UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Číslo výzvy:	02_16_015
Název projektu:	Zvýšení kvality vzdělávání na UK a jeho relevance pro potřeby trhu práce
Číslo projektu:	CZ.02.2.69/0.0/0.0/16_015/0002362
Příjemce:	Univerzita Karlova
Řídící orgán:	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

Ekonomické, právní a etické aspekty řízení a poskytování zdravotní péče I

Studijní texty

pro studijní programy Všeobecná sestra a Intenzivní péče

Dílo „Ekonomické, právní a etické aspekty řízení a poskytování zdravotní péče I“ autora 1 LF UK je vydáno pod licencí Creative Commons BY-SA 4.0.

EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

Ekonomické, právní a etické aspekty řízení a poskytování zdravotní péče I

Editor: Mgr. Jana Heczková, Ph.D.

Autorský kolektiv:

Mgr. Lenka Jeřábková

Mgr. Veronika Kulířová

Ing. Mgr. Petra Králová

Recenze:

Mgr. Miluše Kulhavá

Mgr. Zuznana Pražáková

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství

1. lékařská fakulta

Univerzita Karlova

Rok vydání: 2019

ISBN: 978-80-270-7269-9

Obsah

1. Úvod do právní terminologie 5

1.1. Systém práva 5

1.2. Legislativní proces v České republice 10

2. Zdravotní politika 17

2.1. Definice zdravotních potřeb 18

2.2. Závazky ČR ve vztahu k lidským právům vztahujícím se ke zdraví 20

2.3. Zdravotní systémy 21

2.3.1. Aktéři zdravotnických systémů 21

2.3.2. Typologie zdravotnických systémů ve vyspělých zemích 23

2.3.3. Indikátory zdravotnického systému 29

2.4. Systém zdravotní péče v ČR 31

2.4.1. Právní předpisy z oblasti poskytování zdravotní péče 33

2.5. Financování zdravotnictví v ČR 34

2.5.1. Zdroje financování zdravotní péče 35

2.5.2. Financování služeb poskytovatelům 41

2.5.3. Výdaje na zdravotnictví 42

2.5.4. Problematika nákladnosti moderního zdravotnictví 42

3. Sociální politika státu 48

3.1. Základní pojmy sociální politiky státu 48

3.2. Objekty a subjekty sociální politiky 50

3.3. Principy sociální politiky 51

3.4. Funkce sociální politiky 53

3.5. Nástroje sociální politiky 55

3.6. Modely sociální politiky 56

3.7. Vztah hospodářské a sociální politiky 56

3.8. Sociální zabezpečení 57

3.8.1. Sociální pojištění ... 57
3.8.2. Státní sociální podpora ... 59
3.8.3. Sociální pomoc (pomoc v hmotné nouzi) ... 60
3.9. Sociální služby ... 61
4. Právní odpovědnost zdravotníka ... 68
4.1. Základní pojmy právní odpovědnosti ... 68
4.2. Trestně právní odpovědnost ... 69
4.2.1. Nutná obrana a krajní nouze ... 70
4.2.2. Nebezpečnost trestného činu ... 70
4.2.3. Tresty za trestné činy ... 70
4.2.4. Vybrané trestné činy, které se mohou týkat zdravotníků ... 71
4.3. Občanskoprávní odpovědnost ... 74
4.4. Pracovně právní odpovědnost ... 75
4.5. Smluvní odpovědnost ... 77
4.6. Správní odpovědnost ... 77

Seznam tabulek

Seznam obrázků

1. Úvod do právní terminologie

Mgr. Lenka Jeřábková

Mgr. Veronika Kulířová

Obsah kapitoly

- Systém práva.
- Legislativní proces v České republice.

1.1. Systém práva

V hovorové řeši se pojem „právo“ nejčastěji používá ve dvou významech. V případě, že slyšíme někoho říkat: „mám na to právo“, používá tento pojem ve smyslu subjektivním, který určuje naše práva a povinnosti. Pokud slyšíme z médií např.: „podle práva státu Utah se odsuzuje…“ je tento pojem použit ve smyslu objektivním, čímž je myšlen soubor právních norem určitého státu. Právo je tedy definováno jako souhrn (systém) obecně závazných norem (pravidel chování) stanovených a sankcionovatelných státem. Je to tedy soubor pravidel, podle kterých se organizuje a řídí lidské soužití.

V těchto právních normách (systém norem v písemné podobě) bývají pravidla lidského chování v rámci určitého státu **všeobecně závazná**, mají **určitou formu** (právního předpisu) **uznanou státní mocí** a jsou touto státní mocí také **vynutitelná**. Státními orgány je rozhodováno o tom, jaká pravidla mají být dodržována, a jiné státní orgány vynucují dodržování těchto právních norem (Maďar 1995).

Veškeré právní předpisy v našem státě tvoří jeho **„právní řád“,** který je zpravidla uspořádán hiearchicky a logicky. Jeho uspořádání je stupňovité, a to podle důležitosti jednotlivých druhů právních předpisů. Tzn., že právní norma nižší právní síly nesmí odporovat normě vyšší právní síly. Právní řád tvoří uspořádaný celek, ve kterém všechny právní předpisy spolu souvisejí, navazují na sebe, doplňují se a nesmí být mezi nimi rozpory (Šavelka et al. 2011).

Za ideální stav právního systému se považuje tzv. **právní stát**. Jedná se však o ideál, tedy jednotlivé státy se snaží nastavit svůj právní systém tak, aby k tomuto ideálu směřoval.

Právní norma je tedy pravidlo chování ve společnosti, které se vyznačuje, jak již bylo řečeno, všeobecnou závazností, vynutitelností a zvláštní formou. Součástí takové právní normy je „sankce“ neboli újma, kterou nese osoba, která právní normu porušila. Znamená to povinnost podrobit se trestu při spáchání trestného činu, popř. nějaké sankci za spáchaný přestupek. Všechny právní normy v našem státě musí být zveřejněny, a to publikováním v tzv. „Sbírce zákonů“ což podmiňuje jejich platnost. Znamená to tedy, že české právo je výhradně v písemné podobě.

Ve smyslu veřejnosti, tedy obyvatel příslušného státu, existuje určitá úroveň znalostí práva, představ o právu, nesouhlasné nebo souhlasné postoje, které tvoří tzv. **právní vědomí**. Ač jsou základy práv zaneseny do vzdělávacích plánů již od základní školy, je v našem státě i v současnosti právní vědomí stále na relativně nízké úrovni.

Právní normy dělíme na **kogentní** a **dispositivní normy**. Kogentní normy jsou **bezpodmínečně závazné**, tzn. jsou kategorické a není možné se od nich nijak odchýlit. Nejčastěji jsou to normy v právu trestním, ústavním, správním, pracovním a finančním. Dispositivní normy jsou takové, v nichž se zákonem stanovená úprava použije až tehdy, kdy se strany nedohodnou jinak. Jedná se nejčastěji o právo občanské nebo obchodní, kde tyto normy převládají (Boguszak, Čapek, Gerloch 2001).

Prameny práva jsou státem uznané formy, ve kterých se právní normy vyskytují. V ČR, jak již bylo zmíněno, převažují písemné právní předpisy. Dalšími prameny práva jsou například mezinárodní smlouvy. **Podle právní síly** lze právní předpisy seřadit následujícím způsobem (Těšinová, Žďárek, Policar 2011):

- Ústava a ústavní zákony (publikují se ve Sbírce zákonů a jedná se o předpisy základní)
- Běžné zákony, zákonná opatření senátu (publikují se ve Sbírce zákonů a jedná se o předpisy základní)
- Vyhlášky orgánů státní správy (publikují se ve Sbírce zákonů)
- Nařízení krajských úřadů (publikují se vyvěšením na úřední desce a jedná se o předpisy prováděcí)
- Vyhlášky a předpisy na úrovni obcí (mají nejnižší právní sílu a publikují se vyvěšením na úřední desce, a jedná se o předpisy prováděcí)

Mezinárodní smlouvy sjednává a ratifikuje prezident ČR, a to s možností přenést jejich sjednání na vládu, popř. její členy. Mezinárodní smlouvy o lidských právech, smlouvy

politické, hospodářské smlouvy všeobecné povahy a ty, u kterých je k jejich provedení třeba zákona, schvaluje parlament. Tyto schválené smlouvy se opět vyhlašují uvedením do Sbírky zákonů.

Mezinárodní smlouvy o lidských právech, které byly ratifikovány a vyhlášeny, jsou **závazné bezprostředně** a mají přednost před zákonem *(např. Listina základních práv a svobod je součástí Ústavy ČR)* (Janků 2013).

Objektivní právo se v ČR dělí na právo **soukromé** a **veřejné**. **Veřejné právo** se týká a upravuje vztahy celospolečenské (Tabulka 1). Normy veřejného práva jsou kogentní a stát, který zde vystupuje na straně jedné, má nadřazené postavení nad osobami fyzickými i právnickými. Stát je oprávněn těmto osobám ukládat povinnosti a může měnit jejich práva i bez jejich souhlasu (Maďar 1995).

Tabulka 1 Oblasti veřejného práva

Veřejné právo	
Ústavní právo	jedná se o ústavní normy o uspořádání a řízení státu, o nevyšších orgánech státní moci a správy
Finanční právo	upravuje vztahy vznikající v procesu tvorby, rozdělování a používání peněžní masy a jejich částí
Správní právo	jedná se o odvětví veřejného práva, jehož funkcí je regulovat společenské vztahy, které vznikají při výkonu veřejné správy, jedná se o správu věcí ve veřejném zájmu
Trestní právo procesní	jedná se o postupy orgánů činných v trestním řízení, při zjišťování trestných činů nebo jejich prokazování
Trestní právo hmotné	stanoví co je trestným činem, podmínky tr. odpovědnosti a sankce
Občanské právo procesní	zákonný pramen je občanský soudní řád, který upravuje závazný postup soudů, ochranu občanů a jejich subjektivní práva
Mezinárodní právo veřejné	je soubor právních norem, které regulují vztahy mezi státy, jejich vztahy k mezinárodním organisacím a dalším subjektům mezinárodního práva, vzájemné vztahy mezinárodních organisací a některé vztahy jednotlivců ke státu

Soukromé právo upravuje vztahy (rovnoprávné) mezi fyzickými nebo právnickými osobami, a to především majetkové vztahy (Tabulka 2). Účastníci si mohou sjednat vše co není v rozporu s kogentním ustanovením zákona (Maďar 1995).

Tabulka 2 Oblasti soukromého práva

Soukromé právo	
Občanské právo hmotné	např. o dědické pávo, závazkové právo, duševní vlastnictví
Rodinné právo	upravuje vztahy mezi manžely, rodiči a dětmi a vztahy při náhradní výchově dětí
Pracovní právo	upravuje pracovní vztahy mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem
Obchodní právo	normy o podnikatelských majetkových vztazích
Mezinárodní právo soukromé	je vnitrostátní právní odvětví, které upravuje soukromoprávní vztahy s mezinárodním prvkem

Ústava

Jedná se o druh ústavního zákona s komplexní úpravou týkající se následujících oblastí (Ústava ČR):

- **základních vztahů**

  např. respektování lidských práv a svobod, ochrana přírody
- **dělby moci**

  základ kontrolního systému, rovnováha moci zákonodárné, výkonné a soudní
- **struktury orgánů ČR**

  práva, povinnosti, složky, přijímání a vylučování členů

Obrázek 1 Součásti Ústavy ČR

Listina základních práv a svobod

Vychází z mezinárodní dohoby a v ČR je součástí Ústavy. Pro všechna základní práva a svobody platí, že jsou nezadatelná, nezcizitelná, nepromlčitelná a nezrušitelná, a jsou pod ochranou soudní moci. Listina má 44 článků členěných do šesti hlav (Těšinová, Žďárek, Policar 2011).

Tabulka 3 Lidská práva dle listiny základních práv a svobod

Lidská práva	
Práva základní	Právo na život, osobní nedotknutelnost, osobní svobodu, čest, lidskou důstojnost, nedotknutelnost obydlí, vlastnit majetek, listovní tajemství, svobodu pohybu, pobytu, svobodu myšlení a náboženského vyznání.
Práva politická	Právo na svobodu projevu, právo na informace, petiční právo, právo sdružovat se a shromažďovat se, volební právo.
Práva národnostních a etnických menšin	Právo na vlastní kulturu, přijímat a rozšiřovat informace ve vlastním jazyce, sdružovat se v národnostních sdruženích.
Práva hospodářská, sociální a kulturní	Právo na vlastní kulturu, přijímat a rozšiřovat informace ve vlastním jazyce, sdružovat se v národnostních sdruženích.
Práva na soudní a jinou právní ochranu	Právo na ochranu soudem nebo jiným orgánem, odepřít výpověď, na právní pomoc a tlumočníka, na obhajobu, na zákonného soudce, presumpce neviny.

Základní právní předpisy

K základním právním dokumentům patří:

- **Novela** – předpis, který mění jiný předpis,
- **Smlouva** je vyjádřením shodné vůle dvou subjektů,
- **Judikát**
  - Soudní rozhodnutí s významem pro rozhodování obdobných věcí *(ne precedent, ale meze pro odůvodnění),*
  - Soubor soudu k problému = judikatura,
- **Vnitřní předpis** – hlavní směrnice, nesmí být v rozporu s předpisy, závazné na základě předpisů a jen pro subjekt ve vztahu k vydavateli,
- **Právní předpisy kraje a obce** – prostorově omezená působnost.

O jejich platnosti, účinnosti a působnosti platí:

- **Platnost**

  předpis prošel legislativním procesem a stal se součástí právního řádu, je **platný ode dne vydání**,

- **Účinnost**

  povinnost předpisem se řídit,

- **Působnost**
  - **osobní** – na které osoby se vztahuje,
  - **územní** *(prostorová, místní)* – prostor, ve kterém se předpis uplatňuje,
  - **časová** – synonymum **účinnosti** (od kdy do kdy se předpis musí dodržovat),
  - **věcná** – kterých záležitostí se předpis týká.

  Mezi platností a účinností je určité období, kterému se říká **vacatio legis** a slouží k tomu, abychom se na uplatňování normy mohli připravit. Platnost a účinnost může ale také být ve stejný den a v těchto případech se datum účinnosti shoduje s datem platnosti (Boguszak, Čapek, Gerloch 2001).

1.2. Legislativní proces v České republice

Legislativní proces *(někdy také proces zákonodárný)* je proces přípravy, tvorby, projednávání a schvalování zákonů ze strany vlády, obou komor Parlamentu a prezidenta, který u přijatých zákonů končí jejich vyhlášením ve Sbírce zákonů. Proces je upraven zejména v Ústavě, určité podrobnosti projednávání stanovují ale také jednací řády obou komor parlamentu. Způsob vyhlašování reguluje zákon o Sbírce zákonů a o Sbírce mezinárodních smluv a u vládních návrhů zákonů jejich podávání i legislativní pravidla vlády (Boguszak, Čapek, Gerloch 2001).

Předkladatelem návrhů zákonů může být podle Ústavy poslanec, skupina poslanců, Senát *(pouze jako celek)*, vláda a krajská zastupitelstva. Součástí samotného návrhu musí být i důvodová zpráva, která vysvětluje nutnost změny příslušného zákona a popíše dopady na veřejné rozpočty, soulad s ústavou a mezinárodními smlouvami.

Návrh poté míří k **předsedovi Poslanecké sněmovny**, který jej postoupí **organizačnímu výboru** sněmovny. Ten navrhne zpravodaje návrhu pro první čtení a rovněž to, kterému výboru sněmovna návrh přikáže v prvním čtení. Předseda rovněž rozešle návrh zákona všem poslancům a klubům, aby se na jeho projednávání mohli připravit. Pokud není předkladatelem návrhu **vláda**, pošle jí předseda sněmovny návrh k vyjádření stanoviska. Vláda se vyjádří do 30 dnů.

Proces v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR

Ve sněmovně návrh zákona čekají tři čtení, tedy jinými slovy tři projednávání na plénu. V **prvním čtení** vystoupí navrhovatel zákona a zpravodaj, který byl určen organizačním výborem. Sněmovna může poté návrh **zamítnout, vrátit k dopracování či přikázat některému z výborů** k dalšímu projednání. Výbor návrh zákona projedná obvykle ve lhůtě 60 dnů. Ve **druhém čtení** se k návrhu může vyjádřit každý z poslanců a předložit pozměňovací návrhy. **Třetí čtení** znamená, že je zákon ve sněmovně zamítnut či odsouhlasen. V případě odsouhlasení je zákon postoupen Senátu Parlamentu ČR.

