPY (OBĚ POHLAVÍ).....	- 10 -
GRAF 5 NADĚJE DOŽITÍ (STŘEDNÍ DÉLKA ŽIVOTA) – VYBRANÉ EVROPSKÉ ZEMĚ	- 21 -
GRAF 6 INCIDENCE RAKOVINY NA 100 000.....	- 22 -
GRAF 7 SPOKOJENOST SE ZDRAVOTNICKÝM SYSTÉMEM V ČR, 2012 (v %)	- 23 -
GRAF 8 SOUKROMÉ VÝDAJE NA ZDRAVOTNÍ PÉČI V % Z CELKOVÝCH VÝDAJŮ	- 68 -

Seznam příloh

Příloha č. 1: Strom problémů (diagram)

Příloha č. 2: Farmaceutické výdaje PP \$ per capita (graf)

Příloha č. 3: Střední délka života (naděje dožití) – vybrané evropské země (graf)

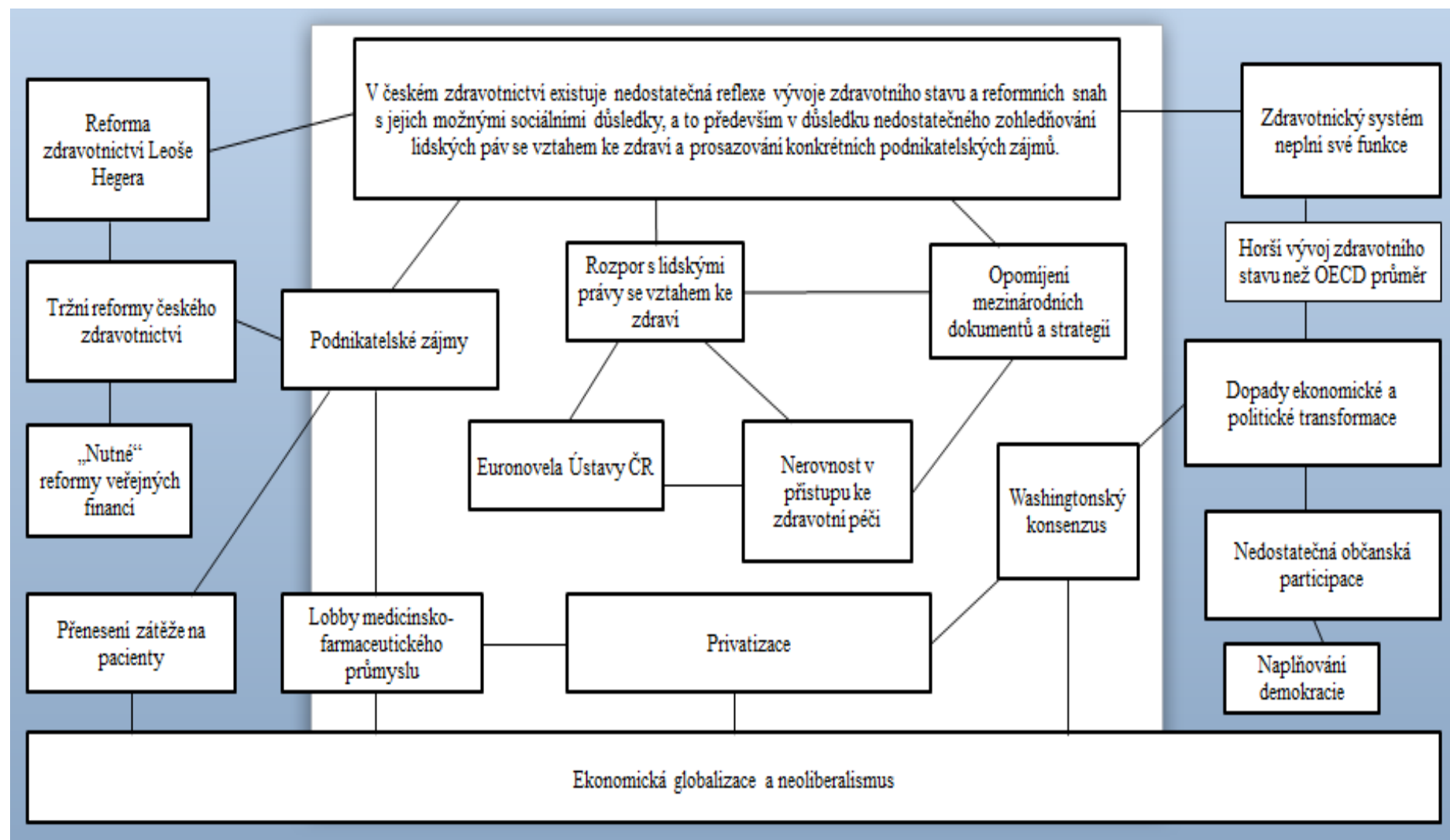
Příloha č. 4: Rozdíl v naději dožití ve věku 30 let dle pohlaví a vzdělání, 2010 (graf)

Příloha č. 5: Celkové výdaje na zdravotní péči z HDP v % (graf)

