

Transformace českého zdravotnictví po r. 1989 – příběh na pokračování (část 1 a 2)

Eva Křížová

The health care system transformation in Czechoslovakia after 1989 – a story to be continued (part 1 and 2). The article describes the health care system transformation in Czechoslovakia that has been initiated shortly after the Velvet Revolution in 1989. The author returns back to the Perestroika health care critics that has accelerated the process of reform. The article presents a broader social and political context and provides details that highlight the importance of marketization in the early transformation period. The article describes the implementation of the mandatory health insurance system including the challenges that the decentralisation in health care has immediately produced. Also, ethical issues and patient rights are mentioned as a part of the overall liberalisation and democratisation. The most recent effort to extend the privatisation in health insurance funds and university hospitals that turned out to fail in 2006 indicates that the political pressure pushing further reforms is permanently present and may re-emerge in a new political or economic situation.

Keywords: Velvet Revolution, health care transformation, health insurance, patients rights, privatisation, population health status, medical ethics

Úvod – sametový kontext

Bezprostředně po dramatických událostech posledního listopadového týdne 1989 byl započat příběh transformace českého zdravotnictví. Na bitevním poli o jeho budoucí podobu docházelo k souboji hodnot a zájmů, z nichž některé byly deklarovány, jiné zůstaly zamlčené. Tento text se snaží přiblížit klíčové momenty tohoto procesu. Je rozdělen do dvou částí.

Událostmi v listopadu 1989 vyvrcholilo období krize socialistického státu a byly zahájeny zásadní společenské, politické a ekonomické změny, jež získaly historický název něžná či později více ustálené označení sametová revoluce. Společenské, politické a ekonomické změny byly v mnohém ohledu diskontinuítní v duchu nového společenského vědomí, avšak samotné předání moci proběhlo v podstatě legálně a bez použití přímého násilí.¹ Ětosem raného polistopadového vývoje byl

¹ Násilí bylo ovšem přítomno při samotném spuštění listopadových událostí, jež bylo vyvoláno útokem ozbrojených složek na protestující shromáždění na Národní třídě. I další dny a týdny byly provázány vysokou mírou nejistoty a napětí.

důraz na nenásilí, mírumilovnost, solidaritu a heslo „nejsme jako oni“, vyjadřující distanci od praktik držitelů moci socialistického režimu. Široký pocit těsné společenské sounáležitosti netrval ale dlouho a záhy se objevily konkurenční výklady událostí, z nichž některé popírají revoluční charakter listopadu 1989 a identifikují jeho události jako pád komunismu nebo politický převrat. Soupeření o suverénní moc v prvních polistopadových týdnech obsahovalo mnoho nejistot ohledně budoucího výsledku. Pro některé lídry a skupiny revoluční situace, potažmo revoluce, skončila v řádu týdnů po listopadu 1989, zatímco jiní chtěli v radikálním postoji setrvat a pokračovat v revolučních činech.

Události roku 1989 a následujících měsíců byly odlišně zažívány i odlišně konstruovány a vyprávěny. Různost narativů se projevila záhy a byla paralelní k současně prožívané většinové euforii ze společenské změny. Široké skupiny populace byly sjednoceny zájmem na společenské změně, současně se ale již vyjevovaly rozdílnosti v tom, jak si změnu představovaly. Důraz na odpuštění mohl být interpretován jako velkorysost a morální nadřazenost, stejně jako alibismus a ochota nechat prorůst staré mocenské struktury do nových útvarů. Spontánní jednotu vážně nahlodaly informace o účasti StB na listopadových událostech a pochybnosti o romantickém výkladu historie. Původní široká politická i pocitová shoda byla záhy narušena brzkými úvahami o rozdělení Československa. Spor o název státu dělil politiky již od začátku r. 1990, kdy se téma názvu republiky stalo jedním z bodů projevů prezidenta Havla v lednu 1990.

Ačkoli sametová revoluce znamená označení pro subjektivně různě prožité a odlišně interpretované procesy,² lze následující vývoj popsat faktickými a okamžitými změnami, z nichž první byly v řádu týdnů. Po zrušení vedoucí úlohy Komunistické strany Československa dne 26. 11. 1989 následovalo brzké zavedení soutěže politických stran ve svobodných volbách, jež se poprvé konaly v roce 1990. Z hlediska vnitropolitického byla zásadním a ve své rychlosti nečekaným problémem neshoda ohledně pokračování Československa v demokratických podmínkách, která vyvrcholila rozpadem a vznikem samostatných státních útvarů Česká republika a Slovenská republika k 31. 12. 1992. Oba se postupně zapojily do mezinárodních struktur NATO (1997 a 2004) a Evropské unie (oba státy 2004). Mezi pozitivní znaky polistopadového vývoje patřil rychlý nástup občanského sektoru na základě nově přijatého Zákona č. 83/1990 o sdružování občanů.

V ekonomické sféře byl započat proces transformace centrálně řízené ekonomiky na tržní hospodářství. V první polovině následující dekády byl zahájen proces

² J. Krapfl, *Revoluce s lidskou tvář. Politika, kultura a společenství v Československu v letech 1989–1992*, Cornell University 2013.

privatizace státního majetku v podobě malé i velké privatizace³ a došlo k přijetí prvních zákonů k restitucím majetku, znárodněného v roce 1948, a jeho opětovnému předání do rukou původních vlastníků či jejich potomků (zákon č. 403/1990 Sb. o zmírnění následků některých majetkových křivd). V ekonomicky málo podstatné malé privatizaci, ukončené již v r. 1993, se jednalo o dražby malých podniků do rukou konkrétních zájemců. Rozhodující význam pro převod státního majetku do soukromých rukou měla velká privatizace, jež obsahovala více forem, včetně kupónové privatizace a privatizačních projektů.

Přes existující rostoucí neshody měla společenská liberalizace, započatá listopadem 1989, poměrně dlouhou masovou lidovou podporu a legitimitu. Emočně bylo období 90. let charakterizováno většinovým nadšením z pádu režimu, který neuspokojoval potřeby základních lidských svobod projevu, sdružování a podnikání. Značná část populace chovala optimistické naděje z nově nastavených možností, zejména v podobě cestování, vzdělávání a soukromého podnikání, které se až později ukázaly jako ne všem dostupné. Výchozí pozice České republiky byly i mezinárodně hodnoceny jako vysoké a Česká republika byla při svém vzniku vnímána jako nejúspěšnější středoevropská demokracie.⁴ Toto počáteční naladění vedlo k optimismu a vysoko nastaveným laťkám společenské transformace, co se týče rychlosti a výsledků.

Kritické reflexe a první skepse se objevovaly již od r. 1990. Romantický výklad listopadu 1989 utrpěl rovněž úvahami sociologa Iva Možného, který již v r. 1991 podal fundovanou a přesvědčivou analýzu „pádu“ komunismu.⁵ Objevují se termíny jako ukradená revoluce nebo takzvaná revoluce. Zpráva vlády o stavu české společnosti z r. 1999⁶ utvrzuje, že listopadová revoluce byla motivována potřebou obnovení svobody, současně ale upozorňuje na nedostatky, jež se vyjevily v transformačním období. Mají podle Zprávy „komplexní“ charakter a stávají se terčem oprávněné kritiky, byť základní trend vývoje je nadále potvrzován jako správný. Mezi nedostatky patří „právní nejistota a snížená vynutitelnost práva, riziko/fenomen korupce a absence finanční policie a finanční prokuratury“.⁷ Mezi negativními jevy Zpráva konstatuje nepříznivý vývoj celkové kriminality na území České republiky

³ Zákon č. 427/1990 Sb., o převezech vlastnictví státu k některým věcem na jiné, právnické nebo fyzické osoby (tzv. malá privatizace) a Zákon č. 92/1991 Sb., o podmínkách převodu majetku státu na jiné osoby (tzv. velká privatizace).

⁴ *Zpráva vlády o stavu české společnosti*, Praha 1999, s. 9.

⁵ I. Možný, *Proč tak snadno*, Slon: Praha 1991.

⁶ *Zpráva vlády*.

⁷ Tamtéž, s. 3.

v devadesátých letech.⁸ Ekonomiku popisuje jako nestabilní, zejména proto, že se nepodařilo naplnit jeden z hlavních předpokladů, a sice vytvořit miliony drobných vlastníků jako sociální a politickou oporu lidového kapitalismu.⁹ Kupónovou privatizaci líčí jako neúspěšný experiment a privatizaci jako „přeprodávání různým finančním skupinám“ a tunelování.¹⁰ Průběh je popisován jako živelný a za hlavní riziko je označeno netransparentní propojení podnikové sféry s bankami a investičními fondy. Zpráva vydaná sociálnědemokratickou vládou nemohla opomenout situaci zaměstnanců a rodin s dětmi, kterou chápe jako neuspokojivou. Poprvé se hovoří o nespravedlivém rozložení zisků a ztrát ze společenské změny. Ve Zprávě je rovněž vyjádřeno jisté zklamání nad tím, že „výhodné startovní podmínky ČR při zvolené strategii transformace nejen nebyly dostatečně využity, ale naopak byly promarněny“.¹¹

Oslavy třicetiletého výročí listopadu 1989 ukázaly, že přetrvává silná symbolika a nostalgie spojená s těmito událostmi a jejich ideály „pravdy a lásky“. Česká ekonomika je hodnocena jako výkonná, rostoucí a stabilní, existuje názorová pluralita, ale ubývá celospolečenská shoda. Ve stejném jubilejním roce 2019 byly spuštěny masové projevy občanské nespokojenosti, např. aktivitami hnutí Milionu chviliek. Opoziční hnutí občanské společnosti naznačuje obavy mnohých z dalšího vývoje a udržení hodnot a ideálů společenské proměny roku 1989, zejména z kumulace politické, ekonomické a mediální moci a omezování rovných příležitostí. Různorodost názorů je až dosud vyjadřována demokratickými způsoby a řešena demokratickými prostředky, což je nejvýznamnějším mementem sametové revoluce. Objevují se příklady obtížně smířitelných postojů k vybraným otázkám, např. migraci, v jejichž pozadí jsou propastné rozdíly v životní úrovni. Vznikají sociálně deprivované oblasti a objevují se výzkumné studie chudoby.¹² K odkazu listopadu 1989 se svým názvem vztahuje i nejnovější sociologická studie třídních a sociálních rozdílů, symbolicky nazvaná „Rozdělení svobodou“.¹³ Nově pojmenovává sociálně třídní struktury a sděluje, že se v listopadu 1989 začaly rozcházet životní cesty nejen Čechů a Slováků, coby příslušníků dvou dříve propojených národů, ale i Čechů,

⁸ Tamtéž, s. 15.

⁹ Tamtéž, s. 37.

¹⁰ Tamtéž, s. 37–38.

¹¹ Tamtéž, s. 23, 54.

¹² J. Večerník – M. Mysíková, *Chudoba v České republice*, Sociologický ústav AV ČR: Praha 2015; D. Prokop, *Slepé skvrny: O chudobě, vzdělávání, populismu a dalších výzvách české společnosti*, Host: Praha 2019.

¹³ D. Prokop – P. Tabery – M. Buchtík a kol., *Rozdělení svobodou. Česká společnost po 30 letech*, Radioservis: Praha 2019.

coby občanů jednoho státního útvaru. Současně obě země nedílně vrůstají do globálního společenství a jsou zasaženy problémy celosvětového charakteru, ať již ekologického, zdravotního, ekonomického, politického či sociálního, čehož je neklamným příkladem koronavirová epidemie, jež ochromila společenský a ekonomický život od jara 2020.

1989: Moment odrazu – perestrojková kritika zdravotnictví

Transformace zdravotnictví je pevně spjata se společensko- a ekonomicko-politickými změnami období 1990–1992, jež tvoří její nepominutelný kontext. Právě v těchto letech došlo k zásadním rozhodnutím a přijetí nové určující legislativy. Byla rovněž zásadně ovlivněna emočním okouzlením z nabyté svobody a snahou opustit kritizované centralizované způsoby společenských řešení. Na rozdíl od jiných středo- a východoevropských zemí bývalého socialistického bloku začala diskuse na téma reformy československého zdravotnictví okamžitě v listopadových dnech roku 1989, kdy se začala scházet spontánně vzniklá pracovní skupina, v lednu 1990 etablovaná ministrem Klenerem, jako SKUPR, Skupina pro reformu. Její základ tvořili odborníci na problematiku zdravotnictví z Ústavu sociálního lékařství a organizace zdravotnictví (ÚSLOZ), dále lékaři, ekonomové a další zainteresovaní představitelé jiných oborů. Již v lednu 1990 byly předloženy Teze k programu zdraví, v květnu byl k veřejné diskusi předložen Návrh reformy péče o zdraví a v prosinci téhož roku byl vládou schválen Návrh nového systému zdravotní péče. Obsahoval třináct ambiciózních a ne zcela sluchitelných bodů, čímž naznačoval, že vize budoucího zdravotnictví obsahuje jak tržní tendence, tak silně solidární prvky vyžadující společenskou regulaci. Prioritami bylo uchování společenské a státní odpovědnosti, ale současně značná emancipace občana. Počítalo se s decentralizací řízení a vytvořením prostoru pro konkurenci. Financování se mělo opírat o více zdrojů a základem péče se měla stát primární a ambulantní péče. Řešení bylo spatřováno v uchování povinného zdravotního pojištění v nových organizačních podmínkách (více pojištěn). Koncepční návrh vycházel z nové dělby odpovědností a kompetencí mezi státem, regionální a místní veřejnou správou, trhem a občanským sektorem. Důraz byl kladen na mezisektorovou a mezioborovou spolupráci a transformace zdravotnictví měla být součástí široké obnovy a podpory zdraví. Klíčová nová legislativa přijatá v letech 1991–1992 umožnila spustit již v r. 1993 v podstatě naplno systém všeobecného, později od r. 1997 veřejného zdravotního pojištění.

Rychlé zahájení transformace bylo umožněno zejména tím, že se o krizi zdravotnictví hovořilo již v pozdním období socialismu. V listopadu 1989 bylo možné navázat na kritiku zdravotnictví z 80. let, jež sice probíhala spíše v uzavřených odborných kruzích a bez všeobecné publicity, nicméně zakládala odrazový můstek pro

rychlou transformaci. V částečně uvolněné atmosféře perestrojky byly tehdejší Ústavem sociálního lékařství a organizace zdravotnictví (ÚSLOZ) vypracovány dvě souhrnné prognózy zdraví populace,¹⁴ které již přinášely značně kritické závěry. Podle nich došlo v 80. letech ke stagnaci působení socialistického zdravotnického systému, který se nejprve jevil jako velmi efektivní. Zpráva konstatovala, že v ukazatelích střední délky života nedošlo od 60. let k nijak výraznému prodloužení. Na zmrazení střední délky života se podílela vysoká úmrtnost mužů ve středním věku (50–55 let) na kardiovaskulární onemocnění, hlavně akutní infarkt myokardu. Ale i ostatní ukazatele úmrtnosti a akutní a chronické nemoci se vyvíjely nepříznivě. Závěry zpráv konstatovaly, že došlo k ohrožení národního zdraví a že nemocnost všech skupin populace má narůstající charakter. Hrozbou byly především tzv. civilizační choroby, související s životními podmínkami a stylem života – rakovina, kardiovaskulární onemocnění, alergie a metabolické poruchy, zejména cukrovka, poruchy a nemoci pohybového aparátu a psychická onemocnění. Socialistický systém byl přes svou vysokou dostupnost péče a přes svůj apel na prevenci a kontrolu populace vyhodnocen jako neefektivní. Srovnání se systémy západní Evropy ukázalo, že dokáží pružněji reagovat na měnící se nemocnost a nové potřeby zdravotnických služeb. V roce 1980 činil rozdíl střední délky života československých mužů téměř sedm let oproti střední délce života mužů nejvyspělejších zemí. Do roku 1985 nedosáhla tato hodnota u mužů v žádné věkové kategorii ani celkově úroveň tohoto ukazatele z roku 1960. Střední délka života mužů nad 30 let v ČR a nad 20 let v SR byla v roce 1985 nižší než v roce 1937 a počínaje šedesátiletými zůstala prakticky na úrovni let 1929–1931. U slovenských mužů byl patrný obdobný vývoj. Nepříznivý byl i ukazatel úmrtnosti, hlavně u mužů produktivního věku. Úmrtnost na všechny příčiny převyšovala evropský standard o 14 % v roce 1970 a o 26 % v roce 1980.

Vývoj střední délky života u žen byl poněkud příznivější, i když z mezinárodního hlediska bylo zaostávání také patrné. U žen se absolutní hodnoty sice nepatrně zvýšily, ale oproti jiným zemím bylo toto zvýšení celkem neznatelné. Rozdíl střední délky života činil 6,5 roku v neprospěch československých žen. Dále došlo k celkovému výraznému zvýšení nemocnosti o 30,3 % u mužů a 46,3 % u žen. I další ukazatele, jako hodnocení nemocnosti, spojené s pracovní neschopností, vývoj invalidizace, indexy zdraví, vypovídaly na konci 80. let o postupném zhoršování zdravotního stavu československého obyvatelstva a o ohrožení národního zdraví.¹⁵

¹⁴ V. Bílek a kol., *Souhrnná prognóza o zdraví lidu*, ÚSLOZ: Praha 1985; V. Bílek, *Zpřesněná verze prognózy o zdraví lidu. Rozvoj péče o zdraví lidu*, ÚSLOZ: Praha 1987.

