

4

2004

---

ZDRAVOTNÍ  
POLITIKA  
A EKONOMIKA

---

# Švýcarsko I.

(zdravotnický systém a zdravotní stav obyvatelstva)

- **Health Care Systems in Transition Švýcarsko 2000**
- **Panorama zdraví - Švýcarsko v evropském srovnání**
- **Politický systém švýcarské konfederace**



[www.izpe.cz](http://www.izpe.cz)

---

**INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY**  
Kostelec nad Černými lesy

Prosinec 2004



# Švýcarsko I.

(zdravotnický systém a zdravotní stav obyvatelstva)

**Zdravotní politika a ekonomika  
Sborník č. 4/2004**

- **Health Care System in Transition, Švýcarsko 2000**  
Přeloženo z: Minder, A., Schoenholzer, H., Amiet, M.: Health Care Systems in Transition Switzerland 2000, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2000
- **Panorama zdraví - Švýcarsko v evropském srovnání**  
Přeloženo z: Panorama Gesundheit – Die Schweiz im europäischen Vergleich, WHO, Schweizerisches Gesundheits-observatorium, Neuchâtel, 2003
- **Politický systém Švýcarské konfederace**

**Institut zdravotní politiky a ekonomiky**

**Kostelec nad Černými lesy**

**Prosinec 2004**

**Autoři překladů:** Miroslav Barták – Health Care System in Transition, Švýcarsko 2000  
Helena Haškovcová – Panorama Gesundheit die Schweiz im europäischen Vergleich  
Vratislava Postlová – Panorama Gesundheit die Schweiz im europäischen Vergleich

**Autoři původních příspěvků:** Blanka Říhová – Politický systém Švýcarské konfederace

**Technická redakce:** Luděk Šišák  
Kamila Tomášková  
Ivana Daňková

**Obsahová a jazyková korektura:** Věra Vorlíčková

## Obsah:

Health Care Systems in Transition, Švýcarsko 2000 .....	9
<b>1. Úvod a historické pozadí.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Úvod.....</b>	<b>9</b>
Ekonomika.....	9
Ukazatele zdravotního stavu.....	10
Politická a administrativní struktura.....	10
<b>1.2 Historické pozadí.....</b>	<b>11</b>
<b>2. Organizační struktura a řízení zdravotnické soustavy .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Organizační struktura zdravotnické soustavy .....</b>	<b>13</b>
Úroveň konfederace.....	13
Obce.....	17
Zdravotní pojišťovny .....	17
Profesní asociace .....	19
Asociace nemocnic .....	20
Dobrovolnické a spotřebitelské organizace .....	20
<b>2.2 Plánování, regulace a řízení zdravotnické soustavy .....</b>	<b>20</b>
Plánování v oblasti zdravotnických služeb .....	20
Regulace zdravotnických služeb.....	21
Regulace zdravotnických prostředků a lidských zdrojů ve zdravotnictví.....	21
Regulace v oblasti léčiv a technologií .....	22
Zdravotní politika .....	22
<b>2.3 (De) Centralizace zdravotnické soustavy.....</b>	<b>22</b>
<b>3. Financování zdravotnických služeb a náklady zdravotnické soustavy .....</b>	<b>23</b>
<b>3.1 Hlavní systém financování a úhrad.....</b>	<b>23</b>
<b>3.2 Doplnkové zdroje financování.....</b>	<b>25</b>
Přímé platby.....	25
Doplnkové zdravotní pojištění.....	26
Vnější zdroje financování .....	26
<b>Rozsah hrazených služeb a jejich poskytování.....</b>	<b>27</b>
Výdaje na zdravotnictví .....	28
<b>4. Organizace zdravotnických služeb .....</b>	<b>33</b>
<b>4.1 Ambulantní zdravotní péče.....</b>	<b>33</b>
<b>4.2 Veřejné zdraví.....</b>	<b>35</b>
Přenosná onemocnění .....	35
Prevence úrazů.....	36
Prevence nemocí a podpora zdraví .....	36
Obce.....	38
<b>4.3 Sekundární a terciální péče .....</b>	<b>38</b>
Nemocniční péče .....	39
<b>4.4 Sociální péče.....</b>	<b>42</b>
<b>4.5 Lidské zdroje a vzdělávání.....</b>	<b>44</b>
Lékaři.....	44
Zubní lékaři a farmaceuti.....	46
Další zdravotnické obory .....	46
Vzdělávání v oblasti řízení zdravotnických služeb a veřejného zdraví .....	46
Ošetřovatelství.....	46
Reformy zdravotnického vzdělávání .....	47
<b>4.6 Léčiva.....</b>	<b>47</b>
<b>4.7 Hodnocení technologií v oblasti zdravotní péče.....</b>	<b>48</b>
<b>5. Alokace finančních prostředků ve zdravotnictví.....</b>	<b>48</b>
Vyjednávání o úhradách péče .....	50
<b>5.1 Úhrady nemocnicím .....</b>	<b>50</b>
<b>5.2 Úhrady lékařům .....</b>	<b>51</b>
Reforma alokace zdrojů a způsobů úhrad.....	52
<b>6. Reformy zdravotnické soustavy .....</b>	<b>52</b>
<b>6.1 Cíle a předmět reforem .....</b>	<b>52</b>
<b>6.2 Rozsah reforem.....</b>	<b>52</b>
Navrhované reformy .....	52
Rada konfederace .....	52

Parlament .....	53
Veřejné petice .....	53
Politika Zdraví pro všechny SZO.....	54
<b>7. Závěry .....</b>	<b>55</b>
<b>8. Literatura .....</b>	<b>56</b>
<b>9. Další informační zdroje.....</b>	<b>57</b>

## Panorama zdraví - Švýcarsko v evropském srovnání – Panorama Gesundheit – Die Schweiz im europäischen Vergleich..... 61

<b>1. Přehled.....</b>	<b>61</b>
<b>2. Technické poznámky.....</b>	<b>62</b>
<b>3. Země a lidé .....</b>	<b>62</b>
3.1 Demografie.....	63
3.2 Složení domácností - struktura rodiny .....	64
3.3 Migrace a etnický profil .....	65
3.4 Vzdělání .....	65
3.5 Hospodářství.....	66
<b>4. Zdravotní stav .....</b>	<b>66</b>
4.1 Střední délka života .....	68
4.2 Hlavní příčiny úmrtí .....	70
4.3 Onemocnění srdečního oběhu .....	71
4.4 Nádorová onemocnění .....	72
4.5 Vnější příčiny úmrtí.....	73
4.6 Psychické zdraví.....	74
4.7 HIV - infekce a AIDS .....	75
4.8 Postižení a chronická onemocnění .....	76
4.9 Děti a mládež .....	77
4.10 Ženy .....	78
<b>5. Životní styl.....</b>	<b>79</b>
5.1 Rizikové faktory .....	80
5.2 Tělesná aktivita .....	81
5.3 Výživa.....	81
5.4 Spotřeba alkoholu .....	83
5.5 Kouření .....	83
5.6 Spotřeba ilegálních (nelegálních) drog.....	84
<b>6. Životní prostředí.....</b>	<b>85</b>
6.1 Kvalita ovzduší .....	85
6.2 Kvalita vody a ochrana vod.....	86
6.3 Odpady .....	86
6.4 Bydlení – bytové prostředí.....	86
6.5 Pracovní prostředí.....	87
<b>7. Systém zdravotnictví .....</b>	<b>87</b>
7.1 Struktura a organizace .....	87
7.2 Primární zdravotní péče.....	88
7.3 Stomatologická péče.....	89
7.4 Domácí zdravotní péče.....	89
7.5 Léčiva .....	89
7.6 Nemocniční péče.....	89
7.7 Zdroje a jejich alokace .....	91
7.8 Výdaje na zdravotnictví.....	92
7.9 Financování .....	94
<b>8. Literatura .....</b>	<b>95</b>

Politický systém Švýcarské konfederace .....	97
1. Historický vývoj.....	97
2. Charakteristika ústavního a politického systému .....	98
3. Výkonná moc .....	98
3.1 Spolková rada .....	99
4. Zákonodárná moc.....	100
5. Instituty přímé demokracie .....	100
6. Soudní moc.....	101
7. Kantonální struktura .....	102
7.1 Vznik kantonu Jura.....	102
7.2 Vztahy Spolku a kantonů.....	103
8. Volební systém .....	104
9. Politické strany a stranický systém.....	105
9.1 Vládní politické strany .....	105
9.2 Nevládní politické strany .....	106





European

**Observatory**

on Health Care Systems



# Health Care Systems in Transition

**Švýcarsko**

**Autoři:** Andreas Minder  
Hans Schoenholzer  
Marianne Amiet

**Editor:** Anna Dixon

**Research Director:** Elias Mossialos

**Health Care System in Transition, Švýcarsko 2000** - přeloženo z: Minder, A., Schoenholzer, H., Amiet, M.: Health Care Systems in Transition Switzerland 2000, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2000.

Dostupné z <http://www.euro.who.int/observatory>

Publikováno s povolením vlastníka autorských práv.

“The views expressed in this document are those of the contributors and do not necessarily represent the decisions or the stated policies of the European Observatory on Health Systems and Policies or any of its Partners. Nor can the European Observatory on Health Systems and Policies or any of its Partners provide any guarantees on the quality or accuracy of the text, which has been translated from the English.”

Stanoviska vyjádřená v tomto dokumentu jsou názory přispěvatelů a nemusí nutně vyjadřovat názory European Observatory on Health Systems and Policies a jeho partnerů. Ani Observatory on Health Systems and Policies ani jeho partneři nezaručují kvalitu textů přeložených z angličtiny.

Za kvalitu překladů odpovídá Institut zdravotní politiky a ekonomiky, v případě nejasností rozhoduje originální (anglický) text studie.

Health Care Systems in Transition Switzerland 2000  
© European Observatory on Health Care Systems  
Copenhagen, 2000

Dostupné z <http://www.euro.who.int/observatory>

# Health Care Systems in Transition, Švýcarsko 2000<sup>1</sup>

## 1. Úvod a historické pozadí

### 1.1 Úvod

Švýcarsko (oficiální název Švýcarská konfederace) se skládá z 23 kantonů. Leží ve středu Evropy, na západě a severozápadě hraničí s Francií, na severu se Spolkovou republikou Německo, na východě s Rakouskem a Lichtenštejnskem a na jihu s Itálií. Jeho rozloha činí 41 287 km<sup>2</sup>. Nejvýznamnějšími městy jsou Bern (hlavní město konfederace), Curych (Zurich), Basilej (Basel) a Ženeva (Genève). Zemi dominuje na severozápadě pohoří Jura a na jihu štít Alp. Společně tato pohoří pokrývají 70 % rozlohy. Ve Švýcarsku pramení řeky Rýn (Rhein) a Rona (Rhône), na švýcarském území se vyskytují četná jezera, za zmínku stojí Ženevské nebo Bodamské.

Většina ze sedmi milionů obyvatel Švýcarska (stav v roce 1997) žije v oblasti Švýcarské vrchoviny, což je krajina mezi Alpami a Jurou. Švýcarské klima, jinak mírného pásma, se často místo od místa liší v závislosti na reliéfu krajiny a nadmořské výšce.

Švýcarské obyvatelstvo se dělí do čtyř hlavních jazykových skupin: německé, zahrnující 65 % obyvatelstva, francouzské, k níž patří 18 % obyvatelstva, italské představující 10 % podíl populace a rétorománské, k té patří asi 1 % obyvatelstva. Švýcarsko má čtyři oficiální jazyky: němčinu, francouzštinu, italštinu a rétorománštinu. Kolem 48 % populace jsou katolíci, 44 % populace se hlásí k protestantismu.

### Ekonomika

Přes nedostatek přírodních zdrojů (výjimkou je energie získávaná z hydroelektráren) a nepříliš úrodnou půdu, dosáhlo Švýcarsko ekonomické prosperity, to zejména díky vývoji technologií a hospodářství založeném na exportu. Důležitými zdroji příjmu jsou také mezinárodní finanční služby, bankovníctví a cestovní ruch. Tradičními švýcarskými produkty jsou špičkové strojírenské technologie, chemikálie, léčiva, hodinky, šperky a potraviny (zejména sýry a čokoláda).

Švýcarská ekonomika v posledních letech rostla, s roční mírou růstu HDP 1,6 % v letech 1996/1997. V roce 1997 populace v produktivním věku zahrnovala asi čtyři miliony Švýcarů a míra nezaměstnanosti byla 5,2 %, jež do roku 1999 poklesla na 3,4 %. Index závislosti<sup>2</sup> byl ve Švýcarsku v roce 1995 59,4, což je méně než v zemích Evropské unie.

### Schéma č. 1: Mapa Švýcarska<sup>3</sup>



<sup>1</sup> Minder, A., Schoenholzer, H., Amiet, M.: Health Care Systems in Transition Switzerland 2000, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2000; dostupné z <http://www.euro.who.int/observatory>

<sup>2</sup> Index závislosti vyjadřuje počet občanů ve věku 19 let a méně nebo 65 let a více, který je dělen počtem občanů ve věku 20 – 64 let.

<sup>3</sup> Z map prezentovaných v tomto dokumentu nemusí nutně reprezentovat názor European Observatory on Health Care Systems a jejich partnerů, který se týká právního statusu daného státu, teritoria, města, oblastí nebo jeho autorit. Nemusí také vyjadřovat jejich názor na vymezení hranic.

## **Ukazatele zdravotního stavu**

Střední délka života při narození byla ve Švýcarsku v roce 1994 78,8 let. Míra kojenecké úmrtnosti byla ve stejném roce 5,1 na 1 000 živě narozených. Hlavními příčinami úmrtí byly zhoubné nádory (standardizovaná míra úmrtnosti byla 182 případů na 10 000 obyvatel), ischemická choroba srdeční (standardizovaná míra úmrtnosti 100,4 na 10 000 obyvatel) a cerebrovaskulární onemocnění (standardizovaná míra úmrtnosti 48,8 na 10 000 obyvatel). Vnější příčiny úmrtí představovaly 58,7 případů na 10 000 obyvatel. Z toho pouze 8,4 bylo v důsledku dopravních nehod.

## **Politická a administrativní struktura**

### ***Švýcarská konfederace***

Nejvyšším exekutivním orgánem je Rada konfederace, která se skládá ze sedmi ministrů s rovnoprávným postavením. Parlament je volí jednotlivě na období čtyř let a každý rok je jeden/jedna z nich zvolen prezidentem konfederace. Funkce nedává dotyčnému žádné dodatečné pravomoci, vyjma předsednictví v Radě a výkonu reprezentativních funkcí. Od roku 1959 tvoří Radu konfederace dva zástupci Radikální svobodné demokratické strany, dva zástupci Křesťanské lidové strany, dva zástupci Sociální demokracie a jeden zástupce Demokratické unie středu, která hájí především zájmy zemědělců a podnikatelů.

Ve Švýcarsku jsou exekutivní orgány na všech úrovních správy založeny na kolegiálním systému. Ačkoliv zástupci reprezentují různé politické strany nevytvářejí koalice. Členové exekutivních orgánů hlasují podle svého úsudku, rozhodnutí ale musí být přijato jednomyslně kolektivně všemi členy.

Švýcarský parlament se skládá ze dvou komor:

- Národní rada reprezentuje švýcarské obyvatelstvo jako celek. Jejich 200 členů je voleno na čtyřleté období a křesla jsou rozdělena podle počtu hlasů, které jednotlivé strany získaly.
- Zemská rada má 46 členů, kteří zastupují obyvatelstvo jednotlivých švýcarských kantonů. Každý kanton, bez ohledu na jeho velikost zastupují dva zástupci, kteří jsou voleni v závislosti na příslušném kantonálním volebním systému. Tzv. půl-kantony mají stejnou suverenitu jako kantony a volí do Zemské rady po jednom zástupci.

### ***Suverenita kantonů***

Od roku 1979 se Švýcarsko skládá z 23 kantonů, z nichž tři jsou rozděleny na půl-kantony. Dnes se tedy Švýcarsko skládá z 26 suverénních právních jednotek, na konfederaci nezávislé ve všech oblastech, které nejsou konkrétně svěřeny do pravomoci konfederace konfедераční ústavou. Každý kanton a půl-kanton má vlastní komplexní soubor zákonů, které vycházejí z kantonální ústavy. Zákonodárné orgány kantonů (jednokomorové parlamenty) jsou ve většině kantonů obsazeny na základě poměrného zastoupení politických stran. Stejně jako v případě Švýcarské konfederace jsou exekutivními orgány jednotlivých kantonů kolegiální orgány, které mají od pěti do devíti členů. Na rozdíl od Rady konfederace jsou zástupci kantonální exekutivy voleni přímo ve všeobecném hlasování. Stejně jako členové Rady konfederace rozhodují kolektivním způsobem a jednotliví členové kantonální rady jsou také odpovědní za jeden nebo i více resortů (tzv. direktorátů). V každém kantonu je správa organizována podle vlastních kantonálních pravidel. Hlavními zdroji financí kantonu jsou daňové příjmy z daní z příjmu a majetkové daně, které odvádějí v kantonu žijící občané a firmy.

Občané kantonu mají právo požádat o referendum a veřejné petice na kantonální úrovni. Některé kantony povolují i petice týkající se zákonů a finanční referenda, v nichž jsou potvrzována rozhodnutí kantonálních parlamentů v oblasti kantonálních financí.

Kantony jsou odpovědné za civilní a trestní soudy první instance a za správu soudního systému na úrovni kantonu.

### ***Autonomie obcí***

Švýcarsko má přibližně 2 900 obcí, které tvoří nejnižší úroveň správy nejbliže občanům. Práva a povinnosti obcí nejsou stejná a závisí na zákonné úpravě v jednotlivých kantonech. Nejvýraznějším znakem samosprávnosti obcí je jejich suverenita daňová. Stejně jako konfederace a kantony vybírají obce daně z příjmu a majetku občanů a firem. Mají také

volnost v určování výše daní. Švýcarské obce se liší svou velikostí, a proto je organizace na tomto stupni často různá. V mnoha malých obcích, zejména v německy hovořících částech Švýcarska, mají všichni občané s volebním právem právo tvořit obecní radu, která je nejvyšším legislativním orgánem. Velké obce pak zpravidla mají obecní či městské parlamenty. Exekutivními orgány jsou ve většině měst a obcí obecní rady. Jejich členové jsou voleni přímo a vykonávají své funkce na základě kolegiálního principu. Obce (města) vytvářejí svou vlastní politiku v mnoha oblastech. V závislosti na kantonálních pravidlech se tyto politiky mohou týkat od předškolních zařízení, přes organizaci vzdělávací soustavy, zásobování energiemi, odpadové hospodářství, regulaci výstavby, dopravu, sociální záležitosti a kulturu, až po vzdělávání dospělých a oblast sportu. Mnoho činností souvisejících s politickou správou v malých a středně velkých obcích je vykonáváno bez nároku na odměnu (de facto dobrovolně) nebo pouze za minimální finanční kompenzaci.

### ***Volby***

Všichni švýcarští občané ve věku 18 let a více mají právo volit do Rady konfederace, s dosažením věku 18 let vzniká také právo být volen do všech funkcí.

### ***Petice, veřejná hlasování a referenda***

Švýcarští občané jsou do procesu tvorby veřejně-politických rozhodnutí zapojeni v daleko větší míře než občané většiny jiných států. Prostřednictvím veřejných peticí mohou občané měnit ústavu. K tomuto kroku je nutné získat 100 000 podpisů během 18 měsíců. Pokud se tento počet podpisů podaří získat, je možné podat buď obecný návrh nebo přímo text některé části ústavy. Kantony a členové parlamentu mají také právo podávat návrhy v této oblasti (tzv. státní petice). Veškeré změny ústavy konfederace musí projít všelidovým hlasováním. Aby byl návrh přijat, musí pro něj hlasovat většina všech voličů (tzv. veřejná většina) a podpořit ho většina voličů ve většině kantonů (tzv. státní většina). Veřejná hlasování musí být prováděna při schvalování vstupu Švýcarska do některých mezinárodních organizací (tzv. povinné referendum), lze ho pořádat v případě schvalování zákonů nebo nařízení vlády, jestliže si ho přeje 50 000 švýcarských občanů, kteří shromáždí podpisy během 90 dnů (tzv. dobrovolná referenda). Toto referendum se může konat také tehdy, když si jeho konání přeje nejméně 8 kantonů.

## **1.2 Historické pozadí**

Švýcarsko má velice dobře vyvinutou zdravotnickou soustavu. Masivní růst zaznamenala celá zdravotnická soustava po druhé světové válce. Nemocniční péče se rozvíjela v rámci jednotlivých kantonů a často velice nekoordinovaně. Dlouhou dobu existovaly nadměrné kapacity v různých oblastech zdravotnických služeb. Nicméně až do začátku 90. let 20. století nebyl učiněn významnější krok směrem k usměrňování kapacit a koordinaci zdravotnické soustavy na úrovni celé konfederace.

Až do 70. let 20. století existoval ve Švýcarsku nedostatek některých zdravotnických profesí, zejména zubních lékařů a lékařů pracujících v nemocnicích. Především v některých venkovských oblastech byla proto zdravotní péče nedostatečná. Tyto nedostatky se podařilo odstranit a nyní se považuje počet lékařů ve Švýcarsku dokonce za příliš vysoký.

V první polovině dvacátého století se zdravotní politika kantonu a konfederace zaměřovala především na oblast zdravotnické prevence na úrovni celé populace. Takovýto celopopulační přístup, byl pravděpodobně nejefektivnějším nástrojem pro zlepšení zdravotního stavu v době, kdy ekonomická prosperita Švýcarska byla relativně nízká a epidemiologická situace se vyznačovala vysokou mírou infekčních onemocnění. Po druhé světové válce se stále větší důraz kladl na individuální a kurativní medicínu. V souvislosti s růstem nákladů ve zdravotnictví na konci 60. let 20. století začali experti poprvé klást otázky související s kurativní orientací zdravotnické soustavy. Začalo se diskutovat o nových přístupech v oblasti zdraví populace zaměřených na prevenci a podporu zdraví. Přes stále pokusy změnit staré uspořádání a orientaci zdravotnické soustavy zůstávaly strategie zaměřené na podporu zdraví na okraji, byly pouze selektivní a problémem byla také jejich vzájemná nekoordinovanost.

Co se týče institucionální úrovně, byly za otázky zdravotnictví zodpovědné téměř výlučně kantony a jednotlivé obce. Po svém založení v roce 1848 neměla Švýcarská konfederace jediný zákon dotýkající se zdravotnictví. Tato situace se samozřejmě postupně měnila. V roce 1877 byly na území celého Švýcarska standardizovány kvalifikační zkoušky pro lékaře, farmaceuty a veterinární lékaře. V roce 1886 byl přijat konfедераční zákon o boji proti infekčním chorobám. Na konci 19. století vytvořila švýcarská vláda získala zmocnění v oblasti kontroly potravin a ochrany spotřebitele, příslušná legislativa byla vytvořena v roce 1909. Zákon o narkotických látkách vstoupil v platnost v roce 1925 a v roce 1928 byl přijat zákon o tuberkulóze. Vláda konfederace má kompetence v oblasti sér a očkovacích látek od roku 1931. Zákon o obchodu s nebezpečnými látkami byl přijat v roce 1972.

V roce 1890 vytvořila vláda konfederace základní rámec pro oblast zdravotního a úrazového pojištění. První pokus zavést ve Švýcarsku systém zdravotního pojištění byl uskutečněn v roce 1899 v souvislosti s návrhem zákona o zdravotním a úrazovém pojištění. Navrhovaný systém byl vytvořen podle vzoru německého zdravotního a úrazového pojištění. Návrh byl v referendu odmítnut. Byl tedy upraven a předložen znovu ke schválení a v referendu v roce 1911 přijat. Zákon o zdravotním pojištění vyžadoval, aby se zdravotní pojišťovny, které měly zájem o podporu z veřejných prostředků konfederace, registrovaly u Úřadu sociálního pojištění švýcarské konfederace a podřídily se jeho pravidlům. Tato pravidla zahrnovala povinně stanovený rozsah poskytované péče ("balíček"), který zahrnoval ambulantní péči, léčiva, pobyt v nemocnici na určité období a povinnost zachovat pojištěným určitou svobodu související s volbou a změnou zdravotní pojišťovny. Za určitých podmínek, jako například změna trvalého bydliště bylo možno zdravotní pojišťovnu změnit. Mnoho zdravotních pojišťoven bylo totiž regionálních. Dalším důvodem mohla být změna zaměstnání, protože mnoho pojišťoven bylo profesních a zaměstnaneckých. Také byl určen limit 10 % v rozdílu mezi příspěvků na zdravotní pojištění mezi muži a ženami a pojišťovnám bylo zakázáno vytvářet zisk. Zdravotní pojišťovny byly podporovány z prostředků konfederace podle počtu svých klientů. Rozhodnutí, zda bude zdravotní pojištění povinné či nikoliv, bylo ponecháno v kompetenci kantonu. Finanční situace zdravotních pojišťoven se rapidně zhoršovala v důsledku špatného odhadu potřeby zdravotní péče.

Bylo učiněno několik pokusů, které se snažily o celkovou změnu systému, ale v referendech se je nepodařilo prosadit. Od roku 1958 se návrhy omezily pouze na dílčí reformu systému zdravotního pojištění. Tato práce byla úspěšně dokončena v roce 1964 a vedla ke zlepšení finanční situace zdravotních pojišťoven. Reformy zahrnovaly revizi systému přerozdělování mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami podle věku a pohlaví a byly zavedeny povinné poplatky pacientů v rámci systému zákonného zdravotního pojištění. Přímé platby se týkaly daňové odečitatelné položky (deductible) pro všechny občany starší 20 let a vzájemného pojištění všech pacientů v rámci všech služeb. Příspěvky Konfederace (na pojistné) byly vypočítávány podle výdajů zdravotní pojišťovny v předchozím roce a činily 30 % průměrných výdajů pojišťovny. Finanční problémy zdravotních pojišťoven, které začaly v roce 1911 pokračovaly prakticky nepřetržitě do reformy v roce 1964. Nevedly sice k formálním bankrotům zdravotních pojišťoven, ale počet zdravotních pojišťoven se výrazně snížil.

Snahy o reformu systému začaly hned po uskutečnění těchto dílčích změn. Hlavním tématem diskusí byly rostoucí výdaje na zdravotnictví. Bylo zde několik pokusů o reformu, k nimž se vážala referenda z let 1974 a 1987, ale ani jedna z nich nebyla schválena. Jedním z důvodů, proč tomu tak bylo, je fakt, že obě reformy zahrnovaly komplexní systém reformy v oblastech kontroly růstu nákladů, rozsahu poskytovaných služeb, mateřské dovolené a povinného pojištění. Každá část těchto reformy měla své výrazné odpůrce a akumulace této opozice přispěla ke zhroucení obou reformních záměrů. Revidovaná zákonná úprava v oblasti zdravotního pojištění byla přijata parlamentem 18. března 1994, potvrzena referendem ze 4. prosince 1994 a vstoupila v platnost k prvnímu lednu roku 1996. Sledovala dva základní cíle, a to posílení solidarity v rámci systému a kontrolu růstu nákladů ve zdravotnictví (viz oddíl *Reformy zdravotnické soustavy*).

## 2. Organizační struktura a řízení zdravotnické soustavy

Politický systém Švýcarska je charakterizován současně liberalismem a federalismem. To se samozřejmě projevuje také na organizaci a řízení zdravotnické soustavy:

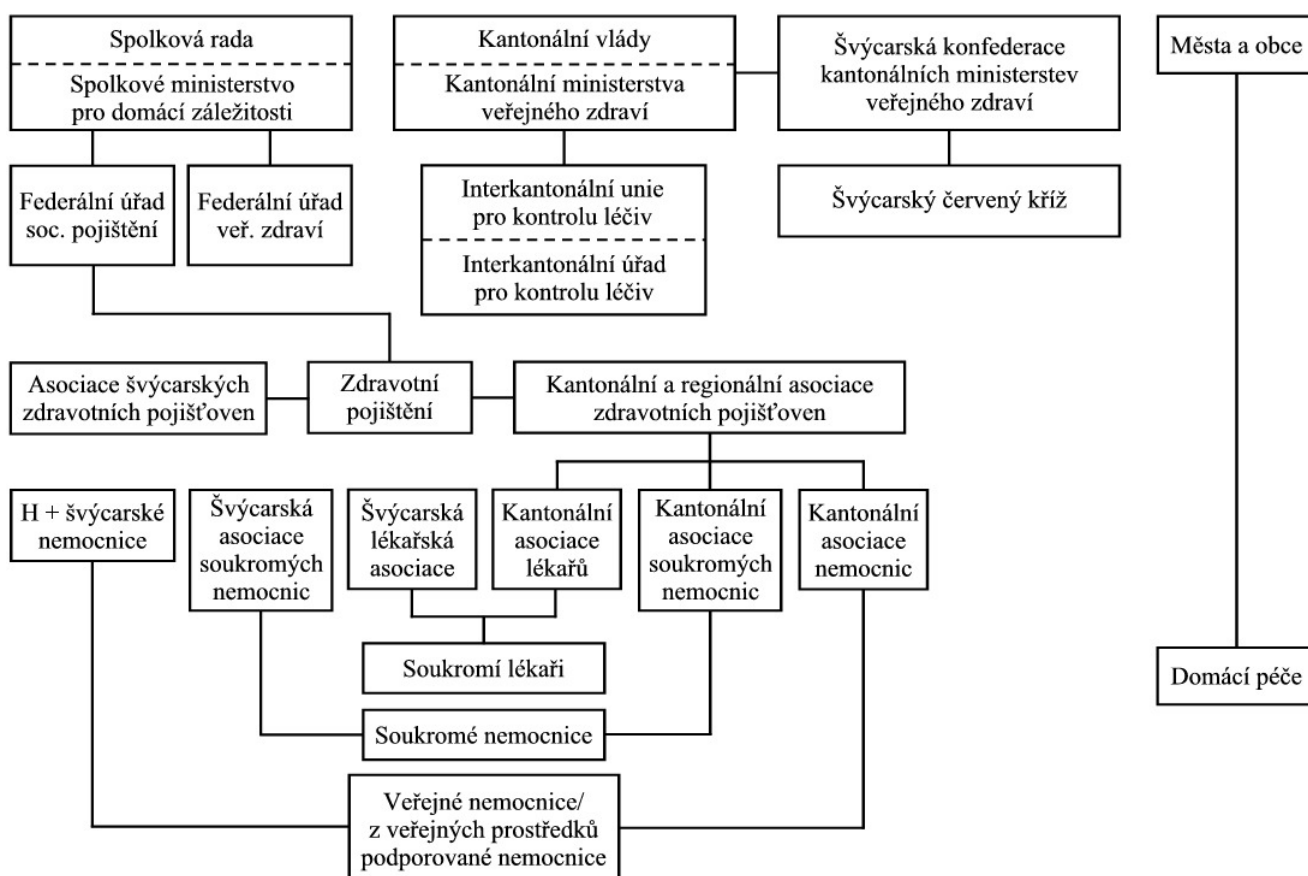
- Liberální orientace Švýcarska se odráží ve švýcarské ústavě a ústavách kantonů. Stát zpravidla zasahuje pouze tam, kde soukromé iniciativy selhávají, funguje tedy jako záchraná síť, která poskytuje poslední pomoc. To také vysvětluje relativně velkou úlohu aktérů mimo veřejný sektor ve švýcarské zdravotnické soustavě.
- Princip federalismu je zakotven ve švýcarské ústavě. Rada konfederace může vydávat zákony pouze pokud je k tomu oprávněna ústavou. V oblasti zdravotní péče nedává ústava konfederaci příliš velké pravomoci. Kantony mohou navíc delegovat pravomoci v této oblasti na jednotlivé obce.

Toto uspořádání vede k poměrně složitému systému, ve kterém hraje roli velká řada různých aktérů.

Nejvýznamnější změna za poslední desetiletí bylo přijetí zákona o zdravotním pojištění, který vstoupil v platnost k prvnímu lednu 1996. Tento zákon je často upravován rozhodnutími parlamentu (viz Oddíl *Reformy zdravotnické soustavy*).

### 2.1 Organizační struktura zdravotnické soustavy

Tento oddíl popisuje odpovědnost aktérů v rámci veřejného sektoru a nejvýznamnějších aktérů v rámci sektoru soukromého. Hlavní funkce a vazby jsou zobrazeny v následujícím schématu:



#### Úroveň konfederace

Ústava švýcarské konfederace zakotvuje odpovědnost vrcholných orgánů konfederace. Zdraví a zdravotnické soustavy se týkají následující oblasti:

### **Boj s infekčními onemocněními lidí a zvířat**

- Tato povinnost konfederace je rozpracována v několika dalších zákonech konfederace, nařízeních a dekretech<sup>4</sup>;
- Epidemiologický zákon o boji s infekčními onemocněními (lidskými) (z 18. prosince 1970)<sup>5</sup>,
- Nařízení o imunobiologických produktech: Nařízení o imunobiologických produktech (z 23. srpna 1989),
- Dekret o nakládání s krví, krevními produkty a transplantačním materiálem: Dekret konfederace o kontrole krve, krevních produktů a transplantačního materiálu (z 22. března 1996),
- Zákon o potravinách: Zákon konfederace o bezpečnosti potravin a ochraně spotřebitele (říjen 1992),
- Zákon o návykových látkách: Zákon konfederace o návykových a psychotropních látkách (z 3. října 1951),
- Zákon o jedech: Zákon konfederace o obchodu s jedy (z 21. března 1969),
- Aktivity konfederace cílené na prevenci AIDS, dále upraveno v několika nařízeních.

Úřad pro otázky veřejného zdraví je součástí švýcarského konfедераčního úřadu pro domácí otázky a má v této oblasti hlavní odpovědnost. Jeho činnost podporuje řada speciálních komisí.<sup>6</sup> Implementace těchto zákonů je zpravidla delegována na jednotlivé kantony.

### **Podpora pohybových aktivit a sportu**

Zákon konfederace o pohybových aktivitách a sportu (17. března 1972) dává orgánům konfederace prostřednictvím legislativy možnost podpory následujících aktivit:

- pohybové aktivity a sport na školách;
- gymnastické a sportovní kluby a sportovní podniky;
- výzkum v oblasti sportu;
- vytváření nových sportovních zařízení;
- gymnastické a sportovní školy.

Kromě kompetencí v této oblasti spadá pod vládu konfederace činnost Organizace pro mládež a sport, jejímž cílem je podporovat mladé lidi ve věku 10 až 20 let v pěstování sportovních aktivit, které vedou ke zdravějšímu životnímu stylu.

### **Zdravotní pojištění**

V ústavě definované povinnosti konfederace ohledně zdravotního pojištění jsou obsaženy v několika samostatných zákonech.

- Zákon o zdravotním pojištění: Zákon konfederace o zdravotním pojištění (18. března 1994).
- Zákon o úrazovém pojištění: Zákon konfederace o úrazovém pojištění (20. března 1981).
- Zákon o pojištění v případě invalidity: Zákon konfederace o pojištění v případě invalidity (29. června 1959).
- Zákon o vojenském zdravotním pojištění: Zákon konfederace o vojenském zdravotním pojištění (19. června 1992).

Úřad konfederace pro sociálního pojištění je odpovědný za všechny výše uvedené oblasti. Jedinou výjimku představuje pojištění vojenské, které spadá do kompetence Úřadu konfederace pro vojenské pojištění. Vojenské pojištění je zřízeno pro krytí nákladů souvisejících s poškozením zdraví švýcarských občanů při vojenské službě a při službě konfederaci v době míru např. při záchranných akcích, úkolech související s vnitřní bezpečností apod.

Vláda konfederace je výhradním poskytovatelem invalidního a vojenského pojištění. To je v kontrastu k povinnému zdravotnímu pojištění a povinnému úrazovému pojištění, které je poskytováno celou řadou pojišťoven a dozorováno Úřadem konfederace pro sociální pojištění.

<sup>4</sup> Zákony konfederace jsou schvalovány parlamentem, tj. Radou konfederace a Zemskou radou a musí než se stanou součástí právního řádu procházet schvalováním prostřednictvím referenda, pakliže o to požádá 50 000 voličů. Nařízení, která provádí zákony jsou přijímány vládou, tj. Radou konfederace. Dekrety konfederace, které dále provádí zákony mohou být schvalovány parlamentem (v případech, kdy o to požádá 50 000 voličů musí být schváleny prostřednictvím referenda), nebo Radou konfederace.

<sup>5</sup> Ve Švýcarsku mohou být všechny zákony, dekrety nebo nařízení citovány jak zkráceně, tak i ve své nezkrácené podobě, která zahrnuje datum, kdy byla příslušná norma přijata parlamentem. Obě tyto možnosti citací jsou v dokumentu používány. V dalším textu jsou však zákony citovány pouze zkrácené názvy.

<sup>6</sup> Jedná se o poradní komise jakými jsou Komise konfederace pro otázky jedů, Komise pro otázky kodexu výživy, která produkuje příručky, které se týkají potravin, Komise konfederace pro otázky AIDS, Komise konfederace pro otázky alkoholu nebo Komise konfederace pro otázky očkování. Jsou zde také komise výkonných orgánů, které mají větší možnosti pro přijímání rozhodnutí. Ty jsou ustavovány buď vládou konfederace, mistrem nebo předsedou Rady konfederace. Existuje také několik méně oficiálních komisí, které se zpravidla skládají z členů výkonných orgánů a řeší otázky méně formální cestou.



V roce 1945 získala vláda konfederace mandát k vytvoření systému mateřského pojištění, které by krylo ztrátu výdělku matek během těhotenství a mateřské dovolené. Všechny návrhy v tomto směru ovšem nezískaly podporu švýcarských občanů v referendech (1984, 1987 a 1999).

### ***Zdravotnické zkoušky a kvalifikace***

Již relativně dlouhou dobu (od roku 1877, kdy byl přijat zákon konfederace o svobodě lékařského povolání) má vláda konfederace kompetence v oblasti akreditace „vědeckých“ profesí. Týká se to lékařů, dentistů, veterinárních lékařů a farmaceutů. Ti jsou povinni vykonat konfедераční zkoušky a pokud tyto zkoušky splní, získají diplom, který jim umožňuje věnovat se své profesi kdekoli na švýcarském území a žádat o licenci k praxi u kantonálních úřadů (viz níže). Vzdělávání ve specializacích je upravováno Švýcarskou lékařskou asociací (viz níže).

### ***Podpora vědy, výzkumu a dalšího vzdělávání***

Zákon konfederace o výzkumné činnosti (7. října 1983) deleguje na vládu konfederace podporu vědy a výzkumu. Rada konfederace stanovuje priority švýcarské politiky výzkumu, zajišťuje koordinaci prostředků a kontroluje jejich efektivní využívání.

Zákon konfederace o podpoře terciálního vzdělávání (z 22. března 1991) ukládá vládě konfederace podporovat a rozvíjet kantonální univerzity a akreditované instituce zabývající se terciálním vzděláváním. Cílem tohoto zákona je dosažení koordinované politiky terciálního vzdělávání, které umožní jeho mezinárodní uznávání.

### ***Genetické inženýrství, reprodukční medicína, transplantační medicína a lékařský výzkum***

Ve Švýcarsku existuje obecná shoda na tom, že vláda konfederace by měla mít hlavní odpovědnost v oblastech genetického inženýrství, reprodukční medicíny, transplantační medicíny a lékařského výzkumu. Nicméně tyto činnosti jsou častým předmětem sporu. Od roku 1992 má vláda konfederace ústavní mandát pro legislativní činnost v oblasti reprodukčních a genových technologií. Švýcarský parlament přijal zákon o reprodukční medicíně na podzim roku 1998. Federální zákon o genetickém výzkumu se připravuje. Od 7. února 1999 má vláda také ústavní mandát vytvářet legislativu v oblasti transplantační medicíny. Poradním orgánem vlády konfederace a kantonů v otázkách genetického inženýrství a biotechnologií je Konfедераční komise pro otázky biologické bezpečnosti.

### ***Statistika***

Zákon o statistické službě (zákon konfederace z 9. října 1992) vyžaduje, aby vláda konfederace shromažďovala statistické údaje o zdraví a zdravotnické soustavě. Legislativa v oblasti zdravotního pojištění navíc vyžaduje od Rady konfederace, aby získávala statistické údaje, které jsou nutné pro implementaci této legislativy, jako jsou údaje o výdajích apod.

### ***Oblast práce***

Legislativa v oblasti práce a ochrany zaměstnanců (zákon konfederace o práci, průmyslu a obchodu z 13. března 1964) zmocňuje vládu konfederace k dohledu nad dodržováním bezpečnosti a ochrany zdraví při práci

### ***Ochrana životního prostředí***

Odpovědnost vlády konfederace v oblasti životního prostředí je zakotvena v několika zákonech, které jsou významné z hlediska zdraví. A to:

- Zákon na ochranu vodních toků: Zákon konfederace o ochraně vodních toků (24. ledna 1991).
- Zákon o ochraně životního prostředí: Zákon konfederace o ochraně životního prostředí (7. října 1983).
- Zákon o ochraně před radiací (22. března 1991).
- Zákon o bezpečnosti technických zařízení: Zákon konfederace o bezpečnosti technických zařízení (19. března 1976).

### ***Mezinárodní vztahy***

Švýcarský úřad pro otázky veřejného zdraví spolupracuje se Světovou zdravotnickou organizací a Radou Evropy. Do této spolupráce je zapojena také Rada konfederace a kantonální ministerstva veřejného zdraví.

### ***Kantony***

Oblast zdravotnických služeb je jednou z oblastí veřejné správy, ve které mají kantony sice klesající, ale stále velmi významnou roli a vysoký stupeň nezávislosti. Aktivitry kantonu v této oblasti je možné rozdělit do čtyř hlavních skupin, které jsou popsány níže:

- regulace v oblasti zdravotnictví;
- poskytování zdravotní péče;
- prevence nemocí a vzdělávání v oblasti zdraví;
- implementace konfедераčních zákonů.

### ***Regulace v oblasti zdravotnictví***

#### *Udělování licencí v oblasti zdravotnických profesí*

Kantony stanovují podmínky, za kterých mohou zdravotníci získat licenci pro výkon svého povolání.

#### *Otevírání nových lékařských praxí a lékáren*

#### *Autorizace a kontrola v oblasti léčiv*

Potřeba národní standardizace v oblasti registrace a kontroly léčiv vedla k mezikantonální dohodě v této oblasti již začátkem dvacátého století. Kantony zřídily za tímto účelem Mezikantonální unii pro kontrolu léčiv (viz oddíl *Léčiva*).

### ***Poskytování zdravotní péče***

#### *Lůžková péče (nemocnice a domy s pečovatelskou službou)*

Většina kantonů provozuje své vlastní nemocnice, některé podporují nemocnice soukromé. Existují také soukromé kliniky, které nezískávají žádnou podporu z veřejných zdrojů. Novela zákona o zdravotním pojištění vyžaduje, aby kantony vytvářely plány poskytování nemocniční péče na základě potřeby této péče a vytvářely seznamy nemocnic a domů s pečovatelskou službou, které mohou čerpat prostředky z veřejného zdravotního pojištění. Tyto seznamy obsahují veřejné a z veřejných zdrojů podporované nemocnice, ale mohou zahrnovat také poskytovatele čistě soukromé, které žádnou podporu z veřejných zdrojů nezískávají.

Globální rozpočet pro veřejné a z veřejných zdrojů podporované poskytovatele byl v roce 1994 zaveden v pěti kantonech a od té doby byl zaveden také a později také v dalších. Rámcové podmínky těchto globálních rozpočtů se liší kanton od kantonu. (Více viz oddíl *Financování nemocniční péče*). Námitky proti kantonálním seznamům a rozpočtům je možné podávat k Radě konfederace.

#### *Pečovatelská služba a domácí péče<sup>7</sup>*

Kantony mohou být poskytovateli pečovatelské služby a domácí péče nebo mohou odpovědnost v této oblasti delegovat na obce. Většina kantonů část odpovědnosti v této oblasti skutečně na obce deleguje. V některých případech mají kantony kompetence v oblasti poskytování licencí poskytovatelům pečovatelské služby a domácí péče.

### ***Úhrady***

Vláda kantonu schvaluje způsob úhrad dohodnutý mezi poskytovateli zdravotnických služeb a svazem zdravotních pojišťoven jednotlivě v každém kantonu. Jestliže se strany neshodnou, schéma úhrad určí kantonální vláda. Námitky proti rozhodnutí kantonálních vlád je možné podávat k Radě konfederace (viz oddíl *Plánování a regulace a řízení zdravotnické soustavy*).

<sup>7</sup> Ty se nazývají Spitex, což je zkratka německého výrazu „Spitalexterne Krankenpflege“, tj. mimonemocniční péče.

### *Pohotovost a záchranná služba*

Pohotovost a záchranná služba zahrnuje dopravu a ambulantní péči.

### *Základní a specializační vzdělávání lékařů*

Základní a specializační lékařské vzdělávání je zajišťováno sedmi kantonálními univerzitami, veřejnými nemocnicemi a klinikami. Vzdělání odpovídá požadavkům na lékařské vzdělávání (viz výše). Oblast postgraduálního vzdělávání patří do kompetence Švýcarské lékařské komory (Foedratio Medicorum Helveticorum).

### *Vzdělávání v oblasti nelékařských zdravotnických profesí*

Kantony regulují všechny hlavní se zdravotnictvím související profese. Vzdělávání je delegováno na Švýcarský červený kříž (viz oddíl *Lidské zdroje a vzdělávání v rámci zdravotnické soustavy*).

### **Prevence nemocí a zdravotní výchova**

Aktivita v oblasti zdravotnické prevence se kanton od kantonu liší. Existuje celá řada projektů, jejichž cílem je prevence nemocí. Nicméně neexistují strategické cíle, které by byly společné všem švýcarským kantonům, a prakticky žádné nástroje pro implementaci celošvýcarských programů. V roce 1989 založila vláda konfederace a Svaz švýcarských zdravotních pojišťoven Švýcarskou nadaci podpory zdraví, částečně také proto, aby změnila situaci popsanou v úvodu tohoto odstavce. V polovině roku 1996 byla na tuto organizaci delegována odpovědnost za iniciování, koordinování a hodnocení aktivit v oblasti zdravotnické prevence a podpory zdraví podle paragrafu 19 zákona konfederace o zdravotním pojištění z roku 1994 (viz oddíl *Veřejné zdravotnické služby*). Na činnost nadace dohlíží Úřad konfederace pro sociální pojištění, ale v jejím managementu mají jednotlivé kantony své zástupce.

### **Implementace konfедераčních zákonů**

Ve většině případů delegovala vláda konfederace kompetence a odpovědnost v této oblasti na jednotlivé kantony.

### **Obce**

Kantonální zákony v oblasti zdravotnictví delegují odpovědnost za zdravotní politiku na jednotlivé obce. Odpovědnost za poskytování pečovatelských služeb pro znevýhodněné populační skupiny je zpravidla delegována na obce. Pozornost je se věnuje především na domácí péči, pečovatelskou službu pro starší občany a komunitní zdravotnické služby pro duševně nemocné.

Obce delegují výkon těchto služeb zpravidla na nestátní organizace, zejména v případě domácí péče. Velké obce a asociace obcí často provozují vlastní domovy důchodců a domy s pečovatelskou službou pro starší občany. Obce a asociace obcí provozují tyto služby buď samy, nebo ve spolupráci s dalšími obcemi (prostřednictvím asociace nemocnic), nebo jsou reprezentovány ve vedení těchto zařízení. Obce odpovídají také za podporu a poradenství v oblasti těhotenství a mateřství a poskytování zdravotnických služeb v oblasti porodnictví a péče o zdraví chrupu ve školách.

### **Zdravotní pojišťovny**

V roce 1999 bylo ve Švýcarsku 109 zdravotních pojišťoven, které poskytovaly povinné zdravotní pojištění<sup>8</sup> (v porovnání s 207 pojišťovnami, které nabízely zákonné zdravotní pojištění<sup>9</sup> v roce 1993). Pouze pojišťovny splňující požadavky dané legislativou zdravotního pojištění a registrované u Úřadu konfederace pro sociálního pojištění, mohou poskytovat služby v oblasti povinného zdravotního pojištění. Základní podmínkou je, že povinné zdravotní pojištění nesmí být předmětem zisku těchto pojišťoven.

<sup>8</sup> Poznámka překladatele: Jedná se o pojištění veřejné.

<sup>9</sup> Do roku 1996 nebylo zákonné pojištění povinné.

Ve Švýcarsku je mnoho pojišťoven poskytujících různé produkty v oblasti zdravotního pojištění. Poskytují produkty v oblasti zaměstnaneckého i nezaměstnaneckého pojištění, úrazového pojištění, důchodové pojištění, pojištění pro případ invalidity, mateřské pojištění.

Registrované zdravotní pojišťovny, které nabízí povinné zdravotní pojištění mají na trhu dominantní postavení také v oblasti doplňkového zdravotního pojištění<sup>10</sup>, zatímco pojišťovny, které nejsou registrovány a poskytují jiné typy pojištění, mají na trhu zdravotního pojištění menší podíl. V roce 1998 nabízelo doplňkové zdravotní pojištění 63 registrovaných pojišťoven v porovnání s 61 neregistrovanými.

Registrované pojišťovny, které mohou poskytovat povinné zdravotní pojištění, se vyvinuly historicky a své služby poskytují buď v rámci jednoho regionu (kantonu), v rámci celé konfederace, ale také v souvislosti s určitým zaměstnáním či náboženským vyznáním. Pojišťovny nemohou občana z jakéhokoliv důvodu odmítnout a neumožnit mu povinné zdravotní pojištění. Od roku 1996, kdy vstoupil v platnost nový zákon konfederace o zdravotním pojištění, je rozsah těchto dávek zdravotní péče poskytovaných pojišťovnami u všech pojišťoven stejný.

Tabulka 1. znázorňuje velikost a podíl na trhu jednotlivých zdravotních pojišťoven ve Švýcarsku. 71 % pojišťoven pojišťuje méně než 10 000 pojištěnců, což představuje 3,2 % obyvatel Švýcarska. Pojišťovny, které pojišťují méně než 10 000 občanů, mají v průměru asi 2 500 pojištěnců. Pojišťovny, které mají od 10 001 do 1 000 000 pojištěnců pojišťují 68,4 % populace. Největší pojišťovna má jeden milion pojištěnců, což představuje 16,8 % zdravotně pojištěné švýcarské populace.

Regulace pojišťoven, vztahující se k administrování systému, vedení účetnictví a výpočtu příspěvků pojistného, se do roku 1996, kdy vstoupil v platnost novelizovaný zákon o zdravotním pojištění, stále zintenzivňovala. Když tento zákon v roce 1996 vstoupil v platnost, vedlo to k tomu, že mnoho malých pojišťoven nemohlo dále za nových podmínek existovat a buď zaniklo, nebo bylo spojeno s některou z velkých pojišťoven. To zatím ještě nevedlo k zásahu Švýcarského antimonopolního úřadu, protože v oblasti povinného zdravotního pojištění je stále činných 109 pojišťoven (1999) (viz tab. 2).

**Tabulka č. 1: Počet pojištěnců a zdravotních pojišťoven ve Švýcarsku, 1997**

Počet pojištěnců	Počet pojišťoven	Celkem pojištěných osob	Procentní podíl pojištěnců
1 001 - 10 000	60	213 142	3,0
10 001 - 100 000	23	832 613	11,6
100 001 - 1 000 000	14	4 909 494	68,4
>1 000 000	1	1 210 566	16,8
<b>Celkem</b>	<b>130</b>	<b>7 182 492</b>	<b>100</b>

Zdroj: Švýcarský svaz zdravotních pojišťoven

**Tabulka č. 2: Vývojové trendy počtu pojišťoven nabízejících povinné zdravotní pojištění**

Rok	Počet pojišťoven	Roční změna
1994	178	-29
1995	166	-12
1996	145	-21
1997	130	-15
1998	119	-11
1999	109	-10

Zdroj: Švýcarský svaz zdravotních pojišťoven

<sup>10</sup> Hlavní doplňkové zdravotní pojištění, známé jako „soukromé“ a částečně soukromé“ pokrývá dodatečné služby, které nejsou hrazeny v rámci povinného zdravotního pojištění, např. volnost výběru nemocničního lékaře a nadstandardní úroveň hotelových služeb v nemocnicích.

Pojišťovny poskytující zdravotní pojištění se sdružují do svazů a to jak kantonálně, tak i mezikantonálně a tyto svazy potom jednájí o úhradách s poskytovateli péče. Registrované zdravotní pojišťovny mohou po kantonu žádat, aby stanovil globální rozpočet pro financování nemocnic a domů s pečovatelskou službou, což je jedním z nástrojů ke zvládnutí nepřiměřeného růstu nákladů ve zdravotnictví. Tato možnost však nebyla dosud využita.

Všechny zdravotní pojišťovny ve Švýcarsku jsou členy Asociace švýcarských zdravotních pojišťoven. Asociace plní tyto hlavní úkoly:

- Vztahy s veřejností.
- Reprezentace zájmů svých členů v politické oblasti, včetně vlivu na legislativní proces, reformy úhradových mechanismů a zastupování pojišťoven v komisích konfederace.
- Sběr statistických dat, včetně dat o výdajích a využití prostředků od svých členů, které jsou v první řadě určeny k vyjednávání o úhradách.
- Vyjednávání s poskytovateli zdravotnických služeb na národní úrovni o úhradách, zajištění kvality služeb a dalších tématech.
- Podpora kantonálních asociací zdravotních pojišťoven při jejich odvolání proti rozhodnutím kantonální vlády u Rady konfederace.
- Vzdělávání v oblasti účetnictví, správy a řízení zdravotního pojištění.

Od prvního ledna roku 1996, kdy vstoupila v platnost nová legislativní úprava v oblasti zdravotního pojištění, registrované zdravotní pojišťovny založily společnou organizaci, známou pod označením Nadace 18. Tato organizace přebírá odpovědnost za závazky zdravotní pojišťovny, které se dostala do finančních potíží, je odpovědná za vyrovnávání rizika mezi registrovanými zdravotními pojišťovnami a za plnění závazků (vyplývajících z mezinárodních povinností) v oblasti mezinárodních úhrad péče.<sup>11</sup>

### **Profesní asociace**

Švýcarští lékaři jsou organizováni v kantonálních lékařských asociacích. Tyto asociace pak vyjednávají s kantonálními asociacemi pojišťoven výši úhrad za poskytované služby. Členství v kantonálních lékařských asociacích není povinné, ale každý, kdo je členem Švýcarské lékařské asociace, musí být členem asociace kantonální.

Švýcarská lékařská asociace reguluje a akredituje programy postgraduálního vzdělávání lékařů. Asociace poskytuje vzdělání pouze svým členům.

Švýcarská asociace zubních lékařů, stejně jako Švýcarská lékařská asociace je profesní, reprezentativní a vědeckou společností švýcarských zubních lékařů. Švýcarská asociace zubních lékařů spolupracuje s univerzitami a dalšími organizacemi při zavádění nových preventivních a terapeutických přístupů a metod do praxe. Jako zastupující organizace švýcarských zubních lékařů plní také celou řadu dalších funkcí, které zahrnují profesní dozor, politickou reprezentaci, vztahy s veřejností a pomoc při zakládání nových stomatologických praxí.

Farmaceuti jsou členy Švýcarské asociace farmaceutů. Její hlavní funkce jsou stejné jako funkce jiných profesních organizací a zahrnují také poskytování vědeckých informací lékárnám.

Pracovníci dalších zdravotnických oborů jsou reprezentováni organizacemi zastupující jednotlivé profese. Tyto organizace zastupují zájmy svých členů při jednáních se zaměstnavateli a podílejí se na vypracování standardů v oblasti zdravotnického vzdělávání, vydávaných Švýcarským červeným křížem. Mnoho profesních organizací nabízí rovněž kurzy dalšího a specializačního vzdělávání.

