

**MUDr. Jiří Maštálka**

**Zdravotní péče  
v historickém kontextu**

**2016**

*Za spolupráci při přípravě této publikace děkuji  
paní Bc. Ivaně Zdechovské.*

## **Předmluva**

*Zdraví člověka je jeho nejcennějším statkem. Tato prastará moudrost budiž připomenuta i na úvod této publikace. Zdraví má vysokou hodnotu a nelze nevidět, že ten, kdo je bohatý, může žít zdravěji, zatímco lidé ze sociálně slabých vrstev podléhají mnohem snadněji ohrožení nemocemi.*



*Zdravotní péče v evropské dimenzi je významnou částí politiky levicové frakce GUE/NGL (Sjednocená evropská levice/Severská zelená levice) v Evropském parlamentu. Členové této frakce resp. politické skupiny se kontinuálně zasazují o to, aby zdravotní péče a zdravotní systémy nebyly pouze záležitostí finančních kalkulací, nýbrž aby na prvním místě rozvah, plánování a legislativy stála péče o pacienta včetně prevence. Je to právě frakce GUE/NGL, která neustále připomíná a zdůrazňuje, že zdravotní péče musí být chápána jako veřejný statek a jako s takovým s ní musí být nakládáno. S tím souvisí i nezapustitelná role každého národního státu v této oblasti.*

*Ve svých stanoviscích, týkajících se problematiky ochrany zdraví na evropské resp. unijní úrovni, poukazují poslanci z GUE/NGL důsledně na to, že u lidí stížených chudobou patří k faktorům nemocnosti také špatný sociální status, nedostatečné vzdělání a migrace. GUE/NGL usiluje o komplexní přístup k problematice ochrany zdraví, kde ryze zdravotnické záležitosti nelze oddělovat od sociálních problémů. Ty nejen že nemizí, ale prohlubují se a přidávají se k nim nové procesy a jevy, jako je třeba nárůst psychických a chronických onemocnění a cyklení chorob, spojených s moderní dobou.*

*Součástí zdravotní péče je osvěta jako předstupeň prevence. Proto jsem se rozhodl – v rámci celkové publicistické aktivity GUE/NGL – vydat tuto publikaci, která poskytuje základní přehled o složitém fenoménu, jakým je zdravotní péče, a to nejen v Evropě.*

**Jiří Maštálka**

## Seznam použitých zkratk:

ACP	African, Caribbean and Pacific Group of States
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
CIDA	Canadian International Development Agency
ČR	Česká republika
ČSSD	Česká strana sociálně demokratická
DfID	Department for International Development
EDF	Evropský rozvojový fond
EHS	Evropské hospodářské společenství
EP	Evropský parlament
EU	Evropská unie
HDP	Hrubý domácí produkt
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IT	Informační technologie
NZS	Národní zdravotní služba
OSN	Organizace spojených národů
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
SIDA	Swedish International Development Cooperation Agency
SSSR	Svaz sovětských socialistických republik
USA	United States of America
WHO	World Health Organization

## Obsah

Úvod	6
<b>1</b> Přístup ke zdravotní péči	9
1.1 Historický vývoj poskytování zdravotní péče	9
1.2 Modely moderních zdravotních systémů	10
Zdravotní systémy založené na pojištění	10
Národní zdravotní služba	15
<b>2</b> Historický vývoj poskytování zdravotní péče od starověkého Řecka po novověk	17
2.1 Zdravotní péče v době starověku	17
Starověké Řecko	17
Starověký Řím	19
2.2 Zdravotní péče v době středověku	21
<b>3</b> Vývoj zdravotní péče od vlády Marie Terezie až po počátek 20. století	24
3.1 Zdravotní péče v českých zemích v době osvícenských reforem	24
3.2 Zdravotní péče v 19. století	25
3.3 Situace v habsburské monarchii	25
3.4 Bismarckova reforma	27
3.5 Vývoj ve 20. století v Československu a dalších zemích	27
<b>4</b> Vyhodnocení reforem v tzv. postsocialistických státech a porovnání se státy EU	30
<b>5</b> Legislativní normy upravující poskytování zdravotní péče, resp. do jaké míry upravují finanční census k přístupu ke zdravotnictví	32
5.1 Mezinárodní a evropské právo	32
5.2 Česká legislativa	33
Finanční spoluúčast	33
<b>6</b> Zdravotní pomoc poskytovaná rozvinutými státy v rozvojových zemích	35
6.1 Aktuální situace	35
6.2 Formy pomoci rozvojovým zemím	36
Pomoc ze strany států	36
EU a rozvojová pomoc	36
<b>7</b> Imigrace	39
<b>8</b> Závěr	42
Seznam pramenů a odborné literatury	44
Seznam použitých obrázků	48

## Úvod

Chudoba označuje sociální status člověka vyznačující se hmotným nedostatkem.

V dnešní době se díky medializaci pojem chudoba spojuje zejména s životními poměry lidí v rozvojových zemích a používá se pro stav, který nezajišťuje člověku základní podmínky pro důstojný život a uspokojení nejzákladnějších lidských potřeb, mezi které v neposlední řadě patří přístup k základní zdravotní péči. V České republice prakticky neexistuje extrémní (absolutní) chudoba, setkáváme se spíše s tzv. relativní chudobou, což je stav, kdy jedinec nebo rodina uspokojují své sociální potřeby na výrazně nižší úrovni, než je průměrná úroveň v dané společnosti. I taková míra chudoby však může představovat limit v přístupu ke zdravotní péči.

Hovoříme-li o chudobě jako o materiálním nedostatku, musíme vývoj chudoby v dějinách sledovat ve spojitosti s rozšiřováním ekonomické prosperity. Zatímco dnes žije pod hranicí bídy necelá polovina světové populace a existují hluboké rozdíly v úrovni bohatství mezi zeměmi i jednotlivci, před pouhými 200 lety byla chudoba všeobecným jevem, s výjimkou úzké vrstvy zástupců šlechty, kléru a bohatých obchodníků a velkostatkářů. Regionální rozdíly v příjmech takřka neexistovaly, a to jak v rámci států, tak mezi státy i mezi jednotlivými kontinenty. Simon Kuznets, uznávaný ekonomický historik, uvádí jako přelomový rok 1800, znamenající konec tisíce let trvajících období bez hospodářského rozvoje a počátek éry moderního ekonomického růstu. Životní úroveň mezi lety 1000 a 1800 rostla pomalu (lze předpokládat, že totéž platí i pro předcházející epochy až do prehistorie), za 800 let se důchod na hlavu zvýšil o necelých 50 procent. Od konce 18. století však dochází k prudkému hospodářskému rozvoji doprovázenému strmým růstem populace a růstem produkce. Zatímco v roce 1000 měl svět 270 milionů obyvatel, a do roku 1800 se počet obyvatel zvýšil na 900 milionů, v dalších dvou stoletích narostla světová populace na 6,1 miliard. V důsledku vědecko-technického rozvoje však důchod na hlavu rostl ještě rychlejším tempem.

S ekonomikou (resp. důchodem na hlavu) úzce souvisí kvalita a dostupnost zdravotní péče. Zdravotní péče je základní potřebou

s nejvyšší prioritou. Zdravotnické systémy lze podle způsobu hrazení poskytnuté zdravotní péče rozdělit na dva základní modely.

Prvním modelem jsou zdravotnické systémy založené na všeobecném zdravotním pojištění a stojící na myšlence všeobecné dostupnosti zdravotní péče. Zdravotní péče je hrazena z veřejného (povinného) zdravotního pojištění. Platí princip solidarity, kdy každý občan přispívá do základního fondu zdravotní pojišťovny dle svých možností (obvykle určité procento z vyměřovacího základu) a zdravotní péči čerpá dle svých potřeb.

V Evropě je pravidlem státní garance za zdravotní péči pro všechny obyvatele. Tomuto modelu se také říká bismarckovský. Vznikl koncem 19. století v Německu, zakladatelem byl Otto von Bismarck.

Naopak tržní zdravotnictví je zdravotnický systém založený na individuální odpovědnosti občanů. Stát negarantuje zdravotní péči pro všechny, pouze pro některé sociální skupiny, a to formou státních zdravotnických programů. Týkají se důchodců nad 65 let a chudých lidí, tj. těch, jejichž příjem je nižší než oficiálně stanovená hranice životního minima, a některých dalších skupin. Náklady na zdravotnictví jsou hrazeny z komerčního (soukromého) zdravotního pojištění. Veřejné (povinné) zdravotní pojištění neexistuje. Modelovým příkladem je tržní zdravotnictví USA (liberální model zdravotnictví).

Ústava České republiky předpokládá první z uvedených systémů, tj. bismarckovský systém solidárního zdravotnictví. Na první pohled by se mohlo zdát, že tento systém (na rozdíl od tržního zdravotnictví) zcela eliminuje vliv sociálních nerovností a zajišťuje, že nemůže nastat stav nedostatečné dostupnosti zdravotní péče. Za porušování principu rovného přístupu jistě nelze považovat situaci, kdy si jedinec, trpící relativní chudobou, nemůže dovolit nadstandardní nemocniční pokoj nebo jiné nadstandardní služby nekryté zdravotním pojištěním. Jiná situace však nastává, když pacient neví (není informován), že existuje ekvivalentní lék plně hrazený pojišťovnou, nebo když plně hrazený lék neexistuje a doplatek přesahuje možnosti pacienta. Závažným problémem jsou též antikoncepční prostředky, jejichž dostupnost je významným nástrojem plánovaného rodičovství.

Je tedy ekonomické zázemí limitem přístupu ke zdravotní péči či nikoli? Z předchozího úvodního rozboru je zřejmé, že jistě ano. Závažnost limitu je však silně ovlivněna zdravotními systémy, uplatňovanými v jednotlivých zemích, a v rámci těchto systémů aktuálně používanými modely. Zásadní význam má v této souvislosti i míra spoluúčasti. Podrobný rozbor těchto otázek je předmětem následujících pasáží této práce.

## **1 Přístup ke zdravotní péči**

### **1.1 Historický vývoj poskytování zdravotní péče**

Můžeme rozlišit tři vzájemně se překrývající linie či tři stupně ošetrovatelské a zdravotní péče. Zejména druhý a třetí typ zdravotní péče užíváme dodnes. V průběhu dějin však prošly značným vývojem od primitivních forem až na nynější vyspělou úroveň:

#### **Nejstarší způsob laické péče**

Lidé si péči poskytovali či poskytují sami (sebeběče) nebo péči poskytovali rodinní příslušníci či lidoví léčitelé a porodní báby.