¹⁵ Tamtéž.

Nebyly to jen chabé výsledky zdravotnického systému, ale i samotné jeho vstupy a procesy, které byly předmětem perestrojové kritiky. Především to bylo nápadně nedostatečné financování, jež vyjádřeno relativním ukazatelem dosahovalo zhruba poloviny procenta hrubého domácího produktu vynakládaného evropskými zeměmi. V r. 1989 to bylo 4,2 % československého hrubého domácího produktu (v případě České socialistické republiky zdroje uvádějí 5,4 %¹⁶), ve srovnání se 6,9 % britského systému či s 9 % německého či francouzského zdravotnictví. Omezené zdroje a politicko-organizační bariéry socialistického hospodářství vedly k tomu, že československé zdravotnictví zaostávalo v technologickém vybavení. Také sortiment léků byl určen výrobou socialistického tábora a jen v omezené míře a pouze pro privilegované osoby či jedince zaangažované v sítích neformálních směn byly k dispozici léky západních producentů. Dalším nedostatkem z hlediska ekonomického byla neprůhlednost finančních toků, absence přímé odpovědnosti za užití zdrojů, nejasnost cen služeb a produktů a tendence k plýtvání v důsledku veřejného vlastnictví. Kritizován byl rovněž resortismus, oddělení zdravotnické problematiky od sociální a ekologické. Zpřesněná verze prognózy „Rozvoj péče o zdraví lidu“¹⁷ se již vyjadřovala k nezbytným organizačním opatřením a změnám, aby československé zdravotnictví zvýšilo svou působnost.

Z hlediska etického a sociálního byl kritizován totalitární charakter vztahu mezi zdravotníky a nemocnými, nedostatečný respekt k autonomii nemocného, představa, že nemocný musí ve všem a ochotně akceptovat, co se mu nabízí či co se na jeho těle provádí. Velmi rozšířené bylo využívání známostí, klientelismus/protekcionismus a poskytování protislužeb, darů a úplatků. Jako zcela zásadní byl počátkem 90. let vnímán apel na práva pacientů a právo na svobodnou volbu lékaře a zdravotnického zařízení. Jak již bylo zmíněno, byla reforma zdravotnictví v počátcích rýsována velkoryse a všestranně, jako projekt usilující o radikální zlepšení zdravotního stavu populace, celkové zvýšení efektivity, ale i humanizaci zdravotnictví a jeho propojení se sociální péčí a životním a pracovním prostředím.¹⁸ Zjevnými prioritami bylo prodloužit střední délku života, učinit prevenci nemocí a podporu zdraví účinnější, zvýšit kvalitu péče, inovovat technologické vybavení a dostupnost farmakologických produktů, zefektivnit ekonomické procesy, rozvolnit rigidní organizační strukturu zdravotnického systému a uznat etické principy vyhlášením práv pacientů. Součástí transformace zdravotnictví, jež byla společensko-politickým procesem, byly ale vedle deklarovaných cílů od samého počátku také mnohé latentní, veřejně neartikulované záměry. Mezi ně nepochybně patřila snaha posílit status lékařského stavu,

¹⁶ *Vývoj zdravotnictví České republiky po r. 1989*, ÚZIS: Praha 2010, s. 44.

¹⁷ V. Bílek a kol., *Zpřesněná verze*.

¹⁸ *50 let Zdravotnických novin*, Praha 2002, s. 55.

který byl do značné míry uměle nivelizován v egalitární socialistické společnosti s proklamativně vedoucí úlohou dělnické třídy. „Do popředí zájmu politiků se dostal tlak na zvýšení finančních prostředků pro zlepšení platů ve zdravotnictví i pro nezbytné transformační náklady (růst cen léků, nákup moderních přístrojů, chystaná privatizace majetku).“¹⁹ Panoval názor, že „personál byl v posledním pětiletí minulého režimu pauperizován“, a přiznávala se existence šedé ekonomiky ve zdravotnictví. „Existovaly nezdaněné příjmy, nezdaněné honoráře. Lidé věděli, kde seženou kvalitní maso, jako věděli, kde seženou kvalitního lékaře, kvalitní léky. Byli ochotni za to zaplatit. Říkalo se tomu úplatky, byly to transakce, které se vyhýbaly platnému daňovému systému.“²⁰

Převod majetku ambulantní sféry do rukou lékařů a jiných zdravotníků a změna jejich postavení ze zaměstnance na osoby samostatně výdělečně činné nastaly privatizací zdravotnických organizací, jež se připravovala „za vzrušené atmosféry“.²¹ Rozvolněním tuhého státního dirigismu vznikl prostor pro snadný vstup světových farmaceutických firem či producentů zdravotnické techniky a zdravotnických prostředků a pomůcek na nové trhy střední a východní Evropy.

Při úvahách o transformaci státního zdravotnictví se v Československu nabízely dvě základní strategie. První možností bylo demokratizovat státní zdravotnictví podle vzoru britské Národní zdravotní služby. Jako výhody tohoto systému byly zmiňovány jeho celkově nižší náklady díky racionalitě a důsledné kontrole nabídky i poptávky. Ovšem idea státního zdravotnictví nerezonovala s duchem doby, pro nějž byla příznačná deetatizace v maximálně možném rozsahu a otevření trhu. Koncept klíčové úlohy všeobecných (praktických) lékařů jako těch, kdo koordinují ambulantní péči a jsou jejím základem, narazil u nás na emancipační snahy ambulantních specialistů. Rozhodnutí vlády se nakonec přiklonilo na stranu druhého zvažovaného modelu, jímž bylo všeobecné zdravotní pojištění bismarckovského typu po vzoru Německa. Emočně a symbolicky důležitý byl argument, že touto strategií se navazuje na světlý odkaz masarykovské první republiky, v níž existovala kombinace veřejného a soukromého pojištění. Tyto základní evropské modely, beveridgovský a bismarckovský, jsou si z hlediska podstaty více podobné než odlišné, neboť oba jsou založeny na principu sociální solidarity a spravedlnosti.²² V bismarckovském povinném pojištění ale zajišťují zdravotní péči značně autonomní zdravotní pojišťovny, víceméně oddělené od státního rozpočtu, zatímco v britském modelu jsou to instituce veřejné správy, jež alokují peníze, což příliš připomínalo instituce krajských

¹⁹ Tamtéž.

²⁰ Dialog o transformaci s Martinem Bojarem (2014), <http://ipkid.cz/>, staženo 10. 2. 2020.

²¹ *50 let Zdravotnických novin*, s. 55.

²² E. Křížová, *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*, Dvořák/Šebek: Praha 1998.

a okresních národních výborů. V českém prostředí v r. 1990 byla pocítována snaha rozejít se s minulostí a obnovit funkce pojišťoven z masarykovského období. Diskuse o transformaci po r. 1989 byla tedy u nás značně ovlivněna národní historií a připomenutím pozitivně líčeného pojišťovacího systému za první republiky. Mohla to být právě oživená vzpomínka na světlou etapu samostatné české historie, která ovlivnila rozhodování o strategii transformace českého zdravotnictví směrem k modelu zdravotního pojištění.²³ Stejně tak se ale na konečném politickém rozhodování mohly již podílet ony nevyslovené a různorodé skupinové zájmy, neboť ve více uvolněném a pluralitním pojišťovacím systému měly větší šanci se realizovat než v demokratizovaném, ale stále státem ovládaném zdravotnictví.

1992: Rychlý start

Nový systém byl pilotně spuštěn na počátku r. 1992, ale připravoval se v průběhu let 1990–1992 nejprve tvorbou seznamu zdravotních výkonů a přiřazením bodového ohodnocení. Jednalo se o tzv. Experiment R, vedený MUDr. Roithovou, tehdy působící ve FN Královské Vinohrady, který vyústil v nařízení vlády ČR 216/1992 Sb., tzv. Zdravotní řád a Vyhlášku MZ ČR 258/1992 Sb. Již v květnu 1991 byl předložen návrh „Způsoby a cesty vybudování Všeobecné zdravotní pojišťovny v pojetí INSOP“,²⁴ vytvořena Správa pro všeobecné zdravotní pojištění a přijat Zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně, na jehož základě byla zřízena s účinností od 1. 1. 1992 (první ředitel JUDr. Pasternak), a Zákon č. 550/1991 Sb. o všeobecném zdravotním pojištění. Finanční prostředky pro první rok období fungování VZP (1992) byly zajištěny ze státního rozpočtu, ale od dalšího roku již byl v platnosti Zákon 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

Původní Návrh nového systému možná nepočítal s existencí většího počtu pojišťoven, ale zmiňoval vytvoření konkurenčních poměrů ve zdravotnických službách.²⁵ Myšlenka, že by vedle Všeobecné zdravotní pojišťovny existovaly další zaměstnanecké

²³ L. Niklíček, *Systém veřejného zdravotnictví a nemocenského pojištění za první československé republiky*, Lidová universita J. A. Komenského: Praha 1994; L. Niklíček, *Přehled dějin českého lékařství a zdravotnictví. I. díl (do roku 1945)*, Institut pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů: Brno 1989; Z. Papeš a kol., „Před schvalováním projektu zdravotní pojišťovny“, *Bulletin MZ ČR* 6, 1991, s. 3–6.

²⁴ Zkratku INSOP se nepodařilo spolehlivě dešifrovat, patrně znamená integrované sociální pojištění.

²⁵ *Návrh nového systému zdravotní péče*, 1990, s. 7.

fondy, se v rané fázi společenské proměny rychle ujala a bylo o ní brzy politicky rozhodnuto Zákonem 280/1992 Sb. o resortních oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách (dále zákon o zaměstnaneckých pojišťovnách). Decentralizace se projevila i v rychlém zrušení krajských a obvodních/okresních ústavů národního zdraví (KÚNZ a OÚNZ) (tzv. Experiment E) a privatizací zejména ambulantních zdravotnických zařízení Zákonem č. 160/1992 o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních (dále zákon č. 160 Sb.). „V roce 1991 vstoupila v platnost vyhláška MZ ČR č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi, která legalizovala decentralizaci okresních ústavů národního zdraví v menší, ekonomicky samostatné celky (právní subjekty). Tento proces byl zhruba ukončen v 1. čtvrtletí roku 1992.“²⁶ Privatizace probíhala formou privatizačních projektů vypracovaných zájemci o jednotlivá zařízení, figurující na seznamu zařízení připraveném okresními úřady.²⁷ Zatímco v r. 1989 existovalo necelých 8 tisíc zdravotnických zařízení, do konce r. 1993 to již bylo více než 17 tisíc samostatných subjektů.²⁸

Na straně plátců převzaly dominantní úlohu zdravotní pojišťovny, s nimiž začali poskytovatelé prostřednictvím svých reprezentantů vstupovat do smluvních vztahů. Mechanismem domluvy se namísto přímé státní ingerence stalo tzv. Dohodovací řízení na kalendářní rok (nyní podle Zákona 48/1997 Sb., § 17, odstavce 6) mezi reprezentanty pojišťoven a sdruženími poskytovatelů podle hlavních segmentů péče (praktičtí lékaři, specialisté, dentisté, laboratorní komplement, velké a malé nemocnice, domácí zdravotní péče včetně fyzioterapie, ergoterapie a klinické logopedie, zdravotnická záchranná služba a doprava, lékárenská a lázeňská péče). Po dosažení dohody je vypracována rámcová smlouva, vydaná jako Vyhláška MZ ČR, podle níž jsou uzavírány dílčí smlouvy s jednotlivými poskytovateli. Garantem procesu je Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Trh jako mantra, solidarita jako dědictví

Transformace českého zdravotnictví byla rovněž silně ovlivněna aktuálně probíhající panevropskou diskusí o reformách zdravotnického systému, jež byla obecně ve znamení neoliberalismu. Na počátku 90. let kulminoval v zemích západní Evropy zájem o prozkoumání možností trhu a naprostá většina evropských zemí se snažila

²⁶ *Vývoj zdravotnictví České republiky po r. 1989*, s. 28.

²⁷ M. Bojar, „Postup odstátnění a privatizace zdravotnictví v ČR“, *Bulletin MZ ČR* 7, 1992, s. 7–8.

²⁸ *Vývoj zdravotnictví České republiky po r. 1989*, s. 29.

určitým způsobem tržní prvky zakomponovat do veřejného zdravotnického systému.²⁹ Trh se stal novým paradigmatem reforem zdravotnických systémů 80. a 90. let v celém průmyslovém světě. Okouzlení trhem bylo násobeno aktuální společenskou proměnou. Byl adorován jako záruka plurality, flexibility, orientace na uživatele, svobodné volby, maximální kvality a rychlé inovace. Ve slovníku se namísto pacientů objevil nový pojem „klient“, jímž měl být potvrzen význam aktivní, spíše než konzumní úlohy spotřebitele zdravotních služeb. Devadesátá léta byla ve znamení tržní rétoriky, slibující vyšší kvalitu služeb a lepší využití zdrojů jako protipól plýtvání a nezájmu v anonymním systému veřejného vlastnictví. Tržní ideologie byla v českém prostředí popularizována jako opora demokracie a záruka spravedlnosti.³⁰ Objevily se parciální snahy o silnější privatizaci a ekonomizaci zdravotnictví, ale získaly jen malou podporu veřejnosti. Rovněž Listina základních práv a svobod ČR v čl. 31 zmiňuje právo občanů na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky na základě veřejného pojištění za podmínek stanovených zákonem. Z těchto důvodů se snaha o komercializaci českého zdravotnictví stala spíše latentní a viditelně, byť ne natrvalo, se zmírnila ke konci 90. let.

Myšlenka trhu, která se do českých diskusí dostala s odstupem nejméně deseti let oproti západní Evropě, vstoupila na nezkušený terén, který neměl vybudované obranné mechanismy ani dostatečnou zkušenost s trhem obecně. Celá společnost procházela maximálně zranitelným údobím politické, ekonomické a morální změny, kdy staré stereotypy padaly a vznikla potřeba jejich prázdné místo urychleně naplnit. Velkou neznámou bylo, jak nově v demokratických podmínkách formulovat „veřejný zájem“ a jak jej obhájit. Veřejné bylo snadno ztotožňováno se státním, vůči kterému se projevila silně odštědivá tendence a odpor po desetiletích totalitárního režimu. Soukromé bylo naopak příliš úzce nahlíženo jako komerční a výdělečné a přehlíženy zůstaly neziskové varianty soukromého působení. Liberální ideologie našla v českém prostředí obzvláště silnou podporu veřejnosti, a tak není divu, že myšlenka trhu ovládla průběh transformace zdravotnictví po vítězství ODS v r. 1992, přestože původní plán akcentoval i jiné postupy a úkoly než privatizaci zdravotnických zařízení. Hodnoty trhu, který tematizuje zájmy privátní, individuální a skupinové, byly pociťovány jako legitimní, žádoucí a všeobecně srozumitelné. Pouze malá část spíše mladších respondentů byla pro nepovinné pojištění (cca 8 % populace).³¹ Taková varianta byla ale neslučitelná s evropským standardem. Rétorika trhu byla

²⁹ E. Křížová, „Trh a zdravotnictví“, in: J. Šimek – V. Špalek – E. Křížová a kol., *Etické aspekty transformace zdravotnictví ČR*, Karolinum: Praha 2002, s. 97–114.

³⁰ J. Kinkor, *Trh a stát*, Svoboda: Praha 1996, s. 61.

³¹ Nepublikovaný materiál k otázkám organizace zdravotnictví bez bibliografické reference, provedeno v rámci Výběrového šetření o zdravotním stavu české populace –

velmi hlasitě nesena proponenty tehdejší pravicové vlády a vedla ke zpochybňování základních principů solidárního pojištění. Proto měla myšlenka trhu ve zdravotnictví v naší společnosti vždy také své zásadní odpůrce.

Charakteristickým rysem českého přístupu byla na počátku 90. let dvojaká snaha zachovat stávající přístup ke zdravotní péči bez velkých finančních bariér, na straně druhé zde bylo jasné úsilí skokově zvýšit kvalitu zdravotní péče technologickou modernizací, otevřením trhu s léky a zavedením svobodné volby lékaře a zdravotní pojišťovny. Tato dvojnásobnost se odrazila i v politických debatách a rozhodnutích. Zatímco autoři Massaro, Němec a Kalman v r. 1994 píší, že „Česká republika je mezi těmi zeměmi bývalého Varšavského paktu, které nejagresivněji podporují konkurenci a tržní reformu, již rozšiřují i do oblasti zdravotnictví...“,³² ministr zdravotnictví té doby Luděk Rubáš (ve funkci od 1. ledna 1993 do 6. června 1996) o něco málo později strážlivě hodnotí situaci tím, že „nikdy nechtěl zavádět do zdravotnictví ryze tržní systém“.³³ Česká situace 90. let tak v mnoha směrech obsahuje anomické prvky – občané vyjadřují zájem o změnu, podporují soutěž a svobodu, ale nejsou příliš ochotni převzít osobní odpovědnost za zdraví. Snaha propojit ambivalentní prvky získala označení liberalismu se státním větrem v zádech.³⁴ Právě v České republice byla zjištěna evidentně nejsilnější tendence směřovat typicky zásluhové principy distributivní spravedlnosti s normami typickými pro rovnostářskou ideologii.³⁵ Na jedné straně projevovali Češi značně liberální postoje, na straně druhé kořenily tyto nové postoje v historické rovnostářské tradici.³⁶

Při bližším studiu upozorujeme, že myšlenka trhu byla naroubována na v zásadě nezpochybněný solidární systém sociálního a zdravotního zabezpečení. Myšlenka trhu tak doznala svého nejsilnějšího výrazu především v rozhodnutí o privatizaci zdravotnických zařízení Zákonem 160/1992 Sb. a ve schválení zákona o „zaměstnaneckých pojišťovnách“. Ty vznikly jako soukromoprávní subjekty, ale k jejich založení je třeba povolení, o jehož udělení rozhoduje Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí (§ 3(1) Zákona 282/1992). Původní představou bylo, že budou konkurovat Všeobecné zdravotní pojišťovně a navzájem udržovat

HIS 1993. Odpovědi týkající se zdravotnického systému nebyly součástí publikovaného výstupu *Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace HIS ČR 93*, ÚZIS: Praha 1995.

