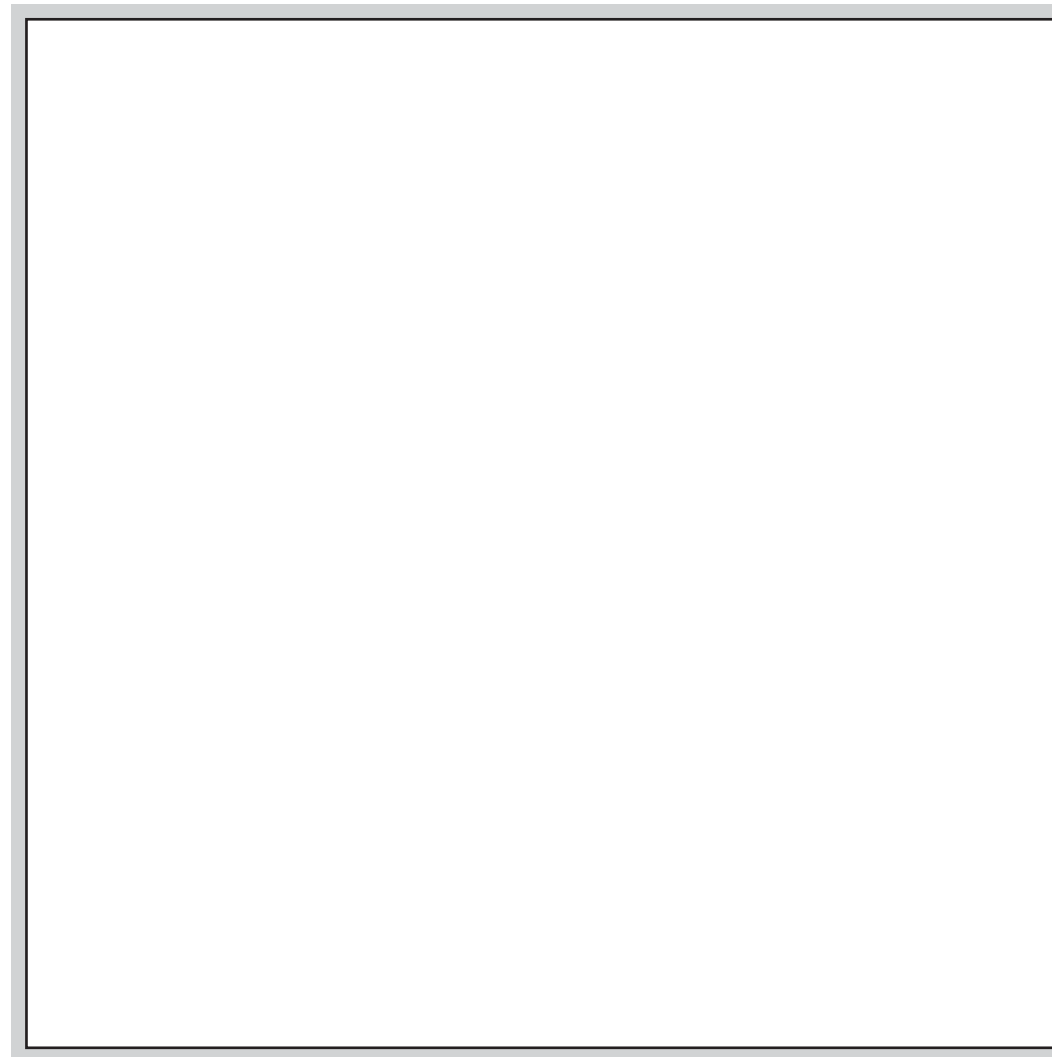


Zdravotnictví

v České Republice



Výdaje ve zdravotnictví ☐ Konkurence za veřejné peníze? ☐ Násilí
ve zdravotnictví ☐ Podpora zdraví v ČR ☐ Utonutí z pohledu soudního
lékařství ☐ Skryté možnosti protitabákové politiky v ČR

listopad ☐ 2004

Násilí na pracovišti ve zdravotnictví a sociálních službách

Konference organizovaná v rámci projektu MPSV č. 1J013/04-DP1 Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnictví a sociálních služeb v ČR pořádaná ve spolupráci Institutu zdravotní politiky a ekonomiky, Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče a Výzkumného ústavu bezpečnosti práce.



Termín konání: 10. 12. 2004; **Místo konání:** Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR, Sněmovní 1, Praha 1, v místnosti 205, 2. patro

Program konference:

- 08.30 – 09.00 Registrace účastníků
09.00 – 10.30 Úvodní slovo - představení projektu
(MUDr. Petr Háva, CSc., Ing. Miloš Paleček, CSc., RNDr. Jiří Schlanger)
Vystoupení představitelů MPSV ČR a MZ ČR
Vystoupení zahraničních hostů
10.30 – 11.00 Přestávka na kávu
11.00 – 12.30 Násilí na pracovišti z hlediska mezinárodních institucí
(Bc. Igor Angelovski)
Přehled mezinárodních výzkumných aktivit v oblasti násilí na pracovišti
(MUDr. Libuše Nesvadbová, CSc., MUDr. Petr Háva, CSc.)
Vybrané právní aspekty násilí na pracovišti v české společnosti
(Mgr. et Mgr. Lucie Ripová, JUDr. Dominik Brůha)
Výsledky dotazníkového šetření „Násilí na pracovišti ve zdravotnictví a sociálních službách“ v ČR
(Ing. Bohumila Čabanová, Mgr. Karolína Dobiášová, PhDr. Helena Hnilicová, PhD.)
12.30 – 13.30 Přestávka na oběd
(občerstvení zajištěno)
13.30 – 15.00 Výsledky expertního šetření
(Ing. Miloš Paleček, CSc., Ing. Lenka Svobodová)
Panelová diskuse expertů
(Ing. Miloš Paleček, CSc., MUDr. Petr Háva, CSc.)
15.00 – 15.30 Závěrečná diskuse (moderuje MUDr. Petr Háva, CSc.)

Kontakt: Ing. Bohumila Čabanová, e-mail: cabanova@izpe.cz

Zdravotnictví v České republice

listopad □ 2004

□ Vydává

Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví ve spolupráci s Institutem zdravotní politiky a ekonomiky

Editorial

????????????????????????????????
????????????????????????????????
????????????????????????????????
????????????????????????????????
????????????????????????????????
????????????????????????????????
????????????????????????????????
????????????????????????????????

Redakce

Bude uvedeno?

Obsah

- Martin Dlouhý, Lenka Flusserová
□ Výdaje na zdravotnictví: mezinárodní srovnání a ekonometrická analýza 104
- Jan Mertl, Lenka Pasovská
□ Konkurence za veřejné peníze? 108
- Igor Angelovski
□ Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnictví 118
- Jana Havelková, Zdeněk Kučera
□ Podpora zdraví v ČR v kontextu implementace programů WHO „Zdraví pro všechny“ a „Zdraví 21“ 124
- Magdalena Čapková a kol.
□ Utonutí a téměř utonutí z pohledu soudního lékařství 130
- Martin Tuček
□ Objevování skrytých možností protitabákové politiky v ČR 134
- Jan Holčík
□ 12. konference EUPHA (European Public Health Association) 137
- Bude uvedeno?** Jana Havelková
□ Jak plánují města, obce a regiony ČR svůj rozvoj? 139

□ Předseda redakční rady
Ing. Alexander Stožický, CSc.

□ Redakční rada
Doc. MUDr. Ctibor Drbal, CSc.
Prof. MUDr. Ivan Gladkij, CSc.
Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.
PhDr. Zdeněk Kučera
Mgr. Vlasta Mazánková
Doc. MUDr. Alena Petránková, CSc.
MUDr. Mgr. Petr Struk
Doc. Ing. Jaromír Vepřek CSc.

□ Adresa redakce a administrace
Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Kutnohorská 1102
281 63 Kostelec nad Černými lesy

□ Vedoucí redakce
Mgr. Vít Černý
Tel.: 321 613 043; 224 222 441
Fax: 321 679 062; 224 222 441
e-mail: cerny@izpe.cz
vit.cerny@zdrav.cz

□ Indexace a Excerptce
Bibliographia Medica Českoslovana

□ Design
Studio Krilin – Linda Kriegerbeck
Grafika a zlom: V.I.T. – Vít Šmejkal

□ Registrováno Ministerstvem kultury ČR pod číslem E 7600

ISSN 1213-6050

BACKGROUND: International comparative analysis of health expenditures has become a popular topic of health economics. The studies investigate impacts of both institutional and non-institutional explanatory variables.

OBJECTIVES: To discuss the role of econometric modelling in international comparative analysis of determinants of health expenditure and to present empirical results of international comparisons of health expenditure.

CONCLUSION: First econometric studies investigated a significance of the gross domestic product as a key explanatory variable. Results of later econometric studies showed that an organization of the health system has also a significant impact on the level of health expenditure. Yet conclusions from empirical studies are conflicting and have to be considered with a caution.

Výdaje na zdravotnictví:

mezinárodní srovnání a ekonometrická analýza

Martin Dlouhý, Lenka Flusserová

1. Úvod

Mezinárodní srovnání výdajů na zdravotnictví přitahuje mnoho pozornosti odborníků z oblasti zdravotní politiky a zdravotní ekonomie. Hlavním důvodem je samozřejmě růst výdajů na zdravotnictví, jak v absolutní částce, tak i jako podíl na hrubém domácím produktu (HDP), a to prakticky ve všech zemích. Dalším důležitým důvodem, proč se zabývat výdaji na zdravotnictví, jsou velké rozdíly ve výdajích mezi jednotlivými zeměmi. Proč jiní platí méně než my? Které klíčové determinanty jsou ovlivnitelné, a které nikoliv? Jaké efekty lze očekávat?

Zatímco vědecké disciplíny jako veřejné zdravotnictví a sociální lékařství se zaměřují především na studium determinant zdraví populace (např. Drbal, 2001, 2004), determinanty výdajů na zdravotnictví jsou oblíbeným tématem zdravotní ekonomie. Místo o determinantách budeme dále hovořit o vysvětlujících či nezávislých proměnných, což je v ekonometrii a statistice obvyklejší.

V tomto příspěvku chceme ve stručnosti ukázat na roli ekonometrického modelování při analýze výdajů na zdravotnictví – jaké modely existují, jaké metody se používají pro odhady parametrů modelů, s jakými problémy se při modelování setkáváme. Uvedeme též výsledky jedné rozsáhlejší studie, která se zabývala odhalem faktorů určujících úroveň výdajů na zdravotnictví ve vyspělých zemích.

2. Ekonometrické modelování

Jako samostatný vědní obor ekonometrie „úředně“ existuje od roku 1930, kdy byla v USA ustavena Ekonometrická společnost.

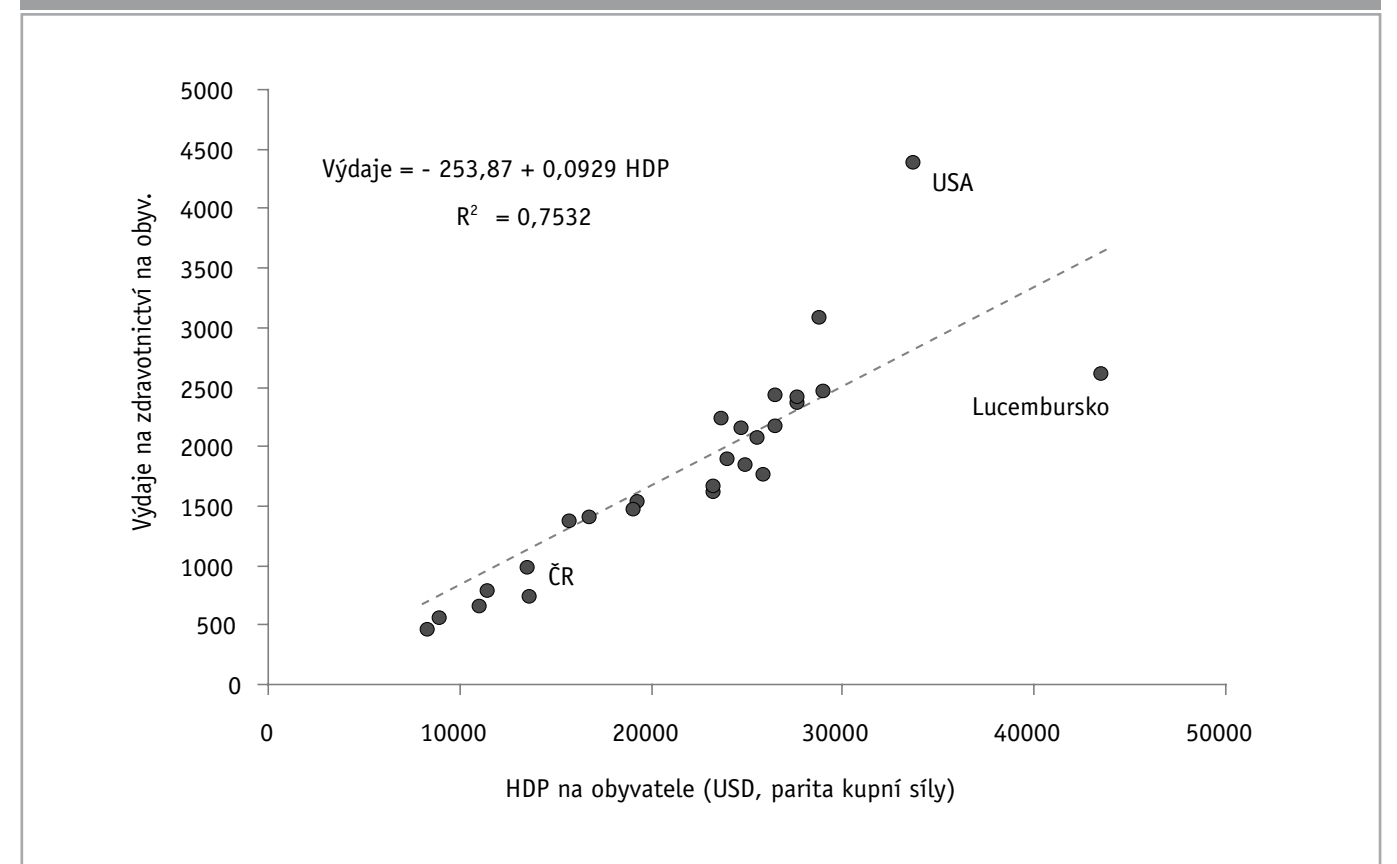
Ekonometrické modelování je jedním z typů kvantitativní ekonomické analýzy. Ekonometrie je založena na využití ekonomických, matematických a statistických metod při vyhledávání, měření a verifikaci vzájemných vztahů mezi ekonomickými veličinami (Hušek, 1999). V poslední době bychom mohli dodat, že ekonometrie využívá i informatiku. Na rozdíl od statistiky tedy ekonometrie zahrnuje i ekonomickou teorii, která slouží jako východisko při tvorbě modelů. Ekonomická teorie má jednak usnadnit volbu proměnných modelu a volbu funkčních vztahů mezi proměnnými, a jednak následně testovat věrohodnost výsledků.

V ideálním případě by ekonometrický model výdajů na zdravotnictví měl odpovědět na tyto otázky:

- Jaké rozhodující proměnné určují výši výdajů na zdravotnictví?
- Má vliv organizace zdravotnictví na výši výdajů na zdravotnictví?
- Jaký vliv mají lůžkové a personální kapacity?
- Jaký vliv na výdaje má poměr veřejného a soukromého sektoru ve financování zdravotnictví?
- Lze očekávat další zvyšování výdajů na zdravotnictví?

Charakter modelu a rozsah otázek, na které model může odpovědět, jsou dány zejména charakterem souboru analyzovaných dat, podle čehož lze empirické studie rozdělit do tří typů. Do prvního typu patří studie, které pracují s časovou řadou

Graf č. 1: Výdaje na zdravotnictví a HDP na obyvatele, země OECD 1999, USD v paritě kupní síly.



údajů o jedné zemi. Dalším typem jsou průřezové studie, které pracují se souborem více zemí za určitý rok. Třetím typem jsou studie, které analyzují panelová data, tj. souborem časových řad pro více zemí. Gerdtam a Jönsson (2001) používají trochu jiné termíny a rozdělují mezinárodní srovnávací studie výdajů na zdravotnictví na studie první generace a na studie druhé generace. Studie první generace jsou studie průřezové (více zemí, jeden rok), studie druhé generace pracují s panelovými daty (více zemí, více let). Studie, která pracuje pouze s časovou řadou dat o jedné zemi, není mezinárodním srovnáním, takže ji Gerdtam a Jönsson do svého třídění nezahrnují.

Pro odhady modelů výdajů na zdravotnictví slouží především metody vícenásobné regresní analýzy. V posledních letech se pro analýzu panelových dat, která mohou být nestacionární, pracuje též s testováním jednotkových kořenů a kointegrací (Hušek, 1999). Zde jen uvedme, že nestacionarita je vlastnost časových řad, která vede k zavádějícím odhadům, takže model najde statisticky významné vztahy mezi proměnnými i když takové vztahy ve skutečnosti neexistují.

3. Problémy mezinárodního srovnání

S mezinárodním srovnáním výdajů na zdravotnictví je bohužel spojeno mnoho praktických a teoretických problémů. Tím největším praktickým problémem je malá spolehlivost dat, která vyplývá jak z málo rozvinutého statistického systému některých zemí, tak z rozdílných definic: není lůžko jako lůžko, není lékař jako lékař. Pravděpodobně největší potíže jsou s ukazateli v peněžních jednotkách (výdaje na zdravotnictví, HDP). Pro převod na americký dolar se používá směnný kurs, preferován je přepočtení podle parity kupní síly. Parita kupní síly znamená, že HDP na obyvatele se upraví tak, aby se zohlednily rozdíly v cenové hladině mezi zeměmi. Obvyklým výsledkem přepočtu podle parity kupní síly je určité zmenšení rozdílu mezi ekonomicky silnějšími a ekonomicky slabšími zeměmi. Ani tento postup zcela neřeší všechny otázky kolem vzájemné porovnatelnosti hospodářské výkonnosti mezi zeměmi.

Dominantním zdrojem dat o zdravotnictví ve vyspělých zemích je rozsáhlá databáze Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD). Dobrá kvalita dat OECD není překvapením, protože členy této orga-

nizace jsou nejrozvinutější země. Pro analytickou činnost máme to štěstí, že unikátní databáze OECD již obsahuje údaje o České republice a dalších postkomunistických zemích. V České republice využívají vědeckí pracovníci databáze OECD především pro srovnání ČR vůči ostatním vyspělým zemím, viz např. Strnad (2000), Papeš (2002), Dlouhý (2002) a jiní. Pozice Světové zdravotnické organizace je mnohem složitější, jelikož údaje z méně vyspělých zemí jsou velmi nespolehlivé či dokonce vůbec neexistují. Studie WHO (Murray, Lopez, 1994), která usilovala o odhad výdajů na zdravotnictví ve všech zemích světa pro rok 1990, vycházela údajně z téměř 1000 různorodých zdrojů různé důvěryhodnosti. Přesto pro značnou část zemí byly výdaje na zdravotnictví (zvláště soukromé výdaje, které se sledují ještě méně než výdaje veřejné) odhadnuty pomocí metod regresní analýzy.

Teoretici též poukazují na to, že chybí makroekonomická teorie, která by sloužila jako návod, jaké proměnné (determinanty) jsou v modelech důležité a jaké jsou jejich vazby s výdaji na zdravotnictví (Gerdtam, Jönsson, 2001). Bez teoreticky zakotveného modelu má analýza výdajů na



zdravotnictví podobu náhodného hledání korelací mezi dostupnými daty. Zřejmě podceňovanou je též variabilita uvnitř zemí samotných. U prostorově velkých, ekonomicky a kulturně různorodých zemí jako například USA, Kanada či Mexiko lze namítnout, že agregovaná národní data dávají pouze nepřesný obraz o součtu navzájem významně odlišných regionálních zdravotnických systémů.

4. Výsledky studií

Mnoho analýz výdajů na zdravotnictví začíná a končí tím, že jako jedinou determinantu uvažují pouze hrubý domácí produkt (HDP). To už se v současnosti pokládá za nedostatečné a do modelů se zahrnují další vysvětlující proměnné. Tyto vysvětlující proměnné můžeme rozdělit do dvou velkých skupin na institucionální, které se týkají zdravotnického systému (úhradový systém, počet lékařů), a neinstitucionální, které představují vnější okolí zdravotnictví (např. HDP, demografická struktura). Publikované studie sice často docházejí ke shodným výsledkům ohledně efektu určitých proměnných, ale není tomu tak vždy. Těžko soudit, jaká část konfliktů výsledků závisí na použitých datech (čas, soubor zemí, zdroj dat) a na použitých metodách. Uvedeme zde závěry, které prezentovaly v přehledové studii Gerdtham a Jönsson (2001). Šlo o panelová data pro země OECD, což je asi to nejlepší, co je k dispozici.

Neinstitucionální proměnné

Hospodářská rozvinutost země, měřená nejčastěji jako HDP na obyvatele, je vždy důležitou a statisticky významnou determinantou výdajů na zdravotnictví. Připomeňme, že hrubý domácí produkt (HDP) představuje souhrn hodnot přidaných zpracováním ve všech odvětvích v činnostech považovaných v systému národního účetnictví za produktivní. Pro vyloučení vlivu změn cen v čase je nutné vyjádřit HDP v tzv. stálých cenách. Proměnná HDP na obyvatele může vysvětlit až 80 % rozptylu ve výdajích na zdravotnictví (např. Culyer, 1989). Konkrétní ukázkou vztahu mezi HDP a výdaji na zdravotnictví ukazuje graf č. 1. Spornou otázkou zůstává, jaká je pružnost výdajů na zdravotnictví vzhledem k HDP. Část studií podporuje hypotézu, že tato pružnost je vyšší než jedna. To znamená, že 1% nárůst HDP

vyvolá vyšší než 1% nárůst výdajů na zdravotnictví. S rostoucím HDP se tak podíl výdajů na zdravotnictví na HDP bude procentně zvyšovat.

Vliv ostatních neinstitucionálních proměnných obvykle není statisticky významný. Jde o proměnné jako demografická struktura populace (měřeno např. jako podíl osob na 65 let), nezaměstnanost, spotřeba tabáku atd. Prováděly se též experimenty se zahrnutím proměnné podíl pracujících žen. To vycházelo z předpokladu, že vyšší zaměstnanost žen vyvolá snížení nabídky neformální zdravotní péče, které ženy v domácnosti poskytují. Chybějící neformální zdravotní péče musí být poté poskytována zdravotníky, což se projeví ve vyšších výdajích na zdravotnictví a také na sociální služby.

Institucionální proměnné

Co se týče vlivu organizačního uspořádání zdravotnictví, Gerdtham a Jönsson (2001) prezentují šest statisticky významných výsledků:

- 1) Gatekeeping v primární péči (omezení přímého přístupu ke specialistům) snižuje výdaje na zdravotnictví. Země praktikující gatekeeping mají zhruba o 18 % nižší výdaje;
- 2) Zdravotnické systémy, v nichž pacient nejprve služby poskytovateli platí a pak je dostane uhrazeny od zdravotní pojišťovny, dosahují o 9 % nižších výdajů na zdravotnictví;
- 3) Zdravotnické systémy, které používají kapitační platbu v ambulantním sektoru, vydávají na zdravotnictví celkově o 17-21 % méně než zdravotnické systémy s platbou za výkon;
- 4) Vyšší podíl nemocniční péče vůči ambulantní péči vede k vyšším výdajům na zdravotnictví;
- 5) Podíl veřejného sektoru snižuje výdaje, avšak některé studie prezentují i opačné výsledky. Zde je třeba uvažovat o tom, že na jedné straně veřejný sektor může být účinnější v omezování výdajů na jednotku péče, na druhé straně financování z veřejných zdrojů zvyšuje dostupnost péče pro ekonomicky slabší skupiny a tak stimuluje poptávku (poskytuje se větší počet služeb);
- 6) Vyšší nabídka lékařů zvyšuje výdaje na zdravotnictví. Tento efekt by měl ale být do určité míry kompenzován tím, že vyšší nabídka lékařů vede k poklesu ceny jejich práce.

Výsledek, který podle autorů zmiňované studie odporuje předpokladům, je, že rozpočty pro nemocniční sektor vedou spíše k vyšším výdajům. Jedno z vysvětlení, které sami autoři nabízejí, počítá s opačnou kauzalitou: rozpočty byly zavedeny právě kvůli vysokým výdajům. Provedená ekonometrická analýza tak zejména ukazuje na důležitost organizace ambulantní péče (gatekeeping, kapitace, platby pacientů) při omezování výdajů na zdravotnictví.

5. Závěr

Je třeba upozornit, že v příspěvku jsme se výhradně věnovali faktorům určujícím, proč jsou výdaje na zdravotnictví takové, jaké jsou. Nezabývali jsem se otázkou, co za výdaje na zdravotnictví občané dostávají. Reč je o efektivnosti zdravotnictví, tak jak ji například definovala Světová zdravotnická organizace ve své publikaci World Health Report 2000 (WHO, 2000). Vysoké výdaje na zdravotnictví mohou být opodstatněné, pokud zdravotnictví nabízí vysokou kvalitu zdravotnických služeb a tomu odpovídající zlepšování zdravotního stavu. Právě z tohoto pohledu jsou vyšší výdaje na zdravotnictví v USA tak problematické, neboť přes vysoké výdaje není americká populace zdravější než populace v „lacinějších“ evropských zemích. To už je ovšem již poněkud jiné téma.

Přes velké pokroky v dostupnosti dat a jejich vzájemné srovnatelnosti, přes zvyšující se počet studií na různých skupinách zemí a za použití různých metod nedokážeme rozdíly ve výdajích na zdravotnictví mezi zeměmi vysvětlit pomocí uspokojivé teorie. Novější studie oproti těm dřívější zdůrazňují, že kromě úrovně HDP je nutno zahrnout do modelů také organizaci zdravotnictví. Nejdůležitějším závěrem zůstává, že při interpretaci výsledků studií z oblasti mezinárodního srovnávání musíme být velmi opatrní. Odborníci poukazují na vzájemnou provázanost proměnných, problémy s měřením proměnných a vůbec jejich významem. A samozřejmě také na omezení v přenositelnosti zkušenosti mezi zeměmi (Schieber, Poullier, 1989).