Proces v Senátu Parlamentu ČR

Ze sněmovny míří návrh zákona **předsedovi Senátu**, který jej předá **organizačnímu výboru**, který rozhodne o příslušném senátním výboru, který se bude návrhem zabývat. Senát musí o návrhu rozhodnout do 30 dnů od jeho postoupení z Poslanecké sněmovny, a má na to pouze jedno čtení. Pokud Senát návrh zákona **zamítne nebo přijme pozměňovací návrhy**, vrací se návrh k projednání **zpět do Poslanecké sněmovny**. Ta může zamítnutí *(veto)* návrhu zákona **přehlasovat, a to nadpoloviční většinou všech poslanců *(101).***

Prezident

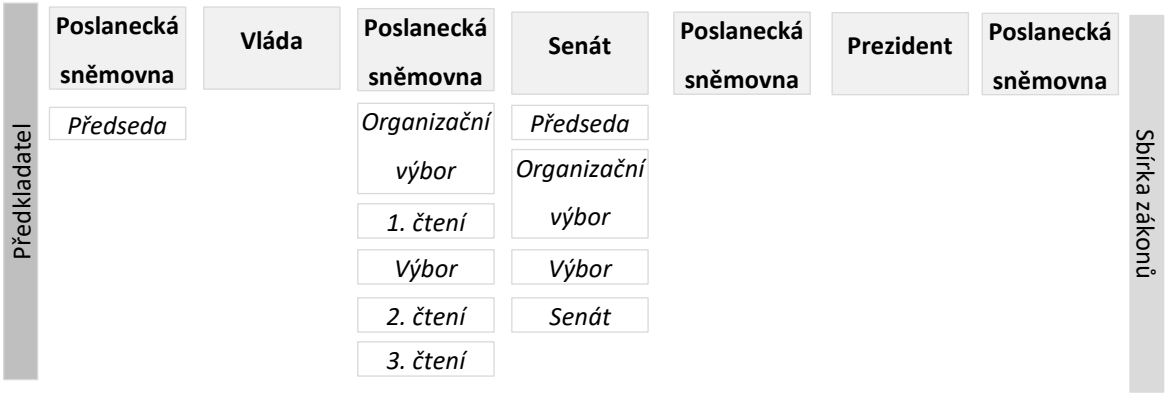
Pokud je návrh Senátem schválen *(případně pokud se k němu ve lhůtě 30 dnů Senát nevyjádří)* je postoupen **prezidentovi k podpisu**. Stejný postup platí i v případě, kdy je zamítnutí návrhu senátem přehlasováno ve sněmovně, viz odstavec výše. Pokud prezident návrh zákona **nepodepíše**, vrací se **zpět do sněmovny**, kde může být nesouhlasné stanovisko prezidenta *(veto)* opět **nadpoloviční většinou přehlasováno**.

Závěrečný proces – vyhlášení zákona

Zákon je po legislativním procesu zaslán k podpisu předsedovi vlády a předán k uveřejnění ve Sbírce zákonů a stává se platným. Účinným je teprve datem uvedeným v zákoně (Boháč 2011).

Přehledně lze legislativní proces graficky znázornit následovně (PS Parlamentu ČR):

Obrázek 2 Legislativní proces



Pravidla hlasování

Obě komory Parlamentu přijímají rozhodnutí **na základě hlasování**, které může být veřejné nebo **tajné.** Obecně existují různé druhy **hlasovacích většin**, které jsou podmínkou pro platnost voleb nebo hlasování (kvórum).

Tabulka 4 Typy hlasovacích většin

Hlasovací většiny	
prostá	nadpoloviční většina přítomných poslanců či senátorů
absolutní	nadpoloviční většina všech členů komory, tj. pro poslaneckou sněmovnu 101 členů, pro senát 41
ústavní	je potřeba ke schvalování ústavních zákonů, pro které musí hlasovat 3/5 členů komory
kvalifikovaná	přesně daný počet členů – např. při hlasování v EU

Poslanci a senátoři obvykle hlasují prostřednictvím **elektronického zařízení a zdvižením ruky. Výsledky všech veřejných hlasování** jsou veřejně dostupná na internetových stránkách Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky nebo Senátu Parlamentu České republiky. Komory jsou způsobilé se usnášet za přítomnosti alespoň jedné třetiny

svých členů. K přijetí usnesení komory je třeba souhlasu nadpoloviční většiny přítomných poslanců nebo senátorů, nestanoví-li Ústava jinak (PS Parlamentu ČR).

K přijetí usnesení o vyhlášení válečného stavu a k přijetí usnesení o souhlasu s vysláním ozbrojených sil České republiky mimo území České republiky nebo s pobytem ozbrojených sil jiných států na území České republiky, jakož i k přijetí usnesení o účasti České republiky v obranných systémech mezinárodní organizace, jíž je Česká republika členem, je třeba souhlasu nadpoloviční většiny všech poslanců a nadpoloviční většiny všech senátorů. K přijetí ústavního zákona a souhlasu k ratifikaci mezinárodní smlouvy uvedené v Ústavě čl. 10a odstavec 1 je třeba souhlasu třípětinové většiny všech poslanců a třípětinové většiny přítomných senátorů (Ústava ČR).

Kontrolní otázky

Definujte pojem “právo”.

Seřaďte právní předpisy dle jejich právní síly.

Jaký je rozdíl mezi kogentními a dispositivními právními normami?

Jaký je rozdíl mezi soukromým a veřejným právem?

Popište legislativní proces v České republice.

Použitá a doporučená literatura

BOGUSZAK, J., ČAPEK, J., GERLOCH, A. *Teorie práva*. Praha: Eurolex Bohemia. 2001. ISBN 80-86432-13-0.

BOHÁČ, R. (ed.) *Legislativní proces (teorie a praxe)*. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra. 2011. ISBN 978-80-7312-074-0.

JANKŮ, M. (ed.) *Základy práva pro posluchače neprávnických fakult*. 5. přepracované a doplněné vydání ed. Praha: C.H.BECK. 2013. ISBN 978-80-7400-494-0.

MAĎAR, Z. (ed.) *Slovník českého práva II. díl P-Z.* Praha: Linde. 1995. ISBN 80-856-4762-1.

PS PARLAMENTU ČR. Legislativní proces projednávání návrhů zákonů. *Jednání a dokumenty* [Online]. Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna [cit. 2019-09-18]. Dostupné z https://www.psp.cz/sqw/hp.sqw?k=331.

ŠAVELKA, J., MYŠKA, M., PTAŠNÍK, A., SPÁČILOVÁ, D. *Právní informační systémy*. Brno: Tribun EU. 2011. ISBN 978-80-7399-252-1.

TĚŠINOVÁ, J., ŽĎÁREK, R., POLICAR, R. *Medicínské právo*. Praha: C.H. Beck. 2011. ISBN 978-80-7400-050-8.

Prameny práva

Zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České Republiky. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 1-2, s. 3-16.

Zákon č. 90/1995 Sb., o jednacím řádu Poslanecké sněmovny. In *Sbírka zákonů České republiky*, částka 20, s. 1010-1048.

Zákon č. 107/1999 Sb., o jednacím řádu Senátu. In *Sbírka zákonů ČR*, s. 2583-2613.

Zákon č. 309/1999 Sb., o Sbírce zákonů a o Sbírce mezinárodních smluv. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 101, s. 6578-6581.

2. Zdravotní politika

Mgr. Lenka Jeřábková

Mgr. Veronika Kulířová

Ing. Mgr. Petra Králová

Obsah kapitoly

- Definice zdravotních potřeb.
- Závazky ČR ve vztahu k lidským právům vztahujícím se ke zdraví.
- Zdravotní systémy.
- Systém zdravotní péče v ČR.
- Financování zdravotnictví v ČR.

Zdravotní politika představuje souhrn politických aktivit, jež mají vliv na zdraví a kvalitu života lidí a společenských skupin. Obsahuje směry činnosti, jež působí na řadu institucí, podpůrných zařízení a služeb a na způsoby úhrady systému zdravotní péče. Zdravotní politika přesahuje činnost zdravotnických služeb a zahrnuje zamýšlené jednání veřejnosti, veřejných, soukromých i dobrovolných organizací a jedinců, kteří mají vliv na zdraví (Wilkinson, Marmot 2005). Můžeme tak říci, že zdravotní politika vyjadřuje zájem států na zdravotním stavu obyvatelstva.

Východiskem pro zdravotní politiku je vždy existence určitým způsobem uspořádané konkrétní společnosti a její hospodářské a sociální politiky, kterou aplikuje v oblasti péče o zdraví. Zdravotní politika vychází vždy z konkrétních hodnot a priorit. Hodnoty a morální teorie jsou tak jedním z východisek zdravotní politiky. Zdraví je nutno chápat jako národní bohatství. Z toho vyplývá i úloha státu jako subjektu zdravotní politiky, která by měla spočívat ve vytváření takového prostředí, ve kterém se funkce zdraví prosazuje do každé lidské činnosti (Malý et al. 2015).

K hlavním úkolům státu tak patří:

- **tvorba zdravotní politiky**

tvorba strategií, národních programů, legislativního procesu a správy státního rozpočtu ve vztahu ke zdravotnictví,

- **garance zdravotní péče**
  převzetí odpovědnosti za dostupnost zdravotní péče pro všechny občany, a to z hlediska dostupnosti finanční, časové a místní,
- **garance kvality zdravotní péče**
  zabezpečení vzdělávání zdravotnických pracovníků, kontrolu léčiv a stanovování pravidel pro jejich skladování a distribuci.

K faktorům ovlivňujícím zdravotní politiku řadíme:

- společenská kultura státu (etika, tradice, morálka, kultura, právo),
- dosažení stupně ekonomiky (HDP, solidarita, veřejné výdaje),
- vstup faktorů (veřejné mínění, masmédia, loby),
- specifická politická a sociální situace,
- specifická transformace dosavadní centrálně řízené ekonomiky na tržní,
- změny v sociodemografickém vývoji naší společnosti,
- rizikové faktory restrukturalizace a diferenciace společnosti (nezaměstnanost, rozdíly životní úrovně, životní styl, pracovní vytížení),
- migrační pohyb,
- specifický charakter různých patogenních faktorů,
- převaha bezprostředních politických zájmů nad zdravím obyvatelstva (riziko deformace hodnotového systému).

2.1. Definice zdravotních potřeb

Termín „zdraví“ lze definovat mnoha způsoby. Intuitivně asi každý z nás chápe, co konkrétně pro něho znamená „být zdravý“. Chceme-li však tento termín přesněji vymezit, narážíme právě na jeho mnohoznačnost. Konkrétní pojetí zdraví se promítá také do praktické tvorby a realizace zdravotní politiky. Obecně můžeme definice zdraví rozlišit na tzv. pozitivní a negativní. Příkladem kombinace pozitivního a negativního vymezení je definice Světové zdravotnické organizace, obsažená v preambuli zakládající listiny této

organizace zroku 1946: „**Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci či fyzické slabosti**“. Zdraví tedy chápe WHO jako kombinaci úplné pohody (pozitivní vymezení) a nepřítomnosti nemoci (negativní vymezení). Tato definice je však zároveň kritizována pro užití vágního, těžce měřitelného a příliš idealistického sousloví. Zaměření definice na různé dimenze pohody, tedy nejen na biologicko-fyzickou, ale také na duševní či sociální dimenzi, je považováno za pokrok oproti striktně biologizujícímu pohledu na zdraví, který si všímá pouze mechanismů fungování lidského těla. Definice WHO byla později vroce 1977, v rámci programu Health for All by the Year 2000, doplněna ještě o „**schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život**“, čímž bylo zdraví vymezeno také z hlediska jeho funkce jako jedna z podmínek, která nám umožňuje vést kvalitní a plnohodnotný život.

Při praktickém hodnocení zdravotního stavu se většinou opíráme spíše o negativní definice zdraví. Zdraví je tak vymezeno jako absence nemoci či nepohody, kdy za nemoc je většinou považován určitý objektivně definovaný, medicínsky identifikovatelný stav člověka, nepohoda pak odkazuje spíše k subjektivnímu vnímání jedince. Rozhodnutí, zda budeme upřednostňovat subjektivní a objektivní pojetí zdraví a nemoci následně ovlivňuje přístup k měření a hodnocení zdravotního stavu populace.

Zdraví je ovlivňováno celou škálou zevních a vnitřních faktorů, působících samostatně nebo společně. Mezi faktory, které nelze ovlivnit patří pohlaví, věk a vrozené předpoklady. Zdravotní péče ovlivňuje zdravotní stav jen z 20 %, ve srovnání s dalšími vlivy jako jsou životní prostředí, životní podmínky a vlastní způsob života, tyto determinanty ovlivňují zdraví z 80 %. Zdraví významně ovlivňuje podmínky existence člověka ve společnosti, tedy podmínky sociální (Mach 2006).

K hlavním determinantám zdraví můžeme řadit (Malý et al. 2015):

- životní styl (50 %),
- životní a pracovní prostředí (15-20 %),
- péče o zdraví a zdravotnictví (10-15 %),
- biologický (genetický) základ (10-15 %).

2.2. Závazky ČR ve vztahu k lidským právům vztahujícím se ke zdraví

V ČR byla po roce 1990 věnována poměrně významná pozornost četných teoretiků a politiků otázkám lidských práv, jejich zakotvení do českého právního řádu. Českou republiku rozhodně však nelze řadit mezi aktivní faktory rozvoje lidských práv a jejich aplikace, spíše tomu bylo naopak, a to i přes členství v Radě Evropy od počátku 90. let a vstupu ČR do EU, kde lidská práva a mechanismy jejich ochrany sehrávají podstatně významnější roli při koncipování politických rozhodnutí. Pokud můžeme sledovat v ČR efekty lidských práv, pak tomu bylo vždy zejména v rámci mezinárodního působení vlivu OSN, Rady Evropy, EU (Malý et al. 2015).

Mezinárodní dokumenty ratifikované Českou republikou:

- Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech z roku 1966 ČR ratifikovala zákonem č. 120/1976 Sb.
- Úmluva o závodních zdravotnických službách (zákon č. 415/1988 Sb.)
- Úmluva na ochranu lidských práv a základních svobod z roku 1950 (zákon č. 209/1992 Sb.)
- Evropská sociální charta z roku 1961 (zákon č. 14/2000 Sb.)
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně z roku 1997 (zákon č. 96/2001 Sb.)
- Úmluva o právech dítěte z roku 1989 Česká republika ratifikovala Úmluvu o právech dítěte v roce 1991 (Sdělení Federálního ministerstva zahraničních věcí č. 104/1991 Sb., resp. zákon č. 3/1993 Sb.)
- Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (Sbírka mezinárodních smluv č.10/2010)

Kromě mezinárodních smluv, zavazujících Českou republiku v oblasti poskytování zdravotní péče a medicínského práva, je dalším právním předpisem vyšší právní síly než zákon **Listina základních práv a svobod**. Problematiky lidských práv se vztahem ke zdraví se týká zejména:

- článek 6 - právo na život,
- článek 7 - nedotknutelnost osoby a jejího soukromí,
- článek 8 - osobní svoboda,

- článek 10 - právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno,
- Článek 31 - každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon (WHO 2008).

V souvislosti s naplněním článku 31 vznikla několikrát diskuse o vymezení rozsahu poskytovaných zdravotních služeb. Důležitými nástroji pro vymezení rozsahu poskytovaných zdravotnických služeb jsou prováděcí předpisy veřejného zdravotního pojištění a zdravotně pojistné plány. Již dvakrát však Ústavní soud ČR stanovil, že definovat zákonné vymezení obsahu a rozsahu podmínek a způsob poskytování práva občana na bezplatnou zdravotní péči je možné jen zákonem (Malý et al. 2015).

2.3. Zdravotní systémy

Podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví jsou zdravotnické systémy definovány jako administrativní kontrola a monitorovací mechanizmy, které řídí rozsah služeb, poskytovaných jedincům pro jejich fyzickou, psychickou a sociální pohodu, v různých místech, včetně obce, bytů, školy a pracoviště, všeobecných nemocnic, specializovaných nemocnic, klinik a pobytových a nepobytových zařízení, jako systémy volitelnosti služeb, zabezpečení pomůcek, pomocné technologie nebo jiného upraveného vybavení, a legislativy, jako jsou zdravotní zákony, které řídí charakteristiky zdravotního systému jako dostupnosti, univerzálnosti, přenosnosti, veřejného financování a srozumitelnost (Šatera 2012).

2.3.1. Aktéři zdravotnických systémů

Ve zdravotnickém systému existuje velké množství aktérů tvořících složitou strukturu s mnoha vzájemnými vazbami. Jedná se však o vztah mezi třemi hlavními subjekty: 1) těmi, kdo péči potřebují, tj. spotřebiteli; 2) těmi, kdo ji nabízí, tj. poskytovateli zdravotních služeb; a 3) těmi, kdo ji finančně zprostředkovávají, tj. plátci zdravotních služeb.

Vedle těchto tří existuje skupina aktérů, kteří nepatří ani do jedné z těchto tří skupin, ale aktivně se účastní jednotlivých interakcí mezi těmito hlavními hráči nebo ovlivňují podmínky, na jejichž základě tyto tři hlavní skupiny aktérů vzájemně vystupují (Mátl 2008). Do této skupiny patří státní sféra, výrobci a dodavatelé léčiv či zdravotnické techniky, vzdělávací instituce, média, politické strany, odborové organizace a mnoho dalších.