Příloha č. 6: Populace starší 65 let a více těšící se dobrému zdraví, 2011 (graf)

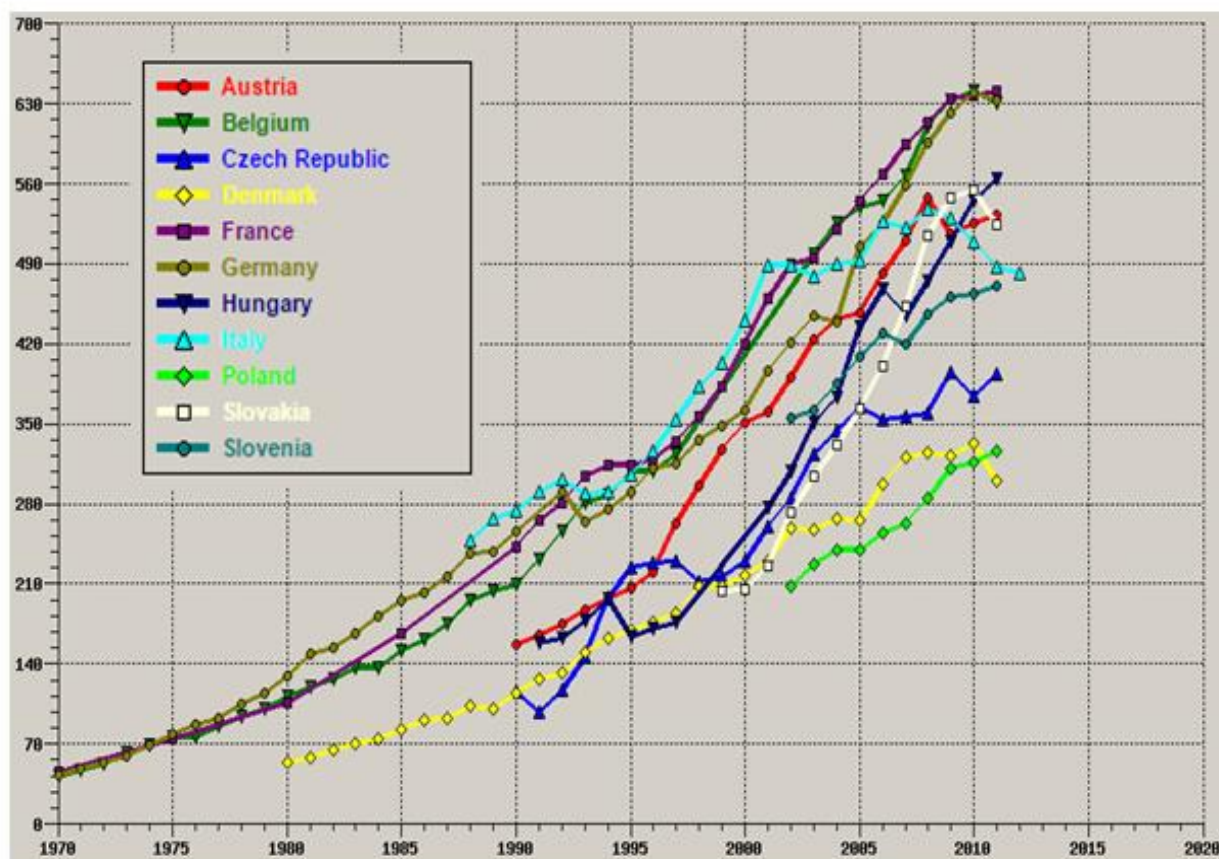
Příloha č. 7: Korespondence MZČR (L. Hegera) a Regionálního úřadu WHO (text)

