

Oponentský posudek disertační práce

FHS UK v Praze

Název práce: **Uplatňování principu ekvity při tvorbě zdravotnického systému**

Jméno autorky: Mgr. Monika Válková

Obor: Aplikovaná etika

Posudek vypracovala: PhDr. Hana Janečková PhD.

Datum: 31.3.2014

Práce Moniky Válkové připomíná svým úctyhodným objemem i zpracovanými tématy rozsáhlou učebnici veřejného zdravotnictví a dějin sociální medicíny. V obecné rovině velmi široce pojednává téma solidarity, soudržnosti a zejména spravedlnosti v přístupu ke zdravotní péči. Jde o téma společensky velmi závažné a jeho sociologické, etické i ekonomické souvislosti jsou nepochybně velmi důležité, v zahraniční odborné literatuře i v mezinárodních dokumentech hojně pojednané. Lze říci, že v ČR stojí toto téma na okraji odborného i politického zájmu, o to cennější je zaměření předložené disertační práce. Autorka se především zaměřuje na problémy českého zdravotnictví, zejména jeho financování. Z nich jako zásadní vybírá neexistenci systému dlouhodobé péče, kterou vnímá jako problém etický (není dostupná potřebná zdravotně sociální péče o těžce nemocné klienty).

Text je rozdělen do 14 kapitol. První z nich zahrnuje základní hodnotová východiska, věnuje se tématu hodnot včetně hodnoty zdraví, a vysvětluje pojem ekvity (34 s.). Další tři kapitoly pojednávají o ekonomických a právních mechanismech regulace využití dostupných zdrojů (27 s.). Velký prostor (pět kapitol) je věnován vývoji, modelům a systémům péče o zdraví a jejich hodnocení včetně etického (60 s.). Jde především o popis historického vývoje sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví u nás od počátku 20. stol. až do současnosti. V tomto historickém exkurzu lze najít autorčinu snahu zachytit, jakým způsobem se stát snažil a snaží zajišťovat základní etické principy soužití v lidské společnosti – tedy jak naplňuje princip solidarity včetně zajištění dostupnosti péče o zdraví pro všechny, zejména pro ty nejohroženější, jak uskutečňuje prevenci závažných onemocnění, jak dbá na zajištění rovnosti a přispívá ke zmírňování utrpení. Následující strany jsou věnovány prezentaci dvou zahraničních zdravotnických systémů s důrazem na zajištění rehabilitace a dlouhodobé péče (11 s.). Krátký vstup se zaměřuje na zdravotní stav obyvatelstva, a to v souvislosti s determinantami zdraví, službami a finančními zdroji (12. s.). Následuje kapitola věnovaná dlouhodobé péči (33 s.), která je postavena na dvou kazuistikách, zopakování zahraničních specifik z předchozích kapitol a na diskusním materiálu k dlouhodobé

péči z r. 2009. V této části autorka vychází především ze svých osobních zkušeností a opírá se o materiál, na jehož zpracování se osobně podílela. Závěrečná diskuse se zaměřuje na několik oblastí, které se vztahují k zdravotnímu stavu a jeho determinantám, financování zdravotnictví a dlouhodobé péči (24 s.).

Bohužel, kvalita zpracování ukazuje, že autorka značně přecenila své síly. Především nevěnovala pozornost stanovení jednoznačného cíle své práce ani definování základních pojmů, vůbec se nezabývala metodologií sběru svých informací, nestanovila kritéria jejich výběru, hodnocení, třídění, a pokud ano, nepřináší dostatečnou argumentaci pro jejich volbu. Čtenář potom jen těžko hledá souvislosti mezi obsahy jednotlivých kapitol, které jsou navíc uspořádány nepřehledně a jejich názvy nevyjadřují vazbu probíraného tématu k celku, zejména pak k názvu celé práce a k nějakému cíli, někdy neodpovídají ani obsahu kapitoly. Navíc je rozčarován nekvalitním, často neodborným a nepřesným jazykem, špatně užívanými termíny a nevhodnými formulacemi. Tento jev prostupuje celý text, k určitému zlepšení dochází jen v některých kapitolách, zejména v jeho druhé polovině. Práci chybí pečlivost a dovednost v používání odborné literatury a dalších zdrojů. Není zaveden jednotný standard citování v textu, špatně jsou uváděny sekundární citace, často se objevuje neshoda mezi odkazem v textu a uvedením dané publikace v seznamu literatury. Některé zdroje nejsou uvedeny nebo je nelze dohledat. Chybí přehled použitých zákonů, z nichž autorka vychází. Práce s literaturou spočívá především v přímém citování z jiných publikací, a to především českých autorů. Užívaný jazyk odráží též skutečnost, že některé zásadní výrazy jako ekvita, alokace, sociální stát, morbidita a mortalita, úkony sociální péče atd. nebyly zcela pochopeny nebo byla podceněna důležitost jejich přesného používání. V práci jsou uvedena některá fakta, která neodpovídají skutečnosti (např. tvrzení, že zákon č. 20/1966 nebyl nahrazen žádným jiným zákonem), nejsou již aktuální (Zdraví 21) nebo jsou špatně prezentována (některé údaje v grafech). Téměř čtvrtinu práce tvoří kapitoly věnované dlouhodobé péči, vycházející z materiálu MPSV z r. 2009, na jehož tvorbě se autorka podílela, a z analýz uskutečněných Centrem pro výzkum dlouhověkosti (CELLO-ILC-CZ) v rámci projektu, na němž se autorka práce taktéž účastnila. Přes určité výhrady, lze tuto část práce považovat za kvalitnější než její předchozí části. Přesto i zde lze autorce vytknout tendenci k proklamacím a prezentaci subjektivních názorů. Závěr práce je opět poznamenán především tím, že nebyl zřetelně vymezen její cíl a nebyly jasně stanoveny otázky či hypotézy, na něž by dizertační práce hledala odpověď. Kritika různých aspektů poskytování zdravotní péče v České republice (nedostatek finančních prostředků a jejich neúčelné a neefektivní vynakládání, převaha akutní lůžkové péče nad péčí rehabilitační a dlouhodobou, nedostatečné zdroje na prevenci, drahé léky, nedostatečné propojení zdravotní a sociální péče, nedostatečná podpora primární komunitní péče a sdílené péče o osoby se zdravotním postižením) ještě sama o sobě neznamená zhodnocení zdravotnického systému z hlediska (ne)uplatňování principu ekvity.