---

<sup>11</sup> V současné době se to týká občanů, kteří jsou pojištěni u zdravotních pojišťoven v Německu a čerpají zdravotní péči ve Švýcarsku. Styčná organizace hradí péči jejím poskytovatelům a následně získává úhrady od německých pojišťoven. Pro občany, kteří jsou pojištěni ve Švýcarsku a péči čerpají v Německu poskytuje styčná organizace úhrady německým pojišťovnám, které jsou upraveny zvláštní dohodou mezi Německem a Švýcarskem. Jakmile vstoupí v platnost bilaterální dohoda mezi EU a Švýcarskem bude činnost této organizace rozšířena i na další státy EU.

Většina profesních organizací je zastupována zastřešující organizací – Švýcarskou asociací pracovníků ve zdravotnictví, která reprezentuje zájmy svých členů na úrovni konfederace. Má křesla ve vládních komisích, které rozhodují o návrzích na rozsah služeb hrazených z prostředků povinného zdravotního pojištění.

### **Asociace nemocnic**

Švýcarská asociace nemocnic se jmenuje "H + Švýcarské nemocnice". Jejím hlavním cílem je reprezentovat zájmy nemocnic, poskytovat vzdělávání managerům nemocnic, vyvíjet nástroje řízení nemocnic a sběr srovnávacích statistických údajů. Asociace shromažďuje jak administrativní statistiky, jakými jsou např. mzdové náklady, vstupní náklady nemocnic, ale také zdravotnickou statistiku o délce hospitalizace a intenzitě poskytovaných zdravotnických služeb. Soukromé nemocnice jsou členy Švýcarské asociace soukromých nemocnic. Hlavními úkoly této asociace jsou vztahy s veřejností, odborný dozor, poskytování informací a politická reprezentace svých členů.

Na kantonální úrovni veřejné a z veřejných zdrojů dotované nemocnice vytvářejí kantonální asociace nemocnic, které vyjednávají výši úhrad s asociacemi zdravotních pojišťoven na úrovni kantonu. Také soukromé nemocnice jsou často členy kantonálních asociací nemocnic.

### **Dobrovolnické a spotřebitelské organizace**

Ve Švýcarsku je činných velké množství organizací, které se zaměřují na určité onemocnění, jako je např. Švýcarská liga proti rakovině, Švýcarská liga proti revmatismu, Švýcarská plicní liga a podpůrné organizace pro osoby trpící HIV/AIDS. Mezi jejich hlavní cíle patří mj. prevence, vztahy s veřejností, poradenství a kontakt s pacienty.

Organizace pacientů pracují v různých komisích, kde reprezentují zájmy pojištěnců. Mají právo na konzultace při vyjednávání úhrad mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotnických služeb. Pozice pacientů a těchto organizací je však ve švýcarské zdravotnické soustavě relativně slabá.

Odpovědnost výše uvedených aktérů se vyvíjela historicky a tak je nyní často složité určit odpovědnosti jednotlivých aktérů. To samozřejmě vyvolává potřebu konzultací, pokud se má předejít inkonsistencím a rozporům v jednání. Situace je do značné míry zapříčiňuje koexistence regulací zdravotnické soustavy na kantonální a celonárodní úrovni.

## **2.2 Plánování, regulace a řízení zdravotnické soustavy**

Švýcarská zdravotnická soustava je liberální a decentralizovaný systém. Poskytovatelé zdravotnických služeb mají právo svobodné volby, kde budou poskytovat zdravotnické služby a občané mají právo na svobodnou volbu lékaře v rámci kantonu.

### **Plánování v oblasti zdravotnických služeb**

Úřady konfederace a jednotlivých kantonů nemají prakticky žádné nástroje pro kontrolu ambulantních zdravotnických služeb, ale mají významnou možnost kontrolovat činnost nemocnic a domů s pečovatelskou službou. Nemocnice a domy s pečovatelskou službou mohou čerpat úhrady z povinného zdravotního pojištění jen pokud jsou v oficiálním seznamu kantonálních nemocnic a domů s pečovatelskou službou.

Tyto seznamy tvoří jeden z nástrojů plánování, které mají kantony k dispozici. Ve většině kantonů se kritéria plánování omezují pouze na požadavky na počty lůžek. Počet akutních lůžek na 1 000 obyvatel se kanton od kantonu liší, a to často výrazně. Pohybuje se od 2,6 do 3,5 lůžka na 1 000 obyvatel v roce 2005. Hlavní cíle plánování nejsou explicitně vyjádřeny a mohou se v závislosti na kantonu lišit. Cíle plánování se mohou týkat maximalizace efektivity a efektivnosti zdravotnických služeb, poskytování zdravotní péče co nejvyšší kvality, omezení růstu nákladů v nemocniční péči, vyhovění přání pacientů nebo všech cílů současně. Hlavním cílem plánování kantonu je ovšem snížení nadbytečných lůžkových kapacit, a tak i snížení růstu nákladů.

Jednotlivé kantony většinou odpovídají za plánování na svém území, ale není výjimkou, že kantony v oblasti plánování spolupracují. Nicméně do současné doby neexistuje v rámci Švýcarské konfederace konsensus o plánování v oblasti nemocniční péče.

Rozhodnutí kantonálních úřadů může být změněno rozhodnutím Rady konfederace. Stížnosti jsou podávány zpravidla nemocnicemi a domy s pečovatelskou službou, které byly z oficiálního kantonálního seznamu vyloučeny, případně s nimi nechtějí pojišťovny uzavřít smlouvy. Publikace těchto oficiálních kantonálních seznamů je vždy předmětem stížností směřovaných k Radě konfederace ze strany nemocnic a domů; s pečovatelskou službou, které nebyly do seznamu zahrnuty. Rozhodnutí rady konfederace ve většině případů vyznívají ve prospěch dotčených organizací, a tak jsou oficiální seznamy jednotlivých kantonů rozšiřovány. Většina stížností se týká nezařazení do seznamu, ale také např. výše úhrad za poskytované služby jak nemocnicím a domům s pečovatelskou službou, tak poskytovatelům péče v ambulantním sektoru. Zdá se, že počet stížností se snižuje s tím, jak zřejmě postupně dochází k větší shodě v názorech na úrovni konfederace a na úrovni jednotlivých kantonů. Mnoho těchto obtíží můžeme připsat „*porodním bolestem*“ nových metod plánování.

### **Regulace zdravotnických služeb**

Základní rozsah služeb poskytovaných na základě povinného zdravotního pojištění je stanoven zákonem (viz oddíl *Rozsah poskytovaných služeb*). Zdravotní pojišťovny uhradí poskytovatelům zdravotnických služeb péči tehdy, jestliže je klinicky efektivní, nezbytná a nákladově efektivní. Tato pravidla se vztahují také na léčiva, zdravotnické prostředky a zdravotnické pomůcky. Poskytovatelé služeb a jejich asociace tedy musí vyvíjet nástroje pro zajištění a zvyšování kvality poskytovaných služeb. Národní asociace pro podporu kvality zdravotnických služeb je hlavním aktérem odpovědným za vývoj v oblasti řízení kvality, její monitorování, koordinaci a podporu v této oblasti na národní úrovni. Jedná se o nezávislou síť, která spojuje mnoho významných aktérů, o kterých byla řeč v této kapitole.

Požadavek aby služby byly klinicky efektivní, nezbytně nutné a nákladově efektivní se vztahuje na zdravotnické služby doplňované do "balíku služeb" hrazeného v rámci povinného zdravotního pojištění. Existující služby nebyly z tohoto hlediska posuzovány. Opatření v oblasti podpory a rozvoje kvality zdravotní péče se liší v závislosti na kantonu a sektoru, kde jsou tyto služby poskytovány. Rámcové dohody existují mezi zdravotními pojišťovnami a nemocnicemi. V oblasti ambulantních služeb je implementace v oblasti kvality zatím v počátcích.

### **Regulace zdravotnických prostředků a lidských zdrojů ve zdravotnictví**

Kantony Basilej, Bern, Freiburg a Zürich mají ze zákona možnost stanovovat *numerus clausus* na svých univerzitách. V důsledku nadměrného množství lékařů, je na těchto univerzitách *numerus clausus* pro lékaře uplatňován (od roku 1998). Ještě přísnější pravidla výběru uchazečů jsou z tohoto důvodu na univerzitách v Ženevě, Lausanne a Neuchâtel.

Ani zákon o zdravotním pojištění z roku 1911, ani jeho novela z roku 1994 neumožňuje zásahy státu v oblasti ambulantních zdravotnických služeb. Lékaři se mohou svobodně rozhodnout, kde budou svou praxi vykonávat. Jediným požadavkem je, že lékař musí mít uznávaný diplom a splňovat některá další kritéria (jako např. reference, minimální dobu bydliště v daném kantonu, postgraduální vzdělávání), aby mohl získat kantonální licenci pro výkon praxe. Teoreticky může lékař založit praxi bez ohledu na budoucí specializační kvalifikaci.

Nedostatek regulačních mechanismů potom vede ke značným rozdílům v množství lékařů v jednotlivých kantonech a tedy i jejich počtu na obyvatel. V městských kantonech jako např. Ženeva nebo Basilej je počet obyvatel na 1 lékaře daleko nižší než ve venkovských jako je Appenzell nebo Obwalden (viz oddíl *Lidské zdroje a vzdělávání*). Stejně jako ambulantní lékaři, také lékárníci nejsou prakticky nijak omezeni v tom, kde si otevřou svou lékárnou.

Dentisté, chiropraktici a zdravotní sestry mají své služby hrazené z prostředků povinného zdravotního pojištění (v rozsahu, který je zahrnut v základním balíku péče). Všechny tyto skupiny musí splňovat stanovené kvalifikační předpoklady. Fyzioterapeuti, ergoterapeuti, zdravotní sestry a příslušníci dalších zdravotnických profesí, kteří pracují jako osoby samostatně výdělečně činné, musí mít kromě uznané kvalifikace také předpis od lékaře, pokud jim mají být služby z prostředků povinného zdravotního pojištění uhrazeny.

Organizace zabývající se poskytováním domácí péče musí splňovat požadavky, které jsou stanoveny v zákoně o zdravotním pojištění - požadované vybavení, kvalifikovaný personál ad. Všechny tyto organizace musí být registrovány u jednotlivých kantonů, pokud chtějí, aby jim jejich služby mohly být hrazeny z prostředků povinného zdravotního pojištění.

### **Regulace v oblasti léčiv a technologií**

Úřad konfederace pro vnitřní záležitosti rozhoduje o tom, která léčiva budou hrazena z prostředků zdravotního pojištění a za jakou cenu se budou prodávat. Stanovuje také, které laboratorní analýzy a vyšetření, prostředky zdravotnické techniky a zdravotnické pomůcky budou hrazeny z prostředků povinného zdravotního pojištění.

Úřad konfederace pro vnitřní záležitosti má k dispozici pět různých komisí, z nichž čtyři jsou komise specializované, jako např. Komise konfederace pro otázky léčiv. Pátou komisí je Komise pro základní otázky zdravotního pojištění, jež má větší autoritu než čtyři komise specializované, ale přesto je její role pouze poradní. Komise má 17 členů zastupujících každou ze čtyř specializačních komisí, Úřad konfederace pro otázky veřejného zdraví, Agenturu pro ochranu dat, Mezinárodní úřad pro kontrolu léčiv, Švýcarskou komisi pro konkurenci a kantony. Komise se snaží sjednocovat praktická a etická rozhodnutí, která souvisí s definicí rozsahu služeb poskytovaných v rámci povinného zdravotního pojištění. Ostatní komise jsou povinny se této komisi podřídit (viz oddíl *Léčiva*, kde je detailněji vysvětlena léková politika).

### **Zdravotní politika**

Mnoho pokusů Rady konfederace, kantonů a dalších aktérů o ustanovení agendy celošvýcarské zdravotní politiky selhalo. Nové pokusy o její ustavení v současné době probíhají. Zdravotní politikou je zde myšlena zdravotní politika v nejširším slova smyslu. Není tím myšlena pouze organizace a financování zdravotnických služeb, ale také podpora zdraví a prevence a kontrola nemocí. Zdravotní politika je pak definována nejen jako politika zdravotní péče, ale jako politika, jejímž cílem je pozitivně ovlivnit zdravotní stav populace. Zahrnuje tedy i hospodářskou politiku, politiku ve vztahu k životnímu prostředí a politiku sociální. Tento rámec zdravotní politiky je ovlivňován programem Zdraví 21 Světové zdravotnické organizace (viz kapitola *Politika Zdraví pro všechny SZO* v oddíle *Reformy zdravotnické soustavy*). Významným prvkem probíhající debaty o švýcarské zdravotní politice je zřízení Švýcarské zdravotnické observatoře, která by odstraňovala notorický nedostatek informací pro vývoj strategií v oblasti zdravotní politiky.

## **2.3 (De) Centralizace zdravotnické soustavy**

V posledních desetiletích roste neustále vliv konfederace v oblasti zdravotnické soustavy, a to zejména v souvislosti se změnami v oblasti zdravotního pojištění, které zásadním způsobem ovlivnily strukturu zdravotnické soustavy a způsob jejího financování, zejména na úrovni kantonů. Zákon o zdravotním pojištění vyžaduje po kantonech plánování spotřeby zdravotní péče a omezování počtu poskytovatelů služeb, kteří mohou získávat úhrady z prostředků povinného zdravotního pojištění. Definuje také obecné podmínky, podle nichž jsou služby mezi hrazené zařazovány. Můžeme tedy sledovat určitou centralizaci na úrovni Konfederace.

Reformní návrhy v některých dalších oblastech jasně ilustrují, že tento proces pokračuje. Nová úprava v rámci ústavy konfederace ze dne 18. dubna 1999 delegovala na orgány Konfederace odpovědnost v oblasti vzdělávání v nelékařských zdravotnických profesích.

Budoucí kroky k delegaci odpovědnosti na orgány konfederace se diskutují. Současně byl předložen návrh na posílení pravomoci kantonů, stejně jako návrh na liberalizaci poskytování zdravotní péče (viz oddíl *Reformy zdravotnické soustavy*).



### 3. Financování zdravotnických služeb a náklady zdravotnické soustavy

#### 3.1 Hlavní systém financování a úhrad

Švýcarská zdravotnická soustava je z největší části financována prostřednictvím povinného zdravotního pojištění. Od doby, kdy vstoupila v platnost v roce 1996 nová zákonná úprava, mají všichni trvale žijící obyvatelé ve Švýcarsku povinnost být zdravotně pojištěni. Jednotlivci nebo jejich zákonní zástupci platí pojistné, jehož výše se vypočítává na komunitní úrovni (tj. je stejné pro všechny osoby, které jsou pojištěny u dané pojišťovny v rámci jednoho kantonu nebo regionu).

Před rokem 1996, kdy byla výše pojistného propočítávána zcela v závislosti na riziku jednotlivých klientů, bylo zdravotní pojištění pro některé skupiny klientů obtížně dosažitelné (např. starší lidé, chronicky nemocní).

Lidé s trvalým bydlištěm ve Švýcarsku, kteří jsou vyjmuti ze systému povinného zdravotního pojištění podle nové úpravy jsou:

- Statní zaměstnanci, které pokrývá vojenské pojištění
- Občané s jinou státní příslušností než je švýcarská, kteří žijí ve Švýcarsku déle než tři měsíce a jsou již ve Švýcarsku pojištěni v rozsahu povinného zdravotního pojištění, dále ti, kteří jsou pojištěni u nešvýcarské pojišťovny a ti, kteří mají písemné potvrzení o vyloučení ze systému.

Nešvýcarští občané jsou vždy ošetřeni na pohotovosti, kde je otázka platby až druhořadá, protože v první řadě jde o poskytnutí zdravotní péče. Kantony jsou povinny informovat své obyvatele o povinnosti uzavřít povinné zdravotní pojištění a tuto povinnost vymáhat. Občané jsou povinni uzavřít povinné zdravotní pojištění do tří měsíců od jejich příchodu do kantonu, což se týká také občanů s jinou státní příslušností, jestliže se zdržují ve Švýcarsku déle než tři měsíce. Pro jednotlivce, kteří toto pravidlo porušují, je pojistné vypočteno za dobu dvakrát delší, než byla skutečná doba, po kterou nebyli pojištěni. Příklad: Jestliže se občan zdravotně pojistil až po čtyřech měsících pobytu v kantonu platí pojistné ve výši dvouměsíčního pojistného. Jedinou výjimku představují ti, kteří jsou oprávněni k podpoře při platbě pojistného, kdy platí pojištění úřady kantonu. V tom případě předchozí pravidlo neplatí. Jedinci, kteří se vyhýbají placení zdravotního pojištění, jsou úřady kantonu nuceně zaregistrováni u některé z pojišťoven.

Povinné zdravotní pojištění může být poskytováno omezeným počtem veřejných a soukromých pojišťoven registrovaných u Úřadu konfederace pro sociálního pojištění. Občané mají svobodnou volbu zdravotní pojišťovny a pojišťovny mají zakázáno odmítnout poskytnutí povinného zdravotního pojištění, pokud o něj občan požádá. Občané mají právo na změnu zdravotní pojišťovny dvakrát ročně. Zdravotní pojišťovny mezi sebou v rámci daného kantonu soutěží o pojištěnce, a to pomocí různé vysoké částky pojistného. Neexistuje žádná fixní částka pojistného, takže mnoho lidí mění každoročně zdravotní pojišťovnu právě v závislosti na výši pojistného. Nicméně pojišťovny si nemohou konkurovat na základě toho, jaké služby zdravotní péče za pojistné hradí, protože rozsah hrazené péče je stanoven zákonem. V oblasti kvality péče je pouze malý prostor pro vzájemnou konkurenci zdravotních pojišťoven. Konkurence na bázi kvality a řízené péče není zakázána, ale zatím se v praxi příliš neuplatňuje.

Povinné zdravotní pojištění je kalkulováno komunitně, což znamená, že všichni pojištěnci určité zdravotní pojišťovny v rámci jednoho kantonu platí stejné pojistné. Zdravotní pojišťovny kalkulují výši pojistného podle odhadu nákladů na zdravotní péči v kantonu nebo regionu. Tyto kalkulace podléhají každoročnímu auditu Švýcarského úřadu pro otázky zdravotního pojištění, ještě předtím než jsou aplikovány v praxi. Pokud by mělo být pojistné příliš vysoké, může vláda konfederace přinutit pojišťovnu, aby jeho výši ještě před zavedením pojistného snížila. V rámci vymáhání tohoto principu mají úřady kantonu přístup k informacím, které zdravotní pojišťovny k výpočtu tohoto pojistného použily. Mají přístup jak k metodám, podle nichž bylo pojistné vypočítáno, tak i k datům, na jejichž základě byl výpočet proveden.

Pro zmírnění sociálních dopadů vláda Švýcarské konfederace i vlády jednotlivých kantonů dotují systém povinného zdravotního pojištění z daňových výnosů. Podle novelizované právní úpravy zdravotního pojištění musí být tyto dotace z veřejných prostředků využity na podporu příjmově testované pomoci sociálně slabším občanům. Jejich výše je různá podle příjmu a majetku pojištěného. Před rokem 1996 byly tyto prostředky placeny přímo zdravotním pojišťovnám, které následně snižovaly pojistné na zdravotní pojištění pro všechny své klienty.

Kantony mají určitou autonomii při určování toho, jak budou tyto dotace přidělovány. V rámci pravidel stanovených vládou Konfederace mají rovněž jistou volnost rozhodování o objemu prostředků, jež na tyto dotace (na úrovni kantonu) věnují. V některých kantonech je to pokud pojistné na zdravotní pojištění přesáhne 10 % příjmu jednotlivce nebo rodiny, v dalších tyto dotace (dávky) závisí na velikosti příjmu a jsou stanoveny příjmové stropy pro jejich získání. Pro občany s velmi nízkým příjmem je vytvořen institut omezené platby pojistného nebo "referenční ceny", která je nižší než běžné pojistné a je placena přímo místními nebo kantonálními úřady.

Povinné zdravotní pojištění pokrývá široký rozsah péče, který je stanoven v rámci zákona o zdravotním pojištění. Služby, jež nejsou hrazeny z prostředků povinného zdravotního pojištění mohou být financovány z doplňkového dobrovolného zdravotního pojištění (odhaduje se, že čtvrtina obyvatel Švýcarska má uzavřenou nějakou formu tohoto zdravotního pojištění označovaného jako soukromé, nebo částečně soukromé), nebo přímými platbami (viz *oddíl Úhrady zdravotní péče a rozpočtování*). Na rozdíl od komunitně plánované výše pojistného v rámci povinného zdravotního pojištění je výše tohoto pojištění zpravidla kalkulována (vypočítávána) na základě individuálních rizik klienta.

Systém povinného zdravotního pojištění vyžaduje určité vyrovnávání rizika mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami, aby pojišťovny s nákladnými pojištěnci nebyly znevýhodňovány. V rámci úpravy legislativy zdravotního pojištění byl vytvořen nový mechanismus vyrovnávání rizika mezi jednotlivými pojišťovnami. Vzorec pro výpočet je založen na věku a pohlaví pojištěnců. Zdravotní pojišťovny v současné době prosazují změnu, která by do výpočtu zahrнула také počet ošetření v nemocnici za poslední rok. Za výpočet vyrovnání a přerozdělování prostředků mezi pojišťovny Nadace 18 je zodpovědná Nadace 18.

Struktura výdajů na zdravotnictví se v posledních dvaceti letech výrazně změnila, což je patrné z tabulky 3.

- Financování z daňových výnosů pokleslo z 31,7 % v roce 1980 na 24,9 % v roce 1997
- Financování zdravotního pojištění (suma povinného a neziskového dodatečného pojištění) vzrostla od roku 1980 z 33,4 % celkových výdajů v roce 1980 na 37,5 % (27,5 % + 10 %) v roce 1997.
- Přímé platby, tj. součet podílu na nákladech v rámci povinného zdravotního pojištění a soukromého zdravotního pojištění se snížily z 32,4 % celkových výdajů v roce 1980 na 28,8 % (27,6 % + 1,2 %) celkových výdajů v roce 1997.

**Tabulka č. 3: Hlavní zdroje financování zdravotnictví**

Zdroj financování	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
<b>Veřejné</b>	65,1	63,3	65,2	65,8	66,3	67,9	57,8	57,4	58,8	59,1
Daně (1)	31,7	27,4	27,4	28,6	27,7	26,7	25,6	25,2	24,9	24,9
Povinné zdrav. poj. (2,6)	33,4	29,7	31,8	31,0	32,0	34,2	25,5	25,5	27,2	27,5
Další povinná pojištění (3)	---	6,3	6,0	6,2	6,6	7,0	6,7	6,7	6,7	6,7
<b>Soukromé</b>	32,4	33,6	32,4	31,8	31,4	30,4	40,3	40,7	39,5	38,7
Přímé platby a spoluplatby (4,5)	32,4	33,6	32,4	31,8	30,1	29,1	28,8	28,8	27,4	27,6
Doplňkové zdrav. poj. (ziskové)	---	---	---	---	1,3	1,3	1,3	1,0	1,2	1,2
Doplňkové zdrav. poj.(neziskové) (7)	---	---	---	---	---	---	10,2	10,9	10,9	10,0
Ostatní platby (7)	2,5	3,1	2,4	2,4	2,3	1,7	1,8	1,9	1,7	2,1

Zdroj: Švýcarský spolkový statistický úřad 1999

#### Poznámky:

- 1) financování centrálními, regionálními a lokálními úřady jako podpora financování nemocnic a domů s pečovatelskou službou v rámci povinného zdravotního pojištění (do roku 1996 zákonného), vojenské pojištění a veřejné výdaje na zdravotnictví (jako je prevence a administrace)
- 2) Povinné zdravotní pojištění od roku 1996 a do roku 1996 zákonné zdravotní pojištění.
- 3) Pracovní a mimopracovní úrazové pojištění, důchodové a invalidní pojištění.
- 4) Přímé platby domácností poskytovatelům zdravotní péče za služby, které nejsou hrazeny z prostředků povinného nebo doplňkového zdravotního pojištění.
- 5) Ziskově orientované zdravotní pojišťovny nabízející pouze doplňkové soukromé zdravotní pojištění. Před rokem 1992 jsou data zahrnuta do kategorie přímých plateb.
- 6) Neziskové organizace, které nabízejí doplňkové soukromé zdravotní pojištění a také zákonné zdravotní pojištění do roku 1996 a od roku 1996 tedy povinné zdravotní pojištění. Data před rokem 1994 nejsou dostupná.
- 7) Platby cizích státních příslušníků.

### 3.2 Doplňkové zdroje financování

Mezi další zdroje financování můžeme zařadit konfedační, kantonální a obecní daňové výnosy, které zahrnují:

- Kantonální dotace veřejným a soukromým nemocnicím.
- Kantonální dotace domům s pečovatelskou službou a organizacím poskytujícím domácí péči.
- Konfedační a kantonální dotace pojistného v rámci povinného zdravotního pojištění.
- Pojistné za příslušníky armády hrazené vládou Konfederace.
- Výdaje v oblasti veřejného zdraví (prevence nemocí, administrativa zdravotní péče).

V roce 1997 představovaly tyto dotace 24,9 % z celkových výdajů na zdravotnictví (viz tab. 3), zatímco z povinného zdravotního pojištění bylo financováno 27,5 % celkových výdajů na zdravotnictví. Před rokem 1996 bylo pojištění zákonné (ale nikoliv povinné) a do roku 1994 zahrnovalo výdaje doplňkového soukromého zdravotního pojištění. V roce 1997 bylo z prostředků zaměstnaneckého a nezaměstnaneckého úrazového zdravotního pojištění financováno 6, 7 % celkových výdajů zdravotnické soustavy.<sup>12</sup>

#### Přímé platby

Tabulka 3. ukazuje přímé platby v objemu 27,6 % celkových výdajů na zdravotnictví v roce 1997.<sup>13</sup> To je výsledkem vysoké míry spoluplateb v rámci povinného zdravotního pojištění (dříve zákonného zdravotního pojištění) a přímých plateb za služby, které nejsou kryty z prostředků povinného zdravotního pojištění.

Většina zdravotních pojišťoven požaduje, aby pojištěnci hradili fixní část nákladů, které jsou hrazeny z prostředků povinného zdravotního pojištění. Každoročně stanovená částka se v závislosti na zdravotní pojišťovně liší. Minimální částka je 230 švýcarských franků a maximální činí 1 500 švýcarských franků ročně. Standardní částka pro dospělé činí 230 švýcarských franků, děti jsou od hrazení této částky osvobozeny, a to do věku 18 let, u některých pojišťoven do 25 let. Nicméně zdravotní pojišťovny mohou nabízet vyšší míru spoluúčasti, až 1 500 švýcarských franků pro dospělé a 375 pro děti). Pojištěnci si mohou v podstatě zvolit výši své spoluplatby, vyšší fixní částka se pak odrazí v nižším pojistném.

Navíc existuje 10% spoluúčast na všechny služby poskytované v rámci povinného zdravotního pojištění, která je hrazena pacienty v podobě přímých plateb. Horní limit pro tuto spoluúčast je stanoven ve výši 600 švýcarských franků pro dospělé a 300 švýcarských franků pro děti (1999). Spoluúčast se může vztahovat na konkrétní zákrok/službu nebo na určený počet služeb (tj. počet ošetření).

<sup>12</sup> Vysvětlení dalších typů pojištění, která ovlivňují financování zdravotnických služeb:

**Pracovní a mimopracovní úrazové pojištění:** Zaměstnavatelé jsou povinni pojišťovat své zaměstnance povinným úrazovým pojištěním. Úrazové pojištění je možné nakupovat jako doplňkové také pro ty občany, kteří nejsou zaměstnanci. Úrazové pojištění se vztahuje ambulantní a nemocniční péči a náklady na zdravotnickou dopravu, pokud je služby nutné čerpat díky pracovnímu úrazu nebo úrazu ve volném čase. Dávky tohoto pojištění jsou poskytovány občanům, kteří jsou v důsledku úrazu v pracovní neschopnosti, případně jsou postižení. Dávky tohoto pojištění jsou poskytovány také pozůstalým.

**Vojenské pojištění:** Jedná se o pojištění placené Švýcarskou konfederací (z prostředků daňových výnosů konfederace). V rámci tohoto pojištění jsou pojištěni všichni vojáci, kteří slouží ve švýcarské armádě. Pojištění se vztahuje na zdravotní péče, úrazy a náklady na lékařský transport.

**Starobní a invalidní pojištění:** Příspěvky na toto pojištění jsou hrazeny zaměstnavateli a zaměstnanci. Z těchto příspěvků jsou financovány peníze a náklady zdravotní péče starších občanů a od narození také náklady péče hendikepovaných občanů.

<sup>13</sup> Do roku 1992 zahrnoval tento údaj také výdaje ziskových soukromých pojišťoven, které nenabízely zákonné zdravotní pojištění.

V některých případech je část nákladů hrazena pouze tehdy, pokud se počet úkonů pohybuje v rámci specifických limitů. Pokud tomu tak není, hradí celé náklady pacient. Jeden příklad za všechny: z prostředků povinného zdravotního pojištění je hrazena částka 200 švýcarských franků ročně do věku 15 let a ve vyšším věku jednou za pět let na brýle. Další spoluplatby se týkají:

- Nákladů na dopravu – polovinu nákladů hradí pacient.
- Nemocniční péče – svobodní občané bez dětí jsou povinni hradit částku 10 švýcarských franků denně.

Jestliže je z jedné rodiny pojištěno u stejné zdravotní pojišťovny několik dětí, celkový objem přímých plateb a fixní spoluúčasti nemusí dosahovat dvojnásobku maxima těchto plateb pro děti (co se týče těchto plateb).

Služby, které nejsou zahrnuty do rozsahu péče povinného zdravotního pojištění, jsou hrazeny občany formou přímých plateb (pokud nejsou kryty z doplňkového zdravotního pojištění). Této problematice bude věnována další pozornost v oddíle *Výdaje na zdravotní péči a rozpočtování*.

### **Doplňkové zdravotní pojištění**

V roce 1997 bylo z prostředků doplňkového zdravotního pojištění hrazeno 11,2 % celkových výdajů na zdravotnictví. Do roku 1992 byly výdaje zdravotních pojišťoven, které neposkytovaly zákonné zdravotní pojištění, zahrnovány pod přímé platby. Do roku 1994 byly výdaje registrovaných zdravotních pojišťoven, které nabízely jak zákonné/povinné a dodatkové zdravotní pojištění zahrnovány pod povinné zdravotní pojištění (viz tab. 3).

Ve Švýcarsku existují různé druhy doplňkového zdravotního pojištění. Nejoblíbenější jsou ty formy, které pojištěncům umožňují svobodnou volbu lékaře a pokrývají příplatek za vyšší standard v nemocnici.<sup>14</sup> Přibližně jedna čtvrtina populace má některý druh hlavního doplňkového zdravotního pojištění. Další formy doplňkově zdravotního pojištění jsou méně oblíbené a zahrnují např. péči a repatriaci pro občany dočasně žijící v cizině, alternativní medicínu, stomatologickou péči a léčiva, která nejsou na oficiálních seznamech. Existuje pouze jedna pojišťovna, která v rámci doplňkového zdravotního pojištění nabízí pojištění hrazení přímých plateb u služeb poskytovaných povinným zdravotním pojištěním. Poskytování tohoto druhu pojištění není v současnosti ilegální, nicméně částečná revize zákona o zdravotním pojištění tento druh zakazuje a návrh zřejmě bude přijat. (viz oddíl *Navrhované reformy*).

Zdravotní pojišťovny, které poskytují povinné zdravotní pojištění, jsou také hlavními poskytovateli doplňkového zdravotního pojištění (viz oddíl *Zdravotní pojišťovny a Organizační struktura zdravotnické soustavy*). V současnosti ve Švýcarsku probíhá debata o budoucím rozdělení soukromých a polo-soukromých pojištění. Někteří pojištěnci se zajímají pouze o lepší hotelové služby v nemocnicích, jiní pouze o svobodnou volbu lékaře. Diskuse se soustřeďuje na téma, zda zachovat současný status quo nebo zavést dva různé typy pojištění. Jedno vztahující se na hotelové služby a druhé vztahující se na volbu lékaře. Toto rozdělení by pro pojištěnce rozšířilo možnost volby.

V současné době nejsou švýcarští občané nijak (např. daňově) motivováni k uzavírání doplňkového zdravotního pojištění. Počet lidí s doplňkovým zdravotním pojištěním v současné době klesá kvůli růstu pojistného a také díky tomu, že povinné zdravotní pojištění zahrnuje nyní větší rozsah péče, což činí doplňkové zdravotní pojištění méně atraktivním. Je složité odhadnout, zda tento trend bude nebo nebude pokračovat v důsledku celé řady změn v této oblasti.

### **Vnější zdroje financování**

Další vnější zdroje zdravotnické soustavy představují příjmy od občanů jiných států, kteří se přicházejí léčit do Švýcarska (většinou do nemocnic). V roce 1997 představoval tento zdroj financování 2,1 % celkových výdajů na zdravotnictví.

---

<sup>14</sup> Ve Švýcarsku nabízí systém doplňkového zdravotního pojištění dvě úrovně úhrady péče: soukromou a částečně soukromou. Rozsah obou typů je stejný s výjimkou toho, že úroveň označená jako soukromá dává pacientovi možnost soukromého pokoje, ve variantě částečně soukromé může pacient sdílet pokoj společně s jinou osobou.

## Rozsah hrazených služeb a jejich poskytování

Novelizace zákona o zdravotním pojištění a související předpisy stanovují základní rozsah péče hrazené z prostředků povinného zdravotního pojištění. Nová úprava rozšířila rozsah péče, který byl dříve hrazen ze zákonného pojištění.

Hlavní rozšíření rozsahu péče se týká neomezené délky pobytu v domech s pečovatelskou službou, domácí péče, neomezené doby pobytu v nemocnici a úrazů (pokud nejsou pokryty úrazovým pojištěním), dále diagnostického a terapeutického vybavení, dopravy, v omezeném rozsahu stomatologické péče<sup>15</sup> a prevence nemocí a podpory zdraví, jako je mamografie, vyšetření novorozenců a očkování proti hepatitidě. Rozsah péče hrazené z prostředků povinného zdravotního pojištění zahrnuje nově od 1. července 1999 také alternativní medicínu (poskytnutou lékařem). Např. akupunktura je hrazena z prostředků povinného zdravotního pojištění. Další druhy alternativní medicíny jako je např. antroposofická medicína, homeopatie, neuroterapie, fytoterapie a čínská medicína a budou hrazeny z prostředků povinného zdravotního pojištění dočasně do 30. června 2005, kdy padne definitivní rozhodnutí.

Služby, nehrazené z prostředků povinného zdravotního pojištění jsou:

- Rutinní zubní zákroky, a rovněž např. pravidelné prohlídky (mimo zubní prohlídky u dětí školního věku).
- Psychoterapie prováděná nemedicínsky vzdělanými odborníky a hypnóza (hrazena je pouze psychiatrická péče).
- Léčiva, která nejsou uvedena na oficiálním seznamu hrazených léčiv a farmaceutických produktů.
- Plastické operace (výjimku tvoří plastické operace po dopravních nehodách nebo při odstraňování vrozených malformací).
- Umělé oplodnění.

Následující zdravotnické služby jsou hrazeny z prostředků povinného zdravotního pojištění pouze částečně:

- Brýle;
- Pobyt v lázních;
- Zdravotnické pomůcky;
- Zdravotnická doprava a záchranná služba.

Rozsah hrazené péče se stala opět tématem veřejné diskuse a to zejména v souvislosti s používáním nových a extrémně drahých léčiv používaných k léčení vzácných onemocnění (tzv. orphan drugs) v univerzitních nemocnicích, které zřizují kantony.

Opatření pro snižování míry růstu nákladů podle nové úpravy zákona o zdravotním pojištění zahrnují:

- Redukci počtu veřejných a z veřejných prostředků financovaných nemocnic a počtu lůžek v nich;
- Slučování veřejných a z veřejných prostředků financovaných nemocnic;
- Globální rozpočtování kantonálních dotací nemocnicím;
- Cenovou regulaci léčiv a zdravotnických služeb pomocí stanovení maximální ceny;
- Zavedení pevných příspěvků a fixních rozpočtů<sup>16</sup>;
- Metody řízení péče jako např. zřizování organizací řízené péče (HMO), doporučování praktickým lékařem ad.

Budoucí opatření v oblasti snižování růstu nákladů se budou zaměřovat více na zvyšování efektivity na rozdíl od omezování rozsahu péče, což by se zdravotní pojišťovny přivítaly raději. Ve snaze zajistit vysokou kvalitu všech poskytovaných služeb hrazených z prostředků povinného zdravotního pojištění obsahuje nová úprava zdravotního pojištění ustanovení týkající se systematického vědeckého hodnocení kvality. Očekává se také hodnocení dostupnosti zdravotní péče a sociálních dopadů zdravotní politiky na nízkopříjmové občany a domácnosti.

Tyto kontroly se zaměří na udržení vysoké kvality a dostupnosti zdravotní péče ve Švýcarsku, zatímco naplnění rámcových požadavků, vyplývajících z nové právní úpravy, napomůže efektivnějšímu řízení nákladů.

<sup>15</sup> Zubní ošetření je z prostředků povinného zdravotního pojištění hrazeno pouze při velmi vzácných onemocněních a onemocněních, kterým nelze předcházet. Jako výsledek je většina péče zubních lékařů hrazena pacienty soukromě nebo prostřednictvím doplňkového zdravotního pojištění. Péče o chrup (její rozsah) se mezi socioekonomickými skupinami liší.

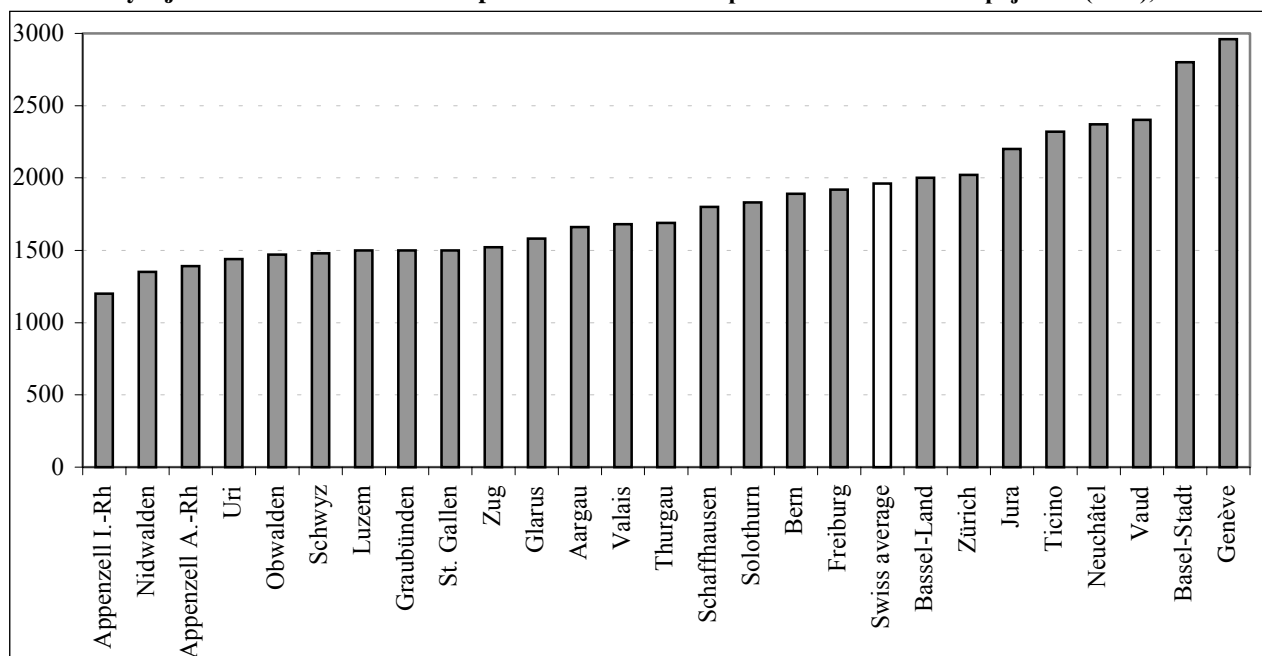
<sup>16</sup> Ceny léčiv jsou stanovovány Úřadem konfederace pro sociální pojištění.

## Výdaje na zdravotnictví

Podíl výdajů na zdravotnictví jako procenta hrubého domácího produktu v posledních dvaceti letech kontinuálně rostl (viz tab. 4) a v roce 1996 dosáhl 10,1 % hrubého domácího produktu. Jde zřejmě o důsledek velikosti zdravotnické soustavy ve Švýcarsku a míry jejího využití (Švýcarsko má velmi hustou síť nemocnic, vysokou koncentraci špičkového zdravotnického vybavení a technologií, jeden z nejvyšších počtů lékařů na počet obyvatel v Evropě). Kromě nabídky závisí spotřeba péče navíc na kultuře a zvyklostech obyvatelstva (viz tab. 3). Francouzsky hovořící kantony a německy hovořící kantony vykazují rozdílnou skladbu výdajů na zdravotnictví a rozdíly existují také mezi městy a venkovem. Tato rozdílnost je zčásti způsobena uvedenými kulturními rozdíly, ve francouzsky hovořících kantonech je spotřeba zdravotní péče vyšší. Souvisí to také s koncentrací poskytovatelů zdravotní péče, která je v městských oblastech větší než na švýcarském venkově.

Procento HDP, které Švýcarsko vydává na zdravotnictví v porovnání s dalšími státy Evropy, je znázorněno v tabulkách 4 a 5. Švýcarsko na zdravotnictví vydává vyšší procento HDP než je tomu ve většině evropských zemí. V Evropě vydává větší procento HDP pouze Spolková republika Německo (10,7 % HDP). V roce 1970 Švýcarsko na zdravotnictví vydávalo menší podíl HDP než Francie, Itálie nebo Německo. V polovině 80. let dostihlo Itálii a v polovině 90. let i Francii.

**Graf č. 1: Výdaje na zdravotnictví na osobu podle kantonu v rámci povinného zdravotního pojištění (CHI), 1998<sup>17</sup>**



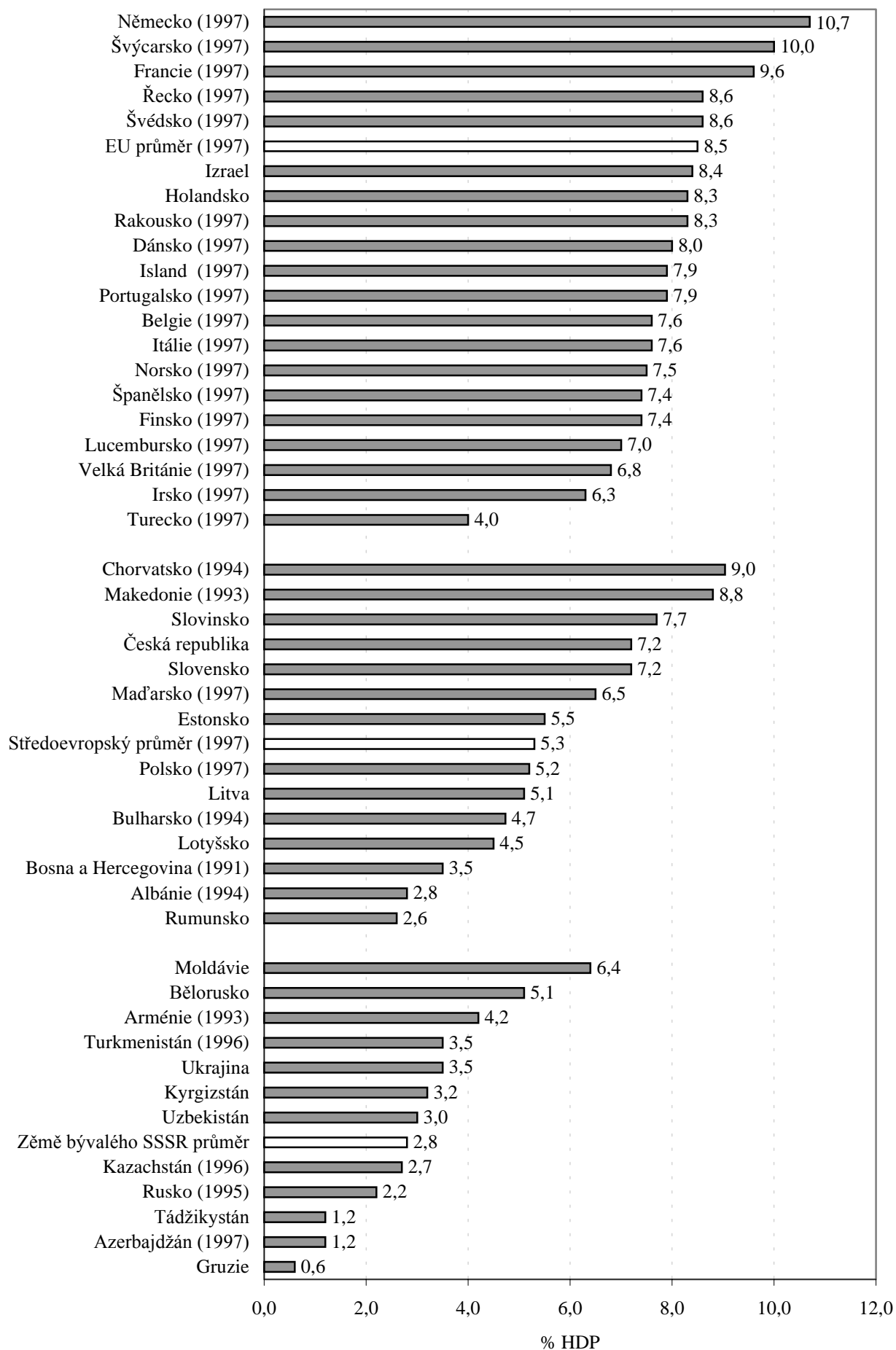
Zdroj: Asociace švýcarských zdravotních pojišťoven

Úroveň výdajů na zdravotnictví v amerických dolarech přepočtených na paritu kupní síly (PPP) znázorňuje tabulka č. 6. S hodnotou rovnající se 2611 \$ PPP je Švýcarsko výrazně nad průměrem zemí Evropské unie, který činí 1771 \$ (přepočtených na paritu kupní síly). V Evropě má Švýcarsko společně se Spolkovou republikou Německo (2364 \$) a Lucemburskem (2303 \$) nejvyšší výdaje na zdravotnictví na osobu.

Tabulka číslo 7 znázorňuje podíl veřejných výdajů na zdravotnictví. Švýcarsko patří mezi země Evropy, kde jsou veřejné výdaje na zdravotnictví nejnižší (70 % celkových výdajů). Podle údajů Švýcarského statistického úřadu pro tentýž rok je to 58,8 % (viz tab. 4). To by znamenalo, že Švýcarsko má nejnižší podíl veřejných výdajů na zdravotnictví v Evropě, dokonce ještě nižší než Portugalsko (60 %). Podíl veřejných výdajů na zdravotnictví je v porovnání s dalšími státy západní Evropy relativně nízký, což je zapříčiněno vysokým podílem přímých plateb a spoluplateb v systému financování švýcarského zdravotnictví a existencí doplňkového zdravotního pojištění.

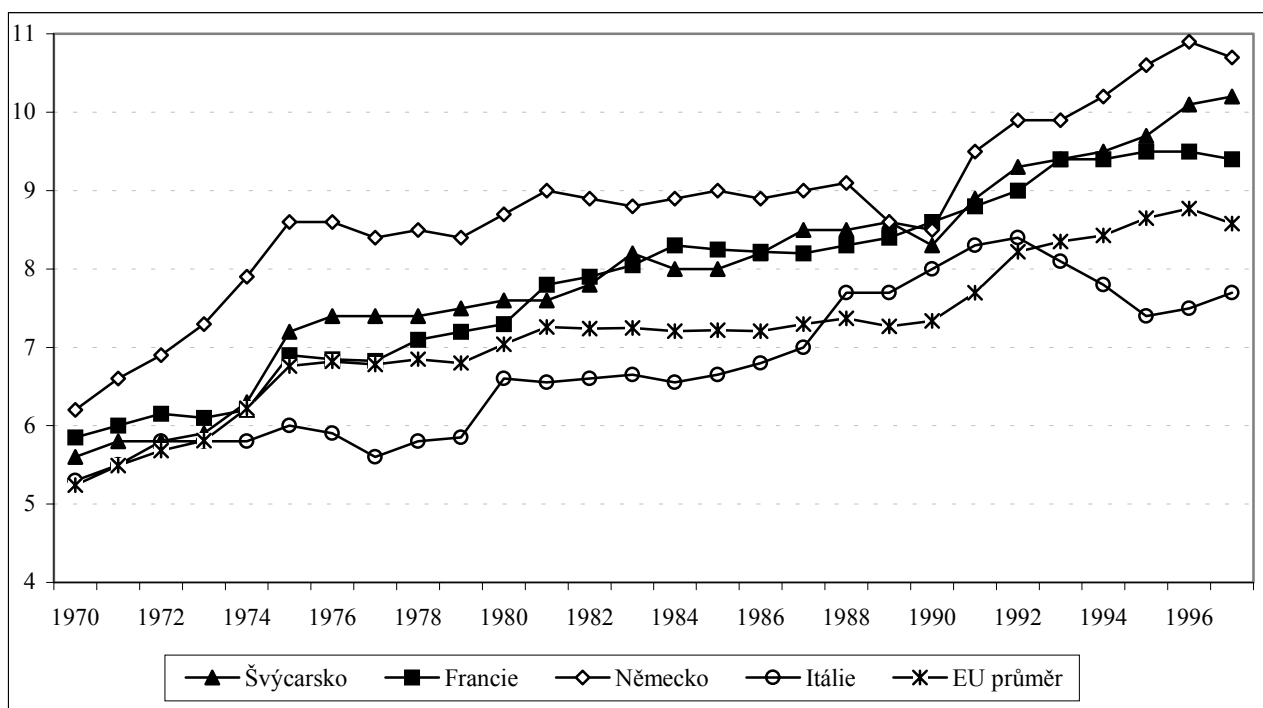
<sup>17</sup> V kantonech Ženeva, Neuchâtel, Vaud a Jura se hovoří převážně francouzsky, v kantonu Tesin se hovoří převážně italsky. Kantony Bern, Freiburg a Wallis jsou bilingvní (hovoří se v nich německy a francouzsky). V kantonu Graubünden se hovoří částečně rétorománsky a částečně italsky, ale je považován za německy hovořící kanton.

**Graf č. 2: Celkové výdaje na zdravotnictví jako % HDP v evropském regionu WHO v roce 1998 nebo posledním dostupném roce**



Zdroj: Evropská úřadovna WHO, databáze Zdraví pro všechny

**Graf č. 3: Vývojové trendy ve výdajích na zdravotnictví v procentech HDP ve Švýcarsku a vybraných státech, 1970 - 1996**



Zdroj: Evropská úřadovna WHO, databáze Zdraví pro všechny

**Tabulka č. 4: Trendy ve výdajích na zdravotnictví v milionech CHF, 1970 - 1997**

Celkové výdaje na zdravotnictví	1970	1975	1980	1985	1990	1994	1995	1996	1997
Hodnota v běžných cenách	4 697	9 810	12 313	18 383	26 308	33 817	35 050	36 940	37 200
Hodnota ve stálých cenách (1990)	14 651	17 537	18 445	21 196	26 308	28 538	29 039	30 033	30 024
Hodnota v běžných cenách na osobu v USD PKS	252	483	801	1 250	1 760	2 288	2 403	2 499	2 547
Podíl na hrubém domácím produktu	5,7	7,3	7,3	7,8	8,3	9,5	9,6	10,1	---
Podíl veřejných výdajů na celkových zdrav. výdajích	---	---	65,1	63,3	65,2	57,8	57,4	58,8	---

Zdroj: WHO 1998, Švýcarský spolkový statistický úřad 1999

Švýcarská zdravotnická soustava spotřebovává relativně velké množství zdrojů, ale za tuto cenu poskytuje širokou škálu vysoce kvalitních zdravotnických služeb. Nicméně jako v dalších státech Evropy, také ve Švýcarsku představuje problém vysoké tempo růstu nákladů.

Tabulka 5 ukazuje celkové výdaje na zdravotnictví v členění podle různých segmentů zdravotnictví. Podíl nákladů na léčiva mezi lety 1975 a 1996 mírně klesl. Podíl nákladů na nemocniční péči zůstával po celé období na relativně stabilní úrovni. Pokles výdajů na léčiva v poměru k jiným segmentům výdajů není z politického hlediska příliš významný a byl způsoben několika faktory:

- Rostly náklady na lůžkovou péči ve srovnání s výdaji na léčiva.
- V porovnání s dalšími státy Evropy byla léčiva v roce 1976 dražší než v roce 1996.
- Výraznou regulací farmaceutického průmyslu prostřednictvím Švýcarského úřadu pro otázky sociálního pojištění, kupř. revidování seznamů léčiv a cenové stropy prodejních cen léčiv.

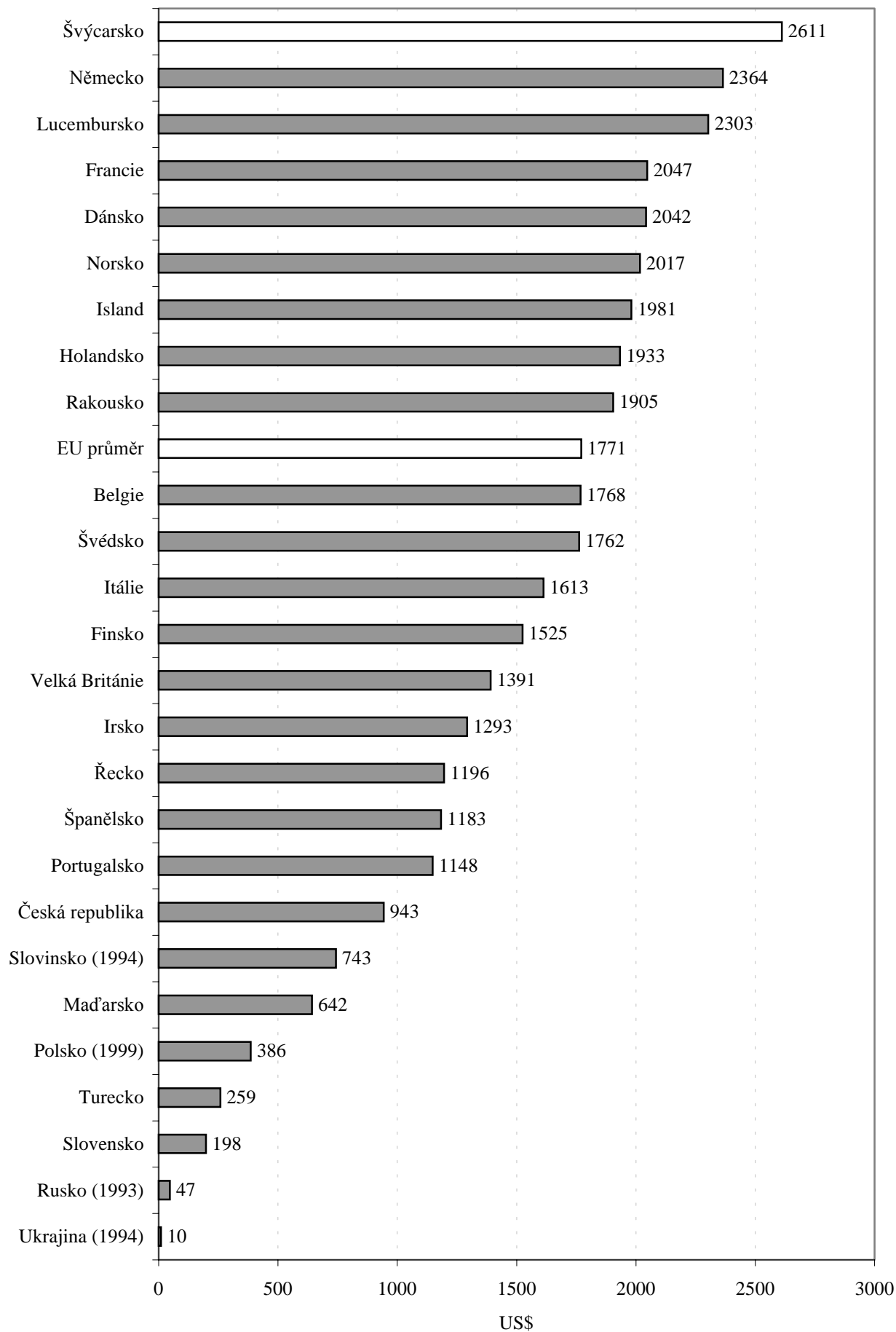
**Tabulka č. 5: Výdaje na zdravotnictví v členění podle skupin (jako procento celkových výdajů na zdravotnictví) v letech 1970 – 1996**

Celkové výdaje	1970	1975	1980	1985	1990	1994	1995	1996
Nemocniční péče (v %)	44,5	47,9	47,9	47,1	48,4	49,6	48,4	48,1
Léčiva (v %)	17,3	12,9	13,6	12,6	11,5	11,0	11,2	11,1
Veřejné investice (v %)	---	5,8	3,3	2,6	3,3	3,3	3,2	2,8

Zdroj: WHO Evropský region, databáze Zdraví pro všechny, OECD Health Data 1998.