Příspěvek vznikl v rámci plnění výzkumného záměru č. MZO200201IZPE „Zdravotní politika a ekonomika“.

literatura

- CULYER, A. J. Cost Containment in Europe. Health Care Financing Review, 1989 Annual Supplement, s. 21-32.
- DLOUHÝ, M. Zdravotnické investice v mezinárodních souvislostech. Zdravotnictví v České republice, 2002, č. 1-2, s. 40-42.
- DRBAL, C. Svět se změnil – mění se koncepce zdravotní politiky? Zdravotnictví v České republice, 2001, č. 3-4, s. 82-86.
- DRBAL, C. Naše zdraví a jeho otazníky. Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky, č. 1/2004.
- GERDTHAM, U.-G., JÖNSSON, B. International Comparisons of Health Expenditure: Data, Theory and Econometric Analysis, In CULYER, A. J., NEWHOUSE, J. P. (Ed.), Handbook of Health Economics, kap. 1, Amsterdam: Elsevier, 2000.
- HUŠEK, R. Ekonometrická analýza. Praha: EKOPRESS, 1999.
- MURRAY, C. J. L., LOPEZ, A. D. Global Comparative Assessments in the Health Sector. Geneva: WHO, 1994.
- PAPeš, Z. Přístupy k mezinárodní komparaci efektivnosti zdravotnictví. Zdravotnictví v České republice, 2002, č. 3-4, s. 112-117.
- SCHIEBER, G. J, POUILLIER, J.-P. Overview of international comparisons of health care expenditures. Health Care Financing Review, 1989 Annual Supplement, s. 1-7.
- STRNAD, L. Analýza vztahů finančních vstupů do zdravotnictví a střední délka života. Zdravotnictví v České republice, 2000, č. 1-2, s.13-16.
- WHO. The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization, 2000.

o autorech

Ing. Mgr. Martin Dlouhý, Dr. MSc. pracuje jako vědecký pracovník na Institutu zdravotní politiky a ekonomiky a jako odborný asistent na Vysoké škole ekonomické v Praze

Ing. Lenka Flusserová je odbornou asistentkou na Vysoké škole ekonomické v Praze

SUMMARY: THE COMPETITION PAID BY PUBLIC MONEY?

BACKGROUND, SUBJECT: The aim of this work is to analyze the factors which affect the decision the health insurance company is chosen. The article deals with some aspects of development in the public health insurance in the Czech republic and analyses the roots of current state with respect to the possibility of choosing the health insurance company. It focuses on the programs financed from the „prevention fund“ as the major proof of differentiation among the health insurance companies. The article contains the characteristics of the programs, the rules for their financing according to current law and their role in the health insurance system. We also focus on the position of government and public interest in the relationship to the activities of health insurance companies above the law guaranteed baseline.

METHODS: secondary analysis of documents, theoretical studies, current law status and the analysis of public policy events
FINDINGS: The intentions stated at the moment of creation of employer-based health insurance companies were not adequately achieved. When the administrative and financial criteria for choosing the health care insurance company have been weakened, the programs financed from the „prevention fund“ have specific position because they are important for the decision of which health insurance company to choose. The resources for financing of those programs are mainly fees and penalties, the rules are different for „VZP“ and employer-based health insurance companies. Health insurance companies finance prevention as one of the bodies in health policy.

CONCLUSIONS: The room for differentiation of health insurance companies towards the citizen is not fulfilling the intention stated when additional health insurance companies were established. Current state shows, that even if many of the insured used their right to choose, this is done without the relationship to the effectiveness of the public resources. The realized programs, even they can have positive effects for their participants, cannot themselves without other adequate measures help to achieve the health policy aims.

KEYWORDS: Health, health care, prevention, public interest, competition

Konkurence za veřejné peníze?

Jan Mertl, Lenka Pasovská

1. Úvod

Financování zdravotní péče z veřejných zdrojů bylo od roku 1992 svěřeno do působnosti Všeobecné zdravotní pojišťovny jako jediného správce prostředků veřejného zdravotního pojištění, které vzniklo transformací dřívějšího financování ze státního rozpočtu. O rok později byl legislativně umožněn vznik tzv. zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, jejichž uvažovaný přínos měl spočívat v zavedení prvků zaměstnaneckého zdravotního pojištění a lepší hospodárnost zdravotních pojišťoven vzhledem k jejich pluralitní struktuře.

V systému byl od počátku zaveden princip svobodné volby zdravotní pojišťovny občanem. Zpočátku byl tento princip oslabován prosazováním zaměstnaneckého charakteru dalších zdravotních pojišťoven. Později však i díky legislativním úpravám pohyb pojištěnců mezi pojišťovnami akceleroval a pojišťovny se zaměřily na jeho ovlivňování. Základní diskutabilní tezí v této souvislosti bylo umožnění určitého stupně konkurence mezi pojišťovnami jako mechanismu dosahování efektivity bez zkoumání toho, zda může vzhledem k nastaveným podmínkám a vytčeným cílům zdravotní politiky státu reálně fungovat. Postupně vznikly nástroje ovlivňující pohyb pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami, a to vzhledem k jednotné sazbě veřejného zdravotního pojištění nástroje necenového typu.

V příspěvku jsou shrnuty ekonomické, právní a věcné aspekty konkurenčních vztahů v pluralitním systému veřejného zdravotního pojištění ČR v kontextu cílů zdravotní politiky a systému veřejného zdravotního pojištění. Na základě faktů a zkušeností z více než deseti let existence veřejného zdravotního pojištění bude předmětem ana-

lyzy diferencovaný prostor pro alokaci prostředků veřejného zdravotního pojištění, způsoby realizace konkurenčních vztahů a jejich důsledky pro jednání jednotlivých aktérů a přenesení i situací celého systému veřejného zdravotního pojištění.

Předmětem zkoumání je zejména konkurence v oblasti prevence prostřednictvím programů realizovaných nad rámec standardní zdravotní péče, financovaných z fondu prevence zdravotních pojišťoven (dále též Programů). V článku je uvedena charakteristika Programů, způsob jejich financování podle platných právních norem a jejich úloha v systému veřejného zdravotního pojištění. Předmětem zájmu musí být i pozice státu a veřejného zájmu ve vztahu k činnosti pojišťoven nad rámec zákonem garantovaného standardu, definovaného v zákoně 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

2. Cíle, otázky, metodologie

Cílem článku je informovat o poznatcích vyplývajících z analýzy systému veřejného zdravotního pojištění a prostoru pro konkurenci mezi zdravotními pojišťovnami v českém zdravotnictví. Vzhledem k šíři tématu se budeme soustředit na efekty současného konkurenčního pluralitního prostředí ve vazbě na náklady systému, zejména na aktivity zdravotních pojišťoven financované z fondu prevence. V této souvislosti je cílem vymezit a objasnit pozici prevence a preventivních programů v systému a tím odpovědět na otázku, proč jsou Programy v současné době často diskutovány v odborném i denním tisku.

V této souvislosti hledáme odpověď na otázku, jakým způsobem v současné době zdravotní pojišťovny motivují pojištěnce k výběru pojišťovny, zda se pohyb pojištěnců

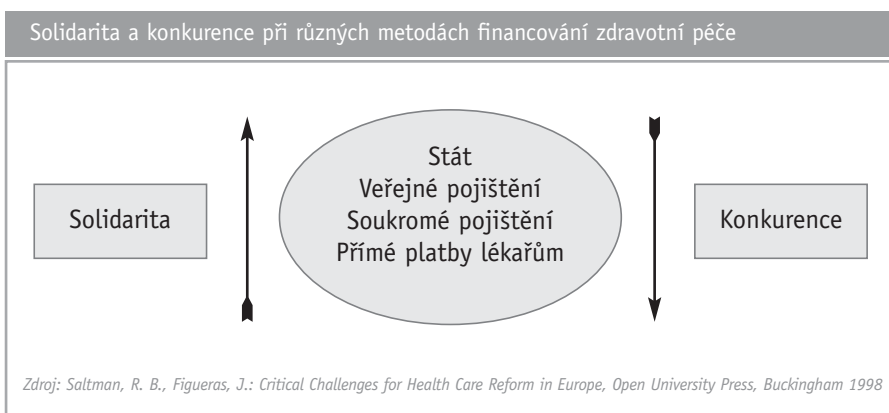
děje ve vazbě na efektivnost hospodaření zdravotních pojišťoven a jaký je charakter konkurence v českém systému veřejného zdravotního pojištění. Rámec prezentované problematiky tvoří obecná otázka vzájemné koexistence a struktury veřejných zdravotních pojišťoven a vztahů mezi nimi, ovlivňující stabilitu a nákladovost celého systému.

Metodicky se opíráme zejména o analýzu oficiálních dokumentů zdravotních pojišťoven (výroční zprávy a údaje dostupné na internetových stránkách), Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva financí České republiky (souhrnná hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění), dokumentů Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky a právních norem upravujících problematiku veřejného zdravotního pojištění. Objektivizace postojů jednotlivých aktérů spočívala zejména v analýze jejich jednotlivých vyjádření (např. vyjádření náměstka ministra zdravotnictví T. Slámy, vyjádření ministra zdravotnictví J. Kubinyho a další), stenozáznamů z legislativního procesu (např. projednávání zákonů 48/1997 Sb., 280/1992 Sb., 438/2004 Sb.), dotazníkových šetření (zejména Křečková, Dobiášová, Šebek, Háva, Zkušenosti občanů s čerpáním zdravotní péče, IZPE 2003) a rozhovorech s účastníky veřejného zdravotního pojištění. Tyto metody byly doplněny sumarizací a interpretací dostupných statistických dat týkajících se veřejného zdravotního pojištění a činnosti jednotlivých zdravotních pojišťoven, a to zejména od roku 1999.

3. Teoretická východiska

Zdravotnické systémy ve vyspělých zemích se skládají z veřejných a komerčních prvků. V této souvislosti je zajímavá otázka vztahu konkurence a solidarity přístupu ke zdravotní péči. Následující schéma ukazuje nepřímou závislost mezi mírou solidarity a konkurencí.

Ze schématu je patrné, že existují čtyři základní formy financování zdravotní péče. Tyto formy jsou v jednotlivých zemích využívané v různém poměru, obvykle však všechny ve vzájemné kombinaci. Využití jednotlivých forem určuje poměr konkurence a solidarity. S rostoucí mírou konkurenční komercializace rostou mimo jiné i náklady, jak ukazuje například praxe v USA.



Zdroj: Saltman, R. B., Figueras, J.: Critical Challenges for Health Care Reform in Europe, Open University Press, Buckingham 1998

Financování zdravotnických služeb, péče a alokace zdrojů byly konkretizovány v květnu 1995 na základě Světové deklarace zdraví, kde bylo vytyčeno 21 cílů zdraví pro všechny. Cíl č. 17 byl stanoven takto: „Do roku 2010 by členské státy měly mít takový mechanismus financování a rozdělování zdrojů pro zdravotnictví, který by spočíval na zásadách rovného přístupu, efektivity solidarity a optimální kvality. Konkrétně:

17.1 výdaje na zdravotnické služby by měly být adekvátní a odpovídat zdravotním potřebám obyvatelstva.

17.2 zdroje by se měly rozdělovat mezi podporu zdraví a jeho ochranu, léčbu a péči, a to na základě posouzení zdravotního výsledku, efektivity a dostupnosti vědeckých údajů.

17.3 systémy financování zdravotní péče garantují všeobecnou dostupnost, solidaritu a trvalou udržitelnost.“¹

Velký důraz se v konkretizaci cíle klade na princip solidarity. Ukládá se zde povinnost států při transformaci „nalézt rovnováhu mezi principem solidarity a rostoucími tlaky na zavedení konkurence, o níž se předpokládá, že přispívá ke zlepšení kvality péče a k efektivnímu využití zdrojů“.²

Zejména v kontextu zkušeností z evropských zdravotnických systémů je možno úlohu konkurence chápat z pohledu racionalizace vydávání veřejných prostředků, kdy jak postulují mnohé teoretické analýzy³, může být efektivnější tuto racionalizaci dosáhnout pomocí řízené konkurence mezi jednotlivými subjekty alokujícími veřejné prostředky, než pomocí jednoho monopolní-

ho subjektu. Nutnou podmínkou uvedení takovýchto modelů do praxe je však adekvátní přerozdělení vybraného pojistného a další atributy, které se v českém zdravotním systému daří implementovat jen postupně. Pluralitní prostředí, jež bylo založeno na začátku devadesátých let, dosud postrádá efektivní implementaci prvků, které by využívaly výhody plurality při zachování solidaritních a veřejných principů.

Vzhledem ke specifické pozici preventivních programů v českém zdravotním systému uvádíme rovněž teoretická východiska prevence. Základní koncepční dokumenty (např. Zdraví 21, WHO, 2001) zdůrazňují stále rostoucí význam preventivních aktivit pro dosahování cílů zdravotní politiky a úsporu výdajů na zdravotní péči. Obecně je prevence členěna takto:⁴

□ **primární**, tj. obecně zaměřená na posilování zdraví s očekáváním, že se zvýší odolnost jednotlivce, tak i na specifická nebezpečí ve smyslu snížení rizika výskytu určité poruchy (očkování, fluorizace vody apod.). Jde o předcházení nemocem u zdravých osob, žádoucí ovlivnění životního stylu a kontrolu rizik.

□ **sekundární**, tj. na včasné vyhledávání latentních stadií nemoci, působení na osoby ohrožené, vystavené specifickým rizikům. Provádí se zejména preventivní prohlídky cíleně zaměřené na určitá onemocnění.

□ **terciární**, tj. prevence recidivy onemocnění a pomoc pacientu při návratu do normálního zdravého života. Zahrnuje i péči dispenzární, tedy sledování zdravotního stavu již nemocného jedince.

1) Zdraví 21 - zdraví do 21. století, Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha 2001

2) Zdraví 21 - zdraví do 21. století, Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha 2001

3) Například MAHIEU, R., GRIGNON, M., CHONE, P., Model regulace ve zdravotnickém systému-konkurence mezi operátory zdravotní péče, překlad R. Goulli a K. Vampolová, publikováno v Analytická, hodnotová a koncepční východiska zdravotní politiky I., IZPE, Kostelec nad Černými lesy 2002.

4) KUČERA, Z.: Teoretické studie preventivních programů a jejich užítku, in Sborník 2/2002, IZPE, Kostelec nad Černými lesy 2002



V ČR se na realizaci prevence podílí prakticky všichni aktéři zdravotní politiky, tedy zejména stát (státní rozpočet, krajské a místní rozpočty), zdravotní pojišťovny, zaměstnavatelé v rámci bezpečnosti práce, poskytovatelé zdravotní péče, nestátní subjekty i občané v rámci soukromých aktivit.

Na počátku 90. let Česká republika zvolila cestu financování zdravotní péče prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění s tím, že některá péče je hrazena i prostřednictvím přímých plateb a soukromým pojištěním. Jak vyplývá z uvedených teoretických východisek, velký důraz je nutno klást na solidaritu celého systému, která může být zabezpečena pouze veřejným financováním. Výsledkem aplikace těchto principů je zdravotní pojištění povinné pro všechny občany. V ČR výše pojistného závisí na příjmu a je stanovena jednotně zákonem. Finanční prostředky zdravotního pojištění spravují veřejné zdravotní pojišťovny, které jsou povinny svým pojištěncům uhradit péči vymezenou v zákoně 48/1997 Sb. Navíc podle zákonů, kterými se řídí vznik, fungování a zánik zdravotních pojišťoven (z.č. 551/1991 Sb. a 280/1992 Sb.), mohou tyto zdravotní pojišťovny hradit Programy z fondu prevence nad rámec zdravotní péče vymezené v zákoně 48/1997 Sb.

Stávající zákonná úprava tedy připouští zdravotním pojišťovnam variabilitu v alokaci prostředků z fondu prevence za účelem financování Programů. Praxe ukazuje, že současná úloha a význam těchto Programů je daleko širší, neboť jsou důležitým faktorem ovlivňujícím chování pojištěnců a nástrojem zdravotních pojišťoven pro takové ovlivnění. Uvědomujeme si tento potenciál a právě proto chápeme identifikaci faktů a principů, na nichž jsou realizovány, jako podstatnou. Programy neexistují v izolovaném prostředí a jejich současná pozice je výsledkem historického vývoje. Proto je nutno nejprve vymezit, co vedlo k současnému stavu.

4. Vznik pluralitního prostředí ve veřejném zdravotním pojištění

Od roku 1992 je zaveden v České republice systém veřejného zdravotního pojištění jako základní pilíř financování zdravotní péče. Výběr a alokace prostředků veřejného zdravotního pojištění je zajišťována pro-

střednictvím zdravotních pojišťoven. Legislativně byl tento proces započat přijetím zákona č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. U této zdravotní pojišťovny byly nejprve pojištěni všichni občané a tato pojišťovna spravovala veškeré příjmy z pojistného. O rok později byl přijat zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Tím byl započat proces, kdy se původní homogenní celek pojištěnců pojištěný u VZP postupně dělil do více zdravotních pojišťoven. Připomeňme v této souvislosti, že struktura pojistného kmene zdravotních pojišťoven, zejména nákladných pojištěnců, byla po celá devadesátá léta velmi kontroverzní vzhledem k neadekvátně nastavenému systému přerozdělení, který posiloval motivaci pojišťoven ke cream-skimmingu pojištěnců.⁵

Tvůrci zákona 280/1992 Sb. v důvodové zprávě vysvětlili vznik a existenci dalších zdravotních pojišťoven vedle VZP takto:

„...b/ pro zaměstnanecké pojišťovny je navrhováno, aby oproti Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky byly oprávněny kromě potřebné zdravotní péče hradit svým pojištěncům a případně i dalším zaměstnancům i výkony z oblasti závodní preventivní a specifické zdravotní péče. V oblasti specifické zdravotní péče se jedná o vstupní, mimořádné, periodické prohlídky, rekondiční pobyty, rehabilitace, apod. pro ty profese, které jsou při výkonu práce nejvíce opotřebovávány a ohroženy svým pracovním prostředím na zdraví, případně je na jejich bezchybném výkonu práce závislá bezpečnost a životy veřejnosti, či předcházení velkým národohospodářským škodám. Financování zdravotnických výkonů z oblasti závodní preventivní a specifické zdravotní péče je navrhováno z finančních prostředků od zaměstnavatelů, které za tímto účelem od nich zaměstnanecká pojišťovna obdrží. Jejím úkolem bude zajistit účelné, hospodárné vynakládání těchto prostředků.

Pro zaměstnaneckou pojišťovnu je nespornou výhodou vyplývající ze zabezpečování uvedených specifických služeb skutečnost, že výraznějším způsobem zajišťovaná prevence může ovlivnit nižší nákladovost

na následné proplácení zdravotnických výkonů v oblasti potřebné zdravotní péče.“

„...c/ Lze uvést řadu dílčích věcných argumentů pro uplatnění koexistence více druhů zdravotních pojišťoven, především vyšší úsilí o zajištění lepších služeb pojištěncům všech zdravotních pojišťoven, než je tomu při monopolu jediné zdravotní pojišťovny. V neposlední řadě má tlak konkurenčního prostředí zpětnou vazbu na hospodárnost provozu všech zdravotních pojišťoven a měl by přinést významnou úsporu.“⁶

Původní úprava existence zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven stanovovala, že na základě žádosti zřizuje zaměstnaneckou pojišťovnu Ministerstvo práce a sociálních věcí, přičemž podmínkou pro založení pojišťovny byl minimální počet zaměstnanců žadatele 20 000,⁷ a většina zaměstnanců musela vyslovit se zřízením souhlas. Pokud žadatel podmínku počtu zaměstnanců nesplnil, mohl stanovený počet doplnit tzv. „registrovanými zájemci o zdravotní pojištění“⁸ mimo okruh svých zaměstnanců, a to z jedné poloviny. Od 1.5.1995 je právní úprava taková, že žadatel, kterým může být právnická osoba se sídlem na území ČR, musí mimo jiné doložit závazek, že do jednoho roku získá nejméně 50 000 klientů,⁹ přičemž podmínka o počtu zaměstnanců již v zákoně není uvedena. Žadateli nyní povoluje činnost Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí.

Původní záměr zákonodárce bylo zdůraznění role zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven ve smyslu specifické péče o zaměstnance s podobnými riziky a tudíž i podobnou potřebou zdravotní péče. Tento mechanismus, inspirovaný bismarckovským systémem, používaným například v SRN a Nizozemí, však nebyl implementován do důsledku. Svobodná volba zdravotní pojišťovny občanem logicky vznik profesně orientovaných zdravotních pojišťoven, které by sdružily pojištěnce „z oboru“, nijak nepodporovala. Novela zákona 280/1992 Sb. (60/1995 Sb) výrazně omezila podmínky týkající se zaměstnanců při založení zdravotní pojišťovny. Je nutno vzít v úvahu i akcelerovaný útlum českého průmyslu způsobující omezení počtu pracovních míst v manuálních profesích a rovněž větší mobilitu a změnu kvalifikace pracovní síly, kdy

Tabulka č.1 Struktura prostředků vynakládaných z fondu prevence

Kód	Zdravotní pojišťovna	Nákl. na prevent. zdr. péči celkem z FP			2001/2000 v %	2002/2001 v %	Náklady na zdravot. programy			2001/2000 v %	2002/2001 v %
		2000	2001	2002			2000	2001	2002		
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna	200 618	318 993	339 247	159,0	106,3	10 530	82 578	100 449	784,2	121,6
201	Vojenská zdravotní pojišťovna	17 014	27 592	42 092	162,2	152,6	2 884	3 390	5 428	117,5	160,1
205	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	25 318	27 530	39 450	108,7	143,3	22 647	24 334	35 871	107,4	147,4
207	OZP bank, pojišťovna a stavebnictví	32 366	40 820	77 914	126,1	190,9	18 167	23 467	52 017	129,2	221,7
209	Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA	5 415	8 439	8 793	155,8	104,2	2 309	4 375	4 219	189,5	96,4
211	Zdravotní pojišťovna MV ČR	39 690	65 798	63 006	165,8	95,8	29 404	65 149	39 923	221,6	61,3
213	Revírní bratrská pojišťovna	29 158	36 299	38 346	124,5	105,6	24 685	31 053	32 881	125,8	105,9
217	Zdravotní pojišťovna Metal Aliance	11 358	27 541	37 355	242,5	135,6	9 249	22 172	31 076	239,7	140,2
222	Česká národní zdravotní pojišťovna	2 284	2 680	6 584	117,3	245,7	1 997	2 484	5 158	124,4	207,6
	Celkem zaměstnanecké zdravot. poj.	162 603	236 699	313 540	145,6	132,5	111 342	176 424	206 573	158,5	117,1
	Celkem zdravotní pojišťovny	363 221	555 692	652 787	153,0	117,5	121 872	259 002	307 022	212,5	118,5

Tabulka č.2 Struktura prostředků vynakládaných z fondu prevence

Kód	Zdravotní pojišťovna	Náklady na ozdravné pobyty			2001/2000 v %	2002/2001 v %	Ostatní činnosti			Zdr. péče nad rámec v.z.p. z jiných zdrojů		
		2000	2001	2002			2000	2001	2002	2000	2001	2002
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna	190 088	232 405	233 070	122,3	100,3	-	4 010	5 728	-	-	-
201	Vojenská zdravotní pojišťovna	13 978	12 147	23 508	86,9	193,5	48	421	1 124	8 341	11 634	12 032
205	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	2 566	3 196	3 458	124,6	108,2	-	-	-	343	-	121
207	OZP bank, pojišťovna a stavebnictví	14 191	14 880	23 108	104,9	155,3	8	2 473	2 789	-	-	-
209	Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA	1 658	1 764	2 308	106,4	130,8	1 448	2 300	2 266	-	-	-
211	Zdravotní pojišťovna MV ČR	10 286	649	23 083	6,3	3 556,7	-	-	-	-	-	-
213	Revírní bratrská pojišťovna	4 423	5 097	5 220	115,2	102,4	50	149	245	-	-	-
217	Zdravotní pojišťovna Metal Aliance	2 109	5 369	6 279	254,6	116,9	-	-	-	-	-	-
222	Česká národní zdravotní pojišťovna	-	-	1 324			287	196	102	-	-	-
	Celkem zaměstnanecké zdravot. poj.	49 211	43 102	88 288	87,6	204,8	1 841	5 539	6 526	8 684	11 634	12 153
	Celkem zdravotní pojišťovny	239 299	275 507	321 358	115,1	116,6	1 841	9 549	12 254	8 684	-	-

Pozn. OZP = Oborová zdravotní pojišťovna do r. 1999 vč. OZP bank, od r. 2000 OZP bank, pojišťovna a stavebnictví
Zdroj □ Souhrnná hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění za roky 1999, 2001 a 2002 zpracovaná na základě údajů výročních zpráv a účetních závěrek zdravotních pojišťoven za roky 1999, 2001 a 2002, MZ ČR a MF ČR, vlastní výpočet

byl oslaben původní princip, že lidé zůstávali často v jednom zaměstnání po celý život. Výše uvedené příčiny přispěly k tomu, že systém zaměstnaneckých pojišťoven v čisté podobě nebyl v ČR fakticky implementován. Pluralitní prostředí zdravotních pojišťoven tak muselo postupně spoléhat na jiné nástroje pohybu pojištěnců, než byla profesní příslušnost.

Praxe ukázala, že tam, kde to organizačně-právní rámec umožňoval, se zdravotní pojišťovny chovaly spíše jako soukromoprávní s cílem posílení své pozice. Takové

chování při neadekvátní regulaci celého systému vedlo k opakovaným deficitům a nutnosti alokace dodatečných prostředků nad rámec prostředků z pojistného. Počet pojišťoven dosáhl čísla 27 a následná konsolidace na dnešních 9 pojišťoven znamenala značné společenské ztráty, které je žádoucí kvantifikovat, zkoumat příčiny zániku těchto pojišťoven a způsoby hrazení vzniklých ztrát.

Původně prosazované administrativní kritérium příslušnosti pojištěnců (tedy že pojištěnci zaměstnanecké pojišťovny

budou zejména ti, kteří jsou i zaměstnanci zřizovatele pojišťovny) muselo být tedy doplněno a postupně substituováno kritérii dalšími. Zákonná sazba pojistného je přitom nadále stanovena jednotně pro všechny zdravotní pojišťovny. Tak se postupně těžiště ze specifických aktivit oslovujících určitou profesní skupinu přesunulo na jiné aktivity. V současné době podstatnou část těchto aktivit tvoří preventivní programy, které jsou financovány v rámci zákonem vymezených prostředků z fondu prevence zdravotních pojišťoven.

5) Háva, P., Goullí, R. (edit.): *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*, Sborník č. 8/2003, IZPE, Kostelec nad Černými lesy 2003

6) *Důvodová zpráva k z.č. 280/1992 Sb.*, www.psp.cz

7) *zákon 280/1992 Sb. v původním znění, §4, odst. 1.*

8) *zákon 280/1992 Sb. v původním znění, §4, odst. 2.*

9) *zákon 280/1992 Sb. v platném znění, §4, odst. 2.*

5. Programy zdravotních pojišťoven hrazené z fondu prevence

Tvorba fondu prevence je upravena zákonem 551/1991 Sb. o VZP ČR pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu a zákonem 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách pro ostatní zdravotní pojišťovny. Oba zákony shodně vymezují účel fondu prevence, který zdravotní pojišťovny mohou a nemusejí vytvářet, a to k financování preventivních programů nad rámec preventivní péče podle § 29 zákona 48/1997 Sb. Poněkud odlišně již vymezují konkrétní tvorbu fondu prevence.