Příloha č. 1 Strom problémů



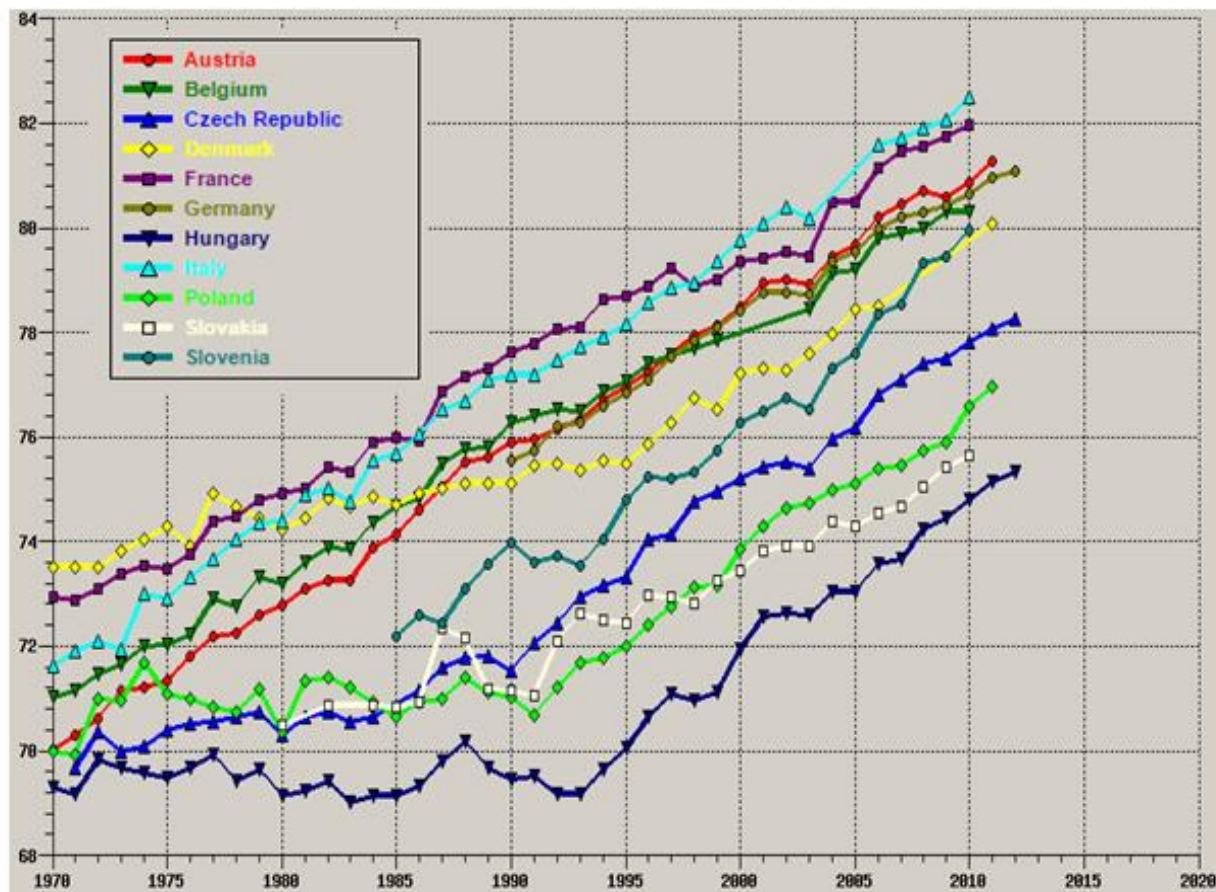
Zdroj: Autorka

Příloha č. 2 Farmaceutické výdaje PPP \$ per capita



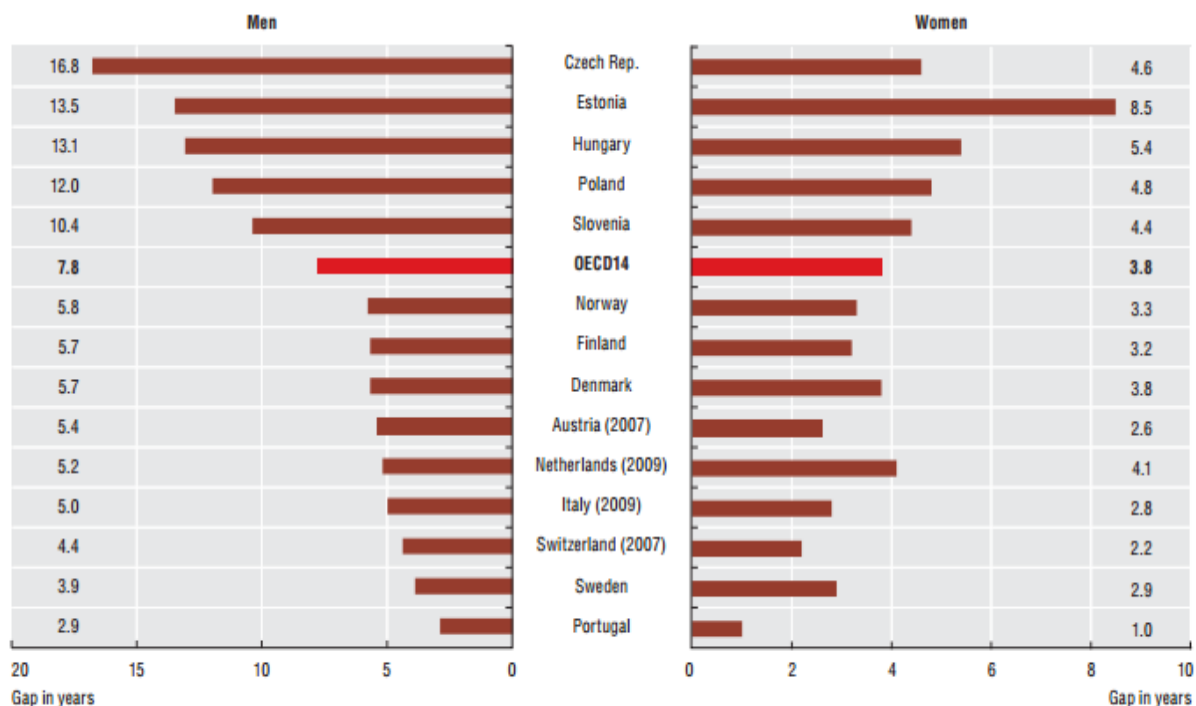
Zdroj: WHO, European HFS Database, Health data 2014 [online]

Příloha č. 3 Střední délka života (naděje dožití) – vybrané evropské země



Zdroj: WHO, European HFS Database, Health data 2014 [online]