#### **Charitativní péče**

Obecně můžeme říci, že se v Evropě vyvinula v souvislosti s křesťanstvím a jeho myšlením. Antice bylo totiž sociální cítění cizí. Příkladem může být Sparta, kde byla sice zdravotní pomoc organizována městem, nicméně byla uplatňována eugenická opatření, např. shazování slabých dětí ze skály. Jinými slovy, milosrdenství bylo v době antiky považováno za slabost.

V této souvislosti je dobré zmínit starověký Izrael jako protipól antického uvažování. V jeho společnosti existovala povinnost starat se o vlastní blízké a o potřebné. Není náhodou, že právě zde byly uplatňovány takové zásady, neboť židovství můžeme považovat za předchůdce křesťanství.

Charitativní péče byla a je poskytována jedincům, kteří si své potřeby nemohou zajistit sami: Chudí, nemocní, sirotci, tělesně postižení, mentálně postižení. Tato péče byla a i nyní je poskytována převážně církevními organizacemi.

#### **Organizovaná léčebná péče**

Tento typ péče se postupně transformoval z péče charitativní. Lze jej datovat od konce 19. století, kdy již dochází k biomedicínskému vývoji a péče poskytovaná lidem začíná mít skutečně léčebný a racionální ráz.

## 1.2 Modely moderních zdravotních systémů

V moderní době lze na základě způsobu hrazení poskytnuté zdravotní péče rozdělit zdravotní systémy na následující základní modely:

### Zdravotní systémy založené na pojištění

- Veřejné (povinné) zdravotní pojištění – bismarckovský model zdravotnictví;
- soukromé (dobrovolné) zdravotní pojištění – liberální model (tzv. tržní zdravotnictví).

**Státní zdravotnictví** (zdravotní péče hrazená z veřejných prostředků, daní) – národní zdravotní služba:

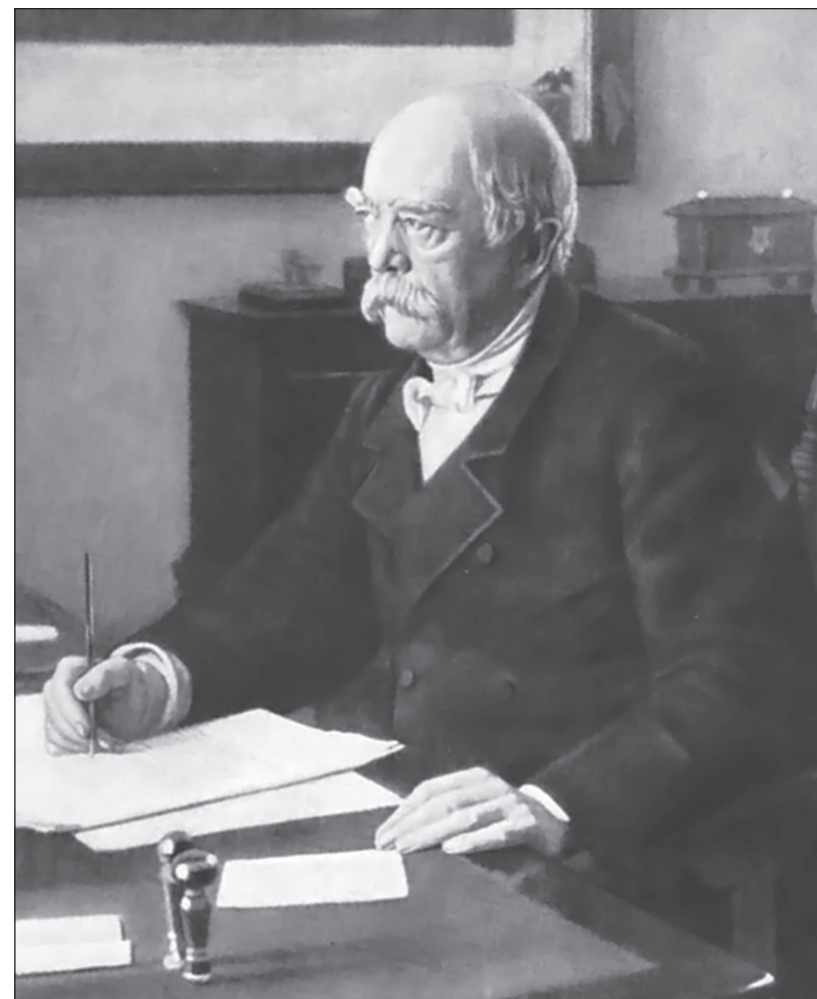
- Beveridgeův model;
- Semaškův model.

Přístup k adekvátní zdravotní péči prakticky pro každého existuje téměř ve všech uvedených zdravotních systémech s výjimkou liberálního modelu tzv. tržního zdravotnictví. Dále budou jednotlivé zdravotní systémy probrány podrobněji:

### Zdravotní systémy založené na pojištění

#### Zdravotní systémy založené na všeobecném zdravotním pojištění

Tyto systémy jsou založeny na myšlence všeobecné dostupnosti zdravotní péče. Základním principem zde je hrazení zdravotní péče z povinného zdravotního pojištění, přičemž platí princip solidarity, kdy každý občan přispívá do základního fondu zdravotní pojišťovny podle svých možností (obvykle určité procento z vyměřovacího základu) a zdravotní péči čerpá dle svých potřeb. V Evropě je pravidlem státní garance za zdravotní péči pro všechny obyvatele. Tomuto modelu se také říká **bismarckovský**.



**Obrázek 1** – Otto von Bismarck, německý kancléř

**Zdroj:** wikipedia



### Další znaky bismarckovského systému:

- bismarckovský model je historicky nejstarším zdravotnickým systémem. Vznikl koncem 19. století v Německu a nepřekvapí, že jeho zakladatelem nebyl nikdo jiný, než Otto von Bismarck, první německý kancléř;
- zdravotní pojištění je součástí komplexního sociálního zabezpečení, které se stalo povinným (spolu s nemocenským, úrazovým a důchodovým pojištěním);
- povinnost zaměstnavatelů a zaměstnanců platit sociální/zdravotní pojištění jako určité procento příjmu;
- zdravotní pojišťovny jsou většinou veřejné a neziskové, někdy také soukromé (Holandsko); jejich počet je různý (v Německu okolo tří set pojišťoven, v Rakousku osm, v Maďarsku jedna);
- rozsah garantované péče je vesměs podobný, mezi jednotlivými státy však existují určité rozdíly.

**Využití:** Zdravotnický systém založený na veřejném (povinném) zdravotním pojištění byl uplatňován nejdříve v těchto státech: Německo, Francie, Rakousko, Holandsko, Belgie, Lucembursko, Švýcarsko. V 90. letech byl zaveden také v ČR, na Slovensku a dále v Polsku, Maďarsku zemích.

### Výhody bismarckovského systému

- + všeobecná dostupnost zdravotní péče, rovný přístup;
- + jistota pojištěnce, že bude poskytnuta potřebná péče;
- + vysoká kvalita péče;
- + svobodný výběr a pluralita poskytovatelů zdravotní péče;
- + spokojenost pacientů
- + výrazná decentralizace, významnou roli mají regionální orgány a poskytovatelé, méně pravomocí centrální vláda;
- + povinnost zdravotní pojišťovny občana pojistit, ať je jeho zdravotní stav jakýkoliv.

### Nevýhody bismarckovského systému

- vysoká cena péče (dlouhodobě v řadě zemí přesahuje 10 % HDP, přesto jsou však náklady na zdravotnictví nižší, než v zemích s tržním zdravotnictvím – např. v USA 17 % HDP);
- velké administrativní náklady (provoz pojišťoven, IT technologie, velký počet administrativního personálu);
- složitost vztahů pacient–poskytovatel zdravotní péče–pojišťovna.

### Tržní zdravotnictví

Jedná se o zdravotnický systém založený na individuální odpovědnosti občanů. Stát negarantuje zdravotní péči pro všechny, pouze pro některé sociální skupiny, a to formou státních zdravotnických programů. Náklady na zdravotnictví jsou hrazeny z komerčního (soukromého) zdravotního pojištění. Veřejné (povinné) zdravotní pojištění neexistuje. Modelovým příkladem je, resp. přinejmenším donedávna bylo, tržní zdravotnictví USA (liberální model zdravotnictví). Téměř polovina veškeré zdravotní péče je hrazena ze státních programů.

- Medicare – důchodci, tělesně postižení. Významná spoluúčast v ambulantní péči, stejné podmínky ve všech státech USA.
- Medicaid – základní péče pro chudé. Rozdíly mezi jednotlivými státy.
- Veterans Health care Administration – pro vojáky, válečné veterány a jejich rodiny, vysoké státní úředníky.
- Indian Health Care – pro původní americké obyvatele, Indiány a Eskymáky. Zdravotní péče poskytována bezplatně.

Neodkladná péče v ohrožení života sice není bezplatná, musí být však vždy poskytnuta, a to bez ohledu na solventnost pacienta.

## Soukromé zdravotní pojištění v USA

Zdravotní pojištění v USA je dobrovolné a nenárokové. Pojišťovna nemá povinnost žadatele pojistit resp. pojistit v plném rozsahu v případě již existujících zdravotních problémů žadatele. Existuje ve dvou formách:

### Zaměstnanecké zdravotní pojištění:

- tato forma pojištění se týká 2/3 všech pojištěných;
- hrazeno zaměstnavateli, kteří v rámci svých sociálních programů dobrovolně hradí zdravotní pojištění svým zaměstnancům;
- rozsah je různý.

### Individuální zdravotní pojištění:

- tento typ pojištění se týká asi 5 procent populace;
- je přizpůsobeno míře individuálního rizika;
- různý rozsah, často kryje pouze hospitalizaci;
- zdravotní pojištění v plném rozsahu je velmi nákladné, mnoho lidí má sjednáno pouze částečné pojištění, pojistné podmínky jsou komplikované, často klientům ne zcela jasné.