Množství připomínek, které jsem k této práci nashromáždila, čítá jedenáct normostran, množství podnětů a nových poznatků, které tato práce přináší, se mi podařilo shrnout na půldruhou stranu, obojí je obsaženo v příloze tohoto posudku. I tato skutečnost vypovídá o tom, že přes veškerou snahu a dobrou vůli, s níž se

snažím k této práci přistupovat, přesto, že si velmi vážím podnětů k přemýšlení a velkého úsilí, které autorka do své dizertační práce vložila, nemohu předloženou práci doporučit k obhajobě.

Závěr: Dizertační práci mgr. Moniky Válkové **nedoporučuji k obhajobě.**

V Praze dne 31.3.2015

PhDr. Hana Janečková PhD.



1 příloha

Příloha k oponentskému osudku disertační práce Mgr. Moniky Válkové

Silné stránky práce:

Práce Moniky Válkové se zaměřuje na problémy českého zdravotnictví, zejména jeho financování. Z nich jako zásadní vybírá problém neexistence systému dlouhodobé péče, který vnímá jako problém etický (není dostupná potřebná péče o těžce nemocné klienty).

Solidně zpracované téma hodnot a jejich vztahu ke svobodnému lidskému jednání a ke zdraví člověka. Důraz na nutnost vnímat hodnotu zdraví jako nedílnou součást budování zdravotnického systému.

Hodnota zdraví se týká nejen jednotlivce, ale celé společnosti. Důraz na prevenci a podporu zdraví, zdravotní gramotnost a výchovu ke zdraví, na socioekonomické determinanty zdraví, životní styl.

Důraz na souvislost a nezbytnou návaznost zdravotní a sociální péče, které autorka sleduje i z historického hlediska. Tento pohled je zpracován i v mezinárodním srovnání (Francie, Švédsko). Pro tento účel shromáždila autorka informace z různých zdrojů (vesměs však českých).

Při hodnocení zdravotnických systémů si klade otázky nastolené Anthony Giddensem v 90. letech (s.6)

Upozorňuje, v souladu s Holčíkem, že zdraví je humánní kategorie – pro společnost je tedy nejen úkolem, ale i mravním závazkem. (s. 7)

Pokusím-li se tlumočit, oč autorce asi jde, vyjádřila bych to svými vlastními slovy takto: zabývá se tématem solidarity jako jedné ze základních etických hodnot. Snaží se porozumět vztahu mezi primární solidaritou, charakterizující lidské společenství jako takové, kdy jde o soudržnost, vzájemnou a dobrovolnou pomoc mezi lidmi (etický apel, objevující se též v křesťanství), a sekundární solidaritou, kdy stát přebírá aktivity na ochranu slabých a uplatňuje přitom principy solidarity v podobě rovných práv pro všechny občany a přerozdělování společenského bohatství. Jde ovšem o uplatnění mocenských nástrojů (politických, legislativních, ekonomických), nejde tedy o solidaritu v původním slova smyslu, ale přenesení aktivit na podporu solidarity na struktury moci demokratického státu, který má garantovat zajištění občanských práv včetně práv sociálních (vzdělání, zdravotní péče, bydlení, zaměstnání, minimální příjem). Autorka vnímá etický apel v zajištění spravedlivého rozdělení (alokaci) veřejných statků ve prospěch potřebných, v zajištění bezpečí a jistoty pro všechny, v dostupnosti, rovnosti (ekvitě) a efektivním využití společenských zdrojů a zajištění důstojných podmínek pro život těch nejslabších. Tato přenesená solidarita byla v průběhu dějin vtělena do systémů sociálního zabezpečení včetně zdravotního pojištění, v nejradiálnější podobě pak do podoby státu blahobytu (welfare state). Autorka na základě studia literatury přináší typologii sociálních států – liberální sociální stát, korporativní sociální stát a institucionální sociální stát (welfare state).

Poměrně dobře je propracovaná kapitola týkající legislativního zakotvení práva na zdraví v ČR. Nejde však o právo na zdraví, nýbrž právo na ochranu zdraví a na zdravotní péči (Listina práv).

Angažovaný přístup autorky k problematice dlouhodobé péče v ČR a úsilí o její zlepšení.

V závěru autorka představuje některé oblasti zdravotní péče, do kterých se promítají základní etické hodnoty, na nichž stojí zdravotnické systémy – solidarita, spravedlivost, rovnost, dostupnost pro všechny, právo na zdraví: Je to rehabilitace, dlouhodobá zdravotně sociální péče, podpora zdraví.

Srovnává zajištění dlouhodobé péče ve třech zemích a současný systém alokace finančních zdrojů především do oblasti akutní péče (na úkor péče dlouhodobé) v ČR považuje za nespravedlivý.

Srovnává zdravotní stav a zjišťuje, že Česko nedosahuje v léčbě kardiovaskulárních onemocnění stejných výsledků jako Francie a Švédsko a opět konstatuje nedostatečné zajištění následné a terénní péče. Totéž se týká dlouhodobé péče – konstatuje, že nedostatky v systému vedou ke korupci.

Konstatuje, že právo na zdraví je v ČR zajištěno zákonem o zdravotních službách 372/2011 Sb. (*Jde však pouze o právo na poskytování zdravotních služeb. HJ.*). Zde je uložena povinnost zdravotnických zařízení koordinovat i následnou péči o klienta. Je stanovena místní a časová dostupnost a čekací doby na operace.

Přínosem práce je prezentace závěrů Kulatého stolu – důraz na nutnost transformace akutní lůžkové péče do modelu tzv. „aktivní péče“ (posloupnost péče akutní-následné-dlouhodobé) s převážnou složkou ošetrovatelské, sociální a rehabilitační péče.

Dospívá k názoru, že nepřítomnost gatekeepingu a volný přístup pacientů ke specialistům na základě svobodného rozhodnutí je příčinou nedostatku veřejných zdrojů ve zdravotním pojištění na rehabilitační péči a zdravotní péči v pobytových sociálních službách. Je nespravedlivé, že sem zdravotní pojišťovny své zdroje nealokují. Zachraňují životy, ale chybí peníze na důstojnou následnou péči.