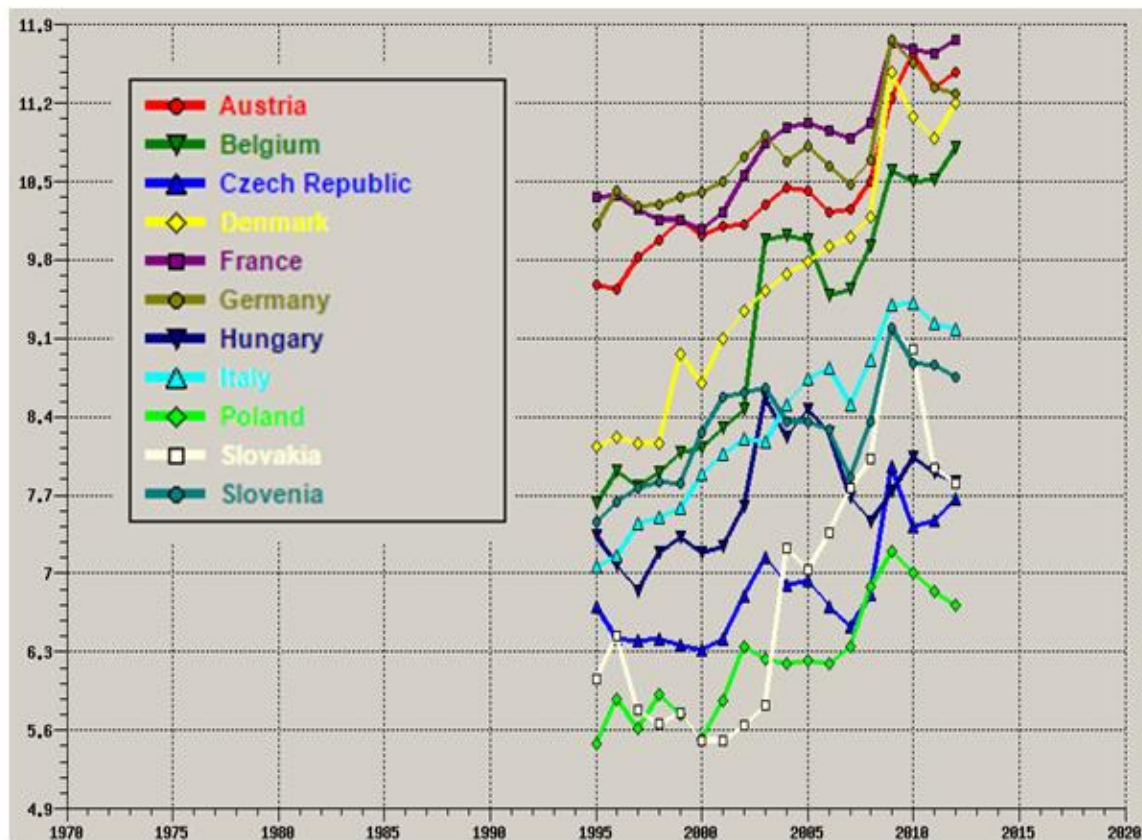
Příloha č. 4 Rozdíl v naději dožití ve věku 30 let dle pohlaví a vzdělání, 2010



Note: The figures show the gap in the expected years of life remaining at age 30 between adults with the highest level ("tertiary education") and the lowest level ("below upper secondary education") of education.