Zákon 551/1991 Sb. o VZP ČR ukládá Všeobecné zdravotní pojišťovně tvorbu z následujících zdrojů § 7 odst. 2 písm. b) a § 6 odst. 7:

- Finanční prostředky z podílu kladného hospodářského výsledku po zdanění stanoveného statutárními orgány Pojišťovny z činností, které provádí nad rámec veřejného zdravotního pojištění
 - Finanční prostředky plynoucí z přírůžek k pojistnému, pokud a poplatků z prodlení účtovaných Pojišťovnou v oblasti veřejného zdravotního pojištění do výše 0,3% celkového objemu základního fondu po přerozdělení.
- Zákon 280/1992 Sb. o resortních, oborových, zaměstnaneckých a dalších zdravotních pojišťovnách ukládá příslušným pojišťovnám tvorbu z následujících zdrojů § 16 odst. 4 písm. b) a § 19 odst. 1:
- Finanční prostředky z podílu kladného hospodářského výsledku po zdanění stanoveného statutárními orgány Pojišťovny z činností, které provádí nad rámec veřejného zdravotního pojištění
 - Finanční prostředky vytvářené využíváním základního fondu. Jedná se o příjmy z úroků plynoucích z prostředků na účtu základního fondu.
 - Příjmy plynoucí z přírůžek k pojistnému, pokud a poplatků z prodlení účtovaných touto pojišťovnou v oblasti veřejného zdravotního pojištění v případě, že pojišťovna má naplněný rezervní fond a hospodaří vyrovnaně.

Odlíšností v možnosti naplňovat fond prevence je několik: VZP má limit pro přiděl do fondu z pokut a nedoplatků do 0,3% obje-

mu základního fondu po přerozdělení. Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny také omezení nemají. Vzhledem k faktu, že VZP ubývá pojištěnců, snižuje se i základní fond a tedy i daná 0,3% z objemu tohoto fondu tvoří v absolutní hodnotě rok od roku nižší částku. Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny tento limit nemají, ale tvorba fondu prevence je podmíněna naplněním rezervního fondu a vyrovnaným hospodařením. Stejná podmínka by za současné situace pro VZP mohla znamenat ukončení, nebo výrazné omezení preventivních programů. V posledních letech lze sledovat trvale zápornou bilanci základního fondu VZP a s tím související nenaplnění fondu rezervního. Je možné si položit otázku, zda je správné, aby zdravotní pojišťovna poskytovala nadstandardní programy, pokud se potýká s problémy financovat řádně standardní péči ze základního fondu. VZP ale v současné situaci nemá jinou volbu, pokud chce zabránit ještě většímu a rychlejšímu odlivu pojištěnců k zaměstnaneckým zdravotním pojišťovnám. Tyto zdravotní pojišťovny mají navíc stále výhodnější strukturu svých pojištěnců a 100% přerozdělení pojistného, které by do značné míry vyrovnalo rozdíly z toho plynoucí, se oddálilo do roku 2007.¹⁰ Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny dále mají jako zdroj financování fondu prevence prostředky vytvářené využíváním základního fondu (úroky), takovou možnost VZP dle zákona nemá.

Druhým možným zdrojem fondu prevence, kterého však dle dostupných dat využívá pro financování fondu prevence pouze VZP, jsou komerční aktivity. V souvislosti se vstupem do EU dochází v tomto mechanismu k mnohým změnám, zejména ve smyslu tlaku na separaci komerčních aktivit od veřejných. Právní úprava této oblasti bude jistě předmětem dalších analýz. Tyto prostředky však v současné době netvoří při financování Programů dominantní roli.

Z výše zmíněného vyplývá, že dualismus ohledně právní úpravy zdravotního pojištění přetrvává a výrazně se projevuje i v této oblasti. Jak již bylo naznačeno, VZP jako jediná může financovat programy z pokut a penále i přesto, že ohledně základního fondu je v deficitu. Naopak pro zaměstnanecké zdravotní pojišťovny tato podmínka neplatí. V případě negativní bilance základního fondu to pro zaměstnaneckou

zdravotní pojišťovnu znamená v dalším roce omezení možnosti poskytovat Programy. Na druhou stranu vzhledem k tomu, že tyto pojišťovny nedostatek prostředků v základním fondu nemají, mají tuto podmínku v podstatě stále splněnou.

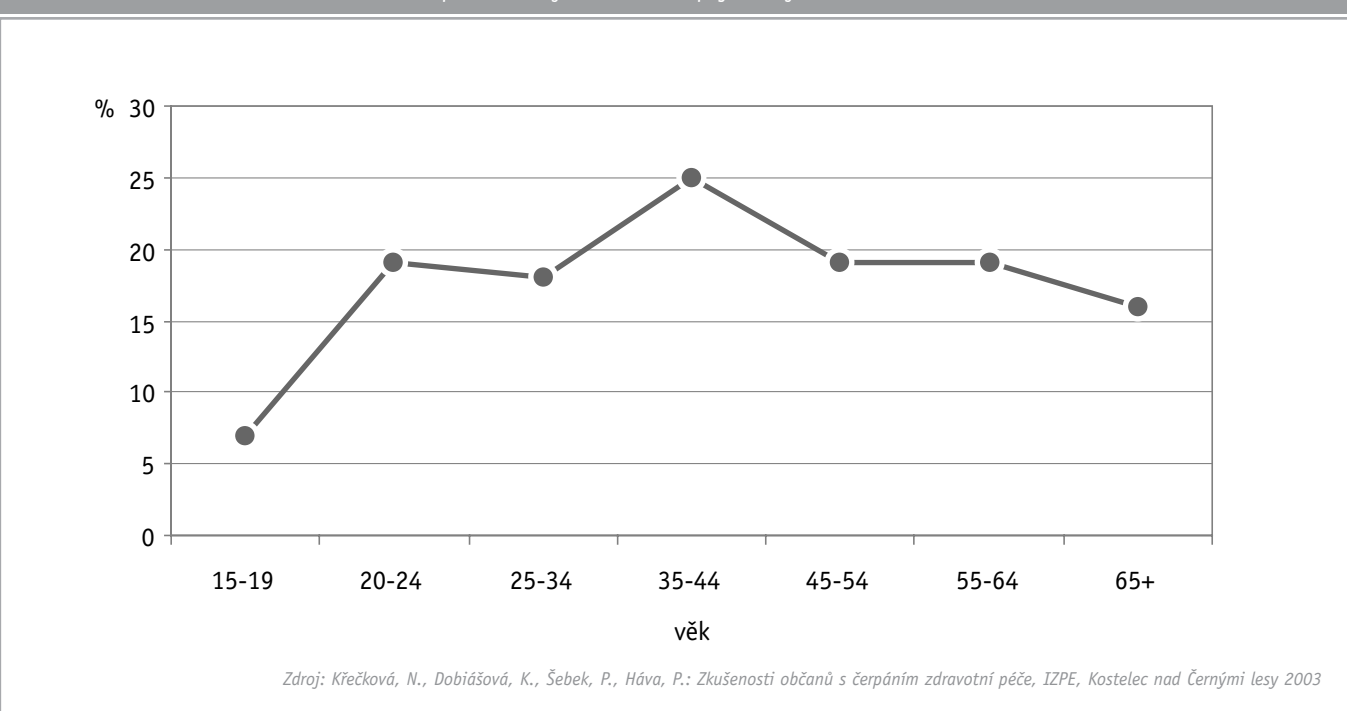
Za současné situace by nastavení stejných pravidel pro všechny ve smyslu zrušení specifického postavení VZP, které spočívá v možnosti financovat Programy i při záporném výsledku hospodaření základního fondu, znamenalo její faktickou likvidaci, omezení restrikcí pro zaměstnanecké pojišťovny za jinak stejných podmínek by znamenalo možnost zneužití veřejných prostředků, pokud by mohly tyto pojišťovny financovat své programy i při deficitu základního fondu. Řešením tedy není jednoduchým legislativním zákrokem bez dalších změn v systému pozici vyrovnat. Existující dualismus právní úpravy zdrojů fondu prevence ve vazbě na veřejné prostředky však způsobuje faktickou dichotomii VZP a zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, což narušuje princip rovnosti příležitostí jako základní podmínku efektivní plurality v systému.

Náklady jednotlivých zdravotních pojišťoven na Programy ukazují tabulka č.1 a tabulka č.2. Lze shrnout, že celkové náklady na Programy v roce 2002 činily 652 milionů korun, přičemž významnou část tvoří náklady na ozdravné pobyty.

Pro srovnání uvádíme výdaje na prevenci ze státního rozpočtu. V roce 2003 bylo v rozpočtu Ministerstva zdravotnictví vyčleněno na zdravotnické programy celkem 485,5 milionu Kč,¹¹ což dle platné rozpočtové skladby zahrnovalo financování zejména prevenci před drogami, alkoholem, nikotinem, prevenci AIDS, pomoc zdravotně postiženým, Národní program zdravotní, apod. Z kapitoly Všeobecná pokladní správa bylo vyčleněno dalších 105 mil. Kč na protidrogovou politiku. Další prostředky plynou i z místních rozpočtů.

Použití zdrojů z fondu prevence bylo nově upraveno zákonem 438/2004 Sb., který novelizoval mimo jiné zákony 551/1991 Sb., o VZP a 280/1992 Sb., o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách. Tento zákon stanoví, že z fondu prevence lze hradit zdravotní péči nad rámec standardní zdravotní péče definované

Graf: Zkušenost se snahou lékaře ovlivnit pacientův výběr zdravotní pojišťovny dle věku



v zákoně 48/1997 Sb., a to „s prokazatelným efektem preventivním, diagnostickým nebo léčebným, je-li poskytována pojištěncům v souvislosti s jejich existujícím nebo hrozícím onemocněním. Prostředky fondu prevence lze využít také k realizaci preventivních zdravotnických programů sloužících k odhalování závažných onemocnění, na podporu rehabilitačně rekondičních aktivit vedoucích k prokazatelnému zlepšení zdravotního stavu účastníků a dále na podporu projektů podporujících zvýšení kvality zdravotní péče, zdravý způsob života a zdraví pojištěnců.“¹²

Realizované Programy lze zařadit do všech tří oblastí prevence. Celkem v současné době existuje více než 70 různých Programů, hlavní realizované programy jsou uvedeny v tabulce č.3. Některé z nich byly v minulosti velmi diskutabilní z pohledu odůvodněnosti financování pomocí veřejných prostředků. Zákon 438/2004 Sb. proto přinesl zpřesnění vymezení prostoru pro Programy, které je možno z fondu prevence hradit. Nabytím účinnosti tohoto zákona budou zřejmě zdravotní pojišťovny nuceny některé aktivity restrukturalizovat nebo omezit.

Programy financované z fondu prevence lze mimo rozdělení dle typologie prevence zařadit i podle dalších kritérií:

Celostátní – Programy poskytované na celém území ČR, kde má daná zdravotní pojišťovna působnost

Regionální – nabídka těchto služeb je vázána na určitý region. Nejsou tedy přístupné těm pojištěncům, kteří v příslušném regionu nemají trvalé bydliště, ale zohledňují specifické poměry a podmínky v jednotlivých regionech.

Poskytované ve všech smluvních zařízeních – jsou poskytovány ve všech zařízeních, se kterými má daná zdravotní pojišťovna smlouvu. Pokud si pojištěnec zvolí kterékoli zdravotnické zařízení s potřebnou odborností, může se programu účastnit.

Poskytované jen v některých smluvních zařízeních – jsou poskytovány pouze v některých zdravotnických zařízeních.

Služby poskytované všem pojištěncům – služba může využít kterýkoliv pojištěnec pojištěný u zdravotní pojišťovny.

Služby jen pro vybrané skupiny (sportovci, studenti, mladé rodiny,...) – tyto služby jsou poskytovány pouze některým vybraným skupinám pojištěnců. Prostřednictvím těchto služeb mohou zdravotní pojišťovny do jisté míry ovlivňovat strukturu svých pojištěnců dle svých potřeb.

Služby vázané na podmínku (délka registrace, přeregistrace,...) – účast v těchto pro-

gramech je vázána na chování pojištěnce, případně jeho rodinných příslušníků ve smyslu registrace u příslušné pojišťovny, případně jejího trvání po určitou dobu.

Z analýzy pohybu pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami a souběžně analýzy Programů plyne, že Programy nejsou jediným faktorem pohybu pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami.

Mezi další faktory ovlivňující pohyby pojištěnců řadíme:

- Dostupnost poboček zdravotní pojišťovny
- Dostupnost zdravotnických zařízení majících smlouvu s vybranou pojišťovnou
- Image zdravotní pojišťovny na veřejnosti a u zdravotnických zařízení
- Psychologické a osobnostní aspekty ovlivňující jednání pacienta (zvyk, vztah k pojišťovně, setrvačnost, zdravotní stav, věk)
- Pobídky jiného typu

Do pobídek jiného typu spadá například i postoj ošetřujícího lékaře. Z výsledků šetření vyplývá, že se snahou lékaře ovlivnit pacienta při výběru zdravotní pojišťovny se osobně setkalo 18 % ze všech dotázaných, ve věkové skupině 35-44 let dokonce čtvrtina všech dotázaných respondentů.

¹⁰⁾ Dle zákona 438/2004 Sb., který novelizuje mj. zákon o pojistném na veřejné zdravotní pojištění.
¹¹⁾ Viz zákon 579/2002 Sb., o státním rozpočtu ČR na rok 2003.

¹²⁾ §7, odst. 2., písm.a) zákona 551/1991 Sb. a §16, odst. 4, písm. b) zákona 280/1992 Sb., ve znění zákona 438/2004 Sb.



Tabulka č.3: Vybrané Programy hrazené z fondu prevence v 1. pololetí roku 2004

	ČNP	HZP	M-A	OZP	RBP	VoZP	Škoda	ZPMV	VZP
očkování	X	X	X	X	X	X	X	X	X
TV, plavání pro děti a těhotné	X	X	X	X	X	X	X	X	X
plavání	X	X, X 1		X	X	X	X	X	X
vitamíny v mateřství	X	X	X		X	X	X	X	X
vitamíny pro děti		X			X	X		X	
produkty sportovcům	X 2		X	X 2		X 1	X	X 1	
ozdravné pobyty organizované školami			X	X		X 1		X 1	
sauna	X	X 1	X						
masáže		X 1	X						X
vitamíny			X		X 1, 2				
organizování sportovních akcí, jednorázové akce pro děti			X				X	X	X 2
aerobic		X 1							
solárium		X 1							
fitness		X 1							X
kalanetika		X 1							
jodidové přípravky po porodu							X		
diagnostika zeleného zákalu							X		
prevence rakoviny B (mamograf, vyšetření stolice,...)	X		X	X	X	X	X	X	X
prevence ateroskleróza, osteoporóza			X	X	X		X	X	
preventivní prohlídka zraku				X 1					
prevence po umělém přerušení těhotenství					X				
prevence pro managery (pracující v rizikovém prostředí)						X			
bezplatné měření krevního tlaku a cholesterolu, tuku									X
rekondiční péče při riziku nemocí z povolání					X 2				
preventivní péče o letový personál						X			
preventivní protidrogový program + prevence úrazu									X
preventivní program zdravá rodina, student				X 1,2		X 1	X 2		
prevent. proh. studentů připravující se na studium v zahraničí				X 2			X	X	
rovnátka	X	X	X	X 1	X	X	X	X 1	
ozdravné pobyty na horách, u moře	X	X	X	X 2	X	X 1	X	X 1	X 1
paruky pro ženy s onkologickým onemocněním				X		X	X		
příspěvek na epitézy po amputaci prsu				X					
laser. zákroky				X		X	X	X 1	
rehabilitace			X		X 2				
léčba obezity			X				X		
operace hemoroidů Longova metoda				X			X		
pobyty dětí se závažným onemocněním, pobyty dospělých					X	X			X
akupunktura		X 1							
hormonální přípravky ženám		X							
pomoc při odvykání kouření		X		X					
léčba apnoe							X		
odlehčená sádra							X		
lázně, ozdravovny	X				X		X	X	
individuálně zhotovovaná ortopedická obuv								X 1	
antikoncepce	X	X	X	X	X	X		X	X
produkty dárcům krve	X	X	X	X 2	X 2	X	X	X	X
produkty dárcům kostní dřeně, plasmy		X	X	X 2			X	X	
obroučky brýlí					X	X 1	X	X 1	
čočky				X		X	X	X 1	
různé slevy (optika, vegetariánské jídlo, jízdní kolo, zájezdy,...)		X	X		X		X	X	X 2
bílé plomby		X			X				
nadstandardní pokoj v porodnici				X 1		X	X		
kontrola účtu čerpání zdravotní péče			X		X				
slevy na pojištění do zahraničí			X	X 2			X		
příspěvky na prohlídky pro ČR	X								
příspěvek pro těhotné ženy na nákup zdravotních produktů	X								
muži - viagra, uprima, cialis							X		
konzultace zdravotních problémů s odborníky							X		X
zjištění krevní skupiny, Rh faktor				X					
internetový přístup ke zdravotnickým informacím pacienta - IZIP									X
cykl. helma, sedačka na kolo, hyg. potř. a výživa pro novorozence								X 1	
sleva 10% na nadstand. zdrav. péči v privátním zdr. zařízení online24								X	
příspěvek v prvních 3 měsících pojištění na věcné dávky						X			

1) vázáno na délku registrace, příp. registraci rodinných příslušníků 2) využití Programu vázánou na jinou podmínku
Zdroj □ Zdroj: materiály zdravotních pojišťoven, zveřejněné na stránkách jednotlivých pojišťoven, ve výročních zprávách apod.

6. Diskuse

Celý systém, v němž existují jednotlivé zdravotní pojišťovny, tak, jak je upraven českým právním řádem, je provozován za veřejné prostředky. Pokud by tyto veřejné peníze neexistovaly, nemohly by zdravotní pojišťovny nikdy existovat ve stávající podobě. Je třeba si uvědomit, že veřejný systém uplatňuje odlišná kritéria efektivnosti a výběru prostředků než systém komerční. Proto je třeba si položit otázku, jak z pohledu veřejného zájmu nahlížet na existenci pobídek pro pohyby pojištěnců, v nichž Programy zaujímají podstatné místo.

Obtížnost hodnocení Programů spočívá v tom, že na ně lze nahlížet ze dvou různých pohledů. První z nich je pohled zdravotního stavu obyvatelstva a „prospěchu pojištěnce“, kdy sledujeme, v jaké míře přispívají uvedené Programy k jeho zlepšení či udržení. V tomto smyslu můžeme brát národní zdraví rovněž jako součet individuálních zdraví jednotlivce, a ptát se, zda konkrétní program zdraví určitého pacienta či přeneseně občana skutečně ovlivňuje. V kontextu analýzy charakteristik Programů se nicméně jejich exaktní komparace podle tohoto kritéria jeví jako prakticky nemožná, či přesněji řečeno, lze celkem jednoznačně říci, které aktivity do těchto programů evidentně nepatří. Na druhé straně u mnoha Programů existuje více obhajitelných názorů na to, zda jejich vliv na zdraví je přímý, zprostředkovaný či marginální. Lze však říci, že většina z nich zdravotní význam reálně má. Tyto programy jsou zajímavé jako kreativní produkty, které by jinak pravděpodobně ani neexistovaly. Většina z nich je takového charakteru, že by měly být zachovány v jakémkoliv systému, neboť jejich důsledkem je prospěch pro pacienta a v případě preventivních aktivit v konečném důsledku i potenciální úspora finančních prostředků. Navíc se jedná o produkt „balíčkového typu“, tedy o takový, jenž by si většina poptávajících reálně nekoupila, ale pokud je jim „přibalen“ se zdravotním pojištěním, pak jej využijí ve svůj prospěch. Z tohoto pohledu můžeme hodnotit způsob jejich realizace jako vhodný.

Druhým pohledem, který nelze směřovat s právě uváděným, je úloha Programů jako nástroje konkurence mezi pojišťovnami. Je nutno jasně říci, že tato úloha nemá nic

společného s jejich významem prvním, a to zejména proto, že pojištěnci si reálně nevolí pojišťovnu podle toho, jaký dokázaný zdravotní prospěch jim nabízené Programy přinesou. Navíc ani pojišťovně z pohledu ekonomické racionality nejde o to, co v Programech bude fakticky nabízet. Jak již bylo uvedeno, pro pojišťovnu jsou tyto Programy nástrojem oslovení pojištěnce. Jejich úloha v systému více zdravotních pojišťoven spočívá v tom, zda nutí pojišťovny k efektivní konkurenci, a zda tedy legitimizují existenci více pojišťoven. Programy prevence určitého onemocnění mohou být z medicínského hlediska prokazatelně žádoucí a efektivní. Při špatném nastavení systému však mohou stimulovat pohyb pojištěnců projevující se v destabilizaci celého systému, neboť přesun pojištěnců je spojen i s pohybem jimi odváděného pojistného s dopadem na bilanci základních fondů zdravotních pojišťoven. V tomto smyslu je v ČR specifická zejména situace pojištěnců, které zajišťuje transferem ze všeobecných daní stát a jejichž pojistné je tak výrazně nižší než jiných sociálních skupin. Tito pojištěnci přitom tvoří více než polovinu občanů.

Naopak, i Programy s méně průkaznými medicínskými efekty budou z ekonomického hlediska obhajitelné, pokud budeme vědět, že je nabízí pojišťovna, která i díky jejich poskytování je stimulována k efektivnímu využívání veřejných prostředků.

Podstatným aspektem problému je i to, že samotné pojišťovny Programy většinou pouze hradí, realizace Programů je zabezpečena konkrétními zdravotnickými zařízeními. Zde se otevírá pole pro další analýzu konkurence mezi těmito zařízeními, které mohou soutěžit o sumu prostředků, kterou mají zdravotní pojišťovny ve Fondu prevence.

Je třeba rovněž odpovědět na otázku, zda vůbec v systému chceme mít více zdravotních pojišťoven. To je problém jak odborný, tak i politický a praxe světových zdravotnických systémů je v tomto směru diferencovaná. Stejně tak jde nad rámec tohoto článku otázka, zda by měl občan mít právo na volbu zdravotní pojišťovny bez dalších omezení. Mají-li si však pojištěnci volit pojišťovnu, musí zde existovat reálné pobídky pro tento výběr. Jak však vyplývá z provedené analýzy, ve své stávající podobě jsou tyto pobídky nepřilíhly efektivní

a působí na pojištěnce selektivně, často ve spojení s dalšími faktory.

Z výše uvedeného vyplývá, že pro posouzení pobídek pro pojištěnce z hlediska národohospodářské efektivnosti (efektivnosti využití veřejných prostředků) je klíčová charakteristika modelu financování zdravotní péče, ve kterém jsou realizovány. Problémem není jedna nebo více pojišťoven, ale možnost konkurence a formy jejího prosažení. I v systémech národní zdravotní služby můžeme sledovat prvky konkurenčního prostředí, například na úrovni regionálních poboček a jejich hodnocení z řídicího centra. Konkurence je však v těchto modelech chápána jako konkurence v kvalitě a efektivitě zdravotní péče, nikoli primárně v oslovení pojištěnců a jejich migraci od jedné pojišťovny ke druhé.

7. Závěr

Základním prezentovaným závěrem je konstatování, že jedním problémem je existence Programů z pohledu zdravotní politiky a významu pro zdravotní stav obyvatelstva, a problémem druhým je jejich pozice v českém systému zdravotní péče jakožto nástroje oslovení pojištěnců. Tyto dva okruhy nelze směřovat, tak jak jsme toho bohužel často svědky.¹³

Pokud se týká charakteristiky realizovaných programů, z jejich komparace a srovnání vyplývá, že jejich dimenze sahají od aktivit přímo ovlivňujících zdraví až k aktivitám, které mají ke zdraví jen zprostředkovaný nebo i velmi diskusní vztah. Programy jsou diferencovány a pokrývají různé oblasti prevence i regiony ČR. Centrální rozhodování o těchto aktivitách by jednak jen obtížně plnilo variabilní potřebu jednotlivých skupin obyvatel, jednak není schopno reagovat na lokální specifika určitého regionu. Proto i v rámci jednotlivých zdravotních pojišťoven je část aktivit ponechána v pravomoci regionálních poboček, které ve své působnosti a dle místních potřeb a podmínek realizují různé aktivity.

Zdroje financování programů jsou vymezeny v zákonné úpravě popisující existenci zdravotních pojišťoven. Rozhodujícím zdrojem fondu prevence jsou pokuty a penále vzniklé nedovyběrem pojistného. Z provedené analýzy vyplývá, že dualismus, tak často kritizovaný v jiných oblastech dotýkajících se zdravotních pojišťoven, platí i zde. Je zřejmé, že VZP na straně

13) V této souvislosti lze zmínit například kritiku ozdravných pobytů realizovaných zdravotními pojišťovnami.

jedné a zaměstnanecké pojišťovny na straně druhé jsou v odlišné pozici, pokud jde o přístup k tvorbě fondu prevence.

Hypotéza, že v současné době nemají Programy vazbu na efektivitu veřejných prostředků, se potvrzuje zejména v případě Všeobecné zdravotní pojišťovny. Jak právní úprava, tak i praxe hospodaření ukazuje, že fond prevence a základní fond na sebe nemají žádnou vazbu, a kritika VZP za Programy ve vazbě na deficit základního fondu se tak ukazuje jako nepřilíš opodstatněná. Pokud se týká zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, zde je otázka efektivit veřejných prostředků modifikována současnou právní úpravou přerozdělení prostředků a vzniká zde otázka, zda kladná bilance těchto pojišťoven není spíše ovlivněna mechanismem přerozdělení než tím, že by tyto pojišťovny efektivně vynakládaly veřejné prostředky v obavě, aby dostály naplnění zákonné podmínky a mohly preventivní programy poskytovat.

Pozice jednotlivých aktérů lze charakterizovat takto:

- pro pacienta jsou Programy jedním z orientujících faktorů při volbě zdravotní pojišťovny, navíc zodpovědní pacienti jsou schopni využít těchto programů ke zlepšení a udržení svého zdravotního stavu. Na druhé straně pasivní, nezodpovědné či jinak ohrožené pacienty tyto programy nemusí vůbec oslovit. Pro volbu pojišťovny se u těch pacientů, kteří Programy nechápou jako podstatné, uplatňují jiné faktory ovlivňující výběr a změnu zdravotní pojišťovny. Některé z těchto trendů naznačily i výsledky dotazníkových šetření.
- pro zdravotní pojišťovnu jsou Programy jednak nástrojem oslovení pojištěnce, jednak nástrojem „konkurenčního boje“. V celkové struktuře výdajů však představují marginální podíl. Jejich význam vyplývá z možnosti získat pomocí nabídky těchto programů pojištěnce, finanční efekty pohybu pojištěnců jsou přitom závislé především na mechanismu přerozdělení pojistného.
- pro veřejný zájem jsou Programy ambivalentní ve smyslu dosavadní nejasnosti koncepce zdravotnictví. Mnohé z nich lze však posoudit jako efektivní a hodné zachování, i když je otázkou, zda je má realizovat veřejný zájem přímo, nebo zdravotní pojišťovny v rámci řízené konkurence. Různé koncepce, které byly v posledních letech představeny, se vyjadřují diferencovaně k organizačně-

právnímu rámci, který by měl pro plátce péče (zdravotní pojišťovny) být stanoven. Ani praxe v zemích EU doposud v tomto smyslu není homogenní a závisí na specifikách konkrétních členských zemí. Lze však shrnout, že konkurenční principy ve veřejných systémech spočívají spíše v různé efektivitě poskytování služeb v rámci veřejného systému, nikoli v diferencovaných aktivitách veřejných zdravotních pojišťoven.