Uveden je příklad psychiatrie – transformace jen změní zdroje financování (ze zdravotnických na sociální) nikoli však formy péče (v komunitě).

Doporučuje realokaci finančních prostředků do aktivně rehabilitační lůžkové péče a do ambulantní a dlouhodobé zdravotně sociální péče na komunitní úrovni a účelnější využívání finančních prostředků.

Hledá příčiny nezdravého životního stylu (horšího v porovnání s Francií a Švédskem) v nižší zdravotní gramotnosti, stresu, nejistotě zaměstnání

V jednotlivých koncepcích zdravotní péče v ČR představuje řešení případných sociálních nerovností způsobených nastavením systému financování (zavedení spoluúčasti versus bariéry v přístupu k primární péči pro různé socioekonomické skupiny, limity pro vysokonákladovou péči, daňvé úlevy; definování standardní a nadstandardní péče; optimalizace sítě zdravotnických služeb; kompenzace sociálního a zdravotního rizika)

Slabé stránky:

Už samotný obsah nebudí důvěru. Nepochopitelné je členění kapitol na jednu podkapitolu, zvláště, když má téměř identický název. Např. tyto sekvence kapitol:

2.3.4 Sociální stát a jeho charakteristika.....	25
2.3.4.1 Cesty z krize.....	28
2.3.4.2 Východiska z krize sociálního státu.....	29
2.4 SOCIÁLNÍ SOUDRŽNOST VE SPOLEČNOSTI.....	33
2.4.1 Solidarita a sociální soudržnost ve společnosti.....	34
2.5 PRINCIP EKVITY.....	35
2.6 PRINCIP SPRAVEDLNOSTI A SLUŠNOSTI (EKVITA).....	37
2.6.1 Spravedlnost v přístupu ke zdravotní péči a právo na zdraví.....	42
5. REGULAČNÍ POPLATKY ZE ZÁKONA O STABILIZACI VEŘEJNÝCH ROZPOČTŮ... ..	60
5.2 ÚSTAVNÍ SOUD ČESKÉ REPUBLIKY A DISKUSE NAD ZÁKONEM Č.261/2007SB.....	60
5.2.1 Vyjádření Ústavního soudu České republiky.....	61
5.3 POLITICKÝ BOJ O REGULAČNÍ POPLATKY V ROCE 2008 A 2009.....	62
5.4 VEŘEJNÉ DISKUSE K REGULAČNÍM POPLATKŮM.....	63
5.5 REGULAČNÍ POPLATKY V ROCE 2011.....	65
5.5.1 Ústavní soud České republiky a regulační poplatky v roce 2011.....	66
5.5.1.1 Diskuse k alokaci finančních prostředků ve zdravotnickém asociálním systému.....	67
5.6 VEŘEJNÁ DISKUSE O ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽBÁCH	

Struktura (obsah) práce je nelogická. Témata se vracejí, chybí postup od obecného ke konkrétnímu, chybí jasné definice pojmů a jejich následné rozvinutí (Proč je napřed typologie sociálních států a teprve pak následuje vysvětlení, co je to sociální stát?). Popis historických událostí z let 2007 – 2011 týkajících se regulačních poplatků (kap. 5) předchází popisu historického vývoji zdravotnického systému, který začíná 19. stoletím a končí Kulatým stolem r. 2010 (kap. 6). Logika této souslednosti mi uniká, stejně jako smysl detailního popisu politických bojů o regulační poplatky (kdy se čtenář ztrácí v záplavě citací ze zákonů, důvodových zpráv, poslaneckých návrhů a soudních rozhodnutí – bylo by pak vhodné, aby pomocí byl jednoznačný přehled použitých zákonných norem v seznamu literatury, který však neexistuje). Stejný nešvar se objevuje v kap. 12.2.2. kdy se namísto obecných závěrů dozvídáme rozklad příjmů domovů se zvláštním režimem a popis způsobu vzájemné spolupráce mezi úřady práce a správou sociálního zabezpečení (s. 163). A podobně v závěrečné diskusi, která by měla výsledky dizertační práce shrnovat a hodnotit, nacházíme v souvislosti s obezitou detaily o salónech nabízejících odtučňovací kúry, které jsou velmi drahé (s. 197).

Zásadní otázka je, kde v práci najdeme jednoznačně definovaný cíl? Jsou to následující body? (zde se pokouším v práci se nějak zorientovat):

- budou hledány vzájemné vztahy stávajícího zdravotnického systému s etickým principem ekvity v oblasti zdraví (s.5)
- přinést odpověď na otázku, zda náš současný zdravotnický systém respektuje princip ekvity (s 7)
- přinést mezinárodní srovnání systémů veřejného zdravotnictví z hlediska prevence a podpory zdraví a z hlediska dlouhodobé péče (s. 120)

To, že práce nemá stanovený cíl vede k tomu, že výklad nepostupuje systematicky, jednotlivé kapitoly jsou nelogicky poskládány za sebou a jejich obsah někdy neodpovídá názvu nebo se uchýlí k detailu, který by logicky patřil na jiné místo práce (např. na s. 49, kde autorka hovoří o Deklaraci z Alma Aty se dozvídáme též o koncepci péče o seniorskou populaci u nás v 70. letech, což by logicky patřilo do kapitoly o Dlouhodobé péči, kde ovšem téma jejího historického vývoje předloženo není). Naopak v závěrečné diskusi pak disertační práce netěží z toho, co přinesly analýzy a závěry z předchozích kapitol (např. nevrací se k závěrům Kulatého stolu, neodvolává se na mezinárodní dokumenty, nehodnotí přínos některých koncepcí, nevrací se k teorii sociální soudržnosti a solidarity). Evidentně v poslední třetině práce soustředí autorka své úsilí a svoji pozornost na ekvitu v oblasti zajištění dlouhodobé péče a otázky ekvity v jiných oblastech péče o zdraví staví na okraj nebo je opomíjí (jak je zajištěno např. uplatňování práva na zdraví u cizinců, u lidí extrémně chudých, některých skupin lidí se zdravotním postižením, u etnických minorit). Téma determinant zdraví a podpory zdraví má v práci též svůj prostor, ale stojí evidentně na okraji (překvapivě až v závěrečné diskusi), ačkoli, zdá se, patřilo k jednomu z uvažovaných cílů. Snaha autorky dostat do své disertační práce téměř všechno, čím se zabývá obor veřejné zdravotnictví, vede k obrovské roztříštěnosti, nepřehlednosti a neujasněnosti, k čemu vlastně práce směřuje. Pokud ekvita v dlouhodobé péči byla hlavním cílem disertační práce, měl být odlišný i samotný název práce.