³² T. A. Massaro – J. Němec – I. Kalman, „Health system reform in the Czech Republic: Policy lessons from the initial experience of the General Health Insurance Company“, *JAMA (Journal of American Medical Association)* 271, 1994, s. 1870.

³³ „Rozhovor s ministrem zdravotnictví Luděkem Rubášem“, *Týden* 4, 1995, s. 28.

³⁴ M. Potůček a kol., *Strategické vládnutí a Česká republika*, Grada: Praha 2007, s. 156.

³⁵ P. Matějů, *Percepce sociální spravedlnosti*, Foundation Start: Praha 1995, s. 44.

³⁶ J. Křen, *Historické proměny češství*, Karolinum: Praha 1992.

systém v co nejlepším stavu ekonomické i léčebné efektivity. Existence dalších zdravotních pojišťoven vedle Všeobecné zdravotní pojišťovny, zřízené zákonem již v r. 1991, měla garantovat volbu pro pacienty, pluralitu a konkurenci mezi plátcí i poskytovateli. Soutěž se měla realizovat jednak o zaregistrované klienty prostřednictvím rozdílných rozsahů nabízených služeb, jednak o poskytovatele rozdílnou hodnotou bodu zdravotních výkonů.

Předpokladem bylo, že zdravotnická zařízení i individuálně působící lékaři budou mít zájem navazovat smluvní vztahy s pojišťovnami, které nabízejí vyšší hodnotu bodu a pacienti si budou volit pojišťovny, které nabídnou více služeb (například v oblasti prevence). V tisku byly publikovány s pravidelnou frekvencí v krátkých časových intervalech hodnoty bodu^{37, 38} jednotlivých pojišťoven, připomínající akciový trh, a rozsahy jejich pojistných plánů. Výsledkem tohoto tržního vývoje v rámci povinného zdravotního pojištění mělo být vytvoření sítě ekonomicky, manažersky a klinicky úspěšných poskytovatelů péče a plátců a vypuzení těch, kteří nejsou schopni poskytovat zdravotní péči ekonomicky.

V první, málo regulované fázi po uvedení zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách do praxe v r. 1992 došlo k masivnímu přehlašování klientů od VZP k těmto novým subjektům. Až 35 % občanů ČR se odhlásilo od VZP, nicméně poté se tento podíl nadlouho ustálil. Ke změně pojišťovny vedly také nabídky nadstandardních služeb zaměstnaneckých pojišťoven nad rámec všeobecného zdravotního pojištění, jež se orientovaly na příjmově silné střední generace v dobrém zdravotním stavu. Zaměstnanecké pojišťovny byly ze zákona otevřené každému občanovi, ale v prvním krátkém období po jejich vzniku docházelo s jistou pravděpodobností k neformální selekci pojištěných osob (mj. prostřednictvím nabídky nadstandardních služeb) a k tomu, že osoby s vysokou nemocností (např. senioři) byly skrytým způsobem odmítány. Preventivní programy, úhrady nadstandardních typů očkování, příspěvky na antikoncepci a další služby byly šity na míry spíše mladším věkovým skupinám a příjmově nadprůměrné, vzdělanější a spíše zdravé populaci. „Při neexistenci regulace a kontrolních mechanismů... začalo neúměrné soutěžení o pojištěnce, např. formou nereálných příslibů úhrad za zdravotní péči.“³⁹ Od samého počátku existovalo mezi pojišťovnami přerozdělování prostředků pro vyrovnání rozdílů ve skladbě pojištěnců na základě Zákona č. 592/1992. Sb. o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ale v období 1993–2004 se týkalo jen 60 % vybraných zdrojů podle počtu státem pojištěných osob se zohledněním věku nad 60 let. Nebyla stanovena dostatečně

³⁷ M. Čerbák – J. Daňhová, „Bude bod 25 haléřů?“, *Zdravotnické noviny* 42, 1993, č. 21, s. 3.

³⁸ J. Řezáč, „Hodnota bodu u VZP zůstává na 53 haléřích“, *Zdravotnické noviny* 45, 1996, č. 1, s. 1.

³⁹ *Vývoj zdravotnictví České republiky po r. 1989*, s. 40.

efektivní kritéria pro rozdělování na základě nákladovosti, což umožnilo některým pojišťovnám sklízet výhody z lepší věkové a příjmové struktury svých pojištěnců (tzv. sbírání smetany – cream skimming).

Koncepce zaměstnaneckých pojišťoven měla své principiální kritiky, ale uspokojovala potřebu volby a variability, jež byla v té době v české populaci vysoká. Během krátkého období vzniklo na území České republiky celkem 27 zdravotních pojišťoven (26 zaměstnaneckých/regionálních a VZP, některé zdroje uvádí 29 pojišťoven).⁴⁰ Podle názoru některých odborníků sehrály zaměstnanecké pojišťovny skrytou úlohu při realizaci skupinových ekonomických zájmů jako „transformační“ nástroj pro tunelování v první polovině 90. let.⁴¹ Zatímco VZP podléhala přísným regulím, vyplývajícím ze Zákona 551/Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně, zaměstnanecké pojišťovny hospodařily víceméně nekontrolovaně plné tři roky. Pro mnohé byla legalizace zaměstnaneckých pojišťoven právě tím nejvýraznějším projevem trhu. Zaměstnanecké pojišťovny mylně vzbuzovaly zdání soukromého zdravotního pojištění, neboť byly integrovány do základního schématu povinného zdravotního pojištění, a odlišnosti, jež nabízely a v malé míře nabízejí dodnes, se nemohou týkat všeobecně garantované péče.

1997: Razantní postup a brzká krize

Pohled do západní a severní Evropy vedl k nastavení vysoké laťky.⁴² Optimistická atmosféra slibovala zázrak i ve zdravotnictví – ten měl spočívat ve skokovém zlepšení technologické a farmakologické kvality zdravotní péče při zachování široké dostupnosti zdravotní péče. Vývoj ve zdravotnictví šel ale jiným směrem. Poměrně záhy se ukázala neslučitelnost celospolečenských procesů s aspirací zdravotnického systému. Namísto ekonomického boomu, s nímž se jako pozadím počítalo i v transformaci zdravotnictví, nastala „transformační deprese“ let 1991–1992, spojená s poklesem ekonomiky a propadem HDP. Tato skutečnost byla v rozporu s očekáváním rychlého dohnání západoevropského standardu ekonomiky i zdravotnictví.⁴³ V druhé polovině 90. let je zjevná krize a neudržitelnost nastoleného trendu vysoké nabídky, vysoké dostupnosti a zvýšené kvality ve zdravotnictví. Limitované finanční

⁴⁰ Tamtéž.

⁴¹ P. Háva, „Stát nás dezinformuje“, *Zdraví a média*, 4. 3. 2004, <https://zdravi.euro.cz>, staženo 25. 5. 2020.

⁴² J. Daňhová, „Švýcarský systém je nám nejbližší“, *Časopis České lékařské komory* 5, 1996, č. 3, s. 5.

⁴³ *Zpráva vlády*.

prostředky veřejného zdravotnictví, jejichž objem je dán zákonnou výší pojistného, úrovní příjmů a mírou nezaměstnanosti, nemohly stačit na příliš vysokou ambici, navíc v podmínkách deregulace a privatizace. Na konci r. 1995 se objevil první vnitřní dluh veřejného zdravotního pojištění a neschopnost zdravotních pojišťoven proplácet zpětně všechny výkony, vykázané zdravotnickými zařízeními.⁴⁴ Kromě platební neschopnosti pojišťoven se objevily problémy se zajištěním rovné či spravedlivé péče všem občanům. Zaměstnanecké pojišťovny zpočátku čerpaly zdroje na konkurenční výhody z prostředků povinného pojištění, což vedlo k vyčerpání zdrojů potřebných pro zajištění zákonem hrazené zdravotní péče. Někteří poskytovatelé začali odmítat pacienty pojištěné u neplaticích pojišťoven.

O omezené finanční prostředky soutěžila nejen veřejná a soukromá zdravotnická zařízení, jejichž počet privatizací a deregulací enormně narostl, ale také jednotlivé ordinace soukromě působících praktických lékařů a ambulantních specialistů. Do r. 1997 byla naprostá většina zdravotních služeb hrazena výkonovým způsobem a retrospektivně. Na jaře r. 1997 si situace narůstající platební neschopnosti zdravotních pojišťoven a zejména Všeobecné zdravotní pojišťovny vyžádala přijetí nových vyhlášek MZ, měnících financování hlavních skupin smluvních poskytovatelů zdravotní péče. V případě praktických lékařů a nemocnic se jednalo o změnu z retrospektivního – výkonového systému na prospektivní. Mnohé úkony byly agregovány do souhrnné platby – u praktických lékařů (jak pro dospělé, tak pro děti a dorost) to byla platba za zaregistrovaného pacienta v rámci kapitate a v případě nemocnic se jednalo o úhradu za ošetrovací den na nemocničním lůžku v rámci obnovených rozpočtů, jejichž výše ale neodpovídala představám nemocnic. Zatímco v prvních letech existence nového zdravotnictví byly nemocnice financovány zpětně na základě vykazování vykonaných služeb a zákroků, od pololetí 1997 byly financovány na principu historicky dosažených maxim s několikaprocentním nárůstem v příštím roce. Financování se tak začalo odvíjet od úrovně dosažené výkonovým způsobem financování. Vykazování výkonů a příjemců péče (prostřednictvím rodných čísel pacientů) se dál udržovalo i po zavedení rozpočtů pro zpětnou kontrolu, zda nemocnice za zajištěný paušál neposkytuje příliš málo péče nebo jen malému okruhu nemocných. Došlo také ke stanovení limitů pro ambulantní lékaře. Maximum výkonů bylo v r. 1997 stanoveno po přepočtu výkonů na 12hodinovou pracovní dobu. Na podzim r. 1997 byl přijat Zákon č. 48/1997 O veřejném zdravotním pojištění, který plně nahradil Zákon č. 550/1991 Sb. O všeobecném zdravotním pojištění. V tomto zákoně byly některé služby vyřazeny z hrazené péče a došlo k zákazu nabízet nadstandardní služby z prostředků základního pojistného.

⁴⁴ V. Dvořák, „Schodek zdravotních pojišťoven vyšší pěti miliard“, *Zdravotnické noviny* 45, 1996, č. 33, s. 10.

Živelný vývoj byl pozorován v oblasti plátců zdravotní péče. Boom počtu pojišťoven byl krátký a mnohé existovaly jen krátce, neboť již v r. 1997 jich působilo celkem jen 11. Některé zcela zanikly, jiné se sloučily. V r. 1995 došlo k omezení autonomie pojišťoven novelizací zákona o VZP i zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách, jež stanovila závazná pravidla a systém veřejné kontroly. Byly stanoveny podmínky pro tvorbu rezervního fondu a hospodaření s ním a přijata opatření k omezení provozních prostředků a regulaci činnosti zaměstnaneckých pojišťoven, v jejichž důsledku nastal zánik mnohých z nich a sloučení dalších zaměstnaneckých pojišťoven. Zatímco VZP vykazovala v r. 1997 provozní výdaje ve výši 3,25 %, zaměstnanecké zdravotní pojišťovny měly v r. 1997 provozní výdaje v rozsahu 4,18–7,83 %.⁴⁵ Díky regulačním opatřením r. 1997 došlo ke snížení průměrné výše provozních výdajů celého systému z 5,70 % v r. 1993 na 3,16 % v r. 2001.⁴⁶ (Skutečnost, že se podařilo dále snižovat provozní výdaje až na 2,20 % vybraných prostředků v r. 2017,⁴⁷ svědčí o jisté neefektivitě první dekády existence zdravotního pojištění).

Zdravotní pojišťovny jsou od té doby povinny předkládat výroční zprávu o hospodaření a plánu činnosti Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR, který schvaluje pojistný plán pojišťovny, a je stanovena maximální výše provozních nákladů. Hospodaření zdravotních pojišťoven podléhá dohledu Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva financí a kontrole Nejvyššího kontrolního úřadu. Nejen stát, ale i pojištěnci mají své zástupce v řídicích a kontrolních orgánech všech pojišťoven. Výsledkem této konsolidace je, že ačkoli jsou VZP a zaměstnanecké pojišťovny zakládány podle odlišné legislativy, zajišťují od konce 90. let víceméně obdobný rozsah hrazené zdravotní péče za rámcově shodných podmínek, jako je jednotná výměra pojistného a svobodná volba pojišťovny pojištěncem. Zdravotní pojišťovny si nemohou otevřeně vybírat z řad klientů, ani upravovat pojistné či rozsah péče. Všech šest zaměstnaneckých pojišťoven je sdruženo ve Svazu zdravotních pojišťoven.

Druhá polovina 90. let se nesla ve znamení dalšího zápasu mezi trhem a regulací. Některé spory ohledně omezování práva na zdravotní péči byly řešeny až u Ústavního soudu. Po zavedení stropů plateb regulačními opatřeními z roku 1997 se pokoušeli poskytovatelé kompenzovat své ztráty a udržet laťku svých příjmů prostřednictvím přímých plateb občanů za tzv. nadstandardní péči, např. za registraci do ordinace nebo za použití lepšího preparátu či pomůcky, než jaký byl hrazen zdravotním pojištěním. Jednalo se např. o oční čočky, implantáty, materiály používané při

⁴⁵ Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví v odpovědi na dotaz.

⁴⁶ *Vývoj finančních ukazatelů makroekonomických a ze zdravotnictví do r. 2001*, ÚZIS: Praha 2002, s. 34.

⁴⁷ *Souhrnné hodnocení vývoje systému veřejného zdravotního pojištění v r. 2017*, www.psp.cz, staženo 10. 8. 2020.

kardiologických a ortopedických operacích i jinde. Hledaly se další možnosti diverzifikace jednotného pojištění a jednotného rozsahu zdravotní péče. Otázka výše pojistného a výše finanční spoluúčasti zaměstnávala teoretiky i praktiky zdravotnictví zejména v období vlády středopravé koalice, stejně jako téma dělení péče na hrazenou a nehrazenou. Proponenti více tržního přístupu viděli řešení v omezení rozsahu služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a rozdělení zdravotní péče na standardní a nestandardní. Tak začala v polovině 90. let v České republice debata odborníků na téma poměrně převratného konceptu, který by namísto intergenerační solidarity stavěl na závazku člověka vůči sobě samému v průběhu svého života.^{48, 49} Princip intrageneračního zdravotního pojištění je založený na tom, že si jedinec v průběhu svého života vytváří osobní účet prostředků na zdravotní péči. Projekt pocházel ze Singapuru, nicméně byl diskutován také na americké půdě jako doplněk pojišťovenských systémů veřejného i soukromého typu. Ideál individuálních zdravotních spořicíh účtů byl mentálně v souladu s ideologií ODS, jež tehdy byla vládnoucí silou a její předseda byl premiérem. Cílem bylo oddělit nákladnou, neodkladnou a nepředvídatelnou, a tedy solidárně hrazenou péči od levné, volitelné a předvídatelné péče, za niž by mohl být odpovědný člověk sám. Tzv. katastrofický fond (pro standardní, nezbytnou péči) by pokračoval v linii veřejného zdravotního pojištění a systém by byl doplněn individuální částí pojistného pro nadstandardní, volitelné či málo nákladné služby v případě běžných zdravotních problémů, které by si mohli lidé hradit sami na základě vlastní odpovědnosti.

Debata o takto diametrálně odlišném principu zdravotnictví si stále uchovávala rétoriku solidarity, když ministr Rubáš⁵⁰ sliboval, že dětem, důchodcům či chronicky nemocným lidem se bude léčba běžných nemocí platit ze společného fondu, i kdyby svůj účet vyčerpali. Ostatní by však museli za banální nemoci platit přímo. Uvažovalo se rovněž o rozdělení pojistného na větší díl vybíraný solidárně a menší díl vybíraný paušálně, takzvaně za hlavu. Individuální účty byly medializovány jako systém, ve kterém má občan více prostoru pro svá rozhodnutí, bude si více vědom nákladů, což v kombinaci povede k odpovědnému chování lidí i fungování efektivního systému zdravotní péče.