### Výhody tržního zdravotnictví

- + vysoká kvalita péče (za podmínky dostatečného rozsahu pojistky);
- + více peněz pro vědu a medicínský výzkum;
- + rychlé uplatňování nových technologií a výsledků výzkumu v praxi;
- + sledování kvality péče, tlak na její zvyšování;
- + vysoké příjmy lékařů,

### Nevýhody tržního zdravotnictví

- sociální nerovnost a nedostatečná dostupnost zdravotní péče;
- 17 % Američanů nemá zajištěno zdravotní pojištění (tj. 47 milionů nepojištěných, z toho 8,6 milionů dětí), týká se to rodin s nižším příjmem, mladých lidí do 25 let, zaměstnanců malých firem;
- „podpojištění“ – jenom částečné pojištění, které v praxi nestačí na krytí nezbytné péče (střední třída);
- nákladnost a vysoká cena: náklady na zdravotnictví v USA jsou větší než 17 % HDP;
- poskytování nadbytečné péče lidem se sjednaným pojištěním;
- soudní spory;
- vysoké administrativní náklady;
- závažná nemoc představuje ekonomické ohrožení jednotlivce i rodiny, je to nejčastější příčina osobních bankrotů.

## Národní zdravotní služba

V tomto zdravotnickém systému je zdravotnictví financováno z daní, tj. prostřednictvím státního rozpočtu. Stát garantuje určitý balík služeb a vlastní většinu zdravotnických zařízení, zejména nemocnic. Jedná se o státní (centralizované) zdravotnictví. Mezi základní znaky patří hlavně všeobecná dostupnost zdravotní péče a rovný přístup ke všem obyvatelům.

### Modely národní zdravotnické služby

Podle existence (resp. neexistence) soukromého sektoru lze národní zdravotní službu rozdělit do dvou modelů:

#### a) Semaškův model:

- název podle tvůrce N. A. Semaška, prvního lidového komisaře pro zdravotnictví v sovětském Rusku po roce 1917 (ministr zdravotnictví). Až na výjimky neexistovaly v takovém systému žádné soukromé zdravotnické služby;



- státy v rámci bývalého SSSR + většina států v rámci tehdejší Rady vzájemné hospodářské pomoci (včetně Československa), nyní už pouze na Kubě.

#### b) Beveridgeův model:

- platí zde téměř stejné principy jako u Semaškova modelu. Nicméně jeden podstatný rozdíl oproti Semaškovu modelu zde najít lze. Soukromé zdravotní služby totiž v Beveridgeově modelu existují, nicméně mají doplňkový charakter a obvykle tvoří 15–20 % zdravotní péče. Jejich podíl však roste, navíc lze uzavřít soukromé zdravotní pojištění. Také zde existuje určitá míra spoluúčasti (léky, zubní péče, hospitalizační a ambulantní poplatky). V současnosti trend k decentralizaci rozhodování na regiony až obce;
- státy: Velká Británie, Kanada, Nový Zéland, Austrálie, Švédsko, Norsko, Finsko, Dánsko, Španělsko, Portugalsko, Řecko, Itálie a další.

#### Výhody systému NZS

- + garance dostupnosti veškeré potřebné zdravotní péče státem;
- + rovnost v přístupu k péči;
- + všeobecná dostupnost základních služeb;
- + úspornost, nižší celkové náklady;
- + menší administrativní zatížení lékařů;
- + snadnější makroekonomická regulace;
- + důležitý prvek národní ekonomiky, stát poskytuje zaměstnání zdravotnickým pracovníkům.

#### Nevýhody systému NZS

- dlouhé čekací doby na ambulantní specializované služby a drahé výkony;
- omezená svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení;
- různá úroveň nemocnic z hlediska komfortu pacientů.

## 2 Historický vývoj poskytování zdravotní péče od starověkého Řecka po novověk

### 2.1 Zdravotní péče v době starověku

#### Starověké Řecko

Péče o nemocného v období starého Řecka měla nemalý vliv na rozvoj léčení a ošetřování v evropských zemích. Vrcholné období péče o nemocné lze zaznamenat v 5.–3. století př. n. l. Kořeny péče o nemocné mají do značné míry původ v bohaté řecké mytologii. Pokud jde o samotnou dostupnost zdravotní péče, tak zde stojí za zmínku, že obce vydržovaly tzv. iatreie, tedy domy, které sloužily k ambulantnímu ošetřování nemocných i k provedení operací. Působil v nich placený lékař, který byl pro veřejnost k dispozici zdarma.<sup>1</sup>

#### Řecká mytologie: Asklépios



Obrázek 2 – Asklépios

Zdroj: [www.bbc.co.uk](http://www.bbc.co.uk)

<sup>1</sup> VOJTOVÁ, M., *Obecné dějiny lékařství*. 1. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1970, s. 27..

Asklépios (13. století př. n. l.) byl v řecké mytologii považován za boha lékařství. Dovedl prý vyléčit všechny nemoci i křísit mrtvé, a poněvadž nikdo neumíral, Zeus jej usmrtil bleskem. Měl tři dcery, Hygieiu, Meditrinu a Panakeiu, které symbolizovaly jednotlivé stránky zdraví: čistotu, léčení a hojení. Syn Telesforos představoval síly uzdravení.<sup>2</sup>

Při některých chrámech boha Asklépia byly zřizovány útulky pro nemocné – asklépiony. Zde byli nemocní léčeni. Při příchodu byl nemocný vykoupán, namazán, potom mohl vstoupit do dlouhé kolonády zvané abaton. Pečlivě se dbalo o spánek, koupele, masáže těla, tělesná cvičení. Nemocní též dodržovali dietu. Pozornost byla věnována psychické léčbě, která spočívala v poslechu písní nebo návštěvě divadelního představení. Součástí chrámů byla i divadla. Asklépiony byly budovány v krásné přírodě, kde se nacházely přírodní prameny vody. Péče proto spíše připomínala péči balneologickou.

Ošetřování nemocných bylo v rukou privilegovaných kněží. Spočívalo v sugestivním působení na nemocné, kteří měli věřit v léčivou moc Asklépia. Asklépios se nemocným během spánku zjevoval ve snu. Nemocného buď uzdravil nebo mu dal rady, jak si má počínat, aby se zbavil svých neduhů.

### Hippokrates: „Otec vědeckého lékařství“

Hippokrates (460–377 př. n. l.) byl největší lékař antické řecké kultury a zakladatel vědeckého lékařství. Narodil se na ostrově Kós.

Pokrok vědeckého lékařského myšlení nachází oporu ve dvou řeckých ostrovních školách:

- **Knidská škola** – Preferovala zaměřit pozornost pouze na nemoc, člověka si nevšímal. Byla méně úspěšná než kóská.
- **Kóská škola** – Vyšel z ní právě zmíněný Hippokrates. Jeho otec, Hérakleitos, zde vyučoval lékařskému umění. Matka Fenareta byla porodní bábou. Svou koncepcí medicíny zamítal Hippokrates mystické, náboženské a nevědecké představy o člověku a zdraví. Příčinu nehledal v nadpřirozených silách, ale ve vnitřních humorálních podmínkách lidského života a v zevních pod-

<sup>2</sup> Tamtéž, s. 24

mínkách. Kládl důraz na správné stanovení diagnózy, na individuální léčení a individuální přístup k nemocnému. Je třeba léčit celého člověka, nejenom nemoc.

Podle Hippokrata působí v těle čtyři základní šťávy – hlen, krev, žlutá žluč, černá žluč, které určují temperament člověka. Šťávy jsou neustále doplňovány potravou. Musí být v rovnováze a to kvalitativně i kvantitativně. Jsou-li v nerovnováze a zaplaví mozek, vznikají duševní a jiné poruchy. Péče o nemocného pak spočívá v odstranění nadbytečného množství šťávy, které spočívalo v pouštění žilou, podávání projímadel či dávkových přípravků. Mezi projímadla zahrnoval meloun, zelí, ricinus. Močopudné látky představovaly petržel, fenykl, celer, chřest, česnek, cibule. Uspávacími látkami byly rulík, mandragora, zaschlá šťáva z makovic (opium = řecky šťáva). Navíc se opium používalo při kouřových obřadech v chrámech, ale i jako opojný prostředek při orgiích a pitkách. Po Hippokratově smrti dochází asi na 300 let ke stagnaci ve státě, ale i v medicíně a péči o nemocné. Dostupné prameny neuvádějí žádné doklady o ošetřovatelkách kromě porodních bab.

### Asklepiades

Asklepiades (124–56 př. n. l.) byl vzdělaný řecký lékař. Studoval v Athénách. Ve své péči o nemocného se zaměřil na pocení, omývání a koupele. Byl přívržencem veřejných lázní a tělesných cvičení. Při péči o duševně nemocné odmítal pouštění žilou. Preferoval sprchy, koupání, masáže, cvičení, houpání na visuté posteli, stálé zaměstnávání nemocného.

### Starověký Řím

Do příchodu řeckých lékařů do Říma ve 2. století př. n. l. měla péče o choré nevědecký charakter a nebyla na takové úrovni, jako v dalších starověkých civilizacích. Římané se zabývali převážně vojenstvím, stavitelstvím a státnictvím a ošetřování považovali ve starších dobách za zhýčkanost.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> VOJTOVÁ, M., *Obecné dějiny lékařství*. 1. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1970, s. 28.

Až v prvním století n. l. se Řím začíná zevrubně věnovat péči o nemocné občany. Do příchodu prvních řeckých lékařů si Římané vysvětlovali příčinu nemocí božím hněvem. Proto také péče o nemocného spočívala v usmiřování bohů náboženskými obřady, oběťmi a modlitbami.

Římané zakládali nemocnice – valetudinaria (z latinského valetudo = zdraví). Nejprve byly určeny pro otroky, později pro nemocné obyvatele a raněné vojáky.

### **Péče o vojáky**

Pro své neustálé vojenské výboje museli Římané (stejně jako ostatní civilizace) vypracovat dokonalou péči o raněné vojáky. Byly zakládány vojenské lazarety. Součástí byly i lázně s propracovanou kanalizací. V bitvách bylo k dispozici vždy několik lékařů a ranhojičů, aby mohli ihned raněným pomoci.

### **Hygiena**

Jakési prvopočátky karantény je možné datovat do 3. století př. n. l., kdy byli nemocní morem odděleni od zdravých, aby nedošlo k šíření nákazy. V pozdější době byla zakládána leprosária pro nemocné s leprou.

### **Galénos**

Galénos (130–200 n. l.) byl lékař pocházející z Řecka. Narodil se v Pergamu (dnes Bergama v Turecku). Působil jako dvorní lékař Marka Aurelia. Byl to nejslavnější římský lékař. Traduje se o něm, že byl rozporuplnou osobností – neoblíbený u kolegů, domýšlivý na svou slávu a chamtivý. Avšak Galénos byl taktéž prozíravý, chytrý a pracovitý. Napsal 600 traktátů, z nich čerpala středověká medicína. Zastával přírodní terapii, tj. léčení založené na teorii protikladů – například u horečky podávat studené obklady.