Rovněž autorčiny pracovní hypotézy je možné pouze vysuzovat, ale je otázka, zda vůbec směřuje k jejich potvrzení nebo vyvrácení. Jsou to tyto?

- V ČR je uplatňován model akutní péče
- Nedostatečné zdroje jsou v ČR alokovány do dlouhodobé péče, včetně geriatric, a do prevence a podpory zdraví
- Transformace systému zdravotní péče se příznivě promítla do vývoje zdravotního stavu obyvatelstva
- Transformace systému zdravotní péče vedla k větším nerovnostem v dostupnosti zdravotní péče, tedy k oslabení principu ekvity

Velmi obtížně hledáme popis metody zkoumání nebo způsob získání odpovědí na položené otázky. Můžeme soudit, že autorka použila následující metody (které však nikde nepopsala):

- mezinárodní srovnání vybraných indikátorů hodnocení péče o zdraví
- analýzu a hodnocení koncepcí, politických dokumentů a právních norem
- historickou analýzu

Vzhledem k těmto okolnostem, tedy nestanovení cíle a hypotéz se v závěrečné diskusi nedočteme, které faktory přispěly ke zvýšení, event. snížení dostupnosti zdravotní péče v ČR (např. zavedení regulačních poplatků, nové nastavení multidisciplinární spolupráce v posudkovém lékařství, stanovení dojezdových dob a časové dostupnosti v primární péči atd.?). Ve skutečnosti autorka situaci a případné nerovnosti v dostupnosti neprobádala a k nějakým relevantním závěrům o ekvite zdravotnického systému nedospěla. Nakonec koncentruje pozornost především na financování dlouhodobé péče, kde spatřuje „nespravedlnosti“ ve způsobech financování, za kterými stojí „regulační aktivity pojišťoven nebo absence průběžného financování ze státního rozpočtu či pozdní vyřizování příspěvku na péči“. Nespravedlivá je dle autorky taktéž skutečnost, že dlouhodobá sociální nebo zdravotní péče není v dostatečné míře dostupná.

Zcela chybí využití metody studia odborné literatury a rešerše zdrojů vztahujících se k tématu ekvity ve zdraví, a to zejména zdrojů zahraničních. Z toho vyplývá, že nejsou jasně vysvětlené základní pojmy. Nedostatečné definování pojmů, jejich nesprávné užívání a nesprávná slovní spojení (morbidita a mortalita onemocnění, incidence na kardiovaskulární choroby, rozvoj vědecké technické revoluce, v období 1990 umíralo na nemoci oběhové soustavy 53% obyvatel, v roce 1990 bylo v České republice zaznamenáno 297 případů úmrtí na tuto chorobu, v roce 2007 vykazovala Česká republika 166 případů mortality..., výchova obyvatel formou sebe-péče a primární péče) svědčí o určité nekompetenci autorky v oblasti, kterou se zabývá, nebo o podcenění významu přesného vyjadřování ve vědecké práci.

Není jasně definováno, co rozumí autorka pojmem ekvita a není popsána metoda, jak ji zkoumá. Ekvita se týká nespravedlivých rozdílů v dostupnosti a kvalitě poskytování zdravotní péče a rozdílů v distribuci podmínek determinujících zdraví (např. mezi chudými a bohatými, mezi většinou a minoritami, mezi vzdělanými a méně vzdělanými, mladými a starými apod.). Tomu se ovšem práce nevěnuje ani teoreticky, ani prakticky.

Rozsáhlá srovnávací analýza statistik OECD nic neříká o ekvité, ukazuje pouze na rozdíly. Jde o pouhý popis náhodně vybraných ukazatelů, ale o tom, zda jsou v některé z těchto zemí rozdíly v dostupnosti péče větší nebo menší než u nás se nic nedočteme. Chybí shrnutí získaných výsledků analýzy a úvaha o příčinách zjištěných rozdílů (např. proč výdaje na léky a ostatní zdravotnické prostředky jsou v ČR výrazně vyšší).

Etické jednání členů společnosti spojuje autorka s pojmem **solidarita**. Dle mého názoru však je chápání tohoto pojmu příliš zúženo na alokaci finančních zdrojů ve zdravotnictví, redistribuci veřejných prostředků, na roli státu, o němž tvrdí „že uplatňuje celospolečenskou solidaritu“. Pohled na filosofické, antropologické, náboženské (křesťanské), sociologické kořeny pojmu by prospěl jeho porozumění i v oblasti péče o zdraví. Solidarita je základem komunity a její sebezáchovné funkce. Solidarita udržuje lidskou pospolitost jako celek v situacích krizí, znamená, že lidé se spojí v pomoci slabším, je to základní projev lidského (a možná nejen) společenství. Teprve tato základní antropologická charakteristika (potřeba, vlastnost) lidského společenství vysvětluje další vývoj a projevy solidarity ve společnosti – má podobu etického apelu Starého a Nového zákona, jsou to dohodnutá pravidla spolkového života (cechů), jsou to konečně i systémy pojištění a zákony welfare state. V zásadě nelze hovořit o „paternalistickém modelu solidarity“ neboť toto tvrzení si protiřečí: solidarita představuje dobrovolnou společenskou soudržnost mezi lidmi, kteří jsou si rovni, ochotu ke vzájemné pomoci a podpoře. Jejím opakem je panství a moc jednoho nad druhým (paternalismus). Durkheim v díle „O společenské dělbě práce“ rozlišuje mechanickou (všichni jsou stejní, dělají všechno) a organickou solidaritu (diferenciace společnosti, nutno se organizovat, vytvářet systémy podpory). Jejím předchůdcem je křesťanský požadavek vzájemné lásky a pomoci. Dle Velkého sociologického slovníku (Petrušek et. al 1996) systémy sociálního pojištění nelze považovat za výraz solidarity v pravém slova smyslu, neboť není vzájemná a dobrovolná, ale vymáhaná na základě zákona. Požadavek solidarity – např. bohatých s chudými, s nemocnými atd. je etickou výzvou a **solidarita je ctností** i v moderních společnostech (ačkoli s rostoucí životní úrovní klesá potřeba solidarity). Autorka má na mysli zřejmě paternalistický a charitativní model péče. Podobně nelze hovořit o „státním modelu solidarity“, pouze o „principu solidarity“, nebo o „solidaritě organizované státem“ či „sekundární solidaritě“ (Keller) např. v podobě systémů sociálního zabezpečení nebo veřejného zdravotního pojištění. Autorka (asi i citovaný Igor Tomeš) mají na mysli sociální politiku a

sociální péči státu (panovníka) o vdovy, sirotky atd., starost státu (solidarita znamená vzájemnou a dobrovolnou pomoc). Péče státu o své občany (sociální a zdravotní politika) jednak přebírá princip solidarity, ale využívá též solidarity mezi lidmi, která je přítomná v každé, i vysoce organizované společnosti. Tak vzniká tzv. „sociální stát“.

