

## Zdraví, trh a spravedlnost

Petr Háva

Existující rozdíly ve zdraví na nadnárodní, národní a regionální úrovni generují otázky ve vztahu k sociální spravedlnosti. Tlaky na omezení zdrojů pro financování samotných zdravotnických služeb a pro podporu zdraví nás nutí při volbě priorit hledat principy a mechanismy jejich alokace při současném hodnocení důsledků přijatých rozhodnutí v rovině spravedlnosti. Koordinovaná tvorba veřejných politik je tlumena ideologiemi a paradigmaty, které nevěnují pozornost existujícím nerovnostem, jejich příčinám a významu. Kritické reflexe těchto procesů se soustřeďují na otázky vlivu tržní orientace a souvisejících hodnot na pokračující rozvoj nerovností ve zdraví. Jejich eliminace a dosažení sociální spravedlnosti jsou kritickými faktory svobodného lidského a společenského vývoje. Cílem práce je kritická analýza diskurzu souvisejících konceptů a jednostranně zaměřeného přístupu ke koncipování zdravotní politiky v ČR.

### Úvod

Existující nerovnosti ve zdraví a v dostupnosti ke zdravotní péči jsou celosvětově poměrně výrazně diskutovaným tématem. Předmětem diskusí jsou empirická zjištění, jejich hodnocení v rámci teorií spravedlnosti a také v kontextu vývoje lidských práv se vztahem ke zdraví (Detels, 2004). Nedostupnost zdravotní péče u pacientů s AIDS v Africe vedle v průběhu 90. let 20. století k významnému posunu interpretace lidských práv se vztahem ke zdraví (Detels, 2004). Ve vědních disciplínách z oblasti péče o zdraví jsme svědky prohlubujícího se poznání o významu sociálních a ekonomických determinant zdraví, rozvoje konceptu investic do zdraví a významu naplnění potřeb v oblasti péče o zdraví pro svobodný rozvoj jedinců a jejich kvalitu života (Marmot, Wilkinson 1999).

Současně s tímto vývojovým trendem však také můžeme v praxi mnoha států v posledních 20-30 letech sledovat převažující vliv neoklasických konceptů ekonomie hlavního proudu s důrazem na spotřebitelovu volbu, teorii firmy a hlavně pak konkurenci jako na dostačující přístup k řešení existujících problémů zdravotnických systémů a péče o zdraví (Ranade, 1998). Není přitom patrné, že by tento přístup byl efektivně doplněn také o poznatky dalších ekonomicky zaměřených disciplín jako např. ekonomická sociologie, ekonomická antropologie, institucionální a behaviorální ekonomie (Smelser, Swedberg, 2005; Wilkinson, 2008).

Situace v ČR je ukázkou takového přístupu v neobvykle zvýrazněné formě, kdy je pozornost tvůrců zdravotní politiky zaprvé zaměřena na „modernizaci“ českého zdravotnictví cestou jeho marketizace, což de facto otevírá prostor pro jeho prodej zahraničním investorům. Druhým cílem (podmiňujícím kontextem) v rámci ostatních reforem je přizbůsobit české prostředí globalizačním požadavkům nízké ceny práce a daňové zátěže, proklamovanému důrazu na ekonomický růst, který je ovšem pro většinu obyvatel ve skutečnosti takřka okamžitou ztrátou mnoha příležitostí. K realizačním mezikrokům patří (1) postupná „převýchova“ českého pacienta na ekonomicky racionálně jednajícího spotřebitele plošným uplatněním poplatků a spoluplateb, (2) změny organizačně-právních forem nemocnic a zdravotních pojišťoven na subjekty soukromého práva s omezenou nebo zcela chybějící právní subjektivitou ve vztahu k veřejnému právu či lidským právům (Háva, Mašková, 2007).

Politická a mediální komunikace včetně souvisejících ideologií se v ČR v převažující míře redukuje na paradigmatu ekonomie hlavního proudu. Nalik koresponduje politická komunikace a mediálně prezentovaná ideologie se skutečnými motivy reformních změn je však otázkou. Masivní privatizace péče o zdraví a její oddělení od demokratických procedur mohou znamenat pro českou společnost na řadu desetiletí obdobnou cestu jakou si v posledních sto letech prodělalo zdravotnictví v USA (Mahar, 2006). Vlastní česká cesta přitom může být ještě důraznější alternativou než jaká byla realizována v USA, kde již naopak dochází v posledních 50 letech k postupným korekcím cestou uplatnění nástrojů veřejného sektoru (Docteur et al., 2003). Politicko-ekonomické příčiny spočívají v rozvoji globalizace a růstu mocenského vlivu globálních hráčů na klesající legitimitu veřejných politik a práva (Beck, 2007; Gray, 2002).

Příčiny takového stavu v poznatkové rovině jsou diskutovány představiteli ekonomické sociologie či institucionální ekonomie (Granovetter, 1985; Smelser, Swedberg 2005). Jednou z příčin na úrovni samotných vědních disciplín je míra jejich uzavřenosti vůči ostatním disciplínám a tím pak i nevyváženého uplatnění ekonomických a sociálně zaměřených přístupů.

## **Cíle, otázky**

Cílem tohoto příspěvku je kritická reflexe rizik a diskurzu jednostranně zaměřeného přístupu ke koncipování zdravotní politiky v ČR. Otázkou je:

- (1) Nalik se čeští občané mohou spoléhat, že mediálně prezentované analýzy příčin problémů českého zdravotnictví, teoretická východiska a ideologie české zdravotní politiky korespondují s realitou a se skutečnými záměry samotných tvůrců?
- (2) Nehrají v ČR naopak významnější roli pragmatické zájmy zahraničních a domácích investorů a podnikatelů?
- (3) Máme se spolehnout na neoklasické předpoklady a bez pochybností důvěřovat tvůrcům politiky?
- (4) Je současný styl komunikace vládních a mocenských struktur v ČR s občany o reformě zdravotnictví ospravedlnitelný z hlediska demokratického vývoje?
- (5) Nemohou takové změny naopak představovat pro ČR střednědobá a dlouhodobá rizika snížení konkurenceschopnosti v důsledku zhoršení lidského potenciálu?
- (6) Jaké jsou šance české společnosti při řešení budoucích důsledků diskutovaných rizik obezity, kouření, zátěže duševními nemocemi v kontextu podpory zdraví (kontroly determinant zdraví a nemoci)?
- (7) Koresponduje agenda české zdravotní politiky s evropskými tématy jak v tématech podpory zdraví tak i organizace zdravotnických služeb a jejich financování?

## **Metodologický přístup**

Výše formulované otázky se mohou v rámci paradigmat ekonomie hlavního proudu jevit jako zvláštní a v rámci samotné ekonomie hlavního proudu také nelze nalézt cestu k jejich odpovědím. Potřebné rozšíření paradigmatického přístupu a tím i metod nám poskytují v dimenzi ještě blízké ekonomii ekonomická sociologie, neo-institucionální ekonomie, behaviorální ekonomie (Smelser, Swedberg, 2005; Wilkinson, 2008). Sociální dimenze řešeného problému jsou uchopitelné s využitím konceptů spravedlnosti, etiky, sociologie (Raphael, 2001; Detels, 2004, Hofrichter, 2003; Moran 2006; Green, 1998+ Hall, 2005; Elster, 2007; Hestrom, 2005; Palfrey, 2000; Barker, 1996, Dryzek, 2006; Danis, 2002). Metodologie je pak

doplněna o analýzu jednání aktérů (North, 1990) a částečně také analýzy mediálního a politického diskurzu (Schiffrin et al., 2003).