**Obrázek 3** – Galénos

**Zdroj:** [www.pro1.szs-tabor.cz](http://www.pro1.szs-tabor.cz)

## **2.2 Zdravotní péče v době středověku**

Společenský život zrcadlil hluboké rozdíly mezi společenskými vrstvami a tyto rozdíly také podmiňovaly zdravotní stav jednotlivých společenských skupin obyvatelstva. Přesuny kmenů či celých národů (germánské kmeny), války a klimatické podmínky se podepisovaly na vyšší úmrtnosti obyvatel. Běžné byly epidemie – mor a další infekce. Léčení a péče o nemocné se staly doménou církve. Tomu také odpovídala patřičná úroveň péče.

Roli církve a církevních řádů dokumentuje především zakládání hospitálů a špitálů. Klášterní špitály jsou považovány za předchůdce nemocnic.

- Klášter zodpovídal za všechny nemocné v bezprostředním okruhu působnosti. Péče o nemocné je postavena na úrovni služby Kristu.
- Vzniklo mnišské léčitelství – krok zpět ve vývoji léčení.

Středověké špitály se vyvinuly z raně křesťanských útulků pro poutné a poutníky. Nenavazovaly tedy na řecká asclépiony, římská valetudinaria nebo na tehdejší byzantské a arabské nemocnice. Samotné slovo špitál (hospitale) souvisí s latinskými pojmy hospes (host, hostitel) a hospitium (pohostinství). Během 13. století začal proces oddělování funkcí ubytoven pro poutníky (hospiciů) a vlastních špitálů určených k péči o potřebné osoby (chudí staří, nemocní, opuštěné děti). Péči o nemocné se od 12. století věnovaly především křížovnické a rytířské řády, které přenesly těžiště své působnosti ze Svaté země (kde vznikaly) do Evropy.

### Řádové ošetřovatelství

10. století představuje počátky řádového ošetřovatelství. Nevycházelo z filozofie nemoci, nýbrž ze služby Bohu. Členové ošetřovatelských řádů chtěli pomoci potřebným a takto projevit lásku k Bohu. Papež Řehoř Veliký v roce 817 uložil klášterům péči o chudé, postižené a nemocné – tak docházelo k rozvoji řádů a kongregací s ošetřovatelským zaměřením.

Členové řádů skládali slib dobrovolné chudoby (a další sliby). Majetek a peníze si neponechávali, vše dobrovolně odevzdávali řádu. Často se členy řádů stávali bohatí šlechtici (např. řád sv. Lazara). Ošetřovatelské řády zakládaly již od začátku své činnosti první špitály. Ty byly zřizovány zejména při klášterech. Špitály byly malé, mohlo se zde tedy umístit jen několik lůžek. Proto je nelze srovnávat s nemocnicemi, jak je známe z dnešní doby.

### Ošetřovatelské řády lze rozdělit následovně:

- církevní – řádové sestry žijí v klášteře, akceptují řádový život;
- rytířské – vznikly v době válek; členy jsou rytíři a jejich filozofií je jít do boje: „zabijeme nepřítele, ale zraněné ošetříme“;
- světské – členové se hlásí k filozofii založené na pomoci bližnímu svému; žijí civilním životem.

Kříšťan z Prachatic popisuje praxi na konci středověku následujícím způsobem: „*Poněvadž mnozí lidé vzdálení souc od apaték, a chudší nákladuov nemají ani líkařuo užiti z milosti v potřebě své nemohou, zvláště když je Pán Buoh nemocí navltěviti ráčí, i za tou příčinou tato*

*líkařství jsou před oči lidem vydaná, kdož by toho duoležitú potřebu znal, aby bylinkami prostými sám se opatroval.*“<sup>4</sup>

Vedle návodů a rad léčby a léčebných prostředků zmiňuje Kříšťan také použití „dryáku“, což byl přípravek z různých bylin rozetřených s medem. Všeobecně byl považován za univerzální „všelék“. Dryákem chudých byl však česnek, doporučovaný především proti obávanému moru. „*Pamatujte však, až budete léčit vozhrívici neboli rýmu, nesmíte volit pítí po sklenicích, ale pouze pálenkou pomazat tvář nebo k pálence zlehka přivonět!*“<sup>5</sup>

Ve všech klášterech byla poskytována zdravotnická péče v hospitálech, špitálech a nemocnicích. Jednalo se buď o péči o chudé v okolí kláštera, nebo o péči pouze pro členy řádu. Forma léčení byla různá (zpočátku nezdravotní), ale přispěla ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva.

<sup>4</sup> Doktorka.cz (8. 8. 2008). *Prapodivné prostředky středověkého lékařství* [online]. [cit. 2015-10-15]. Dostupný z WWW: <http://zdravi.doktorka.cz/prapodivne-prostredky-stredovekho-lekarstvi/>.

<sup>5</sup> Tamtéž



## 3 Vývoj zdravotní péče od vlády Marie Terezie až po počátek 20. století

### 3.1 Zdravotní péče v českých zemích v době osvícenských reforem

V polovině 18. století zahájila Marie Terezie osvícenské reformy, mimo jiné i zdravotnictví a školství. Cílem bylo odebrat moc ve zdravotnictví církvi a dát ji do rukou státu. Jednalo se o etapu celostátního diferencovaného zdravotnictví. Reforma, kterou dokončil její syn Josef II., vedla ke zrušení 182 klášterů a zániku mnoha řádů, především jezuitů (1773).

Péče byla v té době nedostatečná a málo vyspělá, což bylo dáno jednostrannou výživou, podvýživou a špatnými hygienickými podmínkami. Podle odhadů nebyla zdravotní péče dostupná až 80 % populace.<sup>6</sup> Od pravdy tedy nebude daleko ten, kdo tvrdí, že bohatství bylo hlavním determinantem k přístupu ke zdravotní péči.



Obrázek 4 – císařovna Marie Terezie

Zdroj: [www.prazskyzurnal.cz](http://www.prazskyzurnal.cz)

<sup>6</sup> NOVOTNÝ, P., HLAVÁČKOVÁ, L., *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha: Triton, 2004, 248 s. ISBN: 80-7254-424-1., s. 90.

Marie Terezie i Josef II. si byli vědomi špatného zdravotního stavu obyvatelstva a usilovali proto o zlepšení zdravotní správy.<sup>7</sup> Dále pak stojí za zmínku, že o několik dekád později v roce 1809 byly publikovány „*Instrukce pro veškerý krajský zdravotnický personál*“. Krajsští lékaři a ranlékaři měli povinnost dostavit se na požádání ke každému nemocnému ve svém kraji a chudým poskytnout lékařskou pomoc bezplatně. Pro úplnost je třeba dodat, že v letech 1751-1850 byly Čechy rozděleny do 16 krajů a Morava na 6 krajů.<sup>8</sup>

V době na přelomu 18. a 19. století rozhodně nemůže být opomenuta iniciativa Jana Meliče, pražského profesora porodnictví a průkopníka lékařské statistiky, který se pokoušel své pokrokové návrhy uplatnit i v praxi. V letech 1790-1803 provozoval v Praze porodnici a ambulanci pro nemajetné ženy. Už v roce 1795 také publikoval svůj návrh nemocenského pojištění a organizace „lidové zdravotní péče.“ Koncept předběhl svoji dobu o několik desetiletí a z pochopitelných důvodů nemohl být tehdy realizován.<sup>9</sup>

### 3.2 Zdravotní péče v 19. století

19. století je charakteristické vznikem profesionálního ošetrovatelství. Od 14. století bylo pro ženy v Evropě stále obtížnější až nemožné věnovat se lékařství nebo chirurgii. Nesměly studovat na medicínských fakultách, ani se stát členkami organizací, které vydávaly povolení k praxi. První známkou reformy bylo hnutí protestantských diakonek v severní Evropě na začátku devatenáctého století. Mladé ženy navštěvovaly nemocné a pomáhaly jim.

### 3.3 Situace v habsburské monarchii

Podmínky pro větší reformu zdravotnictví se otevřely až po politickém uvolnění v 60. letech 19. století. Potřebu nových zákonů podtrhovala důvodová zpráva Výboru pro zdravotnickou reformu, která zněla následovně: „*V Rakousku neexistuje jiný úsek veřejné správy, který by byl z hlediska organizačního v tak špatném stavu, jako zdravotní správa.*“<sup>10</sup> Zákon vydaný v roce 1870 zřídil instituci okresních lékařů

<sup>7</sup> Tamtéž, s. 93.

<sup>8</sup> Tamtéž, s. 95-96.

<sup>9</sup> Tamtéž, s. 97.

<sup>10</sup> NOVOTNÝ, P., HLAVÁČKOVÁ, L., *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha: Triton, 2004, 248 s. ISBN: 80-7254-424-1., s. 126.

a nařizoval také zavedení sítě obecních a obvodních lékařů. V zákoně bylo pamatováno i na léčbu obecních chudých, nicméně opomenuta byla péče o rychle rostoucí dělnictvo.

Následovat měly i zemské zákony upravující dále například zřízení instituce obecních lékařů, které se ale prosazovaly velmi pomalu. Na Moravě jej schválil zemský sněm v roce 1884 (první byly Dalmácie a Istrie v roce 1874). O čtyři roky později vznikl podobný zákon také v Čechách a oba zákony měly přesněji vymezit organizaci zdravotní služby. Obce nad 6000 obyvatel měly mít minimálně jednoho obecního lékaře a svého obvodního lékaře měly mít i sdružené menší obce. Za zmínku zde stojí, že tito lékaři měli ošetřovat i úředně uznané chudé. Slezsko přijalo podobný zákon až v roce 1896 jako poslední ze zemí Předlitavska.

Vraťme se ale k už zmíněné otázce dělnictva, která také nemohla být opomíjena. Možnost řešení problému se otevřela až s počátkem organizovaného dělnického hnutí. Neúčinný byl zákon o živnostenské inspekci z roku 1883, který vymezoval okrsky pro celou monarchii, které ale byly tak lidnaté, že jeden inspektor (navíc mlékař) nemohl zjistit všechny zdravotní závady. Mnohem větší význam proto měly zákony o povinném nemocenském a úrazovém pojištění dělnictva. Dne 29. 12. 1887 byl vydán zákon o povinném úrazovém pojištění všech dělníků a výkonných úředníků.