V kapitole 2.3. je mezi sociální státy zahrnut i liberální stát. Typicky liberální stát by asi nemohl být označen jako sociální stát. Titmussova typologie hovoří o „reziduálním sociálním státu“ který pouze vychází z liberálních myšlenek, Munková o „liberálním sociálním státu“. Autorka uvádí jako příklad liberálního státu Velkou Británii – přitom koncept sociálního státu vznikl právě v Británii již po 2. sv. válce.

Struktura disertační práce je značně nevyvážená, obecné je promícháno s konkrétním, témata se opakují, aniž by čtenář mohl vnímat nějaký posun v rovině obecnosti nebo odhalení nových souvislostí (např. kap. 3 Alokace zdrojů v rámci systému zdravotní péče se mj. věnuje problematice veřejných statků na jedné straně a regulačních poplatků v r. 2011 na druhé straně; V kap. 7.2. se alokace zdrojů objevuje v souvislosti s privatizací; v kap. 11, která se věnuje zdravotnímu stavu je opět kapitola financování zdravotnictví a alokace zdrojů, stejně jako jedna z kapitol v závěrečné diskusi). Nově připojená kapitola 12 hovoří o alokaci finančních prostředků pro klienty v dlouhodobé péči (s. 160 a další) – *k alokaci viz též dále.*

V práci je několik kapitol, které se nazývají „Diskuse“ či obdobně (s. 60, 63, 67, 69, 119, 167, 182, 187 – v kap. 5 „Regulační poplatky...“ jsou hned čtyři „diskuse“, v kap. 12 „Dlouhodobá péče“ jsou dvě „diskuse“) nebo „Závěr“ (s. 161, 168, 185, 207) – *vždy by mělo být specifikováno, kdy jde o dílčí závěr a kdy o skutečný závěr celé práce, nebo o diskusi k čemu a diskusi koho s kým se jedná.*

Některé pasáže disertační práce zacházejí do neuvěřitelných a tudíž nepochopitelných a zároveň zcela irelevantních podrobností, např. text nálezu ve věci PI ÚS 1/08 přebírá autorka nejspíše doslova i se jmény poslanců, kteří činili jednotlivé kroky při projednávání zákona č. 261/2007 Sb. (s. 60). *Viz též již dříve zmíněná poznámka o salónech apod.*

Přílišná šíře záběru práce z ní činí nepřehledný, až chaotický soubor informací, aniž by bylo zřejmé, jaký mají smysl a jaký je jejich vztah k cíli práce. Pro čtenáře je značně náročné najít souvislosti a porozumět tomu, kam vlastně práce směřuje. Anotace slibuje analýzu zdravotnického systému na základě vybraných indikátorů. Ale jaké indikátory byly vlastně použity? V anotaci jmenuje kardiovaskulární choroby jako hlavní indikátor, ale z obsahu vůbec nevyplývá, že by jim věnovala nějakou specifickou pozornost. Nejsou ani mezi klíčovými slovy. Vnímá autorka dlouhodobou péči jako nejkritičtější oblast zdravotnického systému z hlediska ekvity? Jak tomu rozumí? Proč se v závěrečné diskusi nevyrovnává právě s uplatňováním principu ekvity tak, aby to odpovídalo názvu celé práce. O čem vlastně autorka diskutuje?

Kapitola, která se má věnovat dostupnosti zdravotních služeb do r. 1970 hovoří o rozvoji oboru gerontologie v 70. a 80. letech, poté o investování do preventivních opatření a primární péče a o příčinách vzniku nových civilizačních chorob (s. 93). V kapitole 11.1. o determinantách zdraví je najednou včleněn odstavec o přání zemřít doma (s. 135), kapitola pak pokračuje prezentací ukazatelů zdravotního stavu a nakonec se opět vrací k determinantám zdraví.

Velké, zejména historické pasáže dizertační práce, tvoří parafráze či přesné citace z jedné publikace jednoho autora (s. 82 – 85 – Břeský, 81 – 89 Nečas). Části, které se týkají centralizovaného modelu zdravotnictví v době komunismu jsou bohužel poznamenány nekritickým převzetím jazyka poplatného tehdejšímu režimu, který byl použit autorem citovaného zdroje (skriptum z r. 1984), takže autorka hovoří o „vítězství komunistické strany“ „socialistickém Československu“, „zdraví lidu“ cituje zde z dokumentu „Komunistické strany“. Nepřesnosti jsou ve výkladu myšlenek převzatých z použité literatury. Např. zrušení SZÚ neznamenalo, jak píše autorka, zánik snah o uspořádání systému péče v rámci veřejného zdravotnictví, nýbrž zánik oboru sociální lékařství a veřejné zdravotnictví, který byl postupně obnoven v podobě oboru „organizace zdravotnictví“ později „sociální lékařství a organizace zdravotnictví“. Tentýž systém centralizovaného zdravotnictví zavedený v ČR po r. 1950 je jednou nazýván Nedvěďův plán, jindy Semaškův model, aniž by autorka zmínila jakoukoli souvislost mezi nimi.

