

Co je zadarmo, bývá bezcenné

K článku Zdraví a peníze
(Čas. Lék. čes., 2004, 143, s. 4–8)

Profezor Holčík označuje zdraví spolu s penězi za prostředek, který se může stát i cílem našeho konání a stručně se zmiňuje o možném diktátu tzv. *healthismu*.

S ohledem na to, že je Holčíkův článek věnován úvahám o ekonomice zdravotnictví, její nezbytnosti a prospěšnosti a autor se zabývá i reformou a stavem českého a evropského zdravotnictví, je podle názoru autora tohoto komentáře vhodné upozornit na to, že zdraví by nemělo být považováno za pouhý prostředek.

Zdraví jednotlivce, ale i stav zdraví populace jsou velmi důležitou podmínkou, na níž záleží kvalita života i jeho naplnění. Proto není zdraví a péče o jeho udržení podle názoru autora tohoto článku redukovatelné na pouhý, převážně instrumentálně chápaný prostředek.

Zdraví a péče o jeho uchování je považováno velkou většinou lidí za jednu z nejdůležitějších hodnot. Je to nezpochybnitelná skutečnost, o čemž svědčí jak výsledky výzkumů veřejného mínění, tak kolokviální rčení a ustálené obraty i pozdravy.

Nedostává-li se zdraví jednotlivci, pak je i využití disponibilních finančních prostředků výrazně zúženo. Nedostává-li se zdraví společnosti, pak je zhoršena tvorba hrubého národního produktu, roste společenská spotřeba podmíněná vícenáklady spojenými s vyšší morbiditou. Špatné zdraví se stává se v řadě ohledů limitem.

Právě tak je limitem a celospolečenským problémem nekvalitní, neefektivně fungující zdravotní systém, který může významně narušit společenskou i ekonomickou stabilitu.

Zdraví představuje *conditio sine qua non*. Limituje jak prostý život a běh, tak naplnění podnikatelských či tvůrčích záměrů, politických nebo společenských ambicí.

Proto a nejen proto patřila péče o zdraví v průběhu hvězdných i šedých hodin lidstva k činnostem váženým, často pak lukrativním a nezřídka i riskantním. Příslušnost k tajemným druidům, šamanům a kouzelníkům, později pak k cechu bradýřů, ranhojičů a městských fyziků s sebou přinášela vedle možnosti tu lepšího, tu horšího výdělků i reálné riziko sankcí. Od nepaměti pro poskytování péče o zdraví navíc platila s určitou nadsázkou a nezbytnou dávkou sociálnosti a soucitu moudrost z Talmudu – „Co je zadarmo, je bezcenné.“

A právě tak neztratil svou naléhavost ani postřeh Claude Bernarda – „Tragickým údělem lékařství je, že musí jednat, aniž ví.“

PODÍL KANCLÉŘE BISMARCKA A MUDr. NEDVĚDA NA PROMĚNĚ LÉKAŘŮ A SESTER

Lékaři, jejich asistenti i sestry mohli být přesvědčeni filantropi a lidumily, nakonec však byli nuceni přijímat honoráře od většiny svých pacientů nebo jejich příbuzných. V opačném případě pak byli odkázáni na dobrodiní mecenášů nebo na nejistou charitu. Teprve zavedení pojišťovnického systému, zásluha to především kancléře Bismarcka a následně postupné zestátnění zdravotní a sociální péče, důsledek to do značné míry okouzlení některých západoevropských sociálně-demo-

kratických stran návrhem československých „blouznivců“ vedených dr. Nedvědem, změnilo zásadně evropské zdravotnictví. Nedvědův plán, který byl vypracován na sklonku 2. světové války levicovými lékaři, kteří se inspirovali sovětským modelem sjednoceného zdravotnictví, představoval předobraz britské národní zdravotní služby, která vycházela z této středo-evropské varianty socialistického zdravotnictví. Ta však po únorových zásahy doznala od své britské sestry natolik zásadní proměny, že vedla k fatální změně postavení i role „poskytovatelů“ zdravotní péče.