Závěrem shrňme, že současný prostor pro diferenciaci zdravotních pojišťoven ve směru k občanovi není naplněním původního záměru, s nímž byl umožněn vznik dalších zdravotních pojišťoven. Dosavadní praxe ukazuje, že i když mnoho pojištěnců již využilo svého práva na výběr zdravotní pojišťovny na základě popisovaných pobídek, tento pohyb se děje bez zřetelné vazby na efektivnost veřejných prostředků. Pokud se podíváme na české zdravotnictví, vidíme na jedné straně Programy a migrující pojištěnce, na něž se pojišťovny zaměřují, a na straně druhé nedostatečný tlak na efektivní využití prostředků základního fondu zdravotního pojištění. Existence Programů v současné podobě i přes pozitivní efekty pro jejich účastníky při nedostatečném uplatnění dalších nástrojů, jako je například adekvátní nastavení přerozdělení pojistného včetně dostatečné kompenzace za nákladné pojištění a efektivní regulace činnosti zdravotních pojišťoven, nemůže sama o sobě zajistit dosahování cílů zdravotní politiky státu.



Tento text vznikl v rámci výzkumné činnosti úseku Ekonomika zdraví Institutu zdravotní politiky a ekonomiky.

o autorech

Ing. Jan Mertl

absolvoval Vysokou školu ekonomickou v Praze a je vědeckým pracovníkem Institutu zdravotní politiky a ekonomiky

Ing. Lenka Pasovská

absolvovala Vysokou školu ekonomickou v Praze a je vědeckým pracovníkem Institutu zdravotní politiky a ekonomiky

SOUHRN:

CÍLE, PŘEDMĚT: Cílem práce je analýza faktorů ovlivňujících občana při volbě zdravotní pojišťovny v kontextu existujícího pluralitního prostředí zdravotních pojišťoven. Článek popisuje některé aspekty vývoje systému veřejného zdravotního pojištění ČR a zkoumá příčiny současného stavu s ohledem na možnost volby zdravotní pojišťovny. Zaměřuje se na programy financované z fondu prevence jako na podstatný projev diferenciaci mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami. V článku je uvedena charakteristika programů, způsob jejich financování podle platných právních norem a jejich úloha v systému veřejného zdravotního pojištění. Předmětem zájmu je rovněž pozice státu a veřejného zájmu ve vztahu k činnosti pojišťoven nad rámec zákonem garantovaného standardu.

METODY: sekundární analýza dokumentů, teoretických studií a právních předpisů, analýza událostí veřejné politiky, analýza hospodaření zdravotních pojišťoven
ZJIŠTĚNÍ: Záměry uváděné při vzniku zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven nebyly dostatečně naplněny. Při silně oslabených administrativních a finančních kritériích pro volbu zdravotní pojišťovny mají programy financované z fondu prevence ve zdravotním systému specifickou pozici, protože tvoří důležitý faktor pohybu pojištěnců, který zpětně systém destabilizuje. Zdroje financování programů financovaných z fondu prevence zdravotních pojišťoven tvoří zejména příjmy z pokut a penále a jsou upraveny diferencovaně pro VZP a zaměstnanecké zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovny financují prevenci jako jeden z aktérů zdravotní politiky.

ZÁVĚRY: Prostor pro diferenciaci zdravotních pojišťoven ve směru k občanovi není naplněním původního záměru, s nímž byl umožněn vznik dalších zdravotních pojišťoven. Mnoho pojištěnců již využilo svého práva na výběr zdravotní pojišťovny na základě popisovaných pobídek, ale tento pohyb se děje bez zřetelné vazby na efektivnost veřejných prostředků. Existence Programů v současné podobě, i přes pozitivní efekty pro jejich účastníky, při nedostatečném uplatnění dalších nástrojů nemůže sama o sobě zajistit dosahování cílů zdravotní politiky státu.
KLÍČOVÁ SLOVA: Zdravotnictví, zdravotní pojišťovny, prevence, veřejný zájem, konkurence

literatura

FOREJTOVÁ, L.: Financování zdravotnictví v České republice, Sborník IZPE 2/2001, Kostelec nad Černými lesy 2001

GLADKIJ, I.: Garantovaná péče, Zdravotnictví v České republice 3/1998, str. 5

HAVELKOVÁ, J. – HEDERLÍNOVÁ, P. – RAMBOUSEK, J. – HOLÝ, Z.: Orientační přehled realizovaných preventivních programů v Jihočeském kraji, in Sborník IZPE 2/2002, IZPE, Kostelec nad Černými lesy 2002

KUČERA, Z.: Teoretické studie preventivních programů a jejich užítku, IZPE, in Sborník IZPE 2/2002, IZPE, Kostelec nad Černými lesy 2002

KŘEČKOVÁ, N., DOBIÁŠOVÁ, K., ŠEBEK, P., HÁVA, P.: Zkušenosti občanů s čerpáním zdravotní péče, IZPE, Kostelec nad Černými lesy 2003

MAHIEU, R. – GRIGNON, M. – CHONE, P.: Model regulace ve zdravotnickém systému konkurence mezi operátory zdravotní péče, překlad Goulli R., Vampolová K., in Analytická, hodnotová a koncepční východiska zdravotní politiky I., IZPE, Kostelec nad Černými lesy 2002

PINKAVA, P.: Analýza institucionálního rámce správy veřejného zdravotního pojištění v České republice v 90. letech, diplomová práce FSV UK 2001

Pojišťovny nezrušíme, rozhovor s náměstkem ministra zdravotnictví T. Slámou, www.zdn.cz, 10.6.2004

SALTMAN, R. B., FIGUERAS, J.: Critical Challenges for Health Care Reform in Europe, Open University Press, Buckingham 1998

Souhrnná hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění za roky 1998, 1999, 2001, 2002 zpracované na základě údajů výročních zpráv a účetních závěrek zdravotních pojišťoven za roky 1998, 1999, 2001, 2002, MZČR a MFČR

Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad, tabulková příloha, Sborník IZPE 8/2003, Kostelec nad Černými lesy 2003

Vyhláška MZČR č. 56/1997, která určuje rozsah preventivních prohlídek hrazených v rámci zákona č. 48/1997 Sb.

Výroční zprávy VZP a zaměstnaneckých pojišťoven

Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, v platném znění

Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, v platném znění

Zákon č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění

Zákon č. 48/1997, o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, v platném znění

Zdraví 21 – zdraví do 21. století, Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha 2001

Internetové stránky zdravotních pojišťoven, sekce informace o programech financovaných z fondu prevence: www.cnzp.cz, www.hzp.cz, www.ozp.cz, www.rbp.cz, www.vozp.cz, www.vzp.cz, www.zpma.cz, www.zpmvcr.cz, www.zpskoda.cz

THE OBJECTIVE of the article is to analyse the definition and the situation of workplace violence in the health sector.

METHODS: secondary analysis of documents and published researches.

FINDINGS: According to the researches made in the health sector the workplace violence becomes alarming world problem. One of the results from the researches which were made in seven countries all over the world is that the health care employees are at great risk of violence at work place. The most common types of violence in the health sector are physical and psychological violence, mobbing, bullying, sexual and racial harassment.

CONCLUSIONS: One of the possible solutions of work place violence in the health sector can be the wide presentation of the size of this problem. Of course this can not be just on the world level but also on the state and local level. Also great help for preventing these issues is the support from the management of the health care institutions and bigger support from the national law, which will clearly take the side of defending from all types of harassment.

KEY WORDS: physical attack, abuse, assault, treats, sexual harassment, mobbing, bullying, healthcare work.

Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnictví

Igor Angelovski

Definice problému

V posledních dvaceti letech se začalo hovořit o násilí na pracovišti jako o celospolečenském problému moderní doby, který dosáhl znepokojivých rozměrů. Presentované výsledky posledních výzkumů představují pouze špičku ledovce a skutečný problém je mnohem rozsáhlejší než se jeví na první pohled.

Jedním ze základních problémů, který se při provádění výzkumů objevil, je samotná definice pojmu násilí na pracovišti. Násilí na pracovišti se může projevat v mnoha formách jako jsou fyzické útoky, kopání, kousání, bití, znásilnění a obtěžování, které zahrnuje sexuální a rasové zneužívání, nepřátelské chování, vyhrožování, mobbing, bullying, hrubá gesta, křik atd.

Vzhledem k množství alternativ definice násilí na pracovišti používáme v našem výzkumu definici Světové zdravotnické organizace a Evropské komise.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje násilí na pracovišti jako: „záměrné použití fyzické síly nebo moci, skryté nebo otevřené, proti jiné osobě nebo skupině v rámci pracovních vztahů, které buď vede nebo má vysoký stupeň pravděpodobnosti, že povede, ke zranění, smrti, psychické újme nebo deprivaci.“ (Krug a kol. 2002)

Definice násilí na pracovišti podle Evropské komise (zasedání v Dublinu v květnu 1995) zahrnuje: „případy, při kterých jsou osoby zneužívány, ohrožovány nebo napadeny za okolností souvisejících s jejich prací, včetně explicitních nebo implicitních problémů s jejich bezpečností, osobní pohodou a zdravím“ (Di Martino, Cooper 2003).

Podle dalších autorů má definice násilí na pracovišti tři klíčové formy: zneužívání –

chování, které se odlišuje od slušného chování a zahrnuje nevhodné použití fyzické nebo psychické síly, což zahrnuje všechny formy obtěžování, bullying a mobbing; vyhrožování – vyhrožování smrtí nebo prohrašování záměru ublížit nějaké osobě nebo poškodit její majetek a útok – jakýkoliv pokus o fyzické zranění nebo útok na osobu včetně psychických ublížení. (Chappell, Di Martino 1998)

Pojem zneužívání je z našeho pohledu nutno definovat podrobněji než ostatní dvě formy násilí. Do zneužívání zahrnujeme také obtěžování, mobbing a bullying. V případě obtěžování v práci jsou nejčastější typy – obtěžování spojené s pohlavím (rodem) a sexuální obtěžování. O obtěžování spojeným s rodem mluvíme v případě, kdy „nežádoucí chování související s pohlavím (rodem) je spojeno s úmyslem narušit důstojnost jiné osoby a vytvářet zastrašující, nepřátelské, ponižující, ztrapňující nebo urážlivé podmínky“. Oproti tomu sexuální obtěžování je „jakákoliv forma nežádoucího verbálního, neverbálního nebo psychického chování sexuální povahy, ke kterému dochází s úmyslem nebo následkem narušení důstojnosti osoby, zejména pokud vytváří zastrašující, nepřátelské, ponižující, ztrapňující nebo urážlivé podmínky“ (Di Martino, Hoel, Cooper 2003).

Mezinárodní organizace práce (ILO) v roce 2001 zavedla definici sexuálního obtěžování, která je aplikována na všechny její zaměstnance: Jakékoliv nežádoucí nebo nepříjemné chování sexuální povahy na pracovišti nebo ve spojení s prací, které vede k tomu, že se napadená osoba cítí ponížena,

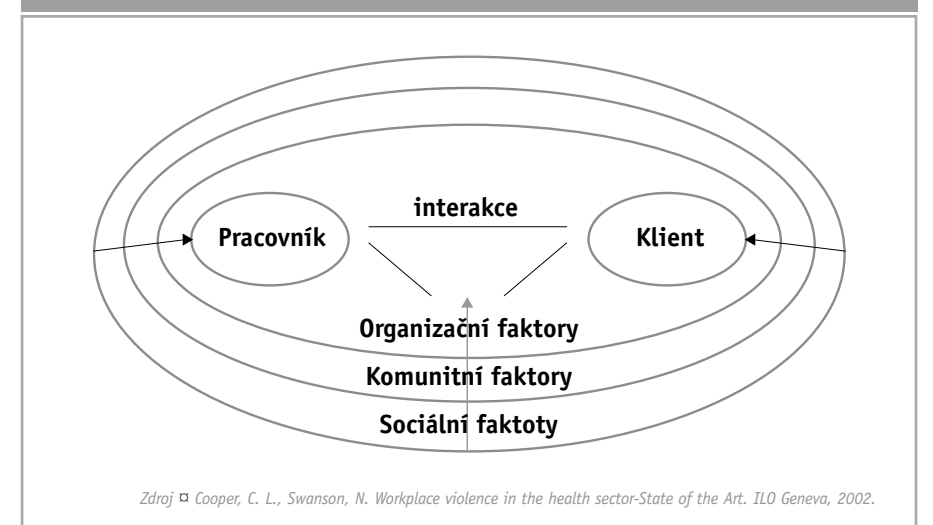
zastrašená, diskriminovaná nebo pohoršená. Důsledky způsobené jednáním nebo sérií jednání mohou být úmyslné nebo neúmyslné. Sexuální obtěžování může být nátlakové sexuální chování používané ke kontrole, ovlivňování nebo působení na práci, kariéru nebo status osoby na jakékoli úrovni, i když dopad na kariéru nebo zaměstnání dotčené osoby nemusí být zřejmý.

Sexuální obtěžování se může projevovat v mnoha formách a může zahrnovat: úmyslnou a nežádoucí nebo neopodstatněnou přílišnou fyzickou blízkost; opakované sexuálně zaměřené poznámky nebo gesta týkající se těla, vzhledu nebo životního stylu dotčené osoby; urážlivé telefonáty, dopisy nebo emailové zprávy; sledování; ukazování nebo vystavování náčrtů, kreseb, obrázků, fotografií nebo internetových zobrazení sexuální povahy; dotazy nebo narážky na soukromý život dotčené osoby; soustavná pozvání na společenské aktivity, u nichž dotčená osoba již dala jasné najevo, že je považuje za nežádoucí a sexuálně explicitní vtípy nebo návrhy (Di Martino, Hoel, Cooper 2003). Další formou zneužívání (Chappell and Di Martino, 2000) je bullying a mobbing:

Mobbing je negativní forma chování mezi kolegy nebo mezi vedoucími pracovníky a jejich podřízenými, kdy je dotčená osoba opakovaně ponižována nebo přímo či nepřímo napadána jednou nebo více osobami s úmyslem a cílem dosáhnout vyčlenění této osoby.

Bullying se liší od ostatních problémů tím, že souvisí se špatnou organizací práce. Jedná se o chování, ke kterému dochází s úmyslem způsobit újmu jednáním zaměřeným na jednu nebo více osob, opakovaně a po určitou dobu. Pokud tyto aspekty chybí, hovoříme o psychologických rizikových faktorech způsobených špatnou organizací práce, ne však o bullyingu jako takovém. Bullying se může projevovat následovně: jeden zaměstnanec dělá naschvály jinému, který by mohl potencionálně vykonávat jeho práci lépe; příliš schopné osoby jsou trestány soustavnou kritikou nebo odebráním kompetencí a jsou jim často přidělovány triviální úkoly; odmítání delegovat pravomoc na ostatní, neboť pracovník údajně nemůže věřit nikomu jinému než sobě; zvyšování hlasu na zaměstnance, aby plnili své úkoly; soustavné kritizování určité osoby v přítomnosti druhých nebo v soukromí; situace, kdy nadřízený pracovník nepřipouští jiné alternativní způsoby výkonu práce;

Schéma č. 1: Konceptuální model



Zdroj □ Cooper, C. L., Swanson, N. Workplace violence in the health sector-State of the Art. ILO Geneva, 2002.

znemožnění postupu v pracovní kariéře tím, že je určité osobě bráněno v povýšení; situace, kdy se někdo odváží postavit autoritě osoby, jež bullying vykonává, za což je mu přidána práce a zkráceny termíny pro její vykonání s cílem zvýšit pravděpodobnost selhání tohoto jedince při výkonu práce; případy, kdy jeden pracovník závidí druhému jeho profesní nebo sociální dovednosti a snaží se, aby tento jedinec vypadal nekompetentně nebo mu všemožně znepřijemňuje pobyt v práci v naději, že dotčený dostane výpověď nebo ji sám podá.

V současné době je však rozdíl mezi termíny mobbing a bullying stále více pouze v jazykové úrovni (angličtina a americká angličtina) a oba výrazy mají v podstatě stejný význam, tj. útočné chování, které se projevuje mstivými, hrubými, zlomyslnými nebo ponižujícími pokusy o narušení důstojnosti jednotlivce nebo skupiny pracovníků (Chappell and Di Martino, 2000).

Z výše uvedených definic vyplývá, že se násilí na pracovišti může projevovat formou fyzického i psychického násilí. Pro lepší vysvětlení těchto dvou výrazů použijeme definici Světové zdravotnické organizace (WHO):

Fyzické násilí je užití fyzické síly proti jiné osobě nebo skupině, jež způsobuje fyzickou, sexuální nebo psychickou újmu. Mimo jiné zahrnuje bití, kopání, pohlavkování, napadení bodnou nebo střelnou zbraní, strkání, kousání a stípání. (Di Martino 2002)

Psychické násilí je záměrné užití síly nebo moci proti jiné osobě nebo skupině, které může způsobit újmu v oblasti psychického, duševního, duchovního, morálního nebo sociálního rozvoje. Zahrnuje slovní napadení, bullying/mobbing, obtěžování a vyhrožování. (Di Martino 2002)

Rizikové faktory

V případě násilí na pracovišti patří mezi zaměstnance s vysokým rizikem zejména pracovníci policie, pracovníci ve zdravotnictví, pracovníci v sociálních službách, taxikáři a řidiči veřejné dopravy, pracovníci v hotelových službách, učitelé, pracovníci v bezpečnostních službách, atd. (Di Martino Hoel, Cooper 2003).

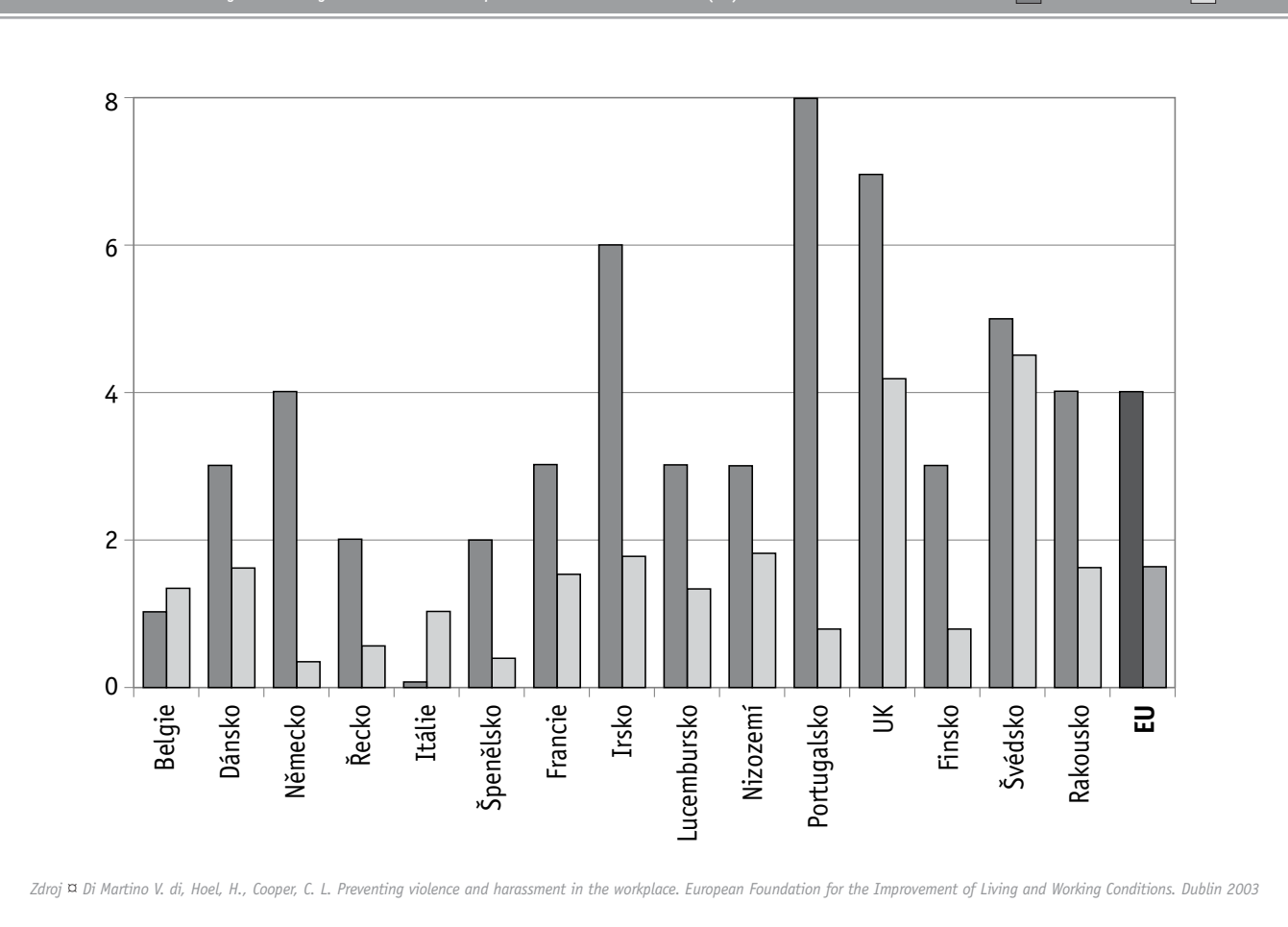
Jak je zřejmé z předchozího výčtu, dvě skupiny zaměstnanců, které jsou předmětem současného výzkumu v České republice, tj. pracovníci ve zdravotnictví a sociálních službách, jsou na předních místech pořadí výskytu násilí na pracovišti. Násilí však nezávisí pouze na vysoce rizikových skupinách, ale rovněž na vzájemném působení rizik na pracovišti, kde existují různé formy interakce ve vztahu zaměstnanec-pacient/klient, zaměstnanec-zaměstnanec, zaměstnanec-nadřízený, apod.

Barbara Curbow uvádí ve své práci konceptuální model, který zachycuje faktory vlivu na výskyt násilí (dle Cooper, Swanson 2002). Jedná se o: individuální faktory, interaktivní faktory, organizační faktory, komunitní faktory a sociální faktory.

Individuální faktory jsou například následující: věk, pohlaví, užívání drog nebo alkoholu, únava, profesionalita, pracovní pozice a další (jedná se o faktory jak u oběti, tak u pachatele).

Mezi interaktivní faktory patří: práce pod tlakem a stresem, nepřátelský styl chování, přítomnost dalších osob. První dva faktory zvyšují riziko násilí, zatímco poslední faktor riziko násilí snižuje. Mezi organizační faktory jsou zahrnuty: pracovní požadavky a kontrola, čekací doba na služby, stupeň byrokratických požadavků, přítomnost bezpečnostní

Graf č. 1: Pracovníci vystavení fyzickému násilí v posledních 12 měsících (%)



služby, „viditelnost“ pracovního prostředí, směnná práce, fluktuace pracovníků.

Komunitní faktory odrážejí situaci v komunitě, se kterou pracovníci přicházejí do styku a zahrnujeme mezi ně stupeň kriminality, míru chudoby, míru užívání drog a hustotu obyvatel.

Mezi sociální faktory patří: ekonomická situace, kulturní přijetí vyjádření vzteku, kulturní přijetí vyjádření násilí, rostoucí různorodost na pracovišti a také změny ve struktuře rodin.

Je zřejmé, že existuje celá řada faktorů, jež mají vliv na nárůst násilí na pracovišti, počínaje individuálními faktory jako jsou pohlaví (mladé ženy jsou vystaveny většímu riziku), duševní choroby, užívání alkoholu nebo drog, přes interaktivní faktory (přítomnost jiných osob na pracovišti snižuje riziko násilí), organizační faktory (nízká bezpečnost nebo špatné osvětlení na pracovišti jsou faktory zvyšující riziko násilí), komunitní faktory (špatná komunikace mezi minoritní skupinou a majoritními poskytovateli) až po sociální faktory (například špatná ekonomická situace zvyšuje pravděpodobnost rizi-

ka násilí). Všechny tyto faktory mohou vést ke zvýšenému riziku násilí na pracovišti.

Z tohoto důvodu se v posledních letech realizuje řada preventivních opatření zaměřených na snižování rizika násilí na pracovišti s přihlédnutím k výše uvedeným faktorům, tj. lepší bezpečnost, osvětlení, speciální školicí/vzdělávací programy pro zaměstnance, lepší komunikace mezi spolupracovníky a ve vztazích pacienti-zaměstnanci, apod.

Současný světový výzkum

Řada výzkumných projektů realizovaných v rámci Evropské Unie naznačuje, že násilí na pracovišti je problémem pro mnoho pracujících mužů a žen v jednotlivých členských státech. Podle průzkumu Third European survey on working conditions 2000 (Třetí evropský průzkum pracovních podmínek 2000) jsou 3 miliony lidí vystaveny fyzickému násilí (Di Martino, Hoel, Cooper 2003). Následující Graf 1 ukazuje podíl pracovníků, kteří byli vystaveni násilí v posledních dvanácti měsících.

Je patrné, že hodnoty v letech 1995 a 2000 mají klesající trend ve všech zemích kromě

Belgie, kde ale násilí na pracovišti vzrostlo o méně než půl procenta. Poslední sloupec udává průměr EU, 4 % v roce 1995 a necelá 2 % v roce 2000.

Většina studií zabývajících se násilím na pracovišti se zaměřuje pouze na jeden aspekt násilí, jen některé se věnují srovnání různých forem násilí na pracovišti. Pokud porovnáme výsledky Druhého (1995) a Třetího (2000) evropského průzkumu pracovních podmínek (Graf 2), je zřejmé, že fyzické násilí na pracovišti v roce 2000 kleslo oproti roku 1995 o 2 %, sexuální obtěžování zůstalo na stejné úrovni a mobbing vzrostl o 1 %. Důvodem může být skutečnost, že fyzické násilí je lépe viditelné a prokazatelné než mobbing.