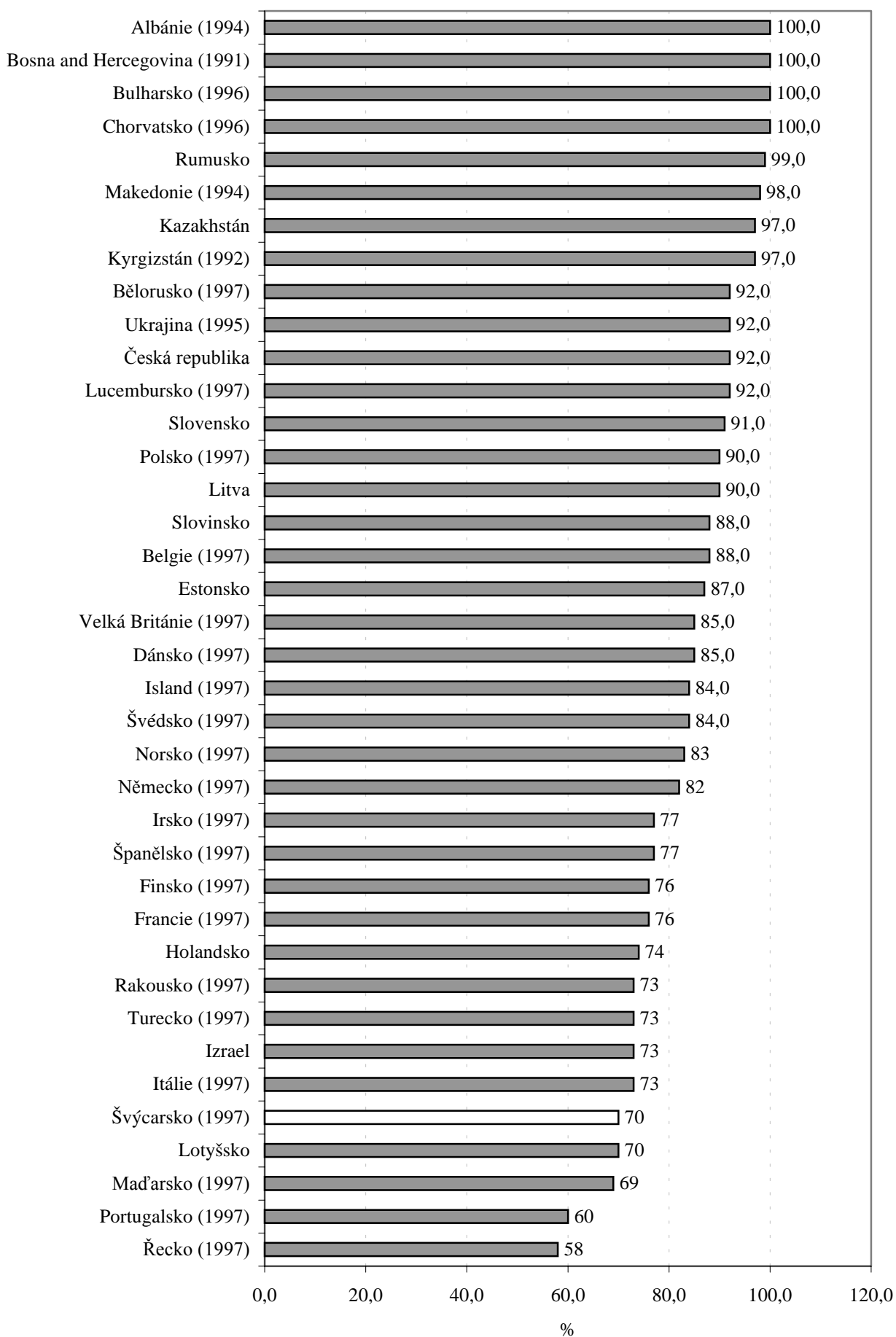


**Graf č. 4: Výdaje na zdravotnictví v USD přepočtené na paritu kupní síly v Evropském regionu WHO v roce 1997 nebo posledním dostupném roce**



Zdroj: Evropská úřadovna WHO, databáze Zdraví pro všechny

**Graf č. 5: Podíl veřejných výdajů na zdravotnictví v Evropském regionu WHO v roce 1998 nebo posledním dostupném roce**



Zdroj: Evropská úřadovna WHO, databáze Zdraví pro všechny

## 4. Organizace zdravotnických služeb

### 4.1 Ambulantní zdravotní péče

Lékaři vlastníci nezávislé ordinace poskytují většinu ambulantní péče ve Švýcarsku. Většina kontaktů s lékařem se odehrává právě v těchto ordinacích, které obvykle vlastní lékaři jako jednotlivci, přestože se vyskytují také společné praxe lékařů. Většina lékařů pracuje společně se zdravotní sestrou. Z 23 679 lékařů ve Švýcarsku v roce 1998 jich 13 357 (56 %) mělo vlastní soukromou ordinaci (3.). Přibližně 36 % z nich byli praktičtí lékaři a kolem 46 % ambulantní specialisté (4.).

Pacienti si svého lékaře mohou vybírat svobodně, přesto většina Švýcarů navštěvuje jednoho stálého lékaře. Pacienti mají také volný přístup k ambulantním specialistům. Nicméně většina Švýcarů preferuje nemocniční specialisty. Některé nemocnice jako např. nemocnice univerzitní provozují polikliniky, které nabízejí volně přístupnou ambulantní péči a nabízejí konzultace pacientům přímo bez nějakého druhu doporučení.

Ambulantní péče je financována především z prostředků zákonného/povinného zdravotního pojištění, zbylá část nákladů je hrazena z dalších druhů pojištění (úrazové pojištění, mateřské pojištění), doplňkového zdravotního pojištění a prostřednictvím přímých plateb.

Novelizovaná legislativa zdravotního pojištění umožňuje občanům typ pojištění pokrývající zdravotní péči od omezeného okruhu poskytovatelů (podobně jako HMO's nebo systém praktických lékařů). HMO'S jsou skupinové praxe, které zaměstnávají převážně praktické lékaře a specialisty v oboru interní medicíny plus další zdravotnický personál jako jsou zdravotní sestry, fyzioterapeuté a ošetrovatelky. Několik HMO's zaměstnává také gynekology nebo pediatriy. Lékaři v HMO's a praktičtí lékaři dávají pacientům doporučení ke konkrétním specialistům nebo do nemocnic, při zachování pacientovy svobodné volby. Podle odhadu pracuje v HMO's asi 140 lékařů, kteří pokrývají asi 98 400 pojištěnců. Asi 3792 lékařů tvoří systém praktických lékařů, kteří pečují o 350 000 lidí.

Zubní lékaři v soukromých ordinacích poskytují většinu služeb v oblasti péče o chrup. Výjimku představují univerzitní nemocnice, jejichž polikliniky mají také ordinace zubního lékaře, a zubní prohlídky a prevence ve školách.

Graf. 6 znázorňuje počet kontaktů s lékařem v zemích západní Evropy. Zde Švýcarsko s počtem 11 návštěv za rok (1992) vysoce převyšuje průměr EU, který je 6,1.

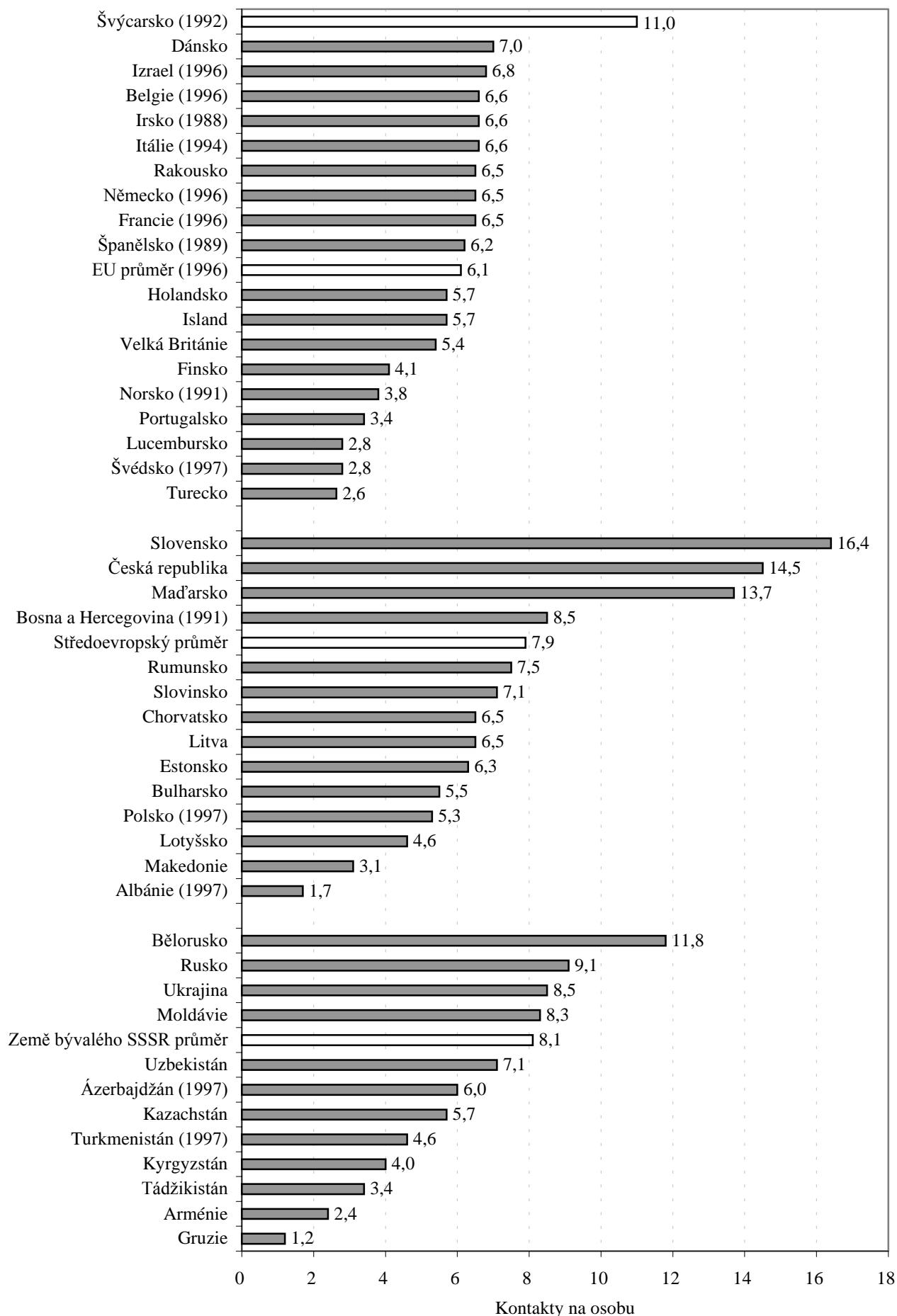
K vysokému počtu návštěv u lékaře přispívají následující faktory:

- Vysoký počet lékařů a možnost svobodné volby lékaře;
- Výkonový způsob financování;
- Malý rozsah nelékařských poskytovatelů primární péče jako jsou např. zdravotní sestry;
- Kulturní zvyklosti, které se slučují s vysokou spotřebou zdravotnických služeb;
- Absence negativních finančních stimulů pro snížení spotřeby zdravotnických služeb.

Existuje pouze málo důkazů o tom, zda svobodná volba lékaře a vysoká spotřeba zdravotní péče skutečně vedly k vysoké míře spokojenosti švýcarské populace. Studie z roku 1993/1994 (6), která se zaměřila na regiony Zürich a Basilej, zkoumala spokojenost mezi pacienty HMO's a dalších poskytovatelů. Celkem bylo dotázáno 2040 občanů (z nichž 1040 bylo zapojeno do HMO's), a to prostřednictvím osobního a telefonického dotazování (s použitím upravené verze dotazníku spokojenosti pacientů podle Ware et al.). Výzkum ukázal, že není výrazný rozdíl ve spokojenosti mezi pojištěnci HMO's a pojištěnci dalších zdravotních pojišťoven (6). Jiná studie zabývající se vztahem Švýcarů ke zdravotnictví zjistila, že 13 % populace je "velmi spokojeno". 45,2 % bylo "celkem spokojeno", 23,3 % je "nespokojeno" a 18,2 % se vyjádřilo neutrálně (8.).

Systém řízení péče a systém tzv. strážných (gatekeepers) je v současné době velice módní. Mnoho lidí se domnívá, že je to správná cesta ke snížení nákladů na zdravotnictví. V současné době je složité říci, jak se systém primární zdravotní péče bude do budoucna vyvíjet a rozšíření řízení péče bude záležet na volbě pacientů. Výrazné rozšíření systému řízení péče je ovšem v následujících letech pravděpodobné, protože snižování míry růstu nákladů bude významným prvkem v organizaci zdravotnických služeb.

**Graf č. 6: Počet návštěv ambulantních lékařů v Evropském regionu WHO v roce 1998 nebo posledním dostupném roce**



Zdroj: Evropská úřadovna WHO, databáze Zdraví pro všechny

## 4.2 Veřejné zdraví

Konfederace je odpovědná podle epidemiologického zákona za kontrolu přenosných onemocnění. Povinnosti a odpovědnost konfederace jsou v této oblasti jasně stanoveny (více v oddíle *Organizační struktura zdravotnické soustavy*). O něco méně jasně jsou vymezeny povinnosti a odpovědnost v oblasti prevence chorob a podpory zdraví. V této oblasti působí mnoho aktérů včetně nevládních neziskových organizací.

### Přenosná onemocnění

Lékaři a laboratoře jsou mají zákonnou povinnost hlásit onemocnění, která jsou uvedena na seznamu<sup>18</sup>, kantonálnímu zdravotnímu úřadu. Úředníci pak na základě dodaných údajů sestavují týdenní zprávy, které postupují Švýcarskému úřadu pro otázky veřejného zdraví. Ten zpracovává příchozí údaje a publikuje týdenní statistiky a v případě, že je to nutné, vydává pokyny pro zvládnání epidemií. Švýcarský úřad pro vnější otázky, který zřídil povinný systém statistických hlášení, stanovuje také kritéria zpráv a období za něž se data sbírají. Úřad konfederace pro otázky veřejného zdraví tyto zprávy jednou ročně kontroluje, aby bylo zajištěno, že zprávy odpovídají skutečnosti. Pokud je třeba, zjištěná statistická data konzultuje s lékaři v kantonech a lékařskými asociacemi.

Od roku 1986 existuje také dobrovolný systém podávání zpráv "Sentinella". Jedná se o společný projekt Švýcarského úřadu pro otázky veřejného zdraví a University Bern ve spolupráci se Švýcarskou lékařskou asociací a Švýcarskou společností praktického lékařství. Mezi 150 – 250 praktických lékařů, specialistů v oboru interní medicíny, pediatrií a několik gynekologů poskytuje každý týden své statistiky Švýcarskému úřadu pro otázky veřejného zdraví. V roce 1998 byly požadovány následující statistiky incidence: chřipky, spalniček, zarděnek, příušnic, zápalu plic a přenosných pohlavních chorob. Díky tomuto systému v oblasti primární zdravotní péče mohou být infekční onemocnění včas identifikována a řešena.

Úřad konfederace pro vnitřní otázky a Švýcarský úřad pro otázky veřejného zdraví jsou odpovědné za prevenci nakažlivých onemocnění, která se do Švýcarska dostávají z cizích zemí. Opatření v této oblasti jsou nařízena vládou Konfederace a implementována Švýcarským úřadem pro otázky veřejného zdraví a zejména pak Pohraniční zdravotnickou službou za pomoci kantonálních a konfedačních orgánů hraniční kontroly (viz níže).

Cizinci, kteří vstupují do země za účelem dlouhodobého pobytu jsou vyšetřováni na TBC a v určitých případech také na další infekční onemocnění. Švýcarský úřad pro otázky veřejného zdraví může očkování proti některým infekčním onemocněním cizincům vstupujícím do země doporučit nebo nařídit. Vyšetření Švýcarskou pohraniční zdravotnickou službou je povinné pro všechny cizince, kteří chtějí poprvé pracovat ve Švýcarsku, pro všechny uprchlíky a žadatele o azyl.

Ve Švýcarsku neexistuje obecný požadavek na očkování občanů. Mnoho druhů očkování je však hrazeno z prostředků povinného zdravotního pojištění.<sup>19</sup> Švýcarský úřad pro otázky veřejného zdraví a Komise konfederace pro otázky očkování publikují rutinní očkovací kalendáře, které jsou v určitých intervalech aktualizovány. V některých kantonech je povinné očkování proti tetanu a záškrtu.

Co se týče míry proočkovanosti obyvatelstva, pohybuje se Švýcarsko na úrovni průměru dalších zemí západní Evropy s mírou kolem 80 % (graf. č. 7). Finanční prostředky a technické vybavení by umožnily vyšší míru proočkovaní, ale ve Švýcarsku se vede široká kontroverzní diskuse o potřebnosti univerzálního očkování celé populace. Existuje určitá

<sup>18</sup> Toto nařízení je zakotveno v Nařízení o hlášení lidských přenosných onemocnění z 13 ledna 1999

<sup>19</sup> Očkování proti záškrtu, tetanu, černému kašli, dětské obrně, spalničkám, příušnicím a zarděnkám jsou hrazena dětem do věku 16 let. Očkování proti spalničkám je také hrazeno ženám v době těhotenství, pokud ještě nebyly očkovány. Očkování proti záškrtu a tetanu je dospělým hrazeno každých deset let. Vakcína proti chřipce je hrazena dětem do věku 5 let. Toto očkování je také hrazeno některým nemocným, u kterých by fakt neočkování mohl vést k závažným komplikacím jejich zdravotního stavu a občanům ve věku nad 65 let. V souladu s doporučením Úřadu konfederace pro otázky veřejného zdraví a Komise konfederace pro otázky očkování je hrazeno nově narozeným dětem matek, které mají pozitivní nález na hepatitis a těm, u kterých je riziko nakažení. Očkování proti tetanu je také hrazeno po případech úrazů.

míra skepticizmu zájmena ohledně očkování proti dětským onemocněním, jakou jsou spalničky, zarděnky a příušnice. Úroveň vzdělání matek a míra proočkovaní proti těmto onemocněním negativně koreluje. Čím vyšší je vzdělání matky, tím nižší je míra proočkovaní dítěte (8.).

**Tabulka č. 6: Míra proočkovanosti proti různým chorobám, 1998**

<b>Choroba</b>	<b>Míra proočkovanosti (v%)</b>
Záškrt	94,3
Tetanus	93,3
Dětská obrna	92,1
Černý kašel	88,1
Spalničky	81,4
Příušnice	78,9
Zarděnky	78,7
Chřipka	76,9
TBC	20,6
Hepatitida B	4,7

Zdroj: Švýcarský statistický úřad pro veřejné zdraví

### **Prevence úrazů**

Zákoník práce Švýcarské konfederace ukládá všem zaměstnavatelům, aby chránili zdraví lidí na pracovišti. Zaměstnavatelé mohou přijmout veškerá opatření, která se jeví jako nutná, která umožňuje stav technologií a která jsou pro dané pracoviště vhodná. Kantony jsou pod dohledem vlády konfederace odpovědné za kontrolu jejich dodržování. Při této činnosti spolupracují s Konfedačním úřadem inspekce práce a Švýcarským národním fondem úrazového pojištění.

Švýcarský národní fond úrazového pojištění je nezávislou veřejnou organizací. Do novelizace zákona o úrazovém pojištění v roce 1981 byl jediným poskytovatelem úrazového pojištění ve Švýcarsku. Po roce 1981, kdy úrazové pojištění mohou poskytovat také další zdravotní pojišťovny, je fond nadále nejdůležitějším poskytovatelem úrazového pojištění. Ze zákona o úrazovém pojištění vyplývají fondu také některé další povinnosti. Ve spolupráci s organizacemi bezpečnosti práce v jednotlivých kantonech dohlíží fond na vykonávání nařízení konfederace v oblasti prevence úrazů na pracovišti.

Společně s dalšími poskytovateli úrazového pojištění je fond činný také v oblasti prevence úrazů nepracovního charakteru. Byla vytvořena společná instituce Švýcarská rada pro prevenci úrazů, jež se zabývá prevencí úrazů u dopravních nehod, v domácnosti a na zahradě, ale také při sportu a volnočasových aktivitách. Svou činnost koordinuje s dalšími organizacemi působícími této oblasti. Rada je financována z prostředků povinného pojištění zaměstnanců proti nepracovním úrazům.

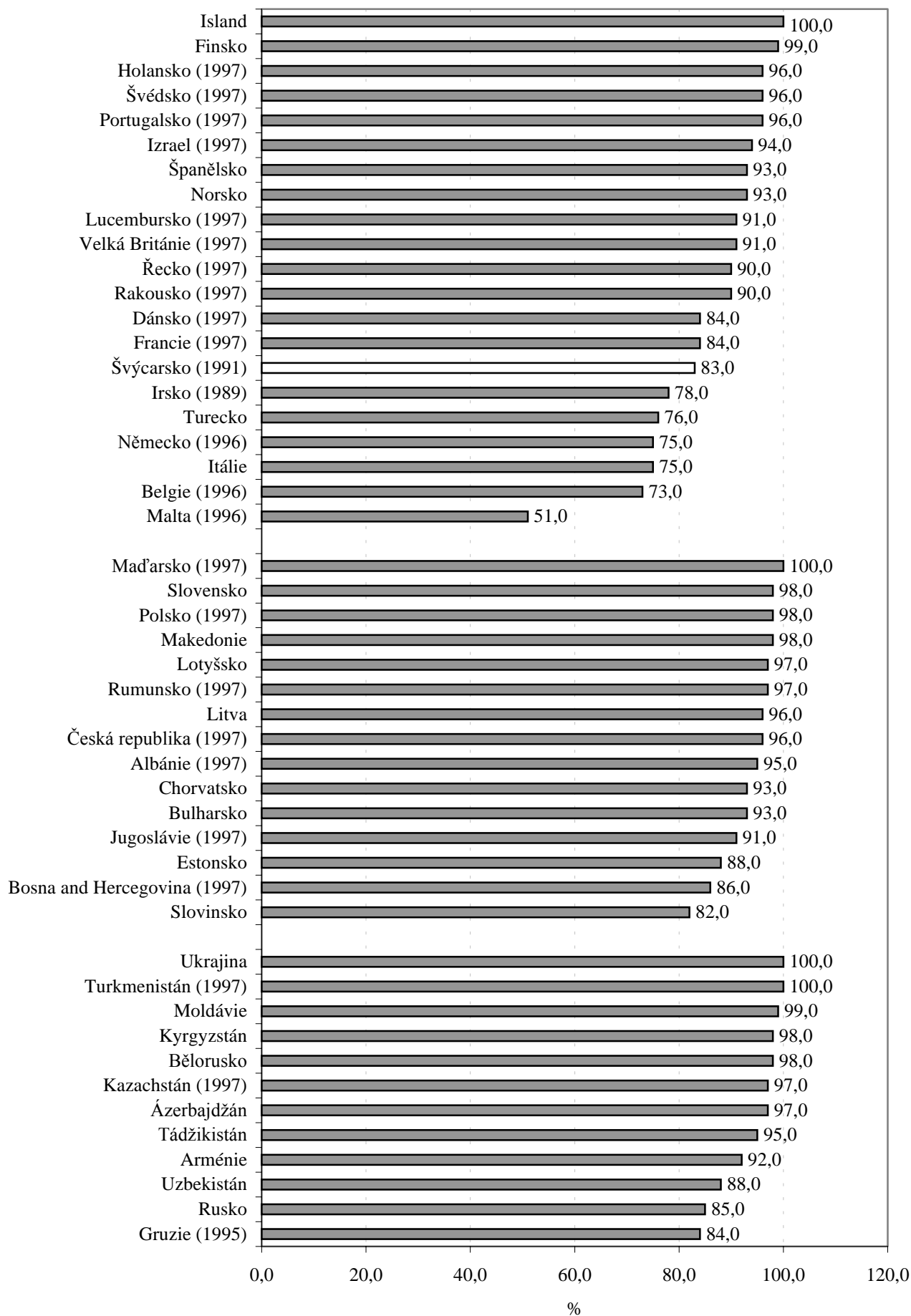
### **Prevence nemocí a podpora zdraví**

Z prostředků povinného zdravotního pojištění jsou hrazena některá vyšetření, která mají za cíl prevenci a včasné odhalení některých nemocí, hrazeny jsou také těhotenské prohlídky, porodní a poporodní péče.

Vláda konfederace hraje důležitou roli v oblasti prevence nemocí a podpory veřejného zdraví. Hlavní úlohou Švýcarského úřadu pro otázky veřejného zdraví je vyvíjet, řídit, koordinovat a zajišťovat kvalitu programů v oblasti prevence nemocí a podpory zdraví. Některé projekty také financuje.

Tyto programy se zpravidla řídí doporučeními Světové zdravotnické organizace (SZO), zejména Ottawskou chartou podpory zdraví a UNAIDS (společný program Organizace spojených národů pro boj s HIV/AIDS), které jsou na myšlenku podpory zdraví založeny. Lidé by měli být schopni převzít zodpovědnost za své vlastní zdraví do vlastních rukou. Je proto ovšem nutné vytvořit vhodné sociální, politické a ekonomické rámcové podmínky, které by převzetí této odpovědnosti umožnily. Vlády kantonu a neziskové organizace realizují tyto programy na kantonální a místní úrovni.

**Graf č. 7: Míra proočkovanosti u spalniček v Evropském regionu WHO v roce 1998 nebo posledním dostupném roce**



Zdroj: Evropská úřadovna WHO, databáze Zdraví pro všechny

Mimo programů podporovaných vládou Konfederace, existuje také celá řada dalších programů. Švýcarská nadace pro podporu zdraví navrhuje opatření pro podporu veřejného zdraví a prevenci nemocí, koordinuje je a hodnotí. Je financována z prostředků povinného zdravotního pojištění, příspěvků svých zakladatelů a další subjektů. Jako koordinační organizace identifikuje nedostatky existujících programů na území Švýcarska a definuje cíle a opatření pro Švýcarsko jako celek (viz oddíl *Organizační struktura zdravotnické soustavy*).

## Obce

Mnoho obcí zřizuje Centra zdravého způsobu života, které nabízejí celou řadu aktivit v oblasti podpory zdraví velmi různorodé od obce k obci. Některé nabízejí služby v oblasti plánování rodičovství, další kliniky ženské medicíny a další služby, za něž jsou obce odpovědné (viz oddíl *Struktura zdravotnické soustavy*). Zaměstnanci těchto center jsou profesně orientováni podle zaměření toho konkrétního centra. Hlavním úkolem těchto center je však poskytování informací nebo specifické služby. Jsou provozovány jak obcemi, tak i neziskovými organizacemi, podporovány z veřejných zdrojů.

### 4.3 Sekundární a terciální péče

Ve Švýcarsku existují jak veřejné, tak i soukromé z veřejných prostředků podporované nemocnice a soukromé nemocnice. Veřejné nemocnice jsou zřizovány kantony, na jejichž území se nachází, asociacemi obcí, jednotlivými obcemi nebo nezávislými nadacemi.

Soukromé nemocnice nezískávají žádné veřejné finanční prostředky a jsou financovány výhradně z plateb od zdravotních pojišťoven a pacientů (viz oddíl *Platby za nemocniční péči*). Soukromé nemocnice, které jsou zahrnuty do kantonálních seznamů nemocnic, mohou získávat úhrady ze systému povinného zdravotního pojištění (viz oddíl *Plánování, regulace a řízení*).

Od roku 1997 shromažďuje Švýcarský statistický úřad údaje o činnosti nemocnic a poskytovaných službách. Před rokem 1997 shromažďovala Švýcarská asociace nemocnic statistické údaje od svých členů, což v praxi znamenalo, že domovy s pečovatelskou službou a nemocnice, které nebyly členy asociace, nebyly do těchto statistik zahrnuty. Statistické údaje shromažďované Švýcarským statistickým úřadem, přestože jsou úplnější než dříve, nejsou spolehlivější, protože mnoho institucí jednoduše data nedodává a jiné naopak dodávají nepotřebná data. Jde ovšem o přechodný problém a lze očekávat, že v průběhu času se kvalita statistických dat získávaných Švýcarským statistickým úřadem zlepší. Podle nejnovějších údajů bylo v roce 1997 ve Švýcarsku 406 nemocnic. Z tohoto počtu bylo 272 veřejných, případně podporovaných z veřejných zdrojů (10). Švýcarsko má 5 univerzitních nemocnic a to v Curychu, Bernu, Basileji, Lausanne a Ženevě.

**Tabulka č. 7: Nemocnice podle jejich typů**

Typ zařízení	Počet zařízení
<b>Všeobecné nemocnice</b>	
Univerzitní nemocnice	5
Neuniverzitní nemocnice	221
Celkem	226
<b>Specializované nemocnice</b>	
Psychiatrické kliniky	61
Rehabilitační kliniky	46
Chirurgické kliniky	19
Další specializovaná zařízení	53
Celkem	180
<b>Celkem</b>	<b>406</b>

Zdroj: Spolkový švýcarský statistický úřad



## Nemocniční péče

Švýcarsko má vysoce rozvinutou strukturu nemocniční zdravotní péče. Pro účely financování a plánování nemocniční péče může být rozdělena do dvou skupin, na které se vztahují odlišné regulační principy a pravidla. Vláda konfederace nemá naprosto žádnou autoritu v oblasti plánování ambulantní a krátkodobé nemocniční péče (tj. méně než jeden den) a také na ni žádným způsobem nepřispívá. Naopak lůžková nemocniční péče (pobyty v nemocnici delší než jeden den) je předmětem plánování na centrální úrovni a tato péče je také podporována z veřejných zdrojů (viz oddíly *Plánování, regulace a řízení zdravotnické soustavy* a *Hlavní systém financování zdravotní péče a jeho rozsah*).

Tato situace pak vyúsťuje v systém, který ne vždy stimuluje k poskytování péče, která je optimální z hlediska přiměřenosti a ekonomické efektivity. Zdravotní pojišťovny například preferují lůžkovou péči a to od té doby, co je tato péče podporována z veřejných zdrojů. Struktura stimulů, které ovlivňují nemocnice a lékaře, je komplikovaná. Preference hospitalizace nebo krátkodobého pobytu v nemocnicích nebo ambulantní léčby se odvíjí od mnoha různých faktorů jako je např. kapacita nemocnic nebo míra obloženosti. Rozhodnutí se také vždy nezakládají výhradně na otázce zdraví. Rada Konfederace navrhla novelizaci zákona o zdravotním pojištění a souvisejících předpisů tak, aby byly podobné negativní stimuly eliminovány (viz oddíl *Reformy zdravotnické soustavy*).

Tabulka č. 8 ukazuje trendy v oblasti spotřeby a výkonů švýcarských nemocnic. Míra obloženosti se od roku 1980 stále mění. Klesla z průměru téměř 85 % v roce 1980 na hodnotu kolem 82 % v roce 1990 a v roce 1997 se opět vyšplhala na téměř 86 %. Průměrná délka hospitalizace se dramaticky snížila ze 26 lůžko/dnů v roce 1970 na pouhých 13 lůžko/dnů v roce 1997. Tento proces probíhal paralelně s pouze nevýrazným růstem počtu hospitalizací. Obecně se využití kapacit zlepšilo.

**Tabulka č. 8: Hospitalizační četnost, délka hospitalizace a obloženost ve švýcarských nemocnicích**

Nemocniční péče	1970	1975	1980	1985	1990	1994	1995	1996	1997
Počet hospitalizací na 100 obyvatel	13,1	11,4	12,6	13,1	13,9	15,0			
Průměrná délka hospitalizace ve dnech	26,0	25,8	24,7	24,4	19,7	17,4	17,0		13,0
Obloženost v %			84,6	85,2	82,4	83,5	84,7	84,4	85,8

Zdroj: OECD Health Data 1998, Spolkový švýcarský statistický úřad 1999

Švýcarsko má jednu z nejvyšších průměrných délek pobytu na akutním lůžku v západní Evropě (viz Tabulka 9), přestože tento ukazatel od poloviny 80 let výrazně poklesl z 25 dní na 13 dní (viz Tab. 8). Tato ve srovnání se zeměmi západní Evropy o něco vyšší hodnota je mírně kompenzována podprůměrným počtem hospitalizací, což dává možnost lepšímu využívání kapacit, které se v porovnání s dalšími zeměmi západní Evropy pohybuje zhruba kolem průměrné hodnoty.

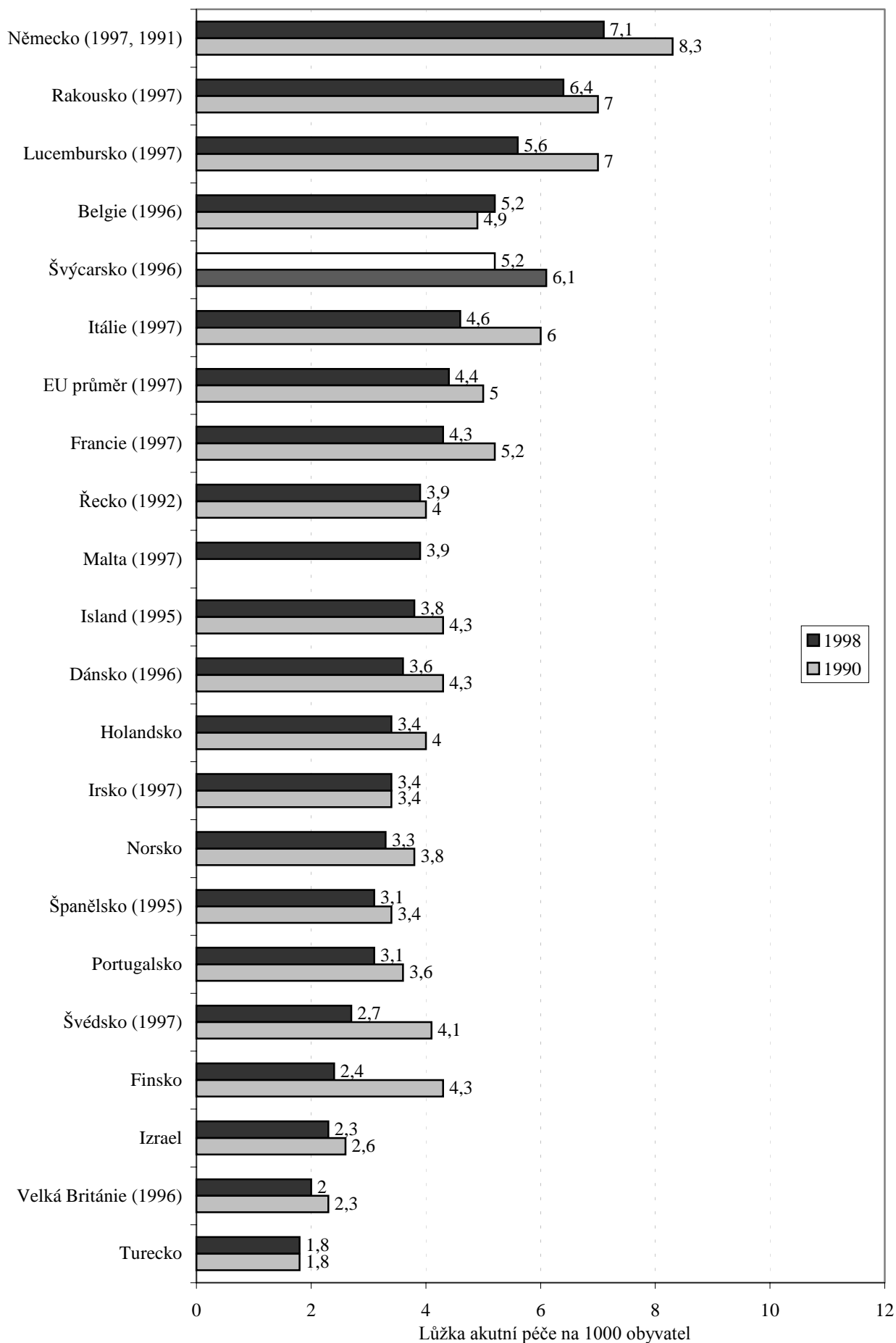
Graf č. 8 ukazuje, že počet lůžek akutní péče na 1000 obyvatel v roce 1990 (Švýcarsko 6,1) byl nad evropským průměrem, jehož hodnota byla 5,0. Poslední údaje ukazují, že Švýcarsko následovalo trend snižování počtu lůžek, stejně jako další státy včetně Francie a Itálie. Hlavním důvodem pro snižování počtu lůžek v celé Evropě je pokles průměrné délky hospitalizace. Je to dáno pokračujícím technologickým vývojem a politickým zájmem o zvýšení efektivity pomocí redukce počtu nezvykle dlouhých hospitalizací.

Tabulka č. 9: Péče v nemocnicích akutní péče v Evropském regionu WHO, 1998 (nebo posledním roce)

Stát	Počet nemocničních lůžek na 1000 obyvatel	Počet hospitalizací na 100 obyvatel	Průměrná délka hospitalizace	Obložnost v %
<b>Západní Evropa</b>				
Rakousko	6,4 <sup>a</sup>	24,7 <sup>a</sup>	7,1 <sup>a</sup>	74,0 <sup>a</sup>
Belgie	5,2 <sup>b</sup>	18,0 <sup>b</sup>	7,5 <sup>b</sup>	80,6 <sup>c</sup>
Dánsko	3,6 <sup>b</sup>	18,8 <sup>b</sup>	5,6 <sup>b</sup>	81,0 <sup>b</sup>
Finsko	2,4	20,5	4,7	74,0 <sup>c</sup>
Francie	4,3 <sup>a</sup>	20,3 <sup>c</sup>	6,0 <sup>b</sup>	75,7 <sup>a</sup>
Německo	7,1 <sup>a</sup>	19,6 <sup>a</sup>	11,0 <sup>a</sup>	76,6 <sup>a</sup>
Řecko	3,9 <sup>b</sup>	-	-	-
Island	3,8 <sup>e</sup>	18,1 <sup>c</sup>	6,8 <sup>c</sup>	-
Irsko	3,4	14,9 <sup>b</sup>	6,7 <sup>b</sup>	82,3 <sup>b</sup>
Izrael	2,3	18,4	4,2	94,0
Itálie	4,6 <sup>a</sup>	16,5 <sup>a</sup>	7,0 <sup>a</sup>	76,0 <sup>a</sup>
Lucembursko	5,6	18,4 <sup>d</sup>	9,8 <sup>b</sup>	74,3 <sup>d</sup>
Malta	3,9 <sup>a</sup>	-	4,5	72,2 <sup>a</sup>
Nizozemsko	3,4	9,2	8,3	61,3
Norsko	3,3	14,7 <sup>b</sup>	6,5 <sup>b</sup>	81,1 <sup>b</sup>
Portugalsko	3,1	11,9	7,3	75,5
Španělsko	3,1 <sup>c</sup>	10,7 <sup>c</sup>	8,5 <sup>b</sup>	76,4 <sup>c</sup>
Švédsko	2,7 <sup>a</sup>	16,0 <sup>b</sup>	5,1 <sup>b</sup>	77,5 <sup>b</sup>
<b>Švýcarsko</b>	5,2 <sup>b</sup>	14,2 <sup>e</sup>	11,0 <sup>a</sup>	84,0 <sup>a</sup>
Turecko	1,8	7,1	5,5	57,3
Velká Británie	2,0 <sup>b</sup>	21,4 <sup>b</sup>	4,8 <sup>b</sup>	-
<b>Střední Evropa</b>				
Albánie	2,8 <sup>a</sup>	-	-	-
Bosna a Hercegovina	3,4 <sup>g</sup>	7,4 <sup>g</sup>	9,7 <sup>g</sup>	70,9 <sup>g</sup>
Bulharsko	7,6 <sup>b</sup>	14,8 <sup>b</sup>	10,7 <sup>c</sup>	64,1 <sup>b</sup>
Chorvatsko	4,0	13,4	9,6	88,2
Česká republika	6,5	18,4	8,8	70,8
Estonsko	6,0	17,9	8,8	74,6
Makedonie	3,5 <sup>a</sup>	8,4	8,9	66,5
Maďarsko	5,8	21,7	8,5	75,8
Litva	-	-	-	-
Lotyšsko	-	-	-	-
Polsko	-	-	-	-
Rumunsko	-	-	-	-
Slovensko	7,1	19,3	10,3	77,9
Slovinsko	4,6	15,9	7,9	75,4
<b>Země bývalého SSSR</b>				
Arménie	6,0	6,0	10,7	30,2
Ázerbajdžán	8,0	5,6	-	-
Bělorusko	-	-	-	88,7 <sup>d</sup>
Gruzie	4,6 <sup>b</sup>	4,8 <sup>b</sup>	8,3 <sup>b</sup>	26,8 <sup>d</sup>
Kazachstán	6,6	14,9	13,0	91,2
Kyrgizstán	6,7	15,8	12,9	81,7
Republika Moldávie	9,1	16,9	15,4	77,6
Ruská federace	9,0	19,9	14,0	82,5
Tádžikistán	6,2	9,7	13,0	59,9 <sup>b</sup>
Turkmenistán	6,0 <sup>a</sup>	12,4 <sup>a</sup>	11,1 <sup>a</sup>	72,1 <sup>a</sup>
Ukrajina	7,4	17,9	13,4	88,1
Uzbekistán	-	-	-	-

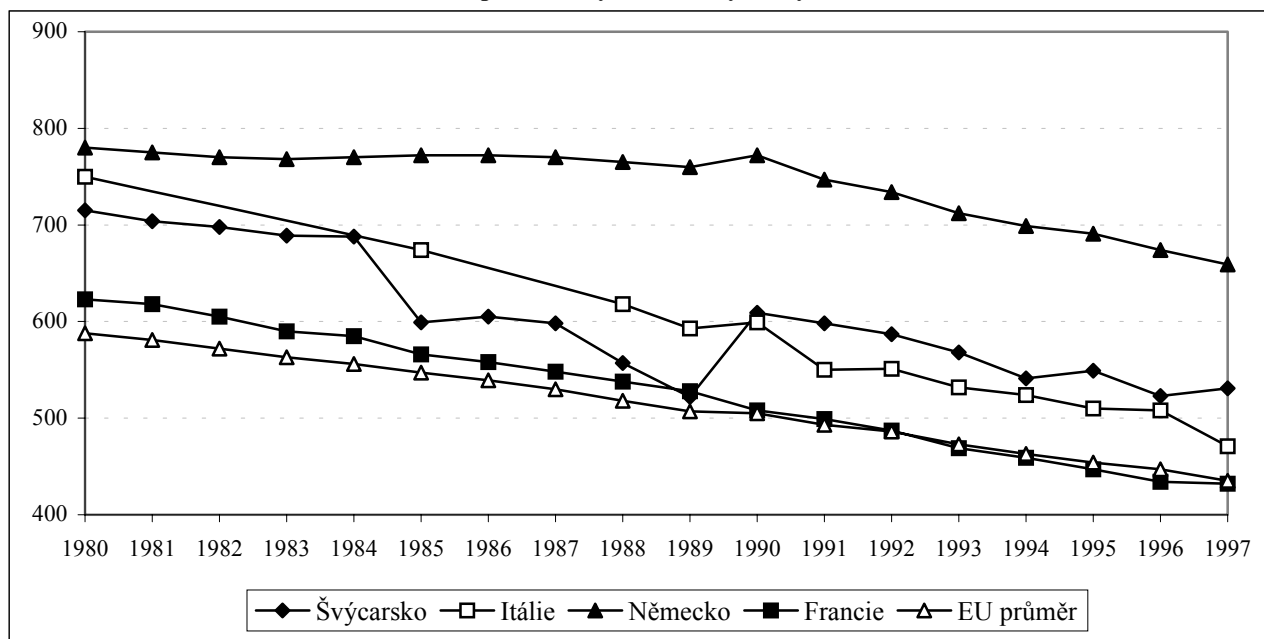
 Poznámka: <sup>a</sup> 1997; <sup>b</sup> 1996; <sup>c</sup> 1995; <sup>d</sup> 1994; <sup>e</sup> 1993; <sup>f</sup> 1992; <sup>g</sup> 1991; <sup>h</sup> 1990

**Graf č. 8: Počet lůžek akutní nemocniční péče na 1000 obyvatel v západní Evropě v letech 1990 a 1998 (nebo posledním dostupném roce)**



Zdroj: Evropská úřadovna WHO, Databáze zdraví pro všechny

**Graf č. 9: Počet lůžek akutní nemocniční péče ve Švýcarsku a vybraných státech v letech 1980 až 1997**



Zdroj: Evropská úřadovna WHO, Databáze zdraví pro všechny

### Terciální péče

Vysoce komplexní a specializovaná léčba je prováděna v univerzitních nemocnicích, některých velkých kantonálních nemocnicích a v určitých oblastech také soukromými klinikami. A to jak těmi, které získávají prostředky z veřejných zdrojů, tak těmi, které jsou provozovány bez veřejných zdrojů. Tato situace se vyvinula v průběhu času a prakticky nekoordinovaně, zpravidla pouze na základě mezi nemocnicemi a zainteresovanými specialisty.

Všeobecně panuje shoda na tom, že v blízké budoucnosti musí Švýcarsko omezit kapacity v oblasti high-technology medicíny a specializované léčby a tyto aktivity soustředit do několika středisek excelence. K tomu bude třeba mezikantonální spolupráce a v některých oblastech také spolupráce na celošvýcarské úrovni.

Neexistuje shoda na tom, jaké metody plánování by měly být v této oblasti využívány. Diskutují se dvě základní alternativy. První alternativu představuje návrh, aby vláda Konfederace vytvořila nezbytné regulační mechanismy pro zasahování do plánování velmi nákladných technologií a center excelence a zajistila tak koordinaci a plánování na celošvýcarské úrovni. Druhá alternativa navrhuje přenést odpovědnost v oblasti terciální péče na kantony s tím, že kantony budou odpovídat za koordinaci v rámci celého Švýcarska. Tato koordinace by pak byla právně zakotvena v mezikantonálních dohodách.

### 4.4 Sociální péče

Ačkoliv organizace, které se zabývají pečovatelskou službou se v současné době rozvíjejí a jejich služby se stávají komplexnějšími a dostupnějšími pro klienty, nejsou tyto služby v některých případech stále ještě odpovídající. Novela zákona o zdravotním pojištění přinesla zlepšení v podobě rozšíření hrazené péče v oblasti domácí péče a v domech s pečovatelskou službou. V současné době však nejsou zdravotní pojišťovny povinny hradit v plném rozsahu náklady domácí péče. Ne přesně známé, ale jistě relativně velké množství klientů, vyžadujících pečovatelskou službu je v péči neformálních poskytovatelů. A to s pomocí nebo bez pomoci některé z organizací, které se zabývají pečovatelskou a domácí službou (známé jako Spitex).

Formální síť organizací poskytujících pečovatelské služby zajišťuje ambulantní služby, krátkodobé a dlouhodobé pobyty. Existují dvě kategorie poskytovatelů ambulantních služeb: samostatně praktikující lékaři a Spitex. Vysoký počet lékařů ve Švýcarsku znamená v tomto případě dostatečnou kapacitu pro poskytování domácí zdravotní péče a to na celém území Švýcarska. Pokrytí Spitexem je také relativně úplné, třebaže tu jsou regionální rozdíly.

V současné době není možné kvantifikovat rozsah lůžkových služeb, jež jsou poskytovány postiženým a starším občanům. Přestože kantony obecně podporují zřizování domů s pečovatelskou službou, většina kantonů nevede přesné informace o počtu lůžek, které jsou k dispozici. Ve většině kantonů jsou za domy s pečovatelskou službou odpovědné jednotlivé obce, které často podporují soukromé firmy při budování a provozu těchto domů.

Z různých ukazatelů se dá předpokládat, že kapacita lůžkových služeb je dostačující, ovšem mezi jednotlivými kantony existují rozdíly co se týče uspokojení aktuálních potřeb.

**Tabulka č. 10: Počet a typy institucí pro postižené, starší občany a občany potřebující péči, 1997**

Typ zařízení	Počet
<b>Ubytovací zařízení</b>	
Domy s pečovatelskou službou	436
Domovy důchodců a domy s pečovatelskou službou	951
Domovy důchodců	222
Celkem ubytovací zařízení	1 609
<b>Institucionální péče nebytového charakteru</b>	
Instituce pro postižené	573
Instituce pro závislé	144
Další instituce sociální péče	149
Celkem institucionální péče nebytového charakteru	866
<b>Celkem</b>	<b>2 475</b>

Zdroj: Spolkový švýcarský statistický úřad

V posledních desetiletích zde byl masivní přesun od rezidenčního bydlení (tj. bez pečovatelské služby) k ubytování pro občany, kteří vyžadují od lehké až intenzivní péči v domovech důchodců. Přes tuto změnu jsou někteří starší lidé vyžadující pečovatelskou službu stále přijímáni na lůžková oddělení nemocnic, protože v zařízeních s pečovatelskou službou není dostatek volných míst. Před novelizací zákona o zdravotním pojištění, které umožnilo úhrady pečovatelských služeb z prostředků povinného zdravotního pojištění, zde existovaly určité finanční stimuly ve prospěch hospitalizace pacientů, kteří potřebovali pečovatelskou službu. Narozdíl od pobytu v domech s pečovatelskou službou hradily pojišťovny pobyt v nemocnici v plném rozsahu. U domů s pečovatelskou službou nesly největší podíl na nákladech soukromé domácnosti.

Jednu z největších změn, kterou přinesla novelizace legislativy v oblasti zdravotního pojištění, představovala právě úhrady pečovatelské služby a domácí pečovatelské služby (Spitex) z prostředků povinného zdravotního pojištění. Než začnou zdravotní pojišťovny hradit náklady na tuto péči v plném rozsahu, budou muset poskytovatelé těchto služeb zavést standardizovaný postup při výpočtech nákladů na tento druh péče. V posledních letech byly domy s pečovatelskou službou a služby Spitex dvě oblasti, v nichž zaznamenaly zdravotní pojišťovny nejvyšší růst nákladů.

Avšak dříve než budou zdravotní pojišťovny plně hradit tyto služby, rozdíl bude nadále financován pomocí přímých plateb a dalších systémů sociálního pojištění, včetně úrazového pracovního pojištění, důchodového a invalidního pojištění, nepracovního úrazového pojištění a dodatečnými zdroji a pokud tyto zdroje nebudou dostatečné, pak i ze systému sociální pomoci.

Invalidní pojištění pokrývá náklady lékařských, pečovatelských a rehabilitačních služeb, které jsou nutné v případě invalidity. Invalidita je vymezena v zákoně o invalidním pojištění jako poškození zdraví, vedoucí k stále nebo dlouhodobé neschopnosti pracovat.

Dodatečné prostředky jsou k dispozici (od určité hranice) na pokrytí rozdílu mezi náklady péče o důchodce a příjemce státního invalidního důchodu a finančními prostředky, které mají k dispozici. Kdy osobní majetek a příjem, stejně jako úroveň péče hraje roli, se liší od jedné osoby k druhé a objem vyplacených dodatečných prostředků se také může výrazně lišit.

Pokud tyto dodatečné prostředky nejsou dostatečné, přichází na řadu systém kantonální nebo obecní i sociální pomoci. Tento systém se často značně liší v závislosti na kantonu, ale existují dva hlavní modely. V rámci prvního systému převezmou kantony přebírají financování nákladů pečovatelské služby, která nemůže být uhrazena z vlastních, ani doplňkových zdrojů. V rámci druhého systému kantony doplácí potřebnou částku navíc k ostatním dávkám (v závislosti na dodatečných zdrojích) a to buď samy nebo ve spolupráci s jednotlivými obcemi.

## 4.5 Lidské zdroje a vzdělávání

Tabulka č. 11: Zdravotníci, 1970 - 1997

Počet na 1000 obyv.	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1996	1997
Aktivní lékaři	1,4	1,8	2,4	2,7	2,9	3,2	3,2	3,3
Aktivní zubní lékaři	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Kvalifikované sestry	5,1	--	9,9	--	13,8	--	--	--
Aktivní farmaceuti	0,3	--	0,4	--	0,5	--	--	--

Zdroj: OECD Health data 1998, Švýcarský statistický úřad 1999

### Lékaři

Obecně je vzdělávání lékařů ve Švýcarsku považováno za dobré, v určitých oblastech jsou však nutné reformy. Vzdělávání lékařů trvá nejméně šest let a, je rozděleno do dvou let základního vzdělávání, tří let klinické praxe a jednoho volitelného roku. Studium je zakončeno standardní zkouškou (Konfедераční lékařské zkoušky). Vláda konfederace je odpovědná za zkoušky v oblasti základního vzdělávání.