Ze svobodných subjektů pečujících o zdraví pacientů, v anglosaských zemích dnes stále častěji klientů, se z lékařů, sester a dalších odborníků stali v řadě evropských komunistických i sociálně-demokratických (relativně liberálních) států námezdní pracovníci. Lhostejno, zda působili jako zdánlivě svobodní lékaři ve smluvním vztahu k zdravotním pojišťovnám, nebo se stali zaměstnanci státní zdravotní správy.

Do vztahu pacient – lékař vstoupila třetí síla – plátce, regulující – tu zdařileji, tu velmi nepřípadně – ekonomické prostředky, v němž je zajišťována a poskytována péče o zdraví.

SJEDNOCENÉ SOCIALISTICKÉ ZDRAVOTNICTVÍ – AKCE A REAKCE

Zestátněné, sjednocené, zglajchšaltované a stále beznadějněji zaostávající „socialistické“ zdravotnictví se stalo po roce 1989 cílem kritiky, výhrad a reformních pokusů ve všech zemích, jež byly druhy státy spolupracujícími v rámci RVHP a které podléhaly sjednocenému velení Varšavské smlouvy. Program transformace českého zdravotnictví, který byl po celonárodní diskuzi probíhající od jara 1990 do podzimu 1990 za podpory jak ministra Klenera, tak následně i autora této úvahy, schválen vládou České republiky v prosinci 1990, představoval první transformační zdravotnický program v postkomunistických zemích. Ekonomické aspekty programu a plán na zřízení zdravotního pojištění byl též projednán na poradě hospodářských ministrů na půdě federálního ministerstva financí. Transformačnímu programu věnovali v roce 1990 značnou pozornost členové zdravotního výboru ČNR v čele s jeho předsedou P. Lomem, který byl stoupencem zdravotních pojišťoven a povinného členství v Lékařské komoře. Návrh nového systému zdravotní péče navazoval na některé dokumenty Charty 77 a vycházel především z návrhu na reformu péče o zdraví připravovaném od prosince 1989 členy Skupiny pro reformu zdravotnictví, která se hlásila k Občanskému fóru (1, 2). Mnoha českými oponenty – v čele s P. Lomem, prvním ministrem zdravotnictví v Klausově vládě České republiky – byl plán na reformu českého zdravotnictví považován za málo „pravico-“vý“, příliš graduovaný a málo tržní, představiteli levice pak za příliš radikální a liberálně – asociální. Odborníky ze západoevropských zdravotnických institucí a ze Světové organizace i ekonomy z MMF byl často považován za přehnaně radikální a spěšný. Kritizovali jej za příklon k pojišťovnickému systému, za důraz na privatizaci primární zdravotní péče a za plány

na odstátnění většiny nemocnic a zdravotnických zařízení a jejich postupnou privatizaci.

NÁVRH NOVÉHO SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE

Díky tomu, že Návrh nového systému zdravotní péče byl schválen vládou České republiky jako transformační dokument, mohla být na počátku roku 1992 provedena zásadně důležitá změna financování zdravotnictví, považovaná za jeden ze základních pilířů transformace zdravotnictví (2). Započal přechod z financování zdravotnictví z rozpočtových prostředků na financování zdravotnictví prostřednictvím fondů veřejnoprávních pojišťoven, které čerpaly finanční prostředky z povinného zdravotního pojištění, tedy z jakési „zdravotní daně“. České zdravotnictví přestalo být – jako prvé v postkomunistické Evropě – závislé výlučně na ministerstvu financí, které bylo po padesát let ve skutečnosti „prvním a nejdůležitějším“ ministerstvem zdravotnictví. České zdravotnictví v souladu s principy vícezdrojového financování již nebylo odkázáno na státní rozpočet a na úředníky z Letenské ulice (2, 3).