## **Analýza politického a mediálního diskurzu**

**K otázce č. 1.** Nakolik se čeští občané mohou spoléhat, že mediálně prezentované analýzy příčin problémů českého zdravotnictví, teoretická východiska a ideologie české zdravotní politiky korespondují s realitou a se skutečnými záměry samotných tvůrců?

Jako hlavní současný problém českého zdravotnictví je mediálně prezentována neospravedlnitelnost vysoké spotřeby zdravotnických služeb. Příčinou je podle tvůrců zdravotní politiky neodpovědné jednání pacienta, které vede k plýtvání zdroji. Oficiální řešení pak spočívá ve zdravotní politice, zaměřené ve vymezené právní etapě **na stranu poptávky** s využitím nástrojů spoluplateb a poplatků. **Nabídkové straně** zdravotnických služeb pozornost věnována není. Zde však dochází ke klíčovým rozhodovacím procesům lékařů, manažerů a správců. V ČR není věnována systematická pozornost nezávislému výzkumnému ověření statistických dat o frekvenci návštěv pacientů u lékařů (např. výběrová dotazníková šetření), není diskutován podíl existence ambulantních dětských lékařů s poměrně propracovaným systémem preventivních prohlídek (významný rozdíl oproti ostatním státům) na celkové frekvenci návštěv. V úvahu není brána existence nabídkou vyvolané poptávky v systému zdravotnických služeb (Culyer, Newhouse 2000), jehož počet ambulantních lékařů včetně specialistů je v ČR poměrně vysoký. Významnou roli při spotřebě zdravotnických služeb (frekvenci návštěv) také evidentně sehrávalo po roce 1990 prodloužení průměrné délky trvání pracovní neschopnosti skoro na dvojnásobek. Zdravotnický systém tak dlouhá léta v kombinaci s nemocenských pojištěním vylepšovaly podmínky zaměstnavatelů při sezónních výkyvech poptávky po pracovní síle. Frekvence návštěv je však mediálně působivým a přitom politicky neodpovědným způsobem interpretována jako rozmar starších pacientů, kteří si s takovou oblibou přichází k lékaři posedět do čekárny a popovídat.

Situace však může být ve skutečnosti mnohem prozaičtější. Redukční tlak reformy veřejných financí představuje faktor snížení příjmů z pojistného a určitá populistická kompenzace důsledku takového vlivu na úrovni jednotlivých poskytovatelů zdravotnických služeb je hledána cestou poplatkových příjmů od pacientů, kteří se bez služeb lékařů neobejdou. Přehodnocení rozsahu poplatků by přitom mohlo vést ke vzniku problémů s lékaři. Občané a pacienti nejsou v ČR tak dobře organizováni jako lékaři a proto je možné na ně přesouvat zátěž poplatků s menším rizikem než u lékařů.

Ztráty při individuálních nákupech zdravotnických prostředků nemocnicemi jsou v ČR odhadovány kolem 10% celkových výdajů v této oblasti. České zdravotnictví nevěnuje pozornost využití nástroje skupinových nákupů (group purchasing, Essig, 2000; Hamilton, 2005). Uplatnění nástrojů lékové politiky na nabídkové straně (zdravotní pojišťovny, lékaři, státní správa) představuje při zvyšování efektivity evidentně větší potenciál než uplatňované postupy na poptávkové straně, jejichž smyslem je v souladu se zájmy nabídkové strany rozvoj trhu s volně prodejnými léčivy (Návrh Koncepce péče o zdraví v ČR v letech 2004-2009).

Veřejnost je nedostatečně informována o výsledcích a způsobu hospodaření zdravotních pojišťoven, nemocnic a dalších segmentů zdravotnického systému. Tyto údaje by přitom měly být podle platné právní úpravy zveřejněny a tedy by měly být trvale snadno dostupné. Nezávislý výzkum zdravotnických služeb, jejich organizace, řízení, správy a financování se v ČR nerozvíjí, což představuje vážný deficit české demokracie ve smyslu nedostatečné informovanosti české společnosti o probíhajících procesech.

Z hlediska dlouhodobých důsledků má však zásadní význam druhá etapa, která je sice jakoby věnována nabídkové straně zdravotnických služeb a zdravotních pojišťoven, ale ve skutečnosti zde jde hlavně o změnu vlastníka a ztrátu demokratické kontroly nad vývoje péče o zdraví včetně uplatnění lidských práv se vztahem ke zdraví. Občané ČR by se stali na dlouhá desetiletí snadno ovladatelnými loutkami soukromých korporací. Návrh takového vývoje je však v naprostém rozporu s principy spravedlnosti, demokracie a s vývojem lidských práv. Při nízké úrovni informovanosti české veřejnosti a také mnoha volených politiků včetně jejich snadné ekonomické ovlivnitelnosti je však takové riziko poměrně reálné.

**Závěr:** Z uvedených vybraných příkladů je zřejmé, že současná česká zdravotní politika se vyznačuje logickou a poznatkovou nekonsistentností ve vztahu k existující úrovni poznání, kritické reflexe zkušeností se zdravotnictvím v USA, ale i s vývojem v oblasti lidských práv. Je zatížena řadou nepřesností, účelových manipulací při politické a mediální komunikaci. Skutečným a teoreticky známým příčinám existujících problémů není věnována pozornost. Existence takového mediálního pseudoobrazu a jeho logických trhlin je spolu s dalšími fakty (viz dále) jasným důkazem vlivu jiných priorit, kterým však v mediálním a politickém diskurzu není záměrně věnována pozornost. Evidentní rizika principů soukromého pojištění a volby různých pojistných plánů jsou prezentována naopak jako výhoda.

### Otázka č. 2: Nehrají v ČR naopak významnější roli pragmatické zájmy zahraničních a domácích investorů a podnikatelů?

Rostoucí mocenská a ekonomická kontrola zdravotnictví podnikatelskými subjekty má globální charakter a na celosvětové úrovni je reprezentována dostatečně aktivitami Světové obchodní organizace (WTO). Po roce 1990 se podílela významně na podpoře těchto podnikatelských aktivit také Světová banka v rámci modernizačních aktivit ve zdravotnictví. Šlo např. o zvyšování autonomie nemocnic až do stadia jejich korporatizace ve formě subjektů soukromého práva. Další dimenzi rostoucího komerčního vlivu představují farmaceutické firmy, soukromé zdravotní pojišťovny, banky a investorské fondy. Investorské zájmy v oblasti nemocniční péče jsou mezinárodně podporovány prostřednictvím několika think tanků, financovaných především soukromými korporacemi (Háva, Mašková, 2007).

Primární příčina tržně zaměřených reforem zdravotnictví je spatřována v globalizaci ekonomiky (Ranade, 1998). Otázkou je jakým způsobem jsou zapojováni do těchto tržních změn aktéři na úrovni jednotlivých států a jak je možné, že se daří takové reformy relativně snadno prosazovat, aniž by byly k dispozici empirické důkazy či poznatky o jejich proveditelnosti a efektivnosti. Z praxe transformačních procesů v ČR a privatizací jsou takové postupy a procesy zapojení aktérů známy (Klusoň, 2005; Mlčoch 1997, 2000;

Žáček 1997). V těchto procesech šlo o aktéry se sníženou sociální odpovědností. S obdobně zaměřenými aktéry se sníženou sociální odpovědností se potýkaly některé velké soukromé korporace v souvislosti se známými skandály (Becht et al., 2005; Harer, 1993; Babiak, 2006). Samozřejmě, že v případě nezdarů tržně pojatých reforem je obvykle uváděno, že nebyly naplněny všechny podmínky rozvoje konkurence a tedy optimálního působení trhu. S podobnou argumentací se nyní lze setkat v USA v předvolební kampani prezidentských voleb (Blendon, 2008). Všichni republikánští kandidáti s překvapivou samozřejmostí navrhuji řešit problémy zdravotnictví v USA cestou uplatnění vyšší míry konkurence.