Také Světová zdravotnická organizace (WHO), Mezinárodní organizace práce (ILO), PCI (Public Service International) a ICN (International Council of Nurses) zahájily v roce 2000 společný projekt, jehož cílem bylo snížení výskytu násilí na pracovišti ve zdravotnictví, lepší porozumění této problematice a minimalizace negativních dopadů násilí na pracovišti na oběti a služby. Tohoto projektu se zúčastnilo sedm zemí: Austrálie, Brazílie,

Tabulka č. 1

Země	Geografické pokrytí	Zdravotnictví	Typy	Počet účastníků	Pohlaví
Austrálie	Venkovské a městské oblasti Nového Jižního Walesu	45 nemocnic 14 ambulantních stanic, plus několik komunitních zdravotnických center s vazbou na nemocnice	100 % veřejný	400	68,5 % ženy
Brazílie	Rio de Janeiro	14 zařízení a soukromých ordinací a klinik	51,6 % veřejný 48,4 % soukromý	1569	70,46 % ženy
Bulharsko	Sophia	27 zařízení a 13 individuálních praktických lékařů	68,5 % veřejný 31,5 % soukromý	508	80,3 % ženy
Libanon	Beirut	13 zařízení	Většina veřejných	1016	69,8 % ženy
Portugalsko	Lisabonská městská oblast	1 komplex zdravotnických služeb a 1 regionální nemocnice střední velikosti	100 % veřejný	498	77 % ženy v komplexu zdravotnických služeb 79,9 % v nemocnici
Jihoafrická Rep.	Městská oblast širší Johannesburg	32 zařízení a služby	52,9 % veřejný 47,1 % soukromý	1018	78 % ženy
Thajsko	Provincie Chiangmai (venkovské, příměstské a městské oblasti)	61	70,9 % veřejný 29,1 % soukromý	1090	72, % ženy

Zdroj: Martino, V. di. Workplace violence in the health sector-Country case studies. ILO, Geneva, 2002.

Tabulka č. 2

Země	Fyzické násilí	Psychické násilí	Bullying a mobbing	Rasové obtěžování	Sexuální obtěžování
Austrálie	Údaje nejsou k dispozici	67 %	10,5 %	Údaje nejsou k dispozici	Údaje nejsou k dispozici
Brazílie	6,4 %	39,5 %	15,2 %	Údaje nejsou k dispozici	Údaje nejsou k dispozici
Bulharsko	7,5 %	32,2 %	30,9 %	2,2 %	0,8 %
Libanon	5,8 %	40,9 %	22,1 %	4,7 %	2,3 %
Portugalsko	3 %	51 % komplex zdr. sl. 27,4 % nemocnice	23 % komplex zdr. sl. 16,5 % nemocnice	4 % komplex zdr. sl. 8 % nemocnice	1 % komplex zdr. sl. 2,7 % nemocnice
Jihoafrická rep.	9 % soukromý sektor 17 % veřejný sektor	52 % soukromý sektor 60,1 % veřejný sektor	20,6 %	22,5 %	4,6 %
Thajsko	10,5 %	47,7 %	10,7 %	0,7 %	1,9 %

Zdroj: Martino, V. di. Workplace violence in the health sector-Country case studies. ILO, Geneva, 2002.

Bulharsko, Libanon, Portugalsko, Jihoafrická republika a Thajsko (viz Tabulka 1).

Rozsah tohoto problému je mnohem větší, než je na první pohled patrné. Z výsledků projektu vyplývá, že se více než polovina pracovníků ve zdravotnictví setkala alespoň jednou s násilím na pracovišti. V Bulharsku se 75,8 % pracovníků ve zdravotnictví setkala alespoň jednou s případem fyzického nebo psychického násilí, v Portugalsku je to 37 % v nemocnicích a 60 % v komplexu zdravotnických služeb, ostatní zařízení se pohybují v rozmezí 40 a 70 %.

Projekt v ČR

Podobně jako v jiných státech i u nás se (s jistým časovým posunem) věnuje problematice výskytu násilí na pracovišti stále více institucí i odborníků. Mohou se opřít

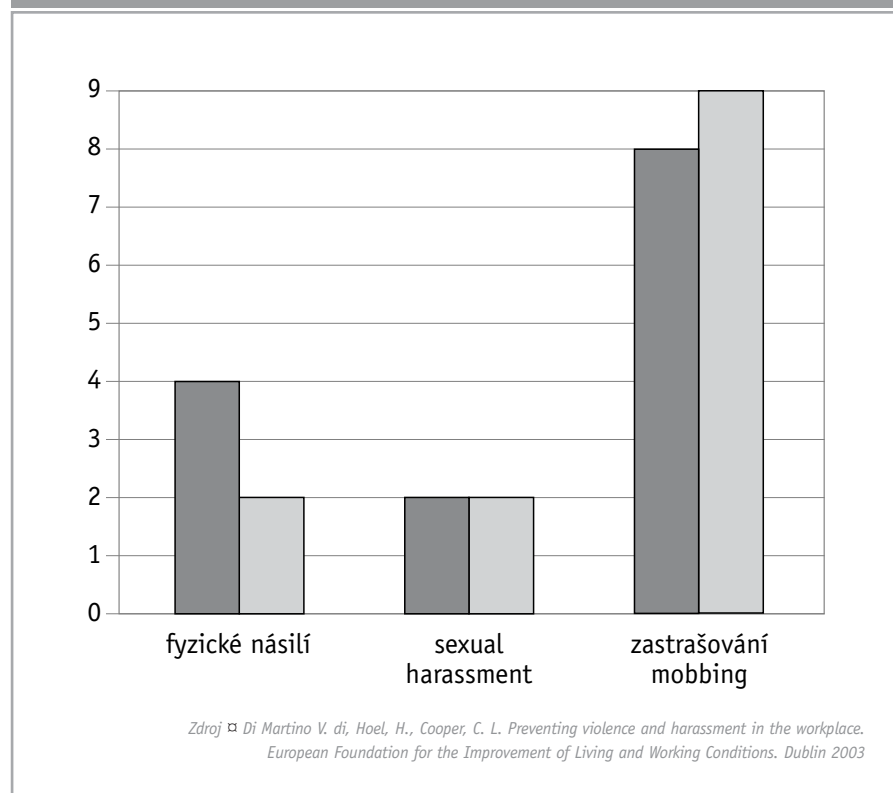
o teoretické poznatky z oblasti psychologie (Nakonečný 1997), sociální psychologie či teorie personálního managementu (Bedrnová 1996, Hubertová 1995), kde jsou podrobně zpracována témata jako stres, agresivita, duševní zdraví. Problematice pracovního prostředí jako stresoru, který může vyvolávat negativní reakce, se věnuje např. Lajčíková (1993) a další odborníci z oblasti pracovního lékařství. Problému je věnována pozornost i v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. Stále více případů násilí v souvislosti s výkonem práce je medializováno.

Příkladem může být tzv. Vinohradská výzva, která byla reakcí lékařů Fakultní nemocnice Královské Vinohrady na rostoucí počet případů násilí proti zdravotníkům (Zdravotnické noviny 2003). Autoři navr-

hovali přiznat zdravotníkům statut veřejného činitele a tak je účinněji chránit proti projevům násilí ze strany pacientů. Výzva vyvolala diskusi v odborných i politických kruzích. Přestože informacní hodnota takového zprávy ve sdělovacích prostředcích není vždy uspokojivá, upozorňuje širokou veřejnost na existenci problémů, kterými je třeba se zabývat.

Právě v oblasti zdravotnictví je problematice násilí na pracovišti věnována v poslední době velká pozornost. Institut zdravotní politiky a ekonomiky ve spolupráci s Odborovým svazem zdravotnictví a sociální péče ČR a Výzkumným ústavem bezpečnosti práce realizuje v současné době první etapu pětiletého projektu Násilí na pracovišti ve zdravotnictví a sociálních službách financovaného MPSV ČR.

Graf č. 2: Trendy v násilí na pracovišti v zemích EU (%) 1995 2000



Zásadním cílem tohoto projektu je přispět k rozvoji poznání o násilí na pracovišti se zaměřením na oblast zdravotnických a sociálních služeb s možností praktického využití těchto poznatků. Dílčími cíli jsou objektivizace problému násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb s využitím standardizovaného dotazníkového šetření ILO/WHO/ICN/PCI a publikovaných konceptů násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR a mezinárodní srovnání výsledků, navazující na kvantitativní a kvalitativní výzkumy proměn pracovních a dalších vztahů v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v kontextu probíhající modernizace společnosti a reformy veřejných služeb a příčin násilí na pracovišti v ČR. Dále pak mezinárodní srovnávací analýzy současných poznatků a přístupů k řešení problémů násilí na pracovišti zdravotnických a sociálních služeb (Velká Británie, Austrálie, Švédsko, USA, EC, ILO, WHO), výzkum vývoje kvality služeb a vztahů pacient – lékař resp. klient – poskytovatel z hlediska širšího konceptu násilí na pracovišti.

Získané poznatky budou využity v systému vzdělávání, dalšího vzdělávání, doporučení pro řídicí praxi ve zdravotnických a sociálních službách, pro účely další tvorby zdravotní a sociální politiky, publikace a popularizace výsledků.

Závěr

Tento článek měl poskytnout informace o násilí na pracovišti v oblasti zdravotnictví a zvýšit povědomí o násilí na globální i národní úrovni. Jedním z možných řešení násilí na pracovišti ve zdravotnictví může být široká prezentace rozsahu tohoto problému.

Pokud chceme zachytit problém srovnáním různých dat, musíme si uvědomit velké rozdíly mezi jednotlivými výzkumy s ohledem zejména na následující problémové oblasti: definice pojmu násilí, protože rozsah definice ovlivňuje celkový výsledek výzkumů; analýza populace, kdy cílová populace musí být jasně definovaná, protože riziko vystavení násilí se liší mezi rozdílnými populacemi; vhodný výběr měření a operaionalizace; časový rozsah, kdy je nutno zachytit rozdíl mezi současnou zkušeností, to znamená během posledních šesti až dvanácti měsíců, a mezi zkušeností v průběhu celé kariéry; metody zachycení reálné situace, kdy k zachycení reálného obrazu situace je nutné, aby národní statistiky úrazů a zranění byly doplněny o data z dalších zdrojů jako jsou dotazníková šetření nebo interview; srovnatelnost mezinárodních výzkumů, kdy pouze studie realizované za použití stejné nebo alespoň podobné metodologie jsou plně srovnatelné, proto i v rámci Evropské

Unie existuje pouze několik studií, které je možno srovnávat. Důležité jsou i dlouhodobé výzkumy, protože sledují změny v trendech násilí na pracovišti.

Pro prevenci násilí na pracovišti je velmi důležitá podpora vedení zdravotnických zařízení a větší podpora ze strany státní legislativy, jež by měla zaujmout jednoznačné stanovisko na obranu proti všem formám násilí na pracovišti.



Text byl zpracován v rámci účelové podpory MPSV ČR – Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR (1J 013/04 – DP1).

SHRnutí

CÍLEM tohoto článku je analyzovat definici a situaci v oblasti násilí na pracovišti ve zdravotnictví.

METODY: sekundární analýza písemných materiálů a publikovaných výzkumů

ZJIŠTĚNÍ: Výzkumy realizované v rámci resortu zdravotnictví naznačují, že se násilí na pracovišti stává znepokojivým celosvětovým problémem. Z výzkumů provedených v sedmi zemích světa mimo jiné vyplývá, že v oblasti zdravotnictví jsou pracovníci vystaveni velkému riziku násilí na pracovišti. Mezi nejčastější formy násilí na pracovišti ve zdravotnictví patří fyzické a psychické násilí, mobbing, bullying, sexuální a rasové obtěžování.

ZÁVĚRY: Jedním z možných řešení násilí na pracovišti ve zdravotnictví může být rozsáhlá prezentace rozměrů tohoto problému. Tuto je však třeba provést nejen na celosvětové úrovni, ale rovněž na úrovni národní a místní. Prevenci těchto jevů by rovněž velmi napomohla podpora vedení zdravotnických zařízení a větší podpora ze strany státní legislativy, jež by měla zaujmout jednoznačné stanovisko na obranu proti všem formám obtěžování.

KLÍČOVÉ VÝRAZY: fyzický útok, zneužívání, napadení, vyhrožování, sexuální obtěžování, mobbing, bullying, práce ve zdravotnictví.

o autorovi

dipl. soc. Igor Angelovski

je absolventem oboru sociologie Filozofické fakulty University sv. Cyrila a Metoděje v Makedonii. V současné době je vědeckým pracovníkem IZPE.

literatura

COOPER, C. L., SWANSON, N. Workplace violence in the health sector-State of the Art. International Labor Office. Geneva, Switzerland 2002. ISBN 92-2-113237-4

KRUG, E. G. et. al. World report on the violence and health. World Health Organization. Geneva, Switzerland 2002 ISBN 924 154 561 5

MARTINO V. DI, HOEL, H., COOPER, C. L. Preventing violence and harassment in the workplace. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Dublin, Ireland 2003. ISBN 92-897-0211-7

KIDD B, STARK. C. Management of Violence and Aggression in the Health Care. The Royal College of Psychiatrists. London, England 1995. ISBN 0-902241-84-2

CHAPPELL, D. MARTINO, V. di, Violence at Work, International Labor Office. Geneva, Switzerland 1998. ISBN 92-2-110335-8

FAWCETT, B. et. al., Violence and Gender Relations. SAGE Publications, London, England 1996. ISBN 0 8039 7649 6

TURPIN, V. KURTZ, L. R. The Web of Violence. University of Illinois Press, Chicago, USA 1997. ISBN 0-252-02261-0

GILMORE-HALL, A. Violence in the Workplace. Are you prepared? In: The American Journal of Nursing. July 2001. Vol. 101.Issue 7.

CARROLL, V. Verbal Abuse in the Workplace How to protect yourself and help solve the problem. In/ The American Journal of Nursing. March 2003. Vol. 103. Issue 3.

DELBEL, J. C. Workplace aggression. In/ Nursing Management. September 2003. 34, 9, 30-34

ANDERSON, C. Past victim future victim. In/ Nursing Management. March 2002. 33. 3, 26-31

LOAFMANN, B. Talking Out Violence. In/ Occupational Health and Safety. January 2001. 70. 1,32-57

ELSTON, M. A. Violence against doctors: a medical(ised) problem? The case of National Health Service general practitioners. In/ Sociology of Health and Illness. 2002. Vol. 24. No. 5. 575-598

JACKSON, D, CLARE, J, MANNIX, J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace-a factor in recruitment and retention. In Journal of nursing Management. 2002. 10, 13-20

HENDERSON, A. D. Nurses and Workplace Violence: Nurses Experiences of verbal and Physical Abuse at Work. In/ Canadian Journal of Nursing Leadership. 2003. Vol. 16. No. 4

MARTINO, V. di. Workplace violence in the health sector-Country case studies. International Labor Office. Geneva, Switzerland 2002. ISBN 92-2-113441-5

WIGGINS, C. Healthcare Managers at Work: Women and Men of healthcare, Be Careful Out There! In: Hospital Topics. Fall 2000, vol.78, no.4, 21-25

DEAWATER, S. R. et. al, Prevalence of Intimate Partner Abuse in Women Treated at Community Hospital Emergency Departments, In/ American Medical Association, August 5, 1998-Vol 280, No.5, 433-438

MCKENNA, B. G. et. al, A survey of threats and violent behavior by patients against registered nurses in their first year of practice, In/ International Journal of Mental Health Nursing, 2003. 12, 56-63

BEDRNOVÁ, E.: Duševní hygiena a sebeřízení. VŠE, Praha 1996

HUBERTOVÁ, B.: Psychický teror na pracovišti. Neografia, Martin 1995

NAKONEČNÝ, M.: Encyklopedie obecné psychologie, Academia, Praha 1997

LAJČÍKOVÁ, A.: Fyzikální faktory pracovního prostředí jako stresor. Pracovní lékařství, č. 6. 1993, s. 275 – 279

Vinohradská výzva – o násilí na zdravotnických se dále diskutuje. Zdravotnické noviny roč. 52, č. 40 str. 9, 2003

OBJECTIVES: The aim of the study is to describe the situation in selected areas of health promotion in the Czech Republic and to analyze the influence of WHO strategies Health for All (HFA) and Health 21 (H21) on creation and implementation of public policies in the Czech Republic. The study is a part of the WHO Regional Office for Europe evaluation study carried out in the Member States of WHO/EURO aimed at reflection of the HFA key elements in the Member States of WHO/EURO policies. The results of this study shall feed into the update of HFA in the year 2005.

METHODS: Analysis of public policy documents based on the standardized WHO recommended procedure.

FINDINGS: The concepts of inter-disciplinarity and multi-sectoral approach as key elements of HFA and H21 programs have not been used in implementing the WHO strategy in the Czech Republic. The Institute of Social Medicine (1992) and the National Centre of Health Promotion (1995) representing these principles have been abolished. The political bodies representing the multi-sectoral approach – National Council of Health and Councils of Health at regional level – did not coordinate activities of all sectors and organizations. Thus the only visible effect in the area of inter-sectoral coalition building could be seen in the field of environment protection and prevention of social pathology, including drug control. Results of the study should be used in implementation of the Health 21 strategy in the Czech Republic as a way of prevention of repeating mistakes done in adopting the HFA program in the past.

Podpora zdraví v ČR v kontextu implementace programů WHO

„Zdraví pro všechny“ a „Zdraví 21“

Jana Havelková, Zdeněk Kučera

1. Úvod

Stejně jako ostatní členské země Světové zdravotnické organizace (WHO) se ČR v 80. letech zavázala k implementaci programu Zdraví pro všechny do roku 2000 (HFA). Překlad 38 cílů HFA byl sice publikován v českém jazyce v roce 1986 a 1990, ale cíle tohoto programu nebyly v naší republice rozpracovány do dílčích úkolů a nebyl ani vytvořen národní mechanismus pro monitorování výsledků. Program HFA se tak nestal rámcem zdravotní politiky v ČR [Ošanec 1993]. Určitou reflexi programu HFA je ovšem možné vysledovat v publikovaných koncepčních politických dokumentech v letech 1990 – 2002.

V roce 1990 byly zformulovány dva základní koncepční dokumenty z oblasti péče o zdraví: Návrh reformy péče o zdraví [Potůček a kol. 1990] a Návrh nového systému zdravotní péče [Kalina a kol. 1990]. První z obou dokumentů vznikl v intencích programu HFA a reflektuje multisektorový přístup k podpoře zdraví – zahrnuje široký okruh aktérů veřejné politiky a klade důraz na zapojení celé společnosti na všech úrovních politiky. Druhý dokument se koncentruje na reformu zdravotnictví, zejména na

změnu vlastnických vztahů, zavedení systému zdravotního pojištění a na přípravu reformy hygienické služby.

Od roku 1991 probíhaly přípravy k vytvoření Národního programu obnovy a podpory zdraví (NPOPZ) – střednědobá strategie obnovy a podpory zdraví [MZ ČR, 1992]. NPOPZ vychází do značné míry z programu HFA, nepřejímá však jeho přístup k realizaci, tj. stanovení konkrétních a měřitelných cílů. Cíle nejsou operacionalizovány do podoby ukazatelů pro plnění cílů, deklarovaných na základě specifických národních podmínek. O realizaci 7 navržených strategií (podpora nekuřáctví, ozdravení výživy, zdravá města, zdravá rodina, zdravá škola, zdravý podnik, ochrana zdraví a prevence nemocí v rámci nově vznikajícího systému zdravotní pojištění) se měly zasadit Rady zdraví na úrovni samospráv, Národní rada zdraví na úrovni vlády a v neposlední řadě i Fond zdraví. Selhání ambiciózního projektu je možné interpretovat jednak jako důsledek neochoty vytvořit základní nástroje k realizaci programu (Rady zdraví, Fond zdraví) na všech úrovních veřejné správy¹, jednak jako odsunutí tématu celospolečenské participace na

zlepšování zdravotního stavu populace ve prospěch řešení aktuálních problémů financování systému zdravotní péče. V roce 1995 bylo zrušeno Národní centrum podpory zdraví, které do té doby bylo klíčovou exekutivní institucí podpory zdraví. Systematická reflexe a kultivace oblasti podpory zdraví², která probíhala v první polovině 90. let byla uměle přerušena a od té doby se realizují víceméně izolované a jen minimálně propojené aktivity subjektů, které se ucházejí o dotace v rámci velmi obecně definovaných podmínek. Nejúspěšnější projekty realizované v rámci toho programu jsou publikovány v časopise Hygiena a podpora zdraví a každoročně prezentovány na konferenci. Jistou mezerou je skutečnost, že časopis i konference jsou zdrojem informací pro úzký okruh aktérů, zejména z oblasti zdravotnictví, což omezuje sdílení poznatků, zkušeností a prověřených metodických přístupů širším okruhem aktérů. Dotace jsou poskytovány pouze na intervenční projekty, do těchto aktivit není zahrnut výzkum a rozvoj poznání.

V roce 1995 byl ve Vládě ČR projednán Národní program zdraví – NPZ [MZ, 1995], k němuž nebylo přijato žádné usnesení. Na základě stanovení 7 hlavních zdravotních problémů (kardiovaskulární a nádorová onemocnění, úrazy, narušování přirozené obměny populace, duševní nemoci, drogová závislost a HIV/AIDS) byla jako priorita stanovena změna životního stylu. Poměrně významná role zůstala vyhrazena dosud stále neexistujícím Radám zdraví na všech úrovních samosprávy.

V roce 1998 schválila vláda ČR Akční plán zdraví a životního prostředí – NEHAP [MZ 1998]. Tento dokument reflektuje nejen situaci v ČR, ale zejména celoevropské aktivity zaměřené na zlepšování životního prostředí, jakými byly konference ministrů životního prostředí a zdravotnictví, Evropská Charta, Helsinská konference z r. 1994 a rovněž fakt rozšiřování EU. Poukazuje i na skutečnost, že 8 z 38 cílů programu HFA je věnováno vlivům prostředí na zdraví. Je zde uvedeno devět hlavních zdravotních problémů: k sedmi okruhům uvedených v NPZ přistupují patologické změny imunity a vrozené a systémové vady. Do jisté míry je možno říci, že NEHAP je především deskriptivní stávající situace

Box č. 1:

1. Program se nedá nařídit, naordinovat. Je nutné dosáhnout konsensu těch, kdo jej mají plnit a uskutečňovat.
2. Vytyčené mety a cíle musí být reálné, realistické a realizovatelné.
3. Program musí být uskutečnitelný v rámci normálních rozpočtů veřejného zdravotnictví a dalších zúčastněných složek.
4. Hlavní ideje programu musí podněcovat lidi k tomu, aby mysleli ponovu, aby je program inspiroval k novým řešením, k hledání nových cest, partnerů i iniciativ.
5. V každém dlouhodobém programu jde o prosazení nových životních stylů, o ozdravní prostředí, o větší efektivnost zdravotní péče, o pádnější účinek výchovy zdravotnických a jiných pracovníků. Program musí oslovovat lidi ve všech vrstvách společnosti, ze všech sektorů a z řad těch, kteří jsou partnery v úsilí o pevnější zdraví.
6. Dlouhodobý program musí stimulovat rozvoj péče o zdraví v rámci pluralistické a demokratické společnosti.
7. Do popředí celkového úsilí se musí dostat zaměření na kvalitu života.
8. S monitorováním realizace cílů programu se musí začít hned po jeho inauguraci. To předpokládá, že zároveň se stanovením cílů se musí vypracovat i příslušné ukazatele, formulované tak, aby umožňovaly hodnocení výsledků a uplatnění v mezech.
9. Při rozpracování úkolů a cílů na regionální, okresní a místní úrovni musí být jasné, kdo bude skládat účty. Kdo je zodpovědný za administrativní a jiná rozhodnutí a opatření.
10. Při kontrolách plnění programu se nesmí podceňovat možnost a někdy i nutnost přeformulovat cíle nebo změnit jednotlivé očekávání výsledků.

Zdroj: Ošanec, 1993

a v menší míře je vodítkem pro realizaci plánu. Aktivitám ke zvládnutí negativních faktorů životního stylu (kouření, alkohol, výživa, stres, nedostatek pohybu) jsou věnovány pouze dvě stránky z 98 stránkového dokumentu. Navíc není podrobněji popsána hlubší souvislost mezi prioritami akčního plánu a návrhy na jeho implementaci.³

V roce 2002 byla vládou ČR schválena dlouhodobá strategie zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR Zdraví 21 – Zdraví pro všechny v 21. století [Usnesení vlády ČR č. 1046 ze dne 30. 10. 2002], v roce 2003 byl program vydán ve formě samostatné publikace [MZ ČR 2003]. V tomto dokumentu, který je českou verzí programu WHO Health 21, jsou pro specifické české podmínky formulovány hlavní cíle národní strategie rozvoje zdraví s uvedením parametrů žádoucího (cílového) stavu, jakož i cesty (dílní úkoly), které by k tomuto stavu měly vést. Jak již bylo řečeno, Česká republika se zavázala ještě před rokem 1989 realizovat na svém území program HFA a tento závazek dosud trvá; program Zdraví 21 ČR je k naplnění

tohoto závazku velkou příležitostí. Aktivity načrtnuté v programovém dokumentu Zdraví 21 ČR představují především adaptaci celoevropské strategie včetně aproximací cílových stavů, zejména v jednotlivých dimenzích zdravotní péče, méně pak shrnutí fakticky existujících programových záměrů. Navíc, české zdravotnictví je v poslední dekádě vystaveno permanentní hrozbě kolapsu celého systému v důsledku obrovských deficitů zdravotních pojišťoven a hrozících krachů zdravotnických zařízení. V takovémto kontextu se prioritou stává zcela jednoznačně udržení funkčnosti celého systému poskytování zdravotní péče a proaktivní zdravotní politika orientovaná na systematické zlepšování ukazatelů zdravotního stavu celé populace je odsunuta do pozadí.

Při hodnocení realizace programu HFA v ČR nelze opomenout výsledky studie Evropská zdravotně politická strategie Světové zdravotnické organizace – Zhodnocení dosaďadního vývoje v Evropě a v ČR, perspektivy a zkušenosti některých zemí [Ošanec 1993].

2) Programu HFA i diskusi konceptů podpory zdraví (včetně i reflexe poznatků do tvorby veřejné politiky) byl věnován rozsáhlý prostor na stránkách bulletinu Podpora zdraví, který vydávalo Národní centrum podpory zdraví.

3) Pokud jsou prioritou čísla jedna srdeční a cévní choroby, pak v celém textu nenalezneme jedinou konkrétní aktivitu, neřkuli strategii, která by k řešení hlavních příčin mortality v České republice přispěla. Stejně tak záměr „vyrovnat nežádoucí rozdíly ve zdravotním stavu jednotlivých populačních skupin“ není v dokumentu blíže specifikován.