Na něj poté navázal zákon o nemocenském pojištění z 30. 3. 1888 pro dělníky a úředníky povinně pojištěné proti úrazu v podnicích spadajících pod živnostenský řád. Dobrovolně se mohli do pojištění zapojit i pracovníci v zemědělství, lesnictví atd.. Přinejmenším většina dělnického obyvatelstva tak měla nárok alespoň na minimální zdravotní péči.<sup>11</sup>

Konstrukce tohoto sociálního systému byla inspirována reformou Otto von Bismarcka v sousedním Prusku, která proběhla mezi lety 1881 až 1889. Od té doby je jeho jméno spojováno s pojišťovenským modelem financování zdravotní péče (viz níže).<sup>12</sup>

<sup>11</sup> Tamtéž, s. 127-130.

<sup>12</sup> VEPŘEK, P., *Jak se vyvíjelo a jak funguje financování zdravotnictví*, MedicalTribune [online]. [cit. 2015-09-29]. Dostupný z WWW: <http://www.tribune.cz/clanek/18074-jak-se-vyvijelo-a-jak-funguje-financovani-zdravotnictvi>.

### 3.4 Bismarckova reforma

Předtím, než se budeme věnovat 20. století, je nezbytné udělat ještě malé odbočení do sousedního Německa, protože zde má svůj původ moderní systém pojištění, užívaný dodnes. Kancléř Otto von Bismarck zde roku 1881 zavedl nový systém sociálního pojištění, které bylo prvním svého druhu a stalo se vzorem mnoha dalším zemím včetně habsburské monarchie. Jednalo se o systém pojištění zahrnující nemoci, pracovní úraz, invaliditu a stáří, do kterého byly zahrnuty nejširší vrstvy obyvatelstva.

Je zde ale jeden podstatný rozdíl ve srovnání se současností: věk odchodu do důchodu byl stanoven na 70 let, nicméně průměrná délka života se koncem 19. století pohybovala kolem 55 let. Lidí, kteří dosáhli na penzi, bylo tedy minimum a tehdejší starobní důchody byly pro státní rozpočet jen velmi malou přítěží.<sup>13</sup> Důvod pro uskutečnění byl ryze pragmatický. Bismarck jako konzervativce měl v úmyslu si tímto krokem doslova „koupit“ hlasy nižších vrstev, které podporovaly levici.

Další rozdíl tkvěl v tom, že systém nebyl průběžný, nýbrž fondový. Příspěvky se hned důchodcům nevyplácely, ale shromažďovány byly ve speciálním rezervním fondu, který se ale v Německu i jiných zemích Evropy, postupně prohospodařil. Nakonec byl roku 1957 systém změněn na čistě průběžný, nekrytý rezervou. Zachovala se ovšem stará terminologie. V zemích s původně bismarckovským systémem včetně České republiky se proto dodnes mluví o sociálním pojištění, ne o důchodové dani.

### 3.5 Vývoj ve 20. století v Československu a dalších zemích

Nemocenské pojištění bylo za první republiky součástí širšího systému sociálního pojištění. Prvorepubliková legislativa navazovala na tu z dob habsburské monarchie a také během meziválečného období byla přijata řada pokrokových opatření, která řadila úroveň dostup-

<sup>13</sup> Profit, ŠIMEK, R. (24. 2. 2011). *Otto von Bismarck: Důchody od kancléře* [online]. [cit. 2015-10-15]. Dostupný z WWW: <http://euro.e15.cz/profit/otto-von-bismarck-duchody-od-kanclere-901434>.



nosti československého zdravotnictví na přední příčky v Evropě. V roce 1919 byli pojištěni všichni, kdo pracovali za mzdu a také rodinní příslušníci pojištěnců. Zákon z roku 1924 také prodloužil nárok na bezplatné ošetření či nemocenské dávky z půl roku na celý rok. Pojistné se v té době pohybovalo kolem 5 až 6 % ze mzdy. Ve druhé polovině dvacátých let se pojištění vztahovalo celkově na sedm milionů obyvatel a systém v tehdejší ČSR byl považován za jeden z nejlepších v Evropě.<sup>14</sup>

## Poválečný vývoj v Československu/ČR

Poválečná doba přála v celé Evropě rozšíření dostupnosti zdravotní péče na veškeré obyvatelstvo. Např. vládní program z roku 1946 uváděl nárok na ochranu zdraví jako občanské právo.<sup>15</sup> Po r. 1945 přechod k sovětskému modelu (viz též Semaškův model, který u nás fungoval až do roku 1993).

Na základě zákonů z let 1991 a 1992 došlo 1. ledna 1993 spolu se vznikem ČR ke skutečnému znovuzavedení systému zdravotního pojištění Bismarckovského typu, který u nás v omezené podobě (byl dostupný jen části obyvatel) existoval už v meziválečném období. Tento systém je založený na systému zdravotních pojišťoven, které vybírají zdravotní pojistné jako stanovené procento výdělku zaměstnanců nebo ze zisku osob samostatně výdělečně činných. Procentuální výše zdravotního pojištění a rozsah pojistného krytí občanů jsou stanovené zákonem. Stát platí zdravotní pojištění za osoby bez vlastních příjmů, jako jsou děti, důchodci, vojáci, osoby na mateřské dovolené.<sup>16</sup>

## Poválečný vývoj v západní Evropě

Po druhé světové válce převládly ve zdravotnictví evropských zemí tři cíle, z nichž pro nás nejdůležitější byl ten třetí:

- obnovit standardní chod zdravotnictví poznamenaný válkou;

<sup>14</sup> NOVOTNÝ, P., HLAVÁČKOVÁ, L., *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha: Triton, 2004, 248 s. ISBN: 80-7254-424-1., s. 163

<sup>15</sup> Tamtéž, s. 219.

<sup>16</sup> NĚMEC, J. *České zdravotnictví v uplynulých devíti letech*[online]. [cit. 2015-09-28]. Dostupný z WWW: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:pyu6rF6ewWcJ:www.lipa.cz/case\\_lipa\\_X\\_nemec.doc+&cd=6&hl=cs&ct=clnk&gl=cz](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:pyu6rF6ewWcJ:www.lipa.cz/case_lipa_X_nemec.doc+&cd=6&hl=cs&ct=clnk&gl=cz).

- využít dostupných prostředků k prevenci šíření přenosných nemocí;
- zpřístupnit zdravotní péči všem vrstvám obyvatelstva.

Ve státech, které se hlásily k lidově demokratickému zřízení, znamenalo zpřístupnění zdravotní péče všem vrstvám obyvatelstva přechod na již zmíněný Semaškův model státního zdravotnictví. U ostatních bylo rozhodující, zda již měly nebo neměly zavedený povinný systém sociálního pojištění. Ty s Bismarckovým modelem u něho zůstaly, ostatní začaly po vzoru Velké Británie zavádět tzv. Beveridgeův model národní zdravotní služby, o němž již byla řeč také. Tento model nese své označení podle barona Williama Beveridge, který předložil svůj návrh britské vládě už během války v roce 1942, a na jeho základě byla v roce 1948 zřízena NHS.

„Britský“ model posléze kopírovaly mnohé státy, jmenovitě celá Skandinávie a státy na jihu Evropy jako Portugalsko, Španělsko, Itálie a Řecko. V sedmdesátých letech minulého století začaly mít všechny tyto zdravotnické systémy problémy s růstem nákladů spojených se vstupem nových technologií do medicíny. Další výzvu přinesla také rostoucí rozmanitost medicíny, která začala lékařům nabízet různé alternativy v léčbě a ošetřování pacientů. Po systémech financování zdravotní péče, vytvořených v dobách laciné medicíny, se najednou začalo vyžadovat, aby místo prostého proplácení poskytnuté péče začaly ovlivňovat efekt a kvalitu jejího poskytování. Bez vlastní vnitřní reformy se jim to ale nedařilo, a tak bylo po dvě desetiletí hlavním tématem zdržování růstu nákladů pomocí restrikcí kapacit, rozpočtových stropů a podobných nástrojů.

V devadesátých letech začalo být zřejmé, že změna pohledu je nutná, a od té doby se zdravotní systémy postupně reformují. Přes rozdíly přístupů mezi jednotlivými státy je tendence jasná: Od přidělových systémů přejít k regulovanému trhu.<sup>17</sup>

<sup>17</sup> Medical Tribune (7. 6. 2010). *Jak se vyvíjelo a jak funguje financování zdravotnictví*, [online]. [cit. 2015-10-15]. Dostupný z WWW: <http://www.tribune.cz/clanek/18074-jak-se-vyvijelo-a-jak-funguje-financovani-zdravotnictvi>.

## 4 Vyhodnocení reforem v tzv. postsocialistických státech a porovnání se státy EU

Při srovnání zdravotnických systémů zcela pochopitelně vyvstává jako první otázka, jakou proměnnou si zvolit při srovnání. Chceme-li vyhodnotit výsledky reforem systémů zdravotní péče v nových zemích EU s těmi starými, jako nejlepší řešení se jeví srovnání míry pokrytí zdravotní péče ze strany státu. Tato proměnná dokáže patrně nejlépe ze všech možných ukázat podíl účasti státu na poskytování zdravotní péče.

Evropské státy dnes užívají ze zmíněných modelů pouze dva, a to buď „bismarckovský“ nebo britský „beveridgeovský“ model státní zdravotní služby. Uvedeny jsou vybrané evropské země a pro zajímavost také USA s výrazně odlišným systémem zdravotnictví:

stát	typ systému zdravotní péče	pokrytí zdravotní péče vládou (procent) v r. 2013
Dánsko	beveridgeovský	84,5
Norsko	beveridgeovský	85,5
Spojené království	beveridgeovský	83,5
Česko	bismarckovský	83,3
Švédsko	beveridgeovský	81,5
Chorvatsko	bismarckovský	80,0
Itálie	beveridgeovský	78,0
Francie	bismarckovský	77,5
Německo	bismarckovský	76,8
Belgie	bismarckovský	75,8
Rakousko	bismarckovský	75,7
Španělsko	beveridgeovský	70,4
Slovensko	beveridgeovský	70,0

Polsko	bismarckovský	69,6
Řecko	beveridgeovský	69,5
Portugalsko	beveridgeovský	64,7
USA	liberální	47,1

**Zdroj:** World Bank <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>

Z uvedených dat vyplývá, že oba systémy, jak bismarckovský tak beveridgeovský, přinášejí podobné výsledky, co se týče pokrytí zdravotní péče ze strany státu. Beveridgeovské mají vyšší pokrytí, resp. státy které tento systém využívají, se umísťují na nejvyšších příčkách, nicméně rozdíl není veliký.