Procesy komercializace zdravotnictví nejvíce pokročily v USA, kde jsou v současnosti již reflektovány i kriticky jako příčina vážného narušení profesního jednání lékařů (Kassirer, 2007). Veřejnost, ale i nezávislý výzkum v USA souhlasně ve svých hodnoceních dospívají k závěru, že soukromé ziskové nemocnice poskytují horší kvalitu zdravotnických služeb než soukromé neziskové nemocnice, které jsou v USA de facto pod veřejnou kontrolou (Háva, Mašková, 2007). Zastánci tržně pojatého zdravotnictví se nedokázaly přesvědčivě vyrovnat s důvody selhání trhu ve zdravotnictví, jež formuloval Arrow v roce 1963. Ani současná hodnocení působnosti soukromých zdravotních pojišťoven v USA či v Evropě nedopadají ve světle kritické reflexe nijak příznivě (Krugman, 2004; Thomson, Mossialos, 2006). Přesto vše je prioritním cílem české zdravotní politiky právě taková tržní alternativa. Jde tedy o velmi silnou motivaci, která převažuje i event. informovanost o existujících problémech a nevýhodách takové cesty nebo deficitu informovanosti, odvozené od elegance neoklasických modelů dílčí a všeobecné rovnováhy, aniž by byly brány v úvahu ošidnosti jejich metodologických zjednodušení a předpokladů o ekonomické racionalitě (Hausmann 2003, Smelser, Swedberg, 2005; Krugman, 1994, Večerník 1997, 2002).

Obdobně protržně působí také aktivity jako např. International Health Summit (IHS), jehož činnost je sponzorsky a zájmově propojena s řadou soukromých společností. Presidentem této společnosti je James A. Rice s úzkými vazbami na vývoj a řízení velkých systémů řízené zdravotní péče v USA (European Health Care Systems, 2005). IHS spolupracoval několik let také s kolegym Tomáše Julínka při přípravě reformy českého zdravotnictví (Reforma zdravotnictví-forum.cz), v níž dominovali Pavel Hroboň a Tomáš Macháček.

Rozvoj aktivit soukromého sektoru ve zdravotnictví je mediálně zdůvodňován selháními veřejného sektoru, jeho nízkou inovační flexibilitou. Avšak ve skutečnosti projevují dlouhodobě o kontrolu finančních toků ve zdravotnictví v ČR zájem soukromé finanční korporace (Mach, 2001), které společně s farmaceutickými firmami podporují také aktéry působící v oblasti příprav reformních aktivit viz např. České zdravotnické fórum, činné v letech 2003-2005 a financované cestou nadace Elpida z prostředků farmaceutické společnosti GlaxoSmithKline, s.r.o., se sídlem v Praze (Elpida, 2005).

Z etického hlediska je těžko zdůvodnitelné, aby např. farmaceutické firmy s vysokými náklady na marketing (30-50% celkových nákladů) využívaly finančních prostředků pro prosazování svých zájmů ve veřejném sektoru, u poskytovatelů zdravotnických služeb a dokonce také u občanů a pacientů. Jediným

skutečně efektivním řešením je zastavení takových praktik a jejich hodnocení jako společensky nepřijatelných (Churchill, 2007).

**Závěr:** Kontrola oblasti péče o zdraví soukromým sektorem je v rozporu s veřejnými zájmy a představuje vážné riziko deficitů demokracie. V ČR nejsou dostatečně tato rizika vnímána. Veřejnost nerozlišuje mezi soukromým a veřejným právem a v důsledku toho nevnímá rozdíly mezi soukromým a veřejným zdravotním pojištěním a souvisejícími vztahy k uplatnění lidských práv se vztahem ke zdraví. Tvorba zdravotní politiky, postavená primárně na převzetí kontroly nad zdravotnictvím soukromými korporacemi představuje riziko prakticky nevratných změn charakteru českého zdravotnictví na desítky let.

### [Otázka č. 3 Máme se spolehnout na neklasické předpoklady a bez pochybností důvěřovat tvůrcům politiky\)?](#)

Riziko takové důvěřivosti by se rovnalo značně neodpovědnému jednání. Fakta a varování o záludnostech globalizačních procesů a rostoucí potřebě vzniku protiváhy moci proti rostoucímu vlivu komercializace v globálním věku jsou evidentní (Beck 2007; Korten, 1995; Gray, 2002; Chomsky, 1999; Leys, 2001; Balanya 2003; Hertzová, 2003; Mitchell, 2002). Podobné přístupy k reformám zdravotnictví jako v ČR jsou patrné na Slovensku a v Maďarsku. Jde o stejné principy a nástroje, stejné cíle. Jednou z nutných podmínek fungující demokracie je otevřená diskuse o legitimitě tvorby politiky a tvorby práva. Tak zásadní změny ve zdravotnictví by měly být evidentně posuzovány z hlediska většinové podpory a to nejen politické na úrovni parlamentů, ale i široké veřejnosti. Dalším zásadním kritériem je soulad s lidskými právy se vztahem ke zdraví a také fakt mezinárodního rozvoje konceptů spravedlnosti, které v rostoucí míře věnují pozornost potřebám jednotlivců z hlediska svobody jejich rozvoje (Raphael, 2001). To vše neznamená naprostou negaci podnikatelského jednání, ale je důrazným upozorněním na potřebu jeho hodnocení cestou nezávislého výzkumu a efektivní regulace v rámci naplnění role a odpovědnosti státu v souladu se sociálními důsledky (Saltman et al., 2002).

### [Otázka č. 4 Je současný styl komunikace vládních a mocenských struktur v ČR s občany o reformě zdravotnictví ospravedlnitelný z hlediska demokratického vývoje?](#)

Z přehledu dlouhodobých trendů vývoje postojů obyvatel USA ke zdravotnictví vyplývá, že různost postojů, zejména k reformním alternativám, koreluje se sociálně ekonomickou stratifikací dotazovaných, s výší jejich příjmů v kontextu obav, zdali budou mít v budoucnu zajištěnu dostupnost zdravotnických služeb. Na druhé straně pak osoby s vysokými příjmy takové obavy vztažené k jejich vyhlídkám dostupnosti kvalitní zdravotní péče nemají a jsou také vstřícnější k existujícímu systému organizace a financování zdravotní péče nebo k tržně pojatým reformám (Blendon 2006a). Takto koncipovaný základní ekonomicko sociální analytický rámec je jinými disciplínami a autory rozšířen i o aspekty politických postojů, politického či ideologického přesvědčení a s nimi souvisejících politicko filosofických dimenzí, nerovnostmi ve zdraví a dostupnosti služeb, významu zdraví pro svobodný rozvoj individuí, pro hodnocení (ne)spravedlnosti ve zdraví, lidskými právy, souvisejícími se zdravím (Detels, 2004; Braveman et al., 2002, 2003; Hofrichter 2003; Wilkinson 1997, 2003; Sen 2000). Je zřejmé, že v případě doplnění o sociální

aspekty jde o širší koncept než jaký nabízí např. neoklasická ekonomie, která je poměrně často používaným východiskem pro formulaci návrhů tržně pojatých reforem nejen ve zdravotnictví (Herzlinger, 1997; Ranade, 1997; Večerník 1997, 2004; Smelser, Swedberg 2005).