Spotřebitelé (příjemci, uživatelé)

První skupinu tvoří občané, kteří v systému vystupují jako poptávající zdravotnických služeb. Občané na jedné straně odvádí zdravotní pojištění, na druhé straně spotřebovávají zdravotní péči, zároveň ale nejsou díky existenci třetí strany přímo konfrontováni scénou zdravotní péče. Jak již bylo řečeno, občané se mohou organizovat v rámci pacientských organizací a tím mohou vstupovat do interakcí se skupinou plátců a poskytovatelů. V ránci veřejné volby jsou to pak občané, kteří v podstatě rozhodují o orientaci zdravotní (reformní) politiky (Šatera 2012).

Poskytovatelé

Druhou skupinou jsou poskytovatelé péče, kteří bývají považováni za klíčového hráče. Vykonávají samotnou zdravotní péči a kvalita jejich práce tak ovlivňuje výsledky celého systému. Poskytovatelé se povinně sdružují v profesních komorách, a kromě toho se mohou organizovat v odborných sdruženích dle profesí. Jde o skupinu, která je ze všech tří z hlediska zájmů zřejmě nejvíce nehomogenní. Lékařská profese se vyznačuje jistými charakteristikami, z nichž vyplývá jejich vliv na politickém trhu. Jsou to zejména: zdroje, velká a rozptýlená členská základna, soudržnost či homogenita ve vztahu ke klíčovým zájmům skupiny (Šatera 2012).

Plátci zdravotních služeb

tedy především zdravotní pojišťovny v českém systému, které svým postavením zásadně ovlivňují chod celého systému. Na jedné straně mají závazky k pojištěncům, na druhé straně na základě smluv proplácejí poskytnutou zdravotní péči poskytovatelům.

Vztahy mezi těmito třemi základními subjekty mohou být na teoretické rovině uspořádány buď na základě mechanismu **VOLNÉHO TRHU**, nebo na základě vládní **REGULACE** a veřejné kontroly.

2.3.2. Typologie zdravotnických systémů ve vyspělých zemích

Na problematiku míry regulace zdravotních systémů ze strany státu existují různé pohledy. Z tohoto hlediska je možné rozdělit tři základní modely systému zdravotnictví (Zavázalová 2002; Šatera 2012).

Tabulka 5 Typologie zdravotnických systémů

Tržní zdravotnictví	Směsice plátců a různých schémat	USA
Solidární zdravotnictví	Národní (veřejné, povinné, sociální) zdravotní pojištění (Bismarckův model)	Německo, Belgie, Holandsko, Švýcarsko, Francie, Česká republika, Slovenská republika
	Státní zdravotnictví – Národní zdravotní služba (Beveridgův model)	Velká Británie, severské země, Island, Itálie, Portugalsko, Španělsko, Řecko

Tržní zdravotní systém (liberální)

Zdravotnický systém v USA je označován jako tržní, pluralitní či profesní. Vychází z hodnot autonomie jedince a liberálního pojetí státu. Zdravotnictví bylo tradičně vnímáno jako sféra, do které by stát neměl přímo zasahovat a zajištění dostupnosti i poskytování bylo svěřeno soukromému trhu. První trhlinu získal tento přístup v období Světové hospodářské krize po r. 1929. Snahy zavést zdravotní pojištění na veřejném principu po vzoru např. Německa však neprošly ani tehdy ani při opakovaných pokusech v 50. a 90. letech. Nejsilněji se proti nim stavěla Americká lékařská asociace, která argumentovala tím, že základem léčebného vztahu je svobodný vztah mezi klientem a lékařem, do kterého nikdo nesmí autoritativně zasahovat. Nadále tedy trvá předpoklad, že nikdo není povinen se účastnit zdravotního pojištění a přispívat na sebe i druhé. Je nutno zmínit, že dílčí podmínky v jednotlivých státech mohou být velmi rozdílné a že tato kapitola přináší jen souhrnný

obrázek celoamerické situace. V současné době existuji tři nejčastější schémata, jimiž je více méně zajištěna určitá dostupnost zdravotní péče. Patří mezi ně:

Zaměstnanecké pojištění

Nejvíce Američanů se dostává ke zdravotní péči prostřednictvím zaměstnaneckého pojištění. Zaměstnanecké pojištění je převážně sjednáváno u pojišťoven neziskové orientace. Nejznámějšími jsou např. Blue Cross/Blue Shield. Pojistné je obvykle vyměřováno podle průměrných nákladů na 1 pojištěnou osobu daného poolu-skupiny pojištěnců (tzv. community rating). Zaměstnanecké pojištění se ale také často sjednává přímo s poskytovateli bez asistence zdravotních pojištění (self-insurance). Zaměstnavatelé kontrahují vybrané poskytovatele (PPOs – Preferred Providers Organizations, HMOs – Health Maintenance Organizations) a ti za určitý paušální poplatek ošetřují zaměstnance podniku (schémata ale mohou být i jiná).

Sezónní práce či práce na zkrácený úvazek nebo pro malého zaměstnavatele obvykle znamená, že zaměstnanecké pojištění není zajištěno. Rozsah zaměstnaneckého pojištění je velmi různorodý a nepokrývá komplexní péči. Často se vztahuje jen ke konkrétním typům péče a nezahrnuje jiné – např. stomatologickou, dlouhodobou ošetřovatelskou či psychiatrickou péči. Zaměstnavatelé tak mohou redukovat rozsah krytí pojištění podle své ekonomické situace. Spolupráce se zaměstnaneckými odbory je velmi ojedinělá.

Zaměstnanecké pojištění zpravidla umožňuje připojistit s sebou 1 rodinného příslušníka a dochází tak k tzv. „tragickým volbám“, kdy rodina musí vybírat, kdo s ekonomicky aktivní osobou do výhodného pojištění půjde.

Individuální soukromé pojištění

Další formou je individuální soukromé zdravotní pojištění, obvykle fungující na komerčním principu. Soukromé zdravotní pojištění má ryze obchodní ráz a smlouva zahrnuje individuální podmínky klienta, jeho preference, stav a možnosti. Pojistné je zde vyměřováno podle individuálního rizika (risk-adjusted premiums) a zohledňuje věk, pohlaví, zdravotní stav, behaviorální rizika, nemocnost, počet spolupojištěných osob apod.

Cena soukromé pojistky dále závisí na rozsahu a podmínkách sjednané péče (např. max. délka hospitalizace v roce, hrazená z pojistky) a na výši přímé spoluúčasti, jež má mnoho

forem. Např. úroveň tzv. deductibles, prvních nákladů v roce, které nemocný zaplatí, než začne nabíhat úhrada z pojistky, může zlevnit či zdražit pojištění.

Vládní federální program

Třetím způsobem, jak se Američané dostávají ke zdravotní péči, jsou vládní federální programy, zavedené v 60. letech (Medicare a Medicaid) a v r. 1996 (The State Childrens Health Insurance Program). Kromě celoamerických programů jsou mnohé další realizovány samostatně jednotlivými státy unie (tzv. state-only programs) nebo lokálně, což opět ovlivňuje různé podmínky dostupnosti a kvality péče.

Medicare je spravován přímo státem a hlavním zdroj tvoří daně a odvody sociálního pojištění. Primárně je určen pro zajištění péče o starší osoby nad 65 let a některé vybrané skupiny zdravotně postižených (osoby s renálním selháním, slepci). Aby mohli starší občané služeb Medicare využívat, platí, že se alespoň 10 let on nebo jeho životní partner účastnili tzv. sociálního pojištění (social insurance) nebo musí prokázat, že jsou sociálně slabí. Medicare je členěn na blok A (nemocniční péče, ošetřovatelská péče včetně domácí, hospice) a volitelný blok B (ambulantní péče, očkování, léky, laboratorní a jiné diagnostické testy). Nemocniční péči dostávají Američané bezplatně při určité spoluúčasti. Léky si většinou pacienti hradí sami. Senioři tedy nemají služby automaticky zadarmo. Na Medicare (Original Medicare Plan) navazují další doplňkové programy, vyplňující nepokryté oblasti a zajišťující pojištění přímé spoluúčasti, lékových úhrad či dlouhodobé ošetřovatelské péče (Medigap, Medicare + Choice, Medicare Private).

Medicaid je program pro sociálně slabé a služby jsou přidělovány těm, kdo mají příjmy nižší, než je stanovená příjmová hranice chudoby (poverty line). V rámci Medicaid je ošetřováno kolem 40 % Američanů a u mnohých se kombinuje Medicaid s Medicare. Program je v kompetenci jednotlivých států unie, a proto se dílčí podmínky velmi liší. Odlišný tak může být i rozsah služeb a výše spoluúčasti. Výjimku ze spoluúčasti tvoří děti a mladiství do 18 let, těhotné, neodkladná péče a plánované rodičovství. Obecně platí, že nárokovat péči v rámci Medicaid smějí chudé osoby s prokazatelným příjmem pod určitý násobek životního minima. Avšak jednotlivé státy si určují své podmínky tohoto životního minima. Prioritou

programu Medicare je péče o osoby z odlišných rasových a etnických skupin, těhotné ženy a matky, malé děti. Bezplatnou zdravotní péči mohou dále nárokovat některé skupiny populace, jako např. váleční veteráni, původní indiánské obyvatelstvo a někteří státní zaměstnanci. Mnohá zdravotní péče je také poskytována z charitativních prostředků.

Tabulka 6 Výhody a nevýhody tržního modelu zdravotního systému

Výhody	Nevýhody
Bohatá nabídka kvalitních služeb	Nízká dostupnost zdravotní péče pro nepojištěné či chudé osoby
Podpora rozvoje nových technologií	Nedostatečná preventivní péče
Podpora soutěživosti mezi poskytovateli zdravotní péče	Nedostatečná návaznost zdravotní péče
Vysoká efektivnost osvěty zdravého životného stylu	Vysoké náklady na zdravotní péči a na administraci systému

Zdroj: (Ochrana, Pavel, Vítek 2010)

Státní zdravotnictví (Beveridgeův model)

Národní zdravotní služba je řízena Ministerstvem zdravotnictví prostřednictvím struktury veřejné správy. Pod Ministerstvem zdravotnictví operuje např. v Anglii 28 strategických (regionálních) zdravotních úřadů, zodpovědných za plánování a alokaci zdrojů mezi primární a sekundární péči. Každé tři roky je sestavován zdravotnický rozpočet jako součást rozpočtu veřejných služeb. Díky důslednému řízení a restrikci nabídky i poptávky se jedná o systém stále relativně levný a výkonný, jeho odvrácenou stranou ale je malá citlivost k přáním pacientů. Zdravotnictví Anglie, Walesu a Skotska pracují samostatně a s jistými rozdíly.

Pilířem Národní zdravotní služby jsou týmy primární péče (primary care trusts). Do primární péče patří vedle ordinací praktických lékařů (general practitioners), optiků, lékárníků a stomatologů také nové typy služeb, např. nízkoprahové služby typu „NHS walk-in centres“ a nepřetržité telefonické a internetové poradenství k svépomoci, sebepéči a rodinné péči a vyhledání včasné a adekvátní pomoci (NHS Direkt). Tyto strategie se opírají o kvalifikované sestry, které dnes zajišťují první kontakt s nemocným, a buď ho posílají dál, nebo zákrok provedou samy či poradí nemocnému léky, které si jako volně prodejné koupí v lékárně.

Potřebuje-li nemocný specializovanou péči, musí mít v rámci Národní zdravotní služby doporučení praktického lékaře.

Praktičtí lékaři, kteří jsou klíčovou postavou britského zdravotnictví, jsou odměňováni větší měrou kapitačním způsobem a doplňkově za výkony. Financování péče jde v převážné míře z přímých progresivních daní populace a také z daní nepřímých. V posledních letech se stále více šíří soukromé pojištění a připojištění. Obzvlášť dynamicky se rozvíjí stomatologické připojištění. Pacienti se také v omezené míře podílejí přímo na nákladech, hlavně při spoluúčastí na léky, přičemž asi 85 % preskripcí je bez doplatku. Z poplatku jsou osvobozeni děti do 16, studenti do 19 let, příjemci sociálních dávek, váleční veteráni, zdravotně postižení, těhotné a matky, lidé s některými chronickými onemocněními. Citelná spoluúčast je také ve stomatologii, kde dosahuje až 80 % nákladů do maxima 354 liber ročně. Poplatky za návštěvu praktického lékaře ani za pobyt v nemocnici nejsou zavedeny. Pacienti si mohou připlatit za soukromé lůžko.

Tradičním nedostatkem britského zdravotnictví je nízký ohled na přání pacientů, dlouhé čekání jak při přijetí, tak i v případě plánovaných zákroků (čekací seznamy). Komfort služeb je hodnocen jako nižší ve srovnání s evropským zdravotnictvím. Návštěvnost britských nemocných u lékařů je nízká (kolem 5,4 návštěv ročně). Mnoho pacientů konzultuje svůj problém telefonicky a v lékárně si zakoupí na základě doporučení volně prodejný lék. Stále více Britů si hradí soukromé vyšetření u specialisty a dostávají se na případné čekací seznamy k zákrokům dříve. Tomuto problému nerovnosti je věnována značná pozornost a reformy usilují o zkrácení čekacích lhůt pro všechny, nezávisle na jejich sociální a finanční situaci.

Tabulka 7 Výhody a nevýhody státního modelu zdravotního systému

Výhody	Nevýhody
Podpora primární péče (problém v období recese)	Dlouhé čekací doby na některé výkony
Návaznost zdravotnických služeb	Nedostatečná péče o vlastní zdraví
Přiměřené náklady na poskytování zdravotní péče	Závislost systému na daňovém výnosu
Podpora rozvoje nových technologií	Neexistence tlaku na konkurenční prostředí

Zdroj: (Pastuszková 2015)

Národní zdravotní pojištění (Bismarckův model)

Model národního zdravotního pojištění se zrodil v Německu na konci 19. století. Kromě Německa jej najdeme např. ve Francii, Rakousku, ČR (od r. 1996), zemích Beneluxu nebo Švýcarsku.

Model zdravotního pojištění má různé podoby a varianty. Všem je společné to, že hlavním zdrojem financování jsou účelové příspěvky na zdravotní pojištění, spravované veřejnými zdravotními pojišťovnami. Rozdíly jsou v tom, zda povinnost účastnit se pojištění platí pro všechny ekonomicky aktivní občany (ČR, Rakousko, Francie) nebo zda jsou některé skupiny nejbohatších uvolněny (Německo, částečně Holandsko). Dalším rozdílem je to, zda jsou služby poskytovány na věcném principu (úhrady poskytovatelům přímo od pojišťoven), který je rozšířenější, anebo zda jsou služby nejprve uhrazeny nemocným a zpětně refundovány pojišťovnou (Francie). V některých zemích panuje svobodná volba zdravotní pojišťovny (ČR), zatímco jinde ne (Francie). Modely spojuje princip solidarity a veřejná odpovědnost za zdraví populace.

Předmětem každoročních dohod je stanovení maximálních objemů péče, schválení nových procedur a zařazení do veřejného zdravotního pojištění, úroveň odměňování lékařů a pravidla distribuce nákladné technologie. Dostupnost péče je málo omezená a vysoce komfortní, v případě zákonného zdravotního pojištění je volba lékaře a nemocnice vázána na smluvní vztah poskytovatele ke zdravotní pojišťovně. Občané mají přímý přístup jak ke všeobecným lékařům, tak ke specialistům.

Tabulka 8 Výhody a nevýhody modelu národního zdravotního pojištění

Výhody	Nevýhody
Vysoká dostupnost zdravotní péče	Administrativní náklady zdravotních pojišťoven
Vyhovující síť zdravotnických zařízení	V případě problémů zdravotních pojišťoven může dojít ke ztížení přístupu pacientů ke zdravotní péči
Navazující služby zdravotnických zařízení	Některé typy zdravotních pojišťoven působí pouze regionálně
Přiměřené náklady na zdravotní péči	Nepřehlednost systému úhrad zdravotní péče

Zdroj: (Gröschlová 2015)

2.3.3. Indikátory zdravotnického systému

Pro účely mezinárodních komparací zdravotnických systémů slouží celá škála sledovaných indikátorů. Základní triádou je dostupnost, kvalita a ekonomická nákladnost zdravotnického systému. Tyto tři základní indikátory doplňuje ukazatel ekonomické účinnosti (výkonnosti, zdatnosti-efficiency), spravedlnosti (ekvity) a společenské a kulturní akceptibility systému pro populaci dané země. Některé prvky jsou sice v původní podobě nepřenosné do jiných zemí, ale současně jiné jsou uplatňovány v mezinárodním měřítku (např. měření a zjišťování kvality péče).

Dostupnost péče vyjadřuje překážky, které pacient má či nemá při čerpání zdravotní péče a má různé aspekty. Dostupnost péče lze rozčlenit:

- **Geografická**

  Rozmístění sítě zdravotnických zařízení v terénu, v současné době jsou základním problémem rozdíly mezi městem a venkovem.
- **Finanční**

  Zahrnutí služeb do předplacené péče, problematika přímé spoluúčasti, otázka nepojištěné či nedostatečně pojištěné populace.
- **Časová**

  Přidělování péče na principu čekání – odkládání neakutních zákroků z důvodu nedostatečných kapacit a zdrojů.
- **Organizační**

  Přímý přístup ke specialistům nebo pouze přes praktické lékaře, volba lékaře.
- **Sociokulturní**

  Nižší dostupnost péče z důvodu nižší schopnosti populace orientovat se v systému a spolupracovat s ním.
- **Kvalitní péče**

  Materiální, technologické a personální vybavení.