Vedlo to k velmi rychlému nárůstu investic určených na nákup nových technologií, zavádění moderních diagnostických a léčebných metod a ve svém důsledku ovšem k „prodražení“ zdravotní péče a vzestupu nákladů na zdravotnictví, což předvídal a čemuž chtěl zamezit například i V. Klaus. Umožnilo to vznik soukromých praxí a početné skupiny praktických lékařů i specialistů, též však farmaceutů – majitelů lékáren, z nichž mnozí od samého počátku projevovali – a zde autor komentáře nemůže souhlasit s tvrzením profesora Holčíka – živý zájem o ekonomické otázky. Nechovali se tak, jako by jim vše ekonomické bylo cizí a někteří se stali v dobrém smyslu úspěšnými a prosperujícími lékaři nebo lékárníky a snažili se využít zatím nestabilního prostředí zdravotního pojištění i nedokonalé vymezeného a nepřesně chápaného trhu k prosperitě a rozvoji svých praxí, lékáren a malých zdravotnických zařízení (3).

Řada cenných údajů o okolnostech vzniku transformačního programu českého zdravotnictví je dostupná v publikacích, o jejichž vznik se zasloužil především prof. Potůček (4, 5). Vzděláním ekonom a sociolog, který se na sklonku devadesátých let minulého století seznámil jak s plány vznikajícími v Prognostickém ústavu Československé akademie věd, tak s názory M. Zemana, byl přesvědčeným stoupencem aplikace principů sociálně tržního a liberálního modelu na evropském kontextu odpovídajícímu zdravotnictví. Po návratu ze studijního pobytu ve Velké Británii se Potůček se svými spolupracovníky významně zasloužil o vznik pražské sociálně-zdravotní skupiny působící především na půdě Univerzity Karlovy na Fakultě sociálních věd (5, 6). Kromě brněnských a olomouckých autorů, kteří se věnovali studiu transformace českého zdravotnictví, se o kritický a tvůrčí pohled na bioetické aspekty transformace zasloužil i prof. Daniel Callahan ze severoamerického Hastings centra. Inspiroval vznik pracovní skupiny osob spřízněných s Callahanovými názory a s jeho bioetickou orientací, kterou vedl J. Payne, který uspořádal řadu bioetických pražských sympozií s mezinárodní účastí.

ZDRAV JAKO HODNOTA A PODMÍNKA KVALITNÍHO ŽIVOTA

Vraťme se však ke zdraví jako důležité hodnotě a podmínce kvalitního a spokojeně prožívaného života.

S narůstající korektivní zkušeností, které se většina potenciálních pacientů ve středním a vyšším věku logicky nevyhne, se zájem o udržení zdraví, o jeho podporu a zájem o kvalitu, dostupnost a efektivnost zdravotnictví dostává mezi tzv. skutečné priority. V rovině ekonomického uvažování je významné, že zpravidla většina „pojištěnců a plátců daní“ není dříve či později ušetřena osobního setkání s vážnou nemocí a jejími důsledky, což vede k tomu, že poněkud méně kategoricky brojí po této korektivní zkušenosti proti principům solidárního pojištění. Tento model má nepochybně své slabiny, ale i své nepopiratelné přednosti. Ve společnosti, která prožila zásadní společensko-hospodářskou proměnu, která zatím vytváří relativně nízký národní produkt, zaručuje všeobecné a povinné zdravotní pojištění patrně méně konfliktní přístup ke zdravotní péči, jejíž kvalitu lze udržet na přijatelné úrovni při zajištění všeobecné dostupnosti, která však může být nadužívána a zneužívána. Morbidita i čerpání nemocenské je jak v České republice, tak v Británii přímo úměrné míře nezaměstnanosti a malé výkonnosti regionální ekonomiky (7, 8).

Obavy o dobře fungující, dostupné, co možná nejlevnější a „bezplatné“ zdravotnictví se stávají předvolebními a nezřídka i mezivolebními tématy, na nichž bystří svůj důvtip představitelé politických stran i komentátoři médií ve většině evropských zemí.

Obavy ze zániku nebo proměny některých regionálně-tradičních zdravotnických zařízení, k nimž by mohla vést nepochybně nezbytná redukce sítě zdravotních zařízení poskytujících akutní a standardní zdravotní péči, která jsou nezbytná pro kvalitní fungování veřejnoprávního zdravotnictví, jsou natolik naléhavé, že mohou vést dokonce k pokusům o vypsání místních referend. Nebo i k iniciování požadavků na odvolání ministra či ministryně zdravotnictví.