Role veřejného mínění je také významná z hlediska míry jejího uplatnění v demokratických procesech tvorby zdravotní politiky (Franco, 2004). Zpětná vazba na veřejnost formou výzkumu veřejného mínění je legitimizujícím prvkem tvorby politiky, i když v praxi je naplňována do různého stupně (Gillens, 2005; Ansolabehere 2001; Monroe 1998). Právě legitimita tvorby politiky (tvorby práva) je v současnosti v kontextu globalizace a rostoucí individualizace předmětem četných kritických reflexí také ze strany sociologů (Habermas, 2001; Beck 2007). Je však i předmětem pro tuto oblast tradičních disciplín sociologie práva a teorie práva (Večeřa, Urbanová 2006; Weinberger 1995; Luhmann, 1993) Narůstající sociálně-ekonomické nerovnosti jsou nejen příčinou nerovností ve zdraví, omezením příležitostí svobodného rozvoje na úrovni jednotlivců, ale jejich význam je diskutován také z hlediska potenciálu ekonomického růstu na národní úrovni (Sen 2000; Suhrcke et al., 2005, 2007; Ziglio 2002, 2003).

Charakter politického diskurzu přístupů k organizaci a financování péče o zdraví je tedy významnou determinantou kvality života a celkového ekonomického potenciálu. Vedle emoční dimenze formování postoje jednotlivců zřetelně narůstá význam kognitivní složky (úroveň a kvalita poznatků, právní vědomí, obecně institucionální rámec). Významnou roli při organizaci mezinárodních aktivit a publikaci nových souhrnných poznatků sehrávají v této oblasti European Observatory on health Care Systems and Policies, OECD, WHO. Společenská a politická praxe v mnoha státech se však ubírá včetně tvorby mediálního obrazu v dané oblasti cestami, které dlouhodobě nepřispívají ke kulturnímu rozvoji, ale jsou zacíleny často jen na mocenské a zájmové střety spojované mnohdy s účelovými poznatkovými manipulacemi (Flood, 2003; Ranade 1998; Feldstein, 1994; Mahar, 2006, Leys, 2001).

Komunikace (diskurz) ve veřejných politických doménách, tvorba agendy zdravotní politiky, tvorba mediálních obrazů dané oblasti, postoje a očekávání veřejnosti, odpovědných a participujících tvůrců zdravotní politiky – to vše představuje významné součásti probíhajících politických procesů, které jsou obecně předmětem pozornosti různých disciplín (mediální studia, psychologie, sociologie, antropologie), využívajících také odlišné metodologické postupy (analýza diskurzu, analýza politického diskurzu, analýzy postojů, diskurzivní psychologie, veřejné mínění, systematicky zaměřený monitoring tisku založený na kódování publikovaných zpráv a jejich další analýze) (Pirkis, 2007; Říchová, 2002; Schiffrin, 2003; Hepburn, Wiggins 2005)

**Závěr:** Styl komunikace vládních a mocenských struktur s občany ČR o reformách zdravotnictví nebere ohled na vývoj veřejného mínění, na obavy nízkopříjmových skupin, na jejich finanční problémy v důsledku zavedených poplatků, které jsou obtížně slučitelné s jejich příjmovou úrovní. Státní správa nejenže nevěnuje pozornost veřejnosti, ale neplní ani povinnost, kterou má uloženu ze zákona, tj.

nezkoumá sociální vývoj, existenci problémů a jejich příčiny (§22 zákona č. 2/1969 Sb.). Tvůrci zdravotnické reformy se spoléhají, že ukolébají pozornost veřejnosti dílčími a účelově pojatými statistickými ukazateli bez nutnosti jejich nezávislého ověření. Česká veřejnost nemá dostatečný přístup k objektivním poznatkům o organizaci a financování zdravotnických služeb v jiných státech a o dlouhodobých rizicích postupně připravovaných a realizovaných reformních kroků. Zatímco si občané v ČR dokáží snadno vyhodnotit realizované změny v oblasti poplatků, nejsou většinou schopni interpretovat podstatu a dlouhodobé důsledky chystaných organizačně právních změn v postavení nemocnic a zdravotních pojišťoven. Média se soustřeďují na zachycení diskusí samotných politiků a zúčastněných profesních skupin (lékaři, podnikatelé). V ČR chybí větší participace nezávislých expertů z oblasti společenských věd, kteří by se věnovali výzkumu a mohli bez obav v médiích otevřeně diskutovat problémy organizace péče o zdraví a její financování, zprostředkovat nové poznatky z mezinárodní úrovně. Přístup do mediálních a dalších diskusí je omezen i pro existující občanské iniciativy, které projevují kritický potenciál (např. Svaz pacientů). Řada občanských iniciativ se však dostává do sféry finančního vlivu farmaceutických firem. Občané, kteří formou daní vytváří zdroje pro reflexi společenských problémů a jejich řešení, jsou často zklamáni neodpovědností zvolených politiků a pracovníků ve veřejném sektoru, kteří snadno a jednostranně podléhají nejen paradigmatické dominantě neoklasických konceptů fungování trhu, ale i vlivům podnikatelského sektoru namísto vyváženého vnímání společenských problémů a veřejných zájmů jako prostoru pro řešení tržních externalit a selhání.

#### **Otázka č. 5** Nemohou takové změny naopak představovat pro ČR střednědobá a dlouhodobá rizika snížení konkurenceschopnosti v důsledku zhoršení lidského potenciálu?

Rozdíly ve zdraví lze pozorovat jak mezi jednotlivými zeměmi a oblastmi světa, tak i uvnitř těchto zemí (Townsend, Davidson 1982; Raphael, 2002; Ljung a spol., 2005, Mathers a spol., 2001; Tackling Health Inequalities, 2003, 2005). Významným zjištěním jsou také rozdíly ve zdraví mezi jednotlivými populačními skupinami v závislosti na jejich sociálním a ekonomickém postavení (Wilkinson, Marmot, 2003; Wagstaff, 2002; Wilkinson, 1997; Braveman, Tarimo, 2002). V názorech na význam zdraví v lidském životě došlo v posledních desetiletích k zásadnímu posunu. Dobré zdraví není již považováno za cíl sám o sobě. Je na něj nazíráno jako na jeden z klíčových faktorů kvality života a pozitivního sociálního a tím i ekonomického rozvoje (Sachs, 2001; Suhrcke 2005; Mertl 2007; Suhrcke et al., 2007).