Kvalita péče je odrazem stupně, v němž poskytnutá péče odpovídá poznatkům medicínského výzkumu a možnostem technologie. Závisí do značné míry na ekonomické situaci země, na obecných hospodářských ukazatelích, které ovlivňují objem finančních

prostředků vynakládaných na zdravotnictví a na podmínkách trhu. Za velmi důležitý faktor kvality je dnes považována tzv. vstřícnost systému („responsiveness“), což znamená obecně schopnost organizovat systém podle potřeb uživatelů a ve vztahu s nimi.

Ekonomická nákladnost vyjadřuje spotřebu finančních prostředků resortem zdravotnictví a je popisována řadou ukazatelů, např. procentuálním podílem těchto nákladů z celkového hrubého domácího produktu dané země.

Hrubý domácí produkt (HDP) je národohospodářskou kategorií a vyjadřuje se v měnových jednotkách. Vypovídá o celkové peněžní hodnotě statků a služeb, vyprodukovaných všemi odvětvími národní ekonomiky ať již tuzemskými občany, podniky, nebo zahraničními subjekty v kalendářním roce po odečtení mezi spotřeby (tj. finálních statků), tedy nákladových položek. Je kalkulován jako souhrn hodnot přidaných zpracováním ve všech odvětvích produktivní činnosti národního hospodářství, tj. včetně služeb tržních i netržních. Dalšími ekonomickými indikátory jsou např. podíl veřejných a soukromých zdrojů na financování zdravotnictví, alokace zdrojů do různých segmentů zdravotnictví, výše prostředků na 1 občana ročně apod. Obecně platí, že zdravotnické systémy více otevřené trhu jsou dražší a vynakládají vyšší procento HDP na zdravotní péči než systémy, kde převažují státní centrální regulace.

Výkonnost zdravotnického systému (efficiency) vyjadřuje, jaký rozsah péče jak široké populaci, v jaké struktuře a kvalitě je zdravotnický systém schopen při daných výdajích zajistit. Výkonnost systému se tak vztahuje k ukazateli zdravotních potřeb populace a ekonomických zdrojů. Díky jednoduché administrativě, vázané volbě lékaře, efektivní léčbě, subsidiaritě služeb, obvykle při redukovaném počtu plátců, je možné dosáhnout, že systém uspokojí více relevantních zdravotních potřeb populace s menším objemem prostředků. K posuzování výkonnosti slouží celá řada postupů hodnocení efektivity procesu vstupy-výstupy, jako např. analýza nákladů a přínosu (cost-benefit analysis), nákladů a využití (cost-utility analysis), nákladů a efektivity (cost-effectiveness analysis) a další. V běžné (neodborné) češtině obtížně odlišujeme oba anglické výrazy jako efficiency a effectiveness.

Rovnost (Ekvita) je vyjadřována rovným, stejným přístupem k léčbě a aplikaci všech potřebných medicínských postupů pro pacienty všech sociálních skupin bez ohledu na jejich platební schopnost či sociální postavení. Rovnost vyjadřuje uplatnění zásad stejné klinické péče při stejných potížích.

Sociální akceptibilita reflektuje, nakolik uspořádání zdravotnického systému odpovídá potřebám a představám společnosti, jež se utvářejí v dlouhodobém historickém a kulturním vývoji. Zdravotnické systémy mají sice některé problémy společné (např. napětí mezi potřebou a zdroji) a projevují se stále silněji i globalizační tendence, ale konkrétní podoba národního zdravotnictví je nezaměnitelná a je výsledkem kulturně-historického vývoje. Je možné říci, že spokojenost veřejnosti se zdravotnictvím je primárně podmíněna vyrovnanou bilancí mezi dostupností a kvalitou péče tak, aby v rámci disponibilních zdrojů dostupná péče byla kvalitní a kvalitní péče dostupná.

Spravedlnost hodnotí, zda mají občané šanci na dosažení možného zdraví a rozvinutí svého potenciálu zdraví nezávisle na své sociální a finanční situaci.

Akceptibilita vyjadřuje spokojenost populace se zdravotnickým systémem a v úvahu bere skutečnost, že zdravotnický systém je kulturně-historickým produktem. V některých zemích není populace ochotna se vzdát svých zvyklostí, ani když je přímo ekonomicky motivována. Např. neochota Francouzů omezit svůj vstup do zdravotnictví přes praktického lékaře trvá i přes odpuštění jinak běžně placených finančních poplatků za návštěvu.

2.4. Systém zdravotní péče v ČR

Úroveň zdravotnictví patří mezi hlavní ukazatele vyspělosti země. V České republice je základní zdravotní péče poskytována všem občanům na základě zdravotního pojištění. Dostupnost zdravotní péče je nezbytným předpokladem realizace práva na ochranu zdraví. Jde o dostupnost a zpřístupnění základní zdravotní péče pro všechno obyvatelstvo (Gladkij, Strnad 2002).

Státní správu v ochraně veřejného zdraví vykonávají (Gröschlová 2015):

- Ministerstvo zdravotnictví ČR
- Krajské hygienické stanice
- Ministerstvo obrany ČR
- Ministerstvo vnitra ČR

Zdravotní péči definuje naše legislativa dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů jako:

- soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem
  1. předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu,
  2. udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu,
  3. udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení,
  4. pomoci při reprodukci a porodu,
  5. posuzování zdravotního stavu,
- preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetřovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky,
- odborné lékařské vyšetření podle zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek.

Z hlediska časové naléhavosti se zdravotní péče dělí na neodkladnou, akutní a plánovanou. Podle účelu poskytnutí se rozlišují:

- **preventivní péče**

  vyhledávání faktorů, které jsou v souvislosti se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu, a provádění opatření směřujících k jejich odstraňování nebo minimalizaci jejich vlivu,
- **diagnostická péče**

  zjišťování zdravotního stavu,
- **dispenzární péče**

  dlouhodobé sledování zdravotního stavu,
- **léčebná péče**

  příznivé ovlivnění zdravotního stavu,

- **posudková péče**

  zjišťování, zda nebude zdravotní stav pacienta negativně ovlivněn nároky kladenými výkonem povolání a zda je zdravotní stav v souladu s požadavky stanovenými pro výkon určitého povolání,
- **léčebně rehabilitační péče**

  obnovení funkcí a stabilizace jeho zdravotního stavu,
- **ošetřovatelská péče**

  udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevyléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti,
- **paliativní péče,**

  mírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí,
- **lékárenská péče a klinicko-farmaceutická péče (dále jen „lékárenská péče"),**

  zajišťování, příprava, úprava, uchovávání, kontrola a výdej léčiv.

2.4.1. Právní předpisy z oblasti poskytování zdravotní péče

Přehled nejdůležitějších **platných** právních **předpisů** z oblasti poskytování zdravotní péče a dalších dokumentů:

- **Listina základních práv a svobod** (1991, 1992) – součást ústavního pořádku ČR, v němž jsou formulována lidská práva a v jejich rámci také právo na ochranu zdraví a zdravotní péči;
- **Úmluva o lidských právech a biomedicíně** Rady Evropy, přijatá Poslaneckou sněmovnou v r. 2001;
- Etický kodex Práv pacientů (1992);
- **Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění** upravuje podmínky veřejného zdravotního pojištění, okruh osob, které jsou pojištěnci, plátci pojistného, práva a povinnosti plynoucí z veřejného zdravotního pojištění, rozsah hrazené péče;
- **Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování** upravuje obecné podmínky poskytování zdravotní péče na území České republiky;

- **Zákon č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách**
- **Zákon č. 220/1991** o České lékařské, České lékárnické a České stomatologické komoře;
- **Zákon č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění** – upravuje podrobnosti týkající se placení pojistného na veřejné zdravotní pojištění a jeho výše;
- **Zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně** – upravuje podmínky fungování Všeobecné zdravotní pojišťovny;
- **Zákon č. 280/1992 Sb. o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách** – stanovuje podmínky vzniku, fungování, činnosti a zániku zaměstnaneckých pojišťoven;
- **Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví** – právní předpis upravující ochranu veřejného zdraví, předcházení a prevenci šíření infekčních onemocnění;
- **Vyhláška č. 134/1998 Sb**., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami;
- Seznam léčiv a zdravotnických prostředků;
- **Zákon č. 95/2004 Sb**. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

2.5. Financování zdravotnictví v ČR

V rámci EU neexistuje jednotný systém správy, financování a poskytování zdravotní péče, toto zůstává v kompetenci jednotlivých států. Česká republika v roce 1992 přešla od centrálně řízeného systému financování zdravotnictví k vícezdrojovému financování (Gröschlová 2015).

Ačkoliv systém zdravotnictví v EU není sjednocený, členské státy spolupracují, zejména pokud jde o zlepšení informovanosti o záležitostech týkajících se veřejného zdraví či o studium faktorů ovlivňujících zdravotní stav, např. faktory životního stylu, faktory spojené s životním prostředím apod. (Malý et al. 2015).

Podle míry účasti státu na financování rozlišujeme tři systémy poskytování zdravotní péče:

- **netržní forma (garantovaný model)**
  charakteristický je princip solidarity, platby probíhají na základě daní; účast soukromých zdrojů je minimální,
- **polotržní forma**
  je charakterizována účasti veřejných i soukromých zdrojů,
- **tržní forma (negarantovaný model)**
  je charakteristická přímými platbami mezi pacientem a lékařem a vyloučením veřejných zdrojů; stát se stará pouze o určité skupiny obyvatelstva; odpovědnost i financování je na občanech a privátních subjektech.

2.5.1. Zdroje financování zdravotní péče

Financování je významnou charakteristikou systémů zdravotní péče a jednou z vlastností, která se vyznačuje značnou variabilitou.

Vláda musí zaručit zabezpečení všeobecného přístupu ke zdravotní péči, stejně jako pokrytí veškerých nezbytných nákladů na zdravotní péči. Platební systémy, které kombinují kapitační platbu, libovolný výběr poskytovatele péče a placenou službu, nejspolehlivěji udržují lepší možnosti pro směrování systému k dosažení vyšší kvality, efektivnějšímu využití zdrojů, uspokojení poskytovatele zdravotní péče i pacienta a zaměření na prosazování zdraví a preventivní služby (Tichý 2019).

Dle zdrojů financování, lze poskytovanou zdravotní péči rozdělit následovně:

- osobní spotřebu krytou z fondu všeobecného zdravotního pojištění,
- veřejnou spotřebu hrazenou ze státního rozpočtu,
- osobní spotřebu nezdůvodněnou zdravotním stavem (nadstandardní),
- institucionální spotřebu, zahrnující služby objednané právnickými osobami.

Majoritním zdrojem financování (79 %) zdravotní péče jsou úhrady zdravotní péče realizované prostřednictvím **všeobecného zdravotního pojištění**, jež zabezpečují zdravotní pojišťovny. Podíl **státního rozpočtu a územních rozpočtů** (krajských, městských či obecních) na financování zdravotnictví postupně klesá a v posledních letech se pohybuje pod 6 %. **Soukromé zdroje** (přímé platby pacientů, spoluúčast), které se v dlouhodobém horizontu zvyšují, dosahují v současné době přibližně 15 % ročních výdajů na zdravotnictví

a pravděpodobně spíše porostou (Malý et al. 2015). Kromě tří základních zdrojů existují i další zdroje financování, které v souhrnu tvoří 2-3 % celkových výdajů na zdravotnictví. Těmito zdroji jsou zmíněné cestovní zdravotní pojištění, dále podniky (v případě, že část závodně-preventivní péče hradí samy), neziskové organizace (Český červený kříž apod.).

Veřejné zdravotní pojištění

Zdravotní pojišťovny jsou státem pověřeny výběrem pojistného na zdravotní pojištění a hrazením zdravotních úkonů poskytovatelům péče. Jedná se o veřejnoprávní instituce, jejichž činnost vychází především ze zákonů č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů, a č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. Pro jejich fungování je důležitý zákon č. 49/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Zdravotní pojišťovny jsou především povinny zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavřely na základě výběrového řízení smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče (zdravotnická zařízení se tak stanou tzv. smluvními zdravotními zařízeními). Smlouvy se nevyžadují jen při poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče. Ve lhůtách, které jsou uvedeny v těchto smlouvách, jsou pak pojišťovny povinny uhradit zdravotnickým zařízením poskytnutou zdravotní péči (Malý et al. 2015).

Veřejné zdravotní pojištění zajišťuje stejný přístup k čerpání zdravotní péče hrazené z tohoto pojištění všem občanům bez ohledu na konkrétní výši jimi placeného pojistného. Má-li být tato úloha veřejného zdravotního pojištění splněna pro pojištěnce všech zdravotních pojišťoven, musí dojít k přerozdělení jimi vybraného pojistného. Přerozdělovací mechanizmus je důležitý nástroj, kterým se zajišťuje solidarita zdravých občanů s nemocnými. Každá zdravotní pojišťovna sděluje jednou měsíčně správci zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění, jímž je Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, výši 100 % vybraného pojistného. „Zvláštní účet“ je dále doplněn Ministerstvem financí o pojistné za pojištěnce, za které je plátcem pojistného stát. Příspěvek státu neodpovídá výši výdajů vynakládaných na zdravotní péči čerpanou těmito pojištěnci, a proto je realizováno vlastní přerozdělení finančních prostředků. K přerozdělování se používají tzv. nákladové indexy věkových skupin pojištěnců pro každé pohlaví.

Všeobecná zdravotní pojišťovna

Zákonem o Všeobecné zdravotní pojišťovně vznikla největší veřejnoprávní zdravotní pojišťovna, která v současnosti pojišťuje asi 65 % občanů ČR.

VZP je právnickou osobou, jež vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost vyplývající z těchto vztahů, hospodaří s vlastním majetkem a majetkem jí svěřeným, avšak tento majetek nemůže být předmětem konkursu (Zákon č. 551/1991 Sb. Část první, paragraf 2 a část druhá, paragraf 3). Znamená to, že má státní garanci.

Činnosti VZP:

- **musí spravovat** příjmy za účelem zajištění léčebně – preventivní péče;
- **musí sestavovat** rozpočet, v němž výdaje nepřevýší příjmy;
- **musí předkládat návrh zdravotně pojistného plánu** na další kalendářní rok, účetní závěrku a výroční zprávu ministerstvu financí prostřednictvím ministerstva zdravotnictví;
- **musí hospodařit** podle pravidel daných zákonem – vést jako oddělené základní, rezervní, provozní, sociální fond, fond majetku a reprodukce majetku;
- **nesmí zřizovat** ani **provozovat** zdravotnické zařízení;
- **nesmí podnikat** s prostředky plynoucími ze všeobecného zdravotního pojištění;
- **může vytvářet fond** pro úhradu závodní preventivní péče a specifické zdravotní péče a fond prevence, z něhož lze hradit péči nad rámec zákonem garantované zdravotní péče, především realizovat preventivní zdravotnické programy, rehabilitační a rekondiční aktivity, projekty podpory zdraví apod.

Strukturu VZP tvoří:

- Ústředí;
- Krajské pobočky (zpravidla 1 pro vyšší územně správní celek);
- A další územní pracoviště (cca 77).

Statutárním orgánem **Pojišťovny** je její ředitel, kterého na návrh vlády **volí** Poslanecká **sněmovna** Parlamentu. Orgány pojišťovny jsou:

- **Správní rada** (10 členů jmenovaných vládou, 20 členů volených Poslaneckou sněmovnou);
- **Dozorčí rada** (3 členové, jmenovaní vládou na návrh ministra financí, ministra práce a sociálních věcí a ministra zdravotnictví, 10 členů volených Poslaneckou sněmovnou);

Poznámka: Členství ve správní a dozorčí radě se navzájem vylučuje.

Oborové, resortní, podnikové a další zdravotní pojišťovny

Kromě Všeobecné zdravotní pojišťovny nabízejí veřejné zdravotní pojišťovny také tzv. oborové, resortní, podnikové a další zdravotní pojišťovny, jejichž vznik umožnil zákon č. 280/1992 Sb. Zákon České národní rady o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Zákon předepisuje organizační strukturu, složení správních a dozorčích rad těchto pojišťoven i způsob volby členů do těchto správních orgánů.

Tyto pojišťovny mají jiný právní statut než VZP, ale podléhají veřejnému dohledu. V současné době pojišťují asi 36 % občanů ČR. I když mají formálně charakter soukromých právních subjektů, pojištění, které nabízejí, má povahu solidárního, veřejného zdravotního pojištění.

K orgánům zaměstnaneckých pojišťoven patří:

- Ředitel;
- Správní rada (5 členů jmenovaných vládou a 10 členů volených zaměstnavateli a pojištěnci zaměstnanecké pojišťovny);
- Dozorčí rada (3 členové, na návrh ministra financí, ministra práce a sociálních věcí a ministra zdravotnictví, 6 členů volených zaměstnanci a pojištěnci).