Z dobových dokumentů je zřejmé, že na téma individuálních zdravotních účtů se vedly vážně míněné televizní debaty s účastí nejvyšších představitelů zdravotní

⁴⁸ J. Daňhová, „Individuální účty ve Spojených státech. Poslanci zdravotního výboru se seznamují s možnými reformami systému“, *Zdravotnické noviny* 44, 1995, č. 1.

⁴⁹ V. Bošková, „Má smysl zabývat se singapurskými zdravotními účty?“, *Zdravotnické noviny* 44, 1995, č. 1, s. 2.

⁵⁰ „O individuální účty se zřejmě svede boj i uvnitř ODS“, *Mladá Fronta Dnes*, 13. 4. 1995, s. 7.

politiky. Již na samém začátku se ale ukázalo jako obtížně překonatelné rozhodnout, co je běžné a co je závažné onemocnění a co je základní, standardní a nadstandardní péče. Analýza péče prokázala, že většina výdajů je stejně spojena právě s neodkladnou naléhavou nákladnou péčí.⁵¹ Navíc postoje veřejnosti nebyly příliš nakloněné takto razantní změně. Individuální účty, spoléhající spíše na regulaci poptávky, se nerealizovaly, naopak došlo k regulaci nabídky zavedením maximálních stropů pro ambulantní specialisty, paušálních rozpočtů pro nemocnice a kapitálních plateb pro praktické lékaře, jak bylo výše zmíněno.

Problém ale přetrvál a poskytovatelé s tichou podporou pravicově orientovaných politiků hledali další způsoby větší přímé participace pacientů na nákladech. V r. 1996 rozhodl Ústavní soud o tom, že jakékoli omezování hrazené zdravotní péče Zdravotním řádem a vyhláškami ministerstva je v rozporu s literou Listiny základních práv a svobod a zněním práva na zdravotní péči a pomůcky a platnost podzákonných norem zrušil s tím, že případné omezení lze akceptovat pouze v podobě zákona. Zákon č. 48/1997 již v reakci na toto rozhodnutí Ústavního soudu obsahoval klauzuli (část čtvrtá, paragraf 11, odstavec 1, písmeno d), že „poskytovatel nesmí za tyto hrazené služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu“,⁵² ovšem s pojmy hrazená, částečně hrazená a nehrazená péče operuje.

Některé zdravotní pojišťovny experimentovaly s plány řízené péče, což je původně americký koncept usilující o regulaci vztahů mezi pojišťovnami a poskytovateli péče např. prostřednictvím smluvených objemů a cen péče při zachování určité míry soutěže. První pokus vytvořit v ČR systém řízené péče podnikla Česká národní zdravotní pojišťovna spolu s Nemocnicí Na Homolce v letech 1996–1998.⁵³ Jiné se snažily posílit zdravotně odpovědné chování klientů formou drobných odměn (bonusů) za nečerpání péče. Kupodivu se ale v období vlády středo- a spíše pravicové vlády 1992–1997 nerealizovalo rozhodnutí o zavedení poplatků pacientů za návštěvu lékaře, ačkoli se touto otázkou vláda intenzivně zabývala.⁵⁴ Jedním z možných vysvětlení je, že vláda šetřila síly na radikálnější transformaci systému cestou individuálních zdravotních účtů apod. Stejně tak je ale možné, že v bohatých 90. letech převládlo optimistické přesvědčení, že k radikálnímu zlepšení zdravotnictví může dojít i bez spoluúčasti nemocných. Postoje veřejnosti nebyly zavedení poplatků

⁵¹ J. Jaroš, „Zdraví za šest a půl tisíce“, *Respekt* 23, 1996, s. 6.

⁵² Obdobná problematika se řešila v r. 2003 („Za standardní péči nesmí lékaři vybírat příplatky“, www.novinky.cz, 4. 6. 2003).

⁵³ „Náš příběh“, <https://www.klientpro.cz>, staženo 10. 6. 2020.

⁵⁴ Z. Šircová, „Pacienti půjdou k lékařům se šekovou knížkou“, *Zdravotnické noviny* 46, 1997, č. 30, s. 1–2.

nikdy zcela nakloněny, i když nejvyšší ochota byla v prvních letech trvání systému,⁵⁵ a tak je možné i třetí, spíše populistické vysvětlení, že vláda nechtěla ztratit popularitu. Finanční spoluúčast nemocných nebyla po celá 90. léta ideologií trhu nijak podstatně ovlivněna. Pro občany se po finanční stránce až na segmenty stomatologie, lázeňské péče a krátkého seznamu služeb vyjmutých z veřejného zdravotního pojištění téměř nic nezměnilo, ačkoli se o finanční spoluúčasti mnoho diskutovalo od samého počátku, jak dokládá rozhovor s Martinem Bojarem, ministrem zdravotnictví let 1990–1992.

Soudíte, že „výkop“ ve zdravotnictví byl dělán optimálně? Již váš předchůdce Pavel Klener navrhoval regulační poplatky.

Martin Bojar: Navrhoval jsem ještě vyšší. Ty neprošly, protože ministerstvo práce a sociálních věcí, ministerstvo financí a ministerstvo vnitra to označily za asociální a nemožné.

Pak se cosi v redukované podobě realizovalo za ministra Julínka. Děly se kolem toho velké tance. Tím myslím třicetikorunové poplatky.

Martin Bojar: Menší poplatky chtěl Pavel Klener. Já jsem chtěl pouze trojnásobek, co žádal Julínek. Tenkrát by na to lidé přistoupili, ale neprošlo to v takzvaném meziresortním řízení. Jakýkoliv pokus o zvýšení spoluúčasti a zainteresování pacientů v České republice vyvolává negativní reakce. Ministerstvo zdravotnictví, ministerstvo školství – nikdy nebyly silovými ministerstvy. Silová ministerstva, tj. ministerstvo vnitra, financí, práce a sociálních věcí, byla sdružena v radě ekonomických ministrů, kde se vše utvářelo. Když se řeklo, že přes to se nepůjde, nešlo se...⁵⁶

V r. 1997 byl novou legislativou (Zákon č. 48/1997 Sb.) vyloučen jen úzký rozsah služeb (s výjimkou stomatologie, a zejména protetiky), mimo jiné přerušení těhotenství na žádost ženy, akupunktura, opakované in vitro fertilizace, některé výkony prováděné laserem, některé formy lázeňské péče, administrativní úkony apod. Jednou z mála forem spoluúčasti pacientů zůstal příspěvek na léky nebo plná úhrada nehrazených léků. Léková spoluúčast je sice nadále uplatňována, současně ale platí, že každý nemocný má garantováno v případě potřeby, že mu lékař předepíše nejméně jeden preparát bez doplatků. Kromě toho je zavedena možnost požádat o osvobození od platby prostřednictvím revizního lékaře. Pacientům v českém prostředí tedy přes silnou rétoriku trhu zůstala široká dostupnost zdravotních služeb

⁵⁵ Nepublikovaný materiál k otázkám organizace zdravotnictví bez bibliografické referen-
ce, provedeno v rámci Výběrového šetření o zdravotním stavu české populace – HIS
1993, s. 6.

⁵⁶ Z rozhovoru s ministrem zdravotnictví Martinem Bojarem (*Dialog o transformaci*, 2014).
Dostupné na ippkid.cz.

s relativně nízkou mírou přímých výdajů. Takové řešení odpovídalo i preferencím populace, o kterou se v době transformace reformy do jisté míry opíraly,⁵⁷ ale i zájmům poskytovatelů, kteří měli poptávku zajištěnou.

Výsledný stav transformace českého zdravotnictví mohl být pro proponenty trhu ve zdravotnictví zklamáním, avšak téma peněz se natrvalo usadilo a zdravotnictví získalo nové obrysy jako lukrativní sféra podnikání i profesní činnosti. Díky nadále široce koncipované hrazené péči nedošlo k rozšíření komerčního soukromého pojištění či připojištění pro nadstandardní výkony či lékovou spoluúčast, ale je nabízeno pro výplatu vyšších nemocenských dávek v případě pracovní neschopnosti, vážné nemoci či hospitalizace. Komeracionalizace a marketizace přesto do českého zdravotnictví v 90. letech vstoupila a je patrná ve snaze poskytovatelů pečovat o ekonomickou stránku služeb. Ekonomická optika se stala silnou, později zcela dominantní a může leckdy kolidovat s etickou perspektivou péče. Zdá se tedy, že myšlenka trhu u nás sloužila spíše ekonomickým zájmům poskytovatelů a dodavatelů, než že by byla projevem důsledně liberální morálky, zdůrazňující odpovědnost vlastníků i konzumentů. Ačkoli česká populace vyjadřuje značnou podporu liberálním hodnotám, jak ukázaly výzkumy Evropských studií hodnot, k radikální proměně zdravotnictví to nevedlo. Pravicová vláda, jež měla mezi lety 1992–1997 absolutní většinu v parlamentu, nezvýšila finanční odpovědnost pacientů ani formou hospitalizačního poplatku, přímého příplatku při užívání ambulantních služeb apod., ač návrhy byly opakovaně zpracovány a předkládány. (K té došlo nakrátko až v období druhé pravicové vlády 2006–2009).

První výsledky transformace a jejich ohlas

Zdravotní stav se zlepšil – žijeme déle

V průběhu 90. let se konečně zlomila stagnace zdravotního stavu a bylo dosaženo výrazného prodloužení střední délky života u obou pohlaví, a sice u mužů z 68,1 roku v r. 1989 na 72,1 let v r. 2001, a u žen ze 75,4 roku v r. 1989 na 78,5 v r. 2001. Na tomto pozitivním vývoji se podílelo snížení úmrtnosti, které je významné zejména v porovnání standardizovaných ukazatelů úmrtnosti (a zvláště snížení úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy.⁵⁸) „V období 1989–2009 došlo k poklesu (úmrtnosti)

⁵⁷ Nepublikovaný materiál k otázkám organizace zdravotnictví bez bibliografické reference, provedeno v rámci Výběrového šetření o zdravotním stavu české populace – HIS 1993, s. 6.

⁵⁸ J. Blažek – D. Dzúrová, „The Decline of Mortality in the CR during the transition: A Counterfactual Case Study“, in: G. A. Cornia – R. Panizza, *The Mortality Crisis in Transitional Economies*, Oxford University Press: New York 2000, s. 303–327, s. 312.

u mužů z hodnoty 1 528,8 na 962,5 a u žen z 902,9 na 576,5 úmrtí na 100 000 mužů, resp. žen.⁵⁹ Pokračovalo další snižování kojenecké úmrtnosti (z 10/1000 narozených v r. 1989 na 4,1 ‰ v r. 2000).⁶⁰ Velmi pozitivní vývoj vykázalo subjektivní hodnocení zdravotního stavu. Zatímco v roce 1993 hodnotilo své zdraví jako špatné 18 % mužů a 23 % žen, do roku 2002 se tento podíl snížil na 7,5 % mužů, resp. 11 % žen, v souladu s tím výrazně přibýlo lidí subjektivně hodnotících svůj zdravotní stav jako velmi dobrý a dobrý.⁶¹ Došlo k radikálnímu zvýšení přístrojové vybavenosti a široké dostupnosti lékových produktů, mj. také nárůstem podílu HDP, investovaného do zdravotnictví, z 5,4 % v r. 1989 (údaje za Českou socialistickou republiku) na 6,7 % v r. 2000.⁶² Počet přístrojů na magnetickou rezonanci vzrostl v průběhu dekády 1991–2001 ze 2 na 19, počet mamografií ze 39 na 125, hemodialýz z 431 na 1 119, počítačových tomografií z 22 na 117 apod.⁶³ V návaznosti na to dynamicky rostly počty zákroků v terciární sféře. Např. počet kardiochirurgických operací vzrostl od let 1990–1991 z 1657 na 7640 zákroků,⁶⁴ počet orgánových transplantací vzrostl ze 189 (1990–1991) na 502 (2000),⁶⁵ počet dialýz se zvýšil ze 159 057 na téměř půl milionu ve stejném období (496 323).⁶⁶ Zdravotní služby byly skokově modernizovány.

Hodnocení veřejností nebylo zpočátku příliš přesvědčivé, ačkoliv transformace byla prezentována vyšší kvalitou, kratším čekáním, prostorem pro volbu a větším zájmem zdravotníků o nemocného. Ve výzkumu HIS CR 1993⁶⁷ konstatovalo pouze 50 % dotázaných občanů větší ochotu lékařů, podobně mezi 45–50 % dotázaných vidělo větší ochotu ostatního personálu, lepší dostupnost a kolem 1/3 osob souhlasilo s kratšími čekacími dobami. Nejvíce ze všech položek kladně hodnotili vstřícnější předepisování léků (53–55 %). Způsob dobové interpretace zesiloval

⁵⁹ *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989*, s. 10.

⁶⁰ Tamtéž, s. 11.

⁶¹ Tamtéž, s. 26–27.

⁶² Tamtéž, s. 44.

⁶³ „Vývoj přístrojového vybavení zdravotnických zařízení“, *Aktuální informace* 5, 2003, ÚZIS ČR: Praha 2003.

⁶⁴ „Kardiochirurgické operace“, *Aktuální informace* 14, 2004, ÚZIS ČR: Praha 2004, s. 2.

⁶⁵ Počty transplantací za 21 let v ČR stouply ze 189 na 665, <https://www.denik.cz>, 7. 8. 2013, staženo 20. 2. 2021.

⁶⁶ *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2000*, ÚZIS ČR: Praha 2001, s. 124.

⁶⁷ Nepublikovaný materiál k otázkám organizace zdravotnictví bez bibliografické reference, provedeno v rámci Výběrového šetření o zdravotním stavu české populace – HIS 1993, ÚZIS ČR: Praha 1995.

kladné líčení výsledků šetření ve prospěch transformačních kroků, ač data tak přesvědčivá nebyla. Podle autorů „je pozitivní, že převažuje celkově kladné hodnocení současné situace a zejména těší kladné hodnocení zlepšení dostupnosti péče a vnímání větší ochoty zájmu ze strany lékařů i ostatních zdravotnických pracovníků“.⁶⁸ Přes pozitivní líčení výsledků i tento výzkum připouští přetrvávající nespokojenost s dlouhými čekacími a objednávacími lhůtami: „... novým managementům ve zdravotnických zařízeních se v tomto směru podle provedeného šetření nepodařilo postoupit dále.“⁶⁹

Jak již bylo zmíněno v minulé podkapitole, občané nebyli příliš nakloněni finanční spoluúčasti, i když asi největší ochotu projeвили právě v šetření z r. 1993. S poplatkem během nemocničního pobytu by tehdy souhlasilo kolem 30 % populace (31,6 %) , ale souhlas s poplatkem za návštěvu lékaře nepřekročil 20 %.⁷⁰ Vlády až do r. 2008 nepřistoupily k zavedení finančního poplatku při návštěvě lékaře či při hospitalizaci. Z názorů občanů vyplývala snaha zachovat dostupnost solidárně financovaného zdravotnictví s nízkou mírou poplatků v momentu spotřeby či za péči na přání i přes probíhající liberalizaci společnosti. V mnoha otázkách byla veřejnost podobně rozpolcená jako politici.

Práva pacientů byla přijata, ale... začátky nebyly snadné

Ačkoliv bylo řečeno, že téma financí postupně zabíralo větší a větší prostor, transformace zdravotnictví byla nesena étosem demokratizace vztahu mezi lékaři a nemocnými, zejména ve snaze o silnější prosazení práv pacientů. Vztah mezi nemocným a lékařem jako by symbolicky vyjadřoval jakoukoli obecně platnou asymetrii vztahu mezi mocným a bezmocným z doby socialismu, jež byla nyní chápána jako přežitek. Apel na formulaci aktivních požadavků nemocných a jejich uznání lékaři znamenal obrat od dosud převládajícího deontologického pojetí, kladoucího důraz na lékařské povinnosti a ctnosti jako součást profesního výkonu.^{71, 72} Namísto pacienta se prosazovalo korektně vnímané slovo klient, jež mělo vyjadřovat respekt k vůli nemocného, nikoli jen snahu převzít starost o jeho prospěch. Historicky významným

⁶⁸ Tamtéž, s. 12.

⁶⁹ Tamtéž s. 5.

⁷⁰ Tamtéž, s. 6.

⁷¹ H. Haškovcová, *Práva pacientů*, Nakladatelství Aleny Krtilové: Havířov 1996.

⁷² E. Křížová, „Práva pacientů jako prubířský kámen demokracie. Pohled sociologie na formulaci a interpretaci práv pacientů“, in: J. Šimek – V. Špalek – E. Křížová a kol., *Etické aspekty transformace zdravotnictví ČR*, Karolinum: Praha 2002, s. 124–146.

momentem bylo přijetí Etického kodexu Práv pacientů Ministerstvem zdravotnictví z iniciativy Heleny Haškovcové a Milana Kmenta již v r. 1992.