Celkový zdravotní stav v ČR vykazuje obdobný trend jako v ostatních rozvinutých zemích, avšak je poznamenán rozdílem (health gap) oproti vyspělým státům (Highlights CR, 2001; Drbal 2005). Pokles celkové a specifické úmrtnosti v ČR ještě nedosahuje takové míry, která je charakteristická např. pro EU15. V ČR lze od 80. a 90. let navíc sledovat poměrně vyšší frekvenci vzniku nových nádorových onemocnění než v EU15. Na rozdíl od řady jiných států nemá Česká republika ještě k dispozici dostatečně reprezentativní výsledky výzkumu rozdílů ve zdravotním stavu u různých rizikových a etnických skupin. Studiu vlivu socio-ekonomických determinant není v ČR věnována odpovídající pozornost. Ačkoliv se vývoj celkové standardizované úmrtnosti v ČR vyznačuje v průběhu 80. a 90. let významným poklesem, není však hodnocen vývoj těchto ukazatelů u ohrožených skupin. Cíle české zdravotní politiky by se měly

více soustředit na vymezení oblastí se zvýšeným rizikem vzniku vybraných nemocí u ohrožených populačních skupin (bezdomovství, nezaměstnanost, chudoba, senioři, azylanté, etnické skupiny).

Technologie v oblasti zdravotnických služeb i podpory zdraví prodělávají neustálý vývoj a stávají se z hlediska rozhodovacích procesů a strategického zaměření veřejných politik výrazně komplexním souborem poznatků (Rees, 2002; Strohmán, 2002; Orme a spol., 2003). Stojíme před otázkami míry uplatnění vlivu a kontroly jednotlivých determinant zdraví. Rychlé a nedostatečně promyšlené sociální procesy vedou k významným změnám ve struktuře ohrožených skupin (sociálně vyloučení - nezaměstnaní, bezdomovci, neúplné rodiny, senioři) – viz např. situace v Rusku ve druhé polovině 90. let (Dying too young, 2005). Sociální změny se tak v 21. století stávají v rozvinutých zemích stále významnějšími faktory determinujícími zdraví (Blane, Brunner, Wilkinson, 2000; Krieger, 2001). Stále více a do větších podrobností jsou rozvíjeny analytické rámce, které umožňují lepší pochopení vlivu současných ideologií ve vztahu k tvorbě veřejných politik (Franco, 2004)

Nové uspořádání zdravotnických služeb ve státech střední a východní Evropy, ale i reformní změny ve vyspělých státech přináší také nové problémy a požadavky pro pracovníky ve zdravotnictví (Figueras a spol., 2004; Flood, 2003). Dochází ke změnám v jejich pracovních právních a ekonomických postavení, reprezentaci zájmů, vzniku nových profesních uskupení. Zdravotníci se ocitají pod ekonomickým tlakem, požadavky na větší flexibilitu, další vzdělávání, náročnější komunikaci s pacienty (Afford, 2003). V systémech zdravotnických služeb však dochází také k významným změnám v jejich organizačním uspořádání a financování (Saltman, Figueras 1997)

**Závěr:** ). Je zřejmé, že tvorba politik se v převažující míře celosvětově podílí na rostoucích sociálně-ekonomických nerovnostech, které jsou odvrátitelné. Legitimita takových diskutabilních veřejných politik, vedoucích k rozdílům ve zdraví je silně zpochybňována. Rozdíly ve zdraví u různých populačních skupin jsou vnímány jako nespravedlivé. Rozdíly ve zdraví a v dostupnosti zdravotnických služeb snižují svobodu rozvoje jedinců a populačních skupin a z hlediska lidských práv, souvisejících se zdravím jsou znepokojivým projevem neopodstatněné nespravedlnosti (Sen, 2000). Tyto aspekty zatím nejsou významným předmětem české zdravotní politiky. Lidským zdrojům není z hlediska jejich zdravotního stavu přikládán odpovídající význam.

**Otázka č. 6.** Jaké jsou šance české společnosti při řešení budoucích důsledků diskutovaných rizik sociálních a ekonomických nerovností, obezity, kouření, zátěže duševními nemocemi v kontextu podpory zdraví (kontroly determinant zdraví a nemoci)?

Česká republika zatím nevěnuje dostatečnou pozornost výzkumu existujících **nerovností zdraví**, nemocnosti a jejich determinant se zaměřením především na různé **rizikové skupiny** (bezdomovci, děti ohrožené chudobou, skupiny s nadváhou, obezitou, různými typy závislostí). Bezdomovci jsou příkladem extrémního sociálního vyloučení. Jejich počet je odhadován kolem 1% obyvatel, což v ČR představuje asi 100 tis., v USA však již 3 mil. Empirické výzkumy prokazují, že u této skupiny nejde o svobodnou volbu sociálního vyloučení se. K subjektivním

faktorům patří problémy z oblasti duševního zdraví a tedy spíše potřeba zdravotní péče. Objektivní faktory jsou rozeznatelné v působnosti okruhu několika veřejných a sociálních politik (bytová politika, politika zaměstnanosti, vzdělávací politika, rodinná politika, zdravotní a sociální politika). Ve společnosti byl vytvořen převládající názor, že u této skupiny sociálně vyloučených jde převážně o jejich vlastní volbu a nezájem pracovat. Politici, kteří by se zajímali o řešení problémů bezdomovců by do značné míry riskovali ztrátu hlasů svých voličů.

Problémy různých typů závislostí jsou spojeny také s různými paradigmatickými rozpory. Obezita a nadváha je příkladem střetu produkčního paradigmatu (nadvýroba potravin ve spojení s nadbytečným a mnohdy i škodlivě působícím marketingem) s paradigmaty péče o zdraví a zdravého životního stylu (Lang, 2004, 2005).

Předpokladem rozvoje šancí ČR při řešení existujících rizik vývoje zdravotního stavu je nejen rozvoj poznání, vzdělávání multidiscipinárně zaměřených týmů pro oblast podpory zdraví, ale také tvorba zdravotní politiky v souladu s ostatními veřejnými politikami, které by taková rizika a potřeby jejich efektivního řešení věnovali odpovídající pozornost. Intenzivní komercializace českého zdravotnictví rozhodně takovou šanci nepředstavuje. Trh tyto problémy nevyřeší, neboť naopak v mnoha dimenzích představuje svým potenciálem produkce negativních externalit jejich příčinu.

#### Otázka č. 7 Koresponduje současná agenda české zdravotní politiky s evropskými a celosvětovými tématy v oblastech podpory zdraví, organizace zdravotnických služeb a jejich financování?

Využití rozvoje vědeckých poznatků (nových paradigmatických posunů) v oblasti determinant zdraví a nemoci, organizace a financování zdravotnických služeb, stejně jako narůstající množství poznatků, které představují možnost objektivizace rozhodovacích procesů jak v oblasti péče o zdraví tak i samotných zdravotnických služeb se daří realizovat až s určitým časovým posunem podobně jako zprostředkování těchto poznatků veřejnosti či jeho zachycení v mediálním obrazu dané oblasti. Oblast péče o zdraví je veřejně významná nejen svým vztahem k základním lidským právům a hodnotovým významům, ale především z hlediska významu investic do zdraví, rozvoje lidského potenciálu a tedy i významu zdraví jako podmínky pro další svobodný vývoj jedinců a populačních skupin (Sen, 2000).

Mezinárodně probíhající diskuse o přístupech k tvorbě zdravotní politiky na fórech OECD, UN, WHO, v USA časopisu Health Affairs, European Observatory of Health Care Systems and Policies a s ní spojená publikační aktivita představují přístupy, které nejen vyvažují četné snahy soukromého sektoru o získání mocenské kontroly nad zdravotnictvím, ale současně jsou zdrojem objektivních poznatků, které mají také potřebný normativní charakter, tj. zohledňují sociální dimenzi péče o zdraví (OECD 2002, 2004a, 2004b,

Roberts et al., 2004, Murray, Frenk 2000, Litman 1991, Eur. Observatory). V těchto diskusích dochází také k potřebné kultivaci rozvoje konceptů spravedlnosti, lidských práv se vztahem ke zdraví, svobodného rozvoje.