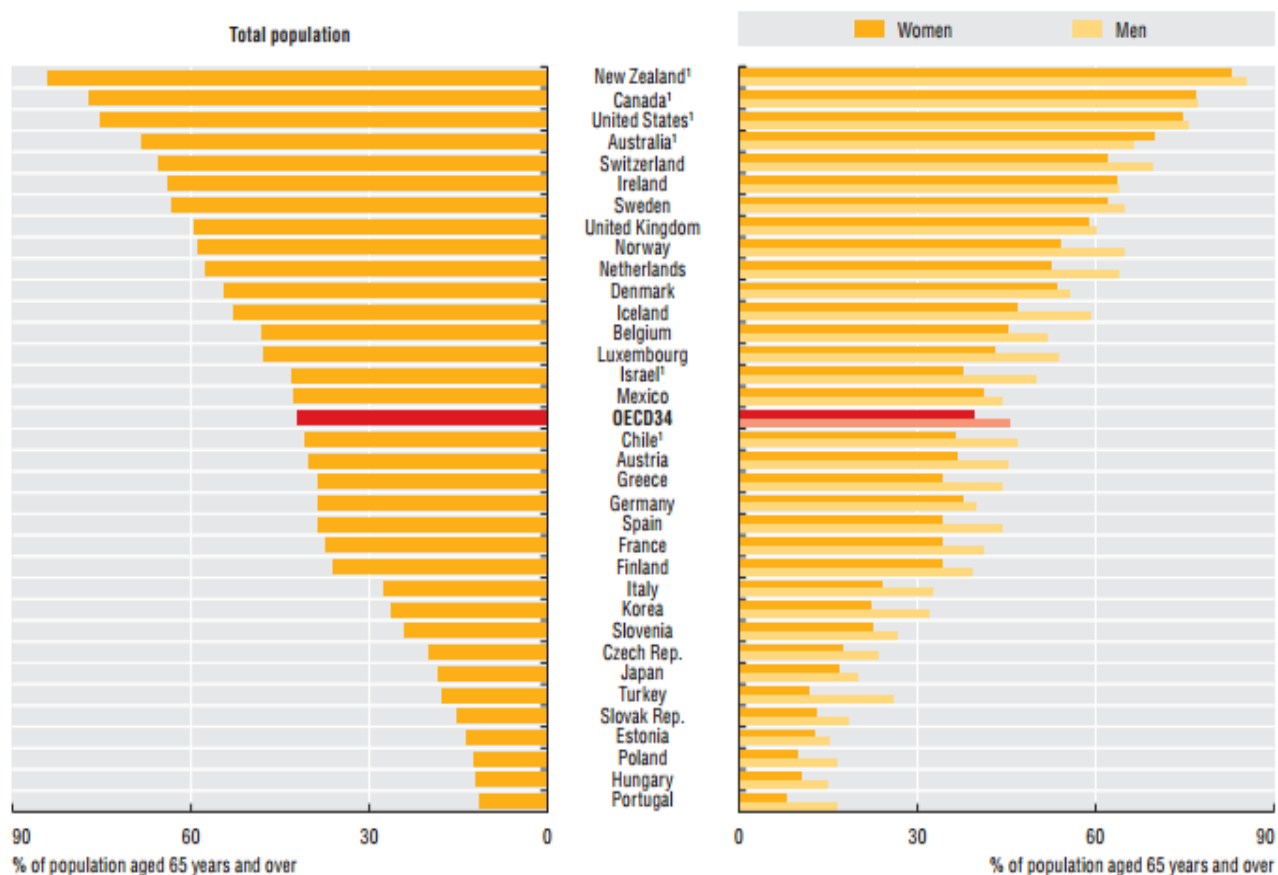
Zdroj: OECD, Health statistics, Health at a glance 2013: 27

Příloha č. 5 Celkové výdaje na zdravotní péči z HDP v % (1995–2013)



Zdroj: WHO, European HFS Database, Health data 2014 [online]

Příloha č. 6 Populace starší 65 let a více těšící se dobrému zdraví, 2011



Zdroj: OECD, Health Statistics, Health at a glance 2013: 175

Příloha č. 7 Korespondence MZČR (L. Hegera) a Regionálního úřadu WHO



Prague, 6 April 2012
No 12004/2012
Enclosure

Dear Ms Jakab,

With reference to your letter of 10th February 2012 concerning written consultation on Health 2020 policy documents and the European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services I would like to thank you for launching this consultation and preparation of the drafts of these strategic documents.

I fully understand that three provided strategic documents represent the outcomes of an extensive process of formal and informal development held by WHO Regional Office for Europe since 2010 based on a large number of studies in the field of health and health systems in WHO European Region. I would like to assure you that the Czech Republic appreciates your effort during development and preparation of these strategic documents.

The comments and suggestions of the Czech Republic are enclosed. I would appreciate if you could provide me with information on how these comments and suggestions will be reflected by WHO Regional Office for Europe and how the process of finalization of the policy documents will continue before their submission to the 62nd Regional Committee for approval.

Thank you for your cooperation.

Yours sincerely,



Ms Zeuzeanna Jakab
Regional Director
WHO Regional Office for Europe
8, Scherfigsvej
DK-2100 Copenhagen
Denmark

Enclosure

Comments of the Czech Republic

European Policy for Health – Health 2020

The Czech Republic believes that **only a single document on *Health 2020*** should be prepared which would in a **comprehensible and clear way define the main objectives, principles and framework priorities for the period up to 2020** and be based on the already published analyses and studies in the field of health and health systems (*Health 2020* would thus only contain references to these analyses and studies). (Note: in our opinion, the *Longer Health 2020 policy framework and strategy document* is, as a document for discussion, too extensive and due to the short time period provided for its analysis it is not possible to react on its content adequately).

As the Czech Republic recommends providing one document with a clear content and of reasonable length and also assumes that *Health 2020* will be further modified, our opinion is not structured in accordance with the questions provided by WHO/Europe but only in the following single summarising form.

In general, the Czech Republic recommends **clarifying better the actual purpose of *Health 2020* as well as its target audience** (and, possibly, within the context of WHO global priorities and objectives, better specification of its added value for the WHO European Region). In its introduction, the *Short Health 2020 policy document* states that it is primarily addressed to readers at the political, or decision-making, level and other stakeholders who significantly contribute to health and conditions of public health and health systems in the WHO/Europe countries. In this perspective, *Health 2020* can be viewed as a horizontal document summarising current acute problems and on the basis of which individual WHO/Europe countries (which are different from one another) may analyse in which areas there are still gaps which need to be tackled at their national level. On the other hand, the document also indicates priorities and tasks for the Regional office for Europe (e.g. working in partnership) and specifies further in the Annex concrete targets and outcomes to be applied to the whole Region and the implementation of which should be, most likely, monitored by the Regional Office (to read more about the targets see below).