Závažným prohřeškem proti seriózní vědecké práci je obsah kapitoly 6.4.5.1., která se zabývá zákonem o zdraví lidu č. 20/1966. Namísto věcné argumentace, proč považuje autorka tento zákon na svoji dobu za moderní a průlomový, předesílá, že jde o vyvrcholení koncepce právní úpravy přijaté Komunistickou stranou, a v r. 2014 tvrdí, že „do současné doby nebyl nahrazen žádným novým zákonem“. Do textu je pak sice vložena věta o přijetí zákona o zdravotních službách č. 372/2011. Ale hned nato navazuje, sdělení, že byla zřízena „Komise pro boj s negativními vlivy ve zdravotnictví..., která se zabývala...porušováním soudružských vtaů mezi zdravotníky...“ – ovšem bez úvozovek (s. 96-97). O tom, že autorka zřejmě nepochopila, že zákon č. 20/1966 byl zcela zrušen přijetím nových zákonů v r. 2011 svědčí i formulace na s. 58: „Mezi další průlomové zákony **měníci zákon č. 20** z roku 1966 je zákon č. 373/2011 Sb. ...“

Po stránce formální i obsahové chybí jasné a přehledné členění kapitol. Názvy kapitol nevystihují jejich obsah. Např. kap. 4 se nazývá „Právní předpisy v ČR“, její hlavní náplní však není přehled právních předpisů ČR nýbrž právo na zdraví; výstižnější by tedy byl název „Právo na zdraví a jeho odraz v právních předpisech ČR“. Proč se autorka zabývá právě obdobím 1945 – 70, a to hned ve třech kapitolách? Navíc podkapitola 6.4.3, která se má zabývat dostupností služeb do r. 1970 se touto dostupností vůbec nezabývá. Proč má kapitola 6.4.4. ještě podkapitola 6.4.4.1., když zde již není žádná jiná podkapitola? Podobně též další podobné podkapitoly.

Z metodologického hlediska by práci prospělo jednoznačné definování základních pojmů a následně jejich důsledné používání v tom smyslu, jak jsou definovány. Hned v anotaci se čtenář setkává s několika definicemi etických principů. Autorka nejprve stanoví jako základní etické principy solidaritu, spravedlnost (ekvitu), rovnost a právo na zdraví. Ale už v následujícím odstavci mluví o pouze o principech spravedlnosti resp. ekvity a právu na zdraví (solidarita a rovnost je vypuštěna – z jakého důvodu?). A v následující větě hovoří o etických principech dle doporučení Zdraví 21 (které to jsou?). V úvodu své práce ale hovoří o jediném etickém principu v oblasti zdraví – ekvitě. V závěrečné kapitole o dlouhodobé péči vnímá autorka nespravedlnost zejména v nedostatečném přidělování finančních prostředků poskytovatelům služeb a v proplácení hrazené péče pojišťovnami.

Koncepce reforem systému zdravotnictví jsou prezentovány značně nepřehledně a nesystematicky. Není jasné, proč vybrala právě tyto a ne jiné (Kulatý stůl jich prezentuje 19). Koncepce autorka nehodnotí, pouze je popisuje bez hledání souvislostí. Odkazy na zdroje jsou v celé kapitole neúplné nebo nepřesné.

Podobně není nikterak vysvětleno, proč si autorka vybrala k analýze zahraničních zdravotnických systémů právě Francii a Švédsko. Hodnocení systémů provádí podle kritérií údajně doporučených WHO (chybí citace zdroje), ale zůstává u pouhého popisu. Není jasné, co tímto srovnáním chce říci. Proč nesrovnává třeba Česko a Polsko, který procházejí podobným vývojem?

Autorka často používá termín alokace. Ale nikde tento pojem nedefinuje. Zdá se, že tím míní „zvýšení finančních zdrojů“ (např. s 209). **Alokace** však znamená rozdělení zdrojů a jejich nasměrování na určité místo, rozdělení mezi potenciální varianty. Vyplývá ze skutečnosti, že zdroje jsou omezené, zatímco požadavky spotřebitelů jsou neomezené.

Nelze tedy říci např. „zvýšení alokace zdrojů ve zdravotnickém systému“, (s. 117), ale muselo by se říci alokovat zdroje do oblasti prevence a dlouhodobé péče (na úkor péče akutní). Např. pojišťovny rozhodují o alokaci zdrojů (tedy kam své peníze nasměrují), materiál se zaměřil na účelnější alokaci zdrojů z VZP (s 114).

*(Wikipedie: **Alokace** (z lat. locus, místo) znamená přidělení omezených zdrojů nějakému projektu, procesu, instituci a podobně. Důležitým prostředkem alokace zdrojů v hospodářství je trh, kde se podle L. von Mises realizuje „vláda spotřebitelů“: o alokaci zdrojů do produkce rozhoduje poptávka.)*

Autorka tvrdí, že pokud jde o transformaci akutní lůžkové péče ve prospěch aktivní rehabilitační a dlouhodobé péče (kterou doporučil Kulatý stůl v r. 2008), se změny v praxi zatím nerealizovaly (s. 118). Nikde však nepřináší žádná data, která by toto dokladovala (pouze dvě kazuistiky). Naopak je známo že k transformaci dochází na základě projektů dotovaných z EU (programy konkurenceschopnosti) od r. 2011.

Práce prezentuje základní cíle programu Zdraví 21, není však jasné, proč nevěnuje žádnou pozornost aktuálně platnému programu Zdraví 2020.

Neodborný, nepřesný jazyk, špatně užívané termíny a formulace, nedbalé zacházení s odbornými termíny:

s. 4 „severský model zdravotní péče“ a „západoevropský model zdravotní péče“ – *modely nejsou vysvětleny a navíc takto nejsou v odborné literatuře popsány (rozlišuje se model všeobecného zdravotního pojištění, model státního zdravotnictví a model liberálně tržní, případně jejich kombinace)*

s. 4 „ČR prošla několika typy sociálního státu“ – *nejprve vysvětlit, co je to sociální stát!*

s. 5 – *V citaci z Holčíka asi chybí slovo „public“: „Public health se v anglosaských zemích...“*

s. 8 Zaměřím se zde na hodnoty určující vývoj lidské společnosti, jako jsou solidarita, rovnost, a alokaci zdrojů, které podporují, či nepodporují zmíněné hodnoty.