**Závěr:** V České republice bohužel nejsou již několik let výsledky mezinárodního diskurzu reflektovány a zejména v aktivitách současné vlády je nepřiměřeným způsobem projevována snaha o reformy českého zdravotnictví cestou jeho zásadní komercionalizace, s použitím soukromých organizačně právních forem a s vysokým rizikem převodu vlastnictví takřka všech nemocnic a zdravotních pojišťoven. To by v praxi znamenalo zcela zásadní změnu charakteru péče o zdraví včetně důsledků pro vývoj zdravotního stavu a ekonomický potenciál.

### **Celkové závěry**

Diskurz okruhu vzájemně souvisejících témat péče o zdraví v ČR, realizovaný pouze na základech neoklasické ekonomie a komerčně technokratického přístupu představuje pro českou společnost riziko prakticky nevratných změn. Zjednodušené konceptuální přístupy neoklasické ekonomie nejsou doplněny o další známé ekonomické školy (ekonomická sociologie, ekonomická antropologie, ekonomika chování, institucionální ekonomie), koncepty spravedlnosti, etiky, lidských práva se vztahem ke zdraví, demokracie, politické a mediální komunikace, legitimacy politiky a práva, zdravotní politiky, odpovědnosti veřejné správy. Kritická reflexe současného stavu české zdravotní politiky poukazuje na rizika jednostranné komercionalizace českého zdravotnictví při závažném podcenění existujících problematických trendů vývoje zdravotního stavu u rizikových skupin. Neřešení těchto problémů či jejich podcenění znamená v budoucnu vznik neudržitelného vývoje zdravotního stavu s příliš vysokými náklady na léčbu zdravotních důsledků.

Příčiny tohoto stavu spočívají ve vlivu globalizačních procesů a hráčů na sociálně neopovědně jednající aktéry tvorby zdravotní politiky v ČR. Cíle globálních hráčů sledují tvorbu podnikatelského prostředí s nízkou cenou práce, nízkými náklady na zdravotnické a sociální služby, nízkou daňovou zátěží. Dosažení takového cíle je podmíněno vznikem soukromého zdravotnictví a soukromých zdravotních pojišťoven současně s výraznou redukcí rozsahu služeb a nákladů v existujících fondech veřejného zdravotního pojištění. Vznik komercionalizovaného zdravotnictví je očekávanou příležitostí pro zahraniční a domácí investorské a podnikatelské aktivity. Takový vývoj ztráty vlastní identity České republiky je však v rozporu s lidskými právy, zákonnými požadavky na průběžnou výzkumnou reflexi společenského vývoje, moderním vývojem demokracie, vývojem chápání principů spravedlnosti, etických dimenzí a také lidské důstojnosti většiny českých občanů. Komercionalizace zdravotnictví však představuje také další rizika ve ztrátě jeho profesionality a dosavadní samosprávné autonomie lékařů, kteří by se stali podobně jako občané loutkami v různých modelech řízené péče.

### **Literatura**

- Ansolabehere, S.D. et al. Candidate Positioning in U.S. House Election. *American Journal of Political Science* 2001, 45(1): 136-159
- Arrow, K.J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *Amer. Econ. Rev.* 1963; 53(5): 941-973
- Babiak, P., Hare, R.D. *Snakes in Suits. When Psychopats Go to Work.* Regan Books, Harper Collins, New York 2006
- Balanya, B., Roberty, A., Hoedeman, O., Ma'anit, A., Wesselius, E. *Odvrácená strana Evropské unie. Evropa v režii nadnárodních korporací. Paradigma, Košice* 2003
- Barker, C. *The Health Care Policy Process.* SAGE, London 1996
- Beauchamp, D.E., Steinbock, B. *New Ethics for the Public's Health.* Oxford University Press, Oxford 1999
- Becht, M., Jenkinson, T., Mayer, C. *Corporate Governance: An Assessment.* *Oxford Review of Economic Policy* 2005, 21(2): 155-163
- Beck, U. *Moc a protiváha moci v globálním věku. Nová ekonomie světové politiky.* Slon, Praha 2007
- Berman, M. *Dark Ages America. The Final Phase of Empire.* W.W.Norton, New York 2006
- Beauchamp, T.L., Childress, J.F. *Principles of Biomedical Ethics.* Oxford University Press, Oxford 2001
- Blane, D., Brunner, E., Wilkinson, R. *Health and Social Organization. Towards a Health Policy for the 21st Century.* Routledge, London 2000
- Blendon, R.J. et al. Americas Views about Health Care Costs, Access and Duality, *Milbank Quarterly* 2006a, 84(4): 623-657
- Blendon, R.J. et al. Health Care in the 2008 Presidential Primaries. *New England Journal of Medicine* 2008, 358(4): 414-422
- Blendon, R.J. On Academic's Perspective On the Role Of Health Affairs *Health Affairs* 2007, 26(6): 1531-1533
- Blendon, R.J., Benson, J.M. Americas Views on Health Policy: A Fifty-Year Historical Perspective. *Health Affairs* 2001, 20(2): 33-46
- Blendon, R.J. et al. Understanding the American Public's Health Priorities: A 2006 Perspective. *Health Affairs* 2006b, 25: w508-w515
- Braveman, P., Gruskin, S. Defining equity in health. *Theory and methods. J.Epidemiology Community Health* 2003; 57:254-258
- Braveman, P., Tarimo, E. Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. *Social Science and Medicine* 2002, 54: 1621-1635
- Chomsky, N. *Profit Over People. Neoliberalism and Global Order.* Seven Stories Press, New York 1999
- Culyer, A.J., Newhouse J.P. *Handbook of Health Economics.* Elsevier Science B.V., Amsterdam 2000
- Daniels, N. *Just health. Meeting Health Needs Fairly.* Cambridge University Press, Cambridge 2008
- Danis, M., Clancy, C., Churchill, L.R. *Ethical Dimensions of Health Policy.* Oxford University Press, 2002
- DeFleur, M. L. & Ballová-Rokeachová, S. J. (1996). *Teorie masové komunikace.* Praha: Karolinum
- Detels, R. et al. *Oxford Textbook of Public Health.* 4th edit. Oxford Medical Publications, Oxford University Press 2004.
- Docteur, E., Suppanz, H., Woo, J. *The US Health System: An assessment and prospective directions for reform.* Economics Department Working Papers No.350, OECD, Paris 2003
- Drbal, C. *Naše zdraví a jeho otazníky. Studie 1/2004. Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky. Hlávko nadání, Praha* 2004
- Drbal, C. *Nová zdravotní politika. Škola veřejného zdravotnictví. IPVZ, Praha* 2001
- Drbal, C. *Posttransformační stav a možnosti jeho řešení. Škola veřejného zdravotnictví IPVZ, Praha* 1998
- Dryzek, J.S., Honig, B., Phillips, A. *The Handbook of Political Theory.* Oxford University Press, Oxford 2006
- Dying too young. *Addressing Premature Mortality and Ill Health Due to Non-Communicable Diseases and Injuries in the Russian Federation. Europe and Central Asia Region, Human Development Department, Russia Country Management Unit, The World Bank* 2005
- Elpida. *Výroční zpráva za rok 2005.* ([http://elpida.cz/stranky/vyrocní\\_zprava\\_2005.html](http://elpida.cz/stranky/vyrocní_zprava_2005.html))
- Elster, J. *Explaining Social Behavior. More Nuts and Bolts for the Social Sciences.* Cambridge University Press, Cambridge 2007
- Essig, M. Purchasing consortia as symbiotic relationship: developing the concept of „consortium sourcing“. *European Journal of Purchasing and Supply Management* 2000, 6: 13-22
- European Health Care Systems: Need for Substantial Change. *The Prague Symposium 2005. International health Summit, Pyramida Hotel Prague, Czech Republic, October 30 – November 1, 2005*
- European Observatory on health Care Systems and Policies [www.observatory.dk](http://www.observatory.dk)
- Feldstein, P.J. *health Policy issues. An Economic Perspective on Health Reform.* AUPHA Press, Ann Arbor, michigan 1994