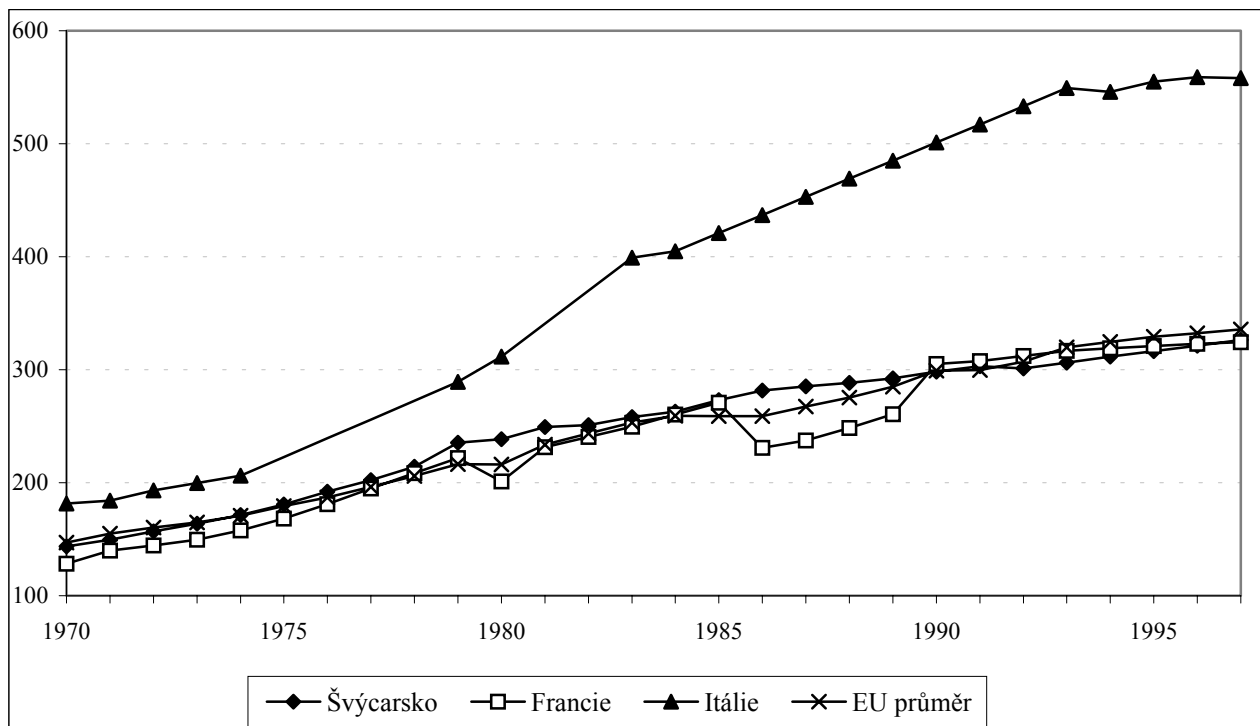
Lékaři jsou následně vzděláváni v lékařských specializacích. Délka postgraduálního studia se liší v závislosti na oboru, obvykle však dosahuje pěti až sedmi let. Švýcarská lékařská komora, která uznává specializační vzdělávání, rozlišuje asi padesát různých specializací, včetně specializace v oboru praktického lékařství. 13 357 praktických lékařů a internistů představuje asi 40 % z celkového počtu. Zahrneme-li do tohoto počtu ještě pediatriy, pak je to 45 % všech lékařů (3).

V současné době neexistuje vzdělávání v oboru chiropraktika. Chiropraktici, než mohou začít pracovat ve Švýcarsku, musí složit zkoušku předepsanou Švýcarskou konferencí kantonálních ministerstev pro otázky veřejného zdraví.

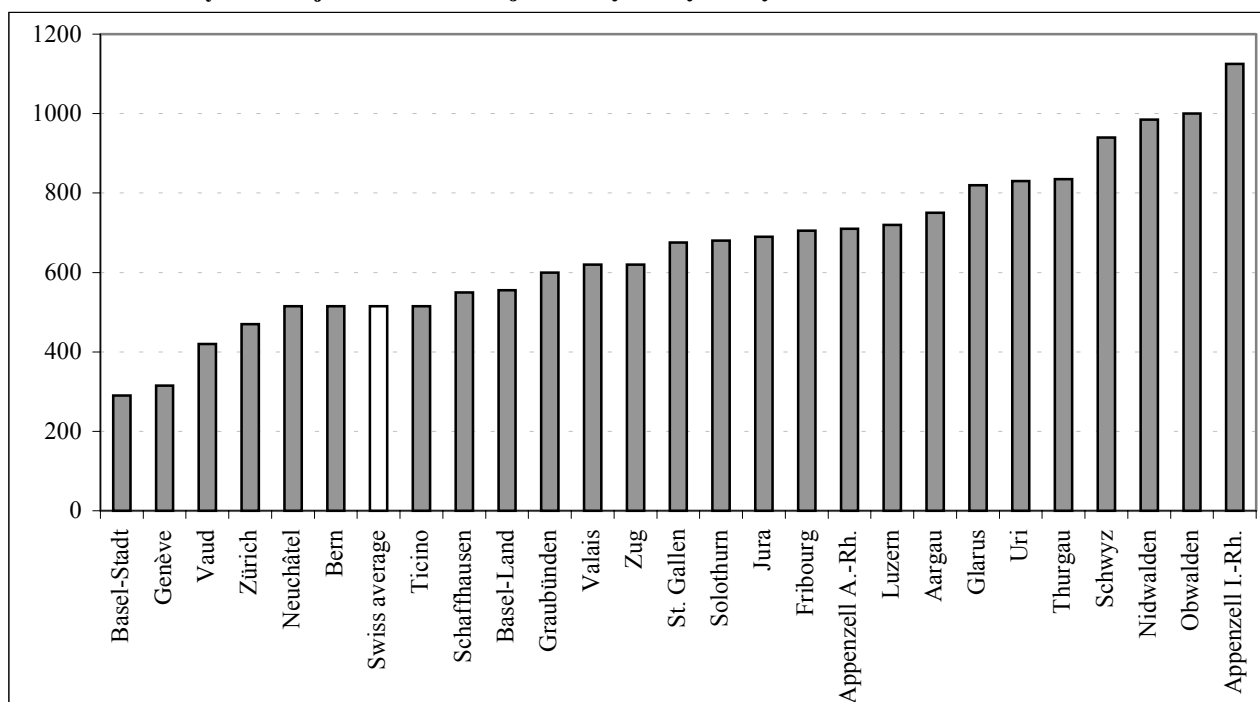
Počet lékařů ve Švýcarsku je sice srovnatelný s průměrem v Evropské unii, ovšem v samotném Švýcarsku je počet lékařů považován za příliš vysoký. Vlastním problémem je, že přes vysoký počet lékařů jejich počet stále roste (o 3 % mezi lety 1996 – 1997). Stejně tak zájem mladých lidí o studium medicíny neklesá. V sedmdesátých a osmdesátých letech byl počet studentů zapsaných ke studiu medicíny stabilizovaný, v letech devadesátých zaznamenal výrazný nárůst. Přijímací zkoušky v souvislosti s přijetím na medicínu začaly být od roku 1998 uplatňovány na univerzitách v Bernu, Basileji, Freiburgu a Zürichu, protože počet zájemců přesahoval možnosti univerzit. Ještě přísnější pravidla byla zavedena na univerzitách v Ženevě, Lausanne a Neuchâtel. V roce 1999 bylo na těchto sedmi univerzitách 923 míst pro studium medicíny

Počet lékařů na počet obyvatel se liší v závislosti na regionu (kantonu). V roce 1998 bylo nejvíce lékařů v Basileji, kde byl jeden lékař na 291 obyvatel a v Ženevě, kde tento poměr byl jeden lékař na 322 obyvatel. Kanton Appenzell měl nejnižší počet lékařů na počet obyvatel a to v poměru jeden lékař na 1115 obyvatel a Obwalden, kde byl tento poměr jeden lékař na 994 obyvatel (viz graf 13). Důvodů, proč existuje takovéto rozpětí je celá řada, obecně je více lékařů v městských oblastech, zejména specialistů. Dalšími důvody jsou také vysoká koncentrace lékařů v oblastech kolem univerzitních nemocnic a konečně vyšší počet ambulantních specialistů, protože trh je v této oblasti větší.

**Graf č. 10: Počet lékařů na 100 000 obyvatel ve Švýcarsku a vybraných státech, 1970 - 1997**



**Graf č. 11: Počet obyvatel na jednoho lékaře v jednotlivých Švýcarských kantonech**



Zdroj: Švýcarská lékařská asociace

## **Zubní lékaři a farmaceuti**

Co se týče zubních lékařů a farmaceutů, tak ve Švýcarsku jich není přebytek a jejich počet odpovídá počtu obyvatelstva (50 zubních lékařů na 100 000 obyvatel). V minulých letech byl dostatek volných míst pro studium zubního lékařství a tato místa nebyla ani obsazena. Někteří aktéři ve zdravotnictví se domnívají, že by to mohlo v budoucnu vést k nedostatku zubních lékařů. Tento problém je ovšem řešitelný licencováním zubních lékařů z ciziny.

Studium zubního lékařství trvá deset semestrů a studium probíhá na lékařských fakultách. Během prvních dvou let je studium pro budoucí zubní lékaře shodné se studiem všech ostatních specializací. Následující ročníky již studují samostatně a to pouze na čtyřech univerzitách – Basileji, Bernu, Ženevě a Curychu. Studium je zakončeno stanovenou závěrečnou konfедераční zkouškou. Poté následují další možnosti vzdělávání a studia. Švýcarská asociace zubních lékařů v současné době garantuje pouze jeden postgraduální obor čelistní ortopedie (maxiofaciální chirurgie). Další specializační vzdělávání je plánováno v oborech periodontologie a protetika.

Vzdělávání farmaceutů trvá pět let (včetně jednoho roku praxe ve třetím ročníku) a je zakončeno složením závěrečné konfедераční zkoušky. Farmacii lze studovat na univerzitách v Basileji, Ženevě, Lausanne a Zürichu. Univerzity v Bernu, Neuchâtel a Fribourgu nabízejí pouze základní kurzy. Vykonání konfедераčních zkoušek opravňuje držitele být nezávislým farmaceutem. Dále se lze vzdělávat v oborech nemocniční farmacie, laboratorní technik, homeopatie a potravinářská chemie.

## **Další zdravotnické obory**

Švýcarský červený kříž reguluje další zdravotnické obory v rámci jednotlivých kantonů. V roce 1998 získalo 5341 lidí diplom nebo certifikát ve třech kategoriích zdravotnických profesí (4355 v oboru ošetřovatelství, 344 v technických zdravotnických oborech a 642 v terapeutických oborech). Počet registrovaných diplomů se od počátku 90. let zvýšil. Toto zvýšení je způsobeno rostoucím počtem udělených diplomů (z 3462 v roce 1991 na 4062 v roce 1998). Během stejného období se mírně snížil počet profesionálů ze zahraničí, kteří se registrovali se stejným vzděláním ve Švýcarsku (z 1912 v roce 1991 na 1279 v roce 1998).

Švýcarsko přijímá relativně velký počet lidí, kvalifikovaných v různých nelékařských zdravotnických oborech ze zahraničí. Více než 40 % registrovaných terapeutů, jako jsou např. fyzioterapeuté bylo ze zahraničí. V roce 1998 bylo 22 % zdravotních sester ze zahraničí a 11 % zdravotnických techniků mělo jiný než švýcarský pas. Švýcarsko má vysokou úroveň platů, takže zaměstnavatelé mohou uspokojovat svou potřebu zaměstnanců náborem zahraničních pracovníků.

## **Vzdělávání v oblasti řízení zdravotnických služeb a veřejného zdraví**

Několik univerzit (Bern, Basilej, Curych, Lausanne a Ženeva) nabízí postgraduální kurzy v oblasti řízení zdravotnických služeb a veřejného zdraví. Zaměřují se především na výše postavené řídicí pracovníky, kteří pro výkon svých funkcí potřebují širší interdisciplinární přehled. Kurzy jsou vytvářeny tak, aby svým posluchačům umožnily efektivní řízení zdravotnických služeb, které jsou charakteristické širokou škálou problémů a rychle se měnícími podmínkami v rámci zdravotnických služeb.

## **Ošetřovatelství**

Od roku 1992 jsou v platnosti nová pravidla pro vzdělávání v ošetřovatelství. Existují dvě úrovně, na kterých se mohou zdravotní sestry vzdělávat. Jedna úroveň je tříleté studium, úroveň druhá je studium čtyřleté. Existovalo desetileté přechodné období, ale od roku 2002 se všechny budoucí zdravotní sestry vzdělávají podle těchto nových pravidel. Po zdárném dokončení vzdělávacího programu získávají zdravotní sestry diplom od Švýcarského červeného kříže. Zdravotní sestry se pak mohou dále specializačně vzdělávat. Vzdělávání v oboru pomocná zdravotní sestra trvá pouze jeden rok, po kterém získávají absolventky certifikát Švýcarského červeného kříže.



Mimořádně vysoký počet zdravotních sester ve Švýcarsku je důsledkem velice volného vymezení termínu "zdravotní sestra" pro statistická zjišťování, který zahrnuje všechny zdravotní sestry bez ohledu na to, zda získaly nebo nezískaly certifikát. Značné rozdíly mezi Švýcarskem a dalšími zeměmi je tudíž nutno interpretovat jako v podstatě nevýznamné.

### **Reformy zdravotnického vzdělávání**

Zákon o základním vzdělávání, postgraduálním vzdělávání a specializačním vzdělávání lékařů a dalších zdravotnických profesí (veterináři, farmaceuti, chiropraktici) má být schválen parlamentem v roce 2001. V rámci navrhovaného zákona se počítá s větším přesunem odpovědnosti za vzdělávání ze Švýcarské asociace lékařů na vládu Konfederace. Toto je jeden ze základních předpokladů, aby mohla být kvalifikace ze Švýcarska uznávaná mezinárodně. Reorganizace v oblasti postgraduálního a specializačního vzdělávání bude provázena změnami v oblasti základních univerzitních kurzů, zejména pro lékaře a farmaceuty. Cílem reformy je problémově a interdisciplinárně zaměřené vzdělávání s větším prostorem pro samostudium. Kvalita výuky bude pravidelně sledována a vyhodnocována.

Přípravné práce regulace na úrovni Konfederace pro psychology a psychoterapeuty se v současné době probíhají. Jejich cílem je vytvoření samostatné právní normy upravující tato povolání.

Vzdělávání v oblasti dalších zdravotnických profesí je považováno v současné době ve Švýcarsku za odpovídající dobrému standardu. Nicméně od konce 80. let, kdy začaly růst požadavky na výkon těchto povolání je jasné, že stále větší část zájemců se bude muset vzdělávat v terciálním sektoru neuniverzitního typu. Švýcarská konference kantonálních ministrů pro otázky veřejného zdraví se touto problematikou zabývala a první univerzita aplikovaných věd byla otevřena na podzim 1998. Předpokládá se, že druhá bude založena v roce 2001.

Otázka uznávání švýcarského vzdělávání a kvalifikace v zahraničí zřejmě vyvstane až univerzity aplikovaných věd začnou vyučovat ve třístupňovém systému. Cílem je poskytovat tři stupně prakticky orientovaného vzdělání v oblasti zdravotnických profesí. Jedná se o asistenční vyšší střední vzdělávání, diplomovou a polytechnickou úroveň vzdělávání. Předpokládá se, že tento systém umožní studentům uplatnění na trhu práce a v jejich budoucích profesích.

Univerzita v Basileji začne od podzimu 2000 nabízet univerzitní vzdělávání v oboru věd o ošetřovatelství. Stejný vzdělávací program v současné době připravuje také Univerzita Lausanne.

## **4.6 Léčiva**

Interkantonální úřad pro kontrolu léčiv, který byl zřízen na základě mezikantonálních dohod, je odpovědný za registraci léčiv. Každá společnost, která si přeje uvést přípravek na trh, musí iniciovat a uhradit registrační proceduru. Léčiva jsou rozdělena do několika kategorií. Léčiva pouze na předpis jsou rozdělena do tří kategorií: První kategorie zahrnuje ta léčiva, která mohou být prodávána pouze v lékárnách. Do druhé kategorie patří léčiva, která mohou být prodávána v lékárnách a drogeriích a třetí, poslední skupinu tvoří léčiva, která lze prodávat kdekoliv.

Úřad konfederace pro otázky sociálního pojištění vydává seznamy léčiv, která jsou hrazena z prostředků povinného zdravotního pojištění a stanovuje také jejich nejvyšší možnou cenu.

Cenová struktura léčiv je ovlivněna tzv. „Sinphar cenovým kódem“, který je určen prodejní cenou výrobce, velkoobchodu a maloobchodu. Sinphar je organizace, která zastupuje zájmy výrobců léčiv ve Švýcarsku. Lékárná a lékaři s povolením výdeje léčiv získávají regresivní marži, která je určena prodejní cenou léčiva (tj. čím vyšší cena, tím nižší marže). Bez ohledu na to lékárná více vydělávají na drahých léčivech než na léčivech levnějších.

Kolem 62 % léčiv je ve Švýcarsku prodáno v lékárnách. Dalšími distribučními kanály jsou lékaři s povolením výdeje léčiv (kolem 20%), nemocnice (kolem 12 %) a drogerie (kolem 6 %). Kantony rozhodují o tom, který lékař získá povolení k výdeji léčiv, tedy zda se stane nebo nestane výdejovým lékařem. V třinácti švýcarských kantonech nejsou žádná omezení počtu výdejových lékařů. Mezi počtem těchto tzv. výdejových lékařů a počtem obyvatel na jednu lékárnu v rámci kantonu je pozitivní korelace.

V roce 1997 činily náklady na léčiva ve Švýcarsku částku téměř 4,3 miliardy švýcarských franků, což představuje 11,6 % celkových výdajů na zdravotnictví. Kolem 33 % všech léčiv bylo vyrobeno a prodáno ve Švýcarsku. Z toho firmy Ares – Serono, Novartis a Roche (a jejich dceřiné společnosti), měly dvoutřetinový tržní podíl, respektive 19,8 %. 67 % z celkového objemu léčiv bylo do Švýcarska dováženo. Vývoz léčiv ze Švýcarska činil 16,8 miliardy švýcarských franků, což představuje asi 16 % švýcarského vývozu. Přebytek vývozu činil 10,4 miliardy švýcarských franků. Více než 90 % léčiv vyrobených ve Švýcarsku je určeno na vývoz.

V posledních letech náklady na léčiva přikře rostly. Je to způsobeno současnými finančními stimuly, které podporují předepisování velkého množství drahých léčiv. Díky tomu se novelizace legislativy v oblasti zdravotního pojištění zabývá rozšířením trhu s generiky. Lékární tak budou moci vydávat levnější léčiva se stejnou účinností jako originální přípravky. Aby toto opatření neovlivnilo negativně jejich příjem, bude marže lékáren přesunuta do oblasti plateb za jiné služby (vyplnění předpisu, poskytování informací, dohled a péče o pacienty).

Existují plány transformace současných mezikantonálních dohod o léčivech, na jejichž základě pracuje Mezikantonální úřad pro kontrolu léčiv, jedním zákonem konfederace o léčivech v roce 2000. Mezikantonální úřad pro kontrolu léčiv bude transformován do Švýcarského farmaceutického institutu, který bude existovat jako samostatná organizace konfederace. Cílem konfedačního zákona je odstranit překrývání odpovědnosti, ke které dochází v současné době v důsledku ne zcela jasného rozdělení odpovědnosti mezi jednotlivé kantony, mezikantonální organizace a vládu konfederace.

#### **4.7 Hodnocení technologií v oblasti zdravotní péče**

Zákon o zdravotním pojištění definuje, jaké prostředky zdravotnické techniky a zdravotnické pomůcky jsou hrazeny z prostředků povinného zdravotního pojištění. V rámci tohoto zákona existuje seznam všech hrazených prostředků a pomůcek. Seznam také určuje nejvyšší možnou cenu těchto služeb hrazenou zdravotní pojišťovnou. Úřad konfederace pro domácí záležitosti konzultuje s Komisí konfederace pro zdravotnické prostředky a pomůcky, které specifické prostředky a pomůcky budou z povinného zdravotního pojištění hrazeny.

Obecně musí služby hrazené z prostředků povinného zdravotního pojištění odpovídat kritériím klinické efektivity, vhodnosti a nákladové efektivity. Z článku 56 zákona o zdravotním pojištění vyplývá, že poskytovatelé zdravotnických služeb musí omezit své služby na ty, které jsou v zájmu pacienta a které jsou pro jeho léčbu nezbytné. Za služby nad tento rámec může být úhrada z prostředků povinného zdravotního pojištění odmítnuta. Poskytovatelé zdravotnických služeb tedy musí splňovat určitá kritéria, jako odpovídající vybavení a kvalifikovaný personál.

### **5. Alokace finančních prostředků ve zdravotnictví**

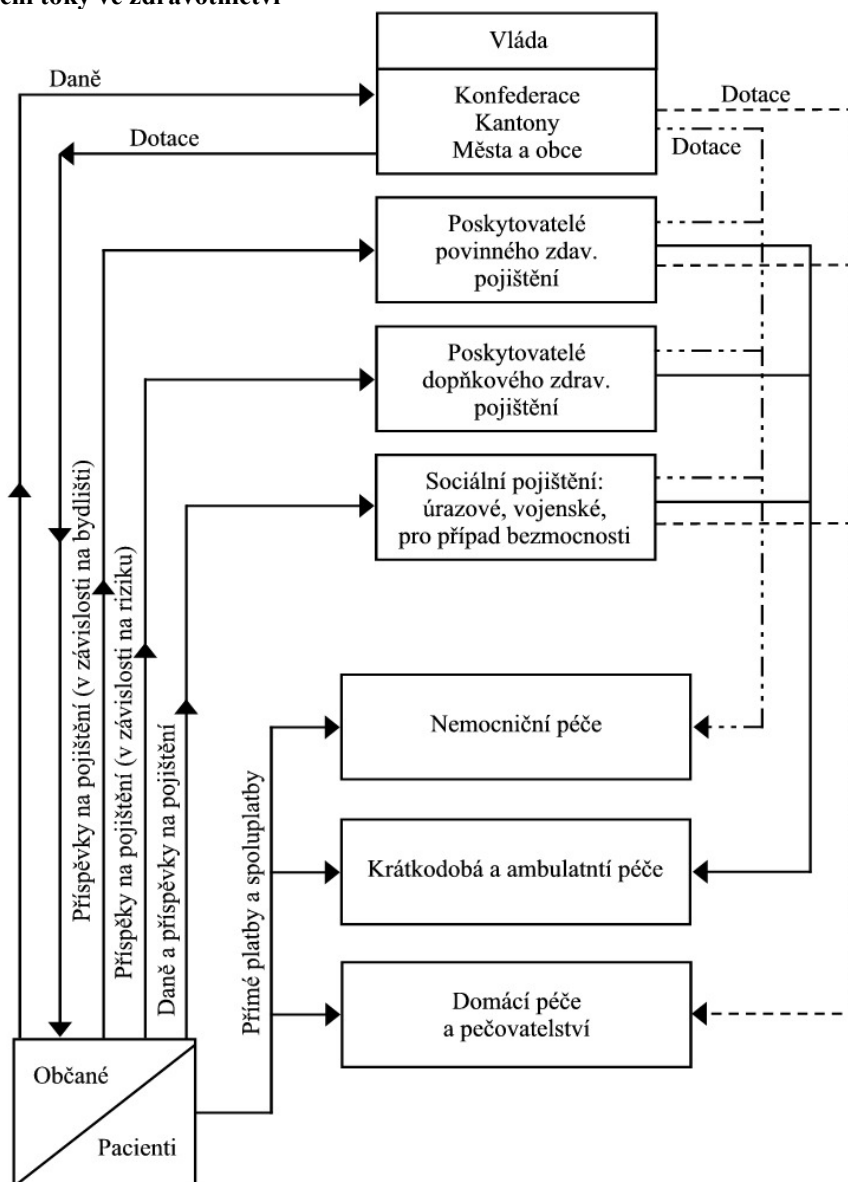
Poskytnutá péče je poskytovatelům nejčastěji hrazena pojišťovnami z prostředků povinného zdravotního pojištění nebo pomoci přímých plateb pacientů (v roce 1997 kolem 75 % celkových výdajů na zdravotnictví). Vláda konfederace, kantony a obce přispívají z daňových výnosů na úhrady nákladů nemocnic, ambulantní a lůžkové péče pro starší občany, pro fyzicky a duševně handicapované a na příjmově testované příspěvky na úhradu pojistného na pojistné povinného zdravotního pojištění (kolem 25 % celkových výdajů na zdravotnictví v roce 1997). (viz oddíl *Hlavní systém financování a úhrad*).

Parlament konfederace schvaluje rozpočet pro příspěvky konfederace do systému povinného zdravotního pojištění každé čtyři roky. Každý rok je sestavován rozpočet výdajů vlády konfederace na prevenci onemocnění, podporu zdraví a zdravotnickou administrativu konfederace.

Kantony schvalují každoročně kantonální příspěvky na pojistné v rámci povinného zdravotního pojištění, programy prevence a podpory zdraví a příspěvky veřejným a soukromým, z veřejných prostředků podporovaným nemocnicím. V rozpočtech některých kantonů se objevují také příspěvky na ambulantní a lůžkovou péči o starší, fyzicky a psychicky handicapované občany daného kantonu. Rozpočty zahrnují také transferové částky na úhradu péče, která je z nějakých mimořádných důvodů poskytována mimo území kantonu, v němž je pacient registrován..

Obce a sdružení obcí také schvalují prostředky týkající se příspěvků na zdravotní péči o starší občany, fyzicky a psychicky handicapované spoluobčany, na prevenci nemocí a na programy podpory zdraví v rámci dané obce, případně sdružení obcí. Všechny výše uvedené druhy rozpočtů jsou spíše doporučené než striktně závazné.

**Schéma č. 2: Finanční toky ve zdravotnictví**



- Poskytovatelům nemocniční péče
- - - - - Poskytovatelům krátkodobé nemocniční péče (jednodenní hospitalizace nebo kratší) a ambulantní péče včetně lékařů, farmaceutů, laboratorních techniků, psychoterapeutů, chiropraktiků a dentistů
- · - · - · - Poskytovatelům domácí a péče a další zdravotně-sociální péče (Spitex services)

## Vyjednávání o úhradách péče

Nová úprava zákona o zdravotním pojištění umožňuje několik úhradových metod (zejména různé druhy pevně stanovených rozpočtu). Nicméně v praxi jsou tyto rozpočty zatím stále spíše vzácností. Zdravotnické služby poskytované v rámci ambulantního sektoru péče, ambulantní a krátkodobé lůžkové péče (hospitalizace jeden den a méně) je proto poskytnutá péče zpravidla hrazena platbou za výkon. Platby jsou založeny na škálách relativní hodnoty, obdobně jako je tomu v Německu. Hodnoty bodu jsou stanovovány jednou ročně v národním hodnotovém schématu, které je schvalováno Radou Konfederace. Cena spjatá s hodnotou bodu je pro povinné zdravotní pojištění vyjednávána na kantonální úrovni, avšak na úrovni federace co se týče dalších typů pojištění.

Vyjednávání na úrovni Konfederace se odehrává mezi Švýcarskou asociací nemocnic nebo profesními asociacemi a různými poskytovateli pojištění (např. zdravotního pojištění, úrazového pojištění, armádního pojištění a pojištění v případě invalidity). Na základě tohoto vyjednávání je stanoven rámcový způsob a velikost úhrad, které jsou jednotné na území celého Švýcarska. V rámci jednotlivých kantonů se jednání odehrávají mezi jednotlivými poskytovateli nebo sdruženími kantonálních poskytovatelů zdravotnických služeb a sdruženími zdravotních a dalších pojišťoven, případně jednotlivými poskytovateli pojištění o cenách za služby, jejichž úhrada je stanovena na celošvýcarské úrovni, nebo s cílem nalezení dohody o jiném systému úhrad. Výsledek jednání musí být schválen reprezentativními orgány kantonu, resp vládou kantonu.

Pokud se poskytovatelé zdravotnických služeb a zdravotní a další pojišťovny nedohodnou, vláda kantonu, ve kterém se poskytovatel služeb nachází, stanoví pevnou výši úhrad. Proti rozhodnutí vlády kantonu je možné se odvolat k Radě Konfederace. Pro zdravotnické služby, které nejsou v daném kantonu nebo sousedních kantonech dostupné, úhrady v případě nemocniční a domácí péče stanovuje kanton, který danou službu poskytuje.

V několika málo případech, které nespádají do dohodování úhrad, musí vláda kantonu, v němž se poskytovatel zdravotní péče nachází, stanovit pevné úhrady. Jde například o:

- ambulantní léčbu, která byla pojištěným poskytnuta mimo kanton, kde jsou tito občané registrováni nebo ve kterém pracují,
- nemocniční péči (včetně krátkodobých pobytů) v jiném kantonu než je pojištěný registrován.

## 5.1 Úhrady nemocnicím

Zdravotní pojišťovny hradí nemocnicím péči zpravidla podle počtu ošetřovacích dní. Jednání o výši úhrad se většinou odehrávají mezi zástupci v kantonu působících zdravotních pojišťoven a jednotlivými nemocnicemi nebo skupinami nemocnic. Dohody, které z těchto jednání vzniknou, se často kanton od kantonu liší. Pro nemocniční služby, které jsou hrazeny z prostředků povinného zdravotního pojištění, je úhrada stanovena denním paušálem, třebaže po novelizaci zákona o zdravotním pojištění v roce 1996 byly zavedeny různé typy pevných příspěvků a rozpočtů. Pro služby, které jsou hrazeny z prostředků dodatečného zdravotního pojištění, jsou stanovovány vyšší denní sazby za "hotelové služby", stejně tak jako sazby za položkové zdravotnické služby.

Kantony zpravidla financují kapitálové náklady. Veřejné nemocnice, jejichž zřizovatelem je kanton nebo obec a vybrané soukromé nemocnice, které jsou spolufinancovány kantony, jsou pod kontrolou kantonu. Náklady kapitálových investic veřejných nemocnic jsou obvykle plně hrazeny z daňových výnosů kantonu. Náklady na kapitálové investice, náklady na vzdělávání a výzkum veřejných a z veřejných prostředků spolufinancovaných veřejných nemocnic, jsou zpravidla hrazeny v plné výši z daňových výnosů kantonu. Kantony také financují nejméně 50 % provozních nákladů těchto nemocnic.

Novela zákona o zdravotním pojištění umožnila kantonům uplatňovat fixní rozpočty v rámci podpory veřejným a z veřejných prostředků financovaným nemocnicím a domům s pečovatelskou službou. V roce 1994 byly globální rozpočty zavedeny v pěti kantonech a posléze také v dalších kantonech. Způsob, jakým tyto rozpočty fungují, se v jednotlivých kantonech liší. V některých jsou /ztráty/přebytky převáděny do dalšího roku. Jak přísně jsou rozpočty v praxi skutečně uplatňovány, tj. zda jsou zavedeny penalizace za porušení těchto rozpočtových pravidel či nikoliv, závisí rovněž na tom, kdo nemocnici nebo dům s pečovatelskou službou provozuje.

Financování nemocnic je předmětem kontroverzní debaty v souvislosti s budoucími změnami zákona o zdravotním pojištění. Jsou diskutovány následující otázky:

- Měly by kantony spolufinancovat všechny švýcarské nemocnice, poskytující lůžkovou péči?
- Měly by kantony směřovat všechny daňové výnosy do snižování výše pojistného?
- Měly by kantony podporovat také ambulantní a krátkodobou nemocniční péči?
- Neměly by část kapitálových nákladů hradit také zdravotní pojišťovny?

## 5.2 Úhrady lékařům

Lékaři pracující v oblasti ambulantní péče jsou placeni na základě systému úhrady za výkon. Lékaři ambulantní péče rozepisují jednotlivě položky poskytnuté služby po jejich provedení, načež plátce (třetí strana) služby lékaři nebo pacientovi uhradí.

Zubní lékaři, chiropraktici, porodní asistentky, fyzioterapeuti, zdravotní sestry, řečovní terapeuti a poradci v oblasti výživy jsou principiálně placeni podle úhrad za výkon. Výše úhrad je závislá na hodnotě bodu, která je každoročně vyjednávána mezi zástupci jednotlivých profesí a sdruženími zdravotních pojišťoven. Všechna lékařská a zdravotnická povolání mají na národní úrovni stanoveny způsoby úhrad, které jsou dohodovány mezi relevantními profesními asociacemi a pojišťovnami (zdravotními, úrazovými, vojenskými a invalidními). Pro úrazové, vojenské a invalidní pojištění jsou na celošvýcarské úrovni schvalována nejen způsoby úhrad, ale také aktuální cena příslušná hodnotě bodu. V rámci povinného zdravotního pojištění je cena dohodována na kantonální úrovni. Soukromí poskytovatelé zdravotnických služeb si úhrady za své služby stanovují na základě vlastních kalkulací. Nicméně i tyto úhrady se obvykle stanovují na základě celošvýcarsky schválených způsobů úhrad. Na rozdíl od ostatních lékařů zubním lékařům může být z prostředků povinného zdravotního pojištění uhrazena pouze malá část jejich služeb.

Většina lékařů zaměstnaných v nemocnicích je zaměstnanci nemocnic a pobírá plat. Tito lékaři získávají také další platby za péči poskytnutou v rámci doplňkového zdravotního pojištění, ale část tohoto příjmu odvádějí nemocnicím. Kantony nedávno navrhly změnu systému úhrady práce lékařů v nemocnicích. Podle jejich návrhu by měly být příjmy lékařů zaměstnaných v nemocnicích harmonizovány a omezeny. V současné době je tento návrh předmětem bouřlivé debaty.

Zavedení HMO's, tedy modelu fungování pojištění podobného jako je v USA, změnilo způsob úhrad některých ambulantních lékařů. Většina HMO's má ve Švýcarsku stále ještě podobu pojišťovny vlastněných skupinových praxí, kde jsou lékaři zaměstnáni za plat. V obou lékařích vlastněných HMO's (MediX v Zürichu a Bubenberg v Bernu) jsou lékaři placeni na základě systému výkonově orientovaných plateb s garantovaným minimálním příjmem. Globální rozpočet (zpravidla založený na kapitaci) je schvalován HMO's spolu s jejich partnery na straně zdravotních pojišťoven a je upraven podle věku, pohlaví a dalších charakteristik pojištěné populace.

Praktičtí lékaři v sektoru ambulantních služeb jsou tito lékaři placeni zpravidla na základě systému úhrad za poskytnuté výkony. Někteří praktičtí lékaři dostávají také určité výkonově orientované úhrady podle toho, zda dodrží cíle v oblasti hospodárnosti nebo ne. Pro více informací o systému řízení péče v primární péči viz oddíl *Ambulantní zdravotní péče*.

## **Reforma alokace zdrojů a způsobů úhrad**

Úhradová schémata procházejí v současné době celkovou revizí. Revidované schéma by mělo být schváleno v roce 2001. Předloha navrhuje odstranění některých existujících negativních stimulů, které narušují celý systém, jako je např. přesouvání pacientů mezi krátkodobou nemocniční péčí a dlouhodobou nemocniční péčí, které přenáší část nákladů ze zdravotních pojišťoven na kantony. Pravděpodobné jsou také změny v systému úhrad lékařům tak, aby byla posílena pozice praktických lékařů vůči specialistům.

## **6. Reformy zdravotnické soustavy**

### **6.1 Cíle a předmět reformy**

Hlavním důvodem reformy zdravotnické soustavy ve Švýcarsku je významný růst výdajů na zdravotnictví. Výdajová exploze byla předmětem debat již od poloviny 60. let. Dalším problémem zdravotnické soustavy bylo oslabení solidarity, když zdravotním pojišťovám byla dána možnost diskriminovat některé své klienty na základě jejich rizikovitosti. Tento problém nabýval na stále větším významu, v souvislosti se stálým růstem nákladů.

Hlavním cílem novelizace předpisů v oblasti zdravotního pojištění bylo posílit solidaritu a omezit růst nákladů. Implementace této novelizace ukázala některé její slabiny, které dosahování výše stanovených cílů ztížily.

O samotných cílech není sporu, zejména co se týče omezení růstu nákladů. Méně silná shoda panuje ohledně potřeby posílení prvku solidarity. Častým argumentem je, že cíl povinného zdravotního pojištění, které hradí tak velký rozsah péče, jaký je možný, je ze své podstaty neslučitelný s cílem snižování růstu nákladů.

Ještě daleko větší spor je ohledně prostředků dosažení těchto reforem. Vláda konfederace míní, že základní regule a zákonné mechanismy musí být zachovány a jen upravovány. Další aktéři požadují dalekosáhlé reformy. Argumenty se soustředí na role vlády a trhu při regulaci a poskytování zdravotní péče. Alternativy současného kombinovaného systému regulace směřují k buď k výraznější roli státu nebo naopak trhu.

Situace je ještě komplikovanější, protože své návrhy předložily také různé zájmové skupiny, které lze jen obtížně umístit na kontinuu mezi vládou a trhem.

### **6.2 Rozsah reformy**

Legislativní proces ve Švýcarsku nemá v žádné jiné demokratické zemi obdoby, jak bylo vysvětleno již v úvodu publikace.

Zdravotnické reformy jsou více či méně diskutovaným tématem celé 20. století. Tato skutečnost kontrastuje se situací v zákonodárství. Zákon o zdravotním pojištění z roku 1911 byl novelizován jednou v roce 1964 a poté byl nahrazen zákonem o zdravotním pojištění z roku 1994. Na reformě zdravotnické soustavy měly podíl další nařízení a dekrety vlády konfederace.

#### **Navrhované reformy**

Návrhy na reformy, které přímo ovlivňují obecný rámec legislativy konfederace v oblasti zdravotní péče, mohou vzejít z podnětů Rady konfederace, parlamentu a veřejných petic.

#### **Rada konfederace**

Rada konfederace předložila parlamentu částečnou revizi zákona o zdravotním pojištění ve dvou fázích. První částečná revize je stále diskutována parlamentem a oproti předpokladu Rady v platnost k 1. lednu 2000 nevstoupila. Navrženy byly globální rozpočty také na ambulantní péči, větší podpora předepisování generik a zvýšení příspěvků Konfederace v oblasti systému povinného zdravotního pojištění na léta 2000 až 2003. Parlament tuto revizi právě diskutuje.

Pokus o zavedení globálních rozpočtů v oblasti ambulantní péče se setkal s enormním odporem ze strany mnoha politických stran; ostatní změny zůstaly prakticky bez pozornosti.

Druhá část dílčích reforem se dotkne především financování nemocnic a měly by vstoupit v platnost k 1. lednu 2001.

Hlavní navrhované změny jsou následující:

- Současná úprava zákona o zdravotním pojištění vyžaduje, aby kantony financovaly nejméně 50 % provozních nákladů veřejných a z veřejných prostředků financovaných nemocnic a v plném rozsahu náklady na vzdělávání a výzkum a náklady kapitálové. Nicméně nemocnice nezískávají žádné prostředky ze systému doplňkového zdravotního pojištění. Podpora v rámci tohoto zákona se tedy vztahuje pouze na hospitalizace na vícelůžkových nemocničních pokojích. Novela zákona by rozšířila odpovědnost kantonu také na podporu soukromých nemocnic, které jsou na oficiálních seznamech kantonálních nemocnic. To by pro kantony samozřejmě představovalo dodatečné výdaje.
- Odpovědnost kantonu spolufinancovat hospitalizace by byla rozšířena na jednodenní hospitalizace. Současně by jednodenní hospitalizace byly zahrnuty do nemocničního plánování. To by znamenalo, že výhradně nemocnice nebo další zdravotnická zařízení zařazená na seznamu lůžkových zařízení by mohla poskytovat krátkodobé pobyty a měla nárok na jejich úhradu z povinného zdravotního pojištění. Znamenalo by to přiblížení nároků na financování a plánování jak u dlouhodobých, tak i krátkodobých hospitalizací. Cílem těchto reforem je odstranit některé v současné době existující finanční stimuly, které systém narušují. Úskalím tohoto návrhu je fakt, že problémy objevující se na rozhraní krátkodobé a dlouhodobé péče by se mohly přemístit na rozhraní se sektorem ambulantních služeb, v němž kantony nemají žádné možnosti plánování a spolufinancování. Také tento návrh by v konečném důsledku představoval vyšší finanční zátěž kantonů.
- Do současné doby nebyly kapitálové náklady veřejných a z veřejných zdrojů podporovaných soukromých nemocnic pokryty úhradami a tak nebyly brány do úvahy při stanovování výše úhrad. Novela by tento stav změnila. Kapitálové náklady by byly hrazeny prostřednictvím příjmů z úhrad a tak by jejich výše byla brána do úvahy při rozhodování o výši úhrad. Investice by se soustředily do oblasti rozvoje poskytovaných služeb namísto získávání dalšího majetku. O nákladech na vzdělávání a výzkum by se stále jednalo odděleně. Tato změna by pomohla snížit zátěž kantonů, které v současné době kapitálové náklady hradí, ale zvýšila by finanční zátěž zdravotních pojišťoven, což by pravděpodobně vedlo k růstu pojistného.
- Vláda konfederace je toho názoru, že paušální platby (např. za den) nejsou pro platby nemocnicím ideální. Novelizace by podpořila používání mechanismů úhrad založených na platbách za diagnózu (jako např. diagnostické skupiny -DRG). Současná legislativa je umožňuje, jejich platba závisí na poskytnuté službě. Zákon ponechává na smluvních partnerech (tj. profesních asociacích a asociacích zdravotních pojišťoven), pro jaký systém úhrad se rozhodnou. Vyžaduje ale jednotnou strukturu v rámci celého Švýcarska tak, aby byly umožněny mezikantonální úhrady péče.

Návrh těchto legislativních změn nebyl dosud předložen parlamentu a obsah jeho finální verze nelze nyní přesně odhadnout. Kantony návrh odmítly, protože by pro ně představoval neakceptovatelnou finanční zátěž.

## Parlament

Návrhy předložené parlamentu jsou velmi různorodé. Zahrnují:

- podporu tržní konkurence mezi výrobci léčiv a podporu generik,
- transformace úhrad pečovatelských služeb ze systému povinného zdravotního pojištění do samostatného systému pojištění,
- celošvýcarské plánování struktury nemocniční péče a plánování nákladných přístrojů a center excelence na celošvýcarské úrovni,
- zrušení povinnosti kantonů v oblasti financování nemocnic,
- zavedení oficiálních cenových stropů za zdravotnické služby a pro výši pojistného,
- omezení rozsahu péče hrazené z (v rámci) povinného zdravotního pojištění,
- přehodnocení přerozdělovacího mechanismu pojistného mezi jednotlivými pojišťovnami,
- povolit zdravotním pojišťovnám vytvářet zisk v rámci poskytování povinného zdravotního pojištění, stejně jako jim umožnit stanovovat výši pojistného na základě příjmu apod.

## Veřejné petice

Čtyři návrhy, na které se podařilo získat dostatečné množství podpisů, budou předmětem referend:

- Růst svobodné volby pacienta vybírat si lékaře a nemocnici, a to jak v rámci ambulantní, tak i nemocniční péče díky rozšíření kantonálních seznamů nemocnic i o nemocnice soukromé. Petice byla předložena reprezentanty soukromých klinik.
- Konfedační veřejná petice za nižší ceny nemocniční péče. Omezila by povinnosti zdravotních pojišťoven hradit lůžkovou péči. Kantony by byly povinny poskytovat odpovídající počet lůžek a od zdravotních pojišťoven by

získávaly denní paušál na jednoho pacienta ve výši 250 švýcarských franků. Petice byla předložena zástupci maloobchodu.

- Konfedační veřejná petice za nižší ceny a automatickou registraci ve Švýcarsku u těch léčiv, která jsou registrována v sousedních zemích. Generika by měla být používána všude, kde je to možné. Tato petice byla předložena také zástupci maloobchodu.
- Konfedační veřejná petice za zachování dostupnosti zdravotní péče. Tato petice vychází ze současného systému. Zdravotní pojišťovny by nicméně nebyly financovány z pojistného vybraného stejným způsobem jako doposud (tj. pojistným per kapita), ale z výnosu z daně z přidané hodnoty a pojistného, které by bylo stanoveno na základě příjmu a majetku každého pojištěnce. Oblast high-tech medicíny by byla regulována na úrovni celé Konfederace. Plánování na úrovni kantonu by také bylo koordinováno centrálně. Centrálně by také byly stanovovány maximální ceny péče hrazené z prostředků povinného zdravotního pojištění. Předkladatelem tohoto návrhu je Švýcarská sociálně- demokratická strana.

V současné době jsou shromažďovány podpisy pod následující petici:

- Konfedační petice za bezpečnost a zvýšení regulace prodeje a výdeje léčiv. Tato petice je předkládána Švýcarskou lékařskou asociací a jejím cílem je, aby léčiva byla distribuována převážně prostřednictvím lékáren.

Zmíněné petice ukazují širší právě probíhající diskuse o reformě zdravotnické soustavy.

### **Politika Zdraví pro všechny SZO**

Strategie světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny vzbudila ve Švýcarsku pozornost prakticky okamžitě po její formulaci. V roce 1984, kdy byla tato strategie schválena, byl tehdejší ředitel evropské úřadovny Světové zdravotnické organizace Dr. Leo A. Kaprio požádán členy Švýcarské konference kantonálních ministrů pro otázky veřejného zdraví, aby se se vzniklou strategií seznámil. V roce 1986 Švýcarská společnost sociálního a preventivního lékařství předložila model založený z větší části na regionální strategii a cílech Zdraví pro všechny. Tento model lze považovat v tomto směru za draftový program. Projekt interkantonního sběru indikátorů zdraví byl iniciován koncem 80. let a implementoval strategii Zdraví pro všechny. Povědomí o strategii SZO Zdraví 21 je rozšířené a tato strategie pro Evropský region SZO vzbudila náležitou pozornost.

V roce 1988 Úřad konfederace pro otázky veřejného zdraví publikoval první hodnotící zprávu (11) o implementaci strategie Zdraví pro všechny ve Švýcarsku. Následovaly další zprávy o jejím plnění (12, 13). Zpracování těchto zpráv je díky často chybějícím údajům relativně složité. Obecně je však vývoj pozitivní a např. zavedení povinného zdravotního pojištění pomáhá v dosažení některých cílů stanovených dokumentem Zdraví pro všechny.

Ekonomická recese v 90. letech a rostoucí nezaměstnanost měla nicméně na naplňování některých cílů negativní dopad. To se týká především cílů v oblasti zdraví a kvality života, lepších příležitostí pro handicapované, zdraví žen a zdravého životního stylu.

Co se týče poskytování zdravotní péče, složité ekonomické podmínky si na druhou stranu vynutily větší nákladovou efektivitu a na potřeby orientovanou alokaci zdrojů, což je zajisté v souladu s některými cíli strategie Zdraví pro všechny. V této oblasti ovšem čeká Švýcarsko ještě celá řada úkolů.

Koncept podpory zdraví nabyl na významu a to jak ve veřejném, tak i soukromém sektoru. V současné době působí ve Švýcarsku celá řada aktérů, kteří se zabývají explicitně nebo implicitně podporou zdraví. Přijetí tohoto konceptu odpovídá také zřízení Švýcarské nadace podpory zdraví (viz oddíl *Organizační struktura zdravotnické soustavy a Ambulantní péče*).

Závěry třetí hodnotící zprávy o naplňování cílů strategie Zdraví pro všechny SZO (12) nicméně nutí k zamyšlení o realitě. Současný pokrok je prakticky zastaven, a to v důsledku chybějících informací, které jsou nutné pro implementaci této strategie, a malé aktivity v oblasti tvorby a implementace zdravotní politiky, která by principy Zdraví pro všechny důsledně sledovala.

Situace ve Švýcarsku je tudíž charakteristická relativně vysokou mírou povědomí o strategii Zdraví pro všechny SZO, nicméně rétorická prohlášení ještě nenašla odraz v uspokojivé míře úspěšné implementace.



## 7. Závěry

Švýcarská zdravotnická soustava odráží politický systém Švýcarska, který je charakterizován současně federalismem a liberalismem. Statní zásahy do zdravotnictví na úrovni konfederace jsou tradičně minimální a značnou část odpovědnosti v oblasti financování a organizace zdravotnické soustavy, stejně jako za poskytování zdravotnických služeb mají další aktéři, tj. kantony, obce, zdravotní pojišťovny a poskytovatelé zdravotnických služeb. Historicky prodělalo zdravotnictví pouze velice málo reforem. Je to hlavně důsledkem politického systému, jehož součástí jsou referenda, která přijetí jakékoliv rozsáhlejší reformy výrazně ztěžují. Zdravotnická soustava je do značné míry fragmentovaná a nekoordinovaná. Jednotlivci byli v minulosti sami odpovědní za uzavření zdravotního pojištění u akreditovaných zdravotních pojišťoven (tímto dobrovolným systémem bylo pokryto zhruba 98% populace). Nicméně rostoucí náklady na péči, kombinované s nedostatečnou mírou solidarity mezi zdravotními pojišťovnami vedly k nezbytnosti reformy. V roce 1994 byla přijata nejrozsáhlejší úprava zdravotnické soustavy. Zákon o zdravotním pojištění ustanovil zdravotní pojištění jako povinné a významně změnil soustavu podpor a dotací v celém systému. Pokrytí v rámci pojištění se rozšířilo zejména v oblasti pečovatelských služeb. Výpočet výše pojistného podle rizika pojištěnce byl nahrazen výpočtem výše pojistného na komunitním základě a tzv. "slízávání smetany", bylo eliminováno povinností zdravotních pojišťoven přijmout každého klienta, který si u nich přeje být pojištěn. Problém související s různou mírou rizika různých skupin pojištěnců byl vyřešen zřízením organizace Nadace 18, která odpovídá za vyrovnávání rizika a přerozděluje prostředky mezi pojišťovny na základě skladby jejich pojištěnců.

Bez ohledu na tyto změny zůstávají určité otázky, které budou muset být politiky a občany vyřešeny:

- Jaká bude relativní role trhu a státu (Jak by měly být financovány nemocnice a další zdravotnické služby? Měl by být stát ustoupit z oblasti plánování?).
- Rozsah centralizace (Mělo by se plánování zdravotnických služeb odehrávat na úrovni Konfederace? Měly by být některé segmenty zdravotní péče (např. terciální péče) plánovány na úrovni Konfederace? A pokud ne, jak bude plánování koordinováno mezi kantony?).
- Relativní důležitost zdravotnictví a zdraví (Měla by se zdravotní politika zabývat pouze otázkami souvisejícími se zdravotnickou soustavou – např. počtem lůžek v nemocnicích? Nebo by se měla zabývat v první řadě otázkou zdraví?).
- Omezování růstu nákladů versus rozsah poskytované péče (Může být rozsah hrazené péče zachován? Jak se bude vyvíjet systém řízené péče? Jak může být snížena spotřeba zdravotnických služeb jak na straně nabídky (vyvolaná nabídkou) tak na straně poptávky? Bude nutná racionalizace?).

Od roku 1996 je ve Švýcarsku v platnosti novelizovaný zákon o zdravotním pojištění, který umožnil realizaci některých reforem, i když ne všechny byly uskutečněny v plném rozsahu. Některé překážky úspěšné implementace spočívají v nedostatku informací a regulačních orgánů (případně tyto orgány nemají nutné pravomoci). V budoucnu se budou muset reformy zabývat následujícími otázkami:

- Zlepšení statistik.
- Plná realizace kontroly kvality a řízení.
- Zlepšení řídicích kapacit zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotní péče.
- Vývoje řízené péče.

## 8. Literatura

1. ASSOCIATION OF SWISS HEALTH INSURANCE COMPANIES KSK aktuell, 3:33 (1999).
2. ASSOCIATION OF SWISS HEALTH INSURANCE COMPANIES KSK aktuell, 9:145 (1999).
3. SWISS MEDICAL ASSOCIATION FMH-Ärztestatistik 1998 [Swiss Medical Association Doctors Statistics 1998]. Schweizerische Ärztezeitung, 15:896–911 (1999).
4. SCHNEIDER, M., ET AL. Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich [An international comparison of health care systems]. Augsburg, BASYS, 1995.
5. FORUM MANAGED CARE Managed-Care-Modelle in der Schweiz [Managed Care Models in Switzerland], [online]. Available at <http://www.fmc.ch>, accessed 7 December 1999.
6. FEDERAL OFFICE FOR SOCIAL INSURANCE Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte [Quality of ambulatory medical care in HMOs and traditional insurance schemes]. Forschungsbericht, 3:(1998).
7. WARE JR. J. ET AL. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Evaluation and Planning, 6:247–263 (1983).
8. DOMENIGHETTI, G. Estime des Suisses pour leur système sanitaire; comparaison avec les pays de l'UE [The regard of the Swiss population for their health system: comparison with EU countries]. Sécurité sociale, 5:279–281 (1997).
9. SWISS FEDERAL OFFICE FOR PUBLIC HEALTH Repräsentative Erhebung zur Durchimpfung in der Schweiz [Representative rise in immunizations in Switzerland]. Bulletin, 20:356–361 (1999).
10. SWISS FEDERAL STATISTICAL OFFICE Informationen über das Projekt “Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens”, Dezember 1993 [Information about the project “Statistics on hospital facilities in the health care system”, December 1993]. StatSanté, 3:(1999).
11. SWISS FEDERAL OFFICE FOR PUBLIC HEALTH Nationale Berichterstattung der Schweiz zur Evaluation der Strategie: Gesundheit für alle bis zum Jahre 2000 [Switzerland’s national report on the evaluation of the health for all by the Year 2000 strategy]. March:(1988).
12. SWISS FEDERAL OFFICE FOR PUBLIC HEALTH Gesundheit für alle. Fortschrittsmessung – Evaluation 1996/1997. Dritte Evaluierung der Fortschritte auf dem Weg zur “Gesundheit für alle” in der Europäischen Region der WHO (1996–1997). Bericht der Schweiz [Health for all. Progress report 1996/1997. Third evaluation of progress towards health for all in the European Region of WHO (1996–1997). Report on Switzerland]. 1997.
13. SWISS FEDERAL OFFICE FOR PUBLIC HEALTH & SWISS INSTITUTE FOR HEALTH AND HOSPITALS Die Schweiz im europäischen Vergleich bei der zweiten Evaluation (1990/91) der Strategie für Gesundheit für alle im Jahr 2000 [A European comparison of Switzerland in the second evaluation (1990/91) of the health for all by the Year 2000 strategy]. Berne, Lausanne, 1991.

## 9. Další informační zdroje

- BERNARDI-SCHENKLUHN, B. Das Gesundheitssystem der Schweiz [The health care system in Switzerland]. Muri, 1992.
- ERNI, T. Die Entwicklung des schweizerischen Kranken- und Unfallversicherungswesens [The development of health and accident insurance providers in Switzerland]. Freiburg, 1980.
- ETTER, J. F. & PERNEGER, T. V. Health care expenditures after introduction of a gatekeeper and a global budget in a Swiss health insurance plan. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(6): 370–376 (1998).
- FEDERAL OFFICE FOR SOCIAL INSURANCE Switzerland. In: OECD, ed. *The Reform of Health Care Systems: a review of seventeen countries* Paris, OECD, 1994.
- FEDERAL OFFICE FOR SOCIAL INSURANCE Sicherung und Finanzierung von Pflege und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit Band I und II [Insurance and financing of nursing and home care services for those needing levels I and II care]. Berne, 1997.
- FEDERAL OFFICE FOR SOCIAL INSURANCE Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG [The influence of the new health insurance law on the financing of public health. Report in the field of evaluation of the health insurance law]. Berne, 1998.
- FEDERAL OFFICE FOR SOCIAL INSURANCE Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen. Evaluationsergebnisse und Monitoringkonzept [The socio-political effectiveness of premium subsidies in the cantons. Evaluation report and monitoring criteria]. Berne, 1998.
- FREI, A. & HILL, S. Das Schweizerische Gesundheitswesen/Le Système suisse de santé [The health care system in Switzerland]. Basle, 1992.
- MAURER, A. Landesbericht Schweiz [Country report on Switzerland]. In: Köhler, P. A. & Zacher, H. F., ed. *Ein Jahrhundert Sozialversicherung [A century of social insurance]* Berlin, 1981.
- MAURER, A. Das neue Krankenversicherungsrecht [The new health insurance law]. 1996.
- SCHEIL-ADLUNG Schlaglicht auf international bedeutende Gesundheitsreformen der letzten Jahre [Spotlight on important international health care reforms of recent years]. *Soziale Sicherheit*, 1:43–48 (1999).
- SCHNEIDER, M. ET AL. Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich [An international comparison of health care systems]. Augsburg, BASYS, 1995.
- SCHNEIDER, M. ET AL. ed. Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Übersichten 1997. Laufende Berichterstattung zu ausländischen Gesundheitssystemen [An international comparison of health care systems. 1997 Overview. Current reports from overseas health care systems]. Augsburg, 1998.
- SOMMER, J. H. Das Ringen um soziale Sicherheit in der Schweiz [The circles around social security in Switzerland]. Diessenhofen, 1978.
- SWISS FOUNDATION FOR HEALTH PROMOTION Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz [Health promotion and disease prevention in Switzerland]. Sozial- und Präventivmedizin, 1986.
- UNDRITZ, N. Le système de santé en Suisse [The health care system in Switzerland]. Lausanne, 1988.
- WHO Highlights – Gesundheit in der Schweiz [Highlights – Health in Switzerland].
- ZWEIFEL, P. Comparative health systems. Switzerland. *Adv Health Econ Health Serv Res Suppl*, 1:77–101 (1990).
- ZWEIFEL, P. Managed care in Germany and Switzerland. Two approaches to a common problem. *Pharmacoeconomics*, 14 Suppl 1:1–8. (1998).





Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
Observatoire suisse de la santé  
Osservatorio svizzero della salute  
Swiss Health Observatory



edition obsan

## Panorama zdraví

Švýcarsko  
v evropském srovnání

o b s a n

o b s a n

**Panorama zdraví - Švýcarsko v evropském srovnání** - přeloženo z: Panorama Gesundheit – Die Schweiz im europäischen Vergleich, WHO, Schweizerisches Gesundheits-observatorium, Neuchâtel, 2003. Dostupné z <http://www.obsan.ch>

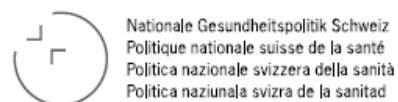
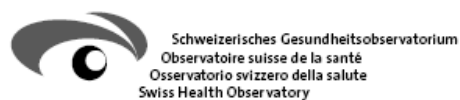
Za kvalitu překladů odpovídá Institut zdravotní politiky a ekonomiky, v případě nejasností rozhoduje originální (německý) text studie.

Panorama Gesundheit –  
Die Schweiz im  
europäischen Vergleich

ISBN 3-907872-00-2

© 2003 WORLD HEALTH  
ORGANIZATION

Schweizerisches  
Gesundheitsobservatorium  
Espace de l'Europe 10  
CH-2010 Neuchâtel



# Panorama zdraví - Švýcarsko v evropském srovnání – Panorama Gesundheit – Die Schweiz im europäischen Vergleich<sup>20</sup>

Švýcarská zdravotní observatoř, Národní zdravotní politika, švýcarská zdravotní observatoř je zařízen v rámci projektu Národní zdravotní politika

Švýcarská zdravotní observatoř je novou organizací, která vznikla v rámci projektu Národní zdravotní politika. Zdravotní observatoř (Obsan) analyzuje existující informace týkající se zdraví ve Švýcarsku. Podporuje konfederaci, kantony a další veřejné zdravotnické instituce při jejich plánování, rozhodování a jednání. Cílem projektu Národní zdravotní politika je definovat zaměření a směřování budoucí švýcarské zdravotní politiky poskytované společně spolkem a kantony. Další informace naleznete na stránkách [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) a [www.nationalgesundheit.ch](http://www.nationalgesundheit.ch).

"Panorama zdraví" vyšlo v rámci programu "Highlights on Health" při Evropské úřadovně WHO. Předkládaná zpráva byla vydána v září 2001 pod titulem "Highlights on Health in Switzerland" regionální úřadovnou WHO. Za správnost překladu je zodpovědná Švýcarská zdravotní observatoř. "Highlights" podávají přehled o zdravotní situaci v určité zemi a s skutečnostech s ní souvisejících. Nakolik je to možné, je pozice této země srovnávána s ostatními zeměmi WHO regionu Evropa. Highlights byly vyvinuty pro operativní účely ve spolupráci s členskými státy a nepředstavují oficiální statistickou dokument. Zakládají se na informacích, které byly dány k dispozici členskými státy, a na dalších v dokumentu zmíněných zdrojích.

## 1. Přehled

Mezi zeměmi evropského regionu WHO<sup>21</sup> zaznamenává dnes Švýcarsko nejvyšší střední délku života. K tomu přispěly pozoruhodné úspěchy při snižování vysoké úmrtnosti mužů.

Střední délka života je ovšem jen jedním z mnoha kritérií při posuzování zdravotního stavu. Není tedy možné přehlížet, že přes všeobecný trend klesající úmrtnosti u mnoha onemocnění, úmrtnost v důsledku rakoviny plic u žen nepřetržitě roste. Také míra případů úmrtí zapříčiněných nehodami či násilím zůstává vysoká a překračují jak u žen tak i u mužů odpovídající průměrné hodnoty Evropské unie. To vše poukazuje na to, že stále ještě existuje potenciál pro zlepšení zdravotního stavu a střední délky života. Nehledě na vyšší střední délku života lze častý výskyt tělesných obtíží, především u ženské části populace, spojovat ve velké míře s psychosociální zátěží. Také narušením psychického zdraví je postižena relativně velká část obyvatelstva, mezi mladšími až jedna třetina. Míry sebevražd žen a mužů patří k nejvyšším v evropském WHO regionu.

Co se týká životního stylu, je relativně rozšířena nadváha, a počet lidí s nadváhou dále narůstá. Oproti tomu počet lidí s pravidelnou tělesnou aktivitou má spíše klesající tendenci. Spotřeba alkoholu - s klesající tendencí - odpovídá zhruba průměru EU, zatímco ve spotřebě cigaret a v počtu kuřáků je země na třetím místě. Tyto trendy by mohly zvyšovat četnost onemocnění krevního oběhu a rakoviny, které jsou pro úmrtnost a tím i střední délku života rozhodující. Pozoruhodné zlepšení lze zaznamenat u osob užívajících injekčně drogy: méně úmrtí, vyšší kvalita života, méně nově infikovaných virem HIV.

U bezpečnosti na pracovišti jsou jako dříve možná zlepšení: míra zraněných při pracovních úrazech je o něco vyšší než průměr EU, míra usmrcených leží těsně pod tímto průměrem.

Zdravotní péče je jak z pohledu dostupnosti, tak i z pohledu kvality na vysoké úrovni. S více než desetiprocentním podílem na hrubém domácím produktu je švýcarské zdravotnictví ovšem jedním z nejdražších mezi srovnávanými zeměmi a u výdajů na nemocniční péči (zhruba polovina celkových nákladů) a jejího ročního růstu se nachází na vrcholu. To může souviset mimo jiné i se stále vysokou hustotou lůžek a dobu hospitalizace.

<sup>20</sup> Panorama Gesundheit – Die Schweiz im europäischen Vergleich, WHO, Schweizerisches Gesundheits-observatorium, Neuchâtel, 2003. Dostupné z <http://www.obsan.ch>

<sup>21</sup> 15 států EU a navíc Norsko a Island

## 2. Technické poznámky

"Highlights on Health" WHO podávají přehled o zdraví obyvatelstva země a o hlavních faktorech, které se zdravím souvisejí. Jak je to jen možné, je zde přiblíženo mezinárodní srovnání, aby bylo možné identifikovat (silné a slabé stránky země vůči jiným zemím a v hrubých rysech posoudit, čeho bylo dosud dosaženo, a co je v budoucnu možné zlepšit. Jednotlivé skupiny zemí označované zde jako "země srovnání" jsou sestaveny:

- na základě podobného trendu ve vztahu k zdravotnímu a socioekonomickému rozvoji nebo;
- jako geopolitický útvar například Evropská unie (EU), státy SNS, středoasijské republiky nebo země přistupující k EU.

Pro Švýcarsko bylo jako země srovnání vybráno 15 zemí EU jakož i Island a Norsko.

Aby srovnání byla postavena na co možná nejspolehlivějších základech, jsou jako indikátory zpravidla použita jen data z jediného mezinárodního zdroje (jako WHO, Eurostat, OECD nebo ILO). Tím má být zajištěna dostatečná srovnatelnost dat. Porovnatelnost údajů může být ovšem narušena také jinými faktory, jako jsou postupy zjišťování a kódování nebo kulturní rozdíly. Není-li uvedeno jinak, jsou data obsažená v tabulkách a diagramech převzata ze statistické HFA databáze WHO (WHO 2001). Další informace pocházejí z národních zdrojů nebo se zakládají na zprávě partnera v příslušné zemi.

Jeden ze způsobů srovnání spočívá v tom, že každé zemi je přiřazena určitá pozice v pořadí zemí. Jedná se při tom především o hrubé kritérium, při jehož interpretaci je však zapotřebí značné opatrnosti, protože pořadí mohlo mohlo vyplynout z minimálních rozdílů. Když se s takovýmto pořadím spojí výpověď o vývoji v čase (jak je tomu v přehledné tabulce na začátku kapitoly o zdravotním stavu), pak to může klamně vést k závěru, že se absolutní hodnoty v příslušné zemi značně změnily.

Proto jsou pro srovnání jsou využity především histogramy, z nichž je pozice země mezi zeměmi srovnání zřejmá, zatímco časové trendy jsou [zpravidla od roku 1970] znázorněny křivkami. Tyto diagramy obsahují křivky všech zemí srovnání, avšak identifikovatelné jsou pouze hodnoty Švýcarska a průměrná hodnota zemí EU (legenda). Tento způsob znázornění umožňuje lokalizovat průběh vývoje specifický pro danou zemi v rámci vývojových trendů srovnávaných zemí nebo skupin zemí, případně jej porovnat s hlavním trendem (průměrnou hodnotou). Aby se vyrovnaly silné roční výkyvy podmíněné malými počty případů, jsou případně použity klouzavé průměry (po třech letech). Tak je tomu například u případu úmrtnosti matek pro všechny země srovnání.

Z důvodu účelnosti se srovnání vztahují ke stejnému časovému období. Poslední dostupná nejaktuálnější čísla pro jednotlivé země nepocházejí však vždy ze stejného roku. To je třeba respektovat, protože pozice země se může změnit, budou-li doložena nová data.

## 3. Země a lidé

Švýcarsko je konfederací jejíž zřízení se váže k roku 1848. Zákonodárná moc na spolkové úrovni spočívá ve dvoukomorovém systému, *Národní radě* a *Radě stavů* (viz výše). Národní radu tvoří 200 lidových zástupců, jejichž křesla jsou rozdělena podle obyvatel na všechny kantony a Rady stavů ... (nechybí zde část věty?). Zástupci obou komor jsou voleni každé čtyři roky ve všeobecných lidových volbách.

Exekutiva, Spolková rada, se skládá ze sedmi ministrů, kteří mají všichni stejné rovnoprávné postavení a jsou parlamentem voleni jednotlivě na čtyřleté úřední období. Každý rok je zvolen jeden ze členů Spolkové rady na dobu jednoho kalendářního roku spolkovým prezidentem: úřad, s nímž jsou spojeny reprezentativní funkce, nikoliv však



ve smyslu rozšířené kompetence. Ve Spolkové radě jsou zastoupeny čtyři největší politické strany, které ovšem netvoří koalici, nýbrž kolegiální orgán, jehož usnesení jsou reprezentována celou spolkovou radou.

Další bezprostředně následující politickou úroveň tvoří 23 kantonů, z nichž tři jsou rozděleny na takzvané půl-kantony, takže je zpravidla řeč o 26 švýcarských kantonech. Ačkoli jsou naprosto rozdílné velikosti (z hlediska rozlohy a počtu obyvatel), mají každý vlastní ústavu jakož i legislativu a exekutivu, které jsou zpravidla každé čtyři roky voleny ve všeobecných lidových volbách. Také ve vládách kantonů jsou zastoupeny největší politické strany a tvoří, stejně jako na spolkové úrovni, kolegiální systém. Kantony vybírají daně a mají důležité politické kompetence např. ve zdravotnictví, v oblasti justici a vzdělávacím systému.

Švýcarsko je členem Evropského pásma volného obchodu EFTA.

**Tabulka č. 1: Demografická struktura 1997**

	Švýcarsko	EU	Minimum země EU	Maximum země EU
Obyvatelstvo v miliónech	7 081	374 566	0,424	82 060
0-14 let (%)	17,7	17,4	16,0	24,4
15-64 let (%)	67,4	67,0	63,7	68,4
65+ let (%)	14,9	15,6	11,4	17,5
Hustota obyvatelstva (obyv./km <sup>2</sup> )	182	117	15	380
Městské obyvatelstvo (%)	61	79	36	97
Porody na 1000 obyvatel	11,4	10,8	9,1	14,4
Úmrtí na 1000 obyvatel	8,9	9,9	8,6	10,7
Přirozený přírůstek (os./1000 obyv)	2,5	0,9	-0,6	5,7
HDP na osobu v US\$ PKS <sup>22</sup>	26 261	20 588	13 560	36 009

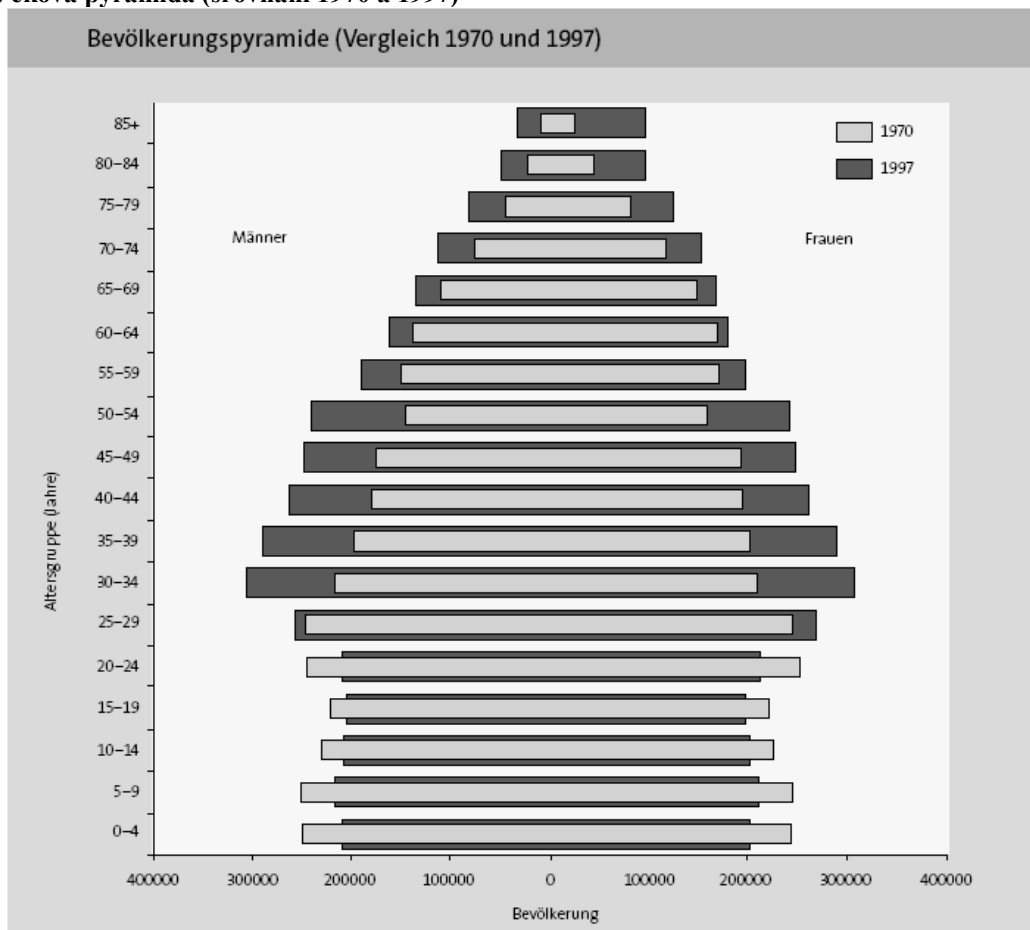
### 3.1 Demografie

Švýcarsko má zhruba 7 miliónů obyvatel, kteří se vzhledem k zemským jazykům dělí následovně: němčina 65%, francouzština 18%, italština 10% a rétorománština méně než 1%. S přírůstkem obyvatelstva 0,17% v roce 1997 zaujímá Švýcarsko mezi evropskými srovnávanými zeměmi jedno z posledních míst. Tato nízká hodnota je výsledkem velmi nízkého přirozeného přírůstku (počet porodů mínus počet úmrtí) 0,25% a migračního salda (dočasně negativního -0,08%) (*Rada Evropy, 1998*). Úhrnná plodnost nadále vykazuje klesající tendenci a s hodnotou 1,46 v roce 1998 dosáhla dosud nejnižší úrovně.

Pyramida obyvatelstva názorně představuje změny ve struktuře obyvatelstva ve Švýcarsku od roku 1970. Obzvláště nápadný je úbytek obyvatelstva (o zhruba 15%) v mladších věkových skupinách (do 24 let) a zřetelný nárůst ve skupinách mezi 30 až 50 lety, jakož i těch nad 80 let. Absolutní počet žen a mužů poslední skupiny se od roku 1970 do roku 1997 zdvojnásobil až ztrojnásobil (ženy od 85 let), přičemž podíl žen ve věku nad 80 let je zhruba dvojnásobný než podíl mužů.

<sup>22</sup> HDP: Hrubý domácí produkt; PKS: parita kupní síly

**Graf č. 1: Věková pyramida (srovnání 1970 a 1997)**



Legenda: Altersgruppe (Jahre) - věková skupina (roky), Männer – muži, Frauen – ženy, Bevölkerung – obyvatelstvo

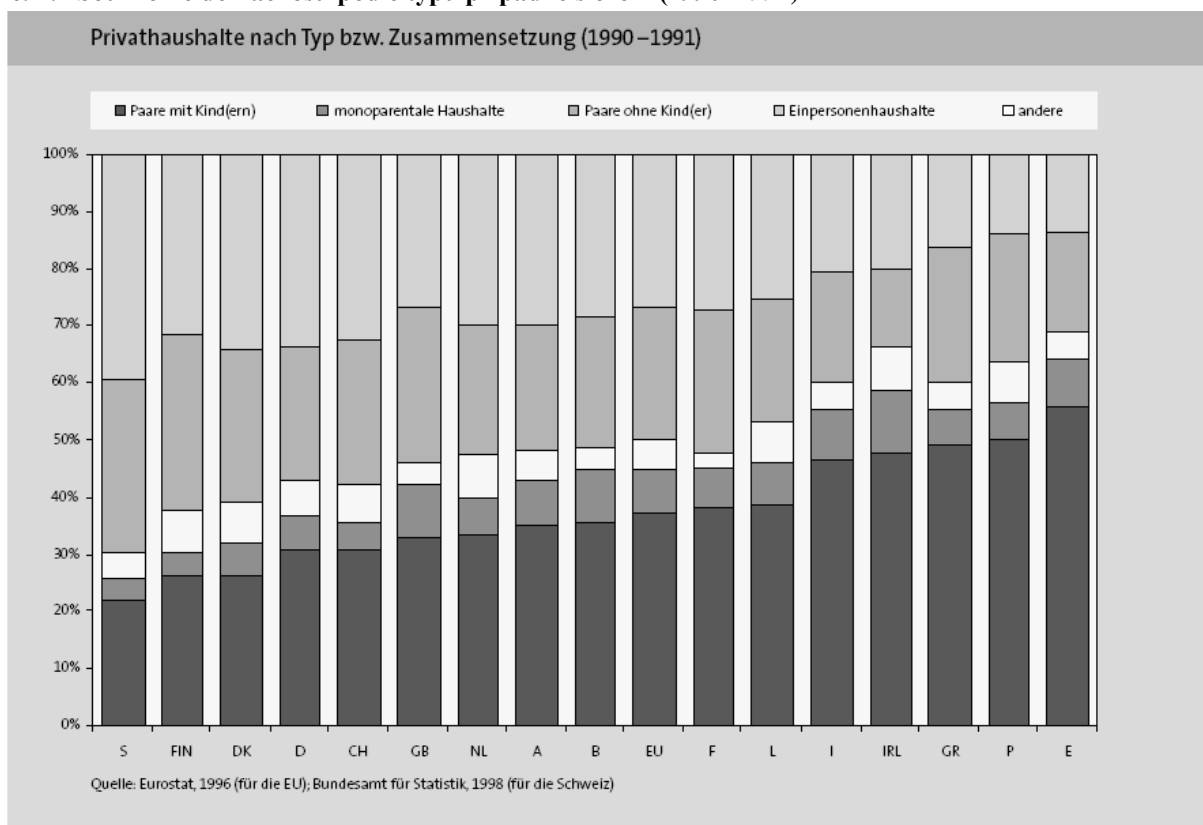
### 3.2 Složení domácností - struktura rodiny

Demografický a sociokulturní obrat vedl ve Švýcarsku stejně jako i v sousedních evropských zemích k výrazným změnám ve struktuře domácností a rodin.

V posledních desetiletích průměrná velikost domácností neustále klesala a začátkem 90. let se pohybovala kolem 2,3 osob na domácnost. To lze připisovat na jedné straně rostoucímu počtu jednočlenných domácností (tvořených jednou osobou) a klesajícímu počtu dětí na straně druhé. Švýcarsko tak zaujímá vzhledem k procentnímu podílu domácností s dětmi mezi srovnávanými zeměmi čtvrté místo od konce. Manželské páry s nezletilými dětmi představují jen 30,6% domácností. Podíl monoparentálních domácností tvoří 5,1% z celkového počtu domácností. To znamená, že v jedné ze sedmi domácností s nezletilými dětmi je zastoupen pouze jeden rodič.

Jednočlenné domácnosti činily v roce 1990 32,4% všech domácností, což představuje jeden z nejvyšších podílů mezi zeměmi srovnání. Zhruba ve dvou třetinách těchto domácností (19,1) žijí (starší) samostatně žijící ženy (*Spolkový statistický úřad, 1998*).

**Graf č. 2: Soukromé domácnosti podle typu případně složení (1990 -1991)**



*Legenda:* Páry s dětmi Domácnosti s jedním rodičem Bezdětné páry Jednočlenné domácnosti Ostatní  
*Zdroj:* Eurostat (pro EU), Spolkový statistický úřad, 1998 (pro Švýcarsko)

### 3.3 Migrace a etnický profil

U imigrantů a příslušníků etnických menšin se mohou vyskytovat specifické zdravotní problémy a potřeby, a sice na základě kulturních, socioekonomických nebo psychosociálních faktorů, jakož i na základě situace a podmínek v zemi jejich původu. Nabídka poskytování služeb, které odpovídají těmto specifickým potřebám, může být navíc omezená a její přístupnost ztížena kulturními a komunikačními bariérami (jazykové dorozumění). Kromě toho je ve srovnání s tuzemským obyvatelstvem v tomto segmentu populace zvýšené riziko, že bude žít v relativní chudobě nebo na okraji společnosti, což může mít negativní vliv na zdravotní stav. Obzvláště pro ilegální přistěhovalce je obtížné vyhledat při zdravotních problémech pomoc, a také následná péče může být problematická. Podíl obyvatel s cizí státní příslušností je ve Švýcarsku s 19% za Lucemburskem s odstupem nejvyšší mezi evropskými zeměmi srovnání. To souvisí především s restriktivní politikou udílení občanství. Italové přistěhovalí v poválečných letech tak představovali v roce 1997 stále ještě nejsilnější skupinu cizinců (25%), následováni obyvateli bývalé Jugoslávie (23%). Další početnější skupiny představují Portugalci (10%), Španělé a Němci (po 7%). Kolem 60% obyvatel-cizinců pochází ze států EU jakož i Norska a Irska.

### 3.4 Vzdělání

Význam úrovně vzdělání ve vztahu ke zdraví je v literatuře dobře doložen. V Evropě, kde všichni navštěvovali minimálně základní školu, může být za indikátor úrovně vzdělání považován podíl obyvatelstva se stupněm vzdělání vyšším než *sekundárním I*. Srovnání Švýcarska se zeměmi EU není metodicky bezproblémové rozdílné jsou nejen zdroje dat, nýbrž ve Švýcarsku také metoda jejich sběru, Eurostat provedl v rámci EU v roce 1995 speciální studii (*Eurostat, 1995*). Výrazně vyšší hodnoty pro všechny věkové skupiny a obě pohlaví ve Švýcarsku ve srovnání s průměrnými hodnotami EU musí proto být interpretovány opatrně.

Porovnáme-li podíly mužů a žen, kteří dosáhli úrovně vzdělání alespoň *sekundárního stupně II*, pak nalezneme u starších (55 -59 let) zřejmý rozdíl neprospěch žen, a to jak ve Švýcarsku, tak i v EU. Zatímco byl tento rozdíl v EU v průběhu posledních třiceti let odbourán - ve skupině 25-30 let je tento podíl u obou pohlaví přibližně stejný, ve Švýcarsku se tento rozdíl sice zmenšil, v roce 1993 však stále ještě dosahoval 10%.

Detailní pozorování ukazuje, že to vyplývá především z výrazně nižšího podílu žen s vyšším (terciálním) ukončeným vzděláním (12% mezi 25- až 29-letými oproti 28% u stejně starých mužů). Navíc absolvovalo mnohem více žen (17%) než mužů (7%) jen povinné školní vzdělání (*Spolkový statistický úřad, 1993*).

**Tabulka č. 2: Podíl osob s ukončeným vzděláním alespoň na úrovni sekundárního stupně II (1993)**

Anteil der Personen mit einer mindestens auf Sekundarstufe II-Niveau abgeschlossenen Schulbildung (1993)				
Alter	Männer (%)		Frauen (%)	
	Schweiz	EU*	Schweiz	EU*
Total (25–59 Jahre)	89	64	75	54
55–59 Jahre	87	52	61	35
25–29 Jahre	93	70	83	69

\* EU bez Itálie (nekompatibilní data)

Zdroj: Eurostat, 1995 (pro EU) a SAKE, 1993 (pro Švýcarsko)

### 3.5 Hospodářství

V polovině roku 1996 bylo 4,6 % ekonomicky aktivních zaměstnáno v zemědělství a v lesním hospodářství, 28 % v průmyslu a 67,5 % v sektoru služeb. V roce 1991 činil podíl těchto tří sektorů na hrubém domácím produktu (HDP) pro primární<sup>23</sup> sektor 3 %, pro sekundární<sup>24</sup> 33 % a pro terciální<sup>25</sup> sektor 63,5 % (*OECD, 1988*). Ženy představovaly v roce 1996 celkově 41 % činných na civilním trhu práce a podíl zahraničních státních občanů činil 26 % (*Spolkový statistický úřad 1998*)

Se 3,9 % nezaměstnaných (pololetí 1998) má Švýcarsko jednu z nejnižších úrovní nezaměstnanosti mezi evropskými zeměmi srovnání, která ovšem mezi jednotlivými kantony značně kolísá a v některých přesahuje i 6%. Ženy (4,4 %) jsou nezaměstnaností postiženy silněji než muži (3,5 %), zvláště vysoká je však míra nezaměstnanosti zahraničních pracovníků (8,1 %). U 30 % nezaměstnaných trvala nezaměstnanost déle než jeden rok (*Spolkový statistický úřad 1999*).

## 4. Zdravotní stav

Celkově lze o pozici Švýcarska mezi srovnávanými zeměmi od roku 1980 konstatovat následující:

- Všeobecně Švýcarsko svou pozici zřetelně zlepšilo, což se projevuje v tom, že ve Švýcarsku je nejdelší střední délka života.
- Přestože ve většině indikátorů dosáhlo Švýcarsko lepší pozice, jeho pozice v případě úmrtí vlivem vnějších příčin (úrazy a násilí) se zhoršila: Švýcarsko má v tomto ohledu jednu z nejvyšších měr úmrtnosti.
- Co úmrtnosti matek a kojenců jakož i míry úmrtnosti následkem rakoviny prsu zaujímá Švýcarsko průměrnou pozici.

<sup>23</sup> zemědělství a lesní hospodářství

<sup>24</sup> průmysl

<sup>25</sup> sektor služeb

**Tabulka č. 3: Pozice Švýcarska mezi zeměmi srovnání 1980 a podle nejnovějších dostupných dat (1995-1999)<sup>26</sup>**

Die Position der Schweiz unter den Vergleichsländern 1980 und nach den neuesten verfügbaren Daten (1995–1999)																						
Position	Beste																	Schlechteste		Vergleichsländer *		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	CH	Average	Min <sup>c</sup>	Max <sup>b</sup>
Lebenserwartung bei Geburt (Jahre)	☺				●														79.5	78.2	75.4	79.5
Säuglingssterblichkeit pro 1000 Lebendgeborene		●					☺												4.8	5.3	3.8	7.6
Müttersterblichkeit pro 100 000 Lebendgeburtens									☺										5.3	5.9	0.0	10.8
Sterbeziffer <sup>d</sup> Herzkreislaufkrankheiten (0–64 Jahre)		☺																	37.0	49.3	34.1	73.1
Sterbeziffer ischämische Herzkrankheiten (0–64 Jahre)				☺	●														18.5	25.0	12.7	47.7
Sterbeziffer Hirngefäßkrankheiten (0–64 Jahre)	☺																		5.4	9.2	5.4	20.3
Sterbeziffer Krebskrankheiten (0–64 Jahre)				☺			●												67.3	78.6	61.2	95.3
Sterbeziffer Bronchial- und Lungenkrebs (0–64 Jahre)					☺		●												14.6	17.3	11.3	24.6
Sterbeziffer Gebärmutterhalskrebs (0–64 Jahre)				☺									●						1.2	2.0	0.7	3.8
Sterbeziffer Brustkrebs (0–64 Jahre)										☺	●								17.1	17.5	12.4	24.3
Sterbeziffer Verletzungen und Vergiftungen <sup>e</sup>											●					☺			57.8	41.0	28.2	73.5
Sterbeziffer Strassenverkehrsunfälle				☺						●									6.6	10.2	3.4	20.1
Sterbeziffer Suizid												☺		●					17.1	11.1	3.5	23.3

- Position 1980
- ☺ Position seit 1980 verbessert bei 8 Indikatoren
- ☹ Position seit 1980 unverändert bei 3 Indikatoren
- ☹ Position seit 1980 verschlechtert bei 2 Indikatoren

- <sup>a</sup> Niedrigster in einem der 18 Vergleichsländer erhobener Wert
- <sup>b</sup> Höchster in einem der 18 Vergleichsländer erhobener Wert
- <sup>c</sup> Müttersterblichkeit 1980–1982 und letzte drei Jahre: gleitende Mittel
- <sup>d</sup> Sterbeziffer: standardisierte Todesrate
- <sup>e</sup> Deutschland 1980 = nur Bundesrepublik
- <sup>f</sup> 1994er Daten

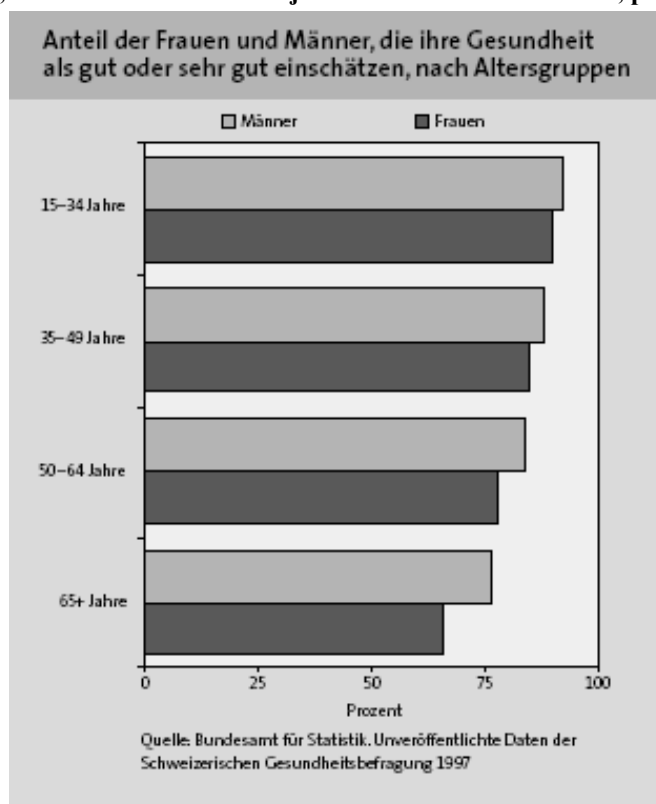
Obyvatelstvo Švýcarska se z celkového pohledu těší velmi dobrému zdraví, jak vyplývá z "Dotazování o zdraví" z roku 1997. To je ve shodě s dobrou pozicí, kterou Švýcarsko vzhledem k mnoha ukazatelům zdraví zaujímá mezi srovnávanými zeměmi. Mezi mladšími (15-34 let) hodnotí devět z desíti osob své zdraví jako dobré až velmi dobré a na začátku důchodového věku takto své zdraví hodnotí stále ještě čtyři pětiny mužů a tři čtvrtiny žen.

V hodnocení zdraví jsou jen malé rozdíly mezi geografickými a jazykovými regiony. Oproti tomu se ukazují zřetelné rozdíly, je-li užito hlediska sociálního rozvrstvení, především úrovně vzdělání. Zatímco sotva třetina obyvatel, kteří absolvovali pouze povinnou školní docházku, hodnotí své zdraví jako dobré až velmi dobré, u osob s vyšším (terciálním) vzděláním je to 90 %.

<sup>26</sup> Týká se následujících indikátorů: Střední délka života při narození, kojenecká úmrtnost, úmrtnost rodiček, úmrtnost na onemocnění oběhové soustavy, úmrtnost na ischemickou chorobu srdeční, úmrtnost na cerebrovaskulární onemocnění, úmrtnost na nádorová onemocnění, úmrtnost na rakovinu plic a průdušnice, úmrtnost na rakovinu děložního čípku, úmrtnost na rakovinu prsu, úmrtnost v důsledku vnějších příčin, úmrtnost v důsledku dopravních nehod, úmrtnost v důsledku sebevražd. Pozice Švýcarska se zlepšila u 8 indikátorů, 3 indikátory nevykázaly od roku 1980 změnu, 2 indikátory se zhoršily.

V jistém protikladu k tomu stojí relativně časté zastoupení tělesných obtíží jako bolesti hlavy, zad, břicha, poruchy spánku nebo celkové únavy. Tyto obtíže jsou často odrazem vysokého případně velkého nebo opakujícího se psychosociálního zatížení (napětí, stres). Zhruba 15 % mužů a 25 % žen ve věku 15-34 let tvrdí, že takové potíže mají vícekrát během čtyř týdnů, a od 35. roku života toto postihuje každého pátého muže a každou třetí ženu.

**Graf č. 3: Podíl žen a mužů, kteří své zdraví hodnotí jako dobré nebo velmi dobré, podle věkových skupin.**



Zdroj: Spolkový statistický úřad, nezveřejněná data švýcarských dotazníků o zdraví

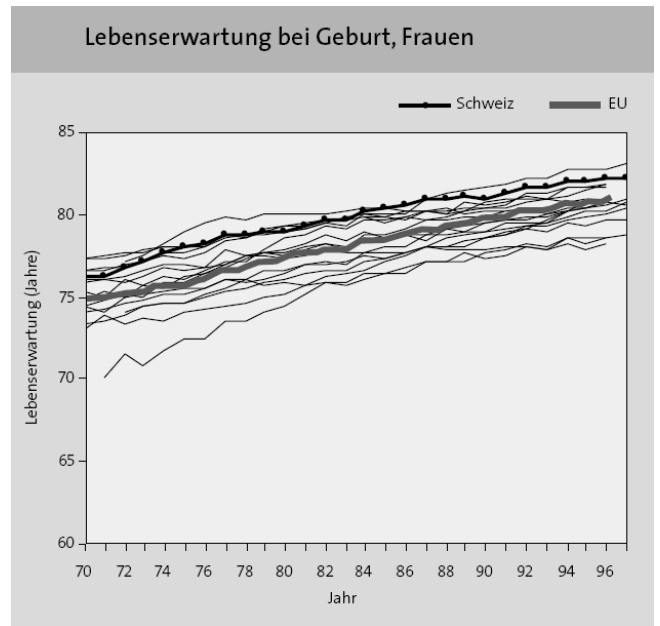
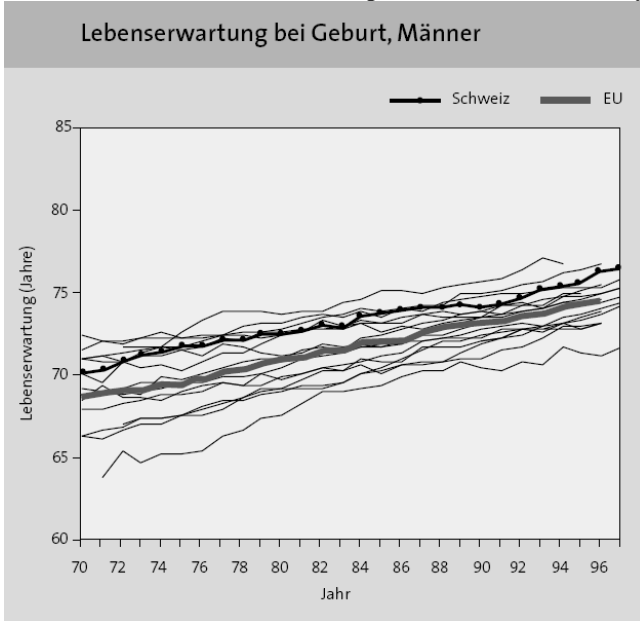
#### 4.1 Střední délka života

Střední délka života se i v posledních letech stále zvyšovala, především u mužské části obyvatelstva. Co se týká očekávané střední délky života při narození, zaujímali muži v roce 1997 se 76,4 lety třetí místo mezi evropskými zeměmi srovnání (za Islandem a Švédskem) a ženy s 82,3 lety místo druhé hned za Francií. U průměrné střední délky života pro obě pohlaví se Švýcarsko umístilo na 1. místě.

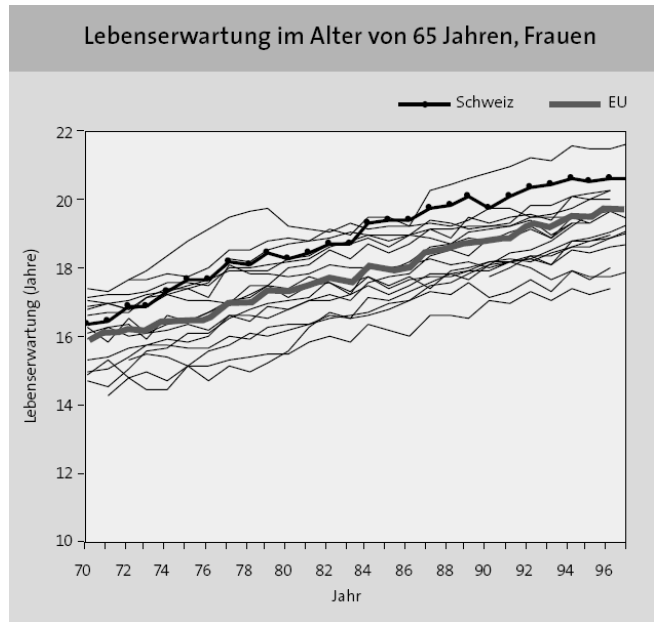
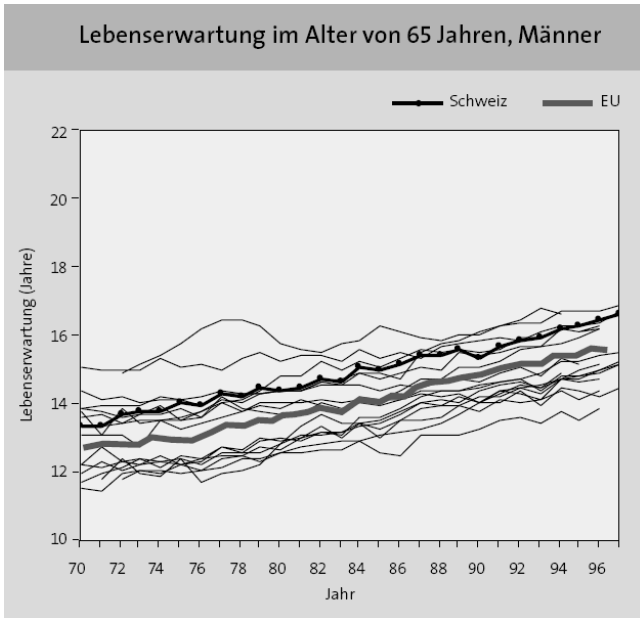
Také co se týče očekávané střední délky života v 65 letech jsou švýcarské ženy s 21,4 lety na druhém místě (za Francií s 22,6 lety), přičemž ovšem od roku 1994 tato hodnota stagnuje. U mužů lze oproti tomu od roku 1994 zaznamenat nárůst téměř na 16,7 let, čímž se dostali na třetí místo za Francií a Řeckem.

Je ovšem zapotřebí zdůraznit především to, že dnes ve Švýcarsku před 65. rokem života umírá méně mužů. Zatímco v osmdesátých letech se střední délka života mužské části populace zkracovala těmito předčasnými úmrtími o zhruba 6,5 let, v roce 1997 to bylo už jen o 5,3 let. To také podstatně přispělo k tomu, že od roku 1991 se rozdíl mezi střední délkou života žen a mužů snižuje a z více než sedmi let klesl na méně než šest let.

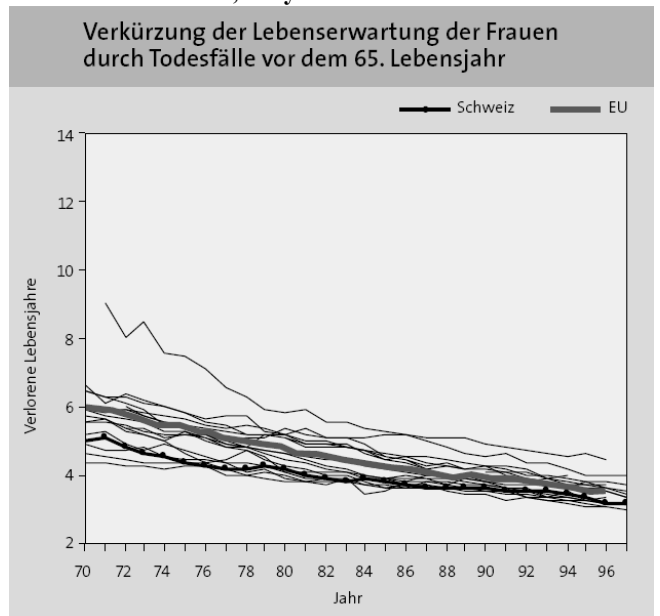
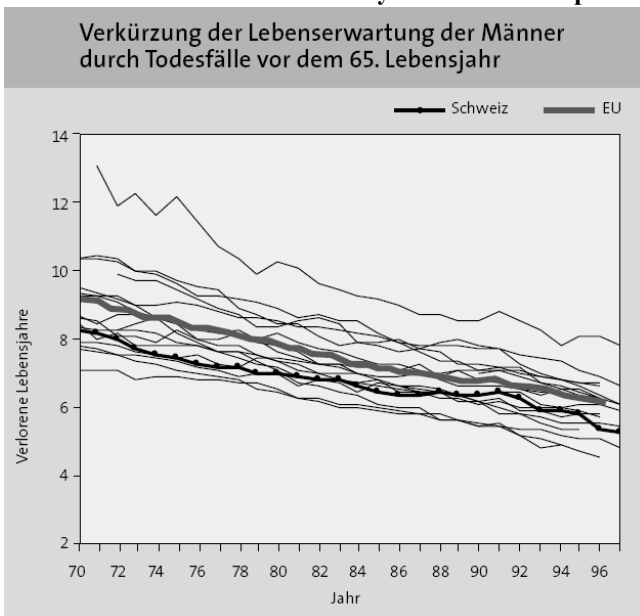
**Graf č. 4: Střední délka života při narození – muži ženy**



**Graf č. 5: Střední délka života od věku 65 let – muži, ženy**



**Graf č. 6: Zkrácení střední délky života úmrtími před 65. rokem života – muži, ženy**



## 4.2 Hlavní příčiny úmrtí

Zhruba tři čtvrtiny všech úmrtí lze vztahovat ke třem nejčastějším skupinám příčin smrti: kardiovaskulární onemocnění, nádorová onemocnění, jakož i úrazy a následky násilí včetně sebevražd. Na tyto příčiny se vztahuje stále ještě vysoký počet předčasných úmrtí (před 65. rokem života) stejně tak je s nimi spojeno i značné zatížení nemocemi (nemoci a postižení). Protože ve značné míře souvisí s individuálními a kolektivními zvyklostmi a způsoby chování nesoucími s sebou zdravotní rizika, existuje značné množství možností prevence a podpory zdraví, jimiž by bylo možné tato rizika snížit. Aby bylo možné odhadnout tento potenciál, je třeba v dalším textu osvětlit situaci v různých věkových skupinách.

Ve věku 1-14 let je riziko úmrtí ve srovnání s ostatními věkovými skupinami s odstupem nejnižší. Absolutní počet úmrtí se u této věkové skupiny pohybuje kolem 200 za rok, přičemž vyšší úmrtnost mladých chlapců je zapříčiněna především úrazy. Úrazy a ostatní vnější příčiny si u obou pohlaví vyžádají nejvyšší počet obětí, následují vrozené choroby a nádorová onemocnění.

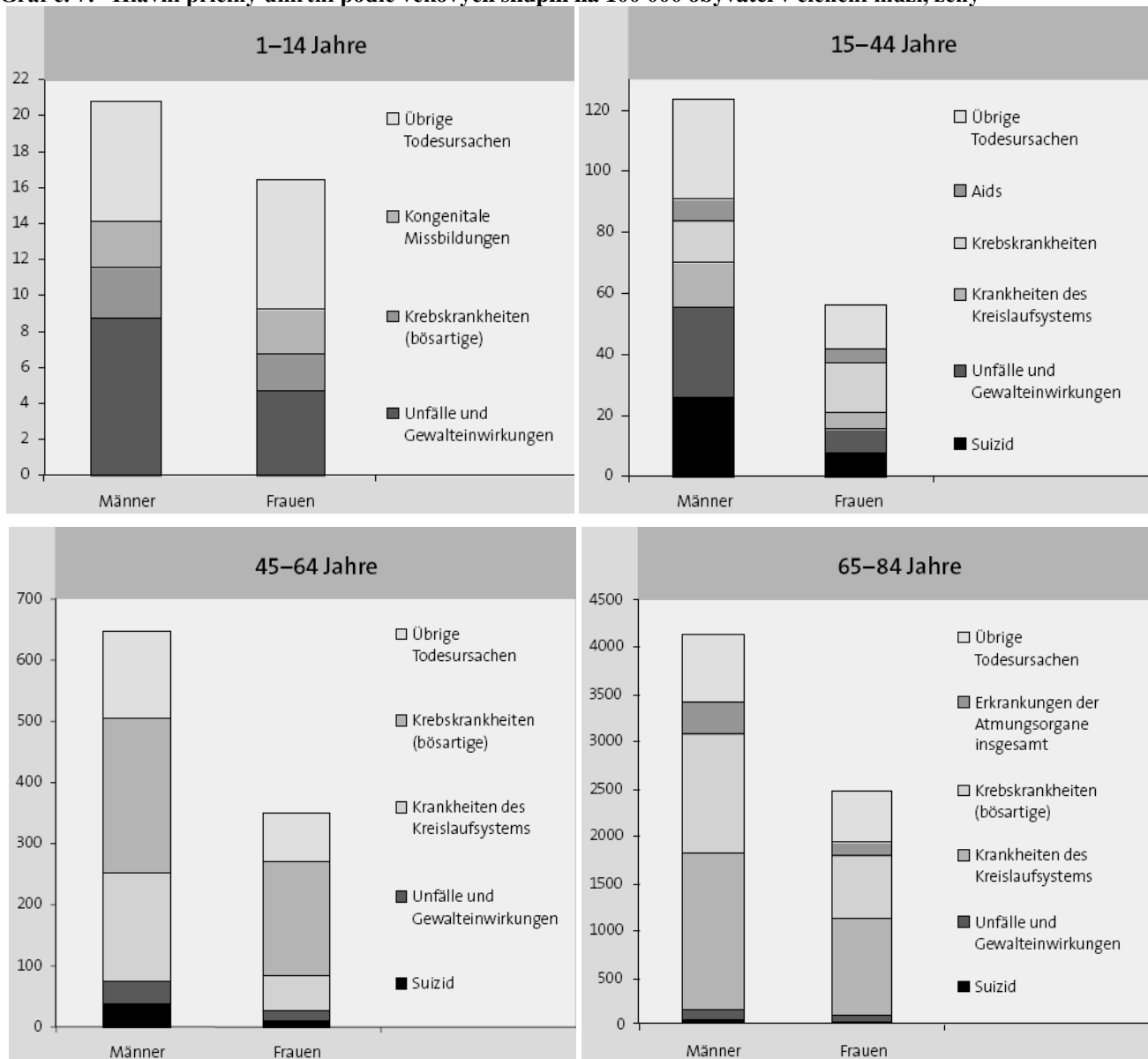
Ve věku 15-44 let se zřetelně zvyšuje úmrtnost mužů, a ta je až do věku 64 let zhruba dvojnásobná než u žen. Vyjádřeno v absolutních číslech, zemře ve Švýcarsku ročně o něco více než 2000 mužů ve věku 15 až 44 a 1000 žen v tomto věku. Vyšší úmrtnost mužů se objasňuje především vyšší mírou úrazů a sebevražd, jakož i o něco vyšším rizikem smrti v důsledku kardiovaskulárních onemocnění.

Ve věku 45-64 let jsou nejčastější příčinou úmrtí rakovinová onemocnění, následují nemoci oběhového systému. Nadále zde existuje výrazně vyšší úmrtnost mužů - způsobená o něco vyšší mortalitou v důsledku rakoviny a především dobře třikrát vyšší úmrtností na nemoci srdečního oběhu. Násilná smrt (úrazy a dopravní nehody) se v této věkové skupině nevyskytuje zřídka (kolem 800 mužů a 200 žen za rok), nýbrž dokonce o něco roste u mužů a u žen se vyskytuje téměř dvakrát častěji oproti nižšímu věku. Relativní podíl těchto úmrtí v důsledku nehod a sebevražd se však snižuje vzhledem k více než desetinásobnému počtu úmrtí následkem rakoviny a kardiovaskulárních onemocnění.

Ve věkové skupině 65-84 let se tento vývoj dále pokračuje, přičemž nemoci oběhového systému jsou u obou pohlaví nejčastější příčinou smrti, následuje rakovina a onemocnění dýchacích (orgánů) (soustavy). Souhrnně lze konstatovat, že zlepšení by bylo možno dosáhnout především redukcí úmrtí v důsledku úrazů a sebevražd u mužů ve věku 15 až 44 let a zbrzděním nástupu kardiovaskulárních onemocnění, jakož i snížením úmrtnosti u těchto nemocí a u rakoviny (hlavní příčiny úmrtí ve věku 45-64 let).



**Graf č. 7: Hlavní příčiny úmrtní podle věkových skupin na 100 000 obyvatel v členění muži, ženy**

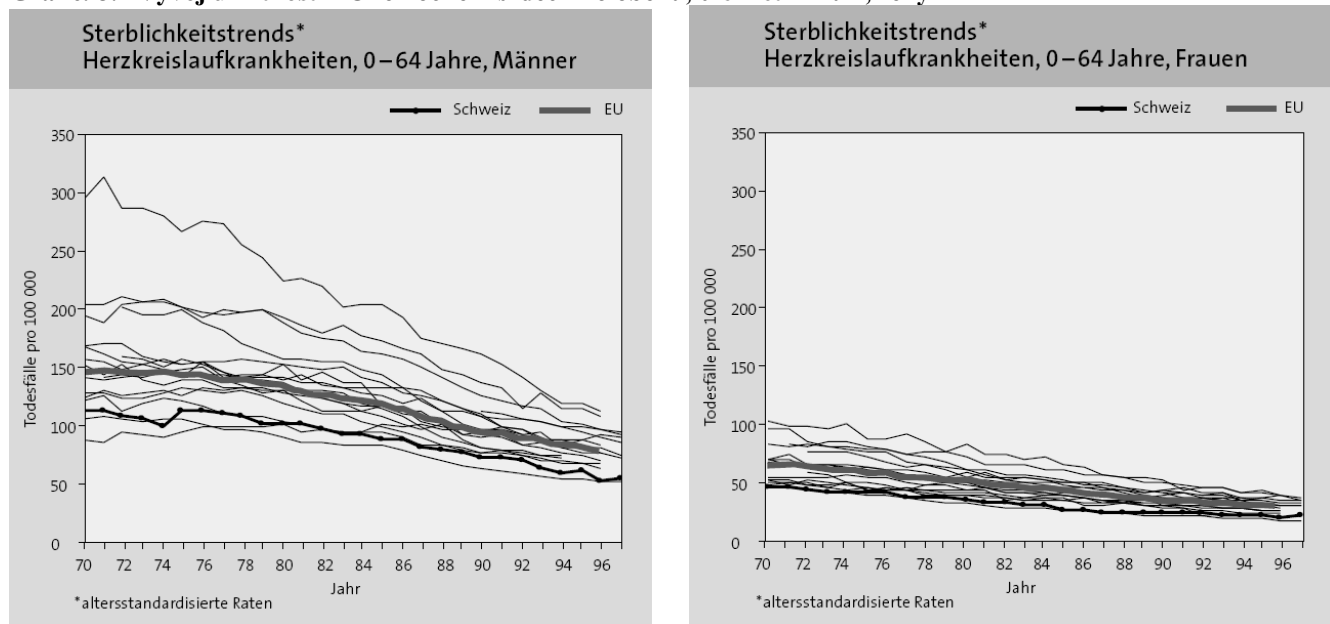


### 4.3 Onemocnění srdečního oběhu

Onemocnění srdečního oběhu, viděno celkově, jsou nejčastější a ve věku pod 65 let druhou nejčastější příčinou úmrtí. Úmrtnost na onemocnění srdečního oběhu ve věkové skupině 0-64 let v posledních desetiletích ve všech evropských zemích srovnání průběžně klesala, v neposlední řadě v důsledku preventivních opatření a pokroků v léčbě. Švýcarsko zaznamenává ve věkové skupině 0-64 let již dlouho velmi nízkou úmrtnost - u cerebrovaskulárních onemocnění dokonce vůbec nejnižší. V roce 1997 na tom byla u onemocnění srdečního oběhu u obou pohlaví o něco lépe pouze Francie.

Z toho ovšem nevyplývá, že v tomto ohledu není třeba usilovat další pokroky, neboť nízkou úmrtnost nelze nutně spojit s nižším výskytem této nemoci. K tomu prevalence odpovídajících rizikových faktorů (více v kapitole *Životní styl*) poukazuje na to, že zlepšení jsou ještě možná.