Činnosti zaměstnaneckých pojišťoven zahrnují:

- vedení oddělených fondů;
- smí financovat péči nad rámec garantované pouze z fondu prevence, který vzniká při kladném hospodářském výsledku;
- musí předkládat pojistné plány, účetní závěrku, zprávu auditora a výroční zprávu za minulý rok ministerstvu financí a ministerstvu zdravotnictví;
- objem provozních prostředků je rovněž limitován;
- zdravotně pojistný plán musí být schválen Poslaneckou sněmovnou Parlamentu.

V současné době působí v českém veřejném zdravotním pojištění **sedm pojišťoven**:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR - 111
- Vojenská zdravotní pojišťovna ČR - 201
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna - 205
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, poj. a stav. - 207
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda - 209
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR - 211
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna - 213

Platby pojistného

Veřejné zdravotní pojištění je povinné pro všechny ekonomicky aktivní obyvatele České republiky a osoby bez zdanitelných příjmů, tj. lidi, kteří jsou zajištěni jinými prostředky než ekonomickou činností na území ČR a nevztahuje se na ně sociální ochrana.

Povinnost placení pojistného je rozložena mezi zaměstnance a zaměstnavatele v poměru 1:3. Pojistné je vyměřené jako **13**,**5** % z vyměřovacího základu (celkových mzdových nákladů u zaměstnance), přičemž **1/3** (tj. 4,5 %) platí zaměstnanec ze své hrubé mzdy a **2/3** pojistného (9 %) odvádí zaměstnavatel přímo registrující zdravotní pojišťovně.

Za **ekonomicky neaktivní** občany hradí zdravotní pojištění ze státního **rozpočtu** stát. Mezi tyto osoby jsou zahrnuty:

- děti a studenti do 26 let;
- starobní a invalidní důchodci;
- uchazeči o zaměstnání;
- osoby povolané k výkonu vojenské služby;
- osoby celodenně pečující o děti či jiné závislé osoby;
- osoby vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu;
- žadatelé o udělení azylu a jeho děti, narozené na území ČR;
- vězni atd.

Výše zdravotního pojištění za státní pojištěnce je **každoročně určena** a pro rok 2019 platí pro její výpočet 13,5 % z vyměřovacího základu, který představuje 25 % průměrné mzdy v České republice (vyměřovací základ = 7 540 Kč). Odvod tak činí od 1.1.2019 1 018 Kč měsíčně.

Minimální záloha pro **osoby samostatně výdělečně činné** je vázána na průměrnou mzdu v národním hospodářství, a ta se každoročně zvyšuje. Od 1. 1. 2019 se proto minimální záloha OSVČ zvyšuje na 2 208 Kč. Zvýšit si odváděnou částku musí všechny osoby samostatně výdělečně činné, které mají povinnost dodržet minimální vyměřovací základ.

V současné době má pacient možnost kontrolovat výši výdajů spojených se spotřebou zdravotních služeb prostřednictvím „výpisů“. Tuto možnost nabízí zdravotní pojišťovny, nemají však ze zákona povinnost zasílat tyto výpisy každému pojištěnci.

Veřejné výdaje

Další významný zdroj financí ve zdravotnictví představují veřejné rozpočty (cca 6 % veškerých zdravotnických výdajů). Veřejné rozpočty fungují jako doplňkový finanční nástroj. Jejich hlavní úloha spočívá ve financování tzv. souvisejících činností (věda a výzkum, vzdělávání pracovníků, hygiena), které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Mohou pomáhat ztrátovým zdravotnickým zařízením neúčelovými dotacemi nebo se podílejí na financování investičních projektů. Také hradí provoz institucí státní správy, tj. Ministerstva zdravotnictví, Státního zdravotního ústavu, Státního ústavu pro kontrolu léčiv a Ústavu zdravotnických informací a statistiky. Poslední specifickou oblastí, ve které vystupují veřejné rozpočty jako „zdroj financování" zdravotní péče, jsou transfery domácnostem při ošetřování nemocného člena rodiny. Tato péče je ohodnocena výší přijatého transferu. Za poskytovatele péče se považují samotné domácnosti.

Soukromé výdaje obyvatel

Soukromými výdaji obyvatel se rozumí finanční spoluúčast pacienta na financování zdravotního systému. Jedná se o část zdravotních výdajů, kterou hradí pacient přímou platbou nebo z dodatečného pojištění. I přesto že význam soukromých výdajů obyvatel postupně roste, pacientům stávající systém neumožňuje zaplatit si část péče nad rámec péče hrazené z pojištění. ČR má stále v rámci EU jeden z nejnižších podílů soukromých výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví.

V převážné většině případů si domácnosti platí léky (příplatky u předepsaných léčiv, plná cena u volně prodejných léků) a prostředky zdravotnické techniky. Významný podíl výdajů domácností představují též platby za nadstandardní služby u stomatologů. Další položky představují platby za lázně, nadstandardně vybavené pokoje v nemocnicích a platby za různá potvrzení především u praktických lékařů.

Názory na spoluúčast pacienta se liší. Její zastánci v ní spatřují možnost, jak si může pacient uvědomit cenu zdravotní péče, redukuje nadbytečnou poptávku po zdravotních službách a přinese doplňkový objem financí. Podle odpůrců náklady spojené s administrativou na finanční spoluúčasti převyšují její ekonomický přínos. Vysoká míra spoluúčasti může vést ke snížené dostupnosti zdravotní péče z finančních důvodů, zhoršení potíží z důvodů odkládání spotřeby a narůstající nespravedlivé nerovnosti ve zdraví.

2.5.2. Financování služeb poskytovatelům

Jednotlivé modely financování jsou definovány převažujícím zdrojem finančních prostředků. Při platbách za služby lékařů jsou používány výkonové ukazatele a metody. Uplatňují se při tom tři základní přístupy:

- platby za provedené služby,
- platby na základě počtu pacientů,
- platby podle odpracovaného času.

Pro financování lůžkových zdravotnických zařízení je využíváno (Nečadová 2010):

- **zpětné proplácení nákladů**
- **předem stanovená výše úhrad**

  bývá stanovena na základě různých ukazatelů:

  - celkový rozpočet zařízení,
  - počet přijatých pacientů,
  - počet ošetřovacích dnů,
  - jednotlivé druhy služeb,
  - počet zaregistrovaných pacientů.
- **DRG (Diagnosis Related Group)**

  DRG je klasifikační systém, který zařazuje hospitalizace akutní lůžkové péče do skupin podobných medicínsky i ekonomicky a tím umožňuje porovnávat relativní náročnost na zdroje u případů zařazených do těchto skupin. Jednotlivé informace o zdravotní péči jsou zařazeny do kontextu uceleného průběhu hospitalizace a dává tak možnost zjistit **kolik** prostředků se na léčbu spotřebovalo, **proč,** a hlavně s **jakým efektem**.

  DRG rozděluje případy hospitalizace na základě atributů do rozumného počtu skupin, které jsou si klinicky a nákladově podobné. Případ hospitalizace je souvislý pobyt pacienta v jednom zdravotnickém zařízení poskytovatele lůžkové péče za účelem poskytnutí zdravotní péče, který je časově vymezen dnem přijetí na lůžko akutní péče a dnem ukončení hospitalizace, který nebyl přerušen na více než 1 kalendářní den (Nečadová 2010). Atributy případů hospitalizace se liší podle jednotlivých verzí. Zpravidla zahrnují demografické atributy, jako jsou věk a pohlaví pacienta, druh hlavní diagnózy, vedlejší diagnózy a provedené výkony.

Za výsledek nemocnice se tak nepovažuje služba samotná – ale souhrn všech služeb poskytnutých danému nemocnému s určitou konkrétní nemocí. Pravidla DRG je potřeba neustále přizpůsobovat vývoji a změnám. Každá verze je specifikována definičním manuálem, který nemocnice v ČR získávají od Ministerstva zdravotnictví ČR na základě licenční smlouvy. Samostatnou složkou je financování ošetřovatelské péče poskytované v sociálních zařízeních. Tato péče není v ČR považována za zdravotní péči, a proto není hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Finančně je tato činnost zajištěna z prostředků MPSV a zřizovatelů těchto zařízení.

2.5.3. Výdaje na zdravotnictví

V letech 2010 až 2015 měly největší podíl na celkových výdajích na zdravotní péči zdravotní pojišťovny, následované statním rozpočtem a domácnostmi. Zdravotní péče nás stála v roce 2015 celých 358 mld. Kč. Celkové výdaje, byly tvořeny hlavně výdaji zdravotních pojišťoven (235 mld. Kč), státním rozpočtem (55 mld. Kč) a místními rozpočty (8 mld. Kč). Zbylou část tvořily přímé platby domácnosti, soukromé pojištění a jiné.
Výdaje domácností jsou tvořeny zejména výdaji na léky bez receptu (32 % ze 49 mld. Kč, tedy skoro 16 mld. Kč v roce 2015) a dále výdaji za ambulantní zdravotní péči (25 %) a léky předepsané lékařem na recept, tedy zejména za doplatky na léky (23 %). I přes to, že podíl výdajů domácnosti na zdravotnictví stále roste, oproti zahraničí velmi zaostává (Vojtěch 2017). Přestože celkové náklady vzrostly (v roce 2010 byly jen 341 mld. Kč), jejich podíl na HDP pokles z 8,6 % na 7,9 % (Bílková 2016).

2.5.4. Problematika nákladnosti moderního zdravotnictví

Problém nákladnosti a efektivity moderního zdravotnictví byl poprvé formulován na přelomu 60. a 70. let. Ukázalo se, že **zdravotnictví** je **nejinflačnějším faktorem hospodářství,** kde náklady a ceny rostou strměji, než odpovídá vývoji cen v ostatních odvětvích ekonomiky a celkovému růstu ekonomické produkce země (hrubého domácího produktu). Obecně se soudí, že zdravotnictví je schopno spotřebovat libovolný objem finančních prostředků a má velmi extenzívní tendenci rozšiřovat své finanční potřeby. To

naráží ostře na omezené společenské zdroje. K hlavním důvodům nákladnosti moderního zdravotnictví řadíme:

- rozvoj lékařského výzkumu a technologií,
- stárnutí populace a objektivní nárůst zdravotních potřeb v důsledku chronických chorob,
- soustředění péče do nemocnic a nevhodná alokace zdrojů,
- všeobecná dostupnost zdravotní péče, alespoň v Evropě a medicinalizace života.

Kontrolní otázky

Jaké jsou hlavní úkoly státu v oblasti zdravotní politiky?

Jaké jsou základní skupiny determinant zdraví?

Vyjmenujte alespoň dva mezinárodní dokumenty týkající se zdravotní politiky, které byly ČR ratifikovány.

Kdo jsou aktéři zdravotní politiky v ČR?

Jak lze členit dostupnost zdravotní péče?

Co je DRG?

Použitá a doporučená literatura

BÍLKOVÁ, M. 2016. Financování zdravotnictví České republiky - mezinárodní srovnání a vývoj. *Současnost a budoucnost českého zdravotnictví (sborník)*, 22-24. ISSN není uvedeno

GLADKIJ, I., STRNAD, L. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Lékařská fakulta. 2002. ISBN 80-244-0500-8.

GRÖSCHLOVÁ, O. *Řízení a provoz zdravotnických zařízení* [Online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 2015.

MACH, J. *Medicína a právo*. Praha: C.H. Beck, Beckova edice ABC. 2006. ISBN 807179810x.

MALÝ, I., KOTHEROVÁ, Z., DOBIÁŠOVÁ, K., HÁVA, P., HNILICOVÁ , H., MAŠKOVÁ, P., TUŠKOVÁ, E. *Zdravotní politika a její ekonomická dimenze*. Brno: Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta. 2015.

MÁTL, M. 2008. O vztahu regulačních poplatků a odpočtu: (za co by se ani chytrá horákyně nemusela stydět. *Časopis českých lékárníků*, 80(6), 20-21. ISSN ISSN: 1211-513

NEČADOVÁ, V. *Sociální politika* [Online]: Vysoká škola polytechnická Jihlava. 2010. ISBN 978-80-87035-49-8.

OCHRANA, F., PAVEL, J., VÍTEK, L. *Veřejný sektora veřejné finance. Financování podnikatelských a nepodnikatelských aktivit.* Praha: Grada Publishing a.s. 2010. ISBN 978-80-247-3228-2.

PASTUSZKOVÁ, E. *Veřejné finance a zdravotnictví* [Online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 2015. 97 s. Dostupné z https://zdr.fame.utb.cz/?attachment_id=106.

ŠATERA, K. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. 2. ed. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 2012. 125 s. s. ISBN 978-80-7454-135-3.

TICHÝ, O. Kolik peněz dostávají praktičtí lékaři od zdravotní pojišťovny jako kapitační platbu za jednoho pacienta? Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. Dostupné z https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/kapitacni-platba-pro-praktiky.

VOJTĚCH, A. 2017. Financování zdravotnictví potřebuje větší diverzifikaci. *Zdravotnické noviny (Ambit Media)*, 66(6. ISSN 0044-1996

WHO. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Text upravil/a ČR, N.r.o.s.z.p. Praha: Grada Publishing, a.s.,. 2008. ISBN 978-80-247-1587-2.

WILKINSON, R., MARMOT, M. *Fakta a souvislosti: Sociální determinanty zdraví*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomie. 2005. ISBN 80-86625-46-X.

ZAVÁZALOVÁ, H. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. 2002. ISBN 80-246-0467-1.

Prameny práva

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. In *Sbírka zákonů České republiky*, částka 104, s. 2728-2731.

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. In *Sbírka zákonů české republiky*, částka 58, s. 1579-1582.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In *Sbírka zákonů České republiky*, částka 16, s. 1186-1264.

3. Sociální politika státu

Mgr. Veronika Kulířová

Mgr. Lenka Jeřábková

Ing. Mgr. Petra Králová

Obsah kapitoly

- Základní pojmy sociální politiky státu.
- Objekty a subjekty sociální politiky.
- Principy sociální politiky.
- Funkce sociální politiky.
- Nástroje sociální politiky.
- Modely sociální politiky.
- Vztah hospodářské a sociální politiky.
- Sociální zabezpečení.
- Sociální služby.

3.1. Základní pojmy sociální politiky státu

Sociální politika je důležitou složkou veřejného a často osobního života jedince i celé společnosti. Podvědomě sociální politiku vnímáme prakticky na každém kroku svého života: když začneme chodit do školy, když žena porodí dítě a zůstává s ním doma, když hledáme práci, když se díváme na výplatní pásku a smutně sledujeme odvody pojistného na sociální zabezpečení, když jsme nezaměstnaní a dostáváme podporu v nezaměstnanosti, když onemocníme, když nám na účet začne pravidelně přicházet starobní důchod, když pocítíme potřebu pečovatelské služby…

Sociální politika je vědní obor, který je vázán na více vědních disciplín jako jsou politologie, ekonomie, sociologie, demografie, ekologie a sociální právo. Zabývá se zkoumáním sociální politiky jako praktické aktivity, analýzou procesů tvorby a realizace politik, nerovnostmi a jejich rozdělení ve společnosti (Duková, Duka, Kohoutová 2013).

Sociální politika je **soustavná a cílevědomě** zaměřená snaha jednotlivých sociálních subjektů udržet, podpořit, rozvíjet (zdokonalovat) či naopak změnit (transformovat) fungování sociálního systému nebo nástrojů k realizaci sociální politiky. Projevuje se rozhodováním a činností sociálních subjektů (Tomeš 2010).

Sociální politika je součástí politiky každé vyspělé společnosti a je možno ji vymezit jako soubor aktivit, které cílevědomě a promyšleně vedou ke zlepšení základních životních podmínek obyvatelstva dané společnosti. Sociální politika však může být ovlivněna nejen ekonomickou situací, ale i například náboženstvím, kulturou, filozofií, morálními hodnotami, společenskými tradicemi (Nečadová 2010).

Sociální politika je zpravidla směrována k rozvoji, podpoře a pomoci určitým identifikovatelným jedincům dané společnosti. Sociální politika je založena **na solidaritě**, která by měla být přirozená, spravedlivá a produktivní, tím, že se dělí o náklady. Cílem solidarity by mělo být zachovat důstojnost každého člověka a jeho práv; bojovat proti společenským zlům jako je nemoc, negramotnost, chudoba, zahálka, zanedbanost atd. (Tomeš 2010).

Základním cílem sociální politiky je vytvoření lidsky důstojných podmínek života a zajištění rovných podmínek života všem. Prosazování rovných příležitostí znamená především (Cilečková, Krausová 2017):

- rovný přístup ke vzdělání a ke zdravotní péči;
- rovný přístup k pracovním příležitostem;
- možnost získat přiměřené bydlení;
- zajistit a garantovat dostatečný minimální příjem, který by odpovídal lidsky důstojným podmínkám.