- Figueras, J., McKee, M., Cain, J., Lessof, S. Health systems in transition: learning from experience. World Health Organization, 2004
- Flood, C.M. International Health Care Reform. A legal, economic and political analysis. Routledge, London 2003;
- Franco, A., et al. Effect of democracy on health: ecological study. *British Medical Journal* 2004, 329: 1421-1423
- George, A.L. Bennett, A. Case studies and theory development in the social sciences. MIT Press, Cambridge 2005
- Gillens, M. Inequality and democratic responsiveness. *Public Opinion Quarterly* 2005, 69(5): 778-96
- Goodin, R.E., Tilly, Ch. The Oxford Handbook of Contextual Political Analysis. Oxford University Press, Oxford 2006
- Granovetter, M. Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness. *The American Journal of Sociology* 1985, 91(3): 481-510
- Gray, J.: Marné iluze. Falešné představy globálního kapitalismu. Paradigma, Košice. 2002
- Green, J., Thorogood, N. Analysing health Policy. A Sociological Approach. Longman, London 1998
- Habermas, J. Between Facto and Norms. Contributions to a Discourse Tudory of Law and Democracy. The MIT Press, Cambridge, Massachusetts 1996
- Hall, R.H., Tolbert, P.S. Organizations. Structures, Processes, and Outcomes. 9<sup>th</sup> edition. Pearson, Prentice Hall, New Jersey 2005
- Hamilton, P. et al. The Ailing Healthcare Supply Chain: A Prescription for Change. *The Journal of Supply Chain Management* 2005, 41(1): 4-17
- Harer, R.D. Without Conscience. The disturbing world of the psychopats aminy us. The Guilford Press, New York 1993
- Harris interactive, „Attitudes toward the United States Health Care System: Long-Term Trends,
- Hausman, D.M. Philosophy of Economics. Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2003  
(<http://plato.stanford.edu/entries/economics/>)
- Háva, P., Mašková, P. Role soukromých nemocnic ve veřejném sektoru. Příspěvek do sborníku z mezinárodní konference Sociální ekonomika, sociální podnik a sociální kapitál, která se konala 1.-2.11.2007 v Ústí nad Labem – pořadatel Univerzita Jana Evangelisty Purkyně
- Hepburn, A., Wiggins, S. Developments in discursive psychology. *Discourse and Society* 2005, 16(5): 595-601
- Hertzová, N. Plíživý převrat. Globální kapitalismus a smrt demokracie. Dokořán, Praha 2003
- Herzlinger, R. Market Driven health Care. Basic Books, New York, 1997
- Heström, P. Dissecting the Social. On the Principles of Analytical Sociology. Cambridge University Press, Cambridge 2005
- Hofrichter, R. (ed.) Health and Social Justice. Politics, Ideology, and Inequity in the Distribution of Disease. Jossey-Bass, John Wiley and Sons, San Francisco 2003
- Churchill, L.R. The Hegemony of Money: Commercialism and Professionalism in American Medicine. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2007, 16: 407-414
- Jennings, B., Baily, M.A., Bottrell, M., Lynn, J. Health Care Quality Improvement: Ethical and regulatory Issues. The Hasting Center, Garrison, New York 2007
- Jirák, J., Říchová, B. Politická komunikace a média. Karolinum, Praha 2000
- Jovell, A. et al. Public trust in the Spanish health-care system. *Health Expectations* 2007, 10(4): 350-357
- Kassirer, J.P. Commercialism and Medicine: An Overview. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2007, 16: 377-386
- Klusoň, V. Instituce a odpovědnost. K filozofii ekonomické vědy. Karolinum, Praha 2004
- Knobloch, F., Rokosová, M. Názory občanů na vybrané problémy zdravotní péče v ČR. *Zdravotnictví v ČR* 2006, č.1
- Korten, D.C. Keď korporácie vládnu světu. Paradigma.sk, Košice 1995
- Krieger, N. A glossary for social epidemiology. *J.Epidemiol.Community Health* 2001; 55:693-700
- Krugman, P. The Great Unraveling. Losing Our Way in the New Century. W.W.Norton, New York 2005
- Krugman, P. Competitiveness: A Dangerous Obsession. *Foreign Affairs* 1994, 73(2): 28-44
- Kunczik, M. Základy masové komunikace. Karolinum, Praha 1995
- Kunštát, D. a spol. České veřejné mínění: výzkum a teoretické souvislosti. SOÚ AV ČR, Praha 2006
- Lang, Tim, Heasman, Michael. *Food wars : The global Battle for Mouths, Minds and Markets*. London : Earthscan Publications, 2004
- Lang, Tim, Rayner, Geof. Obesity: a growing issue for European policy?. *Journal of European Social Policy [online]*. 2005, vol. 15, no. 4 s. 301-327
- Leys, C. Market-Driven politics. Neoliberal Democracy and the Public Interest. Verso, London 2001
- Lippmann, W. public Opinion. The Free Press, London 1965 (1921)
- Litman, T.J., Robins, L.S. Health Politics and Policy. 2<sup>nd</sup> edit. Delmar Publishers, New York 1991