Tento první souhrnný dokument odrážel změnu paradigmatu, jak se odehrála v západní medicíně a zdravotnictví od 70. let 20. století. Prosazování práv pacientů navazovalo na kritiku expertní a odcizené medicíny, jež je vzdálená obyčejným lidským potřebám, pocitům, ale jež ani nebere ohled na autonomii nemocného. Skončilo období, kdy odborné vědění bylo dostatečně legitimující k rozhodování o životě nemocného bez respektu k jeho vůli. Obrat od paternalismu k partnerství byl nejvíce vyjádřen požadavkem na úplnou informovanost a možnost odmítnout léčbu, ačkoli do jisté míry oba byly respektovány i Zákonem č. 20 o péči o zdraví lidu z r. 1966. Samotný Etický kodex Práv pacientů byl spíše návodem slušného chování a požadoval ochranu soukromí, důstojnosti, potřebu komunikace a další obyčejné, ale přesto inovativní a klíčové momenty. Byl převratný v nastolení nové agendy, jež byla v následujících dekádách rozvíjena. V reakci na práva pacientů se etablovalo téma spokojenosti pacientů, jež mělo v době rozvolněných spádových oblastí a svobodné volby lékařů a zdravotnických zařízení také ekonomicko-manážerskou stránku. Zejména v dekádě 90. let byl viditelný zájem provozovatelů zdravotnických zařízení o sledování a měření kvality služeb a péče také očima pacientů, což bylo nové téma ve srovnání s předlistopadovým socialistickým zdravotnictvím. Snaha zjišťovat názor pacientů byla sice často motivována úsilím obstát v konkurenčním prostředí, nicméně v konečném výsledku znamenaly výzkumy spokojenosti s péčí uznání pro nemocné. České zdravotnictví na přelomu tisíciletí projevovalo systematické snahy o reflexi procesů, ačkoli stabilizovaných výzkumných pracovišť bylo velmi málo, později žádné. V r. 2001 bylo založeno Centrum pro kvalitu ve zdravotnictví, jež působilo jako koordinační a metodická základna. Po zrušení v r. 2006 došlo k převedení agendy kvality péče na Ministerstvo zdravotnictví, jež vyzkoušelo metodiku v přímo řízených organizacích. Sestavený žebříček nemocnic podle vybraných ukazatelů nebyl odborníky akceptován jako validní.⁷³ Paralelně se rozvíjelo sledování kvality péče v rámci akreditačních řízení, tedy externího posouzení kvality péče nezávislým auditorem na žádost organizace.

Část patientských práv byla zapracována již do zákonů o veřejném zdravotnictví, jako např. volba poskytovatele, volba zdravotní pojišťovny, právo na kontrolu a stížnost apod. Z hlediska psychologického a etického byla pro pacienty klíčovou otázkou informovanosti. I tehdy platný Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu zmiňoval povinnost lékaře „poučit vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy rodiny, o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování zdravotní péče“ (§ 23, odst. 1). Nicméně tato

⁷³ H. Janečková – H. Hnilicová, *Úvod do veřejného zdravotnictví*, Portál: Praha 2009, s. 192.

formulace dovolovala lékařům, aby rozsah informací přizpůsobovali potřebě získat pacienta ke spolupráci, jež je v zájmu jeho léčby, a dávala velmi široký prostor pro zadržování informací s odkazem na obavy o jeho psychický stav. Tato dikce vedla k praxi, kdy byli příbuzní informováni a kolem nemocného se vytvořila bublina mlčení. Tento přístup, v etice noblesně označovaný za „pia fraus“ (milosrdná lež), byl jednoznačně odsouzen jako nedůstojný a nevhodný. Úmluva o lidských právech a biomedicíně Rady Evropy (1997) přichází s požadavkem informovaného souhlasu, tedy principem, že veškerá léčba je možná na základě souhlasu s ní, a jeho platnost je podmíněna komplexní a srozumitelnou informovaností, včetně příležitosti se zeptat podle své potřeby. Díky přijetí Úmluvy o lidských právech a biomedicíně Rady Evropy (1997) českým parlamentem (2001) došlo k nutnosti uvést českou legislativu postupně do souladu s touto právně nadřazenou normou. Historickou vzpomínkou již jen zůstává, že v prvním překladu Úmluvy do češtiny vypadlo drobné slovo „any“ (information) a překlad požadoval opět pouze poskytnutí informací nemocnému, bez důrazu na komplexnost, jak důsledně žádá slůvko „any information“ (jakékoli, všechny informace). Tento požadavek byl posléze zakotven v doplnění tehdy platného Zákona č. 20/1966 o péči o zdraví lidu, ale předcházely mu četné lékařsko-právní debaty ohledně podrobností, do nichž lékař musí zacházet, aby splnil požadavek zákona.

Proces přeměny paternalistického modelu v partnerský, který je charakterizován vyjednáváním mezi lékařem, disponujícím odbornou znalostí, a nemocným, disponujícím lidskou expertizou a právem na sebeurčení, tedy probíhal, ale narážel na odlišné představy obou stran o svých potřebách a možnostech a přetrvávající snahu odborníků udržet status quo. Zavádění práva na plnou informovanost nebylo snadné a potřeba informovanosti na straně veřejnosti byla větší než ochota lékařů. Zatímco veřejnost favorizovala úplné informace, když cca 75 % populace bylo pro plnou informovanost včetně nepříznivých informací, lékařský tábor projevil rozpolcenost do dvou názorových skupin, v nichž větší část (53 %) obhajovala možnost zadržet nepříznivé informace a o něco menší část (42 %) byla pro plnou informovanost, pokud si ji nemocný přeje.⁷⁴

Oblast komunikace, ač doznala výrazných změn, je stále oblastí, kde nemocní nejsou plně spokojeni s tím, čeho se jim dostává. Hloubkových výzkumů je v této oblasti málo a k dispozici máme spíše anketové dotazování. Podle šetření o vstřícnosti českého zdravotnictví, jež bylo jako součást mezinárodního srovnávacího výzkumu realizováno ÚZIS v r. 2004, jsou v oblasti komunikace, jež je významnou

⁷⁴ E. Křížová, „Současné proměny lékařské role a vědění jako nástroj moci v demokratičující se společnosti“, in: H. Mášová – E. Křížová – P. Svobodný, *České zdravotnictví – Vize a skutečnost*, Karolinum: Praha 2004, s. 147–164, s. 160.

složkou celkové vstřícnosti, značné rezervy. Dokonce i podle autorů zprávy „špatné hodnocení těchto tributů navozuje otázku, zda současný systém aktivnější roli pacienta neomezuje“.⁷⁵ Podle Centra pro výzkum veřejného mínění⁷⁶ bylo v r. 2008 44 % dotázaných spokojeno s dostatečností informací poskytovaných nemocným o jejich zdravotním stavu a možnostech léčby ze strany lékařů a zdravotnického personálu, naopak o něco větší část (47 %) byla nespokojena. Diskrepance je patrná rovněž v názorech na možnost pacientů rozhodovat o léčbě jejich nemoci. 80 % občanů to považovalo v r. 2008 za důležité, ale ve skutečnosti jen 34 % dotázaných potvrdilo, že mají reálnou možnost rozhodovat o své léčbě.

Obnovení autonomie lékařské profese a nová témata etiky

Politicky významnou skutečností bylo obnovení činnosti profesních lékařských komor Zákonem č. 220/1991 o České lékařské, České lékárnické a České stomatologické komoře,⁷⁷ jež dává lékařům značnou autonomii pro regulaci profesních pravidel a současně garantuje základní parametry kvality tím, že prikazuje povinné členství aktivně pracujícím lékařům a vyjadřuje se při registraci ordinace krajským úřadem. Po celou dobu socialistické epochy ale existovala činnost odborných sekcí Československé (od r. 1969 České) lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Představitelé lékařských komor se účastní dohodovacích řízení o úhradách, reprezentují zájmy lékařů a jejich prostřednictvím i zájmy nemocných v jednání s ministerstvem zdravotnictví, účastní se jednání o lékařském vzdělávání a školství. Součástí nové profesní autonomie bylo i vydání Etického kodexu ČLK. V něm se zdůrazňují závazky vůči nemocným, kolegům, vědě a společnosti. Privatizace a ekonomizace zdravotnictví představovala pro lékařský stav výzvu, jak integrovat nové společenské klima do tradičních závazků. Prakticky na všech lékařských fakultách vznikly po r. 1990 ústavy či katedry zaměřené na lékařskou etiku nebo humanitní otázky lékařství a seznámení s etickými dilematy a etickou teorií a praxí je součástí povinného lékařského vzdělávání.

Významnými tématy profesní etiky a lékařského práva se kromě informovaného souhlasu stala eutanázie. V mnoha diskusích, jichž se účastnili kromě lékařů i zástupci filosofie a společenských věd, byl v otázce eutanázie nadále potvrzován tradiční kurz zákazu usmrcení na přání, přestože vznikla politická iniciativa za

⁷⁵ Světové šetření o zdraví (12. díl). Hodnocení vstřícnosti českého zdravotnického systému, *Aktuální informace* 40, 2004, ÚZIS ČR: Praha 2004.

⁷⁶ R. Hanzlová, *Názory občanů na zdravotní péči v ČR – prosinec 2018*, CVVM: Praha 2019.

⁷⁷ Blíže k přerušení činnosti I. Kazimour, *Historie českého zdravotnictví*, Martin Koláček: Praha 2016.

uzákonění práva na smrt na vlastní žádost. Diskuse probíhaly také kolem alternativní medicíny, která se v polovině 90. let prostřednictvím akupunktury a homeopatie neúspěšně snažila získat pevnější místo v českém veřejném zdravotnictví, zejména přístup k úhradám. Mezníkem, který ukončil naděje na vstup do systému zdravotní péče, bylo přijetí nového Zákona o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997, který vyloučil výkony akupunktury z úhrad, a novelizace Živnostenského zákona v r. 2000, podle které již zdravotní služby ve smyslu diagnostiky a léčby (nad rámec poradenství) nemohou být vykonávány osobami bez zdravotnického vzdělání. Třetím momentem bylo vyloučení homeopatického vzdělávání a subkatedry homeopatie z Institutu pro další vzdělávání ve zdravotnictví.⁷⁸ V 90. letech a kolem r. 2000 se již objevovaly vědecké studie i na téma spravedlnosti v přidělování omezené nákladné péče⁷⁹ a tento problém, spočívající v ekonomické nemožnosti poskytnout všem indikovaným pacientům optimální (nejnovější, nejúčinnější a nejdražší) péči byl po několik let i sporadicky medializován.⁸⁰ Lékaři si nadále uchovali právo rozhodovat o kritériích přidělování spíše implicitním, pro veřejnost skrytým způsobem. Jen málo podmínek přidělování získalo explicitní podobu, např. věkové omezení ženy při umělém oplodnění. V některých případech rozhoduje o přidělení zvláštní odborná komise nebo revizní lékař pojišťovny.

V průběhu celé doby, během které probíhala transformace, se objevovaly projevy výrazné nespokojenosti lékařů s odměňováním, jež sporadicky ústily ve stávkovou pohotovost, či dokonce symbolické stávkování. Co se týče spokojenosti lékařů s transformací českého zdravotnictví, nebyly názory této komunity homogenní. Projevily se rozdíly uvnitř lékařského stavu, např. mezi praktickými lékaři a ambulantními specialisty, nebo mezi ambulantními specialisty, pracujícími na bázi dohod s pojišťovnami ve výkonovém systému s nastavením maxim, a mezi nemocničními lékaři, kteří jsou v naprosté většině zaměstnanci veřejných nemocnic. V debatě uvnitř lékařského stavu se nediskutovalo jen o odměňování, neboť to patří spíše do agendy Lékařského odborového klubu. Významnou problematikou se stalo vzdělávání, později upravené Zákonem č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

⁷⁸ E. Křížová, *Alternativní medicína v ČR*, Karolinum: Praha 2015.

⁷⁹ E. Křížová – J. Šimek – A. Malina a kol., „Zdravotnické technologie v empirickém šetření“, *Praktický lékař* 83, 2003, č. 12, s. 690–694; E. Křížová – J. Šimek, „Rationing of expensive medical care in a transition country – nihil novum?“ *Journal of Medical Ethics* 28, 2002, s. 308–312.

⁸⁰ „Pacientů přibývá. Dostupnost léčby roztroušené sklerózy se ale zlepšila“, *www.lidovky.cz.*, 9. 2. 2014.

Lékaři coby nejvýznamnější aktéři zdravotnictví se často v průběhu transformace vyjadřovali k jeho organizaci a systémovým podmínkám. Na konci první fáze transformace převládalo pozitivní mediální líčení výkonnosti české medicíny z úst významných lékařů a přisuzování dobrých výsledků zejména odborné úrovni a nasazení lékařů. Kritické připomínky na adresu organizace zdravotnictví pak nejčastěji v 90. letech směřovaly k tomu, že české zdravotnictví nemá koncepci, že je plné organizačního chaosu, že dochází k neefektivnímu spotřebování zdrojů (zdravotnictví jako černá díra), že vztahy mezi lékaři a zařízeními nejsou vždy kolegiální, ale leckdy konkurenční. V důsledku ekonomizace činnosti oddělení i celých nemocnic se začaly objevovat nové prvky nekolegality, např. ve snaze přeložit nákladného a neperspektivního pacienta na jiné oddělení či do jiného zařízení. Lékaři se v 90. letech často ohrazovali proti nízké zdravotní uvědomělosti (dnes zdravotní gramotnosti) českých pacientů, kteří bez jakýchkoli ohledů na nezdravý životní styl neomezeně čerpají péči podle svých klinických potřeb. Často spojovali nároky neomezeného čerpání zdravotní péče na straně pacientů se socialistickým přístupem.⁸¹ Téma individuální odpovědnosti bylo veřejně probíráno i na půdě Senátu ČR, avšak ukázalo se jako obtížně implementovatelné v solidárně koncipovaném veřejném zdravotnictví.

Konec tisíciletí – souhrn první části

Transformace zdravotnictví byla politickou prioritou polistopadových reforem a byla u nás zahájena nejdříve ze všech zemí bývalého socialistického tábora. Byla analyticky připravena a urychlena kritickými studiemi zdravotního stavu a zdravotnického systému, zpracovanými tehdejším Ústavem sociálního lékařství a organizace zdravotnictví. Součástí perestrojkové kritiky byl špatný zdravotní stav populace a neuspokojivé tendence vývoje, které vyústily v tzv. krizi zdraví. Negativně hodnoceny byly zaostávající infrastruktura a nedostatečná modernizace technologií a farmakologických produktů, příliš nízké financování, paternalistický vztah mezi lékaři a nemocnými a častý nedostatek ohledu k vůli nemocného. Hlavními cíli bylo skokově prodloužit střední délku života, snížit nadúmrtnost zejména z důvodu kardiovaskulárních onemocnění, posílit prevenci a podporu zdraví a dosáhnout obnovy zdraví populace v širokém slova smyslu. Přísun finančních prostředků a odstátnění řízení měly být impulzem k modernizaci technologické vybavenosti a dostupnosti léků globálních výrobců. Od organizačních změn se očekávalo

⁸¹ V odborné literatuře je tento postoj označován jako morální hazard a netýká se jen pacientů, ale také lékařů, kteří v neomezeném systému péče i léků předepisují víc.

posílení motivace poskytovatelů i uživatelů k racionálnímu využívání služeb. Velmi důležitou ambicí bylo demokratizovat vztahy mezi nemocnými a personálem a posílit volbu a pluralitu privatizací a deregulací. Skrytými cíli bylo zlepšit odměňování lékařů a učinit zdravotnictví předmětem podnikání. Pro naplnění těchto cílů bylo přijato rozhodnutí o zavedení povinného zdravotního pojištění bismarckovské tradice s existencí více pojišťoven.

První fáze (1991–1997) obsahovala přijetí zásadní legislativy zavádějící systém všeobecného, později veřejného zdravotního pojištění a jeho institucí. Vysoký počet nově vzniklých pojišťoven a zdravotnických zařízení spolu s převažujícím odměňováním za výkon vedl k zadlužení pojišťoven a jejich narůstající platební neschopnosti. Živelná fáze spojená s decentralizací a privatizací velké části zdravotnických zařízení a nástupem většího počtu navzájem soutěžících pojišťoven vedla k rychlé krizi. Rostoucí platební neschopnost zdravotních pojišťoven si vynutila úpravy v mechanismech proplácení a zavedení stropů. Po r. 1997 došlo k jisté stabilizaci provozu, ale objevila se nespokojenost lékařů a nemocnic s finančním ohodnocením. I v této situaci trval zájem o spokojenost pacientů, rozvíjel se obor lékařské etiky a probíhala proměna paternalistického vzorce vztahu mezi lékařem a nemocným na více partnerský. Lékařská profese získala svou stavovskou autonomii.

Tržní atmosféra raného období ovlivnila mnohá rozhodování, současně ale nevyvázala české zdravotnictví ze závazků zajistit přístup k péči na principu solidarity a evropsky pojaté společenské spravedlnosti. Celkový směr je hodnocen jako převážně pozitivní.⁸² První výsledky transformace se pozitivně promítly do snížení úmrtnosti a prodloužení střední délky života u obou pohlaví, zejména díky modernizaci a zvýšené dostupnosti kardiochirurgické, ale i jiné terciární péče. Rovněž subjektivní zdraví populace se zlepšilo. Objevil se trend společenské podpory zdraví a zdravého životního stylu. Přes stabilizaci výdajů regulačními opatřeními roku 1997 přetrvávala živá debata nad dalšími reformními kroky, z nichž některé byly v evropském prostředí nerealizovatelné (jako např. individuální spořicí zdravotní účty). Bylo vypracováno velké množství navzájem si konkurujících koncepcí dalších reforem. Konec tisíciletí zůstal ve znamení přetrvávajícího napětí mezi dostupnými a požadovanými zdroji. Podařilo se sice výrazně posílit financování zdravotnictví, ale rychlý technologický rozvoj a stárnutí populace zvýšily potřebu dalších ekonomických zdrojů. V této době bylo zdravotnictví předmětem silné medializace a společenského i odborného zájmu. Přelom tisíciletí je koncem první a v jistém slova smyslu zásadní fáze transformace zdravotnictví, ale současně obdobím bohatých diskusí, paralelních návrhů a intenzivního hledání budoucích řešení.

