

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PŘÍRODOVĚDECKÁ FAKULTA

KATEDRA ROZVOJOVÝCH A ENVIRONMENTÁLNÍCH STUDIÍ



Všeobecná zdravotní péče jako jeden z cílů SDGs

Diplomová práce

Olomouc 2018

Bc. Luboš Sladký

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně pod vedením Mgr. Martina Schlossarka za použití literatury uvedené ve zdrojích v závěru práce.

V Olomouci dne 7. 12. 2018

Bc. Luboš Sladký

Poděkování

Zde bych velmi rád poděkoval vedoucímu mé práce Mgr. Martinovi Schlossarkovi za odborné vedení, konzultace, podněty, připomínky a cenné rady při vypracování diplomové práce. Velké díky také patří mé rodině, která mě vždy během studia na Mezinárodních rozvojových studiích podporovala v plné míře. V neposlední řadě bych chtěl poděkovat Domči za pevné nervy a trpělivost při psaní této práce.

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Přírodovědecká fakulta
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Luboš SLADKÝ**
Osobní číslo: **R160076**
Studijní program: **N1301 Geografie**
Studijní obor: **Mezinárodní rozvojová studia**
Název tématu: **Všeobecná zdravotní péče jako jeden z cílů SDGs**
Zadávající katedra: **Katedra rozvojových a environmentálních studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Diplomová práce se zabývá zajištěním všeobecné zdravotní péče pro všechny v kontextu Cílů udržitelného rozvoje (SDGs). V teoretické části práce jsou vymezeny základní pojmy, je diskutována definice všeobecné zdravotní péče, způsoby měření její kvality a její relevance pro další podcíle SDGs. Praktická část se věnuje analýze faktorů ovlivňujících úspěšnost plnění příslušného podcíle, současně jsou analyzovány konkrétní zdravotnické politiky vybraných rozvojových zemí.

Rozsah grafických prací: **dle potřeby**
Rozsah pracovní zprávy: **20-25 tisíc slov**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**
Seznam odborné literatury:

Ataguba, J. E., Ingabire, M.-G. 2016. Universal Health Coverage: Assessing Service Coverage and Financial Protection for All. AJPH 106 (10).
Behera, M. R., Behera, D. 2015. A critical analysis of the term "universal health coverage" under post-2015 Sustainable Development Goals. Annals of Tropical Medicine and Public Health 8 (5).
Suriyawongpaisal, P., et al. 2016. Copayment and recommended strategies to mitigate its impacts on access to emergency medical services under universal health coverage: a case study from Thailand. BMC Health Services Research 16.
Tangcharoensathien, V., et al. 2014. Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Thailand. Plos Medicine 11 (9).
Tangcharoensathien, V., Mills, A., Palu, T. 2015. Accelerating health equity: the key role of universal health coverage in the Sustainable Development Goals. BMC Medicine 13.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Martin Schlossarek**
Katedra rozvojových a environmentálních studií

Datum zadání diplomové práce: **27. ledna 2017**
Termín odevzdání diplomové práce: **15. května 2017**

prof. RNDr. Ivo Frébort, CSc., Ph.D.
děkan

L.S.

doc. RNDr. Pavel Nováček, CSc.
vedoucí katedry

V Olomouci dne 27. ledna 2017

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá zajištěním všeobecné zdravotní péče pro všechny v kontextu Cílů udržitelného rozvoje (SDGs). V teoretické části práce jsou vymezeny základní pojmy, je diskutována definice všeobecné zdravotní péče, způsoby měření její kvality a její relevance pro další podcíle SDGs. Praktická část se věnuje analýze faktorů ovlivňujících úspěšnost plnění příslušného podcíle, současně jsou analyzovány konkrétní zdravotnické politiky vybraných rozvojových zemí.

Klíčová slova

Všeobecná zdravotní péče, UHC, SDGs, zdraví, zdravotní péče, platby OOP, Thajsko, Gabon

Abstract

This thesis deals with the provision of universal health care for all in the context of the Sustainable Development Goals (SDG). The theoretical part of the thesis defines the basic concepts, the definition of universal health care, monitoring tools of its quality and achievement and its importance for the other subcategories of SDGs. The practical part deals with the analysis of the factors influencing the success of UHC's implementation while the specific health policies of selected developing countries are analysed.