**Graf č. 8: Vývoj úmrtnosti - Onemocnění srdečního oběhu, 0-64 let – muži, ženy**



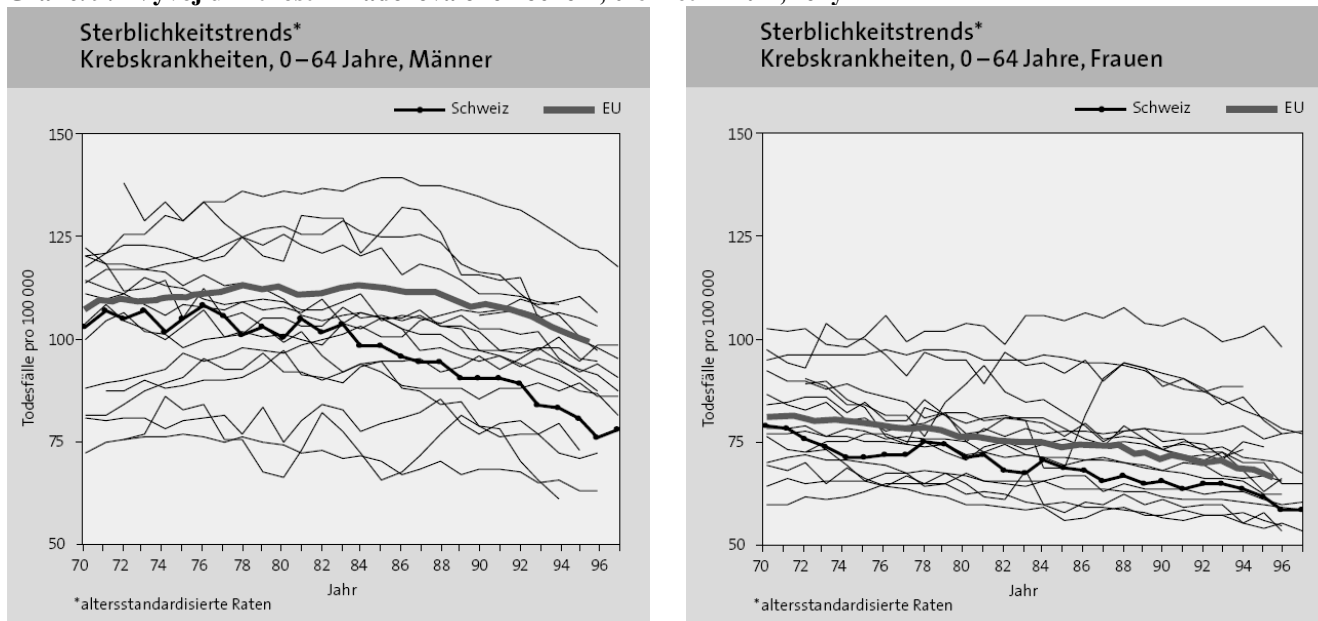
\* (standardizované míry podle věku)

#### 4.4 Nádorová onemocnění

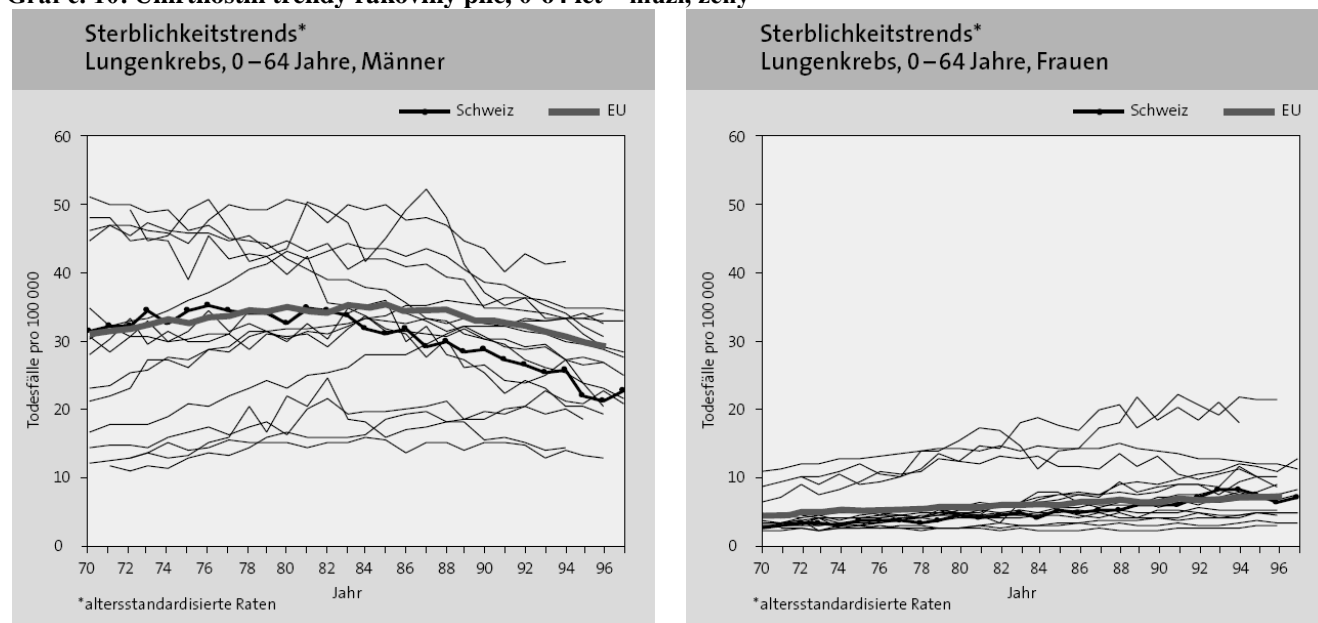
Bereme-li dohromady všechna nádorová onemocnění, úmrtnost mužů ve věku 0-64 let se od roku 1980 snížila. V roce 1997 vykazovaly nižší úmrtnost pouze Island, Švédsko, Finsko a Norsko. Situace je obdobná u nejčastěji se vyskytujícího typu - rakoviny plic. Zde tyto hodnoty klesaly od roku 1980 - dříve než průměr EU. Vedle čtyř jmenovaných zemí vykazuje lepší hodnoty pouze ještě Irsko a Velká Británie.

U 0 až 64-letých žen se nachází Švýcarsko z hlediska úmrtnosti na nádorová onemocnění na šestém místě - za Finskem a Řeckem, Španělskem, Portugalskem a Francií. I zde se začal vývoj obracet v roce 1980. Opačná je situace u rakoviny plic, kde se již několik let projevuje zvyšování úmrtnosti. Zatímco do konce 80. let se Švýcarsko pohybovalo pod průměrem EU, pohybuje se nyní okolo tohoto průměru.

**Graf č. 9: Vývoj úmrtnosti – nádorová onemocnění, 0-64 let – muži, ženy**



**Graf č. 10: Úmrtnostní trendy rakoviny plic, 0-64 let – muži, ženy**



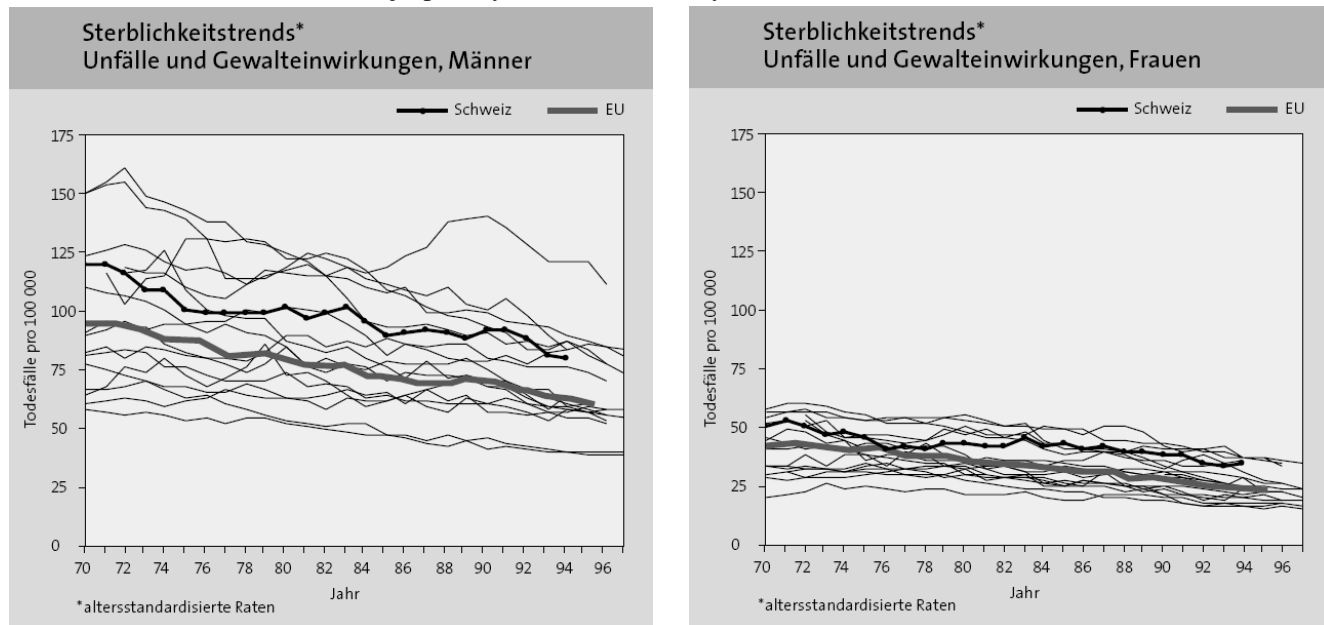
\* (standardizované míry podle věku)

## 4.5 Vnější příčiny úmrtí

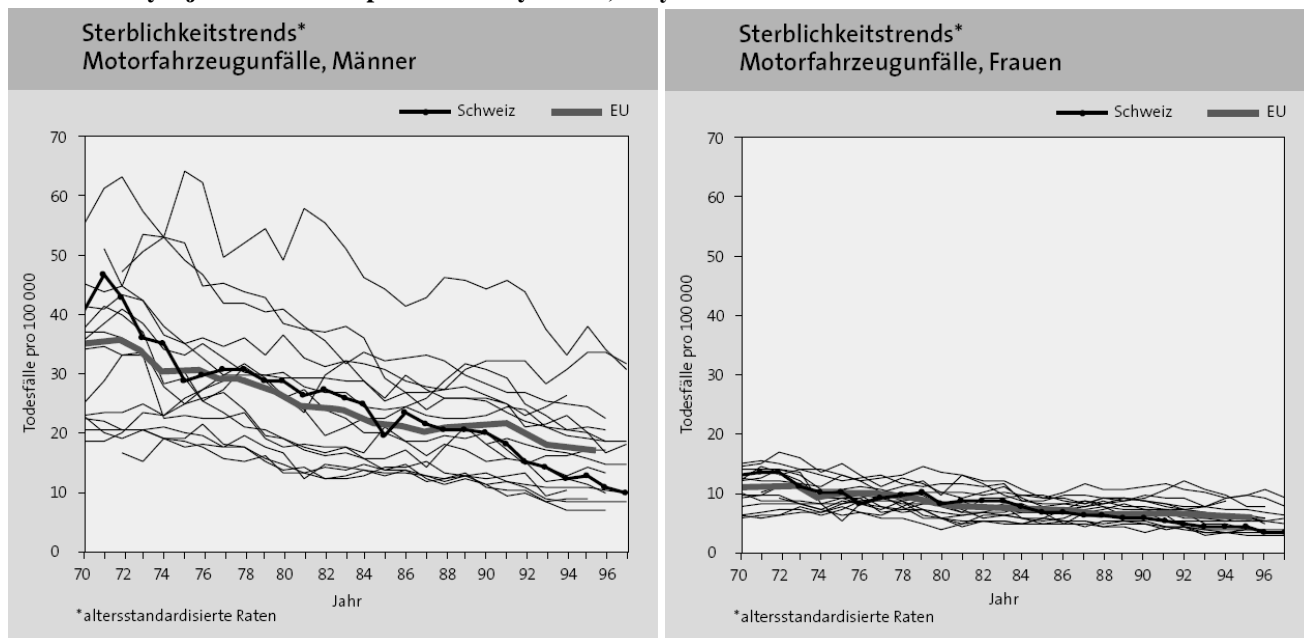
Zde jsou shrnuta všechna úmrtí, která nebyla zapříčiněna organickými poruchami, jako jsou nemoci, nýbrž jsou následkem úrazů, otrav, násilných činů (vražd) a sebevražd. Celkově se riziko úmrtí obzvláště v silniční dopravě nebo následkem násilných činů v EU od roku 1970 zřetelně snížilo. Také Švýcarsko tento trend sleduje, avšak úmrtnost - jak žen, tak mužů - leží stejně jako dříve něco málo nad průměrem EU. Podle posledních dostupných dat vykazují mezi zeměmi srovnání vyšší úmrtnost pouze Finsko, Belgie, Francie a u žen ještě Lucembursko.

Nadprůměrné počty úmrtí ve Švýcarsku souvisejí s velmi vysokou mírou sebevražd (viz níže). Naopak počet usmrcených při dopravních nehodách (což představuje významnou část úmrtí v této kategorii) se v podstatě kryje s průměrnými hodnotami Evropské unie a od konce osmdesátých let se u obou pohlaví pohybuje dokonce pod průměrem EU. V roce 1997 byly méně než ve Švýcarsku postiženy ženy takovými úmrtími pouze ve Velké Británii, a muži se nacházeli na pátém místě mezisrovnávanými zeměmi.

**Graf č. 11: Trend úmrtnosti - vnější příčiny úmrtí – muži, ženy**



**Graf č. 12: Vývoj úmrtnosti - dopravní nehody – muži, ženy**



\* standardizované míry podle věku

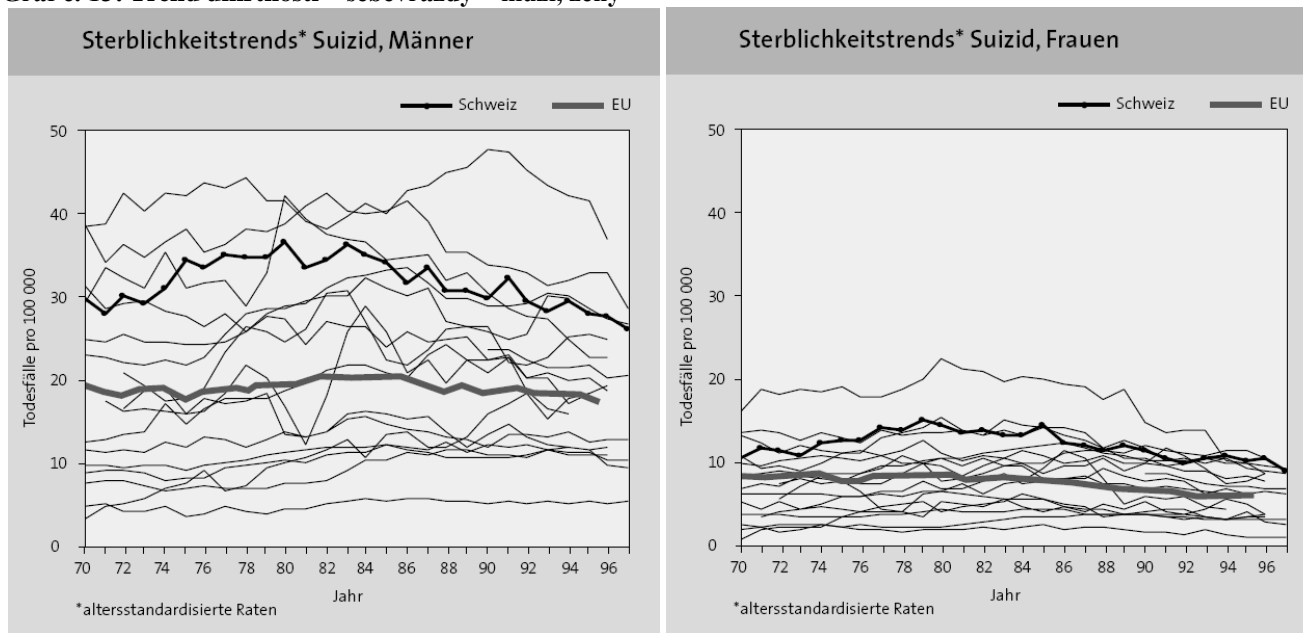
## 4.6 Psychické zdraví

Ačkoli dobrý psychický zdravotní stav představuje podstatný aspekt kvality života, je zpravidla k dispozici málo informací k tomu, aby bylo možné spolehlivě popsat tuto dimenzi na úrovni celé populace, a aby bylo možné srovnávat situaci s jinými zeměmi. Míru sebevraždnosti lze považovat alespoň za nepřímý indikátor psychických poruch, případně nedostatečného psychického zdraví.

Stejně jako v jiných zemích páchají i ve Švýcarsku sebevraždy častěji ženy, avšak přitom míra dokonaných sebevražd je u mužů téměř třikrát vyšší. Přestože je možné sledovat zhruba od roku 1980 klesající trend sebevraždnosti, zaujímá Švýcarsko ještě v roce 1997 spolu s Finskem, Belgií, Rakouskem a Francií mezi zeměmi srovnání pozici s nejvyšší mírou sebevražd. Ročně zemře ve Švýcarsku zhruba 1000 mužů následkem sebevraždy (více než 700 ve věku mezi 15 až 64 lety) a přibližně 400 žen (přibližně 300 mezi 15 a 64 lety).

Úroveň psychického zdraví a prevalence psychických problémů u švýcarského obyvatelstva byly v roce 1997 podruhé zjišťovány Dotazováním o zdraví. Ukázalo se, stejně jako v předchozím průzkumu, že psychické zdraví přibývá s věkem, respektive podíl mužů a žen s (narušeným psychickým zdravím) psychickými problémy klesne ze zhruba 30% u věkové skupiny 15-34 let na méně než 20% u starších 65 let. 3-4% obyvatel ve věku 15 až 64 let se během jednoho roku dostanou kvůli psychickým problémům na léčení, nad 65 let se to už téměř nestává. Nejčastěji dochází k léčení kvůli depresi, a sice především ve středním věku: 4% mužů mezi 35 a 64 lety a přibližně 7% žen od 35 let jsou kvůli tomu v průběhu jednoho roku v lékařském ošetřování.

**Graf č. 13: Trend úmrtnosti – sebevraždy – muži, ženy**



\* standardizované míry podle věku

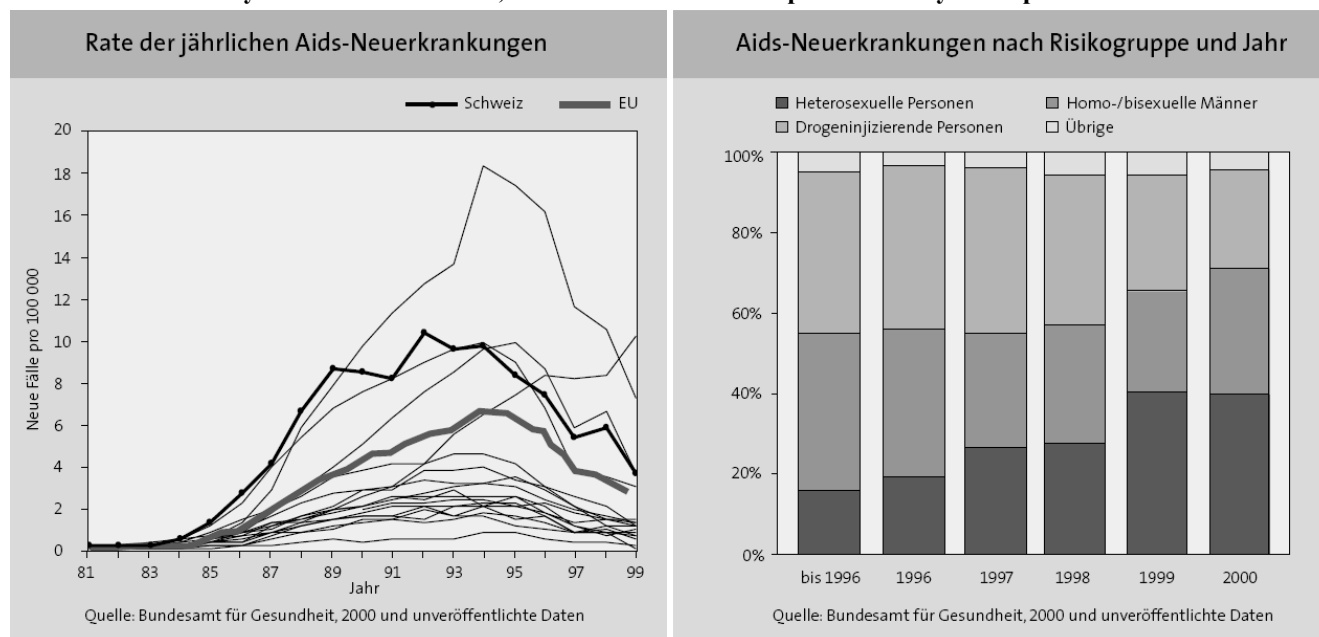
#### 4.7 HIV - infekce a AIDS

Onemocnění selhání imunitního systému AIDS je způsobeno vlivem viru HIV, který se přenáší třemi způsoby: sexuálním kontaktem, transfuzí infikované krve nebo krevních produktů a použitím nesterilních injekcí, a také přenosem z matky na dítě. Inkubační doba činí až deset i více let.

Po rapidním nárůstu v 80. letech počet nově diagnostikovaných případů AIDS od roku 1994 ve Švýcarsku stejně jako v ostatních srovnávaných zemích opět zřetelně klesá. Se 3,6 případy na 100 000 obyvatel vykazuje Švýcarsko v roce 1999 čtvrtou nejvyšší míru za Španělskem, Portugalskem a Itálií, což odpovídá 240 nově onemocnělým osobám. Tato redukce je výsledkem léčení novými léky, jejichž užíváním lze oddálit propuknutí nemoci. Zároveň se také značně snížil počet úmrtí následkem AIDS (1998 cca 120), k čemuž značně přispěly účinnější způsoby léčení. Přesto však, i přes klesající incidenci, počet žijících osob s AIDS roste (v roce 1999 odhadem 2000)

Také počet nově diagnostikovaných HIV infekcí (1999 zhruba 600) od roku 1991/92 nepřetržitě roste, a to především u drogově závislých osob (injekční užívání) a u mužů s homosexuálním stykem. Heterosexuální kontakt je od roku 1990 dominujícím způsobem přenosu, jehož podíl je od roku 1997 přesahuje 50 %. Tato tendence je patrná i u nově onemocnělých, u nichž vzrostl podíl heterosexuálních z 20% v roce 1996 na 40 % v roce 1999. Koncem roku 1999 činil počet žijících osob s HIV diagnózou (ještě neonemocnělých) odhadem 15 000, z čehož byly zhruba jedna třetina žen. (UNAIDS/WHO, 2000, Spolkový úřad zdraví; 2000).

**Graf č. 14: Míra nových onemocnění AIDS; AIDS nová onemocnění podle rizikových skupin**



#### 4.8 Postižení a chronická onemocnění

Rozšíření chronických onemocnění a postižení představují nejdůležitější kritérium kvality života obyvatelstva z pohledu zdraví. Nicméně dostupná data neumožňují validní mezinárodní srovnání. Přibližné údaje o počtu invalidních důchodců jsou např. závislé na národních systémech sociální pomoci a odpovídajícím zákonodárství. Ve Švýcarsku přísluší invalidní důchod "osobám s omezenou vzdělávací a pracovní způsobilostí", a s tím pouze do ukončení výdělečného věku. Pak vzniká pro všechny obyvatele nárok na dávky zákonného starobního pojištění (AHV).

Protože ženy vzhledem k všeobecné situaci zaměstnanosti mohou řidčeji než muži uplatnit ztrátu příjmu v případě invalidity, pobírají pouze 2,5 % ženské části obyvatelstva (věk 0-62 let) invalidní důchod, u mužů jsou to 3,3 % (0-65 let).

Podle Švýcarského Dotazování o zdraví bylo v roce 1997 zhruba 15% obyvatelstva postiženo chronickými nebo déle než jeden rok trvajících zdravotními problémy. Četnost takových problémů s věkem roste - z 10% ve věku 15 až 34 let na více než 20% ve věku 55-64 let, přičemž podíl žen ve všech věkových skupinách je vyšší než podíl mužů. Také příslušníci nižších sociálních vrstev jsou zde u obou pohlaví zastoupeni zřetelně častěji.

Chronické nemoci jsou ve vyšším věku obzvláště rozšířené. Od 65. roku věku má takový zdravotní problém přibližně jedna čtvrtina mužů žijících v samostatné domácnosti, mezi ženami je to zhruba 30%. U obou pohlaví bylo zhruba 60% v průběhu jednoho roku kvůli chronickému onemocnění v lékařském ošetřování.

Také tělesná postižení jsou od vyššího věku častější, přičemž v popředí je omezená pohyblivost alespoň u osob žijících ještě ve vlastní domácnosti, následují zraková a sluchová postižení. Od 75. roku života je 5 % mužů a 4 % žen omezeno při každodenních činnostech, jako je jídlo a osobní hygiena.

## 4.9 Děti a mládež

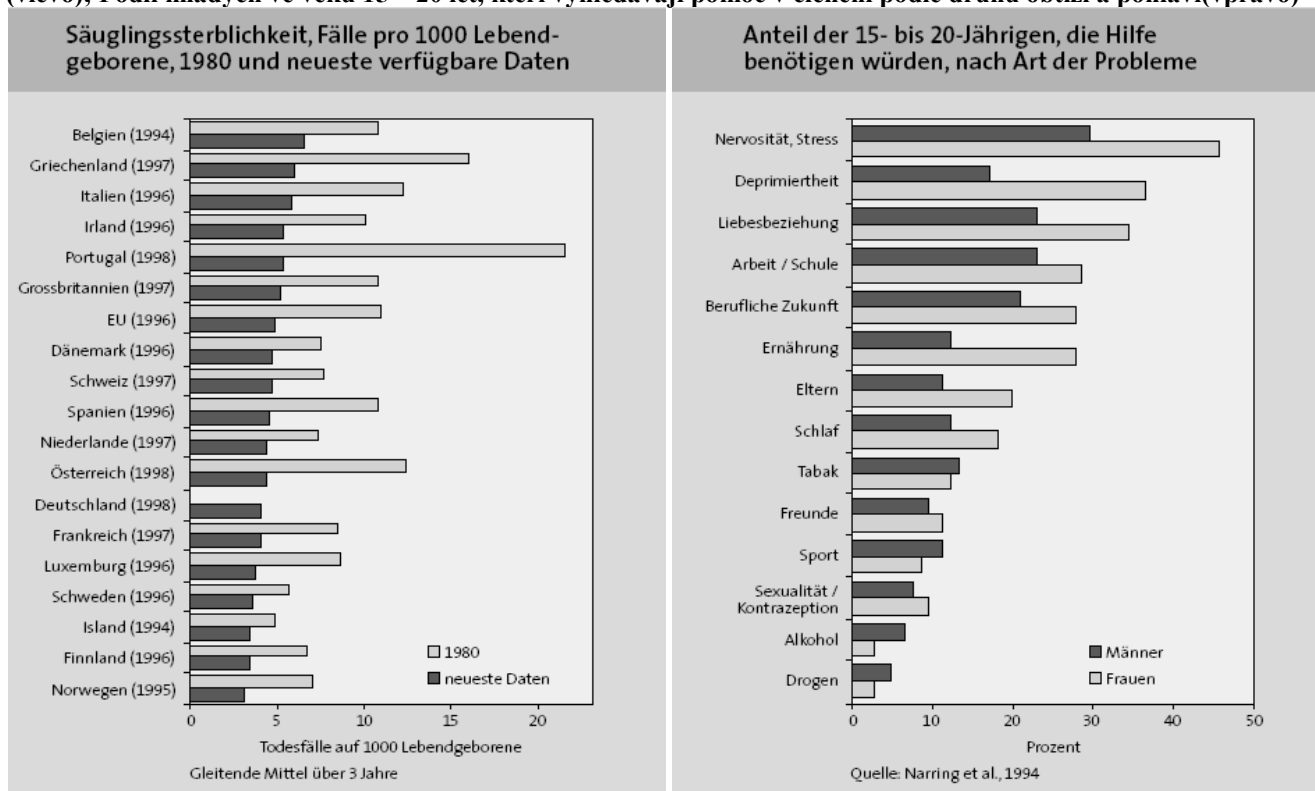
První rok života je z hlediska úmrtnosti jednou z nejnebezpečnějších fází života. Teprve od věku 55 let dosahuje stejné úrovně. Toto riziko v minulých 20 letech v průměru zemí EU o více než 50% kleslo. Švýcarsko, které vykazuje už od roku 1980 srovnatelně nižší hodnoty, leží dnes s pěti úmrtími na 1000 živě narozených těsně pod tímto průměrem. Nízká porodní váha je významným faktorem novorozenecké úmrtnosti (až do 28. dne). Ve Švýcarsku je podíl novorozenců s váhou pod 2500 g nadále kolem 5%, což souvisí také s častějším využíváním metod asistované reprodukce, které častěji vedou k vícečetnému těhotenství.

Velkých pokroků bylo dosaženo v oblasti zdraví chrupu dětí, což se dlouhodobě pozitivně podílí na zdravotním stavu, především na stavu trávicí soustavy. S průměrně jen o něco více než jedním zkaženým nebo chybějícím zubem zaujímají švýcarské dvanáctileté děti v tomto ohledu jedno z nejlepších umístění mezi srovnávanými zeměmi.

V období adolescence se mládež snaží o přesun do světa dospělých, což souvisí s napodobováním a experimentováním. Akutní zdravotní problémy pak mohou být zapříčiněny úrazy, experimentováním s drogami, rizikovými sexuálními praktikami nebo nechtěným těhotenstvím. Dlouhodobě může vést převzetí specifického životního vzoru k chronickým degenerativním onemocněním.

O tom, jaké problémy jsou u dětí a mládeže v popředí, vypovídá anketa ve věkové skupině 15-20 let (Narring, 1994): Téměř polovina dívek a třetina chlapců uvádí, že by potřebovali pomoc při zvládnání napětí a stresu, následují problémy emocionálního druhu (sklíčenost, milostné vztahy), problémy ve škole, s profesní budoucností, s rodiči atd. Vysoká prevalence emocionálních problémů je podložena také mezinárodní studií o zdraví žáků (Currie et al., 2000) Podle ní tvrdí 51 % švýcarských patnáctiletých dívek, že se cítí minimálně jednou týdně sklíčeně. S touto hodnotou se švýcarské dívky nachází mezi srovnávanými 28 zeměmi na pátém místě a chlapci s 22% představují zhruba střední hodnotu.

**Graf č. 15: Kojenecká úmrtnost, počet úmrtí na 1000 živě narozených v roce 1980 a posledním dostupném roce (vlevo); Podíl mladých ve věku 15 – 20 let, kteří vyhledávají pomoc v členění podle druhu obtíží a pohlaví(vpravo)**



## 4.10 Ženy

Ženy žijí v průměru déle než muži a mají ve srovnávaných zemích nižší míru úmrtnosti v důsledku všech příčin smrti. Oproti tomu ve výsledcích dotazování uvádějí ženy častější výskyt nemocí a obtíží a o vyšší spotřebu zdravotní péče, především v souvislosti s těhotenstvím a porodem.

Od 35. roku života je podle Švýcarského dotazování o zdraví z roku 1997 zhruba každá třetí žena postižena častými případně silnými tělesnými obtížemi - jako bolesti hlavy, kříže/ zad, břicha - nebo poruchami spánku, přičemž těmito problémy trpí jen každý pátý muž. Navíc se zdá, že četnost takových problémů se zvýšila. Také chronické problémy, jako revma a vysoký krevní tlak, jsou více rozšířeny u žen, a to především ve stáří. Mezi ženami ve věku 65 let a více se nechalo v průběhu jednoho roku asi 40% žen kvůli takovým problémům lékařsky ošetřit, dobrá třetina žen v tomto věku pravidelně bere léky proti vysokému krevnímu tlaku.

Z hlediska střední délky života zaujímají ženy ve Švýcarsku druhé místo mezi srovnávanými zeměmi a vykazují tomu odpovídající nižší úmrtnost. Výjimku představují násilné příčiny smrti, zejména sebevraždy, a rakovinová onemocnění. Rakovina prsu je nejčastější příčinou úmrtí u švýcarských žen do 65 let a vyžádá si v této věkové skupině přibližně 500 úmrtí za rok (zhruba 1400 ve všech věkových skupinách). Zlepšení se rýsuje v tom, že ve Švýcarsku se začal trend obracet dříve než v EU, takže úmrtnost na tento druh rakoviny je v poslední době pod evropským průměrem. Navíc v západním Švýcarsku, kde byla úmrtnost na tento druh rakoviny obzvláště vysoká, byl zahájen program časného rozpoznání nemocí. Také u rakoviny dělohy, která je ostatně mnohem méně častá, bylo dosaženo markantního snížení úmrtnosti.

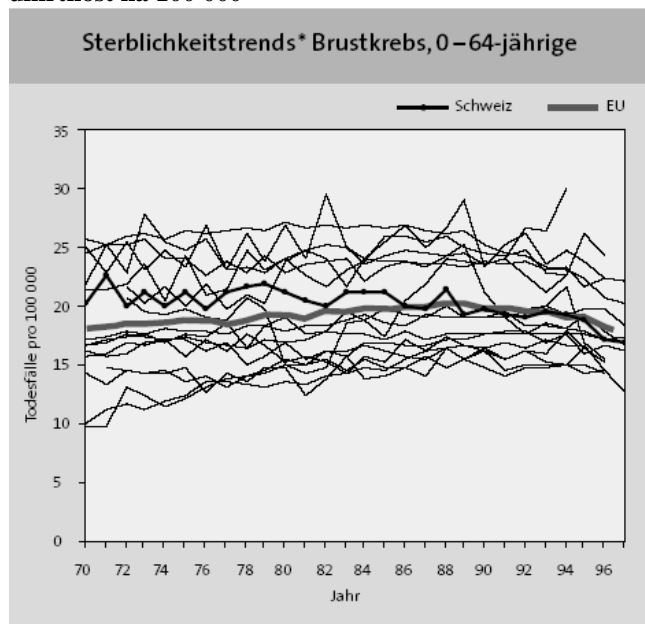
Mateřská úmrtnost až do roku 1980 ve Švýcarsku i v ostatních zemích EU klesala, a od té doby se pohybuje Švýcarsko s průměrně pěti případy úmrtí na 100 000 živě narozených lehce pod evropským průměrem.

Násilí na ženách je považováno za problém spojený s "veřejným zdravím" ("Public Health") poměrně krátce. Tomu odpovídá špatný stav informací o podobě, rozsahu a četnosti takových násilných činů. Nové výzkumy Světové banky (*Heise, 1994*) poukazují na to, že v zemích s tržním hospodářstvím připadá u žen v reprodukčním věku asi 20% dní s narušeným zdravím na konto sexuálního násilí. Při celostátním dotazování výběru žen ve věku 20 až 60 let (*Gillioz et al, 1997*), které žily v partnerském vztahu, vypovědělo v roce 1996 6 % žen, že v průběhu posledních 12 měsíců zažilo psychické nebo sexuální násilí. Podle Švýcarského dotazování o zdraví v roce 1997 rovněž 6 % žen ve věku nad 15 let považovalo za pravděpodobné, že v následujících 12 měsících může být sexuálně obtěžováno, a 3,5 % nuceno k sexuálnímu aktu. Mezi ženami ve věku 15 až 20 let zažilo podle vlastní výpovědi 18% alespoň jednou určitou formu sexuální agrese (*Narring, 1994*).

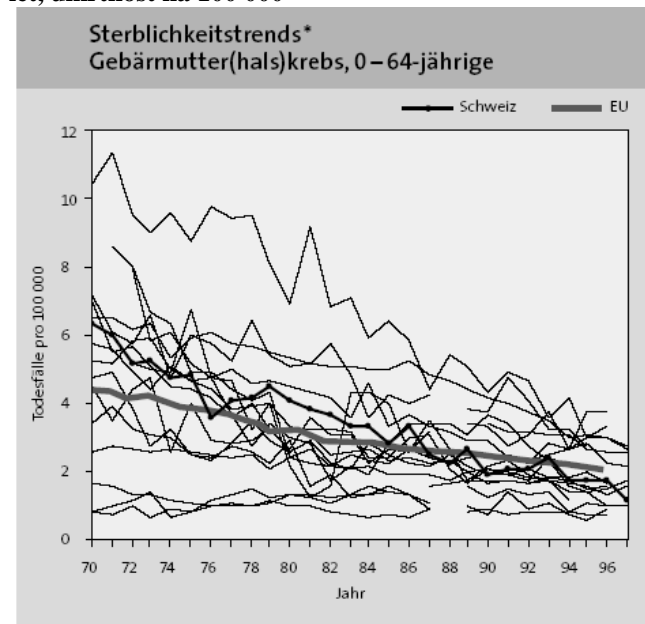
Ženy se často stávají oběťmi smrtelných násilných deliktů, což ukazuje na míru skrytého násilí na ženách. Švýcarsko v tomto ohledu zaujímá třetí místo mezi srovnávanými zeměmi.



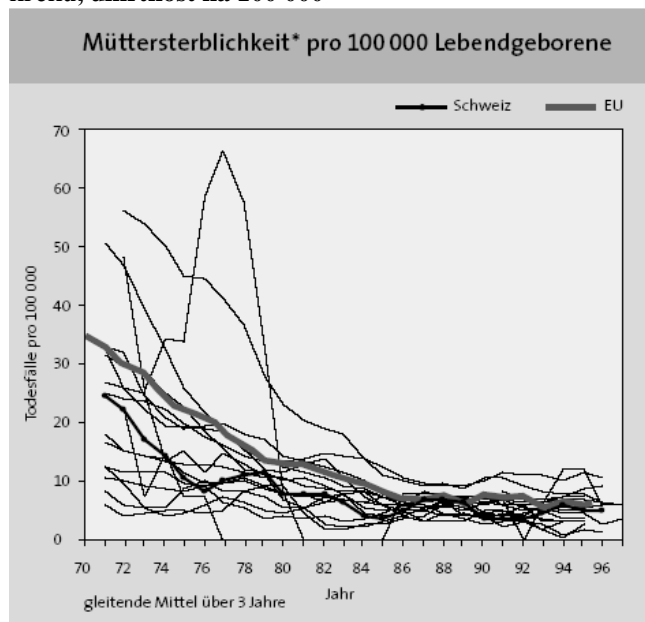
Graf č. 16: Trend úmrtnosti\* - rakovina prsu, 0-64 let, úmrtnost na 100 000



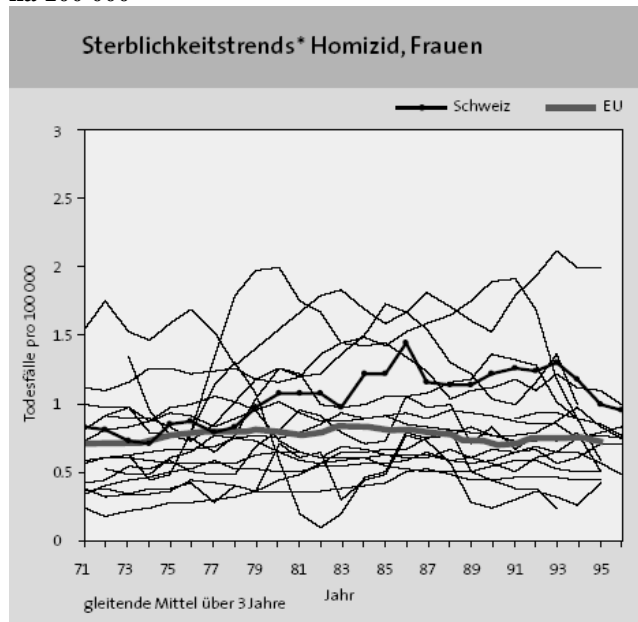
Graf č. 18: Úmrtnost na rakovinu děložního hrdla, 0-64 let, úmrtnost na 100 000



Graf č. 17: Trend úmrtnosti, 0-64 let, rakovina děložního krčku, úmrtnost na 100 000



Graf č. 19: Trend úmrtnosti\*\* - vraždy, ženy, úmrtnost na 100 000



\*

\*\*klouzavý průměr za tři roky

\*\*Mateřská úmrtnost na 100 000 živě narozených dětí

## 5. Životní styl

Mezi početnými faktory, ovlivňujícími zdraví (např. genetické dispozice, materiální a sociální životní podmínky), má rozhodující význam individuální chování. Charakteristiky životního stylu jako stravovací návyky, množství tělesného pohybu, kouření, nadměrná konzumace alkoholu hrají podstatnou roli z hlediska rizika nemocí a předčasného úmrtí, hlavně na kardiovaskulární onemocnění a na rakovinu. Tyto nemoci představují ve většině zemí hlavní příčiny úmrtí obyvatelstva před 65. rokem života. Nezdravý způsob života vede navíc k velkému počtu chronických onemocnění a tím k omezení kvality života obecně, zejména ve stáří.

Individuální životní styl je ovlivňován kolektivním vzorcem chování sociálního okolí a také širšími socioekonomickými podmínkami. Ukázalo se, že zlepšení životního stylu, přinejmenším v západní Evropě, zůstává omezeno v podstatě na příslušníky ekonomicky privilegovaných sociálních vrstev, které mají lepší předpoklady, aby žily zdravěji a přijímaly zdraví podporující poselství (WHO 1993,1999).

## 5.1 Rizikové faktory

Míra, v jaké životní styl ovlivňuje průběh nemoci a úmrtnost obyvatelstva, se dá odhadnout podle četnosti rizikových faktorů jako je vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu nebo nadváha. Pro žádné z těchto kritérií nejsou ve Švýcarsku k dispozici aktuální reprezentativní údaje. Následující údaje se zakládají na výsledcích švýcarského zdravotnického průzkumu z roku 1997 (Calmonte et al.2000).

Zvýšený krevní tlak a hodnoty krevního tuku se častěji vyskytují ve věku nad 40 let. Mezi 55 – 64- letými byla jedna ze čtyř žen a jeden z pěti mužů v průběhu jednoho roku v lékařské péči kvůli vysokému krevnímu tlaku a v 18 % respektive v 17 % užívalo z tohoto důvodu denně léky. U pětiny mužů a čtvrtiny žen této věkové skupiny je zjištěna zvýšená hladina cholesterolu.

Nadváha a obezita je popsána tzv. Body mass indexem (BMI), který je vypočítán z poměru váhy a výšky. Nadváha je obzvláště rozšířena mezi muži: již mezi 25 – 34-letými je téměř každý třetí s lehkou nebo dokonce obezitou. Od středního věku je u téměř poloviny zjištěna (lehká) nadváha a u 10 % obezita. Ve skupině žen nad 55 let vykazuje jedna třetina nadváhu a dobře 10 % trpí obezitou. Se stoupající úrovní vzdělání přibývá u obou pohlaví lidí s normální váhou a ubývá osob s obezitou. V porovnání s výsledky průzkumu z let 1992/1993 se ukazuje stoupající prevalence nadváhy a obezity.

**Tabulka č. 4: Prevalence vysokého krevního tlaku a zvýšené hladiny (cholesterolu) podle věku a pohlaví**

Prävalenz von Bluthochdruck und erhöhtem Blutfettspiegel (Cholesterin), nach Alter und Geschlecht				
Alter	Geschlecht	Bluthochdruck		Hoher Cholesterinspiegel, ärztlich diagnostiziert (%)
		In Behandlung (%)	Einnahme von Arzneimitteln (%)	
35–44 Jahre	Männer	5	1	11
	Frauen	4	3	5
45–54 Jahre	Männer	15	10	19
	Frauen	12	8	13
55–64 Jahre	Männer	21	17	24
	Frauen	25	18	19
65–74 Jahre	Männer	35	27	24
	Frauen	42	29	25

Quelle: Bundesamt für Statistik. Unveröffentlichte Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997

**Tabulka č. 5: Prevalence (%) nadváhy podle Body Mass Indexu (BMI)\*, podle věku a pohlaví**

Prävalenz (%) von Übergewicht gemäss dem Body Mass Index (BMI)*, nach Alter und Geschlecht			
Alter	Geschlecht	Übergewicht (BMI 25-<30)	Adipositas (BMI ≥30)
25–34 Jahre	Männer	26	6
	Frauen	13	4
35–44 Jahre	Männer	36	5
	Frauen	18	6
45–54 Jahre	Männer	48	9
	Frauen	24	7
55–64 Jahre	Männer	49	12
	Frauen	31	13
65–74 Jahre	Männer	48	11
	Frauen	35	13

\* BMI : Gewicht in kg / (Grösse in m)<sup>2</sup>  
 Quelle: Bundesamt für Statistik. Unveröffentlichte Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997

\* BMI: váha v kg/ (výška v m)<sup>2</sup>

Zdroj: Spolkový úřad pro statistiku. Nezveřejněné údaje švýcarského zdravotnického průzkumu 1997.

## 5.2 Tělesná aktivita

Protože míra tělesného pohybu v běžném životním a pracovním dnu u větší části obyvatelstva západní Evropy poklesla, je přičítán tělesné aktivitě ve volném čase pro udržení zdraví větší význam.

Mezi obyvateli Švýcarska klesá podíl těch, kteří minimálně jednou až dvakrát týdně provozují tělesně náročnou aktivitu (např. sportovní aktivitu), už od 25. roku života. V roce 1997 téměř třetina mužů ve věku 34-44 let (31%) neměla žádnou takovou aktivitu a u 65 – 74 letých se to týkalo již 45 %. Pro ženy byly odpovídající hodnoty 40% a 63%. Od roku 1992/1993 rostl mezi mladšími u obou pohlaví podíl těch, kteří jsou tělesně aktivní alespoň třikrát týdně a u starších zůstaly stejné. Oproti tomu podíl osob provozujících fyzickou aktivitu jednou až dvakrát týdně poklesl, a to především u žen bez ohledu na věk (Spolkový úřad pro statistiku, 1997).

## 5.3 Výživa

Zvyky ve stravování jsou zakotveny v kulturních tradicích a ovlivněny zemědělskou produkcí. U velké části populace se však v důsledku globalizace potravinového trhu, rychlejších prostředků přepravy, účinnějších konzervačních metod a větší kupní síly. To vede k určitému narovnání různých vzorců stravování, které zřejmě existují mezi severem a jihem Evropy.

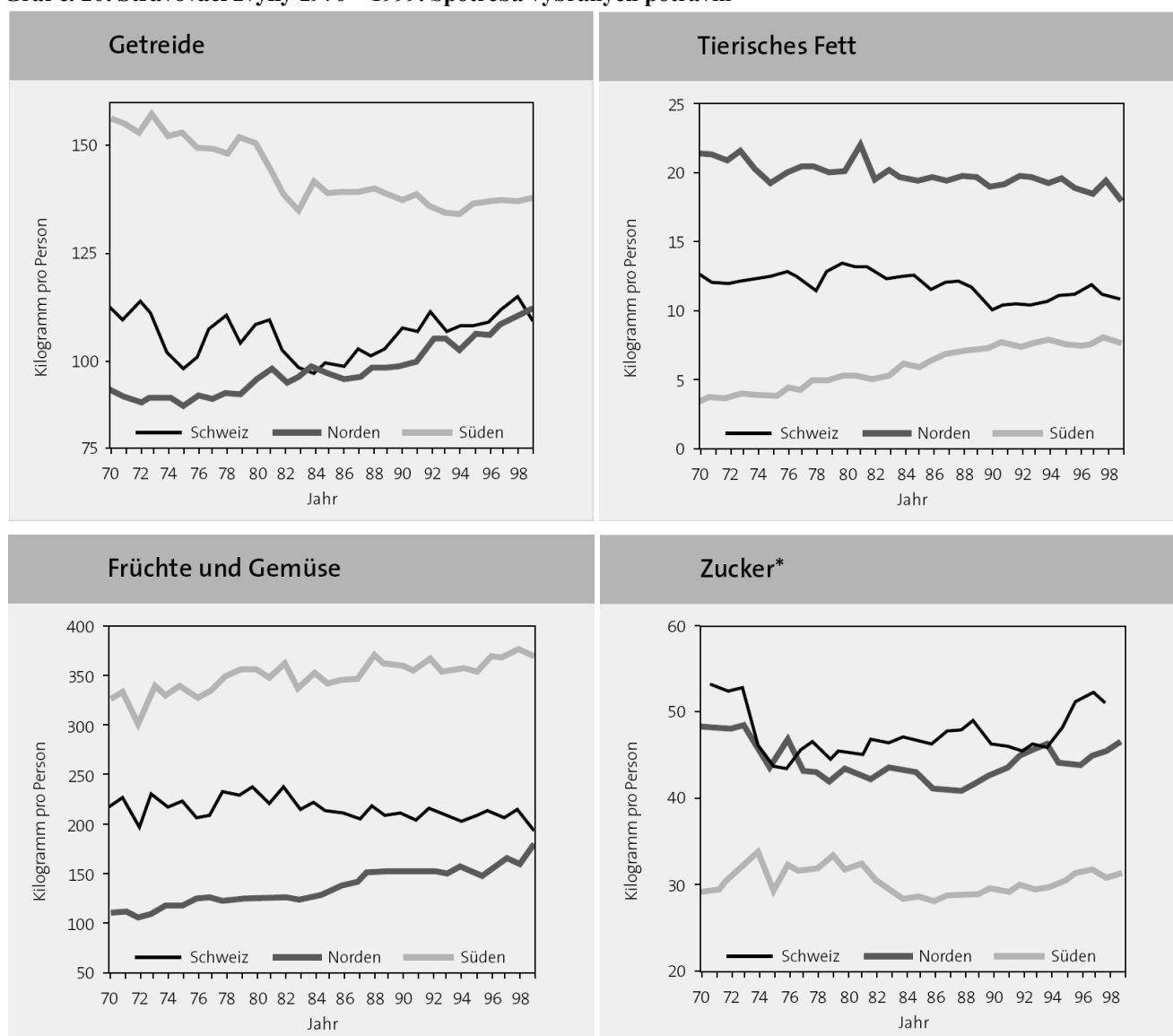
Rozdíly ve stravovacích zvycích na severu a jihu (západní) Evropy jsou doloženy údaji o spotřebě potravin, které na národní i mezinárodní úrovni uplatňuje FAO (Organizace Spojených národů pro zemědělství a výživu) od šedesátých let<sup>27</sup>.

<sup>27</sup> rozšíření mezinárodního obchodu bylo ještě urychleno v roce 1994 rozšířením dohod o volném obchodu s potravinami (GATT Uruguay Round). Tento proces měl vliv na spolehlivost mezinárodních statistik potravin, takže jsou mezinárodní srovnání od roku 1994 obtížnější.

Podle toho je pro sever Evropy typická spotřeba nasycených tuků, která je spojena s nízkou spotřebou ovoce a zeleniny, zatímco pro jih je typický opak.

Spotřeba obilovin ve Švýcarsku odpovídá zhruba průměru zemí severu Evropy a rovněž vykazuje stoupající tendenci. Podobný trend je možno pozorovat u spotřeby cukru, přičemž úroveň jeho spotřeby je ve Švýcarsku nad průměrem severních zemí. Oproti tomu je Švýcarsko se spotřebou živočišných tuků jakož i ovoce a zeleniny mezi oběma průměrnými hodnotami. Zatímco však spotřeba živočišných tuků od roku 1980 nepřetržitě klesá a blíží se průměru jižních zemí, klesá spotřeba ovoce a zeleniny a na konci devadesátých let dosáhla nízké úrovně severu Evropy.

**Graf č. 20: Stravovací zvyky 1970 – 1999. Spotřeba vybraných potravin**



\* údaje pro Švýcarsko : přes 3 roky klouzavé poměry

Ryba se dostává na stůl ve vnitrozemském Švýcarsku stále ještě málo: jen u 6 % obyvatel (věk 15-74 let) nejméně třikrát týdně. Maso a uzeniny jí téměř každý druhý muž v pěti až šesti dnech v týdnu (19 %) nebo denně (30 %), u žen je to 15 %. Od roku 1992/1993 se zdá, že stoupl podíl bílého masa (drůbež, telecí). Jedna třetina obyvatel mu dává přednost před masem červeným, ženy (45 %) více než muži (26 %). Takřka 80 % žen a 70 % mužů jí denně ovoce (Spolkový úřad pro statistiku, 1997).

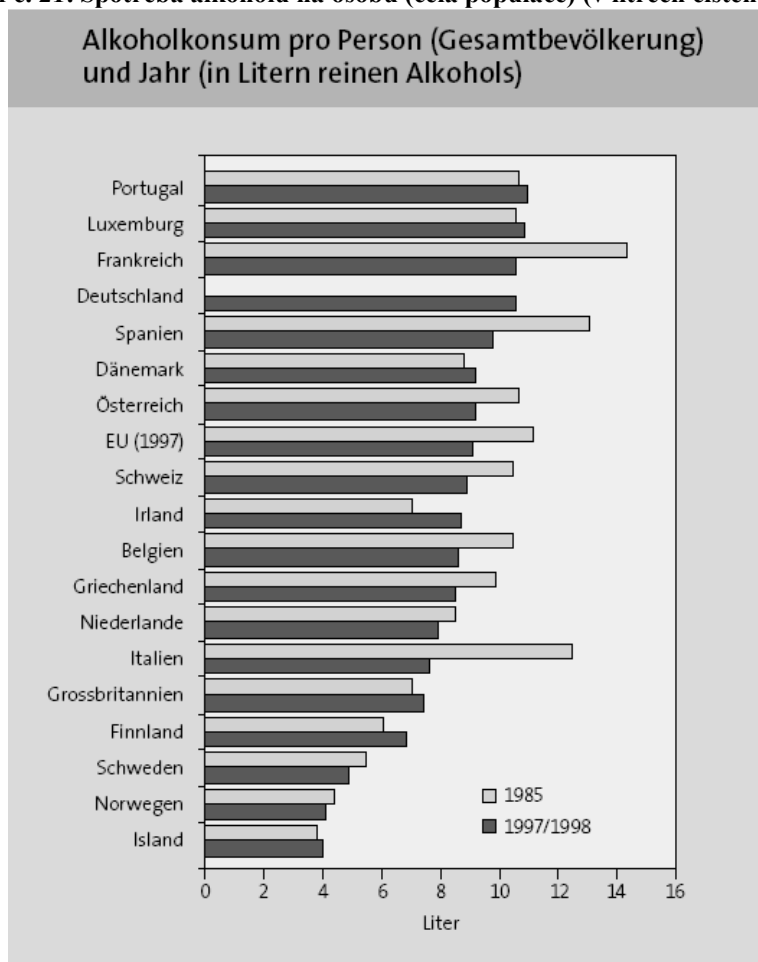
## 5.4 Spotřeba alkoholu

V zemích EU celkem spotřeba alkoholických nápojů po nárůstu v sedmdesátých letech od roku 1980 stále klesá. Ve Švýcarsku tento pokles nastal v roce 1985, u piva a vína zejména po roce 1990. Od roku 1985 klesla celková spotřeba alkoholu o 15 % a v roce 1997 byla s 9,2 litru (čistého) alkoholu na hlavu a rok těsně pod průměrem EU. Mezi lety 1996 a 2000 byla průměrně spotřeba na hlavu ročně 59 litrů piva (72 litrů na hlavu ve věku nad 15 let), 43 litrů vína (resp. 53 litrů) a 3,7 litru destilátů (resp. 4,5 litru). Pivo tvořilo 30 % celkové spotřeby (čistého) alkoholu, víno 52 % a tvrdý alkohol 16 % (Zpráva konfederace o alkoholu, 2001).

Podle průzkumu *Dotazování o zdraví* z roku 1997 pije každý čtvrtý muž a každá desátá žena denně alkoholický nápoj a dalších 15 % příp. 6 % pije alkoholické nápoje vícekrát týdně, zatímco 11 % mužů a 26 % žen nepije alkohol vůbec. Průměrné množství alkoholu za den konzumované většinou populace (více než 80 % mužů a téměř 70 % žen) nepředstavuje významné zdravotní riziko - alespoň se zřetelem na chronické zdravotní problémy (<20g čistého alkoholu na den pro ženy, < 40 g pro muže).

Okolo 4 % žen a mužů podstupuje na základě konzumace alkoholu střední zdravotní riziko (20- 40g/den příp. 40-60 g / den) a dobře u 3 % mužů zhruba u 1 % žen je toto riziko vysoké ( $\geq 40$ g příp.  $\geq 60$ g/den.)