⁸² J. Jaroš – K. Kalina, *České zdravotnictví. Studie OECD*, Sdružení pro výzkum zdravotnické soustavy: Praha 1998.

Transformace českého zdravotnictví – část druhá

1998–2006: Transformace na křižovatce a levopravé kompromisy

V minulé části jsme popisovali proces transformace českého zdravotnictví, která úzce souvisela s událostmi sametové revoluce a byla bezprostředně po ní zahájena. Nový systém všeobecného, později (od 1997) veřejného zdravotního pojištění, byl spuštěn již od r. 1993. Po živelné fázi, vedoucí k vnitřnímu zadlužení a platební neschopnosti, bylo nutné přistoupit k regulačním opatřením. Na konci 90. let byla situace opatřeními z klíčového roku obratu (1997) v základních parametrech konsolidovaná, nikoli však dořešená, zejména nikoli z dlouhodobého pohledu udržitelnosti systému. Z celkového pohledu bylo dosaženo změny systému státního zdravotnictví na více decentralizované zdravotní pojištění německého střihu. Zůstal zachován široký rozsah všeobecně garantovaných služeb, přitom výrazně vzrostla technologická úroveň a dostupnost léků světových výrobců a zvýšila se možnost zvolit si poskytovatele péče. V mnoha bodech se ale realizace odklonila od původních záměrů, nepodařilo se např. dosáhnout propojení zdravotního a sociálního sektoru. Také se nepodařilo naplnit cíl, aby hodnota bodu byla ve výši 1 Kč. Ale i tak si lékaři finančně výrazně polepšili, byť v různých segmentech systému různě. V r. 1998 byla přijata opatření na dorovnávání plateb v malých ordinacích praktiků, působících v nepříliš obydlené oblasti,⁸³ stejně tak pojišťovny uplatňovaly sestupné platby u extrémně velkých ordinací. Regulační opatření konce 90. let tak vyrovnávala živelné mechanismy, odkazující na trh v první půli dekády. Zdravotní péči na přelomu tisíciletí poskytovala stabilizovaná síť ambulantních i nemocničních zdravotnických zařízení různých zřizovatelů.

Nicméně takové zdravotnictví neodpovídalo plně představám ani jedné z tehdy většinových vládnoucích stran. Na přelomu tisíciletí bylo zdravotnictví skutečně politikum. Ani jedna strana nemohla být spokojená s daným výsledkem a obě usilovaly o zvrácení této patové situace. Bylo sice dosaženo jisté míry konkurence mezi zdravotnickými zařízeními a také mezi zdravotními pojišťovnami díky svobodné volbě poskytovatele a pojišťovny, ale pravici se nepodařilo uskutečnit plány na výrazné posílení individuální odpovědnosti a uvolnění tržního prostředí ve zdravotnictví. Sociálnědemokratická vláda, která v letech 1998 až 2006 rozhodovala o zdravotnictví, velmi usilovala o zpětnou centralizaci zdravotního pojištění do jednoho subjektu, ale ani ona nezískala dostatečnou politickou podporu v této věci.

⁸³ *Věstník MZd ČR*, Částka 10, říjen 1998.

Existence více pojišťoven vyhovovala mnohým lékařům, kterým právě zaměstnanecké pojišťovny pomohly v období, kdy např. VZP nedodržovala smluvený splátkový kalendář, aby se nedostali do sekundární platební neschopnosti. Svou hodnotu měla také samotná pluralita a možnost volby. Počet pojišťoven byl podstatně snížen a jejich provozní výdaje omezeny regulačními opatřeními, čímž se zásadním způsobem snížila naléhavost rušení pojišťoven po pár letech jejich existence.

Nejasné vyhlídky dalšího vývoje se snažilo zprůhlednit velké množství reformních návrhů předkládaných různými subjekty: tehdejším ministrem zdravotnictví Ivanem Davidem, týmem Miroslava Macka,⁸⁴ týmem expertů sdružených kolem Jaromíra Vepřeka, Sdružením pro ochranu pacientů, Sdružením zdravotních pojišťoven, Českou lékařskou komorou, Lékařským odborovým klubem, hnutím Impuls 99, Svazem průmyslu a dopravy a také firmou NERA (National Economic Research Associates).⁸⁵ Společné jim bylo téma, jak řešit napětí mezi dostupnými zdroji a reálnými výdaji s ohledem na udržitelnost, kvalitu, dostupnost péče a spokojenost pacientů i poskytovatelů v dlouhodobém horizontu. Ještě na sklonku vlády ČSSD došlo za účelem posílení principu spravedlnosti mezi pojišťovnami k navýšení přerozdělování prostředků mezi pojišťovnami na 100 % vybraného pojistného podle reálných nákladů 18 věkových skupin v obou pohlavích (celkem 36 skupin s vypočteným nákladovým indexem, přičemž index 1 mají ženy ve věku 15–20 let). Nový model přerozdělování⁸⁶ zohlednil pohlaví a věk pojištěnce v pětiletých kohortách, neboť tyto znaky ovlivňují spotřebu a nákladnost péče v jeho skupině. Od 10 do 55 let mají ženy nákladový index vyšší, ale v nejnižším a nejvyšším věku mají nákladový index vyšší muži. Např. chlapecký kojeneček do věku 1 roku má index 1,5461 a dívka 1,3634, neboť reálné výdaje za zdravotní péči o chlapce do 1 roku jsou vyšší než reálné výdaje za zdravotní péči o dívky do 1 roku. Také v nejvyšší věkové skupině osob nad 85 let mají muži nákladový index nepatrně vyšší (5,4122) než ženy (5,3799).

2008: nový nádech pro pravici

Ovšem předávání moci mezi sociálnědemokratickou vládou a ODS, které se po prvních letech nového milénia znovu rýsovalo, spíše připravovalo půdu pro pokusy

⁸⁴ V. Bošková, „Reformní verze Miroslava Macka“, *Zdravotnické noviny* 46, 1997, č. 4, s. 4.

⁸⁵ J. Vepřek a kol., *Koncepce reformy systému zdravotní péče v České republice po r. 2000*, Praha 2001.

⁸⁶ Předchozí model přerozděloval pouze 60 % vybraných prostředků podle počtu osob do 60 let a nad 60 let věku.

pravicové vlády o další vlnu privatizace, tentokrát zaměřenou na velké nemocnice, univerzitní nemocnice, ale také zdravotní pojišťovny. Tyto myšlenky a snahy, usilující o posílení soukromého sektoru, se přiblížily k realizaci po volebním vítězství ODS v r. 2006 a jmenování Tomáše Julínka ministrem zdravotnictví (2006–2009). Znovu se vynořila skrytá dřímající a potlačená protržní rétorika a privatizace pojišťoven a nemocnic byla zakomponována do kontextu skoncování s komunistickou minulostí. Reforma byla nesena heslem péče zaměřené na jedince, který si může rozhodovat a vybírat. Pilíř reformy měl kromě transformace zdravotních pojišťoven tvořit převod nemocnic řízených ministerstvem na akciové společnosti. Ministerstvo zdravotnictví vydalo Manuál svobodného (aktivního) pacienta a spustilo mediální akci na podporu privatizace dalších nemocnic a také zdravotních pojišťoven, symbolicky líčenou jako snímání rudě zbarveného praporu se žlutě označenými příkazy „nevstupujte, neklepejte, čekejte“ v barvách srpu a kladiva. Pod tímto obrazem, který byl na průčelí ministerstva zdravotnictví ostentativně sundáván, se objevilo heslo reformy „zdravotní péče na míru“. (obr. 1–3) Snahy o privatizaci zdravotního pojištění a fakultních nemocnic narazily ale na odpor koaličních stran, a také široké univerzitní veřejnosti včetně mediků, kteří se aktivně účastnili demonstrací proti další privatizaci.⁸⁷

Některé body plánované reformy se nakonec přece jen uskutečnily. Zatímco odpor byl úspěšný v případě privatizace pojišťoven a fakultních nemocnic, na úrovni krajských nemocnic došlo k převodu mnoha nemocnic coby příspěvkových subjektů do formy akciové společnosti, vlastněné krajem, nebo přímo k prodeji novému vlastníkovi, který je provozuje. Rozšíření nestátního sektoru, k němuž došlo kolem let 2007–2010, bylo nastartováno převodem okresních nemocnic do kompetence krajů k 1. lednu 2003. Učinila to sice vláda ČSSD, ale v situaci, kdy politická moc ve většině krajů byla v rukou ODS. Ta se transformace na obchodní společnosti aktivně chopila s hlavním argumentem, že příspěvkové organizace nesmí mít ze zákona negativní účetní bilanci, ale zadluženost byla reálnou skutečností v mnoha okresních a krajských nemocnicích. Nově přijatá legislativa o vyšších územně správních celcích (Zákon o krajích 129/2000 Sb. a Zákon č. 250/2000 Sb. o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů) dovolila organizacím územních (samo)správních celků zřizovat právnické osoby pro zajištění služby veřejného zájmu, tedy také zakládat obchodní společnosti, a to akciové společnosti a společnosti s ručením omezeným. Transformace nemocnic z příspěvkových organizací na akciovou společnost, se zachováním stoprocentního vlastnictví kraje a se zákazem obchodování s akciemi, nakonec nebyla chápána jako úplná privatizace, ale ve

⁸⁷ K. Perknerová, „Privatizace nemocnic se na čas zastavila“, <https://www.denik.cz/>, 19. 6. 2008, staženo 20. 8. 2020.

statistice lůžkového fondu jsou tyto nemocnice již v kategorii „jiných zřizovatelů“ a jejich podíl dosahuje s lůžky církevních nemocnic 50 % veškerého lůžkového fondu. 122 ze 188 nemocnic bylo v r. 2013 zřízeno tzv. jiným zřizovatelem a v tomto počtu bylo „zahrnuto 50 nemocnic – obchodních společností s většinovým podílem veřejného, krajského či obecního majetku“.⁸⁸

V návaznosti na privatizaci nemocnic a v duchu pravicového étosu proběhla v r. 2010 pod názvem „Náš exodus – Váš exitus“ mediálně nejznámější protestní akce lékařů za vyšší příjmy, zaštitěná MUDr. Engelem a symbolizovaná dodávkou, napůl natřenou bíle jako sanita a napůl černě jako pohřební vůz. Tato akce byla veřejností i značnou částí odborníků spíše odsuzována pro zpronevěru principům lékařství, mezi něž patří primárně zájem o prospěch nemocného. Mnozí posoudili kampaň jako příliš agresivní a znesvěcující kredit lékařství, přesto byla kampaň mediálními analytiky hodnocena jako úspěšná. Nezískala masovou podporu veřejnosti, ale pravděpodobně zapůsobila⁸⁹ a lékaři se dočkali zvýšení platů, jež zejména požadovali. V r. 2009 byl plat lékařů a zubních lékařů 48 723 Kč,⁹⁰ v r. 2010 dosáhl 50 235 Kč⁹¹ (index nárůstu 104 %) a v r. 2011 již výrazného nárůstu na 114 % do výše 57 687 Kč.⁹² Mzdy lékařů a zubních lékařů v privátních zdravotnických zařízeních byly nakonec o něco nižší než ve veřejných zdravotnických zařízeních,⁹³ ale časová souhra privatizace nemocnic a utišení finanční nespokojenosti lékařů není náhodná.

V r. 2007, během vlády T. Julínka, došlo po dlouholetých diskusích k legalizaci plateb za návštěvu lékaře, akutní ošetření na pohotovosti a během hospitalizačního pobytu. Tzv. spoluúčast pacienta byla přijata poněkud nestandardním způsobem, kdy se odstavec o spoluúčasti dostal do Zákona č. 261/2007 o stabilizaci veřejných rozpočtů (účinný od 2008). Avšak další vládní krize a změny ve vedení vlády znamenaly i konec ambiciózním plánům T. Julínka. V tématu diferenciaci zdravotního pojištění do více schémat podle volby klienta a s doplatky ještě krátce a bez větších výsledků pokračoval ministr Heger (TOP 09, 2010–2013). Dobovou představou bylo, že dceřiné společnosti zdravotních pojišťoven a komerční pojišťovny budou nabízet

⁸⁸ „Nemocnice v České republice v roce 2013“, *Aktuální informace* 2014, č. 5, s. 4, ÚZIS ČR: Praha 2014.

⁸⁹ M. Prchal, „Kampaň lékařských odborářů Náš exodus – Váš exitus byla hrozná, ale fungovala by jinak?“, <https://www.mediar.cz/>, 14. 2. 2011, staženo 14. 6. 2020.

⁹⁰ *Zdravotnická ročenka ČR 2009*, ÚZIS ČR: Praha 2010, s. 208.

⁹¹ *Zdravotnická ročenka ČR 2010*, ÚZIS ČR: Praha 2011, s. 212.

⁹² *Zdravotnická ročenka ČR 2011*, ÚZIS ČR: Praha 2012, s. 214.

⁹³ V privátních zařízeních dosahovaly v r. 2010 mzdy v průměru 49 223 Kč a v r. 2011 55 514 Kč. *Zdravotnická ročenka ČR 2011*, ÚZIS ČR: Praha 2012, s. 218.

doplňkové pojistné plány, zahrnující nadstandardní služby,⁹⁴ ale ani tento záměr nebyl realizován.

2010: konec turbulencí

Kolem r. 2010 končí turbulentní dvacetiletí, naplněné nejprve zásadní transformací pod taktovkou státu, později doprovázené mnoha paralelními a konkurenčními koncepty, koncepcemi a iniciativami, jež se snažily změnit či naopak zásadně prohloubit nastolený směr. Žádný z konceptů nezískal výraznou podporu ani mezi politiky, ani mezi občany. Zdravotnictví se nestalo ani divokou kartou volebních programů hlavních politických stran. Ačkoli názor, že by byl vhodnější systém pouze s jednou pojišťovnou, zastávala stabilně přibližně jedna polovina občanů, s jistou mírnou variancí směrem nahoru i dolů,⁹⁵ nezformovala se dostatečně silná iniciativa pro zrušení zaměstnaneckých pojišťoven. Na konci konsolidačního období českého zdravotnictví, jež umísťujeme zhruba ke konci první dekády nového tisíciletí (2010), nacházíme proměněné české zdravotnictví, jež se nevymyká evropskému standardu.

Ještě spíše ze setrvačnosti přetrvává jistá diskrepance mezi názory veřejnosti a lékařů ohledně poskytování úplných informací a přístupu ke zdravotnické dokumentaci. Ovšem ve výzkumu, realizovaném v r. 2004 a 2005, již obě skupiny vyjadřovaly podporu plné informovanosti včetně zákonné možnosti nahlížet do osobní zdravotní dokumentace. Další výzkumy ukázaly, že nároky pacientů na komunikaci a informovanost skutečně vzrostly, což u lékařů vedlo k novým povinnostem a závazkům, jež je mohou zatěžovat a někdy dostávat i do konfliktů, zejména když zastávají uzavřenější postoje a nechtějí pacientům úplnou pravdu říci. Postupně získalo právo na informovanost podporu větší části lékařského stavu, zejména u mladších generací lékařů. Tolerance k potřebám pacientů již měla vzrůstající trend, ovšem stále ještě značná část lékařů i v novém tisíciletí přiznávala, že jim „aktivní“ pacient komplikuje práci.⁹⁶ Transformovaný systém zkombinoval staré a nové principy a pravidla – udržuje silný solidární charakter dostupnosti zdravotní péče všem na bázi potřeby, přinejmenším formálně, ale zavádí i tržní mechanismy a spoluúčast klienta (zejména ve stomatologii). Počítá s lékařskou etikou, ale současně uplatňuje

⁹⁴ „Na nadstandard bude možné se připojit, plánuje Heger“, <https://www.e15.cz/>, 19. 1. 2012, staženo 5. 8. 2020.

⁹⁵ Názory na poplatky ve zdravotnictví a jiná vybraná opatření – prosinec 2019, CVVM.

⁹⁶ E. Křížová, „Jak dál v otázce sdělování informací o zdravotním stavu, prognóze a léčbě?“, *Praktický lékař* 84, 2004, č. 8, s. 479–482.

ekonomicko-manažerské procesy řízení a organizace služeb. Zdravotnictví se nyní zformovalo jako nová oblast podnikání,⁹⁷ pro něž byly privatizací části nemocnic vytvořeny podmínky, a ztratilo svůj náboj jako půda názorových a hodnotových střetů.