Sociální politiku je možno také rozdělit na **aktivní a pasivní. Aktivní sociální politika** se snaží preventivními opatřeními předcházet vzniku sociálních problémů. Oproti tomu **pasivní sociální politika** má za cíl zmírňovat důsledky již vzniklých sociálních problémů (Duková, Duka, Kohoutová 2013).

3.2. Objekty a subjekty sociální politiky

Sociální politika daného státu je orientovaná na **sociální objekty.** Mezi objekty sociální politiky zahrnujeme jak veškeré obyvatelstvo, tak také jednotlivce a **sociální skupiny** (rodina, důchodci, ženy – samoživitelky, nezaměstnaní…). Pro osoby v určité sociální skupině je charakteristické, že mezi nimi probíhá vzájemná interakce a tyto osoby, ale i jejich okolí, si tuto skutečnost uvědomují (Nečadová 2010).

Sociální politika je realizována pomocí **sociálních subjektů**, které jsou za tuto realizaci před sociálními objekty zodpovědné. Nejdůležitějším subjektem je stát, který by měl určovat pojetí, obsah, cíle a úkoly sociální politiky v daném čase. Kromě státu se podílí na vykonávání sociální politiky i státní orgány, které se věnují sociální politice na nižších úrovních a v jednotlivých územních celcích státu (Tomeš 2010).

Subjekty sociální politiky rozdělujeme na státní a nestátní, které můžeme ještě dále rozčlenit na tržní a netržní:

Subjekty sociální politiky jsou (Nečadová 2010):

- stát a jeho orgány (Parlament, vláda, ministerstva, územní orgány, úřady práce…);
- zaměstnavatelé (podílí se na sociálním pojištění, spolupracují s úřady, dohlíží na dodržování Zákoníku práce…);
- zaměstnanecké a odborové orgány (odborové svazy, komory zaměstnanců…);
- regiony, místní komunity, obce, jejich orgány a instituce, občanské organizace a iniciativy;
- církve;
- občané, rodiny, domácnosti.

Do sociální politiky daného státu mohou také zasahovat nadnárodní sociální subjekty: **mezinárodní organizace** (Lékaři bez hranic, Evropský soudní dvůr pro lidská práva…) nebo **mezinárodní instituce** (Mezinárodní červený kříž, Mezinárodní konfederace svobodných odborů…).

3.3. Principy sociální politiky

Cílem sociální politiky je ovlivnit a měnit sociální systém. Propojenost sociální politiky s dalšími vědními obory určuje její zaměření. Příkladem může být evropský kontinent, který je výrazně ovlivněn myšlenkami konzervativního směru s křesťanským sociálním učením a demokratickým socialismem. Tato učení se prolínají při volbě principů v sociální politice. Typické, všeobecné principy pro sociální politiku jsou (Krebs 2015):

- sociální spravedlnost,
- sociální solidarita,
- subsidiarita,
- participace,
- ekvivalence.

Princip sociální spravedlnosti

Sociální spravedlnost je základním principem sociální politiky. Považuje se za měřítko mezilidských vztahů; mravní i náboženskou hodnotu a je základem právní legislativy a veřejných politik. Principy sociální spravedlnosti jsou obsaženy ve dvou rovinách sociální politiky: v právní rovině (souhrn právních norem a zásad) a v sociální rovině. Rovnost před zákonem by měla zahrnovat popření privilegií a rovné zacházení ve společnosti (například: ve vzdělání, ve zdravotnictví a sociálních službách*;* tedy *každému stejně, každému podle jeho zásluh).* Avšak vzhledem k tomu, že si lidé rovní nejsou (odlišné schopnosti, věk, genetická výbava…), tak by se měla nerovnost určitým způsobem kompenzovat (Tomeš 2010).

Princip sociální solidarity

Cílem solidarity je vzájemná podpora, soudržnost, pospolitost a porozumění. V sociální politice souvisí solidarita s přerozdělováním hmotných statků ve prospěch potřebné skupině občanů (solidarita společenská). Na tomto principu je především postaveno povinné sociální a zdravotní pojištění.

Z hlediska toho, na jaké úrovni a kdo solidaritu organizuje, rozeznáváme solidaritu (Krebs 2015):

- **mezinárodní,** realizovanou zejména světovými organizacemi a institucemi (například: Světová zdravotnická organizace);
- **celostátní,** organizovaná především státem;
- **místní, případně regionální,** je realizována v rámci určitých užších sociálních skupin: například podniků, firem, obcí, církví, spolků, charit atd.;

Z jiného pohledu můžeme solidaritu také rozdělit na mezigenerační, solidaritu zdravých osob s nemocnými, bezdětných s rodinami s dětmi (Krebs 2015).

Princip subsidiarity

Pojem subsidiarita znamená princip spojující osobní odpovědnost se solidaritou. Uplatňování principu subsidiarity je úzce vázáno na myšlení a hodnoty občanů daného státu. Tento princip je založen na faktu, že člověk by nejprve měl udělat maximum proto, aby se sám z nepříjemné životní situace dostal a nemá-li tuto možnost, měla by mu pomoci jeho rodina. A pokud ani zde není pomoc možná, teprve potom by měl zasáhnout stát. Naopak povinnost státu je primárně zajišťovat podmínky, aby si každý mohl pomoci vlastním přičiněním (Cilečková, Krausová 2017).

Princip participace

Princip participace je spoluúčast jednotlivce na sociální politice. V každé společnosti existuje značné množství individuálních i společenských cílů, zájmů, vůlí, schopností, předpokladů a možností k určitým činnostem. Člověk by podle tohoto principu neměl být jen pasivním příjemcem, ale naopak se aktivně podílet na stanovování cílů a jejich realizaci. Participace vede ke ztotožnění občanů se sociální politikou. Základní myšlenkou je, že lidé, jejichž život je ovlivňován určitými opatřeními a rozhodnutími, musí mít také možnost účastnit se procesu, který vede k jejich přijímání a realizaci. Jde v podstatě o to, aby lidé měli reálnou možnost podílet se na tom, co bezprostředně ovlivňuje jejich život (například zdraví, zajištění v nemoci, zajištění ve stáří apod.). Princip participace se prosazuje zejména ve vyspělých státech (Nečadová 2010).

Princip ekvivalence

Ekvivalence znamená rovnocennost, stejná hodnota. V sociální politice je tvořen v závislosti na výši příjmů z ekonomické činnosti. V tomto principu se předpokládá, že rozdělování důchodů, statků, služeb atd. bude rovnocenné (odpovídající) jejich výkonům a pracovní zásluze. Tento princip je úzce spjat s myšlenkou individualismu, avšak uplatňuje se také i v sociálně demokraticky orientovaných sociálních státech. Princip ekvivalence je v sociální politice využíván např. v oblasti pojistných systémů. Aplikaci principu ekvivalence lze najít ale i mimo sektor pojištění. Příkladem může být poskytování některých sociálních dávek, kdy se hodnotí snaha zvýšit si příjem vlastním přičiněním (Cilečková, Krausová 2017).

3.4. Funkce sociální politiky

Sociální politika vždy plnila a plní v životě občana i společnosti mnoho různých funkcí. Motivací by však vždy mělo být především respektování a důsledné naplňování hlavní, cílové funkce sociální politiky. Je však třeba si vždy uvědomit, že funkce sociální politiky spolu vzájemně souvisejí, působí na sebe a zároveň se také zpravidla vztahují k velmi různorodým objektům, jako například (Krebs 2015):

- k jedinci jako pracovní síle;
- k jedinci, který se ocitl ve stavu hmotné nouze;
- k pracovní skupině, případně pracovnímu kolektivu;
- k jedinci, který je nemocný;
- k jedinci, který je invalidní;
- k rodině a jednotlivým členům rodiny apod.

V literatuře zpravidla není jednoznačně uváděna systemizace funkcí sociální politiky, ovšem nejčastěji se uvádějí tyto **základní funkce sociální politiky** (Cilečková, Krausová 2017):

- ochranná;
- rozdělovací a přerozdělovací;
- homogenizační;
- stimulační;
- preventivní.

Ochranná funkce je zaměřena na zmírnění či odstranění následků určitých nepříznivých sociálních událostí, které mohou být spojeny například s člověkem jako pracovní silou (nezaměstnanost, nepříznivé pracovní podmínky), s životním stádiem (stáří) či životní událostí (narození dětí, nemoc). Jedná se o tradičně nejstarší funkci. Realizuje se zejména pasivním odstraňováním nepříjemných důsledků výše zmíněných situací.

Rozdělovací a přerozdělovací funkce se nezabývá pouze rozdělováním příjmů, ačkoli to je zajisté nejdůležitější oblast, ale také životních šancí a příležitostí. Ve společnosti dochází na základě určitého mechanismu (trh, příkaz, tradice) k prvotnímu rozdělení, a pokud toto je považováno za nespravedlivé, dochází k přerozdělení. Tato funkce bude blíže rozebrána v kapitolce věnované přerozdělovací politice.

Homogenizační funkce je úzce spojená s předešlou funkcí. Jedním ze záměrů přerozdělovací politiky je zmírňování příjmových nerovností potažmo rozdílů životních podmínek jednotlivců a sociálních skupin. Homogenizaci bychom neměli zaměňovat s nivelizací. Jedná se spíše o zajištění stejného přístupu (ke vzdělání, zdravotnictví, práci atd.). S tím, že míra rozvinutí potenciálu je individuální. V příjmové oblasti se homogenizace projevuje zejména dorovnáním příjmu do určitého uznaného minima například formou sociální pomoci.

Stimulační funkce má za úkol podporovat, podněcovat, vyvolávat žádoucí sociální jednání jednotlivců a sociálních skupin jak v oblasti ekonomické, tak i mimo ni. Svým stimulačním zaměřením a tím, že vytváří záchranné sociální sítě a garantuje sociální jistoty, má tato funkce stabilizační efekt a potlačuje sociální neklid (Krebs 2015).

Preventivní funkce je aktivním protějškem funkce ochranné. Jejím účelem je zabraňovat (pokud je to možné) samotnému vzniku nepříznivých sociálních situací a událostí. Odstraňuje příčiny a snaží se různé jedince i skupiny integrovat do společnosti. Předchůdce sociální prevence můžeme nalézt v hygienické a bezpečnostní prevenci (Cilečková, Krausová 2017).

Preventivní funkce je aktivním protějškem funkce ochranné. Jejím účelem je zabraňovat (pokud je to možné) samotnému vzniku nepříznivých sociálních situací a událostí. Odstraňuje příčiny a snaží se různé jedince i skupiny integrovat do společnosti. Předchůdce sociální prevence můžeme nalézt v hygienické a bezpečnostní prevenci

3.5. Nástroje sociální politiky

Realizace sociální politiky probíhá pomocí nástrojů, které jsou rozmanité a mají široké spektrum; tyto nástroje by však měly mít respekt k daným principům sociální politiky. V současné době je kladen důraz, aby nástroje byly diferencované a adresně řešené do zcela konkrétních sociálních situací jedinců či sociálních skupin, především tak, aby nedocházelo k jejich zneužití, zároveň však musí být únosná z hlediska finančních zdrojů daného státu.

Nástroje sociální politiky dělíme na (Nečadová 2010):

- **nástroje právní povahy**

  Ústava, Listina základních práv a svobod, právní legislativa týkající se sociální oblasti, vyhlášky orgánů samospráv, kolektivní smlouvy atd.
- **nástroje ekonomické povahy**

  sociální dávky, sociální služby, úlevy a výhody, účelové půjčky,
- **dokumenty týkajících se sociální politiky,**

  jejichž cílem je stanovit cíle sociální politiky a také hledat řešení, jak těchto cílů dosáhnout (koncepce, plány, programy),
- **nátlakové akce**

  užívají se k prosazování zájmu některých sociálních skupin.

Mezi nástroje sociální politiky se také řadí **sociální doktrína,** jejíž cílem je vymezit určitý dlouhodobý strategický plán, a to nejen pro současnou situaci, ale měla by určovat jakým směrem se bude sociální politika daného státu vyvíjet. Sociální doktrína by vždy měla respektovat Ústavu a Listinu základních práv a svobod (Krebs 2015).

3.6. Modely sociální politiky

Podle míry účasti státu v oblasti sociální politiky se rozlišují i určité modely sociální politiky; někdy se také používá pojem typy sociální politiky. Zpravidla jsou uváděny tři klasické modely (typy) sociální politiky. Každý z těchto modelů se řídí určitými pravidly a základními programy, které upřednostňuje před ostatními názory (Krebs 2015).

- **Redistributivní model (sociálně-demokratický typ)**

  Pro tento model je charakteristické, že sociální potřeby obyvatel vnímá jako určitá sociální práva. Zaměřuje se na univerzální poskytování dávek bez ohledu na to, jaké jsou jejich individuální možnosti pokrýt potřeby. Dominantní roli zde zastává stát, a naopak aktivita nestátních subjektů je v tomto modelu velmi omezena.

- **Pracovně výkonový model (konzervativní typ)**

  Sociální potřeby mají být primárně uspokojovány na základě příjmu a zásluh. Tento typ sociální politiky klade tedy důraz na pracovní zásluhy pro uspokojování sociálních potřeb lidí. Míra redistribuce (přerozdělování) je zde ve srovnání s prvním typem nižší, neboť významným zdrojem financování dávek jsou v tomto případě prostředky pojistných fondů. Stát při tomto modelu garantuje pouze sociální minima a vytváří tak prostor pro nestátní subjekty.

- **Reziduální model (liberální typ)**

  Tento typ modelu klade důraz na individuální odpovědnost každého jedince a role státu je v tomto modelu minimální. Tento model však dává oproti pracovně výkonnému modelu ještě větší prostor nestátním subjektům, které jsou pro sociální politiku stěžejní.

Reálná sociální politika v každé zemi je však zpravidla výsledkem nejrůznějších kombinací prvků všech tří modelů a nelze hovořit jen o uplatňování některého z nich (Krebs 2015).

3.7. Vztah hospodářské a sociální politiky

Ačkoliv jsou sociální politika a hospodářská politika dvě autonomní oblasti, vzájemně se prolínají a jejich vazby jsou velmi silné. Vzájemné vazby se projevují zvláště v mimořádných situacích; například v době změny hospodářského nebo politického systému.

V reálné politice neexistují jednoznačně hospodářské nebo sociální problémy, ale vždy se jedná o společný problém obou politik, kde však převládá jeden aspekt. Čím je společnost vyspělejší, tak jsou vzájemné interakce bližší.

Cílem hospodářské politiky by proto mělo být zabezpečení **hospodářské rovnováhy** a stabilizační politiky. Naopak úspěch hospodářské politiky ovlivňuje to, jaká je sociální politika dané země; tedy jak lidé žijí, pracují, jaké mají vzdělání, jaké mají hodnoty atd. (Nečadová 2013).

3.8. Sociální zabezpečení

Na samotný pojem sociálního zabezpečení může být různě nahlíženo a může být vnímán v širším či užším smyslu. Obecně sem můžeme zařadit všechny sociální instituce, které občanům poskytují peněžní či věcné plnění, služby, azyl, radu a ochranu, za účelem uspokojení jejich společensky uznaných potřeb. Můžeme o něm také hovořit jako o záchranné sociální síti. Systém sociálního zabezpečení v České republice je v současné době postaven na třech pilířích. Právní legislativu zařazuje do oblasti **sociální pomoci** (Krebs 2015):

- sociální pojištění,
- sociální podpora,
- sociální pomoc.

3.8.1. Sociální pojištění

Do sociálního pojištění spadají subsystémy důchodového a nemocenského pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti. Sociální pojištění je postaveno na povinném a dobrovolném pojištění. Chrání sociální subjekty před hmotnými následky určitých sociálních situací, které je s velkou pravděpodobností mohou potkat. Nárok na čerpání dávek mají ti, kteří se pojistili.

Důchodový systém upravuje zákon č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění a další doplňující normy. Ze základního důchodového pojištění se poskytují tyto důchody (MPSV ČR):

- starobní (včetně tzv. předčasného starobního důchodu),
- invalidní,
- vdovský a vdovecký,
- sirotčí.

Důchod se skládá ze dvou složek:

- ze základní výměry (stanovené pevnou částkou stejnou pro všechny druhy důchodů bez ohledu na délku doby pojištění a výši výdělků),
- z procentní výměry.

Systém nemocenského pojištění zabezpečuje peněžitými dávkami nemocenského pojištění výdělečně činné osoby, které ztrácí příjem v případech tzv. krátkodobých sociálních událostí (dočasné pracovní neschopnosti z důvodu nemoci nebo úrazu či karantény, ošetřování člena rodiny, těhotenství a mateřství, péče o dítě).

Nemocenské pojištění je upraveno zákonem č. 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění. Pojistné na nemocenské pojištění je upraveno zákonem č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

Z nemocenského pojištění se poskytují peněžité dávky, a to (MPSV ČR 2019):

- nemocenské,
- peněžitá pomoc v mateřství,
- ošetřovné,
- vyrovnávací příspěvek v těhotenství a v mateřství,
- dávka otcovské poporodní péče (tzv. otcovská),
- dlouhodobé ošetřovné.

Všechny dávky nemocenského pojištění vyplácí Okresní správa sociálního zabezpečení a hradí se ze státního rozpočtu (z příjmu pojistného).