**Graf č. 21: Spotřeba alkoholu na osobu (celá populace) (v litrech čistého alkoholu/rok)**



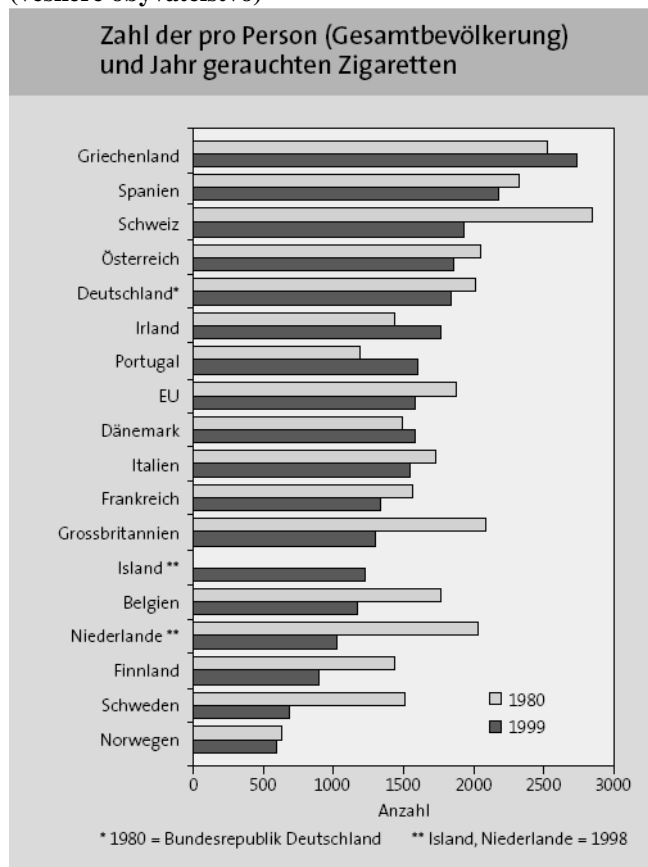
## 5.5 Kouření

V roce 1997 zhruba jedna třetina obyvatel nad 15 let, přesněji 38 % mužů a 27 % žen, kouřilo příležitostně nebo pravidelně. Od roku 1992/1993 podíl kuřáků značně vzrostl, obzvláště mezi 15- 24letými (muži i ženami). Ve věku 15 – 44 let kouřilo roce 1997 cca 45 % mužů a přes 35 % žen.

Mezi srovnávanými evropskými zeměmi zaujímá Švýcarsko třetí místo co se týká počtu vykouřených cigaret na jednoho obyvatele a rok, a rovněž v počtu denně kouřících mužů – pokud jsou k dispozici odpovídající data. Co se týče míry pravidelně kouřících žen nepatří Švýcarsko sice ke špičce, obsazuje však jedno z předních míst.

Švýcarsko v poslední době zesílilo snahy kontrolovat spotřebu tabáku. V červnu 2001 tak byl předložen odpovídající dokument o národní protitabákové politice. Navíc Švýcarsko aktivně podporuje evropské a globální snahy v této oblasti.

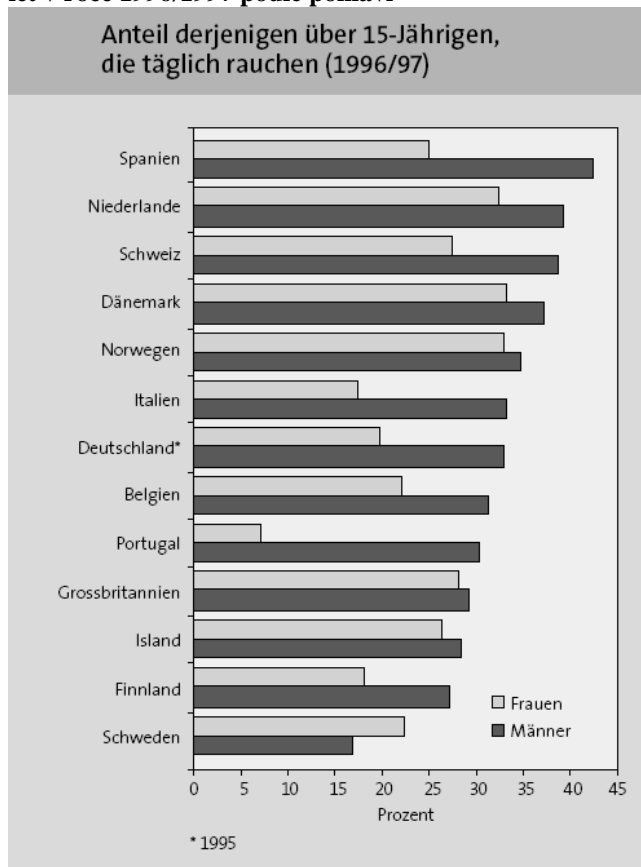
**Graf č. 22: Počet vykouřených cigaret na osobu a rok (veškeré obyvatelstvo)**



\* 1980 = Spolková republika Německo

\*\* Island, Nizozemí = 1998

**Graf č. 23: Podíl (každodenních kuřáků) ve věku nad 15 let v roce 1996/1997 podle pohlaví**



## 5.6 Spotřeba ilegálních (nelegálních) drog

Mezi 15 – 39letými konzumoval v roce 1997 každý třetí muž (33 %) a každá pátá žena (20 %) alespoň jednou v životě hašiš a 9,5 % resp. 4,5 % jej konzumovalo v roce průzkumu. Konzumace drog stoupla obzvláště mezi 15 – 24letými. V této věkové skupině konzumovalo drogy 16 % mužů a 9 % žen. Mladí začínají zpravidla s užíváním konopí před 18. rokem života (Gmel 2000).

Podíl osob, které někdy v životě užily tzv. tvrdé drogy (tj. prevalence v průběhu života), stoupl v roce 1997 na 4,6 % (mezi 15-39letými 6 % u mužů a 3,3 % u žen). Nejrozšířenější drogou byl kokain (3,2 %), následovala extáze (2,1 %), amfetaminy (1,2 %) a heroin (1 %). Od roku 1992/1993 je zaznamenán lehký nárůst jak u prevalence v průběhu života, tak i u aktuální konzumace. V roce 1997 prohlašovalo takřka 1 % (1,3 % mužů a 0,5 % žen), že tyto drogy stále ještě konzumují.

Případy úmrtí zapříčiněné spotřebou drog, které na počátku devadesátých let ročně představovaly více než 400 případů, od roku 1995 stále klesají – v roce 1998 na 210 případů, tedy téměř na polovinu (Spolkový úřad policie, 1999). Tento pozitivní vývoj je možno přičíst především programům lékařsky kontrolované distribuce (heroinových receptů), se kterými bylo dosaženo podstatných zlepšení ve vztahu k sociálně nežádoucímu chování toxikomanů (např. kriminalita, prostituce) a především sociální a profesní integraci, čímž bylo dosaženo zlepšení kvality života drogově závislých (Uchtehagen, 1996).

## 6. Životní prostředí

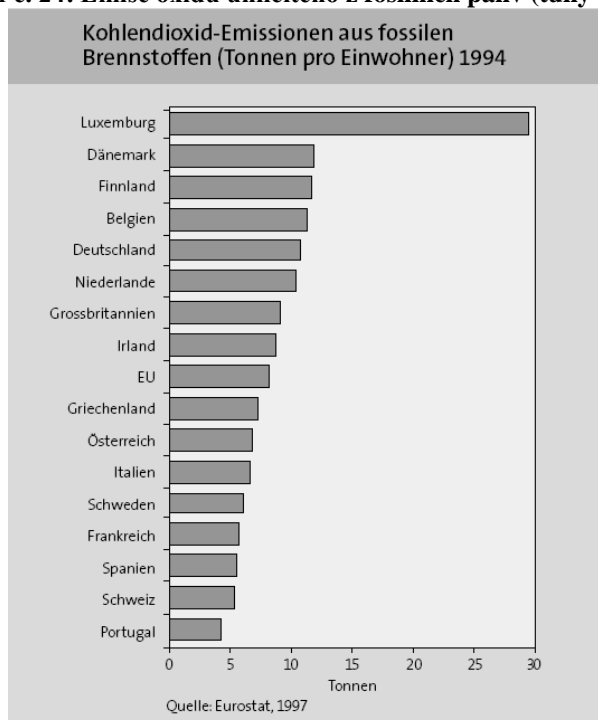
Lidské zdraví je vystaveno ohrožení akutního a dlouhodobého působení škodlivých látek v životním prostředí. V dlouhodobé perspektivě se jedná o to, abychom se postarali o zdraví příznivý a udržitelný rozvoj a ochránili zvláště potravinový řetězec (voda, zemědělská výroba) před kontaminací škodlivými látkami. Krátkodobě mají snahy o ochranu životního prostředí za cíl zamezit potenciálnímu znečištění nebo toto znečištění alespoň omezit. Přitom je nutno zohlednit skutečnost, že ne všichni lidé, případně sociální skupiny jsou vystaveni ve stejné míře zátěži ze životního prostředí. Tak jsou např. těhotné ženy, děti a starší nebo nemocné osoby zranitelnější a s větší pravděpodobností postiženy znečištěným vzduchem nebo kontaminovanými potravinami než jiné skupiny.

U určitých skupin obyvatelstva mají nepříznivé životní podmínky tendenci hromadit se. Například nízký příjem jde často ruku v ruce se zatěžujícími faktory pracovního prostředí (škodlivé látky, zvýšené riziko úrazů) a se špatnými bytovými poměry (vysoká hustota osídlení, znečištění vzduchu, hluk atd.). Takové podmínky mohou ovlivnit zdraví a životní pohodu jak přímým tak i nepřímým způsobem, zapříčiňujíce akutní stres a chronické zátěže, které jsou dále podnětem pro nezdravé způsoby jejich zvládnání jako je např. brání léků nebo nadměrná konzumace alkoholu.

### 6.1 Kvalita ovzduší

Mezi látkami, které se do atmosféry dostávají lidskou činností, má globální význam oxid uhličitý, vznikající spalováním fosilních zdrojů energie. Ve Švýcarsku asi 90 % emisí tzv. skleníkových plynů pochází z těchto procesů spalování, k čemuž přispívají stejnou měrou domácnosti, průmysl a silniční doprava. Množství produkovaného oxidu uhličitého na osobu a rok se od začátku osmdesátých let nezměnilo. Viděno v absolutních číslech je však zaznamenán lehký nárůst, který je možno připsat hlavně silničnímu provozu (AefU, 1997, Spolkový statistický úřad, 1998). Švýcarsko patří mezi evropskými sousedy k zemím s nejnižšími emisemi oxidu uhličitého na obyvatele. Jako ve většině evropských zemí byly emise oxidu uhličitého v posledních desetiletích značně zredukovány, takže dnes platící národní emisní limity nejsou překročeny. Nicméně co se týče ostatních škodlivých látek v ovzduší, představuje stupeň znečištění stále vážný problém. Tak je zatížení oxidy dusíku a ozónem z části značně nad mezními hodnotami, přičemž spíše než maximální naměřené hodnoty jsou u těchto látek znepokojivé střední hodnoty zátěže stejně jako u jemného prachu (PM10) (AefU, 1997).

**Graf č. 24: Emise oxidu uhličitého z fosilních paliv (tuny na obyvatele) v roce 1994**



Zdroj: Eurostat, 1997

## 6.2 Kvalita vody a ochrana vod

Pitná voda je získávána ze 80 % z pramenité a podzemní vody a cca. z 20 % z jezer. Pouze 29 % vody distribuované přes veřejnou zásobovací síť, získané v zásadě z povrchových vod, je upravováno ve vícestupňovém procesu. Voda je obecně dobré hygienické kvality, přesto se stupeň znečištění dusičnany liší v závislosti na regionu. Pro takové znečištění nejsou k dispozici žádná systematické měření. Od roku 1970 je průměrná spotřeba pitné vody v domácnostech stále stabilně na cca. 180 litrech na obyvatele a den. Většina domácností je připojena na veřejnou síť pitné vody; některé domácnosti – především v odlehlých horských oblastech – mají vlastní studny. Na počátku devadesátých let bylo asi 90 % odpadních vod odváděno do čistíren odpadních vod (Úřad konfederace pro životní prostředí, lesy a krajinu, 1994).

## 6.3 Odpady

Odpad vznikající v průmyslových zemích ve velkém množství představuje ohrožení zdraví v podobě znečištění ovzduší, vody a půdy škodlivými látkami. Po masivním nárůstu v osmdesátých letech klesá ve Švýcarsku od začátku devadesátých let ročně množství odpadu díky nové legislativě a zvýšené míře recyklace. Pokud byla země v roce 1990 se 439 kg komunálního odpadu na obyvatele značně nad průměrem zemí EU ve výši 388 kg (Eurostat, 1997), pak v roce 1996 to bylo již jen 352 kg (Úřad konfederace pro životní prostředí, lesy a krajinu, 1998). Co se týče odstraňování odpadu, je dnes tři čtvrtiny veškerého odpadu a 80 % komunálního odpadu likvidováno ve spalovnách.

Podíl recyklovaného materiálu na celkové spotřebě činí dobře 60% u papíru, zhruba 80 % u skla a PET materiálu a 55 % u bílého plechu (Úřad konfederace pro životní prostředí, lesy a krajinu, 1998).

## 6.4 Bydlení – bytové prostředí

Bytové poměry – kvalita bytu, obytná zóna a infrastruktura – mají obecně vliv na blaho a zdraví člověka. Obzvláště problematický však je zdravotní stav bezdomovců. Bezdomovci trpí často typickými zdravotními problémy, které jdou ruku v ruce s chudobou: nedostatkem stravy, infekčními onemocněními, psychosociálním stresem, který vyplývá ze sociální izolace a nejistoty atd.

Zatímco ve většině členských států EU v posledních letech vznikly studie o bezdomovectví a nejistých bytových poměrech, ve Švýcarsku je možné se opřít jen o odhady situace ve větších městech. Bezdomovectví v užším slova smyslu by mělo být relativně řídkým jevem. Novější studie (Leu et al., 1997) však poukazuje na to, že významná část určitých skupin obyvatelstva žije v kritických bytových poměrech (nadměrné obsazení, špatná kvalita bytů atd.) mimo jiné z důvodu rostoucí nezaměstnanosti a zhoršující se ekonomické situace. celkově 11 % obyvatelstva žije v nadměrně obsazených bytech. Plná čtvrtina jsou mladé rodiny a cizinci, mezi nimiž je rodin s více než 2 dětmi 44 % (Spolkový statistický úřad, 1998).

Co se týká bytových poměrů obecně, činila obytná plocha na osobu 39m<sup>2</sup> (1980: 34 m<sup>2</sup>) a hustota osídlení byla na 0,63 osoby na pokoj. Naopak 28 % bytů bylo s minimálně jednou osobou na pokoj (Spolkový statistický úřad, 1998).

S pokračující urbanizací a rostoucí silniční a leteckou dopravou, se stal problémem hluk a jeho působení na lidské zdraví. Mezi zdroji rušení v obytné oblasti je tak nadále na prvním místě dopravní hluk. 28 % žen a mužů dotázaných ve švýcarském průzkumu zdraví v roce 1997 pociťuje ve svém bytě dopravní hluk jako obtěžující a 19 % je rušeno hlukem v sousedních bytech.

Ochrana před nebezpečím úrazu v domácnosti nebo při volnočasových aktivitách je důležitým faktorem s ohledem na zdraví obyvatel, obzvláště když v této oblasti dochází k většímu množství poranění než je způsobeno úrazy v práci nebo v silniční dopravě.

Kvůli úrazům při sportu nebo ve volném čase muselo být v roce 1997 hospitalizováno 2,3% mužského a 1% ženského obyvatelstva (od 15. roku života). Dalších 5,9 % resp. 3,5 % dotázaných bylo ošetřeno ambulantně. Kvůli úrazům v domácnosti (byt, dům, zahrada) bylo v nemocničním ošetření 0,5 % mužů a 0,8 % žen a dalším 1,7 % resp. 2,9 %



poskytnuta ambulantní péče (Calmonte et al., 2000). Zatímco úrazy související s činnostmi v domácnosti se vyskytují častěji s přibývajícím věkem, jsou úrazy při sportu nebo ve volném čase postiženy především mladší věkové skupiny.

## 6.5 Pracovní prostředí

Zdravotní rizika a zátěže na pracovišti jsou stále ještě důležitou příčinou nemoci a úmrtí. Přesto je všeobecně málo známo o formách, četnosti a míře nebezpečných pracovních podmínek jakož i o počtu dotčených pracovišť příp. postižených osob. Počet uznaných nemocí z povolání, jež vedou k získání invalidního důchodu, umožňují odhad úrovně rizik, ačkoliv tato čísla jsou obecně nižší než je skutečný stav. Zpravidla je uznána jen malá část nahlášených případů a mezi ohlášením a uznáním může uplynout velmi mnoho dlouhá doba.

Nemoci z povolání vykazují, zdá se, ve Švýcarsku mírně klesající trend. V roce 1997 bylo hlášeno 2844 nových onemocnění u mužů a 814 u žen, což odpovídá míře 14,1 resp. 6,8 na 10 000 zaměstnaných (Spolkový statistický úřad, 1999).

Riziko úrazu při výkonu povolání je oproti tomu podstatně vyšší. Ačkoliv míra osob zraněných při pracovních nehodách se ve Švýcarsku od roku 1980 zredukovala, byla v roce 1996 s 870 zraněnými (1127 mužů a 420 žen) na 100 000 pojištěných (vyjádřeno v místech na plný úvazek) ještě relativně vysoká (Sběrné místo pro statistiku úrazového pojištění UVG, 1996). U profesních úrazů není možno provést žádné přímé porovnání s ostatními zeměmi z důvodu rozdílné metodologie zjišťování. Statistika Eurostat vykazuje např. jen ty úrazy, které měly za následek pracovní neschopnost v délce tří a více dní.

Přes 100 osob přichází ročně o život v důsledku pracovních úrazů. To odpovídá množství 3,2 případů úmrtí na 100 000 pojištěných (1996). Měřeno množstvím ze začátku devadesátých let to představuje značnou redukci. Protože však byly zaznamenány menší míry v zemích jako je Nizozemí nebo Velká Británie, je možno odvozovat, že ve Švýcarsku jsou možné ještě pokroky.

## 7. Systém zdravotnictví<sup>28</sup>

### 7.1 Struktura a organizace

Švýcarské zdravotnictví má vysloveně federalistický charakter, takže nemůžeme mluvit o jednotném švýcarském systému zdravotnictví. Celková oblast zdravotní péče je tak rozčleněna do 26 více či méně rozdílných systémů – odpovídajících počtu kantonů a polo-kantonů. – Dozor nad zdravotnickými službami náleží kantonálním ředitelům zdravotnictví, jejichž kompetence jsou vymezeny legislativou na úrovni Konfederace, zejména zákonem o zdravotním pojištění (KVG/LAMal). K tomu ústava Konfederace zaručuje všem poskytovatelům zdravotní péče (v ambulantním i nemocničním sektoru) svobodu sídla a provozování praxe. Ředitelky a ředitelé zdravotnictví jednotlivých kantonů jsou sdružení ve "Švýcarské konferenci ředitelů zdravotnictví" která usiluje svými doporučeními a společnými stanovisky o určitou koordinaci a harmonizaci zdravotnické politiky.

Kompetence Konfederace se omezují na oblasti zdravotního, úrazového a invalidního pojištění a veřejné zdravotnictví (public health). S výjimkou otázek dotýkajících se životního prostředí je vykonává Úřad Konfederace pro vnitřní záležitosti. Ten vydává zpravidla rámcové zákony, zatímco prováděcí nařízení a jejich výkon jsou přeneseny na kantony a obce. Hlavní dozor provádí Konfедераční úřad veřejného zdraví - podřízený Úřadu pro vnitřní záležitosti. K hlavním úkolům tohoto úřadu patří:

- kontrola přenosných nemocí;
- ochrana před zářením a kontrola chemických produktů;
- bezpečnost potravin;

<sup>28</sup> Detaily je možno najít v dokumentu Health Care Systems in Transition (HiT) Switzerland, European Observatory on Health Care Systems, 2000.

- zákonodárství a kontrola v oblasti omamných prostředků;
- prevence závislosti (alkohol, tabák, léčiva, nelegální drogy);
- organizace a udílení konfedačních zkoušek pro lékařské profese;
- legislativa upravující profesní vzdělávání nelékařských zdravotnických profesích.

V oblasti zdravotního pojištění má Konfederace kompetence legislativní a dozorové, které jsou rovněž vykonávány Spolkovým úřadem pro sociální pojištění podléhajícím Úřadu pro vnitřní záležitosti. Od roku 1996, kdy vstoupil v platnost nový zákon o zdravotním pojištění (KVG), existuje pro všechny osoby s pobytem ve Švýcarsku pojišťovací povinnost u základního zdravotního pojištění. Pojišťovny činné v oblasti povinného pojištění jsou registrovány uvedeným Spolkovým úřadem a jsou povinny mu skládat účty. Nad to nesmí být těmito aktivitami dosahováno zisku a nikomu nesmí být odepřen o uzavření tohoto povinného pojištění. Určitá míra solidarity mezi pojištěnci je dosažena jednotným pojistným nezávislým na věku a pohlaví. Jeho výše se však liší mezi kantony a uvnitř kantonů mezi pojišťovnami. Souvisí to mimo jiné s rozdílnou úrovní nákladů v kantonech a s konkurencí mezi pojišťovnami. Pojištěnci mohou změnit pojišťovnu maximálně dvakrát za rok. Pojistné není závislé na výši příjmu, osoby s nízkým příjmem (příp. rodiny) však dostávají od Konfederace a kantonu určitý příspěvek na pojištění. Ve švýcarském průměru v roce 1998 využívalo takovéto „příspěvky“ 30% pojištěnců, přičemž v tomto podílu jsou značné rozdíly mezi kantony (Úřad pro sociální pojištění, 2000). Dospělí pojištěnci musí nést zákonnou spoluúčast na nákladech ambulantního ošetření a u léčiv. Jedná se o částku 230 franků za rok. Pojištěnci mohou docílit snížení pojistného volbou vyšší spoluúčasti, nebo uzavřením alternativní formy pojištění (např. HMO, bonusový systém).

Při stanovení výkonů poskytovaných a hrazených v rámci základního pojištění přísluší s úřadům Konfederace určitá kompetence v oblasti regulace. V souladu se zákonem musí být výkony poskytované a hrazené v rámci povinného pojištění účinné, účelné a hospodárné. Toto spektrum zahrnuje především výkony k diagnostice a léčení nemocí a poranění v oblasti ambulantní a nemocniční péče, včetně péče domácí a v domovech s pečovatelskou službou, nutné náklady na přepravu, některá preventivní opatření a omezený rozsah péče stomatologů.

40 % obyvatelstva má dobrovolné připojištění pro komfortnější ubytování v nemocnici. Na rozdíl od povinného pojištění mají pojišťovny možnost žadatele odmítnout nebo jeho pojištění spojit s určitými smluvními podmínkami. Všichni zaměstnanci jsou od roku 1984 povinně pojištěni podle Zákona konfederace o úrazovém pojištění na následky pracovních nebo jiných úrazů. Od roku 1959 rovněž existuje povinné invalidní pojištění pro veškeré obyvatelstvo, které uhradí profesní rehabilitaci a náhradu ušlého výdělku. Obě pojištění jsou financována podle modelu sociálního pojištění, tj. výpočtem z dosahovaného výdělku (přispívají do něj zaměstnavatelé i zaměstnanci).

Ambulantní péče je zpravidla poskytována soukromými poskytovateli (především smluvními lékaři zdravotních pojišťoven) a hrazena na základě platby za výkon. Nemocnice jsou provozovány veřejnými institucemi (kantony, obce) nebo soukromými, zčásti veřejně subvencovanými. Výše úhrad jsou vyjednávány na úrovni kantonů mezi Svazem zdravotních pojišťoven a (soukromě právními) organizacemi poskytovatelů služeb (např. sdruženími lékařů, asociacemi nemocnic atp.) nejčastěji za účasti Zdravotního úřadu kantonu. Dávky úrazového pojištění a invalidního pojištění jsou shodné pro všechny poskytovatele služeb na základě jednotných národních tarifů.

## 7.2 Primární zdravotní péče

Ambulantní zdravotní péče je zajišťována především lékaři v soukromých praxích (všeobecní lékaři a specialisté), kteří zčásti provádějí domácí návštěvy. Dále ji poskytují ambulantní části veřejných nemocnic (např. polikliniky) nebo soukromé kliniky. Pro pacienty existuje principiálně svobodná volba lékaře a neomezený přímý přístup ke specialistům. Volba je omezena pouze, pokud si pacient vybral speciální variantu povinného pojištění (např. HMO).

Lékařská péče je účtována podle výkonových tarifů, vyjednaných v jednotlivých kantonech mezi Svazem zdravotních pojišťoven a sdružením lékařů; buď je přímo hrazena poskytovateli služeb pojišťovnou nebo zpětně proplacena pacientovi. Do budoucna budou v celém Švýcarsku výkony úhrad počítány podle jednotného sazebníku hodnot výkonů. Za všechny

náklady ambulantní péče a léky v průběhu kalendářního roku musí dospělé osoby hradit spoluúčast minimálně 230 franků. Nad tuto hranici pak spoluúčast ve výši 10 % nákladů až do max. 600 franků. Spoluúčast se nevztahuje na pacienty do 18 let a příplatek 10 % za děti těžce domácnosti je omezen hranicí 300 franků.

Kantony a obce se starají o školní lékařskou službu, která provádí pravidelná kontrolní vyšetření na veřejných školách, sleduje stav imunity školáků, provádí očkovací programy atd.

### 7.3 Stomatologická péče

Stomatologickou péči zajišťují především volně praktikující lékaři a (veřejné) stomatologické kliniky. Povinné zdravotní pojištění hradí pouze náklady určitých, především chirurgických zákroků, ne však preventivních nebo udržujících výkonů.

Školní stomatologická služba vyšetřuje vícekrát během povinné školní docházky zdraví zubů školáků a popřípadě navrhuje opatření, jejichž realizace a uhrazení nákladů je však zpravidla záležitostí samotné dotčené osoby.

### 7.4 Domácí zdravotní péče

Význam domácí tzv. externí zdravotní péče (Spitex) v posledních letech neustále stoupá, což je vyjádřeno také v tom, že náklady této péče jsou v omezeném rozsahu hrazeny z prostředků povinného pojištění.

Nabídka takových služeb přísluší obcím, které ji často delegují na soukromě právní subjekty. Struktura těchto pečovatelských služeb, tzn. rovněž dostupnost této péče a její rozsah jsou rozdílné jak mezi kantony tak i mezi obcemi.

### 7.5 Léčiva

V roce 1997 bylo prodáno soukromými lékárnami 70 % mimo nemocnice spotřebovaných léků, 23 % bylo prodáno smluvními lékaři, kteří mají odpovídající povolení (1/4 všech volně praktikujících lékařů), a 7 % drogeriemi (Pharma Information, 1998).

Téměř třetina léčiv se nachází na *Seznamu léčiv hrazených z povinného zdravotního pojištění*. Tyto preparáty, které je možno dostat jen na lékařský předpis, představovaly v roce 1997 60% podíl na trhu. Léčiva mimo tento pozitivní seznam jsou placena přímo pacientem, případně z dobrovolného pojištění.

Ani úřady ani pojišťovny neuzavírají žádné dohody ve vztahu k cenám. Úřad pro sociální pojištění, kterému přísluší vyhotovení seznamu má na ceny léčiv určitý vliv, prostřednictvím kritérií pro přijetí léčiva do seznamu, kdy je jedním z kritérií jeho hospodárnost. V případě nutnosti mohou vyšší cen upravit orgány cenového dozoru.

### 7.6 Nemocniční péče

Nemocnice jsou provozovány veřejnými korporacemi (kantony nebo obcemi případně sdruženími obcí) i soukromými poskytovateli, u nichž se může jednat jak o neziskové organizace, tak i ziskové podniky. Investiční náklady veřejných zařízení jsou hrazeny kantony nebo obcemi, které přispívají také na provozní náklady veřejných a soukromých, veřejně prospěšných (neziskových) nemocnic, a často přebírají záruky za případné deficity/ztráty.

Pacienti mají v rámci povinného pojištění možnost volby mezi veřejnými a veřejně prospěšnými nemocnicemi v kantonu, ve kterém žijí. Doplnkové pojištění pokrývá případně také vyšší náklady při ošetřování mimo kanton nebo na soukromé klinice. V celém Švýcarsku se musí pacienti, kteří nebydlí s jinými rodinnými příslušníky v jedné domácnosti, podílet na nákladech hospitalizace spoluplatbou 10 franků na den (s výjimkou těhotných). Tím je zohledněno snížení nákladů na vedení vlastní domácnosti během pobytu v nemocnici.

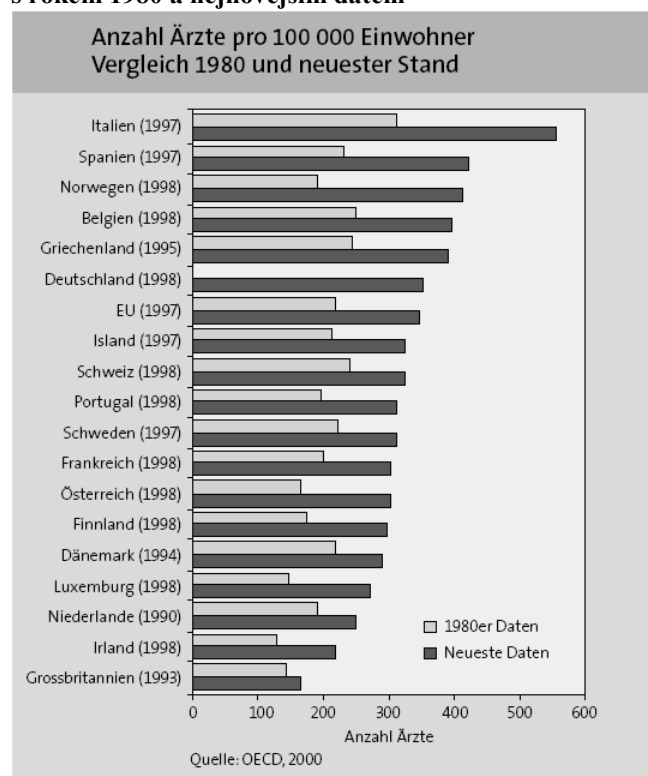
Zákon o zdravotním pojištění zavazuje kantony k plánování nemocničních kapacit a k tvorbě seznamu zařízení, jejichž kapacity podle plánu odpovídají potřebě zdravotní péče. Jen nemocnice uvedené v tomto seznamu mají nárok na úhradu výkonů z povinného zdravotního pojištění. Zákon dále ukládá nemocnicím průběžně sbírat daný soubor údajů o své činnosti, na jehož základě je vyhodnocována hospodárnost poskytování služeb/péče ve srovnání se zařízeními v rámci kantonu a se zařízeními ostatních kantonů.

Způsob financování nemocnic se mezi kantony značně liší. Zhruba 50 % nákladů je hrazeno z prostředků zdravotního pojištění, na základě paušálů za ošetrovací den. Ty jsou každoročně dohodovány mezi kantonálním svazem zdravotních pojišťoven a nemocnicemi příp. jejich sdružením. V zájmu lepší kontroly nákladů přešlo v posledních letech více kantonů na financování svých nemocnic globálním rozpočtem. Globální rozpočet se skládá z příspěvků kantonů a předpokládaných úhradách z prostředků pojištění, přičemž je nejprve stanoven celkový podíl obou těchto zdrojů financování. Poté je vypočítán denní tarif (paušál) na základě údajů o obloženosti a velikosti úhrad z předchozího roku. V současné době probíhají v některých kantonech pokusy s cílem přejít na úhrady nemocniční péče typu DRG (APDRGs).

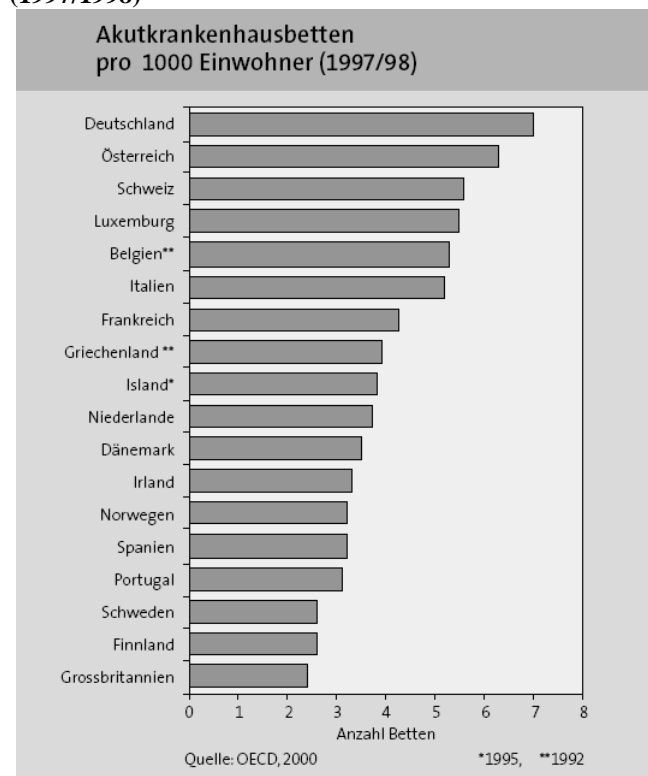
**Tabulka č. 6: Počet zástupců medicínských povolání na 1000 obyvatel**

	Schweiz		EU	
	Anzahl 1997/1998	% Zunahme seit 1980	Anzahl 1997/1998	% Zunahme seit 1980
Ärzte insgesamt	3.2	36	3.5	59
Ärzte mit eigener Praxis	1.8	56		
Allgemeinpraktiker	0.6	39	1.0	15
Zahnärzte	0.5	09	0.7	37
Apotheker	0.6	77	0.8	48

**Graf č. 25: Počet lékařů na 100 000 obyvatel srovnání s rokem 1980 a nejnovějším datem**



**Graf č. 26: Akutní nemocniční lůžka na 1000 obyvatel (1997/1998)**



Zdroj: OECD, 2000

## 7.7 Zdroje a jejich alokace

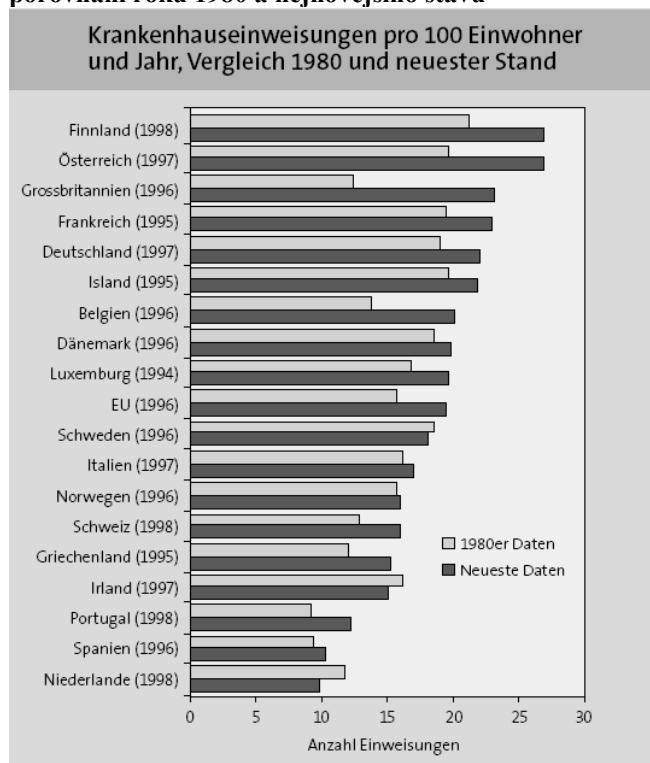
Z hlediska počtu lékařů na obyvatele je Švýcarsko pod průměrem EU, protože přírůstek od roku 1980 byl menší než v jiných státech. Výraznější nárůst byl zaznamenán u volně praktikujících lékařů, přičemž hodnoty pro srovnání s EU zde chybí. Koncentrace všeobecných lékařů je i přes velký nárůst ještě značně pod průměrem EU. To platí i o stomatolozích, jejichž počet se zvýšil jen velmi mírně. Nejvyšší je míra růstu u lékárníků, avšak jejich koncentrace je stále ještě pod hodnotou průměru EU, především v těch kantonech, kde léky vydávají také lékaři.

Podle Dotazování o zdraví z roku 1997 navštěvují ¾ švýcarského obyvatelstva staršího 15 let minimálně jednou do roka lékaře. Mezi ženami je to více než 80 % a mezi muži skoro 70 %. V celostátním průměru připadají na jednoho obyvatele 4 konzultace s lékařem za rok. Služeb zubního lékaře využívá 65 % a 14 % obyvatel navštěvuje fyzioterapeuta.

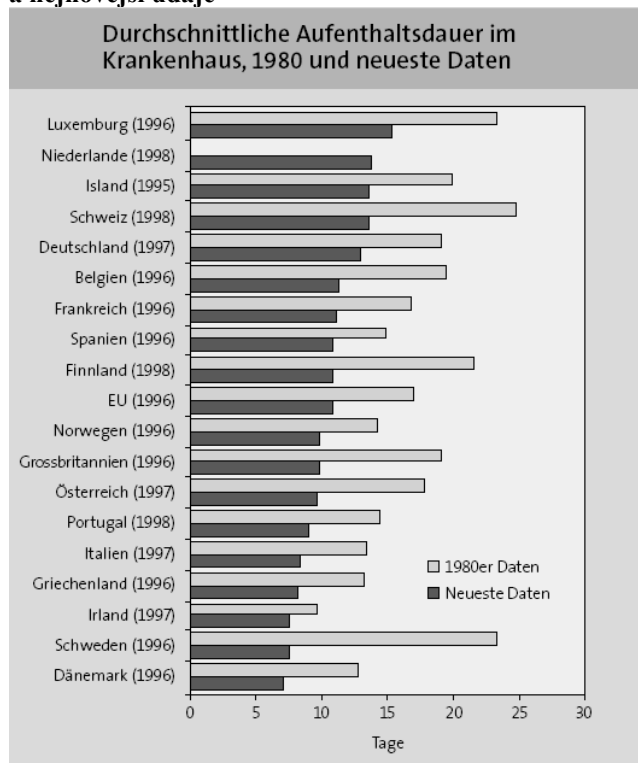
Co do počtu nemocničních lůžek, zaujímá Švýcarsko stále ještě třetí místo mezi zeměmi srovnání s 5,6 lůžka akutní péče na 1000 obyvatel (OECD, 2000). Když s ohledem na nejistotu definice omezíme oblast akutní péče na všeobecné nemocnice, nachází se Švýcarsko spolu s Francií na šestém místě se 4,3 lůžka na 1000 obyvatel. Oproti tomu byl v psychiatrii počet lůžek od roku 1980 zredukován téměř na polovinu: s 1,2 lůžka na 1000 obyvatel je koncentrace sice ještě stále zřetelně vyšší než např. v Itálii, Španělsku nebo Švédsku, mezi zeměmi srovnání leží však ve střední úrovni.

Vysoký počet lůžek akutní péče se dá částečně vysvětlit počtem hospitalizací, neboť s 15-16 hospitalizacemi na 100 obyvatel a rok se Švýcarsko nachází ve středu srovnávaných zemí, lehce pod průměrem EU. Oproti tomu ve vztahu k délce pobytu v nemocnici Švýcarsko vykazuje s průměrnou dobou hospitalizace 13,7 dne jednu z nejvyšších hodnot, a to i přes masivní redukci v posledních 20 letech. Když zohledníme pouze pobyty ve všeobecných nemocnicích, zařadí se Švýcarsko s 10,2 dne na případ (Spolkový statistický úřad, 2000) jen těsně pod průměrem EU.

**Graf č. 27: Počet hospitalizací na 100 obyvatel a rok, porovnání roku 1980 a nejnovejšího stavu**



**Graf č. 28: Průměrná délka hospitalizace, v roce 1980 a nejnovejší údaje**



## 7.8 Výdaje na zdravotnictví

Náklady na zdravotnictví ve Švýcarsku v roce 1997 činily celkem 38 miliard franků, což odpovídá podílu na HDP 10,2% (Rossel, 1999), Švýcarsko tak zaujímá druhé místo mezi srovnávanými zeměmi (za Německem).

Mezinárodní srovnání výdajů na zdravotní péči je velmi problematické, neboť používané ukazatele jsou často rozdílně definovány, a také systémy účetnictví se mohou mezi jednotlivými zeměmi odlišovat. Tak vznikají značné rozdíly mezi zeměmi v tom, které výdaje jsou počítány do oblasti zdravotnictví. Dánsko například nepočítá náklady na péči o seniory v pečovatelských domech do výdajů na zdravotnictví. Následující údaje o výdajích ve zdravotnictví je tedy nutné interpretovat s jistou opatrností.

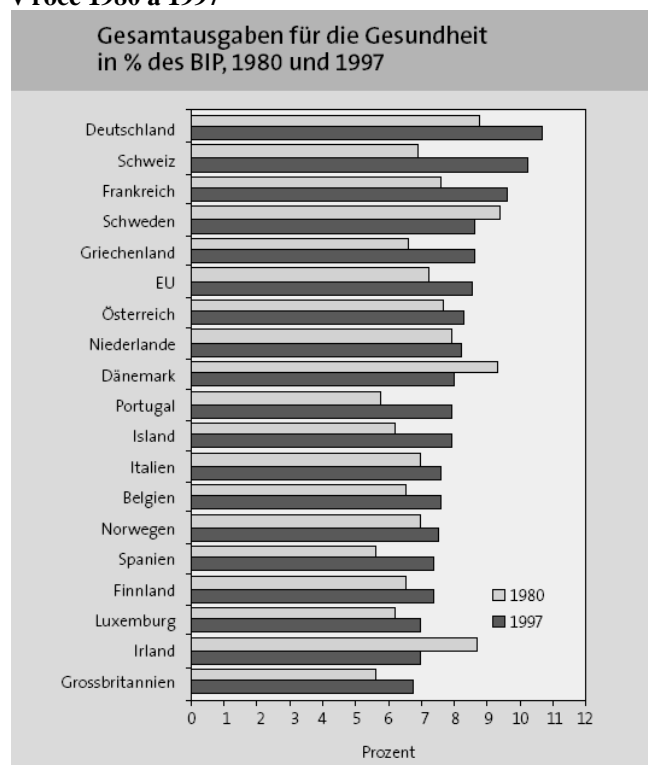
Novější studie (Schneider et al., 1998) se snaží na základě dodatečných národních údajů konsolidovat indikátory obvykle užívané v mezinárodním srovnání a tím zlepšit porovnatelnost jednotlivých států. Pakliže není uvedeno jinak jsou následujících srovnáních použity právě tyto údaje.

Detailní analýza ukazuje, že ve Švýcarsku byl zaznamenán nejvyšší nárůst nákladů nemocniční péče mezi roky 1980 a 1994. S roční mírou přírůstku 2,3 % od roku 1980 a podílem na HDP 4,9 % (1994) je Švýcarsko v čele srovnávaných zemí.

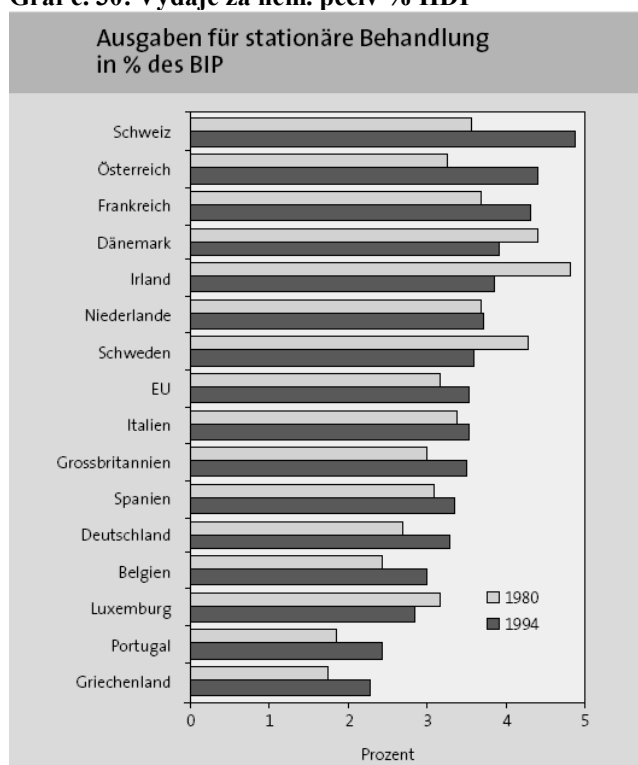
Náklady za ambulantní péči (takřka 1,5 % HDP) leží mírně nad průměrem EU, míra růstu těchto nákladů 1,2 % je však relativně nízká. Podíl nákladů na léčiva (téměř 1 % HDP) zůstal přibližně konstantní a ve srovnání s ostatními zeměmi je relativně nízký. Také na ošetrovatelskou péči jsou výdaje s 0,8 % HDP stále ještě podprůměrné (i přes vysokou míru růstu). Co se týče stomatologické péče (0,8 % HDP), nachází se Švýcarsko v přední skupině.

Struktura nákladů se odráží také v rozdělení rozpočtu zdravotnictví podle druhu péče a výkonů. Asi polovina z celkových výdajů (52 %) připadla v roce 1994 na nemocniční péči oproti střední hodnotě zemí EU s 41 % celkových výdajů. Podíl ambulantní péče odpovídá oproti tomu průměru EU, zatímco podíly nákladů na léčiva a ošetrovatelskou péči je pro Švýcarsko nižší. Relativní podíl nákladů na nemocniční péči vykazuje mezi roky 1980 a 1994 v průměru EU klesající tendenci, zatímco ve Švýcarsku byl zaznamenán jeho nárůst. Ten stojí v protikladu k poklesu procentuálních podílů ambulantní péče a výdajů za léky.

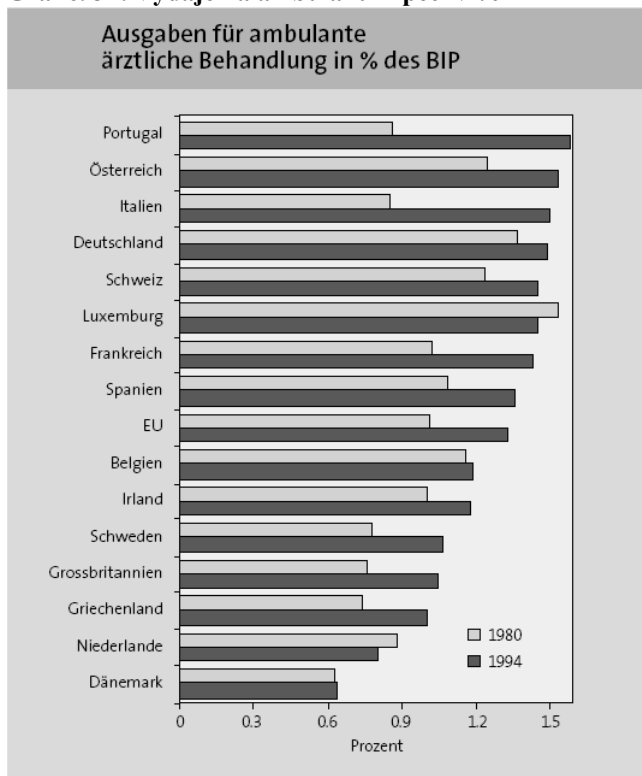
**Graf č. 29: Celkové výdaje na zdravotnictví v % HDP v roce 1980 a 1997**



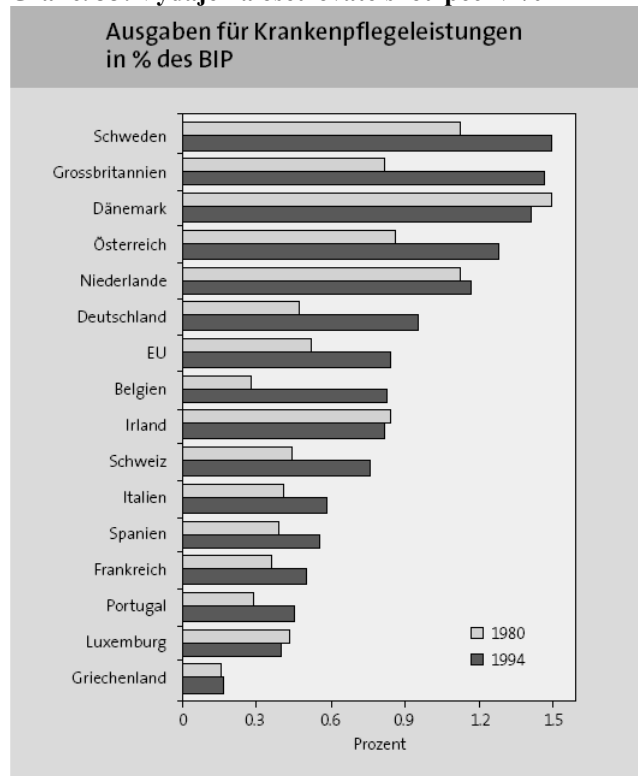
**Graf č. 30: Výdaje za nem. péčiv % HDP**



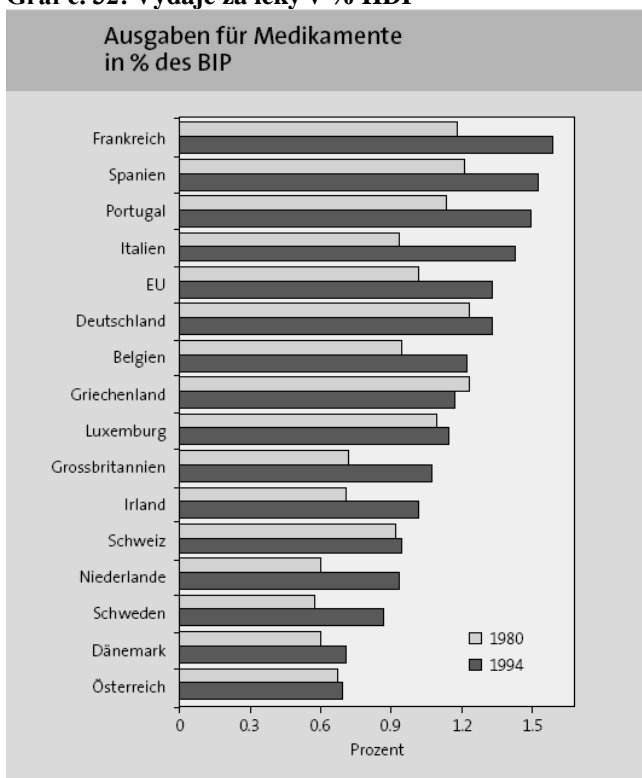
**Graf č. 31: Výdaje na ambulantní péči v % HDP**



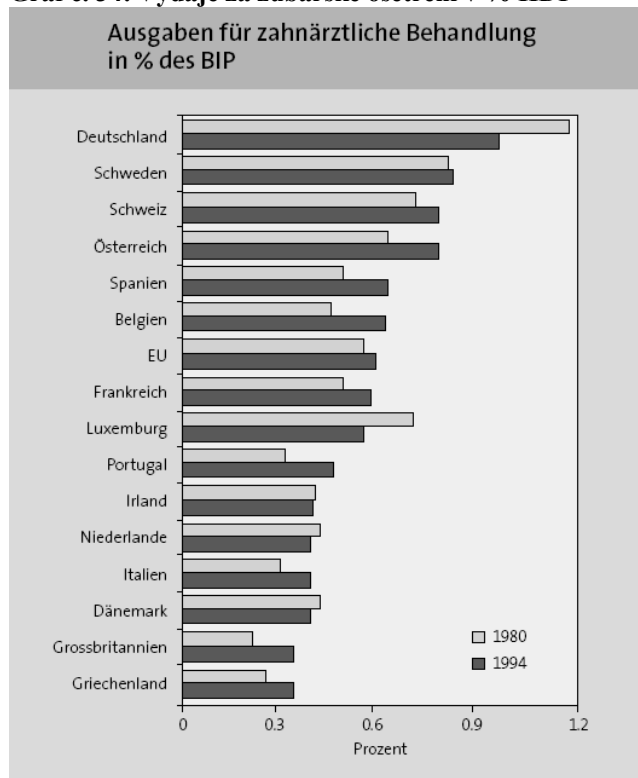
**Graf č. 33: Výdaje na ošetrovatelskou péči v % HDP**



**Graf č. 32: Výdaje za léky v % HDP**



**Graf č. 34: Výdaje za zubařské ošetřeni v % HDP**

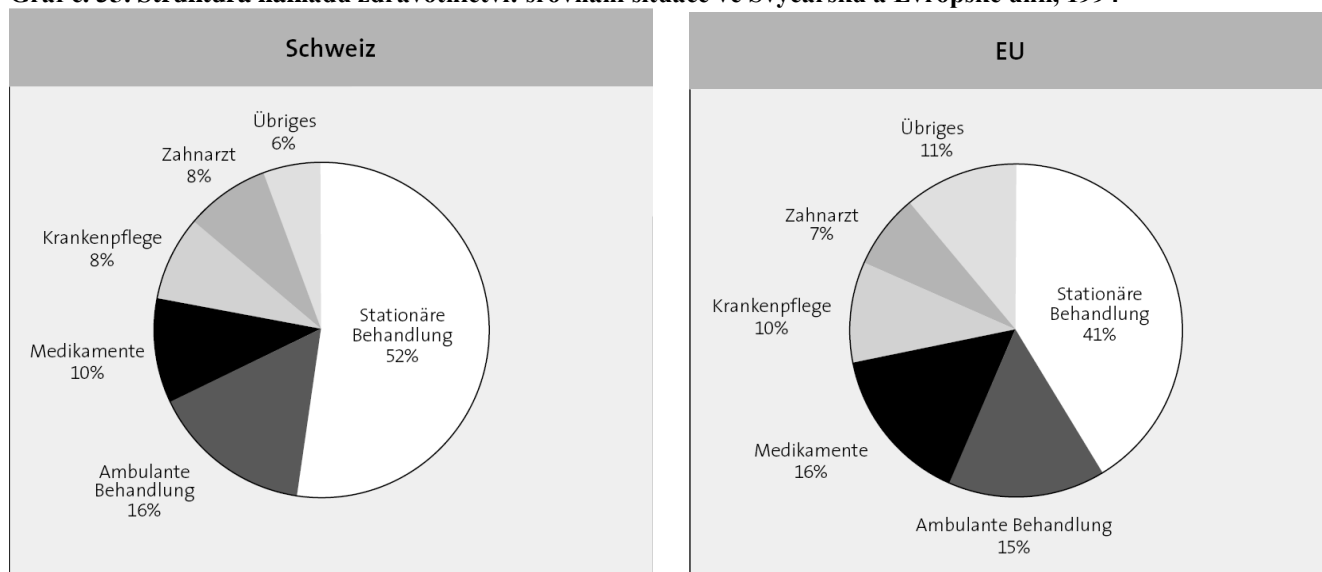


## 7.9 Financování

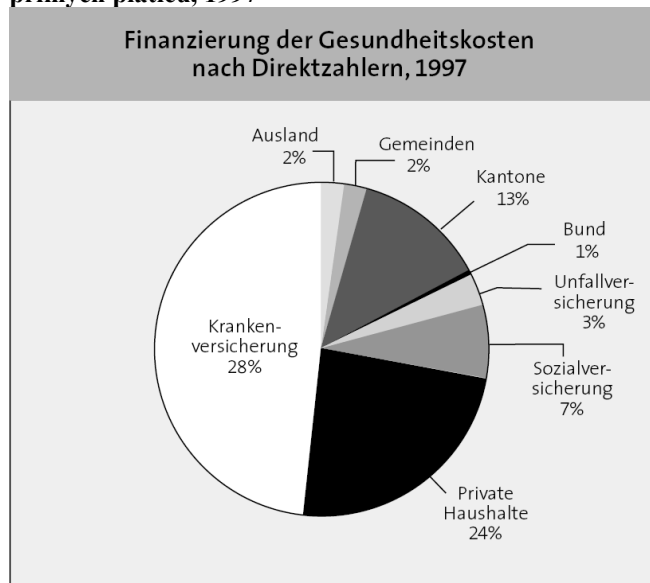
V pohledu na strukturu financování vyvstává rozdílný obraz podle toho, zda ji hodnotíme podle plátců nebo podle skutečných nositelů nákladů. V roce 1997 měly co se úhrad týče hlavní podíl se 48 % zdravotní pojišťovny, následují soukromé domácnosti (spoluplatby a přímé platby s 24 %, kantony a obce (společně 15 %), starobní, invalidní a úrazové pojištění (společně 10 %).