Širší a systematická analýza zdravotnictví je i v posledním období minimální. Výzkumná infrastruktura nebyla vybudována. Krátce existující Institut zdravotní politiky a ekonomiky (2004–2006), který byl zřízen z rozhodnutí ministerstva zdravotnictví během sociálnědemokratické vlády, nemohl dohnat dlouhodobý deficit výzkumných aktivit a analýz věnovaných zdravotnictví. Ačkoli důvody byly jistě různé, nabízí se hypotéza, že ve svém důsledku klíčovými aktéry vyhovuje situace, kdy zdravotnictví není předmětem systematických rozborů a vědeckých diskusí. Instituce, jež spotřebovává ročně více než 400 mld. Kč,⁹⁸ není v ČR předmětem ucelené kontinuální reflexe, a zejména není studován společenský dohled nad procesy zdravotnictví, to, jak jsou naplňovány zdravotně-politické cíle a jak funguje zdravotnictví z perspektivy různých aktérů.

Organizace zdravotnictví přestala být mediálním tématem, a to nejpozději poté, co byly zrušeny platby za návštěvu lékaře a zdravotnického zařízení. Ačkoliv od zavedení těchto poplatků v r. 2008 existoval (a nadále existuje) roční limit na tzv. spoluúčast pacientů a od poplatků byly osvobozeny malé děti, vedla nakonec iniciativa sociálnědemokratických poslanců k jejich zrušení k 1. 1. 2015 novelizací Zákona č. 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění s jedinou výjimkou platby za pohotovostní ošetření. V souladu s tím se trvale snižuje ochota nemocných podílet se přímou platbou na části úhrady své zdravotní péče a dochází k poklesu počtu lidí souhlasících se spoluúčastí za návštěvu lékaře od téměř jedné třetiny v r. 2010 po 15 % v současnosti. Klesá i podpora poplatků během hospitalizace.⁹⁹ K opětovnému zavedení poplatků za návštěvu lékaře převládají dnes u občanů¹⁰⁰ již spíše negativní postoje, současně se ale zvyšuje zátěž přímými platbami, zejména ve stomatologii.

⁹⁷ L. Petrášová, „Nový byznys na vzestupu: zdravotnictví“, *Mladá Fronta Dnes* 25. 1. – 26. 1. 2014, s. 1, 4, 5.

⁹⁸ *Zdravotnická ročenka za rok 2018* (ÚZIS ČR: Praha 2019, s. 153) uvádí veřejné výdaje ve výši 317 mld., ale Český statistický úřad uvádí sumu veřejných výdajů na zdravotnictví ve výši 361 852 mld. a k tomu výdaje domácností ve výši 57 765 mld. i dalších subjektů, např. zaměstnavatelů na závodní prevenci, takže celková výše výdajů je ČSÚ kalkulována na 430,9 mld. Kč (Výsledky zdravotnických účtů ČR – 2010–2018, Tab. 4 Výdaje na zdravotní péči podle zdroje financování, 2010–2018), www.czso.cz, staženo 15. 3. 2021.

⁹⁹ Názory na poplatky ve zdravotnictví a jiná vybraná opatření – prosinec 2019, <https://cvvm.soc.cas.cz>, CVVM, 2. 6. 2020.

¹⁰⁰ M. Tuček, „Názory na poplatky ve zdravotnictví a jiná vybraná opatření – prosinec 2018“, CVVM 2019, s. 3.

Současný stav

V poslední dekádě plnilo české zdravotnictví stabilně a celkem spolehlivě svou společenskou úlohu, zajišťovalo potřeby nemocných i poskytovatelů a udržovalo uspokojivé výsledky zdravotního stavu. I v r. 2018 bylo české zdravotní pojištění přes určité problémy odborníky hodnoceno jako nesporně solidní a garantované.¹⁰¹ Došlo k dalšímu prodloužení střední délky života u obou pohlaví, u mužů na 76,1 roků a u žen na 81,9 roků v r. 2018.¹⁰² Hlavní příčiny úmrtnosti populace zůstávají stabilní, mezi nimi dominují nemoci oběhové soustavy (44,0 % u mužů a 47,5 % u žen), zhoubné novotvary s podílem 24,1 % u mužů a 21,9 % u žen, třetí příčinou jsou u obou pohlaví nemoci dýchací soustavy, u žen dále nemoci endokrinní a u mužů vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti.¹⁰³ Populace ČR vykazuje mezinárodně středně dobré zdravotní ukazatele, lepší v porovnání s ostatními zeměmi střední a východní Evropy, ale horší v porovnání se zeměmi západní, severní i jižní Evropy. Toto zůstává, jež bylo jedním z hybatelů transformace, se nepodařilo dosud kompenzovat.

Podle evropského šetření Eurohealthconsumer zaujímá české zdravotnictví celkově po součtu všech bodových ohodnocení 14. místo z 35 hodnocených zemí, a umístilo se mezi Portugalskem a Estonskem. Země, se kterými by se ale asi chtělo poměřovat, jsou nicméně před námi: z našich sousedů jsou to Rakousko a Německo.¹⁰⁴ Tuto střední pozici máme i z hlediska zdravého dožití. Např. ve zkrácení délky života před dosažením 65. roku věku máme lepší ukazatele než všechny bývalé země východního bloku kromě Slovinska a Albánie, ale horší než všechny další země Evropy.¹⁰⁵ Hodnocení českého zdravotnictví snižují onkologická úmrtnost a parametry prevence, neboť v šesti negativně hodnocených indikátorech ze 47 jsou čtyři právě preventivního rázu – vysoký krevní tlak, alkohol, tělesný pohyb a kuřáctví. Nicméně české zdravotnictví si udržuje mezinárodně stabilní pozici jako méně nákladný, solidární a medicínsky celkem efektivní systém.

Čeští pacienti mají k dispozici poměrně vyspělý systém, který exceluje zejména v terciární a neonatologické péči. Česká medicína umí pěstovat a trvale udržovat pozitivní veřejnou image. Přes vznik asociací zaměřených na práva pacientů zůstává zdravotnictví pro laiky uzavřenou agendou, o níž jednájí lékaři, ekonomové,

¹⁰¹ J. Mertl, „Evoluce českého veřejného zdravotního pojištění“, *Pojistné rozpravy* 35, 2018, s. 64–70, 69.

¹⁰² *Zdravotnická ročenka 2018*, ÚZIS ČR: Praha 2019.

¹⁰³ Tamtéž, s. 8.

¹⁰⁴ Další země před námi jsou Švýcarsko, Švédsko, Norsko, Holandsko, Lucembursko, Island, Francie, Finsko, Dánsko, Belgie a již zmíněné Portugalsko.

¹⁰⁵ *Euro HealthConsumer Index 2018*, HealthConsumerPowerhouse 2019.

právníci. Lékaři si uchovali pozici společensky významných aktérů a ceněných odborníků a udržují si společenskou popularitu. Profese lékaře je stabilně na nejvyšší příčce žebříčku v hodnocení povolání českou veřejností.¹⁰⁶ Na vysokém společenském i symbolickém postavení lékařů nic nezměnila ani aktivizace nemocných a zavádění zákonných požadavků na ochranu pacientů, ani zavádění nových manažerských postupů a ekonomizace. Na rozdíl od prvních fází transformace není v současné době příliš patrný zájem ze strany provozovatelů o zjišťování názoru nemocných na péči, zejména ve srovnání s minulými dekádami. Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je sice součástí agendy ministerstva zdravotnictví, ale externí posuzování není pro poskytovatele zdravotních služeb povinné. Některé nemocnice k výzkumu spokojenosti pacientů dobrovolně přistupují v rámci akreditace nemocnic či šetření,¹⁰⁷ jež zvyšují jejich kredit. Nejpravděpodobnějším scénářem je, že v českém zdravotnictví existuje variabilita v kvalitě péče, ať již z pohledu medicínského, ošetrovatelského nebo sociálně-psychologického. Tyto případné nedostatky nejsou průběžně ani povinně monitorovány. I když se spokojenost občanů s lékařskou péčí mírně zvyšuje,¹⁰⁸ dosahuje podle CVVM kolem 50 % dotázaných (odlišné položení otázek vede k jiným výsledkům). Zvýšila se i spokojenost s dostatečností informací o zdravotním stavu a možnostech léčby poskytovaných ze strany lékařů a zdravotnického personálu, nicméně i zde je relativně vysoký podíl nespokojených (36 % v r. 2018). Diskrepance mezi potřebou a realitou přetrvává v otázce rozhodování o léčbě své nemoci, ale i zde je jasné zlepšení v poslední dekádě. Práva pacientů jsou poměrně široce a zcela v souladu s mezinárodními tendencemi zakotvena v Zákoně 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Ústavně je nadále garantováno právo na ochranu zdraví a zdravotní péči, léky, pomůcky. Ve specifických zákonech (zejména v Zákoně č. 48/1997 Sb., části Práva a povinnosti pojištěnce a Zákoně č. 372/2011 o zdravotních službách, části čtvrté Postavení pacienta a jiných osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb) jsou dále stanovena práva na volbu pojišťovny, lékaře a zdravotnického zařízení. Klientská práva neopomíjejí právo na kontrolu a stížnost. Práva pacientů zahrnují právo na úplné a srozumitelné informace, právo odmítnout léčbu, vyjádřit předem vůli, jež musí být při poskytování péče respektována (tzv. předem vyslovená přání). V současné době zákon straní pacientům a omezuje lékaře, aby pouze v nezbytně nutném rozsahu a na pouze nezbytně nutnou dobu omezili poskytnutí nepříznivých informací. Tato úprava nadále respektuje tzv. terapeutické privilegium, kdy lékař s ohledem na důsledky může rozhodovat o rozsahu poskytovaných informací,

¹⁰⁶ M. Tuček, *Prestíž povolání 2019*, Tisková zpráva CVVM 2019, s. 2.

¹⁰⁷ Nemocnice ČR 2019, <http://www.hc-institute.org/>.

¹⁰⁸ R. Hanzlová, *Názory občanů*.

nicméně jeho možnosti jsou nyní omezeny časově i rozsahem (na nezbytně nutnou dobu a v nezbytně nutném rozsahu). Toto privilegium navíc lékaři nemohou využít, obrátí-li se na ně pacient s přímou žádostí o úplnou informovanost o své diagnóze a prognóze. Současná praxe dává nemocnému právo rozhodnout o tom, komu budou informace poskytnuty. Úplné informace nezahrnují pouze diagnostickou, terapeutickou a prognostickou část, ale i zcela pragmatické údaje o ceně v případě nehrazených zákroků apod.

Lékařské vzdělávání je v současné době v Čechách zajišťováno pěti fakultami Univerzity Karlovy, z toho třemi v Praze a dvěma v krajských městech (1. lékařská fakulta, 2. lékařská fakulta, 3. lékařská fakulta UK v Praze, LF Hradec Králové a LF Plzeň). Na Moravě působí Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně, Univerzity Palackého v Olomouci a Ostravské univerzity. Všechny fakulty jsou součástí veřejného terciárního školství. V průběhu transformace došlo k výraznému navýšení počtu lékařů z 34 928 přepočtených plných pracovních úvazků v r. 1994 na 50 803 v r. 2019¹⁰⁹ a v jeho důsledku ke snížení počtu osob připadajících na 1 lékaře (328 os./1 lékaře v r. 1994, a 247 os./1 lékaře v r. 2019). Platy zejména lékařů, ale do jisté míry i sester výrazně převýšily společenský průměr, u lékařů a zubních lékařů se v r. 2018 jedná téměř o trojnásobek průměrného platu (80 669 Kč, v privátních zařízeních jsou příjmy nižší – 71 396 Kč), u všeobecných sester a porodních asistentek je překročení průměrného platu v ČR nevýrazné (40 803 Kč).¹¹⁰

Za posledních třicet let došlo jistě i k proměně lékařské kultury,¹¹¹ která je na jedné straně stále udržována svou tisíciletou tradicí, současně ale absorbuje vlivy liberálně tržní společnosti. Jak tradičně altruistická, tak mocenská i podnikatelská složka je v mentalitě lékařů přítomna. Na základě výsledků výzkumu mezi mediky v r. 2015 se můžeme domnívat, že altruistická komponenta ještě stále mírně převažuje, ale současně sílí nezastíraná motivace, zaměřená na vlastní prospěch, jak to odpovídá celkovému kontextu liberální společnosti.¹¹² Atmosféra soutěže, jež dominovala transformaci zdravotnictví, na jedné straně stimulovala motivaci lékařů věnovat se pacientům tak, aby byli spokojeni a zůstali dlouhodobými klienty, na straně druhé vedla ke snaze vyhýbat se ztrátovým pacientům a rozlišovat je podle toho, jak je péče za ně odměňována. Ekonomizace činnosti, spojená se svobodnou volbou a zprůhledněním procesů a ohledem na efektivnost s sebou přinesla zatížení

¹⁰⁹ Česká republika od roku 1989 v číslech – Zdravotnictví a sociální zabezpečení, www.czso.cz, staženo 15. 3. 2021.

¹¹⁰ *Zdravotnická ročenka ČR 2018, ÚZIS ČR: Praha 2019*, s. 153 a 166.

¹¹¹ Blíže viz E. Křížová, *Proměny lékařské role z pohledu sociologie*, Slon: Praha 2006.

¹¹² E. Křížová, „Hlavní motivací mediků je pomáhat lidem – zatím“, *Praktický lékař* 96, 2016, č. 2, s. 88–90.

administrativou, na kterou čeští lékaři nebyli vůbec zvyklí. Po léta léčili nemocné bez sebemenšího ohledu na peníze a ekonomickou stránku. Uvědomění si ceny péče pro ně bylo novým fenoménem. Někteří se dovedli v podnikatelském klimatu ve zdravotnictví rychle zorientovat a převzít podnikatelskou kulturu. Ta se stala étosem 90. let, znamením doby a předznamenáním sociální úspěšnosti. Pro jiné lékaře bylo dlouho podnikatelství s medicínou neslučitelné a stěžovali si na negativní důsledky marketizace péče – selekci pacientů, ztrátu kontinuity péče a ztrátu morální odpovědnosti za pacienta v situaci. Někteří lékaři, spíše z mladších generací, upozorňují na zhoršené klima a nedostatek kolegiality ve zdravotnictví, což jsou nové prvky.¹¹³ V sociálních vědách se objevuje téma zranitelnosti lékařské profese.¹¹⁴

Z hlediska ekonomického je české zdravotnictví stále spíše levnějším systémem, poměřováno procentem hrubého domácího produktu, věnovaného každoročně na zdravotní péči. Vývoj podílu HDP v letech mírně kolísá, pohyboval se v letech 2010–2018 mezi 8,43 % (2010) a 8,1 (2018) s minimem 7,58 % dosaženým v r. 2016. Od r. 2013 podíl HDP spíše klesal, nicméně v r. 2018 dochází znovu k meziročnímu nárůstu obrátu.¹¹⁵ V posledních letech (2015–2017) rostly celkové výdaje na zdravotní péči pomalejším tempem, než rostla celá česká ekonomika,¹¹⁶ ale i to se mění od r. 2018.¹¹⁷ Podíl HDP ale zůstává pod průměrem Evropské unie, který představuje pro EU28 9,8 %. Veřejné zdroje tvoří v r. 2018 87 % výdajů a mezi nimi dominují výdaje zdravotního pojištění včetně odvodů státu za ekonomicky neaktivní občany. V r. 2018 činily celkové výdaje 431 mld., přičemž veřejné výdaje ve zdravotnictví dosáhly cca 316,8 miliard Kč.¹¹⁸ Zdravotní pojištění včetně odvodů státu za státem pojištěné ekonomicky neaktivní osoby představovalo 93 % těchto veřejných zdrojů. Z celkových výdajů na zdravotnictví jde asi 66 % z rozpočtu zdravotních pojišťoven, cca 18–19 % tvoří další veřejné rozpočty státu, měst, obcí a další doplňkové zdroje

¹¹³ L. Smolej, „Doktorů Štrosmajerů už bylo dost“, *Mladá fronta Dnes*, 13. 1. 2005.

¹¹⁴ A. Glajchová, „Zranitelnost lékařské profese jako důsledek rostoucí autonomie pacientů“, *Lidé města* 18, 2016, č. 1, s. 3–27.

¹¹⁵ *Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010–2018*, ČSÚ, <https://www.czso.cz>, staženo 29. 6. 2020.

¹¹⁶ *Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010–2017*, ČSÚ, <https://www.czso.cz>, staženo 29. 6. 2020.

¹¹⁷ *Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2010 až 2018*. Zdravotnictví, pracovní neschopnost. ČSÚ Praha, 2020, s. 6., www.czso.cz, staženo 19. 3. 2021.

¹¹⁸ *Zdravotnická ročenka ČR 2018*, ÚZIS ČR: Praha 2019.

a zbylých 13–14 % jsou výdaje jedinců a domácností.¹¹⁹ V posledních letech ustálená výše spoluúčasti pacientů na 13,4 % patří k mezinárodně spíše nižším.