Keywords

Universal Health Coverage, UHC, SDGs, health, health care, OOP payments, Thailand, Gabon

Obsah

Seznam zkratk	9
Úvod	10
Metodika a materiál	12
1. Všeobecná zdravotní péče	15
1.1. Koncept Všeobecné zdravotní péče	15
1.2. Definice Všeobecné zdravotní péče	19
1.3. Rozbor jednotlivých částí UHC	21
1.4. Historické příklady národních programů sociálního zdravotního zabezpečení	25
1.5. Monitoring a evaluace UHC	31
1.5.1. Indikátor 3.8.1 a jeho jednotlivé komponenty	33
1.5.2. Indikátor 3.8.2	36
1.5.3. Další nástroje k monitorování naplňování UHC	38
2. Všeobecná zdravotní péče v rozvojových zemích	40
2.1. Vztah mezi pokrytím zdravotních služeb a ekonomickou vyspělostí země	42
2.2. Modely financování zdravotní péče	44
2.3. Analýzy BIA a FIA v různých regionech	51
2.4. Další významné aspekty zdravotního systému	53
2.5. Stanovení priorit	56
3. Případové studie	59
3.1. Thajsko	59
3.1.1. Universal Health Coverage Scheme	60
3.1.2. Implementace programu UCS	61
3.1.3. Naplnění principů UHC v Thajsku	64
3.2. Gabon	67
3.2.1. Program národního zdravotního zabezpečení	68
3.2.2. Implementace programu CNAMGS	69
3.2.3. Naplnění principů UHC v Gabonu	72
3.3. Porovnání UHC v Thajsku a Gabonu	75
4. Závěr	78
Seznam obrázků	81
Seznam zdrojů	82

Seznam zkratek

BIA	Benefit Incidence Analysis
CNAMGS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale
CSMBS	The Civil Servant Medical Benefit Scheme
DAH	Development Aid for Health
DfID	Departure for International Development
FIA	Finance Incidence Analysis
HDP	Hrubý domácí produkt
HIPC	Heavily Indebted Poor Countries
HND	Hrubý národní produkt
LDCs	Least Development Countries
LMICs	Low- and Middle-Income Countries
MDGs	Millennium Development Goals
NHS	National Health Scheme
NHSO	National Health Security Office
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
OSN	Organizace Spojených Národů
SDGs	Sustainable Development Goals
SDP	Social Democratic Party
SHI	Social Health Insurance
SSS	Social Security Scheme
UCS	Universal Health
UHC	Universal Health Coverage
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
WHO	World Health Organization

Úvod

Mnoho obyvatel po celém světě nemá ani v dnešní době přístup ke zdravotní péči. To může být způsobeno mnoha důvody. Ať už kvůli nedostatečnému pokrytí poskytovateli zdravotních služeb nebo kvůli příliš vysokým finančním nákladům na zdravotní péči. S nejvyšší pravděpodobností se plnému zdraví nebudou nikdy těšit všichni lidé na světě, avšak jeho nejvyšší dosažitelný stupeň je považován za právo každého člověka bez ohledu na socioekonomické a jiné aspekty. Přestože v posledních dekáдах došlo k výraznému zlepšení na úrovni globálního zdraví, potýká se mnoho rozvojových zemí s různými zdravotními problémy, ať už ve formě výskytu života ohrožujících onemocnění jako je tyfus, malárie, nebo cholera aj. Dalšími problémy zdravotnického sektoru jsou nedostatečně rozvinutá zdravotnická infrastruktura a nedostatečné financování celého sektoru. Přestože vzniklo v minulých letech mnoho zdravotních programů a iniciativ, žádný z nich se nevyrovná konceptu Všeobecné zdravotní péče, jenž je součástí SDGs.

Cílem diplomové práce je představit koncept Všeobecné zdravotní péče jakožto jednoho z podcílů celosvětově uznávaného programu OSN známému jako Cíle udržitelného rozvoje. Na základě především akademických zdrojů budou analyzovány možné definice a přístupy k tomuto konceptu. Hlavním cílem není jenom představit a analyzovat Všeobecnou zdravotní péči a její části, ale také současnou situaci především v rozvojových zemích, včetně analýzy faktorů ovlivňujících úspěšnost plnění tohoto podcíle SDGs. Implementace národních programů Všeobecné zdravotní péče bude poté blíže popsána a analyzována na případových studiích dvou rozvojových zemí.

První kapitola diplomové práce je spíše teoretická, když se autor věnuje především představení konceptu Všeobecné zdravotní péče a hledá všeobecně přijímanou definici na základě akademické literatury. Dále jsou rozebírány a analyzovány jednotlivé části tohoto podcíle Cílů udržitelného rozvoje. Zmíněny jsou také historické příklady programů národního zdravotního zabezpečení zemí, které již dosáhly jisté úrovně poskytování zdravotní péče za přijatelné finanční dostupnosti pro většinu svých obyvatel. V posledních částech kapitoly představuje autor hned několik monitorovacích nástrojů a indikátorů pro hodnocení, porovnávání a evaluaci Všeobecné zdravotní péče.