Nevedou však nikdy – a to nepřekvapuje – k požadavku na zvýšení spoluúčasti třebas formou vyšších místních daní, sloužících k podpoře oněch nepostradatelných zdravotnických zařízení.

Nevedou ani k realokaci finančních prostředků vyplácených zdravotními pojišťovnami těm zdravotnickým zařízením, která pečují o pacienty, kteří podle „domovské příslušnosti“ a místa, kde platí daně, nepřísluší podle přirozené spádovosti do péče těchto zdravotnických zařízení. Ta poskytují zdravotní péči a další služby pacientům z jiných správně-pojišťovnických oblastí v rámci paušální úhrady, která nezohledňuje „práci a péči poskytované navíc“, jak je tomu běžné například ve Švýcarsku nebo v Německu.

KRIZE FINANCOVÁNÍ ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ – NEPOMĚR MEZI NÁROKY, SPOTŘEBOU A FINANČNÍMI ZDROJI

Z periodicky se objevujících varování a prohlášení o krizi zdravotnictví se mohou vystrašení spoluobčané, kteří buď pacienti již jsou, nebo se jimi dříve či později patrně stanou, dozvědět leccos (8).

Důležité však je to, že se potenciální pacienti a plátců zdravotního pojištění zpravidla nedozvědí prostou a neoddiskutovatelnou skutečností, že nejpodstatnějším rizikovým a krizovým momentem ohrožujícím stabilitu současného českého zdravotnictví je nepoměr mezi objemem a kvalitou zdravotní péče, kterou občané vyžadují jako mandatorní a jako takovou ji „spotřebují“ a objemem finančních prostředků, které jsou schopny a ochotny zdravotní pojišťovny, státní zdravotní správa i individuální plátců do zdravotnictví vložit.

Nejen britský kritik českého zdravotního a sociálního systému a autor jednoho z návrhů na reformu českého zdravotnictví MUDr. Macek, ale i představitelé profesních organizací českých lékařů – MUDr. Klubek, MUDr. Rath – opakovaně politikům i české veřejnosti sdělují, že můžeme mít v dlouhodobější perspektivě zdravotnictví pouze tak kvalitní a tak výkonné, jak si ho budeme ochotni a schopni „zaplatit“. Toto tvrzení je nepopulární pro nezanedbatelnou část české veřejnosti.

Dodejme – zaplatit a důsledně kontrolovat hospodárnost využití vložených prostředků.

Trvale a nestranně kontrolovat kvalitu zdravotní péče pomocí ověřených a ověřitelných a vymahatelných standardů, auditů nemocnic a jejich hodnocení – dostupných veřejnosti v souladu s postupy běžnými ve státech EU i v zámoří. Takovýto požadavek může být nepopulární pro část české zdravotnické veřejnosti.

Zdravotnictví – veřejnoprávní i soukromé – je mimo vši pochybnost věcí veřejnou.

Na financování zdravotnictví se proto musíme podílet všichni, protože jsme reálnými i potenciálními pacienty.

Při špatné platební morálce a nedostatečné kontrole hrozí „protonání“ fondů zdravotních pojišťoven právě tak, jako jsou znepokojivé předpovědi prázdných finančních fondů, které by měly zajistit důstojné stáří stárnoucí a churavějící české populaci (7).

Stárnutí je většinou spojeno s narůstající morbiditou a přímé náklady jak na zdravotní péči, tak sekundární náklady na indukovanou ošetrovatelskou péči a zdravotní pomůcky hrozivě narůstají.

Významná část české společnosti zatím neakceptuje, že nelze dlouhodobě „načerno“ jezdit veřejnou dopravou nebo stoupat ve veřejnoprávním zdravotnictví.

Je nutno skoncovat s představou, že je možné a mravné přispívat na zdravotní, případně úrazové pojištění co nejméně a čerpat z pojišťovnických fondů co nejvíce (8, 9).