In the opinion of the Czech Republic, *Health 2020* should also be **generally perceived as a contribution of WHO/Europe to the WHO priorities and activities at the global level** and should be closely related to them (better linking of agendas at global and regional level is also one of the priorities of the planned WHO reform). In this perspective, however, it is essential to seriously reconsider the **timing of the document adoption**. At the moment, the discussions on the WHO reform as well as on the setting and formulation of its priorities are still ongoing. Also, other specific subjects are under discussion at the WHO global level such as in the area of NCDs¹. Therefore, it is not possible to ensure that the priorities and approaches to be adopted in *Health 2020* possibly this September will fully correspond with

¹ Ongoing consultation on 'Monitoring framework and targets for the prevention and control of NCDs and on a set of voluntary global targets for the prevention and control of NCDs', http://www.who.int/nmh/events/2012/consultation_april_2012/en/index.html

the WHO global priorities (and their proposed targets and indicators) to be adopted afterwards. From this point of view, it is also not clear to what extent *Health 2020* is linked to *Health 21* and its targets defined up to 2015, or even 2020.

21 targets, or outcomes, set in the Annex of the Short Health 2020, which are presented as recommendations of the SCRC working group, have also raised several questions. Should *Health 2020* be primarily a reference document for national policy making, as it is mentioned above, it is not clear how and why these targets should apply to all countries of the Region and be assessed accordingly. The wording of the Annex also does not correspond very well with the structure (four strategic objectives/six areas for policy action) as well as the content (specific recommendations in individual areas for policy action) of *Health 2020* (such as targets related to reduction of suicides, improving road safety or reduction in violence not specifically mentioned in *Health 2020* whereas other objectives mentioned in *Health 2020* are omitted entirely). Further, the approach to quantification of these targets, which is quite ambitious in some cases (e.g. 50% reduction in the difference in premature or avoidable mortality in European populations), is not clear as well as the expected methods of their comparable measurement (such as in the case of the increase in child health and well-being).

The Czech Republic would also like to recall that the Regional Office for Europe has recently submitted a **number of other proposals** – on country strategies, *European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services*, etc. - while, at the same time, their mutual relation and link to *Health 2020* as well as the global WHO reform process is not clearly defined. Therefore, it will be appreciated if the submitted proposals of political and strategic documents of the Regional Office for Europe have clear **relation to the reform process and reform decisions** of the WHO Member States at the global level and **take into account already adopted policy-specific action plans** (such as those in the field of prevention and control of NCDs, HIV/AIDS, TBC, ATB resistance, harmful use of alcohol), which were adopted at the 61st Regional Committee (hereinafter "RC61") last September and the time schedule of which includes the period 2015-2020.

As regards the Czech Republic itself, several concrete objections can be given to some of the policy recommendations of *Health 2020*. For instance, *Short Health 2020* in its point 33 (p.8) recommends ensuring "that the year-on-year reduction of health inequities becomes one of the principal criteria used to assess health system performance and the effectiveness of government action as a whole". This criterion, however, is not very relevant for the Czech Republic as with regard to its health system arrangement and historical experience, the level of health inequity is minimum. Further, we are of general opinion that this criterion should not be used as one of the principle criteria for assessment of the health system performance. We have also some doubts about the wording of point 50 (p.14) calling for greater public financing of health systems. In this context, the primary focus should be placed on the effective use of health investments, health system modernisation and application of new technologies and innovative models of healthcare. These conclusions also correspond with the debate on financial sustainability of health systems currently ongoing at the EU level. It is all the more relevant in the light of the current economic crisis.

Finally, as regards the actual questions on *Shorter Health 2020*, the Czech Republic would like to point out that the question on the relevance of scientific evidence and arguments underpinning the described priorities and approaches should be directed rather at the

European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services
(hereinafter "*EAP*")

In general, as the *EAP* itself states that it will be subject to further updates and revisions, the Czech Republic believes that **it is not feasible to adopt the document in its current wording in near future** (e.g. see point 7 stating that "the objective of the *EAP* is to develop, implement, monitor, evaluate and continuously update actions to strengthen public health capacities and services..." or the section on the EPHOs, point 15, which states that the process of EPHOs evaluation will continue over the next two years in at least ten additional countries). Also, we believe that the *EAP* should rather present a framework of recommended activities for strengthening public health capacities which, however, should contain more than just a set of tasks for WHO/Europe Member States, i.e. **it should also better reflect the actual situation in individual countries within the Region**, including their different initial positions and economic possibilities.

Furthermore, the Czech Republic would like to point out that the *EAP* **does not sufficiently define its relation to the European health policy framework *Health 2020***. It only specifies that the "*EAP* provides one of the routes for putting ... policies of *Health 2020* into practice" (point 9). Also, as it has already been mentioned earlier, the *EAP* should reflect the varied specific needs of the Member States within the Region; thus the *EAP* should include a **concrete description or analysis documenting the need and relevance of the *EAP* for the Member States** according to their specific needs. Therefore, the introductory parts "Guiding principles" and "Current state of public health capacities and services in Europe: strengths, weaknesses and the need for action" should be much more specific and detailed.