Ve druhé kapitole autor blíže analyzuje aktuální stav pokrytí zdravotní péče především v rozvojových zemích a porovnává jejich situaci s rozvinutými zeměmi. Analyzován bude vztah mezi úrovní pokrytí zdravotních služeb a ekonomických faktorů zemí. Blíže budou představeny modely financování zdravotních systémů. Dále pak autor analyzuje důležité

aspekty ovlivňující celkové fungování zdravotních systémů a proces stanovování priorit pro naplňování cílů Všeobecné zdravotní péče.

Třetí kapitola analyzuje konkrétní zdravotnické politiky vybraných rozvojových zemí a jejich dopad na sektor zdravotnictví. Jedná se o programy národního zdravotního zabezpečení v Thajsku a Gabonu. Následně budou diskutovány politiky a výsledky v kontextu zjištění z předchozích kapitol, načež budou srovnány politická rozhodnutí a proces implementace národních programů Všeobecné zdravotní péče u těchto zemí a jejich výsledků relevantních pro naplňování tohoto konceptu. Hlavní oblasti srovnání budou především metody a výše vládního financování sektoru zdravotnictví společně s podíly přímých výdajů na zdravotní péči obyvatel jednotlivých zemí.

Metodika

V práci budou použity především metody rešerše literatury a popisná statistika. V první části práce, která je spíše teoretická, bude na základě studia relevantních zdrojů představen koncept Všeobecné zdravotní péče, jeho definice, jednotlivé části a způsoby monitorování. Ve druhé a třetí části jsou představeny konkrétní vztahy mezi ekonomickou vyspělostí země a jednotlivými elementy Všeobecní zdravotní péče. V těchto částech je kombinovaná rešerše literatury s logickou argumentací (dedukce a indukce) a popisnou statistikou.

Grafy, které se v této práci objevují, budou vypracovány dle dostupných dat z databází Světové banky, Světové zdravotnické organizace a Financial Global Health dostupné v elektronické podobě pro období mezi lety 2000 až 2015. Tato data byla analyzována pomocí popisné statistiky, díky níž autor potvrdil či vyvrátil teze týkající se procesů důležitých k naplnění cílů konceptu UHC.

Téměř všechny zdroje byly psány v anglickém jazyce. Při vyhledávání relevantních datových zdrojů byla zvolena klíčová slova převážně v anglickém znění: UHC, Universal Health Coverage, health care, OOP payments, Thailand, Gabon.

Ve třech hlavních kapitolách práce autor odpovídá na výzkumné otázky na základě stanovených cílů:

Cíl 1: Stanovit definici Všeobecné zdravotní péče

Na základě provedení rešerše teoretické literatury zaměřené na Všeobecnou zdravotní péči (UHC, z anglického Universal Health Coverage) bude tento koncept, jenž je od roku 2015 součástí Cílů udržitelného rozvoje, blíže představen. Dle akademické literatury zaměřující se na Všeobecnou zdravotní péči budou identifikovány její definiční znaky, včetně jednotlivých komponent (částí), které budou následně analyzovány. Jako součást tohoto cíle budou rozebírány způsoby monitoringu a sledování pokroku směrem k naplňování jednotlivých částí Všeobecné zdravotní péče, tj. relevantní indikátory. Dle dvou hlavních principů (poskytování zdravotní péče všem a snižování finančních rizik) celého konceptu budou blíže analyzovány dva konkrétní indikátory a jejich komponenty:

- Index pokrytí služeb UHC
- Podíl přímých plateb na celkových výdajích na zdravotní péči

V této fázi práce autor pracuje především s akademickou literaturou z období mezi lety 2000 až 2015, kdy se koncept UHC formoval nejintenzivněji. Pro představení historických kořenů

vzniku programů národního zdravotního zabezpečení slouží i literatura staršího vydání. Rovněž jsou využívány oficiální reporty a zprávy světových organizací, jako je například WHO, OSN a další.

Cíl 2: Identifikovat faktory ovlivňující úspěšnost naplňování implementace UHC

Druhý cíl práce bude naplněn kombinací dvou postupů. Analýzou na globální úrovni (kapitola č. 2) a analýzou na základě dvou případových studií (kapitola č.3). Kombinací tohoto přístupu získá autor nejdříve přehled o tom, jaké ekonomické i mimoekonomické faktory ovlivňují naplňování konceptu UHC v obecné rovině. Následuje hlubší analýza konkrétních politik na základě dvou případových studií – Thajska a Gabonu.