1) „nejefektivněji se toto hnutí (HFA) projevilo a projevuje tam, kde se zásady a požadavky HFA promítají do místních situací, okresů a krajů, do činnosti různých organizací a institucí“ [Ošanec 1993]

Tato práce se podrobně zabývá analýzou příčin, které způsobily neúspěch programu HFA v ČR. Vzhledem k aktuálnosti těchto výsledků je v Boxu č. 1 uvedeno deset hlavních závěrů této studie. Zatím se nedá konstatovat, že by těchto deset závěrů bylo zohledněno při implementaci programu Health 21 do české veřejné politiky. Program Zdraví 21 ČR zůstává nadále především programem MZ ČR, ostatní resorty nebyly hlouběji zainteresovány na formulaci dílčích úkolů a nelze ani očekávat jejich konkrétní zodpovědnost.⁴

1.1 Zdraví dětí a mládeže

Aktivity zaměřené na zdraví dětí a mládeže jsou v České republice v první řadě integrovány přímo do vzdělávacího procesu na školách. Aktivity zaměřené na zvládnání faktorů, které ohrožují zdraví mladých lidí, jsou součástí školních osnov, nicméně tyto akcenty či příležitosti zpravidla netvoří ucelený program. Specifický politický dokument zaměřený na problematiku ochrany a podpory zdraví dětí a mládeže v České republice neexistuje, pokud nebereme v úvahu relevantní pasáže publikace Zdraví 21. Politická odpovědnost za implementaci HFA a Health 21 je zatím zejména na úrovni státní správy – je dosud otázkou, do jaké míry se samosprávné celky zapojí do realizace strategie Zdraví 21 ČR. Nezanedbatelnou úlohu hraje i aktivní přístup jednotlivých škol a pedagogů, popř. samosprávy i ostatních zúčastněných aktérů (Státní zdravotní ústav, hygienické stanice, zdravotní ústavy, neziskové organizace). K vytváření zdravého prostředí ve školách významně přispívá realizace programu „Škola podporující zdraví“ [Havlíková 1998]. Jakýmsi paradoxním vedlejším produktem snahy podpořit zdraví školáků je projekt „Dokážu to!“⁵, který je financován největším tuzemským výrobcem cigaret, firmou Philip Morris, a podporován Ministerstvem školství mládeže a tělovýchovy (MŠMT). V roce 2001 byl zformulován preventivní program [MŠMT 2001], který se odvolává na WHO strategii HFA a Health 21, na program Mateřská škola podporující zdraví a na výše zmíněný projekt „Dokážu to!“.

1.2 Zdravý životní styl

V oblasti podpory zdravého životního stylu se objevuje řada programů, můžeme však říci, že jejich skladba není zdaleka vyvážená. Zodpovědnost za implementaci HFA/Health 21 je delegována do zdravotnického sektoru, není zde nadresortní instituce, která by na vládní úrovni zastřešila implementaci programu do jednotlivých resortních politik. Program HFA byl dosud realizován zejména formou Národního programu zdraví – národní strategie (1995), jehož realizačním nástrojem je grantový program MZ ČR Projekty podpory zdraví. Finanční prostředky se z původních 33 mil. Kč v roce 1995 snížily na 13 mil. Kč v roce 2004 [Zákon č. 457/2003Sb.], což je podle odhadu odborníků cena jedné billboardové akce výrobců cigaret.

Politickou zodpovědnost za implementaci národních strategií mají na centrální úrovni jednotlivá ministerstva, především pak Ministerstvo zdravotnictví ČR jako garant dlouhodobých strategií pro zlepšování zdravotního stavu obyvatel ČR – NPZ (1995), Zdraví 21 ČR (2002) a také Rada pro zdraví a životní podmínky, která pracuje jako poradní orgán Vlády ČR. Na regionální úrovni by zodpovědnost za implementaci programů měly mít krajské samosprávy⁶, realizující regionální rozvojové programy, ve spolupráci s Krajskými hygienickými stanicemi⁷ (KHS) a zdravotními ústavami (ZÚ)⁸. Většina realizovaných projektů je financována z rozpočtu MZ ČR (již zmíněný grantový program v rámci dlouhodobé strategie NPZ). Programy se realizují především na úrovni lokální, několik celonárodních projektů potom s působností na teritoriu celé republiky; v poslední době se začínají objevovat programy na úrovni krajů.

1.3 Společenský kontext přístupu ke zdraví (settings for health)

Koncept „settings for health“ se v českých podmínkách objevil již na počátku 90. let a od té doby se realizují dva celostátní projekty, které tento koncept využívají. Hlavními sociálními kontexty (settings) využívanými při implementaci programů podpory zdraví jsou města a školy. Programy Zdravé

město, Škola podporující zdraví (a Školka podporující zdraví) vedly k vytvoření národních sítí (Národní síť zdravých měst, Národní síť škol podporujících zdraví). Aktivity opírající se o klíčový koncept sociálního kontextu („settings“) nejsou nijak právně reglementovány. Financování těchto aktivit je vícezdrojové, podílejí se samotní aktéři, veřejná správa, WHO i sponzoři. Není bez zajímavosti, že podíl resortu zdravotnictví na financování programu od r. 2002 klesl z 23 % na nyní 4 %, naopak resort životního prostředí svoji finanční podporu zvyšuje a v současnosti činí 43 % [NSZM, 2004]. Politická zodpovědnost za implementaci programů je velmi obtížně definovatelná. Zlepšování zdravotního stavu je prioritním cílem zdravotní politiky, jejíž tvorba a realizace spadá do resortu zdravotnictví, který má tudíž i politickou zodpovědnost za vytváření podmínek pro zdravý život. Významnou úlohu by ve stávajícím systému veřejné správy měly hrát samosprávné orgány krajů, měst a obcí. Krajské samosprávy vypracovávají rozvojové programy krajů a v jejich rámci mají některé kraje zpracovány programy pro zlepšení zdravotního stavu a kvality života obyvatel regionu (týká se zejména členů Národní sítě Zdravých měst). Reflexe programu Zdraví 21 ČR se objevuje dosud v malé míře. Veřejné rozpočty většiny menších měst a obcí s počtem obyvatel do 20 tisíc jsou dlouhodobě charakterizovány finančním deficitem, bude pro ně tedy čím dál složitější investovat finanční prostředky do jakýchkoli aktivit z oblasti podpory zdraví. Vzhledem k tomu, že celkový počet obyvatel žijících v těchto komunitách tvoří více než 50 % obyvatel celé ČR [MF ČR, 2002], dá se hovořit o nevyužití výrazné příležitosti ke zlepšení životních podmínek.

1.4 Vícesektorová zodpovědnost za zdraví

Většina ze zmíněných programů má spíše proklamativní charakter a zůstávají bez konkrétních praktických implikací. Podobně ani ustavení meziresortních sborů, výborů, komisí apod. nepřináší hmatatelné výstupy.

Výjimku představuje Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, která jako vládní orgán koordinuje aktivity v rámci veřejné správy. Obecně ovšem můžeme konstatovat, že na všech úrovních řízení převažuje delegování problematiky podpory zdraví do resortu zdravotnictví. Jako víceodvětvový přístup můžeme pochopitelně označit i program Zdraví 21 ČR, v němž se na realizaci řady úkolů podílejí také další ministerstva. Míru „převzetí zodpovědnosti za zdraví“ je ovšem velmi obtížné hodnotit či kvantifikovat. Vedle zdravotnictví třeba zmínit především resort životního prostředí, školství a práce a sociálních věcí – v řadě dokumentů jsou vyjmenovány úkoly pro příslušná ministerstva, které odpovídají povaze jejich agendy; iniciativní přihlášení se k zodpovědnosti za zdraví obyvatel čelnými představiteli ostatních resortů ovšem postrádáme. Jistý ohled na ochranu případně podporu zdraví v řadě resortů přece jen nalezneme. Pomineme-li angažovanost resortů v řešení problematiky prevence drogových závislostí (přesně řečeno v oblasti nelegálních drog), je třeba zmínit některé normy zaměřené především na ochranu zdraví při práci osob působících v příslušném sektoru. V intencích delegování zodpovědnosti do resortu zdravotnictví se prakticky nesetkáváme s využitím metodologie „hodnocení dopadu na zdraví“ (Health Impact Assessment, HIA), která umožňuje stanovit odhad důsledků různých společenských aktivit, včetně navrhovaných strategií na zdraví [Kučera et al., 2002].

Víceodvětvovou zodpovědnost nalezneme především v programových dokumentech připravovaných na celorepublikové úrovni, v práci meziresortních komisí či výborů a v poslední době se víceodvětvový přístup ke zdraví objevuje v akčních plánech municipalit, které spolupracují s Národní sítí zdravých měst (př. Akční plán zdraví a kvality života pro město Vsetín). Předpokládáme, že hlubším etablováním krajských samospráv by se vícesektorový přístup měl více projevat i na regionální úrovni.

2. Hodnoty

Reflexe základních hodnot programu HFA, tj. zdraví jako fundamentální lidské právo solidarita a ekvita participace a zodpovědnost se projevuje v míře velmi rozdílné, a to jak v základních dokumentech koncepčního

charakteru, tak v designu předkládaných projektů a implementovaných programů. Zásadní problém spočívá ve faktu, že v České republice chybí hlubší diskuse o těchto principech jak mezi odborníky, tak v širší občanské společnosti. Zrušením Národního centra podpory zdraví (NCPZ) v roce 1995 vznikla mezeira v rozvoji poznání v oblasti celospolečenského přístupu ke zlepšování zdraví a kvality života.

Zdraví je reglementováno základním ústavním principem ochrany života a zdraví,⁹ podmínky stanoví prováděcí zákony. Meze těchto zákonů jsou tedy základním právním vymezením ochrany zdraví občana i právním rámcem veřejné politiky zaměřené na ochranu, podporu a rozvoj zdraví obyvatel ČR. Vzhledem k nedostatku koordinace na národní úrovni tato oblast jistou živelností a odráží problémy celé veřejné politiky, tj. nekoncepční přístup a ad hoc řešení dílčích problémů, resortismus, prosazování zájmů jednotlivých aktérů na úkor řešení společenských problémů, nedostatečná participace neziskových organizací. Ve zdravotnictví je pozornost upřena zejména na zadluženost nemocnic a na řešení jejich majetkoprávních vztahů. Ochrana, podpora a rozvoj zdraví jsou zde pouze malou podmnožinou aktivit zaměřených na zlepšování zdravotního stavu populace. Programy HFA/Health 21 vyžadují celospolečenský přístup k dosažení tolik potřebného cíle, kterým je zlepšení zdraví celé populace. Toto vyžaduje úsilí politické (tudíž i legislativní) nejen v rámci zdravotnictví, ale i v ostatních společenských odvětvích.

Zdraví je v intencích principu delegování vnímáno veřejností jako doména zdravotníků. Občané tak vnímají starost o své zdraví jako hodnotu povytce privátní, bez větší ochoty zabývat se širšími sociálními souvislostmi. Politický diskurs na téma zdraví se prakticky neotevírá, v centru zájmů politické reprezentace jsou především finanční toky ve zdravotnictví a jejich zefektivnění tak, aby byla zachována úroveň zdravotní péče.

Princip solidarity a ekvity nalezl svůj výraz především v systému povinného veřejného zdravotního pojištění a prakticky neexistující diferenciaci pojistných produktů nabízených jednotlivými zdravotními pojišťovnami. Projekty podpory zdraví cílené na minority nebo na osoby handicapované mohou sloužit jako ilustrace uplatnění těchto principů v kon-

krétních programech. Určitou mezerou je propojení výsledků výzkumu s politickou praxí – v textu programu Zdraví 21 ČR (Cíl č. 2: Spravedlnost ve zdraví) je uvedeno, že „Průzkumy veřejného mínění dosud neupozornily na větší problémy v této oblasti, objektivních podkladů není dostatek...“ [MZ, 2003], což nekoresponduje s výsledky výzkumných studií (např. [Holčík, 2000], [SZÚ, 2002]). Přestože v této oblasti zatím nejsou znatelné „větší problémy“, jsou k naplnění Cíle č. 2 navrženy dílčí úkoly (př. snížit rozdíly ve střední délce života v jednotlivých socioekonomických skupinách nejméně o 25 %, omezovat socioekonomické vlivy, které negativně působí na zdraví, zamezit zvyšování podílu osob, které žijí v nedostatku finančních prostředků), které by měly (zatím nepodložené) problémy řešit.

Jako příklad uplatnění principu participace a zodpovědnosti mohou sloužit především projekty nevládních, neziskových organizací, pomáhajících cílovým skupinám, ať už v rámci komunity nebo v širším kontextu. Pokud jde o participaci samotných cílových skupin na realizaci projektu, pak existuje řada příkladů, především pak programy zaměřené vytváření zdravých životních podmínek, tj. projekty „Zdravé město“ a „Škola podporující zdraví“.

Diskuse o hodnotovém rámci podpory zdraví a programu HFA se odehrávala především v první polovině 90. let, na půdě Národního centra podpory zdraví a na stránkách periodika Podpora zdraví, vydávaného tímto centrem. Můžeme říci, že reflexe těchto principů také stála při začlenění České republiky do programů „Zdravé město“ a „Škola podporující zdraví“.

3. Postup na základě vytyčených cílů (target approach)

Přístup založený na hierarchickém systému cílů, strategií, nástrojů a indikátorů je možno interpretovat různými způsoby. Formulace cílů je jedním z konstitutivních atributů každého programu. Budeme-li pojmem „target approach“ rozumět přístup, který pokročil v operacionalizaci cílů do té míry, že je schopen žádoucí stav popsat pomocí měřitelných ukazatelů, potom můžeme hovořit o dvou programech – NPOZP [MZ, 1992] a Zdraví 21 ČR. Oba programy vlastně představují národní strategii rozvoje zdraví pro vymezené období a oba vycházejí z evropských strategií HFA

4) Př. u aktivitu 13.6.5 ke splnění dílčího úkolu 13.6 (Zavázat alespoň 10 % středních a velkých firem k dodržování principů zdravé společnosti/firmy) je u odpovědnosti uvedeno 6 institucí (MZ, MPSV, MPO, ČÚBP, VÚBP, Sdružení pro cenu ČR za jakost).

5) Celostátní vzdělávací projekt akreditovaný MŠMT, www.doto.cz

6) Podle Zákona č. 129/2000Sb., o krajích - „Kraj pečuje o všestranný rozvoj svého území a potřeb občanů...“

7) KHS jsou orgány ochrany veřejného zdraví, kterým „náleží spolupracovat se správními úřady a s orgány samosprávy při tvorbě zdravotní politiky příslušného regionu“ [Zákon č. 258/2000Sb., §82, písm. r]

8) ZÚ jsou zdravotnická zařízení, jsou příspěvkovými organizacemi MZ ČR, zřizují se k „podílení se na provádění místních programů ochrany a podpory zdraví, jakož i k výchově k podpoře a ochraně veřejného zdraví a k poskytování poradenských služeb a dalších služeb na úseku ochrany veřejného zdraví. [Zákon č. 258/2000Sb., §86]

9) Ústavní zákon ČNR č. 1/1992 Sb., Ústava České republiky a Usnesení ČNR č. 2/1992 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky

a Health 21. Prvým programem nebyl vlastně nikdy vyhodnocen vzhledem k tomu, že nebyly splněny některé podmínky jeho implementace. Pokud jde o program Zdraví 21 ČR, je předčasně jej hodnotit s ročním odstupem.

4. Závěr

Strategie HFA a Health 21 vycházejí z konceptu podpory zdraví, zohledňují nutnost participace celé společnosti na rozvoji a ochraně zdraví lidí. Co se týče programu HFA, nedošlo v ČR v požadovaném rozsahu k jeho implementaci. Koncept multisektorového přístupu k podpoře zdraví se v průběhu první poloviny 90. let postupně vytrácel z tvorby veřejné politiky, což se projevilo mj. zrušením Ústavu sociálního lékařství a organizace zdravotnictví (1992), Národního centra podpory zdraví (1995) a nečinností Národní rady zdraví, která měla být nadresortní platformou pro tvorbu a realizaci politiky podpory zdraví. Rovněž Rady zdraví na úrovni samospráv, které měly také zajistit koncepční a koordinovaný celostní přístup ke zvládnutí determinant zdraví v celé jejich šíři, nebyly vytvořeny. Politiku v oblasti životního prostředí více než program HFA ovlivnilo rozhodnutí o perspektivě přidružení ČR k EU, v jehož kontextu tato oblast tvořila samostatnou kapitolu přístupových jednání, a zároveň mezinárodní konference na ministerské úrovni věnované problematice životního prostředí. Školství reagovalo na potřebu rozvoje a podpory zdraví úpravou osnov a vytvořením strategie prevence sociálně patologických jevů, na niž je znatelný vliv HFA. Při realizaci české verze Health 21 resort školství spolupracuje na plnění některých dílčích úkolů.

Na konci roku 2002 byl Vládou ČR schválen dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatel ČR Zdraví 21, který je českou variantou programu WHO Health 21. Hodnotit realizaci tohoto programu je v současné době předčasně, první hodnotící zpráva měla být předložena Vládě ČR na podzim 2004. V současné době jsou výsledky provedené studie velmi aktuální, protože znalost chyb, které zapříčinily nedostatečnou implementaci programu HFA, pomůže vyvarovat se stejných postupů při realizaci českého programu Zdraví 21 ČR.

V ČR byl ve spolupráci s WHO realizován projekt Hodnocení politiky podpory zdraví v ČR. Je to jeden z prvních evaluačních kroků v oblasti politiky podpory zdraví. Závěrečná zpráva obsahuje nejen závěry hodnocení aktivit v uplynulých letech, ale i doporučení pro zefektivnění tvorby a realizace politiky podpory zdraví. Výsledky budou publikovány v prosinci 2004.



SOUHRN

CÍLE: Cílem studie je deskripce situace v ČR ve vybraných okruzích podpory zdraví a analýza vlivu evropské strategie Zdraví pro všechny a Zdraví 21 na tvorbu a realizaci veřejných politik ovlivňujících zdravotní stav obyvatel v České republice. Tato hodnotící studie vznikla na základě požadavku Evropské úřadovny WHO (WHO/EURO), která shromažďuje zkušenosti z jednotlivých členských zemí. Výsledky těchto analýz budou použity při aktualizaci programu Zdraví pro všechny, který má být formulován v roce 2005.

METODY: Obsahová analýza dokumentů, pro vypracování studie byla dodána požadovaná struktura práce.

ZJIŠTĚNÍ: Strategie Zdraví pro všechny do r. 2000 (HFA) a Zdraví 21 (Health 21) jsou programovým vyjádřením celospolečenského přístupu ke zlepšování zdraví a kvality života celé populace a vycházejí z mezioborového konceptu podpory zdraví. V České republice nedošlo v požadovaném rozsahu k implementaci programu Zdraví pro všechny. Koncept multisektorového přístupu k podpoře zdraví se v průběhu první poloviny 90. let postupně vytrácel z tvorby veřejné politiky, což se projevilo mj. zrušením Ústavu sociálního lékařství a organizace zdravotnictví (1992), Národního centra podpory zdraví (1995) a nečinností Národní rady zdraví, která měla být nadresortní platformou pro tvorbu a realizaci politiky podpory zdraví. Národní rada zdraví a Rady zdraví na úrovni samospráv měly rovněž zajistit koncepční a koordinovaný celostní přístup ke zvládnutí determinant zdraví v celé jejich šíři. Politiku v oblasti životního prostředí více než program Zdraví pro všechny ovlivnilo rozhodnutí o perspektivě přidružení ČR k EU, v jehož kontextu tato oblast tvořila samostatnou kapitolu přístupových jednání, a zároveň mezinárodní konference na ministerské úrovni věnované problematice životního prostředí. Školství reagovalo na potřebu rozvoje a podpory zdraví úpravou osnov a vytvořením strategie prevence sociálně patologických jevů, na niž je znatelný vliv HFA. Na konci roku 2002 byl Vládou ČR schválen dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatel ČR Zdraví 21, který je českou variantou programu WHO Health 21. V současné době jsou výsledky provedené studie velmi aktuální, protože znalost a formulace chyb, které zapříčinily nedostatečnou implementaci programu HFA, pomůže vyvarovat se stejných postupů při realizaci českého programu Zdraví 21.

Práce vznikla za podpory Evropského centra pro zdravotní politiku v Bruselu, WHO

literatura

HAVLÍNOVÁ, M. a kol.: Program podpory zdraví ve škole. Rukověť projektu Zdravá škola. Praha, Portál 1998

HOLČÍK, J.: Souhrnná měření zdravotního stavu obyvatelstva a hodnocení zdravotní situace, závěrečná zpráva o řešení grantu IGA IZ/4319-3, 2000

KALINA, K. et al: Návrh nového systému zdravotní péče, MZ ČR, říjen 1990

KUČERA, Z. et al: Hodnocení vlivu na zdraví: hlavní koncepty a navrhovaný postup, In Zdravotní politika a ekonomika 1/2002, IZPE, 2002

MF ČR: Střednědobý výhled veřejných rozpočtů na období 2003-2006, Koncepce reformy veřejných rozpočtů, MF ČR, prosinec 2002

MZ: Národní program obnovy a podpory zdraví, MZ, 1992

MZ: Národní program zdraví, dlouhodobá strategie, MZ 1995

MZ: Akční plán zdraví a životního prostředí České republiky, MZ ČR ve spolupráci s Ministerstvem životního prostředí ČR a Ministerstvem zemědělství ČR. Praha 1998

MZ: Zdraví 21. Dlouhodobý program pro zlepšování zdravotního stavu obyvatel. Zdraví pro všechny v 21. století ISBN 80-85047-99-3, MZ ČR, 2003

MŠMT ČR: Základní škola (čj. 16847/96-20), Obecná škola (čj. 12035/97-20), Národní škola (čj. 15724/97-20)

MŠMT ČR: Školní preventivní program pro MŠ, ZŠ školská zařízení. Koncepce a strategie, 2001

NSZM: Zpráva o stavu činnosti – Národní síť Zdravých měst, NSZM 2004

SZÚ: Tackling Inequalities in Health – National Final Report – Czech Republic, SZÚ 2002

OŠANEC, F.: Evropská zdravotně politická strategie SZO, Podkladová studie pro projekt HH č. 11/93 Národního programu zdraví MZ ČR „Zdravotní stránka dlouhodobého programu podpory a ochrany zdraví“, 1993

POTŮČEK, M. et al: Návrh reformy péče o zdraví, Pracovní skupina MZSV ČR pro reformu (SKUPR), květen 1990

Zákon č. 258/2000Sb., O ochraně veřejného zdraví (In English www.mzcr.cz). International Labor Office. Geneva, Switzerland 2002. ISBN 92-2-113237-4

Tisk o návrhu reformy

Drowning, falls and burns belong to the most frequent cause of fatalities. In the Czech Republic, drowning constitutes the second, most frequent cause of forcible death just after road accidents. Even so we have not found the study dealing with drowning and injuries connected with water. On these grounds the research orientated on causes of drowning and almost drowning has also been realized in the Czech Republic since 2001. The goals of this project (IGA MZ ČR) are based partly on implementation of monitoring given problems during the period 2001 – 2004 with emphasis on health and social aspect, and partly on elaborating preventive programmes that would lead up to reducing the number of these fatalities. Six institutions, from among them the Institution for Medical Information and Statistics of the Czech Republic, and institutions and sections of forensic medicine that seem to be the most relevant mines, serve as information sources for this monitoring. Within the bounds of research, the data on drowned persons in the Czech Republic in 2003 were gathered from all the institutions and sections of forensic medicine, and from ÚZIS (The Institution for Medical Information and Statistics). The results of research show the need of forming standard system of gathering information on drowned persons.

KEY WORDS: forensic medicine, drowning, rigorous and standard software, databasis

Utonutí a téměř utonutí

z pohledu soudního lékařství

Magdalena Čapková, Miloš Velemínský, František Vorel, Michal Beran, Lenka Chadová, Jiří Hladík

Utonutí je po dopravních úrazech druhou nejčastější příčinou úmrtí v důsledku vnější příčiny v ČR (9). Utonutí lze definovat, jako úmrtí do 24 hodin v důsledku úrazu v souvislosti s potopením. Tonutí neboli téměř utnutí (near drowning) je úraz v souvislosti s potopením, kdy jedinec přežije 24 hodin (5). Mezi tonoucími, kteří ztrácejí vědomí je mortalita téměř 50 % (2). Utonutí není vzhledem k zvyšujícímu se počtu úrazů a k závažnosti následkům stále věnována dostatečná pozornost (4). Proto Ministerstvo zdravotnictví přijalo projekt, který se zabývá tímto problémem se zaměřením na zavedení eventuálních preventivních aktivit. Od roku 2001 je realizován výzkum zaměřený na sledování příčin utonutí a „téměř utonutí“. Prevence utonutí a téměř utonutí vyžaduje znát příčiny úrazu, které však většina zdrojů nevyšvětluje.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS), jehož zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR, je součástí státní statistické služby. Ústav dlouhodobě zpracovává údaje z jednotlivých oblastí zdravotnictví, zajišťuje mezinárodní spolupráci v oblasti zdravotnické statistiky a je za Českou republiku předkladatelem oficiálních informací z Národního zdravotního informačního systému (10).

Soudní lékařství je součástí léčebně-preventivní péče. Ústavy a oddělení soudního lékařství jsou na všech lékařských fakultách a ostatních – dříve krajských nemocnicích v Českých Budějovicích, Ústí nad Labem a Ostravě. Dále je oddělení soudního lékařství v nemocnici v Sokolově (8).

Soudně-lékařská služba provádí zdravotní

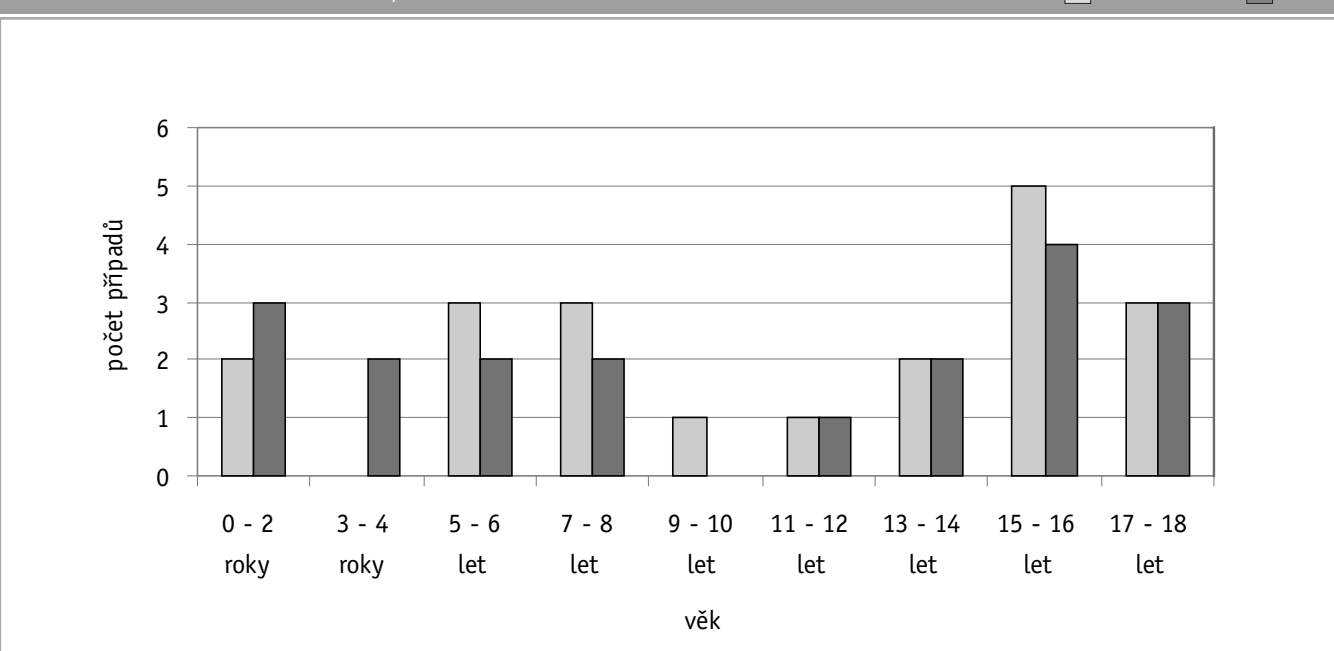
pitvy u náhlých a násilných smrtí (pitvy zemřelých náhle mimo zdravotnické zařízení a všech zemřelých násilnou smrtí – úrazem) a pitvy nařízené dle § 115 trestního řádu orgány činnými v trestním řízení. Provádí také toxikologická vyšetření pitvaných osob a další toxikologická vyšetření. Zjišťuje hladinu alkoholu v krvi (7,8). Dle Vyhlášky MZ 19/88 Sb., o postupu při úmrtí a o pohřebnictví by u všech případů utonutí měla být provedena pitva lékařem oddělení soudního lékařství. Po pitvě je lékař povinen vyplnit List o prohlídce mrtvého a jednu kopii zaslat ÚZIS (prostřednictvím matrice). ÚZIS shromažďuje veškeré Listy o prohlídce mrtvého, tedy i údaje o všech utonulých.