Although *Resolution EUR/RC61/2 on strengthening public health capacities and services in Europe* provided for further development and modification of the EPHOs (**Essential Public Health Operations**) to correspond with specific needs of all the WHO/Europe Member States (reflecting both systems based on national health services and systems involving health insurance companies), the *EAP* does not clearly state whether this has actually happened. In point 13 it is stated that "the EPHOs have been developed in consultation with Member States", yet it is **not clear which particular countries were involved** (and at which level). Also, we would like to stress that all the ten EPHOs as described in the *EAP* (see Table 1 and Annex 1) are **no different from the EPHOs proposal submitted to RC61** which had been subject to a number of principal objections from several WHO/Europe Member States, especially EU Member States.

The Czech Republic has a similar objection to the statement provided in point 15 that "A process of evaluation of public health services based on the 10 EPHOs and a web-based self-assessment tool has been carried out in 17 central and south-eastern European countries and some of the newly independent states of the former Soviet Union. ... This process will continue over the next two years in at least ten additional countries". With regards to objections raised during RC61, the Czech Republic is seriously concerned that the EPHOs, as it is described in Annex 1, is **not relevant to all the Member States** despite the fact that its wide use is one of the expected implementation measures of the *EAP*. Therefore,

the Czech Republic would like to point out that the adoption of EAP at RC62 can be problematic.

As regards formulation of mid-term actions for 2012-2015, the Czech Republic believes that with respect to the WHO/Europe Member States, the **actions should be formulated as recommendations to be implemented as relevant to the possibilities and needs of the Member States**. Therefore, in the section 'Eight avenues for action' the Czech Republic suggests rewording of the introductory sentences at individual avenues „Member States should take the following actions' so that it is clear that these actions are recommendations and their implementation is to be decided by the Member States themselves according to their needs and possibilities.

In this context, it should be also pointed out that some of the actions proposed at the Member State level specify the target audience such as governments, health ministries, or even finance ministries. Leaving out the possibility of interference with national competencies, it needs to be emphasized that such commitments should go hand in hand with relevant **consultations and technical meetings on the EAP** which should be attended by representatives of the relevant Member State authorities responsible, according to the WHO, for the EAP implementation. As regards actions to be implemented by the Regional Office, it is recommended to clearly specify who is included in "its partners", also for transparency purposes.

Further, the **proposed timeline 2012-2015 for the EAP implementation is somewhat incoherent** as the first possible opportunity for adoption of the *EAP* is no earlier than in September 2012. In this context, the Czech Republic recommends omitting the commitment to develop subsequent action plan for the period 2016–2020 (see point 60, "Next steps") as it is **vital to firstly properly assess the EAP implementation in the preceding time period**, its relevance and actual applicability in the Member States, as well as their further needs in this area. Only after that it will be possible to take decisions on possible development of another EAP.

As regards the planned assessment of the EAP implementation, it should be also **specified more in detail which approach will be taken in individual Member States**, how it will be assessed and interpreted, including indication on how the different initial position of the Member States will be taken into account.

Finally, the Czech Republic strongly recommends using the same terminology in all the documents submitted by the Regional Office. Also, we would like to point out that the EAP should refer to the studies that have been already published.



WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE
BUREAU REGIONAL DE L'EUROPE
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

Head office:
8, Scheerfigsvej, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Telephone: +45 39 17 17 17; Fax: +45 39 17 18 18;
E-mail: postmaster@euro.who.int
Web site: <http://www.euro.who.int>

Our reference:
Notre référence:
Unser Zeichen:
См. наш номер:

Your reference:
Votre référence:
Ihr Zeichen:
На Ваш номер:

Date: 30 April 2012

Dr Leos Heger
Minister of Health
Ministry of Health
P.O. Box 81 - Palackého nám 4
CS-128 01 Prague 2
Czech Republic

Dear Sir,

Thank you for your letter of 06 April 2012, with the detailed opinion of the Ministry of Health of the Czech Republic on the two draft Health 2020 policy framework documents and the European Action Plan for strengthening public health capacities and services, which I sent to Member States for written consultation in February 2012.

I do thank you for your opinions, which we have studied very carefully. These really make a very helpful contribution to improving the content and impact of these documents. I will address each of these two policy areas in turn.

Health 2020

A fully revised set of Health 2020 documents were presented at the third meeting of the European Health Policy Forum for High-Level Government Officials, held in Brussels, Belgium on 19–20 April. These documents incorporated many of the comments received by Member States during the written consultation, e.g. making a clear and direct link between the Health 2020 priorities and the wider WHO reform process, as well as other global and regional strategies and policy processes; adjusting the tone and language in order to better reach its target audience with its messages; and in general making the document shaper and more concise.

The revised version of the short Health 2020 document was discussed at length and was particularly appreciated by a broad range of Member States. The Secretariat further received wide support for submitting an updated version of this document to the Standing Committee of the Regional Committee (SCRC) at its extended session before the World Health Assembly in May this year.