s. 25 ... rozvojem vědecké technické revoluce (*vědecko-technické*)

s. 25-26 Dále pak je to rozvoj lidských práv a garance státu podpory a odpovědnosti za blaho obyvatel ve formě sociálního zabezpečení v rizikových sociálních událostech (nezaměstnanost, nemoc, stáří)

s. 53 - (kap. 4.2 – Základní právní předpisy v oblasti práva na zdraví v ČR) – text kapitoly je nepřehledný a jednotlivé právní předpisy nejsou v textu jednoznačně pojmenovány (např. poznámka 22 týkající se Konvence o bioetice je v textu vztažena k Listině základních práv a svobod). První odstavec na s. 55 začíná slovy „Navržený zákon v paragrafovém znění v oblasti práv pacientů...“ – čtenář neví, o jakém zákonu autorka hovoří. Celé tři odstavce – jakoby vytrženy z kontextu - se zde věnují informovanému souhlasu. Kapitola je zakončena proklamací o nezbytnosti společného konceptu obou ministerstev.

s- 55 a 56 Zákon č. 372/2011 Sb. se nazývá o „zdravotních službách“, nikoli „zdravotnických službách“, jak uvádí autorka

s.66 Poslanci (při podání stížnosti Ústavnímu soudu) jednají jménem předsedy strany ČSSD Bohuslava Sobotky (opak je pravdou).

s. 68 Sociologický ústav České republiky (SÚ AV ČR)

s. 93 - za preventivní opatření autorka považuje „ výchovu obyvatel formou sebe-péče a primární péče“ – výchova formou sebe-péče ovšem nedává smysl

s. 101 a 102 V r. 1990 byl vládou Československé republiky... Zákon č. 551/1991 SB. o všeobecné zdravotní pojišťovně Československé republiky.... 280/1992 Sb.) ...Pojištění zdravotní péče v Československé republice bylo založeno na systému solidarity ... Československá republika tehdy neexistovala

s. 101 Poznámka 42 je nesrozumitelná a navíc nepřesně citovaná (citační odkaz je navíc neúplný, chybí str.). Uvedená čísla jsou nepodložená, tvrzení naprosto neodborná (nelze říci 53% obyvatel z celkového počtu úmrtí); Tvrzení, že se „neuspokojivě prodlužovala zdravá léta života mužů a žen, neboť v období 1990 umíralo na nemoci oběhové soustavy 53% obyvatel“ - formulacím není věnována dostatečná pozornost; nebo jde o neporozumění pojmu „zdravá léta života“.

s. 130 ...jsou v České republice na prvním místě z hlediska morbidity a mortality onemocnění – nesprávné užití odborných termínů

s. 155 – 158 Kazuistika: Byl uzavřen kontrakt mezi Agenturou pečovatelské služby na zajištění osobní asistence formou sdílené péče. - nepřesná formulace: není rozlišena služba pečovatelská a služba osobní asistence (jde o dvě různé služby); sdílená péče není „forma“ sociálních služeb. Celkově jazyk popisované kazuistiky obsahuje řadu nepřesností, neopírá se o zákon o sociálních službách ani standardy kvality, vykazuje prvky „přepečování“, zdvojení péče zdravotní a sociální, není rozlišena sociální práce a sociální péče atd. Je konstatováno, že byly jasně rozdělené kompetence dle dosaženého vzdělání, ale bez většího upřesnění. Jazyk v některých případech porušuje důstojnost klientky/pacientky (např. o ženě se mluví jako o inkontinentním klientovi). Je zde řada překlepů a neúplných vět. Kazuistika se jeví jako nikoli reálná, nýbrž smyšlená a zidealizovaná (možná má být určitým modelem), což není nikde uvedeno. Překvapující je přístup spíše aktivistický než paliativní, který by byl spíše na místě, vzhledem k zhoršujícímu se zdravotnímu stavu klientky. Stranou zůstala otázka nákladů na popsany model péče. Kdo financoval 16ti hodinovou denní osobní asistenci? Z kazuistiky vůbec nevyplývá, že by „celoživotní vzdělávání pracovníků v sociálním a zdravotnickém systému pomáhalo při

implementaci nových poznatků z oblasti dlouhodobé péče do praxe“, neboť zde o žádném vzdělávání nebyla řeč. Autorka by měla přesvědčivěji vysvětlit, proč je nespravedlivé, že zdravotní pojišťovny regulují hrazenou ošetrovatelskou péči v terénních službách. Praktický lékař může indikovat domácí péči až na 3 hod. denně.

s. 158 - *stereotyp demence („agresivita, zapomnětlivost, bludy“) – nepravděpodobný, spíše extrémní průběh (zvláštní souhra nešťastných okolností) – zdá se, že nejde o reálný příběh (kazuistiku), spíše o smyšlený, modelový příklad*

180 – *všeobecná sestra poskytuje sociální úkony místo pracovníků v přímo obslužné péči – nelze říci „sociální úkony“, nýbrž úkony sociální péče*

181 - *nedostatečné dostupnosti informací od pracovníků zdravotních a sociálních služeb – spíše jde o nedostatečné sdílení (předávání) informací*

181 - *Z hlediska ekvity zabezpečení dostupných kvalitních terénních a ambulantních služeb je rozvoj komunitních center. Rozvoj těchto center poskytujících kombinovanou ošetrovatelskou a sociální péči v obcích jsou základními organizačními jednotkami. – neúplné věty*

184 - 185 – *řada chyb stylistických i pravopisných*

V závěrech jsou často použita tvrzení, která mají spíše proklamativní charakter (s. 56 – Bude naprosto nezbytné přijmout společný koncept obou ministerstev...; s. 186 Společnost by se měla rozhodnout... Voliči by se měli více zajímat...; s. 197 Dospělí mají být příkladem svým dětem...).

s. 200 - *Případové studie společenských nákladů spojených s následky poranění mozku (TBI). – chybí v seznamu literatury – neúplný odkaz*

s. 204 – *V Návrhu věcného zákona dlouhodobě zdravotně sociální péče (dále jen Návrh) jsme se snažili odhadnout finanční zdroje, které by musely být alokovány z obou systémů (sociálního a zdravotního). – alokovány kam? – nejde spíše o alokování finančních zdrojů přiměřeně do obou systémů?*

s. 207 *pozornost věnována ekvité dostupnosti*

s. 207 *Pro srovnání, zda se náš nastavený zdravotnický systém opírá o etický pohled spravedlnosti...,*

s. 207 *Vybrané země jsou rozdílné v pojetí typu sociálního státu - Ten rozdíl však není jednoznačně vymezen. Autorka uvádí: Francie – systém založen na povinném zdravotním pojištění a dobrovolném soukromém pojištění. Švédsko – zdravotní péče financována z povinného veřejného zdravotního pojištění a doplňkového dobrovolného pojištění. ČR – sociální stát se postupně přetransformoval z pasivní pomoci na aktivnější zapojení občanů v odpovědnosti za své zdraví (formulace)*