Česko je na předních příčkách mezi „neminiaturními“<sup>18</sup> státy Evropy a vede si v tomto nejlépe ze všech „bismarckovských“ států, byť má jeho pozice pozvolně klesající tendenci.

Vzhledem k tomu, že největší část výdajů na zdravotní péči hradí právě stát, můžeme tvrdit, že přístupnost zdravotní péče širším vrstvám obyvatelstva, zdá se, není nyní velkým problémem.

Česko navíc výrazně vyčnívá nejen mezi zkoumanými bismarckovskými státy, ale hlavně se umísťuje mnohem výše než ostatní postkomunistické země, a to včetně Slovenska, které mělo dlouho s Českem společné zdravotnictví. Na závěr této části lze snad říci jen to, že údaje o Česku nejsou nijak překvapivé. Vždyť Česko je známé tím, že má jednu z nejnižších spoluúčastí pacientů v Evropě.

<sup>18</sup> Největších hodnot dosahují zpravidla miniaturní státy, které ale právě svojí malou velikostí výrazně zkreslují celkové výsledky, proto nebyly do celkového srovnání uvedeny.

## 5 Legislativní normy upravující poskytování zdravotní péče, resp. do jaké míry upravují finanční census k přístupu ke zdravotnictví

### 5.1 Mezinárodní a evropské právo

Evropské právo a mezinárodní smlouvy jsou nadřazeny právu českému a nejinak je tomu i v případě legislativy týkající se zdravotní péče a přístupu ke zdravotní péči. Prvním a základním dokumentem, který se zabíral problematikou lidských práv, a to včetně práva na zdravotní péči, je *Všeobecná deklarace lidských práv OSN* z 10. prosince 1948, kde v článku 25, odst. 1 stojí následující: „Každý má právo na takovou životní úroveň, která by byla s to zajistit jeho zdraví a blahobyt i zdraví a blahobyt jeho rodiny, počítajíc v to zejména výživu, šatstvo, byt a lékařskou péči, jakož i nezbytná sociální opatření; má právo na zabezpečení v nezaměstnanosti, v nemoci, při nezpůsobilosti k práci, při ovdovění, ve stáří nebo v ostatních případech ztráty výdělečných možností, nastalé v důsledku okolností nezávislých na jeho vůli.“<sup>19</sup>

Citovaná pasáž svědčí o tom, že ve *Všeobecné deklaraci lidských práv* je vše řečeno v obecné rovině a nejinak tomu je i v případě dokumentu Rady Evropy s názvem *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině*, jehož signatářem je od 24. června 1998 i Česko a pro ČR vešla v platnost o tři roky později. V článku 3 s příznačným názvem „*Rovná dostupnost zdravotní péče*“ se píše následující: „Smluvní strany, majíce na zřeteli zdravotní potřeby a dostupné zdroje, učiní odpovídající opatření, aby v rámci své jurisdikce zajistily rovnou dostupnost zdravotní péče patřičné kvality.“<sup>20</sup> Otázkou samozřejmě je, do jaké míry se dokument skutečně dodržuje, navíc každá země může mít standard „zdravotní péče patřičné kvality“ nastavený jinak.

<sup>19</sup> Všeobecná deklarace lidských práv OSN ze dne 10. prosince 1948, čl. 25, odst. 1 a následující.

<sup>20</sup> Sdělení Ministerstva zahraničních věcí, 96/2001 Sb.m.s., o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: *Úmluva o lidských právech a biomedicině*.

Stejně je to i v *Listině základních práv EU*: Článek č. 35 *Ochrana zdraví praví*: „Každý má právo na prevenci a ochranu zdraví a právo na zdravotní péči za podmínek stanovených legislativou jednotlivých států a jejím uplatňováním. Vysoká úroveň ochrany lidského zdraví je zaručena v definici a uskutečňování všech politik a aktivit Unie.“<sup>21</sup>

### 5.2 Česká legislativa

Stěžejním dokumentem, co se lidských práv týče, je pro ČR *Listina základních práv a svobod*, jejíž článek 31 uvádí o právu na zdravotní péči následující: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“<sup>22</sup> Listina navazuje na dokumenty vzniklé dříve jako *Všeobecná deklarace lidských práv* atd..

Hlavním zákonem užívaným téměř půlstoletí byl *Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu*, jehož platnost zanikla v roce 2012 a nahradil jej *Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování* (zákon o zdravotních službách). Jako důležité je zde třeba zmínit, že se zde posilují práva pacientů v duchu hesla: „*Nonsalus, sed voluntasaegroti suprema lex.*“ (Nikoliv prospěch, ale vůle nemocného je pro lékaře nejvyšším příkazem.)<sup>23</sup> Nepřináší však žádné zásadní změny, pokud jde o přístup ke zdravotní péči.

#### Finanční spoluúčast

Kontroverze budila a dodnes budí v českém prostředí otázka finanční spoluúčasti pacientů. Jak známo, v roce 2008 byly zavedeny regulační poplatky ve zdravotnictví, které zahrnovaly platbu za recept, vyšetření u lékaře či pobyt v nemocnici. Spornou se stala také otázka nadstandardní péče, kterou zrušil ÚS v roce 2013.<sup>24</sup>

<sup>21</sup> Listina základních práv Evropské unie, 2012/C 326/02: čl. 35, *Ochrana zdraví*.

<sup>22</sup> Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb., *Listina základních práv a svobod*.

<sup>23</sup> Melissadrumos (20. 3. 2012). *Medicínské právo a nová zdravotnická legislativa* [online]. [cit. 2015-10-05]. Dostupný z WWW: <http://melissadrumos.blogspot.cz/2012/03/medicinske-pravo-nova-zdravotnicka.html>.

<sup>24</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 20. 6. 2013, *Zdravotnické standardy a nadstandardy, zvýšení poplatku za hospitalizaci a sankční pravomoc zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům zdravotnických služeb*, sp. zn. Pl.ÚS 36/11, N 111/69 SbNU 765, 238/2013 Sb.

Za vlády Bohuslava Sobotky došlo v roce 2014 ke zrušení všech poplatků s výjimkou poplatku za pohotovost. Věc budí kontroverze i nadále a vyvstávají otázky o tom, zda případně jaká spoluúčast pacienta je optimální. V nedávné době byly opět zaznamenány diskuse o obnovení poplatků za pobyt v nemocnici, nicméně nedošlo zatím k žádné změně. Provést jakýkoli případný návrat k poplatkům bude velmi obtížné. Zrušení většiny poplatků je explicitně zmíněno v programovém prohlášení vlády jako jedna z priorit<sup>25</sup> prosazená nejsilnější vládní ČSSD. V této souvislosti je třeba opět připomenout, že Česko má jednu z nejnižších spoluúčastí v Evropě,<sup>26</sup> jak o tom koneckonců svědčí i již zmíněná výše celkového pokrytí ze strany státu.

V této souvislosti také stojí za zmínku nedávné doporučení EK, podle něhož má Česko mimo jiné zlepšit nákladovou efektivnost a správu ve zdravotnictví. Jednou z výzev, které před Českou republikou stojí, je stárnutí populace, které s sebou přináší rostoucí výdaje státního rozpočtu. S tím souvisí i skutečnost, že výdaje na zdravotnictví jsou v Česku vysoce závislé na veřejných rozpočtech. Komise kritizuje i nadměrnou kapacitu nemocniční lůžkové péče, nadužívání primární péče a také minimální spoluúčast pacientů. Problémem má být i nedostatečný dohled nad hospodařením zdravotních pojišťoven i poskytovatelů zdravotní péče. To vede jednak k vysokým cenám, ale vytváří to také prostor pro korupci.<sup>27</sup>

<sup>25</sup> Vláda České republiky (14. 2. 2014). *Programové prohlášení vlády ČR* [online]. [cit. 2015-10-30]. Dostupný z WWW: <http://www.vlada.cz/cz/media-centrum/dulezite-dokumenty/programove-prohlaseni-vlady-cr-115911/>.

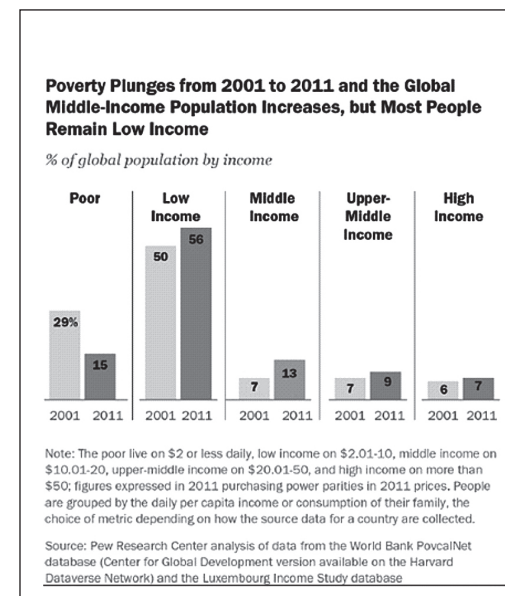
<sup>26</sup> Fin Expert, GOLLA, P. (6. 11. 2012). *Za den v nemocnici platíme 100 Kč, jak je to v ostatních zemích?* [online]. [cit. 2015-10-02]. Dostupný z WWW: <http://finexpert.e15.cz/za-den-v-nemocnici-platime-100-kc-jak-je-to-v-ostatnich-zemich>.

<sup>27</sup> Euraktiv (26. 6. 2015). *Evropský semestr doporučení pro Českou republiku* [online]. [cit. 2015-10-20]. Dostupný z WWW: <http://www.euractiv.cz/cr-v-evropske-unii/link-dossier/evropsky-semestr-doporučení-pro-ceskou-republiku-2015-000130>.

## 6 Zdravotní pomoc poskytovaná rozvinutými státy v rozvojových zemích

### 6.1 Aktuální situace

Až 90 % lidí žijících v rozvojových zemích si musí samo platit za zdravotnické služby. Podle WHO (Světová zdravotnická organizace) navíc více než jedna miliarda lidí nemá přístup ke zdravotní péči, jelikož si ji nemůže dovolit. Předpokládá se, že 100 milionů lidí se ocitlo pod hranicí chudoby jen proto, že si nemohou dovolit zdravotní péči, kterou potřebují.<sup>28</sup> Jak ale naznačuje níže uvedený graf, světová chudoba se postupně snižuje, byť stále většina lidí patří k těm s nižšími příjmy.