Tabulka 9 Výše příspěvků

	Důchodové pojištění	Nemocenské pojištění	Státní politika zaměstnanosti	Celkem
Zaměstnavatel	21,5 %	2,1 %	1,2 %	24,8 %
Zaměstnanec	6,5 %	-	-	6,5 %
OSVČ	28 %	2,1 % vyměřovacícho základu	1,2 %	29,2 %
Osoby dobrovolně důchodově pojištěné	28 %	-	-	28 %

Zdroj (ČSSZ 2019)

Příspěvky do fondů odvádí zaměstnavatelé jako určité procento z hrubých mezd. Poplatníky jsou jak zaměstnavatelé, tak zaměstnanci, případně OSVČ a osoby bez zdanitelných příjmů. Vyplácené dávky se určují procentem z příjmu. Mají nahradit příjem ztracený z důvodu úrazu, nemoci, invalidity, nezaměstnanosti a stáří (ztráty živitele) atd.

Sociální pojištění je založeno na principu solidarity a jeho charakter je obdobný daním. Prostředky do fondu jsou vkládány povinně a jsou nevratné. Na výplatu dávky je nárok pouze při splnění určitých podmínek (ztráta zaměstnání, nemoc). Projevuje se zde solidarita zdravých s nemocnými, zaměstnaných s nezaměstnanými (Krebs 2015).

3.8.2. Státní sociální podpora

Státní sociální podpora je dalším stupněm sociálního systému. Je zaměřená na konkrétní skupiny, které jsou ohrožené chudobou nebo z nějakého důvodu podporované (rodiny s malými dětmi). Z hlediska solidarity se v této oblasti projevuje solidarita bezdětných s rodinami s dětmi a rodin, s vysokými příjmy s rodinami s nízkými příjmy. Do tohoto systému spadají takové sociální situace, kdy je nutné osoby, které se dostaly do těchto situací, podpořit peněžitou dávkou. Systém státní sociální podpory je v ČR upraven zákonem č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů (Krebs 2015):

Státní sociální podpora je financována z daní a distribuována bývá formou nejrůznějších dávek, například (MPSV ČR):

- přídavek na dítě,
- rodičovský příspěvek,
- příspěvek na bydlení,
- porodné,
- pohřebné.

Důležitou úlohu hraje institut životního minima, které slouží jednak k testování nároku na dávku a jednak se od něj odvozuje výše dávky. **Životní minimum** je zákonem stanovena minimální společensky uznaná hranice peněžních příjmů, které slouží k zajištění základní potravy a osobních potřeb. Pokud jsou příjmy nižší než toto minimum, může vzniknout nárok na vyplácení různých sociálních dávek (Nečadová 2013).

3.8.3. Sociální pomoc (pomoc v hmotné nouzi)

Pomoc v hmotné nouzi upravuje zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi. Tento zákon upravuje poskytování pomoci k zajištění základních životních podmínek fyzickým osobám, které se nacházejí v hmotné nouzi, prostřednictvím dávek pomoci v hmotné nouzi. Zároveň také má podle tohoto zákona každá fyzická osoba, která se nachází v hmotné nouzi nárok na základní sociální poradentství k řešení hmotné nouze nebo jejímu předcházení.

Dávkami, kterými se řeší pomoc v hmotné nouzi, jsou (Zákon 111/2006 Sb.):

- příspěvek na živobytí,
- doplatek na bydlení,
- mimořádná okamžitá finanční pomoc.

Nárok na **mimořádnou okamžitou finanční pomoc** může mít fyzická osoba v případě (Nečadová 2010):

- při hrozící újmě na zdraví (např. zakoupení léků),
- při hrozícímu sociálnímu vyloučení (např. po propuštění z výkonu trestu),
- při ztrátě dokladů,
- při živelné katastrofě (např. požár, povodeň).

Dávky a služby pro osoby se zdravotním postižením jsou určeny zákonem č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Tento zákon upravuje poskytování

peněžitých dávek osobám se zdravotním postižením určeným ke zmírnění sociálních důsledků jejich zdravotního postižení a k podpoře jejich sociálního začleňování a průkazu osoby se zdravotním postižením.

Poskytovány jsou dávky (MPSV ČR):

- příspěvek na mobilitu;
- příspěvek na zvláštní pomůcku,
- průkaz osoby se zdravotním postižením a některé benefity, které z něj vyplývají (např. vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích, bezplatnou dopravu MHD, slevy v železniční přepravě, bezplatnou dopravu vodícího psa ad.),
- příspěvek na péči (poskytuje se osobám, které jsou závislé na péči jiné fyzické osoby). Touto pomocí se podílí stát na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci. Z poskytnutého příspěvku na péči pak tyto osoby hradí pomoc, kterou jim může dle jejich rozhodnutí poskytovat buď osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, dětský domov nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu.

Příspěvek na péči se vyplácí jednou měsíčně a vyplácí je Úřad práce České republiky. Výplata příspěvku na péči je však zastavena, jestliže je oprávněná osoba po celý kalendářní měsíc hospitalizována a obnoví se od měsíce, ve kterém je hospitalizace ukončena (MPSV ČR).

3.9. Sociální služby

Termín **sociální služba** (social service) je používán k označení, ale také i k druhu sociální péče, která je poskytovaná konáním státní nebo nestátní instituce ve prospěch jiné osoby nebo skupiny osob. Sociální služby se poskytují místo sociálních dávek tam, kde je to ekonomicky efektivnější. Sociální služby jsou poskytovány bezúplatně nebo za úplatu (Tomeš 2010).

Sociální služby jsou poskytovány lidem, kteří jsou společensky znevýhodněni a cílem je zlepšit kvalitu jejich života, začlenit je do společnosti nebo naopak chránit společnost před riziky, jejich jsou tyto osoby nositeli. V České republice nepatří sociální služby jen do oblastního řízení Ministerstva práce a sociálních věcí, ale jejich zřízení spadá i pod jiné

správní orgány (např. výchovné ústavy pro děti a mládež spadají pod Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy; probační a mediační služba působí v resortu Ministerstva spravedlnosti).

Sociální služby v České republice jsou součástí státního systému sociálního zabezpečení a právní legislativa je zařazuje do oblasti tzv. **sociální pomoci.** Stát by měl být také garantem dodržování základních lidských práv a dohlížet nad veřejnoprávními nebo soukromými institucemi a chránit tak občana, aby byly sociální služby konány v jeho prospěch (Matoušek 2007).

V České republice je problematika sociálních služeb řešena legislativně:

- zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách,
- vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. Také upravuje podmínky pro vydání oprávnění pro poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon v sociálních službách. Tento zákon také upravuje předpoklady pro výkon sociálního pracovníka, který poskytuje sociální služby.

Kategorizace sociálních služeb:

Sociální služby se podle výše uvedeného zákona dělí (Matoušek 2007):

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

Sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace, které by měly vést k řešení nepříznivé sociální situace (poradny pro osoby se zdravotním postižením, poradny pro seniory, poradny pro oběti trestných činů…).

Služby sociální péče mají za cíl zajistit osobám jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, zajistit jejich zapojení do běžného života nebo v případě, kdy to vylučuje jejich stav, zajistit důstojné prostředí a zacházení.

Mezi služby sociální péče patří například: osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, odlehčovací služby, denní stacionáře, domovy pro seniory, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních. Cílem **služeb sociální prevence** je zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy krizovou situací, sociálně znevýhodněním prostředí a překonat tak nepříznivou životní situaci, ale zároveň chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů (Cilečková, Krausová 2017). **Služby sociální prevence** jsou například: azylové domy, noclehárny, terénní programy, krizová pomoc, sociálně terapeutické dílny, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež).

Sociální služby je možno také **dělit podle forem,** v jakých se tyto služby poskytují (Matoušek 2007):

- pobytové,
- ambulantní,
- terénní.

Práce s klienty sociálních služeb by měla mít konkrétní formu práce, která se nazývá **sociální program.** Tento program je soubor plánovaných a řízených činností, jímž poskytovatel reaguje na potřebu jednotlivé konkrétní osoby. Poskytovatel sociálního programu by měl předpokládat, že situace cílového subjektu (dané osoby) bude vyřešena nebo zlepšena.

Zřizovatelé a poskytovatelé sociálních služeb jsou v České republice: ministerstva, kraje, obce, nestátní neziskové organizace nebo fyzické osoby (Matoušek 2007).

Poskytovat sociální službu lze však jen na základě **oprávnění k poskytování sociálních služeb**, o němž rozhoduje příslušný krajský úřad. Příslušný krajský úřad také pak následně provádí zápis do **registru sociálních služeb** (MPSV ČR).

Kontrolní otázky

Jak lze charakterizovat pojem sociální politika?

Jaké jsou základní principy sociální politiky?

Popište základní vztah mezi sociální a hospodářskou politikou.

Co znamená pojem sociální doktrína?

Jaké jsou druhy státních sociálních dávek?

Jaký je cíl služeb sociální prevence?

Jakou roli by měl mít v sociálních službách stát?

Použitá a doporučená literatura

CILEČKOVÁ, K., KRAUSOVÁ, A. *Sociální politika a její realizace v právu sociálního zabezpečení*. Ostrava: Ostravská univerzita, Fakulta sociálních studií. 2017. ISBN 978-80-7464-971-4.

ČSSZ. Výše a sazba pojistného. *Životní situace. Placení pojistného* [Online]. Česká správa sociálního zabezpečení. 2019 [cit. 2019-12-15]. Dostupné z https://www.cssz.cz/web/cz/vyse-a-sazba.

DUKOVÁ, I., DUKA, M., KOHOUTOVÁ, I. *Sociální politika*. Praha: Grada. 2013. ISBN 978-80-247-3880-2.

KREBS, V. (ed.) *Sociální politika*. Praha: Wolters Kluwer. 2015. ISBN 978-80-7478-921-2.

MATOUŠEK, O. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*: Portál. 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

MPSV ČR. Důchodové pojištění. *Působnost MPSV* [Online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2019-12-18 [cit. 2019-12-19]. Dostupné z https://www.mpsv.cz/web/cz/duchodove-pojisteni#ps.

MPSV ČR. Dávky a příspěvky. *Průvodce* [Online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2019-12-15. 2019-12-18. Dostupné z https://www.mpsv.cz/web/cz/davky-a-prispevky.

MPSV ČR. Zápis do registru poskytovatelů. *Působnost MPSV* [Online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2019-12-15. 2019-11-19. Dostupné z https://www.mpsv.cz/web/cz/zapis-do-registru-poskytovatelu.

MPSV ČR. Nemocenské pojištění v roce 2019. *Působnost MPSV* [Online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2019-12-17. 2019-12-16 [cit. cit. 2019-08-15]. Dostupné z https://www.mpsv.cz/web/cz/nemocenske-pojisteni.

NEČADOVÁ, V. *Sociální politika* [Online]: Vysoká škola polytechnická Jihlava. 2010. ISBN 978-80-87035-49-8.

NEČADOVÁ, V. *Sociální politika: studijní opora pro kombinované studium* [Online]. Jihlava: Vysoká škola polytechnická. 2013. 191 s. ISBN 978-80-87035-84-9.

TOMEŠ, I. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál. 2010. ISBN 978-80-7367-680-3.

Prameny práva

Zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti In Sbírka zákonů České republiky, částka 118, s. 3521-3528.

Zákon č. 117/1995 Sb., o sociální podpoře. In *Sbírka zákonů České republiky*, částka 31, s. 1634-1653.

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. In *Sbírka zákonů České republiky*, částka 41, s. 1986-2011.

Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 37, s. 1305-1328.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1257-1289. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. In *Sbírka zákonů České republiky*, částka 64, s. 2330-2392.

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 115, s. 3970-3994.

4. Právní odpovědnost zdravotníka

Mgr. Veronika Kulířová

Mgr. Lenka Jeřábková

Obsah kapitoly

- Základní pojmy právní odpovědnosti.
- Trestně právní odpovědnost.
- Nejčastější možné trestné činy týkající se zdravotníků.
- Občanskoprávní odpovědnost.
- Pracovně právní odpovědnost.
- Disciplinární odpovědnost, funkční odpovědnost, správní odpovědnost, smluvní odpovědnost.
- Sousedská výpomoc zdravotníka.

4.1. Základní pojmy právní odpovědnosti

Protiprávní jednání je projevem vůle a může být aktivní nebo pasivní:

- **aktivní** je, když pachatel koná něco, co nesmí (např. zdravotník poruší povinnou mlčenlivost),
- **pasivní** nastává, když pachatel nekoná něco, k čemu je podle právního předpisu nebo smlouvy povinen (např. neposkytnutí první pomoci).

Protiprávním jednáním je každé jednání, které je v nesouladu s platným předpisem (např. sestra nesplnila předepsané ordinace léků nebo zkrátila dobu dialýzy).

Škodlivý následek je nežádoucí následek protiprávní činnosti (např. nežádoucí reakce po chybném podání léků; ztráta osobních věcí z úschovny pacienta).

Zavinění má vztah k protiprávnímu jednání a rozdělujeme jej na úmyslné nebo zavinění z nedbalosti.

Úmyslné zavinění dále ještě rozdělujeme na přímý a nepřímý úmysl:

- **přímý úmysl** je, když pachatel věděl, že porušuje zákon a chtěl úmyslně škodlivý následek,
- **nepřímý úmysl** nastává, když pachatel věděl, že porušuje zákon, škodlivý následek však způsobit nechtěl.

Nedbalost může být vědomá nebo nevědomá:

- **nedbalost vědomá** je, když pachatel věděl o možném následku, způsobit ho nechtěl, ale spoléhal, že škodlivý následek se nestane,
- **nedbalost nevědomá** je, když pachatel měl možnost vědět, ale nevěděl.

Neznalost je kvalifikovaná jako nedbalost nevědomá, a proto neznalost neomlouvá, ale pouze vysvětluje (Mach 2013).

4.2. Trestně právní odpovědnost

Základním právním předpisem, který upravuje trestní právní odpovědnost je **trestní zákoník** (dále zkratka TrZ). Odpovědnost za trestný čin vždy nese jen fyzická osoba.

Zákonné znaky trestného činu jsou:

- **Objekt**

  Zákonem chráněný společenský zájem (ochrana života, zdraví, majetku, důstojnosti…).
- **Objektivní stránka**

  Existence protiprávního (trestného) jednání; jeho škodlivý následek a příčinná souvislost mezi jednáním a následkem.
- **Subjekt**

  Trestně odpovědná osoba, která dovršila patnáctý rok věku.
- **Subjektivní stránka**

  Je zavinění pachatelem.

Trestní právní odpovědnost má dvě základní formy: úmysl (přímý, nepřímý) a nedbalost (vědomá, nevědomá). Trestnost činu je vyloučena, pokud se jedná o nutnou obranu nebo situaci s názvem krajní nouze (Mach 2013).

4.2.1. Nutná obrana a krajní nouze

O **nutnou obranu** (§29 TrZ) se jedná, pokud jde o útok na zájem chráněným trestním zákonem. Útok musí buď přímo hrozit, nebo již probíhat a nadále trvat v době, kdy obránce přikročí k nutné obraně. Obrana nesmí být zcela nepřiměřená způsobu útoku.

Pro stav **krajní nouze** (§28 TrZ) je na rozdíl od nutné obrany podmínka, že nebezpečí nebylo možné odvrátit v daném případě jiným způsobem než činem jinak trestným; např. Při vyproštění pacienta z auta k nezbytné resuscitaci došlo ke zlomeninám a vážným odřeninám (Prudil 2017).

4.2.2. Nebezpečnost trestného činu

O trestný čin se jedná tehdy, když jeho nebezpečnost je pro společnost vyšší než nepatrná (např. krádež věci nepatrné hodnoty není trestný čin).

Nebezpečnost spáchaného trestného činu je také dána **významem chráněného zájmu** (ochrana zdraví, přírody); **způsobem provedení** (např. zavrženíhodným způsobem je škrcení); **následky činu** (např. dlouhodobá pracovní neschopnost, invalidita); **pohnutky**, které k činu vedly (např. msta, peníze); **osobou pachatele** (např. zdravotník, policista). Zvlášť za zavržení hodný trestný čin se považuje úmyslné ublížení na zdraví těhotné ženy nebo je-li pachatel policista či zdravotník a způsobil svou nedbalostí úmyslné ublížení na zdraví; např. usmrcení z nedbalosti (Prudil 2017).

4.2.3. Tresty za trestné činy

Za trestné činy jsou ukládány výlučně tresty, které jsou stanoveny v trestním zákoně; jiné druhy trestů jsou vyloučeny. Obecné druhy trestů jsou odnětí svobody, obecně prospěšné práce, ztráta čestných titulů a vyznamenání, zákaz činnosti, propadnutí majetku, peněžitý trest, propadnutí věci, vyhoštění, zákaz pobytu. Uložení trestu má mít účel preventivní (výchovný) a represivní (zabránit pachateli v pokračování další trestné činnosti).