s. 208 *Nelze tvrdit, že dokument Zdraví 21 zaručí každému občanovi srovnatelné podmínky v přístupu ke zdraví. Navíc v současné době je aktuální jiný dokument, Zdraví 2020, který rovnost a spravedlnost ve zdraví ještě více zdůrazňuje.*

s. 209, 210 – „srovnávací“ země – lépe „srovnávané země“

s. 210 - Hodnocení ekvity spravedlivé alokace finančních zdrojů můžeme také analyzovat ze dvou úhlů pohledu - *formulace*

s. 210 - Dle výsledků studie ve srovnávacích zemích se uskutečnily reformní změny s pozitivním výsledkem finanční bilance ve zdravotnickém systému a zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. (*formulace*)

s. 210 V roce 2012 vstoupil v platnost zákon o zdravotnických službách akceptující právě mezinárodní úmluvu (Konvenci o biomedicině), která překonala zákon o zdraví lidu (z roku 1966). – *formulace, vysvětlit, co je zde myšleno*

Věcné chyby:

- konference v Alma Atě (1978) se týkala primární péče a stanovila cíle programu Zdraví pro všechny do r. 2000 (*Nikoli Zdraví pro všechny v 21 století*)
- Graf č. 9 neodpovídá textu v komentáři ani skutečnosti (použity chybné údaje)
- Graf č. 12 a komentář nejspíše neodpovídá skutečnosti (chybné údaje, v ČR máme 450 lékařů/100 000 obyv. dle Zdravotnické ročenky ČR 2013)
- Graf č. 14 Spotřeba léků na snižování hladiny cholesterolu v krvi na 1000 obyvatel a den se v textu opakuje (Graf 21)
- Graf č. 22 *Nejasný popis* – není uvedeno o jaká procenta se jedná (čeho se týkají); není popsán žlutý sloupec
- Program WHO Zdraví 21 byl nahrazen programem Zdraví 2020

Špatné citace – odkazy v textu:

Celkově velmi nízký podíl prostudované zahraniční literatury.

s. 4 (Potůček 2005 in Deken, 1992) – (*Deken 1992 in: Potůček 2005, s....*) – nebo vyhledat primární zdroj, tj. *Dekena, 1992*

s. 8 (Prudký a kol., 2009, in Tondl, s.20)

s. 5 (World Health Organization 2013) - odkaz není v seznamu literatury

s. 15 – odkazuje na Platóna, ale publikace není uvedena v seznamu literatury

s. 18 – odkazuje na Žákovou, ale odkaz není v seznamu literatury

s. 21 (Prudký a kol., 2009, in Musil, s.170)

s. 25 (Potůček a kol, 2005, in Munková, Čabanová, s.251–252) – zde ještě autorky citují Rameshe Mishryho

s. 48 Deklarace z Alma Aty – *chybí v seznamu literatury*

- s. 53 (Haškovcová, 2007, s.882) – špatně uvedená strana
- s. 57 Citace (Janečková, 2009, s. 76) - v seznamu literatury chybí. Má-li autorka na mysli stejnou publikaci, kterou cituje na mnoha místech své práce, pak ovšem neodpovídá uvedená strana, není tedy možné dohledat, zda uvedený doslovný citát je přesný a odpovídá skutečnosti.
- s. 62 Zákon 271/2007 chybí v seznamu literatury – navíc jde o překlep či nepřesnost – tento zákon se týká šíření pornografie nikoli regulačních poplatků
- s. 65 Zákon č. 298/2011 Sb. – chybí v seznamu literatury
- s. 80 (Elterlein I, 1984, in Kotek, Nyklíček s.440) – správné jméno autora je Ladislav Niklíček (...in: Elterlein I, 1984 s....)
- s. 97 (Elterlein a kol, III 1984, in Zeman s. 201)
- s. 99 (Vepřek, Vepřek Janda, s.15) – chybí rok vydání
- s. 125 (Piroska Östlin & Finn Diderichsen, Stockholm, 2001) – chybí v seznamu
- s. 126 (Projet Kulatý stůl, Zdravotnictví za hranicemi: Přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích, Praha 2009, s.60) - nestandardní a zavádějící citace – takto není v seznamu literatury
- 127 (Projekt Kulatý stůl, Přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích, Praha 2009) – chybí v seznamu literatury.
- s. 128 (viz vyhláška DH/EO4/97 n 841 z 31. Prosince 1997) – není v seznamu literatury
- s. 130 Zdravotní politika a ekonomika, č. 8/2004 – chybí v seznamu literatury; neúplná citace
- s. 124 – 135 Úvodní část kapitoly 11.1. Determinanty zdraví - zahrnuje rozsáhlé přímé citace, z nichž některé jsou převzaty jako sekundární citace z publikací WHO. Nejsou však vůbec uvedené v seznamu literatury. Některé z nich navíc nejsou dohledatelné, zřejmě vzhledem k jejich stáří.
- s. 138 (Health Behaviour in School-aged Children, 2010) – chybí v seznamu literatury
- s. 139 – WHO 2011, WHO 2012 – chybí v seznamu literatury a větší specifikace odkazu
- s. 166 - (Zkušenosti ze zahraničí – podněty a informace z mezinárodní konference „Integrované služby a podpora stárnutí v komunitě - Podpora rozvoje komunitních zdravotních a sociálních služeb“, 2014) – chybí v seznamu literatury
- s. 195 (Health Behaviour in School-aged Children, s.548) - chybí v seznamu literatury, neúplná citace
- s. 196 (OECD Statistics, Non-Medical Determinants of Health) – chybí v seznamu literatury, neúplná citace

Přímo v seznamu literatury:

ŠTEFLOVÁ, A. Development of Primary Care in the Czech Republic [in Czech], Lékařské listy, 1998222 - *článek nelze dohledat. Proč je citován anglicky, když je psán česky?*
PAPEŽ, Z. Primary Care and Health Care System [in Czech], Zdravotnictví v České republice, 1998 – *proč je citace anglicky, když článek je psán česky? Citace je neúplná.*

V Praze dne 31.3.2015

H. Janečková