**Zdroj:** *Pew Research Center: Global Middle Class is More Promise Than Reality*  
[http://www.pewglobal.org/2015/07/08/a-global-middle-class-is-more-promise-than-reality/pg-2015-07-08\\_globalclass-00/](http://www.pewglobal.org/2015/07/08/a-global-middle-class-is-more-promise-than-reality/pg-2015-07-08_globalclass-00/)

<sup>28</sup> GOV.UK. *2010 to 2015 government policy: health in developing countries* [online]. [cit. 2016-03-01]. Dostupný z WWW: <https://www.gov.uk/government/publications/2010-to-2015-government-policy-health-in-developing-countries/2010-to-2015-government-policy-health-in-developing-countries>.



## 6.2 Formy pomoci rozvojovým zemím

Z vyspělé části světa poskytují podporu rozvoje zdravotní péče, vedle charitativních a neziskových organizací, také samotné vlády jednotlivých států a v případě Evropy nelze opomenout ani Evropskou unii.

### Pomoc ze strany států

V řadě států lze nalézt tzv. rozvojové agentury, jako například britský DfID, švédská SIDA, kanadská CIDA aj.<sup>29</sup> V Česku je takovou organizací Česká rozvojová agentura, která se taktéž věnuje i oblasti zdravotnictví a na několika místech i zlepšení dostupnosti zdravotní péče.<sup>30</sup>

Neodmyslitelnou částí rozvojové pomoci je zdravotnická podpora spočívající jednak v boji s nemocemi, ale co je pro nás důležitější, také ve zlepšení kvality a dostupnosti zdravotní péče.

### EU a rozvojová pomoc

Obecně lze říci, že už EHS (Evropské hospodářské společenství) používalo již od svého založení různé nástroje k poskytování vnější pomoci. Nejprve uzavřením zvláštních dohod upravovalo své vztahy s (bývalými) koloniemi členských zemí a posléze s nezávislými státy.

### Motivace pro uzavření těchto dohod byla dvojitá:

- hospodářská pomoc v oblasti;
- snahy udržet politické a ekonomické vazby se svými dřívějšími koloniemi.

Vztahy EU a zemí skupiny Afriky, Karibiku a Tichomoří v současné době upravuje revidovaná dohoda z Cotonou. Prostředky na rozvojovou spolupráci se zeměmi ACP (The African, Caribbean and Pacific Group of States) jsou čerpány z Evropského rozvojového fondu (EDF), který není součástí obecného rozpočtu EU.<sup>31</sup>

<sup>29</sup> Rozvojovka (2012). *Humanitární pomoc a rozvojová spolupráce* [online]. [cit. 2016-02-20]. Dostupný z WWW: <http://www.rozvojovka.cz/humanitarni-pomoc-a-rozvojova-spoluprace>.

<sup>30</sup> Česká rozvojová agentura. *Zdravotnictví* [online]. [cit. 2016-02-21]. Dostupný z WWW: <http://www.czda.cz/cra/projekty/zdravotnictvi.htm>.

<sup>31</sup> Tamtéž.

Za připomenutí také stojí, že rok 2015 byl v rámci EU evropským rokem pro rozvoj, a je proto zcela pochopitelné, že jedním ze stěžejních témat byl i rovný přístup ke zdravotní péči.

Investice směřující do oblasti zdraví a zdravotní péče přispívají k hospodářskému rozvoji, přímo ovlivňují vyšší produktivitu a naopak snižují náklady na léčbu a péči. Přesto však, zvláště v rozvojových zemích, stále umírají miliony lidí na nemoci, kterým je možné předcházet, a které lze léčit. Jedná se zejména o HIV/AIDS, plicní infekce, tuberkulózu, průjmová onemocnění, malárii či komplikovaná těhotenství a problémy při porodech.

Chudoba je tak jednou z hlavních příčin špatného zdravotního stavu. Lidé žijící v chudobě často trpí nedostatkem pitné vody a kanalizace, nemají přístup k zdravotní péči a lékům. Chatrné zdraví pak vede k dalšímu prohloubení chudoby, protože negativně ovlivňuje příjmy a zároveň představuje další výdaje. Světová zdravotnická organizace (WHO) odhaduje, že v důsledku těchto výdajů ročně upadne do chudoby 100 milionů osob a dalších 150 milionů čelí vážným finančním problémům.<sup>32</sup>

<sup>32</sup> Europa.eu (1. 4. 2015). *Propagace a podpora rovného přístupu ke zdravotní péči jako cíl rozvojové spolupráce EU* [online]. [cit. 2016-02-06]. Dostupný z WWW: <https://europa.eu/eyd2015/cs/eu-european-parliament/posts/promotion-and-support-equitable-access-health-care-focus-eu-development>.



**Obrázek 6** – Chudoba. Chudinská čtvrť Kibera na předměstí keňské metropole Nairobi je jedním z největších slumů v Africe.

**Zdroj:** Profimedia.cz

Evropský parlament se soustavně vyslovuje pro přidělování finančních prostředků na zdravotní účely. Pokud se jedná o cíle budoucího rámce udržitelného rozvoje EP znovu zdůraznil, že zdraví patří mezi základní lidská práva, a vyzval k zavedení rovnoprávné, všeobecné a udržitelné ochrany zdraví se zvláštním důrazem na předcházení úmrtnosti matek a novorozenců.<sup>33</sup>

<sup>33</sup> Tamtéž.

## 7 Imigrace

Migrace není novým nebo dokonce neznámým jevem, v poslední době však její rozsah rychle roste a v průběhu roku 2015 se již běžně hovoří o „migrační krizi“, neboť situace, kdy v důsledku válek, pronásledování a v touze po lepším životě přichází stále více osob ze třetích zemí, je nejen českou veřejností vnímána jako kritická. V roce 2014 bylo podle OSN celosvětově v pohybu nejvíc osob od konce 2. světové války. Svě domovy muselo nuceně opustit celkem 59,5 milionů lidí. Do Evropy v minulém roce 2014 zamířil pouhý zlomek z nich – o azyl tu požádalo přibližně 625 tisíc osob. Věrohodné statistické údaje o počtu a zemích původu migrantů pro rok 2015 zatím nejsou dostupné, je však zřejmé, že nárůst je značný. Jen Německo podle neoficiálních odhadů očekává v roce 2016 až 1,5 milionu žadatelů o azyl. Situace je o to nepřehlednější, že je často pochybná i identita imigrantů (chybějící „ztracené“ nebo padělané osobní doklady). Není však pochyb o tom, že nyní převažují lidé z Blízkého Východu – Syřané, Afghánci, Iráčané a Pákistánci, používající při cestě do Evropy tzv. balkánskou trasu, která vede z Řecka přes Makedonii, Srbsko, Maďarsko a Rakousko do Německa.



**Obrázek 5** – Lampedusa se potýká s nápoem uprchlíků z Afriky

**Zdroj:** www.ceskapozice.lidovky.cz



Je sotva možné jednotlivě analyzovat, jak imigrace ovlivní přístupnost zdravotní péče pro lidi ze všech zemí původu ve všech cílových nebo i tranzitních zemích. Jako příklad dobře poslouží Sýrie, ze které pochází největší část imigrantů, a Česká republika jako potenciální cílová země.

Je známo, že v Sýrii je úroveň státních zdravotnických zařízení katastrofální. Soukromá zdravotnická zařízení naproti tomu mají (resp. měla) dobrý standard, péče však je drahá a není proto dostupná zdaleka všem. V důsledku dlouhotrvajících válečných událostí a všeobecného chaosu je v současné době celý systém syrského zdravotnictví v troskách. Je zřejmé, že přístupnost zdravotní péče v cílových evropských zemích, včetně České republiky, bude pro prakticky všechny Syřany lepší než v zemi, kterou se rozhodli opustit.

Zařízení pro zajištění cizinců (slouží k omezení svobody cizinců na základě rozhodnutí Policie České republiky) jsou v České republice zároveň zdravotnickými zařízeními s vlastním zdravotnickým personálem. Zajištěným nepojištěným cizincům jsou poskytovány zdravotní služby, ovšem pouze v rozsahu neodkladné péče. Neodkladná péče reaguje na stavy, které bezprostředně ohrožují život, mohou vést prohlubováním chorobných změn k náhlému úmrtí, způsobí bez rychlého poskytnutí zdravotních služeb trvalé chorobné změny, působí náhlé utrpení a bolest, způsobují změnu chování a jednání postiženého, ohrožují jeho samého nebo jeho okolí, týkají se těhotenství a porodu (s výjimkou umělého přerušování těhotenství na žádost cizinky) nebo mají souvislost s nařízenou karanténou či jiným opatřením v souvislosti s ochranou veřejného zdraví. Nelze-li takovou zdravotní službu poskytnout přímo v zařízení, Ministerstvo vnitra má povinnost ji zajistit mimo zařízení. Cizinec má, stejně jako kterýkoliv jiný pacient, právo lékařský výkon odmítnout a právo nahlížet do své zdravotnické dokumentace, včetně pořízení jejích výpisů nebo kopií.

Cizinec, který v České republice žádá o azyl, má podle Zákona o azylu<sup>34</sup> právo na bezplatné zdravotní služby v rozsahu služeb hrazených ze zdravotního pojištění (podle Zákona o veřejném zdravotním pojištění<sup>35</sup>). Veškerá péče je na základě podání žádosti o azyl hrazena Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a migrant si může vybrat lékaře, nebo mu je poskytnuta odborná péče na základě doporučení ošetřujícího lékaře.

---

34 Zákon č. 325/1999 Sb., o azylu

35 ákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

## 8 Závěr

Odpověď na titulní otázku této práce nemůže být paušální. Může se vztahovat jen ke kontextům, kde jsou relevantní oba komponenty otázky, tj. lze hovořit o chudobě a zároveň existují alespoň náznaky služeb, které lze nazvat zdravotní péčí. Stav, označovaný za chudobu, je vždy relativní, předpokladem pro rozlišení takového stavu je dostatečná míra stratifikace společnosti. První zprávy o zdravotní péči lze datovat do samotných počátků historie, totéž platí o rozvrstvení společnosti. Z toho je zřejmé, že lze sotva najít počátek období, kdy se chudoba začala uplatňovat jako limit v přístupu ke zdravotní péči, racionální je spíše sledovat vývoj tohoto fenoménu v čase a analyzovat vliv teritoriálních faktorů.