Zdravotnictví nikde ve světě nefunguje jako perpetuum mobile.

Kvalitní a dostupná zdravotní péče je nákladná a představuje velkou zátěž pro národní hospodářství. Dodejme: též však značný přínos, které je nutno vyčíslit a nepředpojatě porovnat s objemem vynaložených finančních prostředků, přímými a nepřímými náklady na neléčenou či nedoléčenou chorobu.

Je „moderní“ poukazovat na nevykonnost českého zdravotnictví. Je snadné nazývat je „černou dírou“, zasluhující výlučně restriktivní finanční politiku.

Návrhy na ekonomizaci a přiměřenou, věcně odůvodněnou restriktci jsou opodstatněné, musí však vycházet z komparativních a farmakoeconomických studií srovnávacích nákladovost a objem úhrad za konkrétní léčebné postupy poskytovaných zdravotními pojišťovnami a státní zdravotní správou v České republice, Maďarsku nebo Slovensku a na druhé straně v Rakousku, Itálii nebo Německu (8, 9).

Korektivní zkušenost se zdravotnictvím, které je v údajně „permanentní krizi“, byť poznamenanou výlučností péče ve zvláště vybraných „westernizovaných“ zdravotnických zařízeních mají i středoevropští a čeští politici, případně i bankéři a podnikatelé.

Ani ti však nejsou zpravidla dostatečně informováni o poměrech v českém zdravotnictví, ani o srovnání kvality péče, nákladovosti a systému úhrad oproti poměrům ve státech EU.

Pro naši dnešní úvahu je důležité, že tito příslušníci ekonomické nebo politické elity, jsou v lepším případě vybaveni předplacenými platinovými a zlatými kartami zajišťujícími přednostní přístup do nadstandardně vybavených veřejnoprávních zdravotnických zařízení nebo do soukromých ambulancí a klinik. Jedná se o zatím výjimečnou formu spoluúčasti, která je transparentní a kontrolovatelná a nahrazuje stále chybějící

soukromé připojištění na „kvalitu, vážné onemocnění či volbu lékaře a zdravotnického zařízení“.

Příslušníci politické i hospodářské elity, kteří v případě vážné i méně vážné nemoci a choroby vyhledají neomylně špičkové zdravotnické zařízení zaručující jak nadstandardní diagnostickou, léčebnou, tak i ošetrovatelskou péči, potvrzují, že i oni staví zdraví a péči o jeho uchování na jedno z čelných míst svého hodnotového systému. Politici a bankéři nepovažují v žádném případě své vlastní zdraví za pouhý prostředek.

Není totiž výsadou pouze české politické a národohospodářské elity, že i v oblasti péče o zdraví se po krátce trvajících dobře míněných, leč naivních pokusech o zrušení výlučné zdravotní péče o příslušníky politicko-ekonomické elity (Sapros) – vytvořil v souladu s výraznější sociálně-ekonomickou diferenciací společnosti i odpovídající diferencovaný systém zdravotní péče. Ta je sice ve značném objemu stále hrazena z prostředků víceméně solidárního zdravotního pojištění, ale má v sobě již zabudovány zatím v nedostatečném rozsahu určité prvky spoluúčasti. Její plnění, ne však symbolické, ale odpovídající běžným cenám účtovaným za hotelové služby a za jiné služby poskytované v terciárním sektoru (honoráře servisním technikům, platby za konzultace a notářské či právní úkony ...) může představovat jediný korektní a kontrolovatelný přístup, jak úhradu za jasně vymezenou nadstandardní zdravotní péči i za ubytování a stravování civilizovaně řešit. Pokud ovšem nebude nadstandardní léčebná a ošetrovatelská péče hrazena do určité výše v rámci zatím neexistujícího připojištění.

Zatím se však nezřídka přistoupí – z různých důvodů – k plnění úhrady nadstandardní zdravotní a ošetrovatelské péče ne-standardním přístupem.