Ve vztahu k povaze shromažďovaných informací lze ÚZIS a ústavy a oddělení soudního lékařství považovat za nejvýznamnější instituce, jejichž data jsou ve výzkumu utonutí využívána. Z činnosti výše uvedených institucí vyplývá předpoklad získání relevantních a ve vztahu k incidenci – úplných dat o případech utonutí v České republice za sledované období. Teoreticky by se základní data obou institucí měla shodovat.

Cílem sdělení je seznámit odbornou veřejnost:

- s informacemi týkajícími se počtu utonulých v roce 2003
- poukázat na nejednotnost a nedokonalost ve vykazování statistických údajů
- upozornit na nedokonalost kódování příčin utopení podle „Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize“
- zhodnotit význam soudního lékařství při vzniku preventivních programů zaměřených na snížení těchto smrtelných úrazů

Graf č. 1: Věk dětí v souvislosti s utopením



Metodika

Informace řešitelé projektu získali z ÚZIS a z ústavů a oddělení soudního lékařství. Při zjišťování příčin utopení používají řešitelé kódů „Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize“. V rámci výzkumu byla shromážděna data o všech utonulých osobách v ČR v roce 2003 a to ze všech pracovišť soudního lékařství a z ÚZIS (data z registru na republikové úrovni). Získané informace z ÚZIS i z pracovišť soudního lékařství jsou v souladu se zásadami obsaženými v zákoně č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. Z ÚZIS byly získány informace o věku, pohlaví, místě bydliště a příčině utonutí. Z dat pracovišť soudního lékařství lze zjistit věk a pohlaví oběti, v některých případech rodinný stav, případně také zaměstnání, bydliště, příčinu utonutí, přítomnost alkoholu v krvi utonulého či přítomnost jiných toxikologických látek v organismu.

Výsledky

Statistika ÚZIS (tab 1.) obsahovala za rok 2003 v ČR celkem 245 případů utonutí. Soubor utonulých osob tvořilo 170 mužů (69 %) a 75 žen (31 %). Ze záznamů soudního lékařství bylo vyhledáno celkem 195 případů utonutí za rok 2003. Celkem utonulo 141 mužů (72 %) a 54 žen (28 %). 1)

Diskuse

Výsledky výzkumu za rok 2003 ukazují velké disproporce v získaných datech, které se týkají utonulých osob. Ve všech tabulkách

Tabulka č. 1 Souhrnná statistika utopených v roce 2003

Utonutí rok 2003	ÚZIS	Soudní lék.
Celkem	245 (100 %)	195 (100 %)
Muži	170 (69 %)	141 (72 %)
Ženy	75 (31 %)	54 (28 %)
Příčina úrazu:		
Náhodné (u)tonutí a potopení		
- pád do přírodní vody	58 (24 %)	57 (29 %)
- pobyt v přírodní vodě	27 (11 %)	21 (11 %)
- pád do vany	1 (0,5 %)	1 (0,5 %)
- pobyt ve vaně	14 (6 %)	6 (3 %)
- pád do bazénu	1 (0,5 %)	0 (0 %)
- pobyt v bazénu	3 (1,5 %)	2 (1 %)
- jiné určené utonutí	11 (4,5 %)	23 (12 %)
- neurčené utonutí	96 (39 %)	12 (6 %)
Napadení druhou osobou	3 (1,5 %)	2 (1 %)
Úmyslné sebepoškození	25 (10 %)	17 (9 %)
Utonutí nezjištěného úmyslu	6 (2,5 %)	54 (27,5 %)

jsou jisté rozdíly mezi evidencí ÚZIS a evidencí oddělení soudního lékařství. Autorům se např. nepodařilo vysvětlit disproporce mezi údaji obou statistik „Utonutí nezjištěného úmyslu“, kdy je počet utonulých vykazovaných pracovišti soudního lékařství devětkrát vyšší než ve statistice ÚZIS (Tab 1). Jak již shora uvedeno často se příčina utonutí neobjasní. Právě pro tuto skupinu příčin utonutí se bude muset najít způsob jak příčiny objasnit a tím pomoci zdokonalit připravované preventivní programy. V Tab. 1 je dále popsán počet utonulých po pádu do přírodní vody, který je u náhodného utonutí nejčastějším mechanismem úrazu. Vana byla místem utonutí v 7 případech, pádem do vany utonula

78letá žena, ostatních 6 osob utonulo při koupání. Jednalo se převážně o ženy. Věk osob utonulých ve vaně se pohyboval mezi 39 – 78 lety. Bazén se stal místem utonutí celkem ve 4 případech (tj. 1,5 % z celkového počtu utonutí) – v souvislosti s koupáním v bazénu utonuly 3 osoby (1 %), pád do bazénu byl zaznamenán v 1 případě (muž 85 let). V ČR je poměrně málo úmrtí spojeno s pobytem dětí v bazénu. V souvislosti s napadením druhou osobou utonuly 3 osoby (1 %) – 2 muži (51 a 62 let) a 1 žena (78 let) – podle údajů ÚZIS. V této souvislosti však soudní lékařství uvádí 2 případy utonutí – ženy ve věku 23 a 38 let. Ze zdrojů soudního lékařství je úmyslné sebepoškození utonutím je uvá-

Tabulka č. 2 Příčiny utopení dětí v roce 2003

Děti 0-18 let	počet případů	
	ÚZIS	soudní
Příčina		
Náhodné (u)tonutí a potopení		
- pád do přírodní vody	7 (37 %)	8 (40 %)
- pobyt v přírodní vodě	1 (5 %)	3 (15 %)
- pád do vany		
- pobyt ve vaně		
- pád do bazénu		
- pobyt v bazénu	1 (5 %)	1 (5 %)
- jiné určené utonutí		3 (15 %)
- neurčené utonutí	9 (48 %)	1 (5 %)
Napadení druhou osobou		
Úmyslné sebepoškození	1 (5 %)	
Utonutí nezjištěného úmyslu		4 (20 %)

Tabulka č. 3 Požití alkoholu v souvislosti s utopením

Alkohol	počet případů
Muži	55 (36 %)
Ženy	16 (29 %)
Celkem	71 (36 %)

Tabulka č. 4 Požití toxických látek v souvislosti s utopením

Toxické látky	počet případů
Těkavé	14 (7 %)
Benzo	8 (4 %)
Jiné	7 (3,5 %)
Sympato	4 (2 %)
Nikotin	4 (2 %)
Kofein	3 (1,5 %)
Kannabis	2 (1 %)
Opiáty	1 (0,5 %)

děno u 15 osob, dále je uveden 1 případ úmyslného otrávení s následným utonutím a 1 případ oběšení spojený s utonutím. Tyto případy jsou zahrnuty do kategorie úmyslné sebepoškození – celkem bylo zaznamenáno 17 případů (9 %). Ze zdrojů ÚZIS se jednalo o 25 osob. Z Tabulky č. 1. je patrná nedokonalost používané publikace „Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize“ je v tomto ohledu nedokonalá.

Tabulka č. 2 uvádí přehled příčin utopených dětí. Graf č. 1 odpovídá předpokládanému zjištění, že utonou hlavně děti předškolního věku a adolescenti tzn. projevuje se nedostatečný dozor dospělých respektive podcenění rizika adolescenty. Mezi faktory ovlivňující tonutí je věk na prvním místě. Nejrizikovější skupinou jsou děti v předškolním věku, dále následují děti starší – podíl dětí utonulých do 15 let činí 25 % (3). Z přehledu v Tabulce č. 2 opět vyplývá nejasnost mezi údaji ÚZIS a údaji získanými z oddělení a ústavů soudního lékařství.

Tabulky č. 3 a č. 4 uvádějí výsledky, které lze získat pouze od oddělení soudního lékařství a ústavů soudního lékařství. Jsou však velmi důležité při objasňování příčin utopení, tedy sekundárně pro prevenci. Konzumace alkoholu se ukazuje jako velice výrazný faktor ovlivňující pravděpodobnost utonutí. Američtí autoři Quan a Cummings uvádí ve své studii, která probíhala v letech 1980 – 95 ve třech oblastech státu Washington, výskyt alkoholu v krvi u 22 % utonulých osob a defi-

publikové statistice ÚZIS – jedná se o 4 muže a 5 žen, ačkoli osoby byly pitvány pracovišti soudního lékařství.

Tyto disproporce se těžko vysvětlují, protože ÚZIS získává data z „Listů o prohlídce mrtvého“, které by měli vyplňovat právě lékaři oddělení soudního lékařství. Větší počet utonulých vykazovaných ÚZIS lze nejspíše vysvětlit tím, že není zcela dodržována legislativa, a někteří utonulí nejsou pitváni, popř. jsou pitváni mimo ústavy a oddělení soudního lékařství např. na oddělení patologie, které nemá ze zákona povinnost hlášení případů ÚZIS.

Závěr

Jednou z podmínek snižování úrazů spojených s utonutím a téměř utonutím je podrobná znalost příčin utopení. Proto je nutné provést monitoring těchto úrazů a navrhnout preventivní opatření. Pro úspěšné provedení monitoringu je nutné mít objektivní informační zdroje. Jsou prezentovány výsledky monitoringu utonulých osob v ČR za rok 2003. Dva zdroje statistických údajů vycházející z garancí státu jsou však rozdílné. Z tabulek je patrné, že není dodržována legislativa, ÚZIS dostává nedokonalé informace a proto dochází k získání rozdílných údajů. Východiskem by bylo dodržování legislativy a zpřesnění evidence.

Ukazuje se, že současně používaná „Mezinárodní klasifikace nemocí“ je v některých bodech nedokonalá. Soudní lékařství je obor, který hraje významnou roli při objasňování příčin těchto smrtelných úrazů. Proto je nutné zpřesnit a zpřísnit provádění pitev a hlášení těchto úmrtí tak, aby tento lékařský obor mohl přispět k vytváření preventivních programů zaměřených na úmrtí související s utopením.



Zpracováno za podpory grantu IGA MZ ČR č. NE/7302-3

Tabulka č. 5 Údaje o utopení v bazénu m = muž, ž = žena

Utonutí v bazénu	ÚZIS	Soudní lék.
Počet případů	4	2
Pohlaví + věk	m 2, m 39, m 50, m 85	m 7, m 39

Tabulka č. 6 Utonení vzniklé v souvislosti s napadením druhé osoby m = muž, ž = žena

Napadení druhou osobou	ÚZIS	Soudní lék.
Počet případů	3	2
Pohlaví + věk	m 51, m 62, ž 78	ž 23, m 38

Tabulka č. 7 Utonení, jehož příčinou bylo úmyslné sebepoškození

Úmyslné sebepoškození	ÚZIS	Soudní lék.
Počet případů	25	17

SOUHRN

Utonutí, pády a popáleniny patří mezi nejčastější příčinou smrtelných úrazů. V České republice tvoří utonutí druhou nejčastější příčinu násilných úmrtí po dopravních úrazech. Přesto jsme nenalezli studii zabývající se utonutím a úrazy spojenými s vodou. Také z těchto důvodů je od roku 2001 realizován výzkum zaměřený na příčiny utonutí a téměř utonutí v ČR. Cíle tohoto projektu (IGA MZ ČR) spočívají jednak v provedení monitoringu dané problematiky za období 2001-2004, s důrazem na její zdravotně sociální aspekt, a jednak ve vypracování preventivních programů, které by směřovaly k počtu snížení těchto smrtelných úrazů. Jako informační zdroje pro tento monitoring slouží šest institucí, z nichž Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS) a Ústavy a oddělení soudního lékařství se jeví jako nejvíce relevantní zdroje. V rámci výzkumu byla shromážděna data o utonulých osobách v ČR v roce 2003 ze všech ústavů a oddělení soudního lékařství a z ÚZIS. Z výsledků výzkumu je zřejmá potřeba vytvoření jednotného systému sběru informací o utonulých.

KLÍČOVÁ SLOVA: soudní lékařství, utonutí, důsledný a jednotný software, databáze

o autorech

Mgr. Magdalena Čapková
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc.
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

MUDr. František Vorel, CSc.
Oddělení soudního lékařství Nemocnice České Budějovice

MUDr. Michal Beran
Oddělení soudního lékařství Fakultní nemocnice Na Bulovce, Praha

MUDr. Lenka Chadová
Oddělení soudního lékařství Fakultní nemocnice Na Bulovce, Praha

MVDr.MUDr. Jiří Hladík
Ústav soudního lékařství Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

literatura

(1) Drowning Prevention: How Large is the Problem of Unintentional Drowning in the United States Dostupné z: <http://www.cdc.gov/ncipc/facts-heets/drown.htm> (10. 1. 2000)

(2) European Child Safety Alliance: Priorities for child safety in the European Union: Agenda for action. ECOSA 2001.

(3) Fact Book for the Year 2000: Working to Prevent and Control Injury in the United States Dostupné z: <http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/Fact-Book/fkwater.htm> (19.1.2000)

(4) GRIVNA, M., NENCKA, P. Utonutí dětí. In Grivna, M. a kol. Dětské úrazy a možnosti jejich prevence. Centrum úrazové prevence UK 2.LK a FN Motol, Praha, 2003. s. 49-55

(5) KALLAS, H. J., O'ROURKE, P. P. Drowning and immersion injuries in children. Curr Opin Pediatr. 1993. 5, 295 – 302.

(6) QUAN, L., CUMMINGS, P. Characteristics of drowning by different age groups. Injury Prevention, 2003. 9, 163-168.

(7) Soudně lékařské oddělení. Dostupné z: <http://www.nemcb.cz/wwwsoubory/oddeleni.html?oddeleni=22> (6. 5. 2004)

(8) Soudně lékařská služba. Dostupné z: <http://www.nemcb.cz/soudni/index.html#service> (14. 7. 2004)

(9) Statistika – Počty utonulých v České republice za rok 2000. Dostupné z: <http://vzs.praha.cz/about/StatAll.html>

(10) Výroční zpráva ÚZIS ČR za rok 2003. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/zakinf/uzis.htm> (14. 7. 2004)

(11) WIDOME, M. D. (ed.) Injury prevention and control for children and youth. American Academy of Pediatrics, 1997. 219-232.

SUMMARY: Alarming data show that every day 50 people die of tobacco related diseases in the Czech Republic. According to the World Health Organization 4.9 million world population die because of the same reason every year. Regarding not only health, but also economic effects of tobacco consumption, developed countries try to find ways to slow down the alarming trends. Following text is a review of basic regulatory mechanisms, which government can use and sometimes already uses. More then a theoretic essay it is aimed to be concrete analysis of current situation in the Czech Republic. The text aims to take stock of tobacco control efforts in the Czech Republic, to look at how far we have come and consider the work that remains to be done. Three chapters are focused on tobacco legislation and description of situation on tobacco advertising, taxes and warning labeling. There is also one example of plenty activities of the highly mobilized tobacco industry, which has got a strong influence on the public policy, campaigns and public awareness about tobacco epidemic in the Czech Republic.

literatura
BIČÍK, M.: Zákaz kouření svědčí výrobcům žvýkáčích tabáku. MF DNES. 8.9. 2004
EU, 2001 citace
HUMAN DEVELOPMENT REPORT, UNPD, New York, 2004, http://hdr.undp.org/reports/global/2004/
KORECKÝ, M.: Politické pitomosti, časopis Týden, č.22/2003
NCI: Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke, National Cancer Institute, 1999 (český souhrn IZPE Supplementum 1/2004)
MACHÁLKOVÁ, J.: Poslanci brzdí protikuřácký zákon. Lidové Noviny. 29.5.2004
ÚZIS: Světové šetření o zdraví (6.díl), Kouření tabáku a spotřeba alkoholu. Aktuální informace, 13.2. 2004
WHO: Framework Convention on Tobacco Control
WHO: Tobacco or Health: a Global Status Report. Geneva, Switzerland.1997
WILLEMSSEN, MARC, C.: The new EU health warnings are not very „cool“: Results from a survey among adolescents. (STIVORO, Hague) World Conference Tobacco or Health, Helsinki, August 2003.
Zákon č.634/1992 Sb., O ochraně spotřebitele

Malé změny k lepšímu

Objevování skrytých možností protitabákové politiky v ČR

Martin Tuček

Úvod

Alarmujícím odhadem vycházející ze zdravotních statistik je, že každý den zemře v ČR přibližně padesát lidí na nemoci prokazatelně způsobené škodlivinami tabákového kouře. Podle Světové zdravotnické organizace ze stejného důvodu umírá ve světě každých šest a půl vteřiny jeden člověk, ročně zemře na následky tabakismu země 4,9 milionů lidí. Vzhledem nejen ke zdravotním, ale i ekonomickým dopadům spotřeby tabáku se vyspělé společnosti snaží nacházet řešení zmírňující alarmující trendy. Následující text je souhrnem základních regulačních mechanismů, které stát může využít a někdy je již využívá. Spíše než teoretickým pojednáním se snaží být konkrétní analýzou stavu v současné ČR.

Prevalence spotřeby tabákových výrobků je společně s malarií, TBC a HIV zahrnuta mezi sledované indikátory hlavních zdravotních rizik v celosvětové Zprávě o lidském rozvoji (Human Development Report, 2004), kouření tabáku hodnotí Světová zdravotnická organizace jako největší odstranitelnou příčinou předčasného úmrtí současnosti (WHO 1997). Na tuto zásadní premisu by měl reagovat nejen zdravotnický systém, ale společnost a její instituce vůbec. Obecně lze stav české protitabákové politiky charakterizovat jako relativně dobrý, obzvláště s přihlédnutím k existujícím překážkám, sociálně-ekonomickým možnostem a realitě ČR vůbec. Konkretizace uvedeného vágního hodnocení objasní některé základní principy, které jsou v oblasti kontroly tabáku realizovatelné a v některých případech již dokonce realizované. Hlavním tématem tohoto zamýšlení jsou regulativy a zákonné normy prosazované státem. V úvodu je tedy nutné zdůraznit zlomový bod, od kterého se vše odvíjí a sice: Jak proble-

matiku kouření vnímá společnost. Situaci, kdy se společenské důsledky spotřeby tabáku (tedy nejen zdravotní, ale i ekonomické dopady) stanou skutečným veřejným tématem a prevence věci veřejného zájmu, lze totiž chápat jako prvotní a dosud „nevyužitou možnost“.

Společenské klima

I dokonalé a vymahatelné regulační mechanismy nemohou plnit svůj účel, jestliže budou v rozporu s realitou, či jinak řečeno s postojem zaujímaným většinou společnosti. Z mého pohledu nejvlivnějším aktérem jsou hromadné sdělovací prostředky. Ty se čas od času problematice kouření cigaret věnují, tématem bývají především ve světě nově zaváděná regulační opatření související se spotřebou tabákových výrobků, občas se dostane i na zdravotní důsledky tabákového dýmu. (Bičík 2004) V některých případech média pouze informují, jindy vytvářejí senzaci – většinou ale chybí prostor či vůle podat ucelený pohled na věc, eventuálně vyvolat hlubší diskusi o smyslu „regulací“. Jen v České republice zemře na následky kouření téměř 20 tisíc lidí ročně, přičemž počty kuřáků cigaret především mezi mladými lidmi a dětmi stoupají. (ÚZIS 2004) Aktéři veřejné politiky se snaží na tyto varovná fakta reagovat aktivitami, která se v zahraničí nazývají tobacco control. V ČR je kouření vnímáno jako přijatelné (spotřebitelské) chování, pro které se ustálilo označení zlovyk. V důsledku svého velkého rozšíření se tento jev stal běžnou součástí života kuřáků i nekuřáků. Kouřením sice lidé škodí svému zdraví, ale dělají tak vědomě, vždyť jsou ministerstvem zdravotnictví varováni a to na každé krabičce.

Vhodnější, realitě bližší pohled vidí v kuřákově člověka trpícího nejen psychickou, ale ve vět-

šině případech i fyzickou závislostí. Protože lze nikotin charakterizovat jako vysoce návykovou látku, je velmi obtížné s kouřením přestat; mnohým se to podaří jen dočasně, některým lidem se to nepodaří nikdy. Tabákovým dýmem pak prokazatelně poškozují zdraví nejen své, ale i svého okolí, jež je dýmu vystaveno (NCI, 1999). Z tohoto pohledu je tabák velmi škodlivou, nejrozšířenější drogou současnosti; jeho výroba je legální, prodej není téměř ničím omezen, dokonce je podporován reklamou. Je snadno dostupný, ve formě cigaret je k dostání téměř vždy a všude. Snad i to je příčinou zvyšujícího se počtu kuřáků, především u populace žen a mladých lidí. Vláda potažmo občanská společnost by tento fakt měla vnímat jako závažný problém a k jeho řešení podniknout dostupná opatření. Vedle osvěty a poskytování potřebné pomoci kuřákům, snažím se vymanit ze závislosti na nikotinu, lze ještě vytvářet mantinely, v kterých se bude (velmi lukrativní) tabákový průmysl pohybovat. Následující text se proto postupně věnuje tabákovým výrobkům z pohledu jejich propagace, prodeje, zdanění a vzhledu.

Reklama na tabákové výrobky

Jednou z největších změn v oblasti české protitabákové politiky je přijetí Zákona č.132/2003 Sb., jenž vstoupil v platnost 1.července 2004 a do značné míry omezuje reklamu na tabákové výrobky. Zákon není dokonalý a jeho nedostatky se jistě brzy objeví, je však v mnohém pokrokovější než do té doby platný Zákon č.40/1995 Sb., O regulaci reklamy na tabákové výrobky. Svým způsobem je nově přijatý zákon totiž stejně pokrytecký, jako většina předšlých, které lze ve stručnosti charakterizovat takto: Jeden z prvních regulativů reklamy novodobé éry byl Zákon č.37/1989 Sb., zakazující propagaci kouření v tisku a ostatních hromadných informačních prostředcích. Protože zákon zakazoval propagaci spotřeby a nikoliv výrobek samotný, vznikla stejně paradoxní situace jako u alkoholických nápojů. Ty mohou být, stejně jako cigarety, propagovány (téměř jakkoliv), ne už jejich požívání. Zákon byl tedy vůči reklamě zcela neúčinný, podobně jako nedokonalý Zákon č.634/1992 Sb., O ochraně spotřebitele – zakazuje propagovat výrobky prokazatelně škodlivé životu nebo zdraví. Aby to však nebylo tak jednoduché, nejenže se takové výrobky vyrábějí a volně prodávají, je možné je i propagovat – s podmínkou, že reklama musí obsahovat varování o škodlivosti výrobku. Podobně legislativní furiantství se bohužel projevilo i v nově přijatém Zákoně č.132/2003 Sb. Místo prostého zákazu je reklama pouze omezoována. Existuje tedy dobrá vůle regulovat (důležitou roli hraje i přístup zemí EU), odvaha zakázat ale chybí. Prav-

da, už nemusíme spekulovat, které tiskoviny jsou zaměřeny na nezletilé nebo jak kontrolovat umístění velkoplošné reklamy v okruhu 300 m od školy a dětského hřiště, nebudeme se setkávat s reklamou na cigarety v kinech, na koncertech a výstavách výtvarného umění. Ale i nadále bude tato propagace návykové látky k vidění všude tam, kde ji lze koupit. Zmíněná prodejní místa ovšem zákon nijak nedefinuje, o to se snaží návrh novely Zákona č. 37/1989 Sb., která by měla mj. zamezit tzv. pouličnímu stánkovému prodeji tabákových výrobků. I přes všechny uvedené výhrady by si za své mnohaleté úsilí při prosazování potřebných legislativních změn zasloužil poslanec MUDr. Josef Janeček (KDU-ČSL) uznání a chválu. Vzhledem k prokazatelnému tlaku, který na členy parlamentu opakovaně vyvíjel tabákový průmysl (především Philip Morris ČR) a který u „nezdravé“ liberálních zákonodárců našel znatelnou odezvu, je nově přijatý zákon o regulaci reklamy kompromisem v rámci stávajících možností sněmovny. (Machálková 2004) Ty nejsou, jak parlamentní diskuse při projednávání návrhu potvrdila, zrovna ideální. Při jedné z nich, dne 9.10.2002, např. místopředsedkyně PSP Miroslava Němcová uvedla, že čokoláda vede bezpochyby k podobným zdravotním rizikům jako kouření cigaret (stenoграфický záznam z PSP). Předpokládám, že i to je jeden z důvodů, proč ji firma Philip Morris ČR platila pobyt na loňském filmovém festivalu v Karlových Varech v roce 2003.

Pomyslné máslo na hlavě však nemají jen politici. Přístup některých novinářů či redakcí není o mnoho lepší, což je vzhledem k zákazu reklamy v tištěných médiích pochopitelné. Jen pro ilustraci – v roce 2003 utratil tabákový průmysl v ČR jen za reklamu v tisku 64,5 milionu Kč, dalších 137,7 milionů investoval do venkovní do venkovní reklamy (podle oficiálních údajů TNS A-Connect). Reakce novinářů by ale mohly být alespoň seriózní. Nejvíce mě v tomto směru zklamal jindy dle mého soudu korektní časopis Týden, jehož článek „Politické pitomosti“ (Korecký,2003) se promítl i do grafické podoby titulní stránky. Autor textu vybral z novodobé historie politické scény ČR návrhy a nápady, které označil jako největší hlouposti, přičemž ta poslední bohužel nepatří zmiňovanému citátu místopředsedkyně PSP Němcové, ale navrhovatelé zákona poslanci Janečkovi. Publicista zde argumentuje tím, že omezení reklamy na komoditu, která je zcela legální, nelze chápat jinak než jako jednu z největších hloupostí české politiky. Novinář zapomněl dodat, že návrh není specifikum české politiky, ale celosvětový trend, který je dokonce součástí mezinárodní Rámcové úmluvy o kontrole tabáku(WHO,). Názory na problematiku jsou jistě různé, v českém tisku se

používají nejspíše příklady počtu dopravních nehod či cukrovkářů a srovnávají nesrovnatelné (reklama na auta, sladkosti versus propagace cigaret). Příklad z časopisu Týden je o to smutnější, že označuje osobu, co chce z pozice zákonodárce problém řešit, veřejně za hlupáka.