Lze říci, že bohatství rozhodovalo o míře přístupnosti zdravotní péče v podstatě po celou historii lidstva s tím, že prostor na zásadní změnu otevřely až reformy Marie Terezie resp. jejich pokračování za Josefa II. Současný stav lze charakterizovat tak, že v ČR a celé EU je pokrytí zdravotní péče ze strany státu na dobré úrovni a přístupnost zdravotní péče pro široké vrstvy obyvatelstva nepředstavuje větší problém. Existují jistě jednotlivci resp. skupiny, pro které tyto otázky nejsou bez problémů, příčinou však není systém, ale mnohem spíše přístup resp. postoje jednotlivců.

Odlišná situace je v zemích s tržním zdravotnictvím, kde se uplatňuje liberální model zdravotní péče (např. USA). Za podmínky dostatečného rozsahu pojistky má určitá část populace zajištěnu vysokou kvalitu péče, na druhé straně desítky milionů lidí žijí v nestabilní a riskantní situaci, kdy závažná nemoc představuje ekonomické ohrožení jednotlivce i rodiny.

Samostatný obrovský a dlouhodobý problém představuje situace v rozvojových zemích, kde mnohdy neexistuje nic, co by se dalo nazvat organizovanou péčí, rozhodující část populace je v nejlepším případě odkázána na archaické modely laické péče, občas a spíše jen okrajově doplňované charitativní péčí.

Problém, jehož závažnost je zatím nesnadné odhadnout, představuje imigrace. Pokud by její rozsah setrval na dosavadní úrovni nebo ještě narostl a ukázalo se, že se jedná o dlouhodobý jev, mohlo by to v jednotlivých zemích vyvolat závažnou zátěž pro systémy zajišťující přístup ke zdravotní péči.

## Seznam pramenů a odborné literatury

### Prameny

- DUINOVÁ, N., SUTCLIFFOVÁ, J., *Historie medicíny od pravěku do roku 2020*. 1. vydání. Praha: Slovart, 1997. ISBN 80-85871-04-1.
- NOVOTNÝ, P., HLAVÁČKOVÁ, L., *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha: Triton, 2004, 248 s. ISBN: 80-7254-424-1.
- PORTER, R., *Největší dobrodiní lidstva – Historie medicíny od starověku po současnost*. Praha: Prostor, 2001, 812 s. ISBN: 978-80-7260-052-6.
- VOJTOVÁ, M., *Obecné dějiny lékařství*. 1. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1970, 149 s.

### Odborné články

- ŠPERKOVÁ, ADÖLDI, M., *Zdání, že zdravotnictví je zadarmo, není dobré*, Česká pozice[online].[cit. 2015-11-01]. Dostupný z WWW:[http://ceskapozice.lidovky.cz/zdani-ze-zdravotnictvi-je-zadarmo-neni-dobre-f34-/tema.aspx?c=A150108\\_221308\\_pozice-tema\\_houd](http://ceskapozice.lidovky.cz/zdani-ze-zdravotnictvi-je-zadarmo-neni-dobre-f34-/tema.aspx?c=A150108_221308_pozice-tema_houd).
- VEPŘEK, P., *Jak se vyvíjelo a jak funguje financování zdravotnictví*, MedicalTribune[online].[cit. 2015-09-29]. Dostupný z WWW:<http://www.tribune.cz/clanek/18074-jak-se-vyvijelo-a-jak-funguje-financovani-zdravotnictvi>.

### Judikatura

- Nález Ústavního soudu ze dne 20. 6. 2013, *Zdravotnické standardy a nadstandardy, zvýšení poplatku za hospitalizaci a sankční pravomoc zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům zdravotnických služeb*, sp. zn. Pl.ÚS 36/11, N 111/69 SbNU 765, 238/2013 Sb.

### Právní předpisy

- Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb., *Listina základních práv a svobod*.
- Zákon č. 48/1997 Sb., *o veřejném zdravotním pojištění*.
- Zákon č. 325/1999 Sb., *o azylu*.

### Jiné dokumenty

- Listina základních práv Evropské unie, 2012/C 326/02: čl. 35, *Ochrana zdraví*.
- Všeobecná deklarace lidských práv OSN ze dne 10. prosince 1948, čl. 25, odst. 1 a následující.
- Sdělení Ministerstva zahraničních věcí, 96/2001 Sb.m.s., o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: *Úmluva o lidských právech a biomedicině*.

### Internetové zdroje

- Česká rozvojová agentura. *Zdravotnictví*[online]. [cit. 2016-02-21]. Dostupný z WWW: <http://www.czda.cz/cra/projekty/zdravotnictvi.htm>.
- Člověk v tísní (19. 8. 2015). *Často kladené dotazy o uprchlících a migraci*[online].[cit. 2015-12-16]. Dostupný z WWW: <https://www.clovekvtsni.cz/cs/clanky/casto-kladene-dotazy?gclid=CMm0wZT14MkCFUESGwodSsEC5w>
- Doktorka.cz (8. 8. 2008). *Prapodivné prostředky středověkého lékařství*[online].[cit. 2015-10-15]. Dostupný z WWW: <http://zdravi.doktorka.cz/prapodivne-prostredky-stredovekho-lekarstvi/>.
- Europa.eu (1. 4. 2015). *Propagace a podpora rovného přístupu ke zdravotní péči jako cíl rozvojové spolupráce EU*[online] [cit. 2016-02-06]. Dostupný z WWW: <https://europa.eu/eyd2015/cs/eu-european-parliament/posts/promotion-and-support-equitable-access-health-care-focus-eu-development>.

- Euraktiv (26. 6. 2015). *Evropský semestr doporučení pro Českou republiku*[online].[cit. 2015-10-20]. Dostupný z WWW: <http://www.euractiv.cz/cr-v-evropske-unii/link-dossier/evropsky-semestr-doporuceni-pro-ceskou-republiku-2015-000130>.
- Fin Expert, GOLLA, P. (6. 11. 2012). *Za den v nemocnici platíme 100 Kč, jak je to v ostatních zemích?*[online].[cit. 2015-10-02]. Dostupný z WWW: <http://finexpert.e15.cz/za-den-v-nemocnici-platime-100-kc-jak-je-to-v-ostatnich-zemich>.
- GOV.UK. *2010 to 2015 government policy: health in developing countries*[online].[cit. 2016-03-01]. Dostupný z WWW: <https://www.gov.uk/government/publications/2010-to-2015-government-policy-health-in-developing-countries/2010-to-2015-government-policy-health-in-developing-countries>.
- HNILICOVÁ, H. *Úvod do studia zdravotnických systémů*, s. 6-7[online].[cit. 2015-10-15]. Dostupný z WWW:[http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod\\_do\\_zs.pdf](http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod_do_zs.pdf).
- Institut Galenus. *Dějiny lékařství*[online].[cit. 2015-09-20]. Dostupný z WWW: <http://galenus.cz/clanky/zdravi/historie-prehled>.
- Medical Tribune (7. 6. 2010). *Jak se vyvíjelo a jak funguje financování zdravotnictví*,[online].[cit. 2015-10-15]. Dostupný z WWW: <http://www.tribune.cz/clanek/18074-jak-se-vyvijelo-a-jak-funguje-financovani-zdravotnictvi>.
- Melissadrumos (20. 3. 2012). *Medicínské právo a nová zdravotnická legislativa*[online].[cit. 2015-10-05]. Dostupný z WWW: <http://melissadrumos.blogspot.cz/2012/03/medicinske-pravo-nova-zdravotnicka.html>.
- NĚMEC, J. *České zdravotnictví v uplynulých devíti letech* [online].[cit. 2015-09-28]. Dostupný z WWW: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-pyu6rF6ewWcJ:www.lipa.cz/case\\_lipa\\_X\\_nemec.doc+&cd=6&hl=cs&ct=clnk&gl=cz](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-pyu6rF6ewWcJ:www.lipa.cz/case_lipa_X_nemec.doc+&cd=6&hl=cs&ct=clnk&gl=cz).
- PewResearch Center. *Global Middle Class Is More Promise Than Reality*[online].[cit. 2015-10-20]. Dostupný z WWW:[http://www.pewglobal.org/2015/07/08/a-global-middle-class-is-more-promise-than-reality/pg-2015-07-08\\_globalclass-00/](http://www.pewglobal.org/2015/07/08/a-global-middle-class-is-more-promise-than-reality/pg-2015-07-08_globalclass-00/).
- Profit, ŠIMEK, R.(24. 2. 2011). *Otto von Bismarck: Duchody od kancléře*[online].[cit. 2015-10-15]. Dostupný z WWW: <http://euro.e15.cz/profit/otto-von-bismarck-duchody-od-kanclere-901434>.
- Rozvojovka (2012). *Humanitární pomoc a rozvojová spolupráce* [online].[cit. 2016-02-20]. Dostupný z WWW: <http://www.rozvojovka.cz/humanitarni-pomoc-a-rozvojova-spoluprace>.
- TheWorld Bank. *Health Expenditure*[online].[cit. 2015-11-05]. Dostupný z WWW: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>.
- Veřejný ochránce práv (duben 2015). *Zařízení pro zajištění cizinců* [online].[cit. 2015-12-06]. Dostupný z WWW: <http://www.ochrance.cz/stiznosti-na-urady/chcete-si-stezovat/zivotni-situace-problemy-a-jejich-reseni/zarizeni-pro-zajisteni-cizincu/>
- Vláda České republiky (14. 2. 2014). *Programové prohlášení vlády ČR*[online].[cit. 2015-10-30]. Dostupný z WWW: <http://www.vlada.cz/cz/media-centrum/dulezite-dokumenty/programove-prohlaseni-vlady-cr-115911/>.
- Wikiskripta. Dostupné z www: [www.wikiskripta.eu](http://www.wikiskripta.eu).
- Zdravotnický deník (15. 11. 2015). *Syrské zdravotnictví je v troskách a přitom přibývá zraněných*[online].[cit. 2015-12-06]. Dostupný z www: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/11/syrske-zdravotnictvi-je-v-troskach-a-pritom-pribyva-zranenych/>

## **Seznam použitých obrázků**

Obrázek 1 – Otto von Bismarck, německý kancléř

Obrázek 2 – Asklépios

Obrázek 3 – Galenos

Obrázek 4 – císařovna Marie Terezie

Obrázek 5 – Lampedusa se potýká s náporem uprchlíků z Afriky

Obrázek 6 – Chudoba. Chudinská čtvrť Kibera na předměstí keňské metropole Nairobi je jedním z největších slumů v Africe.

**Jiří Maštálka**

## **Zdravotní péče v historickém kontextu**

Náklad

Neprodejný výtisk (not for sale)

Vydáno s podporou frakce GUE/NGL v EP

Vytiskl (print) Typos, tiskařské závody s.r.o., závod Klatovy

2016