Užije se obvykle některý z postupů nefinančního plnění závazků vzniklých s poskytnutím nadstandardní zdravotní péče. Takovéto kompenzační mechanismy vnášejí do systému financování péče o zdraví netransparentní a destabilizující momenty. V souvislosti s nimi je znejistěle veřejnosti sdělováno, že by složité problematice spoluúčasti a vymezení toho, co patří do základní, z všeobecného pojištění hrazené a co do nadstandardní péče, stejně neporozuměla (8, 10).

S jistou nadsázkou lze konstatovat, že pro Českou republiku, Slovensko, Polsko nebo i Maďarsko platí – Quod licet Iovi, non licet bovi.

Zdraví, moderní a účinné diagnostické a léčebné metody, nemoci elity a mocných jsou čtenářsky vděčným tématem seriózních i bulváru se blížících sdělovacích prostředků. Stejně přitažlivým a znepokojivým námětem je prakticky trvale zmiňovaná krize – tu českého, tu rakouského či německého – zdravotnictví.

To je kritizováno pro nepřiměřenou „rozlehlost“, nešetřmost, přílišnou nákladovost. Jsou doporučována nejrozumnější, většinou velmi jednoduchá a líbivá řešení. Autor s těmito návrhy nehodlá polemizovat. Dává za pravdu požadavku a doporučení prof. Holčíka, aby se o ekonomice zdravotnictví a o strukturálních a koncepčních změnách českého zdravotnictví rozhodvalo na základě svědomitě připravených a oponentovaných programů, na základě komparativních a farmakoeconomických studií a doporučení kvalitních a zkušených ekonomů, věnujících se ekonomice zdravotnictví (9).

EVROPSKÁ INSPIRACE – PŘÍNOS A MOŽNÁ RIZIKA

Představy, že zdravotnictví se přes řadu svých specifíků neodlišuje od jiných oblastí národního hospodářství, jsou běžné.

Byť jsou tyto názory vcelku pochopitelné, je nutno upozornovat na to, že nevedou k ničemu dobrému. Navíc musí být respektována zkušenost ze sousedních zemí i doporučení Světové zdravotní organizace i expertů pracujících pro nevládní i vládní instituce ve státech EU i v zámoří (4, 6, 9, 10).

Od poloviny tohoto roku bude tvorba zdravotnických zákonů i norem, regulujících zdravotnickou ekonomiku ještě v dalším ohledu výrazně ovlivněna „evropským kontextem“. V oblasti dalšího růstu nákladů za léčebnou péči existují jen velmi hrubé odhady, pokoušející se vyčíslit, jak se do nároků na fondy veřejnoprávního pojištění promítnou platby za akutní zdravotní péči poskytnutou občanům ČR během jejich pobytů a působení v zemích EU. Podle velmi konzervativních propočtů půjde v roce 2004 o částku přesahující 2,5 mld. Kč. Podle jiných se může jednat o částku podstatně vyšší, kterou bude nutno uhradit zahraničním zdravotnickým zařízením nebo pojišťovnám. Není žádným tajemstvím, že to bude spojeno s velkými obtížemi. Managementu zdravotních pojišťoven není jasno, jak bude tento problém řešen s ohledem na vymahatelnost práva v Evropské unii i na zvyklé postupy.

Nepochybně se dříve než později ukáže, že je neudržitelné „držet“ na „neevropsky“ nízké hladině ceny úhrad proplácených zdravotnickým zařízením a soukromým lékařům za diagnostickou, léčebnou a ošetrovatelskou péči z fondů zdravotních pojišťoven. Srovnání s cenami za hotelové služby a za služby vůbec svědčí o dlouhodobě neudržitelném podhodnocení práce pracovníků ve zdravotnictví a sociálních službách. Nemůže se jednat o absolutní narovnání cen, ale o relační, poměrnou nápravu – a i ta může být z pohledu ekonomů a právníků – s ohledem na početnost jednotlivých skupiny pracovníků ve zdravotnictví nepřijatelnou.