Prodej a zdanění cigaret

Výroba cigaret je velmi lukrativní odvětví. Nejúspěšnější tuzemský výrobce Philip Morris ČR vykazuje roční čistý zisk kolem 4 miliard korun. Jestliže ročně zemře v ČR na následky kouření téměř 20 000 lidí, musí tabákový průmysl – ve snaze zachovat progresivitu svého podnikání – získávat nové zákazníky, eventuálně zvyšovat spotřebu cigaret u stávajících kuřáků. Rekrutace nových kuřáků je prokazatelně (a zcela logicky) zaměřena na nejmladší část populace, neboť naprostá většina kuřáků začala s kouřením před dosažením plnoletosti. Vedle reklamy na tabákové výrobky (propagace samotného kouření je totiž zakázána zákonem) je důležitá jejich dostupnost, a to nejenom finanční. Mladistvé začínající kuřáky lze souhrnně charakterizovat jako populaci, která by pro získávání cigaret neměla mít dostatečný věk a peníze. Uvedená teze je však pouze hypotetická a vychází z těchto předpokladů:

a) Nejen prodejce, ale každý, kdo poskytne člověku mladšímu osmnácti let tabákový výrobek, může být stíhán pro porušení zákona.
b) Finanční náklady dětí hradí jejich rodiče, kteří (ať kuřáci či nekuřáci) si jistě nepřejí, aby jejich děti kouřily. Svě děti kontrolují a mají o vyšších útratách kapesného přehled.

Tyto premisy jsou ideálním stavem zcela odlišným od reality. Protože smyslem této úvahy není apelovat na rodiče, ale poukázat na nedostatky umožňující snadný přístup dětí k cigaretám, je nutné připomenout že:

- 1) Stát neprovádí dostatečnou kontrolu prodejců, sankce, které za porušení zákona hrozí, jsou tedy patrně nedostatečné.
- 2) Umisťování prodejních automatů, umožňujících bezproblémový nákup cigaret bez kontroly plnoletosti, není ošetřeno zákonem.
- 3) Není regulován zásilkový prodej a prodej po internetu, který je hodnocen jako obtížně kontrolovatelná hrozba blízké budoucnosti.
- 4) Tabákové výrobky jsou v ČR levné, jejich zdanění není dostatečné.

Nárůst ceny cigaret v posledních deseti letech je pozvolný, obzvláště v komparaci s vývojem mezd. Dospěle by výrazně vyšší cena cigaret motivovala k omezení, v lepším případě k rozhodnutí zanechat kouření, pro dětské kuřáky by se drahé cigarety staly méně dostupné. Cenu tabákových výrobků ovlivňuje stát jejich daňo-





vým zatížením. To je v současné době nižší než v zemích EU, nárůst bude, vzhledem k vyjednanému tříletému přechodnému období, postupný. I zde je to zřejmě otázka priorit společnosti – ceny služeb, včetně oblastí volnočasových a vzdělávacích aktivit pro děti a mládež, se vstupem do EU zvyšují bez výjimky. Koncem září roku 2003 přehlasoval Parlament senátní veto znamenající první zdražení cigaret (alkoholu a pohonných hmot). To mělo teoreticky nastat v lednu tohoto roku, ale jak už je u podobných regulací zvykem, záhy se objevila skulinka v podobě „doprodeje loňských zásob“. Mezery v zákoně využil tabákový průmysl v plném rozsahu, jak prozradil tiskový mluvčí jednoho z tuzemských výrobců, během podzimu 2003 byla výrazně zvýšena výroba a zaveden trojzměnný provoz. Letošní zdražení cigaret, znamenající nárůst např. u nejspodnější značky Petra z 40 na 46 Kč, je dramaticky pouze zdánlivě – dosažená cena je dvojnásobkem ceny z roku 1993. Mohla být navýšena ještě o symbolickou 1 korunu, a to díky loňskému návrh bývalé ministryně zdravotnictví M. Součkové. Její myšlenka vybírat z každého prodaného balíčku cigaret (i z každé láhve alkoholu) 1 Kč na speciální zdravotnický fond však vyzněla jako neuvážená plácnutí do vody. Návrh, z kterého nebylo jasné, zda by peníze odváděli výrobci, distributoři či prodejci, nakonec nebyl vládě ČR předložen. Místo aby byla vyvolána potřebná diskuse o finančních nákladech spojených s léčbou nemocí, jež kouření a nadměrné pití alkoholu přímo způsobuje, jednalo se zřejmě o další možnost sehnat peníze do zadluženého zdravotnického systému – podpora zdraví a fakt, že normální je nekouřit, byly opomíjeny. Je pochopitelné, že každá koruna je pro resort zdravotnictví dobrá, způsob získávání těchto peněz by však měl být stejně snadno obhajitelný jako jejich použití – bezkonfliktní a průhledné. Bylo by logické aby takto získané finanční prostředky byly využívány na programy prevence kouření, ochrany práv nekuřáků, výchovy ke zdravému životnímu stylu a na zajištění léčby nikotinové závislosti. Stejně by bylo možné z těchto prostředků podporovat kulturní a sportovní akce, které dříve pro reklamní účely využíval tabákový průmysl.

Vzhled cigaret

Posledním tématem je samotná podoba výrobku. Stranou necháme použité chemikálie, i když dokumenty tabákového průmyslu zveřejněné v 90. letech u amerického soudního dvora jasně prokázaly, že tabák pro výrobu cigaret obsahuje velké množství přidaných látek (aditiv), jejichž jediným smyslem je zvyšovat jejich návykovost. Ty byly do tabáku přimíchávány i přes zjištěné navýšení karcinogenních látek

tabákového dýmu. Bohužel snadněji kontrolovatelná je podoba samotné krabičky, než její obsah. I tento obal je ale prostorem pro realizaci protitabákové politiky státu, i zde je žádoucí provést řadu změn. Vhodná opatření můžeme rozlišit na:

- a) velikost balení – zákaz prodeje kusových cigaret
- b) povinnost uvádět hodnoty u tří škodlivých látek (dehet, nikotin a oxid uhličitý), stanovení jejich maximální výše
- c) uvádět zdravotní varování

a) Zákaz prodeje kusových cigaret vznikl v roce 1995 především jako součást boje proti daňovým únikům. Ve snaze zabránit pašování jsou cigarety na našem trhu označovány kolkem, pro dodržování jednotné ceny je ochranná známka současně cenovkou. Ve většině vyspělých zemí je tzv. kusový prodej cigaret zakázán, v mnoha zemích je minimální velikost balení 20ks. Předpokládá se, že menší, tudíž i levnější balení zvyšuje poptávku po cigaretách u začínajících a „svátečních“ kuřáků, především ale u dětí. V roce 1999 byla na český trh firmou Tabakus uvedena novinka, balení obsahující jednu cigaretu. „Kusovka“, atypický výrobek nemající ve světě obdoby, „prolomila bariéru zákonů“ [citace z www.tabakus.cz]. Když se na jaře roku 2003 rozhodovalo o existenci „Kusovky“, uváděl se nejen malicherný, ale i nepravdivý argument. Zákaz by údajně zničil firmu, která zaměstnává v oblasti s vysokou nezaměstnaností 36 lidí. „Kusovka“ není jediným produktem této firmy, levné cigarety v balení po 10 a 20 kusech vyrábí od roku 2000 a v současné době nabízí čtyři značky v několika různých variantách. Omezit zákonem velikost balení je okrajovým, ale prospěšným opatřením směřujícím ke snížení prevalence kouření u mladistvých a dětí. Že je to aktuální, dokazuje (na český trh v roce 2003 zaváděné) balení po 10ks značky Marlboro.

b) Při spalování tabáku vzniká kouř obsahující 4000 chemických látek. Z nich je přes čtyřicet prokazatelně rakovinotvorných, dalších šedesát ke vzniku nádorových onemocnění přispívá. Kouř mj. obsahuje kyanovodík, sirovodík, benzen, nitrosaminy či radioaktivní polonium. V současné době musí na krabičce být vyznačeny hodnoty dehtu, nikotinu a nově i oxidu uhličitého, přičemž snížené hodnoty těchto látek výrobci využili pro zavedení tzv. lehkých cigaret. Pomocí označení a masivní kampaně se snažili vyvolat klamný dojem, že je tento typ cigaret méně škodlivý. Evropský soudní dvůr nedávno potvrdil direktivu EU z roku 2001, která označení „light“ „mild“ či „low tar“ zakazuje. Toto nařízení již vstoupilo v platnost ve všech zemích evropského společenství.

c) V ČR se zdravotní varování na obalech tabákových výrobků používá již několik let, na rozdíl od většiny evropských zemí však do letošního roku nebyl nepoužíván kontrastní typ písma a text varování zaujímal velmi malou plochu. V důsledku přizpůsobení našeho právního rámce nařízením platným v EU se zvětšila plocha zdravotního varování na 30% přední a 40% zadní plochy hlavní strany cigaretové krabičky. Lze považovat za milé překvapení, že k těmto změnám došlo již během letošního roku, ačkoli zákonem stanovená lhůta (Vyhláška č. 344/2003 Sb. <http://www.mvcr.cz/sbirka/2003/sb113-03.pdf>) je 1. květen 2005. Do budoucna lze, spolu s EU (Willemsen 2003), přemýšlet o podobě zdravotních varování využívajících ilustračních fotografií (jako je tomu v Kanadě a Brazílii). Tento formát je mnohem účinnější a je také doporučován Světovou zdravotnickou organizací.

Očekávaný vývoj

Je žádoucí, aby se rozsáhlá opatření protitabákové politiky dostala do popředí většího zájmu všech aktérů veřejné politiky. Když se tak nestane vzhledem k rozšíření a škodlivému působení kouření (zdraví obyvatelstva nebývá často prioritním politickým tématem), tak si pozornost vynutí platné směrnice a direktivy Evropské unie. Vedle platných zákonů a opatření je však důležitá i jejich funkčnost a vymahatelnost. V tomto směru má ČR skutečně co dohánět, jinak budou všechny regulativy jen deklarativního charakteru. Protitabáková politika u nás není prosazována kompetentní komisí či úřadem. Řada právních úprav byla předkládána ad hoc různými aktéry a spadá do kompetence několika ministerstev (vládní Meziřezortní protidrogová komise ČR své aktivity zaměřuje pouze na ilegální návykové látky). Zájmy a požadavky jednotlivých resortů se různí, jen vzácně jsou v souladu s cíly zdravotní politiky státu. Situace je obzvláště složitá vzhledem k počtu lidí závislých na nikotinu (třetina populace), významná je i ekonomická síla tabákového průmyslu (roční zisk v řádu několika miliard Kč.) Přes všechny komplikace je ale nutné, aby regulace tabákových výrobků byla důsledná a pokud možno komplexní.



SOUHRN:

Alarmujícím faktem na základě odhadu vycházejícího ze zdravotních statistik je alarmující zjištění: každý den zemře v ČR přibližně padesát lidí na nemoci prokazatelně způsobené škodlivými látkami tabákového kouře. Podle Světové zdravotnické organizace ze stejného důvodu umírá ve

světě každých šest a půl vteřiny jeden člověk, ročně zemře na následky tabakismu 4,9 milionů lidí. Vzhledem nejen ke zdravotním, ale i ekonomickým dopadům spotřeby tabáku, se vyspělé společnosti snaží nacházet řešení zmírňující alarmující trendy. Následující text je souhrnem základních regulačních mechanismů, které stát může a někdy již využívá. Spíše než teoretickým pojednáním se snaží být konkrétní analýzou stavu v současné ČR.

12. konference EUPHA

(European Public Health Association)

Jan Holčík

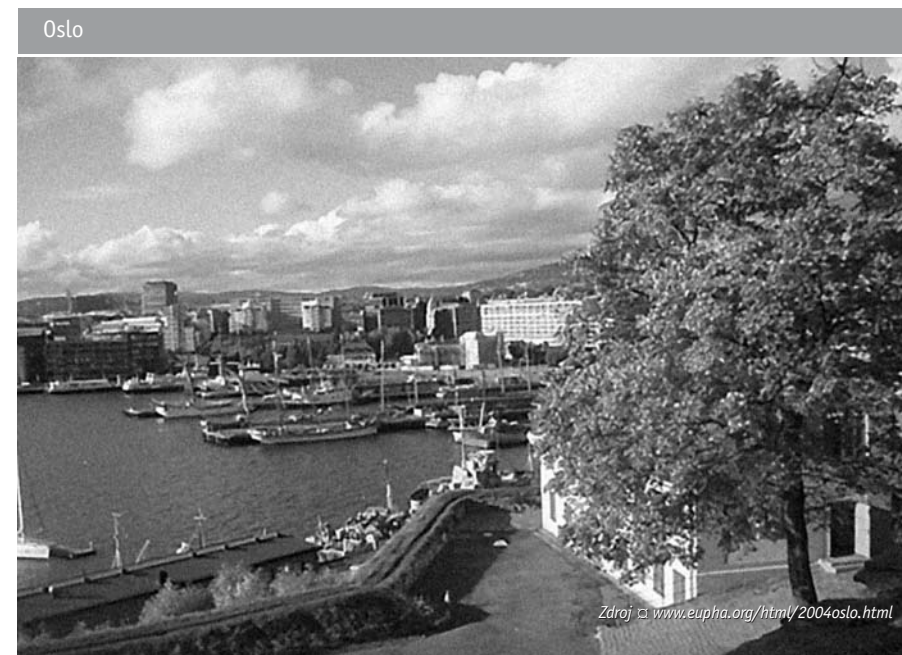
Patří k dobrým tradicím Evropské asociace veřejného zdravotnictví, že každoročně uspořádá konferenci zaměřenou na vhodně zvolené aktuální téma. Letošní, 12. konference EUPHA proběhla od 7. do 9. října 2004 v Oslo. Její hlavní téma bylo „Urbanizace a zdraví“. V plénu a mnoha navazujících sekcích se účastníci konference věnovali i mnoha dalším tématům, a to zejména: co je a kam směřuje „Public Health“, jaká je jeho náplň a poslání. Konference přesvědčivě doložila, že zdraví lidí patří v západní a severní Evropě k odborným i politickým prioritám.

1. Úvod

Termín Public Health je v Evropě chápán velmi široce. Jde o silný medicínský obor s hlubokými historickými kořeny. Zabývá se vším, co v populačním měřítku ovlivňuje zdraví lidí. V návaznosti na situaci v České republice zahrnuje mnoho medicínských i nemedicínských disciplín, např. sociální lékařství, veřejné zdravotnictví, hygienu, epidemiologii, preventivní lékařství, sociální pediatrii, sociální gerontologii, medicínskou sociologii, zdravotnickou ekonomii, sociální psychologii, populační genetiku, legislativu a informatiku. V dalším textu bude používán český ekvivalent „Veřejné zdravotnictví“, i když lze připustit, že tento termín odpovídá oboru Public Health jen částečně.

Terminologické, obsahové i metodické problémy nemáme v tomto ohledu jen v ČR. Každoroční konference EUPHA dokládá, že se veřejné zdravotnictví velmi dynamicky mění ve snaze reagovat na vývoj i změny determinant zdraví, na chápání hodnoty zdraví ve společnosti i na možnosti, které přináší rozvoj poznání i techniky.

To, co je na konferenci každoročně povzbudivé, je skutečnost, že o jednotlivých problémech přednášejí skvělí odborníci, jejichž přednášky vycházejí z poměrně rozsáhlých datových souborů a metodicky dobře provedených analýz. Diskuse k přednáškám bývají věcné, zasvěcené a kritické. To přispívá jak



k otevřenosti jednání, tak k širokému využití prezentovaných výsledků.

V tomto směru 12. konference nezklamala očekávání a navázala na dřívější jednání: Maastricht (1993), Kodaň (1994), Budapešť (1995), Londýn (1996), Pamplona (1997), Göteborg (1998), Praha (1999), Paříž (2000), Brusel (2001), Drážďany (2002), Řím (2003). V příštím roce se očekává konference v Gratzu (2005).

2. Zaměření a obsah veřejného zdravotnictví (prekonference – The Norwegian Medical Society)

Před vlastní konferencí probíhala celá řada jednání a seminářů, které využívaly toho, že na konferenci EUPHA přijíždějí odborníci z celé Evropy a otevírá se tak možnost ujasnit si jak obsahové, tak i metodické otázky související s veřejným zdravotnictvím.

Na prekonferenci pořádané The Norwegian Medical Society zaznělo mnoho podnětných myšlenek, které vycházely z konkrétní situace veřejného zdravotnictví v Norsku.

Řada z nich může být užitečná i pro zlepšení zdravotní situace v České republice.

Např. M. Nylenna navrhl, aby se veřejné zdravotnictví neopíralo jen o primární péči, ale aby se více uplatnilo i při řešení otázek nemocniční péče, která spotřebovává nejvíce finančních prostředků. Zásady i metody veřejného zdravotnictví by si měli osvojit všichni lékaři. Posílit by se měly kontakty mezi vědecky orientovanými pracovníky a těmi, kteří se veřejnému zdravotnictví věnují v praxi.

O. Larsen poukázal na zásadní odlišnost rozhodování v akutní klinické medicíně zaměřené na jedince a ve veřejném zdravotnictví, které se týká širších populačních celků a mělo by být orientováno na delší časový horizont. Jeden z hlavních úkolů veřejného zdravotnictví vidí v přípravě kvalitních podkladů pro strategická rozhodnutí.

G. Tellnes zdůraznil potřebu aktivizace občanů a význam komunitních zdravotních činností, které by měly být současně provázeny náležitým hodnocením, popřípadě i výzkumnou prací.



Jak plánují města, obce a regiony ČR svůj rozvoj?

M. Mittelmark se věnoval návaznosti medicínského a sociálního výzkumu. Vyslovil domněnku, že se dosud ani zdaleka nevyužívají epidemiologické metody v sociologickém výzkumu a stejně tak i metody sociálního výzkumu v péči o zdraví. Důsledkem toho je např. pomalý rozvoj cílené výchovy ke zdraví. Termínem „Cultural epidemiology“ označil oblast mezi epidemiologií a antropologií a poukázal na její praktickou potřebu.

Na vazbu mezi péčí o zdraví a demokracií se zaměřil N. Aarsaether. Vyšel z návaznosti sociálního a politického kapitálu. Demokratickou účast (democratic participation) označil za nezbytnou charakteristiku dobré zdravotní péče.

H. Anstad ocenil dosavadní výsledky studií věnovaných dopadu zdravotní péče (health impact assessment), ale současně upozornil na užitečnost dlíhého sjednocení metodiky, které by umožnilo věrohodnější mezinárodní srovnání, a na potřebu cílenější orientace na posilování a rozvoj zdraví.

Problematické reformy norského zdravotnictví se věnoval O. Naes. Narůstající náklady na zdravotní péči vedou k doporučením zajistit lepší transparentnost využití finančních nákladů. Poukázal na to, že klinické obory vedou účinněji prosazovat své skupinové zájmy (občanská i politická veřejnost jim naslouchá) a že se dosud nedaří v potřebné míře přihlížet k návrhům vycházejícím z analýz, poznatků a zkušeností veřejného zdravotnictví.

3. Jednání konference EUPHA

Největším dojmem na mne zapůsobila plenární zasedání, a to zejména přednáška Gro Harlem Brundtlandové. Snad je vhodné připomenout, že v letech 1974–79 byla v Norské vládě ministryní životního prostředí, pak po deset let vykonávala funkci ministerské předsedkyně a v letech 1998–2003 byla generální ředitelkou Světové zdravotnické organizace. Ve své přednášce se věnovala hlavním zdravotním problémům globalizovaného světa.

Poukázala na význam míru, lidského rozvoje a bezpečnosti. Zmínila se o relativně úspěšných opatřeních v boji proti kouření a poukázala na hlavní světové zdravotní hrozby, a to včetně bioterorismu. Její přednáška byla pozoruhodná svou cílevědomostí a přesvědčivostí. Zdůraznila nutnost sdílení zdrojů, znalostí i zdravotní péče.

Rovněž Sigeristova přednáška věnovaná sociálním a zdravotním nerovnostem v Evropě patřila k významným vystoupením. Johannes Sigerist (profesor medicínské sociologie

a ředitel Oddělení medicínské sociologie Univerzity v Düsseldorfu) vedl v minulých pěti letech výzkumný evropský projekt: Sociální variabilita a zdravotní nerovnosti v Evropě.

Ve své přednášce zdůraznil význam sociálních podmínek v dětství, a to včetně okolností, kterým byla matka vystavena během těhotenství. Během dospívání se rozhoduje o většině zdravotních rizikových faktorů. Ve středním věku v návaznosti na životní sociální role narůstá důležitost řady rizikových okolností, které mohou vést k předčasným úmrtím (alkoholismus, deprese apod.). Obsahem přednášky byl popis, analýza a návrhy vhodných preventivních opatření orientovaných např. na děti i na pracovní trh a pracovní podmínky.

I ostatní přednášky přednesené v plénu byly věnovány zásadním zdravotním problémům a možnostem, jak je zvládat. Např. Thomas Zeltner (ředitel švýcarského federálního úřadu pro veřejné zdravotnictví) informoval o možnostech podpory zdraví dětí v měnící se Evropě. O důsledcích genetického výzkumu pro veřejné zdravotnictví referovala Camilla Stoltenbergerová. Pozoruhodná byla rovněž přednáška Charlese Normanda zaměřená na zlepšení kvality výuky v oblasti veřejného zdravotnictví.

Pokud jde o jednání v sekcích, byla zahrnuta snad všechna témata, která jsou předmětem výzkumu, např. zdraví migrantů, duševní zdraví, zdraví žen a těhotenství, péče a léčba, děti a životní způsob, zdraví v rodinách, zdravotní výchova, pracovní lékařství, medicína katastrof, otázky integrované péče, zdraví a zdravotní politika, urbanizace, zdravotní indikátory, výživa a tělesná aktivita, pracovní neschopnost a její determinanty, prevence úrazů, výzkum zdravotních systémů, epidemiologie nerovnosti, farmakoekonomie, životní prostředí a zdraví dětí, pacienti a zdravotnictví, populační genetika, etické problémy péče o zdraví, základní zdravotní péče a praktická medicína, nerovnosti ve zdraví, informační a komunikační technologie apod. Nebylo samozřejmě možné stihnout celý obsah konference. Bylo možné zachytit jen onu pověstnou „špičku ledovce“. Rámcovou informací o jednotlivých přednáškách lze čerpat z publikovaných souhrnů (EUPHA 2004).

4. Shrnutí a závěr

V evropském měřítku se mnohé „aktuální“ problémy zdravotnictví v České republice jeví jako okrajové. Současně je však zřejmé, že řešení řady zdravotních problémů

zůstává u nás nedocenoeno, např. zdravotní politika, decentralizace, regionalizace, problémy komercializace zdravotní péče a otázky řízení péče o zdraví v návaznosti na členství v EU.

Konference nebyla pozoruhodná jen kvalitou přednášek, ale i kvalitou diskuse. Diskutující byli kritičtí, dovedli vyhmátnout podstatu a byli skvěle odborně připraveni. Není sporu o tom, že konference byla významným přínosem pro bilanci i další rozvoj veřejného zdravotnictví v Evropě.

Pokud bychom chtěli srovnávat úroveň veřejného zdravotnictví v Evropě a v České republice, pak se asi neubráníme dojmu, že je co dohánět. Nejde jen o to, že v důsledku podcenění návaznosti soustavné teoretické i výzkumné práce a odborné přípravy v oblasti veřejného zdravotnictví se obvykle do popředí dostávají dílčí problémy, které se potom stávají předmětem názorových rozepří. Jako by hlavní snahou některých skupin bylo získat co největší potenciál vydírání, který se potom stává významnou „kartou“ v boji o skupinové a obvykle jen krátkodobé výhody.

Evropské měřítko straní spíše odborné připravenosti, etické oprávněnosti a neokázalé slušnosti. Veřejné zdravotnictví prochází v celé Evropě mnoha změnami a čelí řadě závažných problémů. Důležité je, že se o nesnázích otevřeně diskutuje ve snaze je zvládnout a že se na jejich řešení podílejí odborně skvěle připravené tvůrčí kolektivy. Optimismus můžeme čerpat z prostého faktu, že jsme členy Evropské unie a že v evropském kontextu se kvalifikovaná a soustavná práce dříve či později prosadí.



(Při přípravě textu byly využity materiály získané v návaznosti na řešení grantového úkolu IGA MZ ČR č. NO/7700-3.)

literatura

THE NORWEGIAN MEDICAL SOCIETY: Research and practice in public health – new approaches. Michael, 1, 2004, č. 2, s. 179-256

EUPHA: Abstracts of the 12th Annual Meeting. Oslo, Norway, 7-9 October 2004. European Journal of Public Health, Supplement, 14, 2004, č. 4, s. 1-120

Jak plánují města, obce a regiony ČR svůj rozvoj? To byl název XI. konference Národní sítě Zdravým měst (NSZM), která se konala 3.11.2004 v Černínském paláci v sídle Ministerstva zahraničních věcí ČR pod záštitou Ministerstva životního prostředí ČR a Ministerstva zahraničních věcí ČR. Akce byla podpořena i z prostředků Státního fondu životního prostředí ČR.

Cílem konference bylo najít odpověď na otázku, která byla položena v názvu konference a nutno říci, že autoři jednotlivých

příspěvků tento úkol splnili na „jedničku“. Prezentované teoretické poznatky i osvědčené a důkazy podložené praktické zkušenosti snad nikoho z účastníků nenechali na pochybách, že zvolený komplexní přístup, doporučené metody i realizované aktivity NSZM vedou ke zlepšení kvality života obyvatel municipalit, které jsou zapojeny do NSZM. Účastníky přišli osobně pozdravit ministr zahraničních věcí JUDr. Cyril Svoboda a ministr životního prostředí RNDr. Libor Ambrozek. Oba ocenili dosavadní aktivity

zástupců NSZM a popřáli jim mnoho dalších úspěchů v jejich práci.

Jediné, co postrádala většina účastníků, byla viditelná podpora rezortu zdravotnictví – „zdraví“ a slova odvozená byla skloňována snad ve všech pádech a zazněla nescetněkrát ve všech příspěvcích.

*Jana Havelková, Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Kostelec nad Černými lesy
jana.havelkova@izpe.cz*



Podklady pro zdravotní plány krajů

Demografický vývoj
Zdravotní stav populace
Geografická dostupnost lékařské péče
Analýza lidských zdrojů
Sít' veřejných zdravotnických zařízení

pro Vás zpracuje
IZPE

Institut zdravotní politiky a ekonomiky

KONTAKT:
Institut zdravotní politiky a ekonomiky
Kutnohorská 1102
281 63 Kostelec nad Černými lesy

Tel: 321 679 061
Fax: 321 679 062
e-mail: sekretariat@izpe.cz
www.izpe.cz