Již téměř dvacet let se udržuje počet českých zdravotních pojišťoven do desítky a v r. 2020 čítá sedm subjektů, přičemž podíl VZP je kolem 56–57 %.¹²⁰ Mezi pojišťovnami probíhá od r. 2005¹²¹ rozšířené přerozdělování 100 % vybraných prostředků podle 38 věkových skupin a pohlaví pojištěnců. Od r. 2018 je tento mechanismus dále doplněn o dodatečný koeficient, vyplývající z lékové nákladovosti daného pojištěnce (Pharmacy-based cost groups – PBCG). Výpočet příjmu zdravotní pojišťovny na individuálního pojištěnce bude nadále brát v úvahu průměrné náklady osoby podle věku a pohlaví, nově navíc se zahrnutím průměrných nákladů, zejména farmaceutických, na léčbu jeho chronických nemocí.¹²² Posílení vztahu mezi příjmy a čerpáním je chápáno jako stimul solidárního charakteru zdravotnictví, neboť lépe vyrovnává rizika spojená s léčbou nákladných chronických chorob (ex ante). Zdravotní pojištění využívá i dalších mechanismů vyrovnání rizika a čerpání, jako je fond pro úhradu zvláště nákladné zdravotní péče: těmi se rozumí náklady převyšující patnáctinásobek průměrných nákladů na jednoho pojištěnce. Tyto úpravy dále stabilizovaly pozice zdravotních pojišťoven a posílily matematickou spravedlnost v rozdělování vybraných prostředků ve snaze garantovat rovný přístup ke zdravotní péči, a to zejména s ohledem na chronicky nemocné osoby. Hospodářské výsledky celého systému veřejného zdravotního pojištění byly pozitivní a účetní bilance za rok 2018 vykazala přebytek ve výši 14,5 mld. Kč, jako rezervy pro zajištění zdravotní péče v případě propadu příjmů v době ekonomické krize, jež nastala v důsledku koronavirových opatření a celkové mezinárodní situace.¹²³

Síť zdravotnických zařízení je pod dohledem zdravotních pojišťoven a krajských úřadů, které dbají na stabilitu s povinností zajistit dostupnost pro občany na základě veřejné zakázky. Je patrné, že tam, kde čas od času dochází k uzavírání některých nemocnic, nejčastěji z ekonomických důvodů, ale i z důvodu nedostatku kvalifikovaného personálu, se zhoršuje časová a geografická dostupnost, což vede k projevům nespokojenosti místních občanů. Ambulantní péče je téměř v celém rozsahu

¹¹⁹ Tamtéž, s.154 a <https://www.czso.cz/csu/czso/cechy-stoji-zdravi-stale-vice>).

¹²⁰ T. Cikrt, *Ekonomická analýza zdravotních pojišťoven v České republice 2018*, Ministerstvo zdravotnictví ČR: Praha 2018.

¹²¹ Splatnost a přerozdělování pojistného, <https://www.vzp.cz/platci/informace>, staženo 10. 12. 2020.

¹²² T. Macháček, „Výzvy a možnosti používání PCG v České republice“, *Advance Newsletter* 1, 2017.

¹²³ Tisková zpráva MZ ČR 21. 3. 2019.

odstátněná a privatizovaná, zatímco nemocniční síť tvoří zařízení různých zřizovatelů (státní, veřejné, soukromé – ziskové i neziskové). Poskytovatelé uzavírají kontrakty s pojišťovnami na základě Dohodovacích řízení, opět pod garancí státu v případě nedohody. I zde se projevila stabilizovaná situace, když v r. 2018 došlo „historicky poprvé“ k dohodám v rámci dohodovacích řízení mezi zástupci zdravotních pojišťoven a jednotlivých profesních sdružení poskytovatelů ve všech segmentech.¹²⁴ Úspěšná dohodovací řízení byla uzavřena i pro roky 2021 a 2022.¹²⁵

Manažersky se české zdravotnictví orientuje na západní koncepty, např. řízené péče a financování nemocnic podle skupin vázaných na diagnózu, tzv. DRG (Diagnosis Related Groups). Projekty rozvíjející ideu řízené péče, jež je původně americké provenience a jež stojí na principu tržně-smluvního propojování pojišťoven a zdravotnických zařízení za účelem regulace výdajů/nákladů, byly u nás rozvíjeny již v polovině 90. let. Ačkoli nebyly implementovány a vyvolávají v českém prostředí kontroverze, podporují je ekonomicky a manažersky zaměření experti. Staly se předmětem kritiky, když se objevily jako součást návrhu zákona o zdravotních službách, neboť jsou v rozporu se zákony o VZP a zaměstnaneckých pojišťovnách, které oba zakazují „zřizovat a provozovat poskytovatele a podnikat s prostředky plynoucími z veřejného zdravotního pojištění“.¹²⁶

Naopak financování nemocnic podle diagnostické skupiny, do níž je pacient zařazen a jež je spojena s vykalkulovanou cenou, je v českých nemocnicích poměrně široce užíváno. Tento způsob se snaží standardizovat ceny péče a eliminovat neopodstatněné výdaje. Vzhledem k přetrvávající tenzi mezi nároky/potřebami a výdaji ve zdravotnictví a dostupnými zdroji se stále v oblasti zdravotnického managementu řeší způsoby regulace nákladů, spojených zejména s chronickými nemocemi. Hovoří se o péči spojené s léčbou choroby (tzv. disease nebo case management). Motorem dalšího vývoje zdravotnictví se stává pojistná matematika a výzkum se přesouvá do soukromých společností, které pro ministerstvo zdravotnictví či jiné subjekty zpracovávají témata inovací. Např. AdvanceHealthcare Management Institute¹²⁷ nedávno vypracoval nový mechanismus přerozdělování pojistného, aby

¹²⁴ P. Kučová, „Úhrady v r. 2019“, *Advance Newsletter* 1, 2018.

¹²⁵ Dohodovací řízení pro rok 2021, <https://www.vzp.cz/>, staženo 1. 3. 2021. Daniel Köppl (2021). Ministerstvo zdravotnictví vydalo úhradovou vyhlášku pro rok 2022 ve Sbírce zákonů. www.mzcr.cz [1. 10. 2022].

¹²⁶ Paragraf 7 odst. 5 Zákona o VZP, paragraf 19 odst. 2 zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách.

¹²⁷ Soukromý institut, shromažďující experty, kteří se dlouhodobě zabývají rozbořením problémů zdravotnictví v ČR, i hledáním a prosazováním řešení. Institut zajišťuje vzdělávání zdravotnických manažerů (Master of Healthcare Administration) a zpracovává analy-

byla více garantována spravedlnost v přístupu ke zdrojům. Téměř to vypadá, že pojistné modely se stávají zárukou etiky a diskuse o vzorcích nahrazuje etické polemiky. Zdravotnictví se stává vysoce sofistikovanou oblastí, kde se věda a technologie setkávají s kalkulací a výpočty, zahrnujícími mnoho parametrů, k jejichž vyhodnocení je zapotřebí počítačových technologií.

Vyhlídky českého zdravotnictví do 21. století

Klíčovým bodem je otázka udržitelnosti celého systému, jeho principů, úrovně i dostupnosti pro další generace. To není snadné tváří v tvář dlouhodobým trendům. Zdravotnictví na bázi solidarity vznikalo v diametrálně odlišné demografické situaci, v podmínkách teprve počínající lékařské vědy, a tedy omezeného rozsahu medicíny a v době zcela odlišné nemocnosti i životního stylu populace. Stabilita současného zdravotnictví je eticky i ekonomicky křehká. Etickou stabilitu narušuje individualismus a komercializace, zpochybňující východiska společenské intergenerační dohody mezi zdravými a nemocnými, mladými a starými a bohatými a chudými. Ekonomickou stabilitu narušuje stárnutí populace, chronifikace chorob a rychle pokračující technologická a farmakologická inovace, jež dramaticky rozvírá nůžky mezi ideální (technologicky možnou) a reálně dostupnou medicínou. Již dnes je zřejmé, že mnoho z výtobytků lékařského výzkumu nebude moci být zpřístupněno všem, kdo by z nich měli zdravotní prospěch. Jsou také jisté náznaky, že česká medicína v mezinárodním srovnání začíná zaostávat ve využití nejnovějších technologií, např. telemedicíny atd.¹²⁸ Z výzkumů veřejného mínění je patrné, že stagnuje i hodnocení českého zdravotnictví veřejností. Se zdravotnickým systémem byla v r. 2018 spokojena o něco více než polovina občanů¹²⁹ a jistá část populace zůstává kritická jak k vztahům mezi lékaři a pacienty, tak k hodnocení dostupnosti i kvality. Počet nespokojených je v podstatě stabilní a bez náznaků změn v trendech vývoje v čase. V průběhu dvaceti let (1992–2011) byl sice sveden úspěšný zápas o kodifikaci etických práv pacienta také v zákonné podobě, ale není příliš prozkoumáno, zda jsou všechny zákonné možnosti v praxi dodržovány. Fungování zdravotnictví

tické studie pro různé zadavatele. Je organizátorem mezinárodní konference Prague International Health Summit (říjen 2020).

¹²⁸ Např. M. Bernáth, „Čeští lékaři užívají zastaralé nástroje, čekárny jsou plné. Řešením je telemedicína, míní IT specialista Mařík“, *Lidové noviny*, 15. 6. 2020.

¹²⁹ M. Tuček, „Názory na poplatky ve zdravotnictví a jiná vybraná opatření – prosinec 2018“, CVVM 2019.

na samých hranicích personálních a finančních možností nemůže pozitivně přispívat k vstřícnosti vůči potřebám a přáním pacientů.

Také mezinárodní srovnání vypovídá o rezervách vůči evropským zdravotnickým lídrům (viz Tab. 1).

České zdravotnictví donedávna připomínalo klidnou hladinu klidné vody v klidných časech. Žádný z problémů nebyl vyhrocen. Díky prosperující ekonomice se zvýšily příjmy pojišťoven, které si vytvořily rezervy. Rok 2020 ale tuto stabilitu zásadně narušil. Mlčení kolem zdravotnictví prolomila koronavirová epidemie, jež kladla extrémně zvýšené nároky na poskytování zejména nemocniční péče (2020–2021). V průběhu dlouhotrvajících vysokých nároků na specializovanou intenzivní zdravotní péči dochází k vyčerpání zdrojů, zejména se ukazují limity v počtech personálu. V r. 2021 se poprvé kvůli enormní koronavirové zátěži ve zdravotnictví objevují hlasy, že dochází ke snižování dostupnosti určitých typů zdravotní péče a k odkládání zahájení léčby. Objevuje se oficiální stanovisko, že úspory zdravotních pojišťoven budou na konci r. 2021 vyčerpány. V březnu 2021 je publikován návrh na zvýšení záloh za státní pojištění. Po odeznění kovidové epidemie bude muset zdravotnictví obnovit dříve běžné standardy poskytování akutní i neakutní péče. Zůstává velkým otazníkem, k jakým napětím mezi dostupnými a požadovanými zdroji bude v nejbližším období docházet a jak budou nově nastalé krizové momenty po kovidových omezeních řešeny.

Celkové shrnutí transformace českého zdravotnictví po r. 1989

Obsahem dvou příspěvků věnovaných českému zdravotnictví byl průběh přeměny státního zdravotnictví na systém zdravotního pojištění s existencí více pojišťoven, zahájený v prvních dnech polistopadového vývoje. Byly popsány hlavní institucionální a legislativní změny, jež zavedly všeobecné (později veřejné zdravotní pojištění). Tyto změny byly uvedeny do souvislostí s kritickou analýzou socialistického zdravotnictví z období pozdní perestrojové éry. Hlavní impulzy k transformaci tak byly připraveny již na konci 80. let a mezi nimi dominoval špatný zdravotní stav populace a tzv. krize zdraví pozdního socialismu. Příčiny byly shledány v nedostatečném financování, jež vedlo k zaostávání ve vybavení a kvalitě péče, ale také v neefektivních a netransparentních, příliš centralizovaných a hierarchických způsobech řízení. Z hlediska etického byly předmětem kritiky přílišný paternalismus zdravotníků a malý respekt k autonomii nemocných, spojené s existencí černého trhu a šedé ekonomiky. Nespokojenost většiny společnosti se stavem zdravotnictví kopírovala nespokojenost s režimem a získala novou naději po událostech sametové revoluce. Od privatizace, konkurence a decentralizace si organizátoři slibovali vyřešení mnoha navzájem spjatých problémů. Příliv finančních prostředků a rozvolnění

měly vést ke skokové modernizaci technologické a farmakologické úrovně a pozitivně ovlivnit stagnující střední délku života. Nový étos osobní odpovědnosti měl probudit motivaci všech stran k racionálnímu využití prostředků. Transformace byla na samém počátku spojena s celkovou obnovou společenského zdraví a podporou zdraví populace. Spíše skrytými zůstaly ekonomické zájmy subjektů, včetně lékařského stavu.

Transformace byla v první fázi silně ovlivněna neolibérální rétorikou i praxí zdravotních reforem v západních zemích. Mnohá zařízení se modernizovala a začala brát v úvahu pohled a přání klienta. Současně byl udržen vysoce solidární charakter českého zdravotnictví, kdy všichni ekonomicky neaktivní mají díky příspěvkům státu formálně garantován stejný přístup ke zdravotní péči bez ohledu na svou pozici. Kvazitržní reformy u nás napomohly ujasnění cenových relací, které byly z období socialismu velkou neznámou, a vedly k živelné konkurenci plátců i poskytovatelů, jež ale brzy vyústila v zadluženost systému. Regulační opatření druhé poloviny 90. let zdravotnictví stabilizovala, avšak následující dekáda byla obdobím přetahování mezi pravicovým a levicovým viděním zdravotnictví. Spíše skrytě proběhla další vlna privatizace nemocnic do podoby akciových společností vlastněných krajem. Zdravotnictví se nepokrytě stalo oblastí ekonomických zájmů a prospěchu, současně byla nově formulována práva pacientů v nové legislativě (2011). Před koronavirovou pandemií se zdálo, jako by medicína a zdravotnictví fungovaly bez větších zádrhelů a podle evropských standardů. Bezprecedentní zátěží pro zdravotnictví se staly nároky a potřeby nemocných v době koronavirové pandemie, během níž došlo k odkladu neakutní péče a předpokládané kumulaci zdravotní potřeby v následujícím období. Současně se snížil objem ekonomických prostředků v důsledku nižších odvodů ekonomicky aktivní populace. Lze pouze předpokládat, že již dříve existující disproporce mezi klinickými možnostmi medicíny, zdravotními potřebami lidí a ekonomickými zdroji bude koronavirovou pandemií výrazně zesílena. Kolize zdrojů a požadavků je nevyhnutelná, není však dostatečně předjímana a nejsou ani diskutovány scénáře možných řešení. Podobně nedostatečná je reflexe stále zesilujících tendencí medicinalizace společnosti, jež má etické, ekonomické i ekologické dopady.

Summary

The article describes the health care system transformation in Czechoslovakia after 1989 until nowadays that has been initiated by the Velvet Revolution. The health care transformation is framed with political constellations and sociological contexts. Part I focuses on the general political and societal conditions resulting from the Velvet Revolution. In the beginning, the author refers back to the critical report on

the health care in the late 1980's that has been produced in the Perestroika atmosphere. Poor outcomes of the centrally organised tax-funded socialist system indicated by stagnating life expectancy and increasing chronic morbidity in all population groups have been documented by the data analysis. Growing gap in the population health status behind Europe, economic inefficiency and low rewards for physicians have accelerated the process of reform, that was profoundly legitimised by the neoliberal market-induced reforms in the European health care. Key political decisions and legislation changes leading to the new German-like public health insurance are described in detail. The new health care was established on a new value balance, consumer choice and multifocal financing. Soon, the new constellation has led to a deep economical crisis and critical lack of resources needed to pay for growing expenses of the new system. The Part I ends in 1998, which is the year of vigorous regulation measures on the demand and supply sides implemented to stop the debt in health insurance finances.

Part II describes the reform strategies and solutions searched continuously after the critical breaking point to stabilise the health care (1998 until today). Health status improvements have been documented by health statistical data. Additionally, new achievements like patients rights legislation and medical ethics education have been mentioned as an integral part of the transformation. The oscillation between right-wing and leftist health care policy is reflected in diverse political proposals like e.g. to privatise the health insurance funds and university hospitals in 2006 that turned out to fail. Similarly, the patients fees at the point of use of the health care were only temporarily introduced and cancelled during the Social Democratic government. This balancing indicates that the political pressures pushing further reforms are permanently present. Privatisation initiatives may re-emerge in a new political or economic situation being urged by a resource crisis.

In the end, the Czech health care system is depicted as a still functional and well performing system with inherently rooted critical issues that are not satisfactorily discussed. In the future, lack of attention paid to current dilemmas may threaten the access, equity and quality of health care.

Correspondence

Doc. PhDr. Eva Křížová, Ph.D.

Katedra sociální práce

Evangelická teologická fakulta UK

Černá 646/9, 115 55 Praha 1

krizova@etf.cuni.cz

	Země s nejlepším výsledkem	Maximální skór	Skór ČR
Práva pacientů a informovanost	Holandsko, Norsko 125	125	108
Dostupnost (zejména časová)	Švýcarsko 225	225	175
Výsledky – účinnost	Finsko, Norsko, Švýcarsko 278	300	211
Rozsah a dostupnost služeb (spíše finanční)	Holandsko, Švédsko 125	125	104
Prevence	Norsko 119	125	71
Léky – dostupnost zejména nových a drahých léků	Německo, Holandsko 89	100	61

Tab. 1 Hexathlon klíčových kritérií hodnocení zdravotnictví podle Eurohealthconsumer 2018



Obr. 1 (Zdroj ČTK)



Obr. 2 (Zdroj ČTK)



Obr. 3 (Zdroj ČTK)