Byť se podle prognózy Ministerstva práce a sociálních věcí ČR ani podle vyjádření představitelů České lékařské komory neočekává masový odchod kvalifikovaných i nekvalifikovaných pracovníků ze zdravotnických a sociálních zařízení do států EU, přesto může jako určité varování sloužit vysoký počet zdravotních sester ze Slovenska. Vlídne a pracovité slovenské sestry pracují ke spokojenosti českých pacientů i managementu nemocnic v moravských a českých nemocnicích. Dodejme, že stále častěji jim zdatně asistují sestry hovořící česky s ukrajinským či ruským přízvukem.

Navíc nelze jednoznačně předpovědět, jak se zachovají po skončení doktorandských studijních programů dobře jazykově vybavení mladí lékaři, lékařky a další specialisté v biomedicíně, kteří nezdávka již v zahraničí štážovali a pracovali. Jejich návrat není zdaleka jistý, nezmění-li se poměry v českých nemocnicích a na výzkumných pracovištích.

Evropská inspirace a hodnotový, pracovní-právní i bioetický tlak vyplývající z nezbytnosti přizpůsobit právní i ekonomické vymezení českého zdravotnictví a sociálně-zdravotní

péči evropským normám představují pro pracovníky ve zdravotnictví a v sociálních službách v České republice významný stimul.

Je v zájmu jak našich pacientů, tak zdravotních pojišťoven i státních orgánů a české veřejnosti, aby byl formativní evropský vliv využit k nastartování dlouhodobě odkládaných strukturálních, personálních i ekonomických i změn v českém zdravotnictví a sociálně-zdravotní péči, jež se musí týkat i zdravotního a úrazového pojištění, přičemž mohou být konstruovány tak, že příspěvky do jejich fondů budou další reálnou spoluúčastí.

Péče o zdraví a stav zdravotnictví jsou věcí veřejnou.

Mají výrazné psychologicko-sociální a ekonomické souvislosti, takže přes některé výhrady považuje recenzent článek profesora Holčíka za přínosný.

A to zejména s ohledem na to, že Holčíkův článek může přispět k věcné diskuzi, jež by měla mít mezioborový ráz. Její závěry by mohly být předloženy jak českým zákonodárcům, tak pracovníkům státní správy i veřejnoprávních organizací.

LITERATURA

1. Návrh reformy péče o zdraví. Praha, Pracovní skupina MZSV České republiky, 1990.
2. Návrh nového systému zdravotní péče. Praha, Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1990.
3. Zdravotnictví České republiky 2002. Praha, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2003.
4. Potůček, M.: Křížovatky české sociální reformy. Praha, Sociologické nakladatelství, 1999, s. 118-142.
5. Česká společnost na konci tisíciletí. 1,2. Potůček, M. (ed.) Praha, Karolinum, 1999.
6. Háva, P., Kružík, L.: Průběh privatizace v českém zdravotnictví. In: Potůček, M., Purkrábek, M., Háva, P.: Analýza událostí veřejné politiky v České republice. Praha, Fakulta sociálních věd UK, 1995, Řada Veřejná a sociální politika, č. 2, s. 54-76.
7. It's an ill wind. The Economist, Vol. 370, č. 8356. Jan 3, 2004, s. 26.
8. Bojar, M.: Reforma českého zdravotnictví p osmi letech. Pohled z Oxfordu. In: Česká společnost na konci tisíciletí. Sv. 1. Potůček, M. (ed.) Praha, Karolinum, 1999, s. 41-49.
9. Scheffler, R.: Lessons Learned from the Reform of the Czech Health Care System. In: Česká společnost na konci tisíciletí. Sv. 2. Potůček, M. (ed.) Praha, Karolinum, 1999, s. 95-102.
10. Bojar M.: „Děja vu. Bermudský trojúhelník“. Pacienti, české zdravotnictví a zdravotní pojišťovny po roce 1992 a po vstupu do EU“. Sborník přednášek – Kolokvium k 10. výročí založení Všeobecné zdravotní pojišťovny. Praha, Všeobecná zdravotní pojišťovna, 2002.

doc. MUDr. Martin Bojar, CSc.
Neurologická klinika dospělých 2. LF UK a FN
150 06 Praha 5, V Úvalu 84
fax: 224 436 820
e-mail: martin.bojar@lfmotol.cuni.cz