During the meeting in Brussels, we also discussed Health 2020 and target-setting, as this topic interests many Member States. It is an area where good collaboration is key, both in deciding what targets are relevant to the Region and its ambitions, and also in relation to the implementation of Health 2020. As a result of this discussion, it is anticipated that six overarching regional “headline” targets will be proposed for consideration by the SCRC.

These changes and developments mirror very much the comments provided by you in your letter, and we do hope that the new versions of the Health 2020 documents that you will receive before the SCRC session will better reflect your view. We really value your contribution in this process, and we greatly appreciated the fact that the Czech Republic was present at the high-level meeting in Brussels.

I do hope to see you personally at the upcoming extended SCRC session in Geneva. Participants will discuss the final versions of both Health 2020 documents before they are submitted for consideration by the WHO Regional Committee for Europe at its 62nd session in Malta in September this year.

European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services (EAP)

Following a consultation held in Brussels on 12–13 March, jointly -organized with EuroHealthNet, we have also been working continuously on improving the EAP. In the latest version of the EAP, a strong and clear link to Health 2020 is explicitly made. I believe that this draft much more fully reflects your views.

In addition, I would like to provide you with some detailed clarifications:

1. You expressed concern about the need to strengthen the relevance of the EAP to the WHO reform process and all other already accepted action plans for the WHO European Region. I completely agree, and I assure you that the relevance of the EAP to all of the WHO European Region's specific disease-related policies and action plans, as well as to the ongoing process of health system strengthening, is our main objective.
2. We would like to assure you that the latest version does indeed reflect the situation in countries. The EAP provides Member States with an extensive list of actions to choose from after they make their own evaluation of their public health capacities and services, using a set of ten essential public health operations (EPHOs) to illustrate their respective features and services. A concrete description and analysis of the relevance of EAP to the needs of all Member States has now been added in a separate chapter, with reference to all available published documents. We have also used the recent European Union report on *Review of public health capacities in the EU countries*. Finally, the Regional Office Secretariat is just finalizing, for presentation at the 62nd session of the Regional Committee, an information document tentatively entitled *Summary report of the strengths, weaknesses, threats and opportunities for public health services in Europe*, which will provide the relevant evidence and justification needed and will accompany the EAP when it is considered by the Regional Committee in Malta later this year.
3. You have stated that the EPHOs are not different from the ones endorsed by the Regional Committee at its 61st session. We have addressed this as in the meantime, and based on the wealth of feedback we received in the period January–March 2012, we have revised the EPHOs at an expert meeting here in Copenhagen on 29–30 March.
4. You consider that the EPHOs (as endorsed by the Regional Committee last year) are not relevant to all Member States. We, however, have a different perspective on this point. The EPHOs (as endorsed by the Regional Committee), are presented as putting into practice Sir Donald Acheson's (1988) definition of "public "health, adopted by the Regional Committee, which states that:

"Public health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society".

We feel that these 10 horizontal EPHOs and their respective core individual, community and population-based services are an essential operational requirement for any government, subregion and local authority if they have the goals of improving health and well-being and prolonging life. We are aware that the Czech Republic has always had well-developed public health services, but not all countries in the Region can say this at the present time.

5. You consider that the actions should be formulated as recommendations to Member States to be implemented if needed. We have accordingly made the respective texts in the EAP more exact, stronger and more easily readable and understandable, to avoid any misunderstandings. Each country is recommended to tailor the actions to its circumstances and in relation to identified gaps and weaknesses.
6. You consider that implementation should go hand in hand with consultations and meetings with Member States. Of course, once the EAP is approved, our vision is that we will provide individual technical assistance to Member States in the implementation process. Additionally, we plan to hold regular meetings on the implementation process. We hope that the Czech Republic will not only participate but be one of the pilot leaders in the process.
7. You have stated that the proposed timeline 2012–2015 is somehow incoherent and propose that we first assess implementation of the EAP and then think eventually whether an extension for 2016–2020 is needed. This is understood, and we have added explicit paragraphs to the last version of the EAP to that end.
8. You are strongly requesting an assessment of implementation of the EAP. We will develop this approach jointly with Member States, of course. As for the baseline for all countries, we can only say that the level of delivery will be the baseline. The ultimate goal will be to improve delivery throughout the Region. We will work jointly with Member States and international partners on the common targets, indicators and criteria. We fully agree with your proposal to use the same terminology for all documents. We are working now to add a glossary of terms to the EAP, which will also be part of the Health 2020 glossary. We will make every attempt to use terms consistently in all documents while finalizing them for presentation at the 62nd session of the Regional Committee.
9. You request that the EAP should refer to the studies that have been published to date. We would like to assure you that that is true and the EAP does do so. Nevertheless, we have to say that any action plan needs continuous monitoring, evaluation of progress with implementation and updating. We have looked at the wording of this EAP objective to be more precise and sharp.

Lastly, we are more than willing to set up a meeting with the WHO Secretariat to discuss individually the points you have raised, in order to clarify any outstanding issues.

Lastly, may I thank you once again for your comments and opinions and say how constructive and valuable they have been in the ongoing revision process.

Yours very truly,



Zsuzsanna Jakab
Regional Director

Zdroj: Machová 2013: 113–118