- Ljung, R., Peterson, S., Hallquist, J., Heimerson, I., Diderichsen, F. Socioeconomic differences in the burden of disease in Sweden. *Bulletin of the WHO* 2005, 83(2):92-99
- Luhman, N. *Das recht der Gesellschaft*. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1993
- Mach, P. (edit) *Ekonomika, právo a politika*. Sborník textů č. 9/2001. Centrum pro ekonomiku a politiku, Praha 2001
- Mahar, M. *Money-Driven Medicine. The real Reason Health Care Costs So Much*. Collins, New York 2006
- Mathers, C.D., Vos, E.T., Stevenson, C.E., Begg, S.I. The burden of disease and injury in Australia. *Bulletin of the WHO* 2001, 70:1076-84
- Mertl, J., Vychová, H. Úloha vzdělání a zdraví v ekonomickém rozvoji. Teoretická analýza a její aplikace v podmínkách ČR. *Studia Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky, Praha I/2007*
- Mitchell, P.R., Schoeffel, J. *Understanding Power. The Indispensable Chomsky*. The New Press, New York 2002
- Mlčoch, L. *Úvahy o české ekonomické transformaci*. Praha: Vyšehrad, 2000
- Mlčoch, L., *Zastřená vize ekonomické transformace*. Karolinum, Praha 1997
- Monroe, A.D. *Public Opinion and Public Policy*. *Public Opinion Quarterly* 1998, 62(1): 6-28
- Moran, M., Rein, M., Goodin, R.E. *The Handbook of Public Policy*. Oxford University Press, Oxford 2006
- Murray, Ch.J.L., Frenk, J. A.: framework for assessing the performance of health systems *Bulletin of the World Health Organization*. 2000, 78(6): 717-731
- Murray, Ch.J.L., Frenk, J. A.: framework for assessing the performance of health systems *Bulletin of the World Health Organization*. 2000, 78(6): 717-731
- Návrh Koncepce péče o zdraví v ČR v letech 2004-2005, určený pro celospolečenskou diskusi. „Lidsky důstojné a efektivně fungující zdravotnictví“, Ministerstvo zdravotnictví, Praha 2004 (viz Příloha č. 3 Léková politika ČR)
- North, D. *Institution, Institutional Change, and Economic Performance*. Cambridge University Press, Cambridge 1990
- OECD (2002) *Measuring Up. Improving Health System Performance in OECD Countries*,
- OECD (2004a) *Towards High-Performing Health systems*. The OECD Health Project. OECD, Paris 2004
- OECD (2004b) *Understanding Economic Growth*. OECD, Paris
- Orme, J., Powell, J., Taylor, P., Harrison, T., Grery, M. *Public Health for the 21<sup>st</sup> Century. New perspectives on policy, participation and practice*. Open University Press, England 2003
- Palfrey, C. *Key Concepts in Health Care Policy and Planning*. Macmillan Press, London 2000
- Peck, E. *Organisational Development in Healthcare. Approaches, innovations, achievements*. Radcliffe publishing, Oxford 2004
- Pirkis, J. et al. *The Media Monitoring Project. A Baseline Description of How the Australian Media report and Potray Suicide and Mental health and Illness*. Centre for Health Program Evaluation, Canberra, Australia 2007
- Ranade, W. *Markets and health care, A comparative analysis*. Longman, London 1998
- Raphael, D.D. *Concepts of Justice*. Oxford University Press, Oxford 2001
- Raphael, D.D. *Concepts of Justice*. Oxford University Press, oxford 2001
- Raphael, D. *Poverty, Income Inequality, and Health in Canada*. CSJ Foundation for Research and Education., Toronto 2002
- Rees, J. *Complex Disease and the New Clinical Science*. *Science* 2002; 296: 698-701
- Rhodes, R., Battin, M.P., Silvers, A. *Medicine and Social Justice. Essays on the Distribution of Health Care*. Oxford University Press, Oxford 2002
- Řichová, B. *Úvod do současné politologie*. Portál, Praha 2002
- Ritsatakis, A. Experience in setting targets for health in Europe. *European J. Publ. Health* 2000; 10(4 Supplementum), 7-10
- Roberts, M.J., Hsiao, W., Berman, P., Reich, M.R. *Getting Health reform Right. A Guide to Improving Performance and Equity*. Oxford University Press, Oxford 2004
- Rokosová, M., Háva, P., Schreyogg, J., Busse, R. *Health Care Systems in Transition: Czech Republic*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on health Systems and Policies, 2005
- Sachs, J. D. (ed.). *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, Geneva: WHO, 2001.
- Saltman, R. B., Busse, R., Mossialos, E. *Entrepreneurial behaviour in pharmaceutical markets and the effects of regulation*. Buckingham: Open University Press, 2002.
- Saltman, R. B., Figueras, J. *European health care reform. Analysis of current strategies*. Copenhagen: World Health Organization, 1997
- Scambler, G. *Sociology as applied to Medicine*. Saunders, London 1997
- Schiffrin, D. et al. *The Handbook of Discourse Analysis*. Blackwell Publishing, Oxford 2004

- Seedhouse, D. (edit.) *Reforming Health Care. The Philosophy and Practice of International Health reform.* Wiley, Chichester 1995
- Sen, A. *Development as Freedom.* Anchor Books, New York 2000
- Sen, A. *Development as freedom.* Anchor Books, New York 2000
- Shapiro, I. *Morální základy politiky.* Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, Praha 2003
- Shapiro, I. *The Moral Foundations of Politics (Morální základy politiky.* Karolinum, Praha 2003). London 2003
- Šimek, J. a spol. *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa.* Univerzita Karlova v Praze, Karolinum 2002
- Skovajsa, M. *Politická kultura, Přístupy, kritiky, uplatnění ve zoumání politiky.* Karolinum, Praha 2006
- Smelser, N.J., Swedberg, R. (edit.) *The Handbook of Economic Sociology.* Princeton University Press, Princeton, Oxford 2005
- Strohman, R. *Maneuvering in the Complex Path from Genotype to Phenotype.* Science 2002; 296: 701-703
- Suhrcke, M., Rocco, L., McKee, M. *Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia.* World Health Organization 2007, on behalfs of the European Observatory on Health Systems and Policies
- Suhrcke, M., McKee, M., Arce, R.S., Tsolova, S., Mortensten, J. *The contribution of health to the economy in the European union. Health and consumer protection directorate-general.* European Communities, 2005
- Suhrcke, M., Rocco, L., McKee, M. *Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia.* World Health Organization 2007, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies
- Tackling Health Inequalities: Status Report on the Programme for Action.* Department of Health, UK 2005
- Tackling Health Inequalities: A Programme for Action.* Department of Health, UK, 2003
- Thomson, S., Mossialos, E. *Choice of public or private health insurance: learning from the experience of Germany and Netherlands.* Journal of European Social Policy 2006, 16(4): 315- 327
- Townsend, P., Davidson, N. *Inequalities in health: the Black report.* Harmondsworth, Penquin 1982
- UK Health Equity Network (<http://www.ukhen.org.uk>)
- Tůmová, N. *Veřejné mínění o některých aktuálních otázkách zdravotnictví. Zdravotní politika a ekonomika, Sborník IZPE 2001, č.1: 143-191, Kostelec nad Černými lesy*
- Večeřa, M. *Spravedlnost v právu.* Masarykova univerzita, Brno 1997
- Večeřa, M., Urbanová, M. *Sociologie práva.* Aleš Čeněk, Plzeň 2006
- Večerník, J. *Transformační procesy v socio-ekonomické perspektivě.* Sociologický časopis 1997, 33(3): 259-272
- Večerník, J. *Výzkum společenské transformace a česká sociologie.* Sociologický časopis 2002, Vol. 38, No. 1-2: 55-77
- Wagstaff, A. *Poverty and health sector inequalities.* Bulletin of the WHO 2002, 80(2): 97-105
- Walt, G. *Health Policy. An Introduction to Process and Power.* Zed Books, London and New Jersey 2004
- Walzer, M. *Spheres of Justice.* Oxford 1985
- Weinberger, O. *Norma a instituce. Úvod do teorie práva.* Masarykova univerzita, Brno 1995
- Wilkinson, N. *An Introduction to Behavioral Economics.* Palgrave, Houndmills 2008
- Wilkinson, R., Marmot, M. (eds.) *Social Determinants of Health: The Solid facts.* Copenhagen: WHO, 2003.
- Wilkinson, R.G. *Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards?* British Medical Journal 1997; 314: 591-5
- World Health Report 2000. *Health Systems: Improving Performance.* WHO, Geneva 2000
- Žáček, A. *Nezdary, problémy a naděje transformace zdravotnictví. Část 1. Některé příčiny chybných rozhodnutí v počáteční fázi transformace.* Časopis Lékařů českých 1997, 136(4): 103-105
- Ziglio, E. at. al. *Health Systems Confront Poverty.* Copenhagen: WHO, 2003.
- Ziglio, E. at. al. *Investment for Health: a discussion of the role of economics and social determinants.* Copenhagen: WHO, 2002.