Při členění podle skutečných nositelů nákladů stojí soukromé domácnosti se 65 % na místě prvním, následovány kantony (15 %), konfederací a podniky (každý kolem 7 %) a rovněž obcemi (také 3 %). V devadesátých letech vedla úsporná ekonomická opatření vlády k poklesu výdajů kantonů a obcí, zatímco výdaje zdravotních pojišťoven značně vzrostly. To mělo za následek masivní zvýšení pojistného, a tím větší zatížení domácností.

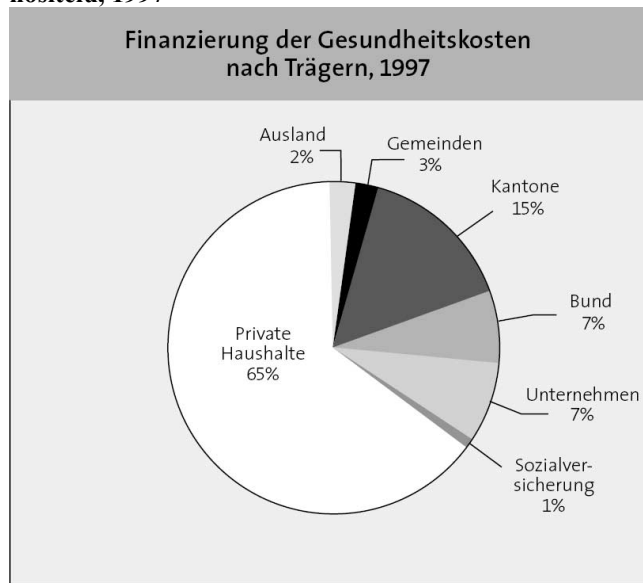
**Graf č. 35: Struktura nákladů zdravotnictví: srovnání situace ve Švýcarsku a Evropské unii, 1994**



**Graf č. 36: Financování nákladů za zdravotnictví podle přímých plátců, 1997**



**Graf č. 37: Financování nákladů za zdravotnictví podle nositelů, 1997**



Zdroj: Rossel, 1999



## 8. Literatura

- AefU Schweiz (1997). *Luftverschmutzung und Gesundheit. Eine Publikation der Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz*. Basel.
- Bundesamt für Gesundheit (2000). *AIDS und HIV in der Schweiz. Epidemiologische Situation Ende 1998*. Bern.
- Bundesamt für Polizei (1999). Unveröffentlichte Daten.
- Bundesamt für Sozialversicherung (2000). *Analyse des effets de la LAMal dans le financement du système de santé et d'autres régimes de protection sociale*. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (1993). *Schweizerische Arbeitskräfte Erhebung*. Bern.
- Bundesamt für Statistik (1997). *Schweizerische Gesundheitsbefragung, unveröffentlichte Daten*.
- Bundesamt für Statistik (1998). *Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1998*. Zürich, Verlag NZZ.
- Bundesamt für Statistik (1999). *Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2000*. Zürich, Verlag NZZ.
- Bundesamt für Statistik (2000). *Informationen über das Projekt «Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens», BFS aktuell*. Neuchâtel (StatSanté 1/2000).
- Bundesamt für Umwelt, Wald und Landschaft (1994). *Daten zum Gewässerschutz in der Schweiz*. Bern (Umwelt-Materialien Nr. 22, Gewässerschutz).
- Bundesamt für Umwelt, Wald und Landschaft (1998). *Abfallstatistik 1996*. Bern (Umwelt-Materialien Nr. 90, Abfälle).
- Calmonte, R. et al. (2000). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- Currie, C. et al., ed. (2000). *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Policy for Children and Adolescents (HEPCA) Series, no.1) (document EUR/ICP/IVST 06 03 05 [A]).
- Eidgenössische Alkoholverwaltung (2001). *Alkoholverbrauch 1880–2000*. Bern.
- Europarat (1998). *Recent demographic developments in Europe – 1998*. Strasbourg, Council of Europe Publishing.
- European Observatory on Health Care Systems (2000). *Health care systems in transition: Switzerland*. Copenhagen.
- Eurostat (1995). *Education across the European Union – statistics and indicators*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- Eurostat (1996). *Demographic statistics*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- Eurostat (1997). *Basic statistics of the European Union. Comparison with the principal partners of the Union*, 33rd edition. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- Gillioz, L. et al. (1997). *Domination masculine et violence envers les femmes dans les couples*. Lausanne, Edition Payot.
- Gmel, G. (2000). Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen. In: Calmonte, R. et al. *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz*. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- Heise, L.L. (1994). *Violence against women: the hidden health burden*. Washington D.C., World Bank (World Bank Discussion Papers, No. 255).
- Leu, R. et al. (1997). *Lebensqualität und Armut in der Schweiz*. Bern, Paul Haupt.
- Narring, F. et al. (1994). *La santé des adolescents en Suisse. Rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15–20 ans*. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Cah Rech doc IUMSP no 113a).
- OECD (1998). OECD in figures – 1998 edition. *OECD observer*: No.212, June–July 1998 (Supplement).
- OECD (2000). *OECD health data 2000. A comparative analysis of 29 countries*. Paris.
- Pharma Information (1998). *La santé publique en Suisse. Prestations, coûts, prix*. Basel.
- Rossel, R. (1999). *Kosten des Gesundheitswesens. Detaillierte Ergebnisse 1997 und Entwicklung seit 1960*. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung UVG (1996). *Statistik der Unfallversicherung*. Luzern.
- Schneider, M. et al. (1998). *Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Übersichten 1997*. Augsburg, BASYS.
- Uchtenhagen, A. (1996). *Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Zweiter Zwischenbericht des Forschungsbeauftragten. Kurzfassung*. Zürich, Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- UNAIDS/WHO (2000). *Switzerland epidemiological fact sheet. 2000 update*. Geneva.

WHO Regionalbüro für Europa (1993). *Health for all targets: the health policy for Europe. Updated edition, September 1991*. Copenhagen (European Health for All Series, No.4).

WHO Regionalbüro für Europa (1999). *Health 21 – the health for all policy framework for the WHO European Region* [<http://www.who.dk/cpa/h21/h21long.htm>]. Copenhagen (European Health for All Series, No. 6).

WHO Regionalbüro für Europa (2001). *Health for all statistical database, June 2001* [<http://www.who.dk/country/country.htm>]. Copenhagen.

# Politický systém Švýcarské konfederace

Doc. PhDr. Blanka Říchová, CSc.<sup>29</sup>

Švýcarsko se pyšní dlouhou republikánskou tradicí. Počátky utváření tohoto státního celku lze datovat do 90. let 13. století, kdy se tři samostatné celky – tzv. lesní státy Uri, Swyz<sup>30</sup> a Unterwalden – spojily, aby čelily tlaku okolí a posílily své šance na uchování nezávislosti. Společným nepřítelem byli Habsburkové, kteří v průběhu 13. století postupně obsadili většinu dnešního švýcarského území a snažili se o připojení všech „švýcarských“ držav k vlastnímu rodovému majetku. Odpor proti jejich nezakrývané snaze je spjat se jménem Viléma Tella a vyústil v historicky první spojení výše zmíněných kantonů do tzv. Věčného spolku (*Eidgenossenschaft*)<sup>31</sup>, který je oprávněně pokládán za základ pozdějšího konfederativního modelu.

Konfederativní princip kladl důraz na relativně volné spojenectví členů, v němž je zachována „kompetenční výsost u jednotlivých členských států“<sup>32</sup>. Tento typ vertikální struktury státního celku ponechává rozhodující prostor konstitutivním jednotkám a kompetence centra jsou zde výrazně omezeny (jako konfederace se rovněž ve svých počátcích formovaly Spojené státy). Princip konfederace však postupně v 19. století ztratil svou funkční podstatu a přeměnil se v model federální, byť doposud si švýcarský systém uchoval mnohá specifika, s nimiž se v tak výrazném měřítku v jiných demokraciích nesetkáváme (nejmarkantnějším případem jsou nesporně formy přímé demokracie).

## 1. Historický vývoj

Švýcarsko, které se začalo konstituovat roku 1291 jakožto volný spolek tří území, se postupně rozšiřovalo o nové členy, a to prostřednictvím bilaterálních či multilaterálních smluv, dohod a paktů. Do roku 1353 se jeho členem stalo město Luzern s okolím (1332), Züriich (1351), Zug a Glarus (1352) a Bern (1353). Vytvořil se tak spolek oficiálně nazývaný Spolek osmi, respektive Mladé spříseženstvo; báze spojení mezi členy byla smluvní, avšak existovaly i výjimky<sup>33</sup>. Druhá vlna územního rozšiřování začala roku 1481, kdy se ke Spolku připojily Fribourg a Solothurn, 1501 následovala Basilej (Basel) a Schaffhausen, 1513 Appenzell a 1516 pokračovala švýcarská expanze do oblasti Lugana a Ticina, byla rovněž připojena celá oblast Ženevy (Genève). Tyto „nové“ kantony mnohdy již nepřistupovaly ke konfederaci dobrovolně, ale až poté, co byly vojensky dobyty. Po roce 1516, kdy byla zastavena švýcarská expanze do severní Itálie, se rozšiřování území konfederace na tři století fakticky zastavilo.

Důležitým historickým mezníkem se pak stal podpis vestfálského míru (1648), který potvrdil jak územní celistvost, tak nezávislost konfederace na Svaté říši římské.<sup>34</sup> Výrazný zásah do vnitřní struktury Švýcarska pak přinesla až Francouzská revoluce, respektive vytvoření Helvétské republiky (1798).<sup>35</sup> Tehdejší ústavní reforma zbavila kantony jejich původních práv a přeměnila je v administrativně správní jednotky, které svým charakterem mnohem více připomínaly francouzské departementy, než suverénní členy bývalého spolku. Státoprávní reforma se však záhy ukázala jako naprosto nepřijatelná a Helvétská republika byla proto již roku 1803 přeměněna na spolkový stát (tvořilo ho celkem 19 kantonů). Po vídeňském kongresu v roce 1815 byl Spolek obnoven v hranicích, jejichž vymezení se následně již neměnilo<sup>36</sup>, opětovně mu byla přiznána nezávislost a navíc poskytnuty i garance neutrality.

<sup>29</sup> Autorka pracuje na Katedře politologie Institutu politologických studií, FSV UK, Praha

<sup>30</sup> Kanton Swyz dal jméno celému později vzniklému státnímu celku.

<sup>31</sup> Spojenectví spolu s příslušností těchto území k říši bylo potvrzeno v roce 1315 císařem Jindřichem VII. Lucemburským, otcem Jana Lucemburského. O rok později jejich samostatnost potvrdil i Ludvík Bavorský.

<sup>32</sup> Klokočka, V. (1996), *Ústavní systémy evropských států*. Praha: Linde, s 247.

<sup>33</sup> Území, která byla po roce 1353 připojena díky porážce habsburských vojsk (oblast Aargau, Thurgau a Toggenburg), nebyla pokládána za plnoprávné členy Spříseženstva.

<sup>34</sup> Celek tvořilo 13 kantonů, 10 přidružených území svázaných s konfederací spojeneckými smlouvami a 4 oblasti poddané konfederaci.

<sup>35</sup> V této době se území Švýcarska dosti značně proměnilo, neboť některé oblasti byly přímo připojeny k Francii (jednalo se například o oblast Ženevy, Basileje a Neuchâtelu), z jiných byly vytvořeny tzv. samostatné republiky Cisalpinská (jihovýchodní část Švýcarska) a Lemanská (Vaud). Rovněž kanton Valais „opustil“ roku 1802 konfederaci, změnil se na samostatný stát a následně byl připojen k Francii (1810).

<sup>36</sup> Včetně oblasti Valais, Neuchâtel a Ženeva, ale bez Mülhausenu a jihovýchodních oblastí tzv. Cisalpinské republiky (tedy italských oblastí Chiavenna, Valtellina a Bormio).

Následující tři desetiletí přinesla zásadní společenské a politické změny, které vyústily v občanskou válku mezi liberálními kruhy představovanými především protestantskými a na průmyslový rozvoj orientovanými skupinami na jedné straně a konzervativními kruhy, které měly rozhodující postavení v katolických kantonech centrálního Švýcarska (Uri, Schwyz, Unterwalden, Luzern, Zug, Fribourg, Valais/Wallis). Ty vytvořily vojenský obranný pakt, tzv. *Sonderbund*, jež dal název celému střetu. Roku 1847 skončil spor vítězstvím liberálů, kteří následně prosadili novou ústavu. Ta definovala konfederativní model a zaručovala četná občanská práva. V ní obsažená ustanovení týkající se formy mocenských vztahů byla v následujících letech dále upravována (demokratizována); roku 1874 byla schválena totální revize ústavy. I když k novelizacím ústavního textu docházelo v průběhu následujícího století relativně často (do roku 1995 bylo přijato na 130 takových úprav), zásadní revize ústavy byla schválena až na samém sklonku 20. století (1999).

Na přelomu 20. a 21. století došlo rovněž k dalším významným změnám, a to v mezinárodním postavení země: v květnu 2000 schválili švýcarští občané bilaterální smlouvu s Evropskou unií a o dva roky později se země stala členem OSN.

## 2. Charakteristika ústavního a politického systému

Švýcarský politický systém je charakterizován jako direktoriální a navazuje na model tzv. vlády konventu.<sup>37</sup> Jedná se o monistický výkon státní moci, který koncentruje na nejvyšší úrovni (tj. v mocenském centru) výkon moci exekutivní i legislativní do jednotného institucionálního rámce.<sup>38</sup> Autonomie obou těchto složek není zachována, přičemž z formálního hlediska má rozhodující roli legislativní orgán, na němž je výkonná moc zcela závislá; legislativa má současně vyšší postavení i než hlava státu.<sup>39</sup> Vláda konventu byla vytvořena jako teoretický model J. J. Rousseauem a stala se základem ústavy I. francouzské republiky. Suverenita podle této ústavy nepatřila národu (ústava 1791), ale výlučně lidu, který byl ztotožněn se souborem francouzských občanů. Odtud rovněž pramení důraz na přímou demokracii, jež v sobě obsahuje prvek trvalého rozhodování občanů o všech otázkách; ve Švýcarsku se právě tento filosofický a právní rys vládnutí uchoval ve výrazné míře do současnosti.

Propojení výkonné a zákonodárné moci se projevuje ve vztahu Spolkové rady (vlády) a Spolkového shromáždění (parlamentu). I když je Spolková rada přímo volena parlamentem a je tedy na zákonodárné moci závislá, má ve srovnání s vládami v jiných parlamentních systémech výraznější postavení: není politicky odpovědná parlamentu a nemůže být odvolána v průběhu funkčního období. Odpovědnost vůči parlamentu se projevuje v povinnosti předkládat parlamentu roční zprávu a podřídit se jeho kontrolní činnosti. Politická a ústavní praxe však vedly k tomu, že poměr mezi oběma institucemi s v průběhu 20. století vychýlil a posílil postavení Spolkové rady. Příčinou je jednak omezená doba, po kterou zasedá Spolkové shromáždění, dále skutečnost, že vzhledem ke svému složení je Spolková rada velmi stabilním orgánem, jež současně disponuje právem zákonodárné iniciativy (což nepatřilo k typickým kompetencím vlády konventu).

## 3. Výkonná moc

Zvláštním rysem švýcarského systému je, že fakticky nemá individuální hlavu státu; výkonným orgánem státní moci je Spolková rada, která v některých ohledech plní současně i funkce hlavy státu; proto je možné pokládat švýcarskou vládu za kolektivní hlavu státu.<sup>40</sup> Přesto i zde najdeme prezidenta. Jedná se o osobu, která je do funkce volena Spolkovým shromážděním, a to pouze ze stávajících členů Spolkové rady. Funkční období – formální – hlavy Švýcarska je pouze roční; platí rovněž, že konkrétní osoba nemůže tuto funkci zastávat opakovaně (první ženou v čele švýcarské vlády se roku 1999 stala Ruth Dreifussová). S ohledem na způsob volby funkce hlavy státu de facto rotuje mezi členy Spolkové rady. Co se jeho pravomocí týká, jsou pouze symbolické, neboť veškeré exekutivní kompetence jsou spojeny výlučně s výkonem ministerské funkce.

<sup>37</sup> Historicky nejstarší formou takové vlády je ústava I. francouzské republiky z roku 1793. Od ní se vytvořily dvě odlišné – vzájemně protikladné – varianty formy vlády: švýcarský direktoriální systém a systém Pařížské komuny, resp. systém rad (sovětů) obecně. (Klokočka 1996, 146-158)

<sup>38</sup> To jsou důvody, které vedou některé autory (A. Lijphart) k názoru, že švýcarský systém je „hybridní systém kombinující prezidentské prvky s prvky parlamentního systému“.

<sup>39</sup> Formálně se může tento model lišit od faktického stavu, tedy ústavou zakotvená nadvláda zákonodárného sboru může ve skutečnosti skrývat nadvládu výkonné moci nebo byrokracie.

<sup>40</sup> Svatoň, J. (1997), *Vládní orgán moderního státu*. Brno: Doplněk, s. 83.

### 3.1 Spolková rada

Švýcarský systém spočívá na zvláštním vztahu exekutivy a legislativy: vláda – tzv. Spolková rada – je jakýmsi výborem parlamentu, respektive jeho Národní rady (*Nationalrat*); v německé právní literatuře, jak podotýká J. Svatoň, je tento model vlády „doktrínálně označován jako vláda-výbor (*Ausschubregierung*)“.<sup>41</sup> Je tedy jakýmsi nejvyšším prováděcím a řídicím úřadem.

Jedná se o sedmičlenný orgán, jehož členové jsou voleni na pevně stanovené čtyřleté funkční období Spolkovým shromážděním, a to z řad členů Národní rady; o každém ministru se hlasuje zvlášť a vítězem se stává ten z kandidátů, který získá absolutní většinu hlasů (první žena byla zvolena do tohoto exekutivního orgánu až roku 1989, o čtyři roky se počet žen ve Spolkové radě zvýšil na dvě). Platí současně, že kandidáti nemusí být členy zákonodárního sboru, ale musí splňovat podmínku práva být voleni (pasivní volební právo).

Švýcarská vláda je kolegiálním orgánem, který přijímá rozhodnutí prostou většinou hlasů členů. Její zasedání řídí z titulu své funkce prezident. Na rozdíl od jiných vlád v parlamentních systémech je švýcarská vláda neodvolatelná, neboť ji jako celku ani jednotlivým ministrům nelze vyjádřit nedůvěru; pokud v novodobé historii došlo k ukončení funkční období vlády předčasně, vždy se jednalo o důsledek velmi vážných sporů mezi jejími členy či tomuto aktu předcházelo referendum (1891, 1934 a 1953). Mnohem výraznější, a pro charakter švýcarského systému důležitější, je skutečnost, že většina členů vlády bývá do funkce zvolena opětovně a není výjimkou, aby některý její člen setrval ve vládní funkci i dvě, či tři desetiletí; průměrná délka funkčního období je však 10 let.

Dalším specifickým rysem Spolkové rady je snaha o to, aby její složení co nejvíce zohledňovalo jak politickou, tak jazykovou, konfesní i geografickou strukturu země. Tyto principy sice nejsou přímo obsaženy v ústavě, ale jsou výsledkem ústavních zvyklostí a politické praxe. Rozhodujícím principem je jednoznačně proporcionalita. Například žádný z kantonů nesmí být zastoupen více než jedním reprezentantem (podle ústavní změny přijaté v referendu v roce 1931) – kantony Züri, Bern a Vaud by měly být ve vládě zastoupeny vždy.<sup>42</sup> Respektuje se rovněž jazykové složení obyvatelstva: nejpočetnější německy hovořící komunita (cca 65 %) je většinou zastoupena čtyřmi ministry, frankofonní komunita mívá dva a italská menšina musí získat nejméně jedno z ministerských křesel. V posledních desetiletích 20. století se prosazuje princip, podle něhož alespoň jedním členem vlády musí být žena. Rovnováhu zkušeností naopak udržuje snaha vyváženého zastoupení starších, tedy delší dobu ve vládě působících, ministrů a ministerských nováčků.<sup>43</sup>

Politická skladba voličů se odrazila v dobrovolně akceptovaném pravidle – tzv. kouzelné pravidlo či magická formule (*Zauberformel, formule magique*) –, na jehož základě se od roku 1959 ve vládě vždy objevují zástupci čtyř hlavních politických stran: po dvou zástupci liberálů (FDP), sociálních demokratů (SPS) a křesťanských demokratů (CVP) a jednoho zástupce zde má Švýcarská lidová strana (SVP).<sup>44</sup>

Co se kompetencí Spolkové rady týká, patří k nim vedle běžných práv i právo rozhodovat o sporech vedených proti rozhodnutím ministerstev nebo kantonům. Vláda rovněž garantuje dodržování kantonálních ústav, zkoumá smlouvy uzavírané mezi jednotlivými kantony nebo mezi kantony a cizími státy a dbá na soulad zákonů a podzákonných kantonálních předpisů, které podléhají její kontrole.<sup>45</sup>

<sup>41</sup> Svatoň, J. (1997), *Vládní orgán moderního státu*. Brno: Doplněk, s. 81.

<sup>42</sup> Přestože tato tradice byla po druhé světové válce formálně opuštěna, má se i nadále za to, že je vhodné jejich zastoupení zachovávat,

<sup>43</sup> Blahož, J. (1992), Nejvyšší státní orgány ve federacích (USA, SRN, Rakousko, Švýcarsko). *Právník*, č. 10, s. 862-863.

<sup>44</sup> K prvnímu uplatnění proporčního principu ve složení Spolkové rady došlo v roce 1891, kdy tehdy většinová liberální strana uznala silící pozice katolické konzervativní strany a přepustila jí jedno ministerské křeslo. V roce 1943 vstoupil do vlády první zástupce sociální demokracie a v roce 1959 byl proces – prozatím – završen.

<sup>45</sup> Specifickou oblastí kompetencí je obrana země. Podle ústavní úpravy, která zohledňuje historický model domobrany, nepřísluší Spolkové radě právo udržovat stálou armádu (švýcarská armáda je neprofesionální a má spíše charakter milic), byť je odpovědná za organizaci armády, za strategické a taktické aspekty vedení války a za velení v době války. V době míru však žádné státní vojenské velení na federální úrovni neexistuje. Naopak v případě ohrožení země, tedy v době, kdy Spolkové shromáždění nezasedá, má Spolková rada pravomoc povolovat ozbrojené sbory; v případě, že jejich stav přesahuje 2 000 mužů anebo je vzhledem k okolnostem doba jejich povolání delší než tři týdny, musí být zasedání Spolkového shromáždění neodkladně svoláno.

## 4. Zákonodárná moc

Vrcholným zákonodárným orgánem je ve Švýcarsku dvoukomorové Spolkové shromáždění (*Bundesversammlung*). Jeho kompetence jsou podle ústavy omezeny legislativními právy lidu a kantonů. Postavení obou komor parlamentu je v legislativním procesu rovnocenné, což znamená, že ke schválení zákona je potřeba souhlasu obou (tzv. bikameralismus perfektní).<sup>46</sup> K jeho dosažení je možné využít práce tzv. koordinační konference, v níž zasedají zástupci jak Národní, tak Stavovské rady. Pokud se ani jim nepodaří sjednotit návrh zákona tak, aby ho obě komory většinovým hlasováním přijaly, je zamítnut.

Národní rada (*Nationalrat*) je legislativní instituce, která reprezentuje občany celého Spolku bez ohledu na kantonální příslušnost. Jejich 200 poslanců je od roku 1919 voleno podle proporčního volebního systému (do té doby byl používán systém většinový). Ve Stavovské radě<sup>47</sup> (*Ständerat*) naopak zasedají zástupci občanů podle kantonů. Z tohoto vyplývá, že rozhodující model reprezentace je určován kantonálními ústavami a zákony; v některých kantonech tak probíhá volba poslanců Stavovské rady na základě všeobecných voleb a většinového principu, v některých se uplatňuje volba prostřednictvím kantonálních parlamentů či shromáždění voličů (v kantonálních oblastech); z celkového počtu 46 členů Stavovské rady reprezentuje dvacet kantonů celkem 40 zástupců a zbylých šest členů zastupuje obyvatelé šesti kantonálních oblastí. Bez ohledu na rozdílný způsob volby probíhají volební akty do obou komor parlamentu ve stejném termínu.

Vzhledem k tomu, že členové Národní rady nejsou poslanci z povolání (každý z nich vykonává po zvolení i nadále své občanské zaměstnání), nepobírají za výkon funkce ani plat; jsou placeni pouze formou tzv. přiměřeného odškodného. Na druhé straně je jejich postavení ve srovnání s poslanci ostatních parlamentů autonomnější a méně závislé na politických stranách. Důvodem je, že vláda je fakticky po celé čtyřleté období výkonu funkce nesaditelná, a tudíž není závislá na stranických klikách v parlamentu. Poslanci se proto mohou chovat při hlasování svobodněji než jejich zahraniční kolegové.

Vedle zákonodárné funkce má Spolkové shromáždění právo volit členy Spolkové rady (tedy švýcarskou vládu), soudce Spolkového soudu, kancléře (stojí v čele úřadu vlády) a vrchního velitele švýcarské armády.

## 5. Instituty přímé demokracie

Švýcarský politický systém si uchoval až do dnešních dnů ještě jednu výraznou specifiku, a to časté užívání různých forem tzv. přímé demokracie (referend a lidové iniciativy). Některými autory je proto švýcarská společnost pokládána za kolébkou přímé demokracie, jiní jsou ze stejného důvodu kritičtí a pokládají švýcarskou demokracii za systém, kde „houf voličů“ rozhoduje „o všem a zejména o tom, co se jich netýká, takže švýcarská společnost je mistrovským dílem nepříslušnosti“ (Ch. F. Ramuz).<sup>48</sup>

Kořeny přímé demokracie lze ve Švýcarsku spojovat jednak se středověkými formami obecní samosprávy<sup>49</sup> (dnes se tato forma přímé demokracie udržuje pouze ve dvou oblastech, a to Glarus a Appenzell-Innerrhoden), ale stejně tak je jejich prosazení spojováno s osvícenským vlivem francouzské revoluce (švýcarská ústava z roku 1798 byla inspirována jak francouzským modelem direktoria, tak obligatorním referendem nutný pro přijetí ústavních změn), respektive liberalismem první poloviny 19. století; tehdy se přímá demokracie rozšířila v jedenácti kantonech a objevila se rovněž snaha prosadit tento institut i na spolkové úrovni. První federální referendum se v zemi konalo již v roce 1802, tedy ještě v době napoleonské nadvlády, a týkalo se právě přijetí v pořadí již druhé švýcarské ústavy.<sup>50</sup> Rovněž ústava z roku 1848 umožňovala částečnou nebo úplnou změnu ústavního textu, pokud budou navrhované úpravy odsouhlaseny voliči v tzv. obligatorním referendu.

<sup>46</sup> Poslanci obou komor nezasedají trvale, ale nevykonávají svou funkci jako povolání.

<sup>47</sup> Někteří čeští autoři používají název Rada kantonů (např. J. Blahož, V. Balaš, K. Klíma in: *Srovnávací právo ústavní*. Codex 1998, s. 199), jiní pak užívají překlad Rada stavů (V. Klokočka, *Evropské ústavní systémy*. Praha, Linde 1996, s. 155 n.) případně Rada států (J. Reschová, Švýcarsko. In: *Komparace politických systémů I*. Praha, VŠE 1999, s.251-272).

<sup>48</sup> Klokočka, V. (1996), cit. d., s. 158.

<sup>49</sup> Pod označením *consilium* byla ve 12. století v italských komunitách rozšířena forma shromáždění obecních (*vicini*). jednalo se o instituce, které měly právo rozhodovat ve „věcech společných“. Jinou formou byla shromáždění působící v nejstarších spolkových kantonech (*Landsgemeiden*) ve 13. století. Ta rozhodovala o otázkách obrany, dalších aliancí a přijímání nových členů. Účast na těchto shromážděních byla vyhrazena pouze mužům, respektive pouze těm z nich, kteří měli právo nosit zbraň.

<sup>50</sup> Tato ústava byla přijata i přesto, že většina voličů návrh odmítala. Ti, kteří se k návrhu stavěli negativně, však nehlasovali. Interpretace podporující i za těchto okolností schválení nového ústavního textu se odvolávala na to, že neúčast při hlasování je de facto totožná se souhlasem. Tato „mlčící většina“ se tak stala konstitučně relevantní. Blíže: Reschová, J. (1999), cit. d., s. 256.

Dnešní institut přímé demokracie má v zemi několikerou formu: je možné využívat referendum na spolkové úrovni stejně jako na úrovni kantonální a místní (vertikální členění). Revidovaný text ústavy z roku 1874, jež byl v platnosti až do roku 1999, umožňoval využívat referendum obligatorní (tj. povinné ústavní referendum), fakultativní (tj. z iniciativy občanů vycházející) a tzv. lidovou iniciativu; nová ústava všechny tyto možnosti i nadále připouští.

Obligatorní referendum je povinné hlasování, v němž se oprávnění voliči musí vyslovit ke všem navrhovaným úpravám ústavy; jedná se tedy o vstup občanů do procesu, který nastartovala ústavní změna navržená shora. Od počátku 20. let minulého století se do stejné kategorie řadí i všechny smlouvy, které Spolek uzavírá či hodlá uzavřít s dalšími subjekty mezinárodní politiky: patří sem i smlouva s Evropskou unií, která byla podepsána v květnu 2000 (o osm let dříve, roku 1992, byla spolupráce s ES v souvislosti s hlasováním o Maastrichtské smlouvě stejným prostředkem odmítnuta), či souhlasné vyjádření občanů o členství Švýcarska v OSN (březen 2002; vstup byl roku 1986 občany rovněž odmítnut).

Fakultativní referendum umožňuje určitému počtu občanů (nejméně 50 000), respektive kantonů (osmi), přimět parlament k vypsání referenda, které se týká konkrétního a aktuálně schváleného zákona. Jedná se fakticky o pokus odmítnout daný zákon, ačkoli úspěšně prošel ve Spolkovém shromáždění. Vzhledem k tomu, že ústava stanoví relativně krátkou dobu na sběr podpisů (pouze 90 dní), mají značnou výhodu v uplatnění této formy nesouhlasu organizované zájmové skupiny (odbory, profesní skupiny, církve a pod.).

Často užívaným prostředkem je od roku 1891 rovněž tzv. lidová iniciativa, která dává občanům možnost přímo ovlivňovat charakter švýcarských zákonů, přičemž výjimkou nejsou ani požadavky na částečnou změnu ústavy (rušení stávajících článků ústavy i formulování nových).<sup>51</sup> Je tedy logickým protikladem obligatorního referenda, neboť umožňuje změnu ústavy zdola, z vůle a na přání většiny voličů. V současnosti se pro takovou iniciativu vyžaduje minimálně 100 000 podpisů (je třeba je získat ve lhůtě 18 měsíců), respektive podpora 1/6 voličů ze tří kantonů. Návrh se předkládá nejprve kantonálním radám, poté je postoupen Spolkovému shromáždění.

Jak obligatorní referendum, tak lidová iniciativa týkající se ústavního textu vyžadují většinový souhlas oprávněných voličů i kantonů (tzv. stavovská většina).<sup>52</sup>

Běžnější je však přece jen užití různých forem přímé demokracie na úrovni kantonální. Uplatňují se zde jak obligatorní referenda (ve vztahu k ústavám i běžným zákonům), tak lidové iniciativy (ty jsou úspěšné až ze 30 %!), některé kantony využívají rovněž specifickou formu tzv. finančních referend, jejichž účelem je schválit parlamentem odsouhlasené výdaje.<sup>53</sup> Další formou přímé účasti Švýcarů na organizaci věcí veřejných je tzv. *recall*, tedy možnost odvolat konkrétního politika; v sedmi kantonech mohou být podobnou lidovou iniciativou odvolány dokonce kantonální parlamenty jako celek (Luzern, Uri, Schaffhausen).

## 6. Soudní moc

Nejvyšší odvolací instancí v zemi je Spolkový soud, jehož soudce volí Spolkové shromáždění. I při této volbě se vždy klade důraz jak na proporční zastoupení politických sil, tak na národnostní a jazykové složení obyvatelstva. Vzhledem k charakteru švýcarského politického systému nespadá do kompetence Spolkového soudu problematika spolkových zákonů a jejich souladu s ústavním rámcem. Funkční období soudců nejvyššího odvolacího soudu je šestileté.

Na úrovni kantonů působí kantonální soudy; jejich členové jsou voleni kantonálními parlamenty, případně jmenováni kantonálními vládami. Podobně i členové obvodních soudů jsou buď voleni lidem, nebo jmenováni místními vládními institucemi.

<sup>51</sup> V letech 1891-1999 bylo podáno kolem 245 iniciativ, avšak pouze 12 návrhů bylo při vlastním hlasování úspěšných. Není tudíž sporu o tom, že přímý vliv lidové iniciativy na ústavní normu je minimální. Neznamená to však, že by zprostředkovaně tato forma přímé demokracie svou prvotní funkci ztrácela, neboť nesporně může ovlivnit další jednání Spolkového shromáždění a přístup poslanců k dané problematice.

<sup>52</sup> Většinové hlasování v hranicích kantonu je pokládáno za hlas kantonu.

<sup>53</sup> V kantonu Solothurn musí být touto formou schválen každý výdaj, který přesahuje 500 000 švýcarských franků. Blíže: Jeřábek M. (2003), Švýcarská konfederace. In: Dvořáková, V. a kol., *Komparace politických systémů I*. Praha: VŠE, třetí vydání, s. 248.

## 7. Kantonální struktura

Základem švýcarského územněsprávního systému jsou kantony, respektive kantonální oblasti. Jejich obyvatelstvo se dělí podle jazykové příslušnosti na německou a francouzskou jazykovou komunitu, italsky hovořící Švýčary a Rétorománce (viz tabulka č. 1). Složitější je rovněž náboženská skladba obyvatel, v níž dominují dvě skupiny – katolíci a protestanti.

Početně největší jazykovou komunitou jsou německy hovořící Švýčari, kteří žijí ve 20 z 26 kantonů, respektive kantonálních oblastí (tvoří přibližně 65 % obyvatel).<sup>54</sup> Jazykově frankofonní komunita zahrnuje 18 % obyvatel a je většinovým jazykem v 5 kantonech (Genève, Jura, Neuchâtel, Valais, Vaud) a mluví se jí rovněž v bilingvním kantonu Fribourgh. Třetí jazykovou skupinu tvoří italsky hovořící Švýčari v počtu cca 10-12 %. Ačkoli se počet příslušníků této komunity po druhé světové válce pomalu zvyšuje, přesto je italština většinovým jazykem pouze v jediném kantonu na jihu země, a to v Ticinu. Nejmenší „historickou“ jazykovou skupinou v zemi tvoří Rétorománci, jejichž počet však dlouhodobě nepřekračuje 1 % z celkového počtu obyvatel; žijí v některých oblastech kantonu Grisons/Graubünder. Počet mluvčích schopných v tomto jazyku komunikovat však stále klesá, a to ve prospěch němčiny.

Rétorománština se stala rovnoprávným, tedy úředním jazykem v zemi až v roce 1996, kdy se Švýčari prostřednictvím plebiscitu (ze dne 10. března 1996) vyslovili pro uznání rétorománštiny za čtvrtý úřední jazyk konfederace; do té doby byla uznávána pouze jako jeden z oficiálních národních jazyků země – byl užíván především v oblasti Grischuns, Griggioni a Grisons. Jedná se o jazyk, který má celkem pět spisovných forem a několik dialektů.<sup>55</sup> Teprve roku 1982 byl vypracován projekt společného rétorománského jazyka, tzv. *rumantsch grischun*; postupným zaváděním této formy byl vytvořen předpoklad pro přijetí rétorománštiny jakožto úředního jazyka na spolkové úrovni.

I když se obyvatelstvo švýcarských kantonů výrazně liší, a to jak z hlediska jazykového, náboženského i kulturního, přesto tvoří každá ze tří jazykových komunit v rámci konkrétního kantonu vždy prvek většinový (v tomto kontextu nemá smysl hovořit o menšinové rétorománské komunitě, neboť ta doposud nebyla zdrojem žádných výraznějších problémů ani na kantonální, ani spolkové úrovni). Ačkoli je tedy Švýcarsko státem jazykově heterogenní, na úrovni kantonální se jedná většinou o homogenní komunity. Podobně i náboženská struktura obyvatel konkrétních kantonů je jednodušší, než by se na první pohled zdálo. Výjimkou z tohoto pravidla je bilingvní kanton Fribourg, kde žije silná katolická frankofonní většina a malá, avšak rovněž frankofonní, protestantská komunita; německy hovořící jazyková menšina je rozdělena na větší, katolickou komunitu a menší protestantskou. Dokonce i v jazykově homogenním italském kantonu Ticino žije malá německá komunita v obvodu Bosco/Gurin. Nejvýraznější jazyková a náboženská segmentace však existovala v kantonu Bern a stala se důvodem k jeho rozdělení na dva plnoprávné územní celky: kanton Bern s německy hovořícím obyvatelstvem a frankofonní kanton Jura.

### 7.1 Vznik kantonu Jura

Jednou z nejvýraznějších strukturálních změn Švýcarska ve 20. století bylo vytvoření nového kantonu Jura v roce 1978. Stalo se tak způsobem, který je všeobecně pokládán za adekvátní pro řešení národnostních problémů v zemi, tedy rozdělením stávajícího kantonu na dva nové územní celky. Nejednalo se o novinku, neboť již v minulosti se podobné řešení uplatnilo v případě kantonu Appenzell, který se v době reformace rozdělil na dvě území (z hlediska dnešního postavení polokantony), a to Appenzell-Innerrhoden a Appenzell-Ausserrhoden.

<sup>54</sup> V abecedním pořadí se jedná o kantony Aargau, Appenzell-Ausserrhoden, Appenzell-Innerrhoden, Basel, Basel-Stadt, Bern, Fribourg – zde žije rovněž početná francouzsky hovořící komunita –, Glarus, Grisons/Graubünden, kde žije i italské i rétorománské obyvatelstvo, dále Luzern, Nidwalden, Obwalden, Sankt Gallen, Schaffhausen, Schwyz, Solothurn, Thurgau, Uri, Zug a Zürich.

<sup>55</sup> Přežití mnoha forem rétorománštiny je spojována s výraznou izolovaností oblastí, kde mluvíci tohoto jazyka žijí. Je dána především přírodními podmínkami horských údolí. V současné době je nejvýznamnější národní a kulturní organizací Rétorománců Rétorománská liga (*Lìgia Rumantscha, Lia Rumantscha*), která byla založena již roku 1919. Vzhledem k různým formám rétorománštiny řešila užívání spisovných forem jazyka tak, že v sudých letech byly výroční zpráva a dokumenty psány v dolnoengadinštině (*vallader*), v lichých v surselvštině. Na starších švýcarských bankovkách je uváděna zase surmirská podoba rétorománštiny.



Vlastní proces vyčleňování nového kantonu Jura byl po legislativní stránce velmi složitý a dlouhodobý, neboť švýcarská ústava zaručuje kantonům nejen jejich rovnoprávné postavení, ale de facto samostatnou existenci. Vytvoření nového kantonu Jura se díky tomu protáhlo na více než dvě desetiletí<sup>56</sup> a vyžadovalo:

- a) souhlas obyvatel, kteří se chtěli vydělit (požadovalo se referendum),
- b) souhlas zbytku kantonu s oddělením části území,
- c) souhlas všech členů Spolku s vytvořením nového kantonu, neboť ten tímto krokem získal právo začlenit se mezi ostatní a požívat stejná práva v rámci celku,
- d) souhlas všech Švýcarů, neboť záležitost nebylo možné pokládat za pouze kantonální, ale dotýkala se země jako celku.

Na počátku celého procesu žilo na území původního kantonu Bern přibližně 15 % obyvatel, kteří hovořili francouzsky. Frankofonní mluvčí byli koncentrováni v sedmi správních oblastech regionu Jura. (Ani tento region však nebyl jazykově zcela homogenní; v jeho jižní části žila germanofonní menšina, která tvořila cca 20 % místního obyvatelstva. Obě jazykové komunity v regionu se však lišily i v nábožensky: frankofonní většina „seveřanů“ z regionu Jura byla katolická, germanofonní komunita byla většinou protestantská.) V druhé polovině 20. století se vystupňovalo napětí mezi oběma jazykovými komunitami.

V legislativní rovině začal rozpad 1. března 1970, kdy byl schválen doplněk bernské ústavy, jež oddělení regionu Jura formálně umožňoval. O čtyři roky později (23. června 1974) se obyvatelé regionu měly možnost v referendu vyslovit, zda si vytvoření nového kantonu skutečně přejí. I když většina s daným řešením souhlasila, ukázalo se, že existuje výrazný rozdíl v názoru obyvatel severních a jižních částí regionu: zatímco většinová frankofonní obyvatelé regionu Jura hlasovali pro oddělení od kantonu Bern, obyvatelé tří jižních oblastí byli jednoznačně proti (2/3 voličů) a vyjádřili své přání, aby region jako celek zůstal i nadále součástí kantonu Bern (další hlasování o této možnosti se konalo 16. března 1975). Zvláštní hlasování si vyžádali i obyvatelé čtrnácti vesnic, jejichž územím měla procházet nově vymezená kantonální hranice Bern-Jura; využili k tomu možnosti, jež jim poskytuje ústava, a to lidové iniciativy (k hlasování došlo na podzim 1975). Proces byl formálně završen až 24. září 1978, kdy většina obyvatel Švýcarska a všechny kantony podpořily vznik nového kantonu a jeho začlenění do Spolku ratifikovaly.<sup>57</sup> Přesto i nadále zůstalo žít na území kantonu Bern malé procento frankofonních obyvatel. Jedná se o komunitu, jejíž členové jsou protestantského vyznání. V kantonu Jura by sice patřili k jazykové většině, ale nábožensky by se dostali po postavení menšiny, což se jim v Bernu, který má protestantskou většinu, nestane.

## 7.2 Vztahy Spolku a kantonů

Základní konstitutivní jednotkou Švýcarské konfederace jsou kantony, respektive kantonální oblasti. Posilování vlivu centra, tedy spolkových institucí, proto mohlo probíhat pouze postupným přenesením částí kompetencí z kantonů na spolkovou úroveň. Tyto přesuny se ve větší míře začaly projevovat až po přijetí ústavy 1874, přičemž nejrychleji byly centru předávány kompetence vztahující se k ekonomickému rozvoji země (jednalo se o kompetence posilující vliv centra v železniční dopravě, při vybírání cel a zřizování telegrafního spojení), následovalo prosazení přímých daní (sem spadá například prosazení daně z piva roku 1934); v současné době spolková rovina přerozděluje státní rozpočet do rozpočtů jednotlivých kantonů – švýcarský případ lze v tomto ohledu srovnávat s vývojem posilování centrální moci v USA, kde v průběhu 20. století převážil stejný model. Po druhé světové válce se Spolek začal úspěšně podílet i na sociálním zákonodárství a postupně se prosadily principy sociálního státu.

Vlastní kompetence Spolku se dotýkají především problematiky mezinárodních vztahů, národní obrany a zemědělství, naopak kantony si udržely kompetence v oblasti práva a jeho úprav. I když kantony musí své ústavy předkládat Spolkovému

<sup>56</sup> Kriesi, H. (1995), *Le système politique suisse*. Paris: Economica, s. 50-51.

<sup>57</sup> I nadále však proces vymezování hranic pokračoval. Obyvatelé oblasti Laufonnais, kteří se původně přiklonili k tomu, aby jejich území zůstalo včleněno do kantonu Bernu, však 12. listopadu 1989 hlasovali pro přičlenění ke kantonu Jura, konkrétně k oblasti Bale-Campagne. O dva roky později, 22. listopadu 1991, občané oblasti Bale-Campagne akceptovali toto jejich rozhodnutí a 29. září 1993 pak všichni obyvatelé kantonu Jura připojení oblasti Laufonnais ratifikovali.

shromáždění ke schválení, nemá toto shromáždění právo zasahovat do obsahové stránky zákonných úprav, které kantonální instituce schválily; může se pouze vyjádřit k otázce souladu daného zákona se zákonnou úpravou na úrovni Spolku. Kantony rovněž mohou rozhodovat autonomně v otázkách týkajících se zdravotní péče, policie, vzdělání a výzkumu.

## 8. Volební systém

Volební právo má ve Švýcarsku každý švýcarský občan, který dosáhl osmnácti let věku. Platí však, že toto politické právo je vázáno na občanství přiznané pouze prostřednictvím konkrétního kantonu, jinými slovy nelze ho získat na základě vazby na spolkovou úroveň. I v tomto kontextu je tedy jednoznačně zvýrazněna role kantonů ve švýcarském politickém životě.

Zatímco všeobecné volební právo bylo schváleno již počátkem 20. století, ženy na ně musely čekat – na spolkové úrovni – až do roku 1971, kdy bylo přijato na základě referenda; i poté ještě některé kantony volební právo ženám neposkytovaly. Přestože k výraznému rozšíření volebního práva žen na kantonální úrovni došlo až v 80. letech 20. století, kanton Vaud k tomuto kroku přistoupil již v únoru 1959, v září téhož roku učinili stejný krok i v kantonu Neuchâtel a v roce 1960 oba tyto průkopníky volebního práva žen následovala Ženeva. Naopak kantonální oblast Appenzell-Innerrhoden přiznala ženám volební právo až na základě rozhodnutí Spolkového soudu roku 1991.

Volby do Národní rady probíhají na základě proporčního volebního systému (poprvé byl uplatněn roku 1919); zákonem není stanovena žádná omezující klauzule pro vstup politických stran a kandidujících subjektů do této komory. Volební obvody se kryjí s hranicemi kantonů, přičemž počet mandátů v Národní radě se odvíjí proporčně od počtu obyvatel. Platí tedy, že v případech některých kantonálních oblastí, kde žije relativně malý počet obyvatel (například Appenzell-Innerrhoden) a které jsou proto v Národní radě reprezentovány pouze jedním poslancem, se fakticky jedná o volbu většinovou, byť zahalenou do proporčního hávu.<sup>58</sup>

Tabulka č. 1: Složení Národní rady podle reprezentace kantonů

Kanton	Jazyk	Počet mandátů	Kanton	Jazyk	Počet mandátů
Zürich	němčina	34	Thurgau	němčina	6
Bern	němčina	27	Grisons (Graubünden)	němčina, italština, rétorománština	5
Vaud	francouzština	17	Neuchâtel	francouzština	5
Aargau	němčina	15	Schwyz	němčina	3
St. Gallen	němčina	12	Zug	němčina	3
Genève	francouzština	11	Schaffhausen	němčina	2
Luzern	němčina	10	Appenzell-Ausserrhoden	němčina	2
Ticino	italština	8	Jura	francouzština	2
Solothurn	němčina	7	Uri	němčina	1
Basel	němčina	7	Obwalden	němčina	1
Valais	francouzština	7	Nidwalden	němčina	1
Basel-město	němčina	6	Glarus	němčina	1
Fribourg	němčina, francouzština	6	Appenzell-Innerrhoden	němčina	1

V rámci volebního systému mohou švýcarští voliči, pokud mají zájem, dosti výrazně ovlivňovat volbu konkrétních osob: mohou například využít práva měnit pořadí kandidátů na kandidátních listinách politických stran, škrtnat a připsávat kandidáty na jednotlivé kandidátní listiny, mají možnost využívat preferenčních hlasů, ba dokonce přenášet kandidáty z jedné stranické kandidátní listiny na jinou (tzv. panašování). Na první pohled je zřejmé, že takto široce koncipované volební právo dává švýcarským občanům bezprecedentní prostor pro ovlivňování konkrétní skladby poslanců v Národní radě. Otázkou samozřejmě je, do jaké míry švýcarští voliči všechna tato svá formální volební práva využívají v praxi.

<sup>58</sup> Kriesi, H. (1995), *Le système politique suisse*. Paris, Economica, s. 142.

Volby do Stavovské rady probíhají na základě většinové volby, přičemž každý volič může na prázdný kandidátní lístek, který obdrží, zapsat jméno konkrétního kandidáta. Výjimkou z tohoto obecného modelu je kantonu Jura, kde se reprezentanti ve Stavovské radě volí proporčně. Kantony stanovují i různá funkční období pro své zástupce ve Spolkové radě, což porušuje symetrické zastoupení politických stran ve Spolkovém shromáždění jako celku.

Při volbě zastupitelských institucí na kantonální úrovni se v současné době uplatňuje ve většině kantonů proporční volební systém, pouze ve dvou kantonálních oblastech a dvou kantonech (Uri a Grisons/Graubünden) se užívá většinové volby. Celá jedna čtvrtina kantonů, které využívají proporční volební systém, se přiklonila k vymezení malých volebních obvodů (do čtyř mandátů) – vzhledem k tomu i zde je silně oslabena míra proporcionality; v ostatních kantonech se většinou velikost volebních obvodů pohybuje v rozmezí 5-9 mandátů a míra proporcionality takto vytvořeného zastupitelstva je proto vyšší.

**Tabulka č. 2: Dopad zavedení proporčního volebního systému na zastoupení politických stran v Národní radě**

Strana	1917	1919
<i>radikální strana</i>	104	58
<i>liberální strana</i>	13	9
<i>Demokratická unie středu</i>	–	31
<i>křesťanští demokraté</i>	41	41
<i>socialisté</i>	19	41
<i>ostatní</i>	12	9
celkem	189	189

Převzato: Kriesi, H. (1995), *Le système politique suisse*. Paris, Economica, 142.

## 9. Politické strany a stranický systém

Politické strany jsou formálně zmíněny jako jeden z prvků politického systému země až v ústavě z roku 1999. Neznamená to však, že by se tím změnil základní přístup k nim: i nadále nejsou financovány, pouze získávají příspěvek na činnost svých parlamentních frakcí.

Rozhodující rovinou pro působnost politických stran jsou kantony, což vede k tomu, že v návaznosti na historický vývoj spolku se v jednotlivých oblastech Švýcarska prosadily různé politické strany.

Tradiční štěpené linie, jež se odrazily i na strukturaci stranického systému, mají své kořeny v 19. století. Zahrnují liberální, konzervativní a sociálně-demokratické křídlo, avšak zjevná je i rovina náboženského štěpení. Vzhledem k množství politických stran je vhodné rozlišovat rovněž mezi těmi stranickými subjekty, které se podílejí na vládní moci (sem patří v současnosti čtyři strany, které se dělí o posty ve Spolkové radě), a těmi, které se prozatím v rámci modelu dohodnuté vládní struktury neprosadily.

### 9.1 Vládní politické strany

Do skupiny vládních politických stran patří od roku 1959 čtyři stranické subjekty: Liberálně demokratická strana, Křesťanskodemokratická lidová strana, Sociálně-demokratická strana Švýcarska a Švýcarská lidová strana/Demokratická unie středu.

Liberálně-demokratická strana (*Freisinning-demokratische Partei, FDP*) je nejstarší politickou stranou v zemi (v relaci k dobovému kontextu je označována jako strana radikální, respektive radikálně-demokratická). Do roku 1891 byla trvale zastoupena ve Spolkové radě: nejprve ji ovládala a tvořila tedy jednobarevný kabinet (1848-1891), posléze pod tlakem rozvíjející se politické kultury, ostatních stran a voličů přistoupila na snižování svého podílu na vládě; od roku 1959 má ve švýcarské vládě vždy dva své členy. V druhé polovině 20. století se i její postavení v Národní radě postupně oslabovalo a v současnosti získává větší podíl na reprezentaci ve Stavovské radě. Svým zaměřením je stranou orientující se výrazně na průmyslový a živnostenský sektor, bankovníctví a zájmy střední třídy. Zatímco v 19. století patřila k liberálnímu trendu, dne

je hodnocena spíše jako strana konzervativní. Programově se hlásí k v zemi tradičnímu decentralizačnímu modelu, funkce státu spojuje přednostně s daňovou politikou a redistribucí finančních prostředků.

Křesťanskodemokratická lidová strana (*Christlich-demokratische Volkspartei, CVP*) byla založena na samém sklonku 19. století (1899), a to jako reprezentant katolického ideového proudu. Její kořeny jsou spjaty s katolicko-konzervativním proudem a ambivalentním postojem k liberalismu 19. století. Do vlády vstoupil první její zástupce roku 1891 a po zavedení proporčního volebního systému se počet členů vlády z jejích řad rozšířil na dva. V současné době se strana profiluje jako středová, byť trvale je těžiště jejích voličů koncentrováno ve venkovských, tradičně katolických oblastech. Je druhou nejsilnější ve Stavovské radě, naopak v Národní radě patří k nejslabším ze čtyřky nejsilnějších.

Sociálně demokratická strana Švýcarska (*Sozialdemokratische Partei der Schweiz, SPS*) byla založena již v roce 1888, ale až do roku 1943 patřila mezi strany nevládní; teprve v roce 1943 byl první její reprezentant přijat mezi členy Spolkové rady, roku 1959 se počet zástupců daného politického směru ve vládě rozšířil na dva. Od konce 60. let 20. století se v programovém vymezení strany projevil posun směrem k obhajobě a prosazování ekologické politiky (upřednostňuje například veřejnou dopravu přes dopravu osobními vozy), obhajuje práva žen a prosazuje větší vliv referend a lidové iniciativy na utváření politiky. Dnešní podpora strany v obou komorách Spolkového shromáždění je shodná s podporou, kterou získává SVP.

Švýcarská lidová strana/Demokratická unie středu (*Schweizerische Volkspartei/Union Démocratique du Centre, SVP*) vznikla pod názvem Rolnická, živnostenská a měšťanská strana roku 1919, a to oddělením od FDP. Jednalo se o protestantskou alternativu křesťansko-demokratického směru, která měla vliv především v kantonech Bern, Zürich a Grison/Graubünden. Je hodnocena jako strana konzervativně-liberální: podporuje politiku tržního hospodářství a restriktivní funkci státu, od počátku 90. let 20. století striktně odmítá zapojení Švýcarska do evropského integračního procesu a je nechvalně známa svým výrazným protiimigračním postojem. Na přelomu 20. a 21. století se proměnila ve stranu, která opakovaně získává velmi výraznou podporu voličů.

## 9.2 Nevládní politické strany

Do této skupiny lze přiřadit strany, které sice nemají zásadní vliv na utváření spolkové politiky, ale mají dlouhodobě stabilní elektorát, jež jim umožňuje pravidelně získávat, byť minimální, reprezentaci v Národní radě. V současnosti patří k nejvýraznějším aktérům v této kategorii Strana zelených (GPS/PES). Byla založena v roce 1983 a jak z názvu vyplývá, profiluje se především ekologicky. Programovou protiváhou Zelených je strana Svobodných, která je sice co do počtu stoupenců a podpory marginální, ale obhajobou zájmu řidičů dotváří kolorit švýcarské politické scény.

Programově tradiční Evangelická lidová strana (EVP) patří naopak mezi ty politické strany, které osvědčily svou životaschopnost. Strana vznikla již roku 1919 a patří k těm aktérům, který ke vstupu na spolkovou scénu pomohlo prosazení proporčního volebního systému. V současnosti se její volební zisky pohybují kolem 2 % hlasů. Podporuje radikální sociální, ekologickou a zdravotní politiku, ale vzhledem ke svému zaměření vystupuje rovněž jako ochránce tradičních hodnot (rodiny).

V zemi působí rovněž levicově zaměřená Strana práce (PdA), která se roku 1944 oddělila od sociální demokracie a začala prosazovat krajně levicový, tedy komunistický, program. Z programového hlediska je nesporně v současnosti mediálně zajímavější strana Švýcarští demokraté (SD), která se zaměřuje proti imigraci a prosazuje institut lidových iniciativ k omezení přistěhovalectví.



**ISSN 1213-8096**  
**Institut zdravotní politiky a ekonomiky**  
**2004**