Ochranné léčení (§ 99 TrZ.) je zvláštní typ postihu, nepatří mezi tresty a nastupuje zpravidla tam, kde není možno trest uložit (např. nepříčetnost, zmenšená příčetnost).

Při rozhodování o výměře trestu je soud povinen vzít v úvahu okolnosti, které mohou být polehčující (např. čin pod nátlakem, upřímná lítost) nebo naopak přitěžující (využití něčí

bezbrannosti, pochybení při poskytování zdravotní péče, které bylo způsobeno hrubou nedbalostí) (Mach, Horáková 2018).

4.2.4. Vybrané trestné činy, které se mohou týkat zdravotníků

Zdravotnické povolání ať lékaře či jiného nelékařského zdravotnického pracovníka je velmi náročné a zodpovědné povolání. V této kapitole jsou uvedeny možné trestné činy související s vykonem zdravotnických profesí.

Trestný čin neposkytnutí pomoci (§ 150 TrZ)

Neposkytne-li pomoc osoba, dle povahy svého zaměstnání (lékař, sestra), bude potrestána odnětím svobody až na dva roky nebo zákazem činnosti. Odmítnutí pomoci nesmí být ani, když je určité riziko (např. přenos viru HIV), ale toto riziko by mělo být vhodným postupem minimalizováno. Pomoc má být poskytnuta v rozsahu pravomocí, znalostí, zkušeností a možností.

Trestný čin – neoprávněné nakládání s osobními údaji (§180 TrZ)

Povinná mlčenlivost je zdravotnickým pracovníkům uložena v § 51 zákona č. 372/2011 Sb. Kdo osobní údaje, které získal v souvislosti s výkonem svého povolání, o jiné osobě sdělí nebo zpřístupní, může být potrestán odnětím svobody až na tři roky nebo zákazem činnosti. Protiprávní jednání může být verbální (na veřejnosti se sdělí chráněná skutečnost), písemné nebo zpřístupnění dokumentace pacienta nepříslušným osobám.

Trestný čin ublížení na zdraví (§146 a §148 TrZ)

Kdo jinému ublíží na zdraví tím, že poruší důležitou povinnost vyplývající z jeho povolání, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, nebo zákazem činnosti. Ublížení na zdraví může být úmyslné nebo z nedbalosti. Ublížení na zdraví je menší stupeň poškození zdraví než újma na zdraví. Délka léčení poškozeného je delší než sedm dnů a kratší než šest týdnů. Poznámka: dekubit v sakrální oblasti nebo na patách nelze označit jako ublížení na zdraví z nedbalosti, pokud léčba je poskytnuta lege artis. Také platí, že pokud byla intramuskulární injekce podána lege artis a vznikl infiltrát, nejedná se o ublížení na zdraví.

Trestný čin těžké ublížení na zdraví (§145 a §147 TrZ)

Kdo jinému z nedbalosti způsobí těžkou újmu na zdraví nebo smrt, protože porušil důležitou povinnost vyplívající z jeho zaměstnání, bude potrestán odnětím svobody na tři roky až deset let nebo zákazem činnosti. Těžkou újmou na zdraví je zmrzačení, ztráta nebo podstatné snížení pracovní schopnosti, ochromení údu, poškození důležitého orgánu, zohyzdění, vyvolání potratu, usmrcení plodu, delší dobu trvající porucha zdraví (např. záměna léků se závažnými následky, rozsáhlé popálení kůže, perforace stěny rekta při podávání klysmatu, ponechání roušky v tělesné dutině při operaci).

Trestný čin vraždy (§140 TrZ)

Dopustí se ho ten, kdo úmyslně usmrtí jinou osobu. Pachatel bude za svůj čin potrestán odnětím na deset až patnáct let. Český právní řád nezná pojem euthanasie, tj. usmrcení z milosti, proto by toto jednání bylo posuzováno jako vražda.

Trestný čin účasti na sebevraždě (§ 144 TrZ)

Kdo jiného pohne k sebevraždě nebo mu pomáhá, bude potrestán, došlo-li alespoň k pokusu sebevraždy, odnětím svobody na šest měsíců až tři roky. Závažnější a vyšší trest (dva až osm let) je tehdy, je-li čin spáchán u osoby mladší 18 let, těhotné ženy, osoby duševně nedostatečně vyvinuté nebo u osoby s duševní poruchou. Není také možno pomáhat při eutanázii; (asistované suicidium z humánních důvodů).

Trestný čin pomluvy (§ 184 TrZ)

Kdo jinému sdělí nepravdivý údaj, který je způsobilý značnou měrou ohrozit vážnost u spoluobčanů, zejména poškodit v zaměstnání, narušit rodinné vztahy nebo způsobit jinou vážnou újmu, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.

Trestný čin neoznámení trestného činu (§368 TrZ)

Kdo se hodnověrným způsobem dozví, že jiný páchal trestný čin, a takový čin neohlásí, bude potrestán odnětím svobody až na tři roky. Při poskytování zdravotní péče je ohlašovací povinnost zejména pro trestné činy, jako jsou neoprávněné nakládání s údaji, veřejné ohrožení, týrání svěřené osoby či vražda.

Trestný čin nepřekažení trestného činu (§ 367 TrZ)

Kdo se hodnověrným způsobem dozví, že jiný připravuje nebo páchá trestný čin, a spáchání nebo dokončení takového trestného činu nepřekazí, bude potrestán odnětím svobody až na tři roky. Při poskytování zdravotní péče je ohlašovací povinnost zejména pro trestné činy, jako jsou neoprávněné nakládání s údaji, nedovolená výroba a držení omamných látek, vražda, loupež, pohlavní zneužívání, krádež.

Trestný čin padělání a vystavování nepravdivých lékařských zpráv, posudků a nálezů (§350 TrZ)

Zavinění se dopouští ten, kdo příslušnou listinu sám padělal, ale i ten, který padělanou listinu použije jako pravou.

Trestný čin přijímání úplatků (§331 TrZ)

Za jednání může být pachatel potrestán odnětím svobody až na dva roky nebo zákazem činnosti. Činu se dopustí ten, kdo v souvislosti s obstaráváním věcí obecného zájmu přijme nebo slíbí dát úplatek.

Z praxe

Přijímání úplatků je nutno odlišit od poděkování pacientů drobnými pozornostmi pro personál jako jsou květina, bonboniéra, káva….

Trestný čin nedovolené nakládání s tkáněmi a orgány (§165 TrZ)

Kdo v rozporu s transplantačním zákonem, provede z těla mrtvého člověka odběr tkáně nebo orgánu, bude potrestán odnětím svobody až na dva roky nebo zákazem činnosti. Stejně tak bude potrestán ten, kdo v úmyslu obohatit sebe nebo jiného nakládá s odebranou lidskou tkání nebo odebraným lidským orgánem v rozporu se zákonem. Transplantační zákon upravuje podmínky darování, odběrů a transplantací tkání a orgánů lidského původu výhradně za účelem poskytování léčebné péče, a to jak od živých dárců, tak i osob zemřelých (Mach 2013).

4.3. Občanskoprávní odpovědnost

Pramenem práva je **občanský zákoník** (Zákon č. 89/2012 Sb.). Obecná odpovědnost za škodu může být způsobená úmyslně nebo z nedbalosti. Odpovědným subjektem je osoba právnická (zdravotnické zařízení, stát…), ale i osoba fyzická (soukromý fyzioterapeut, soukromý lékař…). Při poskytování zdravotní péče je to v podstatě nejčastěji odpovědnost za škodu. Nárok na odškodnění vzniká pacientovi jak v případě způsobené protiprávní postupem (non lege artis), ale také v případě jednání bez zavinění (péče lege artis).

Pokud je pacient léčený ve zdravotnickém zařízení a dojde ke škodě, domáhá se v občanskoprávním řízení náhrady škody na daném zařízení, a ne na konkrétním zaměstnanci. Škodu mu také případně hradí dané zařízení, které pak následně, pokud zjistilo zavinění daného zaměstnance, řeší kauzu v rámci pracovně právní odpovědnosti (Vondráček, Wirthová 2009).

Úhrada škody na zdraví způsobené pacientovi

Vznik škody na zdraví způsobené pacientovi znamená, že pokud u pacienta došlo při poskytování zdravotní péče ke komplikacím vedoucím ke škodě na zdraví, je oprávněn poškozený pacient požadovat satisfakci, a to odškodnění zahrnující bolest, snížení společenského uplatnění; náhrada všech vynaložených nákladů spojených s léčením a ušlý zisk. Výši konkrétního odškodnění určuje soudní znalec. Poškozený může požádat o odškodnění v mimosoudním jednání nebo soudně (Prudil 2017).

Doporučení pro praxi

Pokud došlo při ošetřování pacienta ke škodě na zdraví, tak je velmi důležitý následující postup zdravotníka. Celou věc ohlásí ošetřujícímu lékaři, přímému nadřízenému a společně pak provedou záznam o vzniklé škodě, která je součástí zdravotnické dokumentace. Záznam je pečlivý, podrobný a obsahuje všechny rozhodné skutečnosti (datum, hodina; přesně kde a podrobně co se stalo). Svědkové události také podepíší záznam (Mach 2013).

Odpovědnost pacienta

Pacient také nese určitou odpovědnost vůči zdravotnickému zařízení, kde je léčen nebo je zde jako doprovodná osoba. Pokud pacient v rámci svého oprávnění rozhodovat o sobě odmítne ošetřovatelský výkon, nese odpovědnost za své rozhodnutí. Vše však je potřeba zaznamenávat do zdravotnické dokumentace; např. pacient odmítl antidekubitní matraci jako prevenci, neuspěl poté se stížností na vznik dekubitu v sakrální krajině (Mach 2013). Pokud pacient způsobí škodu na majetku zdravotnického zařízení, musí ji uhradit. Pokud pacient způsobí škodu na majetku jiného pacienta, je žádána také úhrada škody; vždy se však přihlíží ke zdravotnímu stavu pacienta.

Příklad z praxe

Pacient s demencí rozbil všeobecné sestře drahé brýle, škodu hradil zaměstnavatel. Avšak jiný pacient vyhodil z okna pacientův mobil, protože ho rušil. On však nesl odpovědnost za škodu a úhradu nebylo možné získat od zdravotnického zařízení, jak se poškozený mylně domníval (Vondráček, Wirthová 2009).

4.4. Pracovně právní odpovědnost

Pramenem práva je **zákoník práce** (Zákon č. 262/2006 Sb.) a svobodně písemně uzavřená smlouva o pracovním poměru, jejíž nedílnou součástí je i stanovení pracovní náplně. Pracovně právní odpovědnost také zahrnuje odpovědnost zaměstnance za škodu, kterou způsobil porušením plnění pracovních úkolů, schodek na svěřených hodnotách či odpovědnost za ztrátu svěřených předmětů. Zaměstnanec neodpovídá za škodu, kterou způsobil při odvrácení škody ohrožující život nebo zdraví (Mach 2013).

Doporučení pro praxi

Při uzavření a vzniku dohody o hmotné zodpovědnosti by měl zaměstnanec trvat na inventarizaci svěřených hodnot.

Forma a rozsah náhrady závisí dle dohody mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem. Pokud je škoda způsobená z nedbalosti, nesmí výše náhrady u jednotlivého zaměstnance překročit

částku **čtyřapůlnásobku průměrného měsíčního hrubého výdělku**. Omezení však neplatí, pokud škoda byla způsobena například v opilosti či po požití návykových látek. Zaměstnanec, který odpovídá za schodek (hmotná odpovědnost nebo za ztrátu svěřených věcí) je vše povinen hradit v plné výši.

Odpovědnost za škodu má však také i zaměstnavatel, a to především odpovědnost při pracovních úrazech a nemocech z povolání (za pracovní úraz není považován úraz, který se přihodil zaměstnanci na cestě do zaměstnání a zpět); dále nese odpovědnost za škodu odložených věcí (zaměstnavatel odpovídá za ztrátu, věci však musí být uloženy na místech k tomu určených). Za finance a šperky odpovídá zaměstnavatel do výše 5 000 Kč; zaměstnanec je povinen nahlásit ztrátu do 14 dnů (Mach 2013).

Funkční odpovědnost

Vychází ze zákoníku práce. Práva a povinnosti jsou uloženy v pracovní náplni. Funkční odpovědnost vychází ze základních povinností vedoucího zaměstnance a zahrnuje organizovat, řídit a pravidelně kontrolovat. Tuto odpovědnost řadíme jako pracovněprávní odpovědnost (Mach 2013).

Příklad z praxe

Staniční sestra, byla obviněna, že šikanuje podřízené, když pravidelně kontroluje jejich práci. Stížnost byla správně odmítnuta, neboť staniční sestra prováděla pouze činnost, kterou má v pracovní náplni a uloženou předpisem.

Vedoucí pracovník má úkol rozdělovat a kontrolovat práci, ale neplatí, že automaticky odpovídá i za chybu, protože každý pracovník odpovídá za zaviněné porušení své povinnosti (Vondráček, Wirthová 2009).

Disciplinární odpovědnost

Disciplinární odpovědnost se týká fyzických osob. Jde o odpovědnost lékařů, stomatologů a farmaceutů při výkonu povolání. Pokud dojde k porušení profesních nebo etických principů, tak se navrhuje zahájení disciplinárního řízení, které podává revizní komise okresního stavovského zřízení. Potrestáním je disciplinární opatření (důtka, pokuta nebo podmíněné vyloučení z profesní komory). V případě vyloučení z České lékařské komory

může lékař vstoupit do komory až po uplynutí 5 let. Během této doby však nesmí vykonávat lékařské povolání.

Všeobecná sestra nemá zákonem stanovené být členkou profesní sesterské organizace. V případě, že členkou je a dopustila se provinění proti stavovským předpisům této organizace, tak je provinění označováno jako disciplinární delikt (Prudil 2017).

„Sousedská výpomoc zdravotníka“

Za poskytování zdravotní péče mimo zdravotnické zařízení, ať bezplatně a v dobrém úmyslu, nese plnou odpovědnost ten, kdo ji poskytuje. V případě prokázání pochybení nese plnou odpovědnost daný zdravotník a ne pacient. Pokud dojde k tomu, že zdravotník poskytuje péči opakovaně, dlouhodobě a za úplatu, vystavuje se nebezpečí možného postihu; trestný čin neoprávněného podnikání (Mach, Horáková 2018).

4.5. Smluvní odpovědnost

Jedná se o odpovědnost právnické nebo fyzické osoby při plnění smluvních závazků, ze smluv, které uzavřela. V případě poskytovatelů zdravotních služeb jde specificky o dodržování smluvních povinností ve vztahu k zdravotním pojišťovnám. Pokud by opakovaně docházelo k porušování smlouvy, je zdravotní pojišťovna oprávněna smlouvu předčasně ukončit (Prudil 2017).

4.6. Správní odpovědnost

Jde o odpovědnost poskytovatelů zdravotních služeb za dodržení právních předpisů v oblasti státní správy (například: dodržování hygienických předpisů, ochrana osobních údajů). Za porušení může udělit státní orgán danému zařízení sankce. Dané zařízení se však může odvolat.

Příklad z praxe

Odbor zdravotnictví příslušného krajského úřadu udělil sankci městské nemocnici, ta se však odvolala a podala žádost o přezkoumání na Ministerstvo zdravotnictví ČR (Prudil 2017).

Kontrolní otázky

Každé protiprávní jednání má své zavinění; jak jej můžeme charakterizovat?

Jaké jsou možné trestné činy související s profesí zdravotníka?

Co je zdrojem pracovně právní odpovědnosti?

Do jaké finanční výše může zaměstnavatel požadovat finanční náhradu od svého zaměstnance za jim způsobenou škodu?

Kdo nese odpovědnost za ztrátu věcí pacienta?

Co znamená pojem krajní nouze?

Použitá a doporučená literatura

MACH, J. *Univerzita medicínského práva*. Praha: Grada. 2013. ISBN 978-80-247-5113-9.

MACH, J., HORÁKOVÁ, M. *Zdravotníci, právo a praxe*. Praha: Galén. 2018. ISBN 978-80-7492-371-5.

PRUDIL, L. *Právo pro zdravotnické pracovníky*. 2. ed. Praha: Wolters Kluwer. 2017. ISBN 978-80-7552-507-9.

VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. Praha: Grada. 2009. ISBN 978-80-247-3132-2.

Prameny práva

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 11, 354-464.

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 33, s. 1026-1368.

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 84, s. 3146-3272.

Seznam tabulek

Tabulka 1 Oblasti veřejného práva 7
Tabulka 2 Oblasti soukromého práva 8
Tabulka 3 Lidská práva dle listiny základních práv a svobod 9
Tabulka 4 Typy hlasovacích většin 12
Tabulka 5 Typologie zdravotnických systémů 23
Tabulka 6 Výhody a nevýhody tržního modelu zdravotního systému 26
Tabulka 7 Výhody a nevýhody státního modelu zdravotního systému 27
Tabulka 8 Výhody a nevýhody modelu národního zdravotního pojištění 28
Tabulka 9 Výše příspěvků 59

Seznam obrázků

Obrázek 1 Součásti Ústavy ČR.....8
Obrázek 2 Legislativní proces 12