V této části práce bude autor používat popisnou statistiku na základě vlastních grafů vytvořených na základě dat Světové banky a databáze Financing Global Health. Představen bude současný stav pokrytí služeb Všeobecné zdravotní péče na celém světě a v jednotlivých regionech. Pomocí korelační analýzy bude autor analyzovat vztah mezi pokrytím zdravotních služeb a ekonomickou vyspělostí zemí. Druhá část této kapitoly bude opět využívat především metodu rešerše s cílem představit různé modely financování zdravotní péče a důležitost mimoekonomických faktorů ovlivňujících proces naplňování principů programů zdravotního zabezpečení. V případě specifického modelu plateb „z kapes“ bude opět využívána popisná statistika a korelační analýza mezi různými proměnnými. Data vyskytující se v kapitole č. 2 jsou především z období mezi lety 2000 až 2015, jelikož novější data nejsou pro zmíněné cíle práce zatím dostupná.

Cíl 3: Analyzovat efekty úspěšné implementace politik vedoucích k dosažení UHC

V poslední části práce, kde jsou představeny dvě konkrétní případové studie implementace národních programů Všeobecné zdravotní péče, bude v počátku autorem představen vznik a politická rozhodnutí vedoucí ke vzniku těchto programů. Poté bude na základě dostupných dat a vytvořených grafů autor analyzovat situaci ve vztahu k faktům zjištěným v kapitole č. 2 a č. 3. Zaměřovat se bude především na výši vládního financování sektoru zdravotnictví, na ekonomické ukazatele daných zemí, na změny plynoucí z konkrétních politických rozhodnutí a následně hlavně na výsledky implementace těchto programů a analyzování naplňování principů Všeobecné zdravotní péče.

Cíl 4: Navrhnout doporučení pro úspěšné naplňování konceptu UHC

V návaznosti na zjištění analýz provedených v rámci plnění předchozích cílů, tj. na základě identifikace vztahů mezi politickými rozhodnutími vlád a ekonomickými podmínkami států na

jedné straně, a výsledky, pokud jde o úroveň zdraví na straně druhé, jsou navrhovány (v průběhu kapitol č. 2 a č. 3) doporučení pro úspěšné naplňování konceptu UHC.

1. Všeobecná zdravotní péče

1.1. Koncept Všeobecné zdravotní péče

Podle zprávy Světové zdravotnické organizace z roku 2010 neměla v tehdejší době přístup ke kvalitní zdravotní péči až téměř jedna miliarda obyvatel. Někteří z těchto obyvatel ještě nikdy ve svém životě lékaře dokonce ani nenavštívili. Navíc se každým rokem dostává do chudoby až sto milionů obyvatel po celém světě z důvodu dluhové vyčerpání způsobené náklady na zdravotní péči. Více než 800 milionů obyvatel (přes 10 % celosvětové populace) vynakládá na zdravotní péči více než 10 % ze svých celkových příjmů. Z těchto důvodů se do popředí diskuzí světových orgánů globálního zdraví, jako je například Světová zdravotnická organizace (WHO), opět dostala kdysi nejasně definovaná myšlenka Všeobecné zdravotní péče coby poskytování zdravotní péče všem a ochranou před finančními riziky spojenými s náklady na zdravotní služby (Bump, 2015).

Koncept Všeobecné zdravotní péče je širší než jenom samotné poskytování zdravotních služeb. Zlepšením zdravotního stavu obyvatel nejenom rozvojových zemí umožňuje být lidem ekonomicky aktivnější a zvyšovat jejich příjem. Ten může být poté v rámci domácností investován například do vzdělání nebo zdraví dětí. Lidé se tak díky lepšímu zdravotnímu stavu mohou dostat ze začarovaného kruhu chudoby. Naopak ochranou před finančními riziky je pravděpodobnost ocitnutí se pod hranici chudoby snižována (Kieny a Evans, 2013).

Všeobecná zdravotní péče je stále více chápána zeměmi z různých příjmových kategorií jako důležitý cíl pro rozvoj jejich zdravotních systémů. V mnoha rozvojových zemích totiž vlády nedostatečně financují zdravotní systém nebo neexistuje efektivní systém zdravotního pojištění a obyvatelé těchto zemí jsou nuceni hradit výdaje na zdravotní péči ve formě přímých plateb¹, což je může dostat do velmi komplikované nejenom finanční situace z mnoha důvodů. Rozvoj sektoru zdravotnictví nebo jeho transformace je tedy na místě. Podstatnější než financování sektoru zdravotnictví, je v případě poskytování a využívání zdravotní péče samotný systém předem zaplacených služeb (například z daní), a tedy redukce přímých plateb (Dieleman a kol., 2017).

V letech 2000-2015 byl zaznamenán významný progres v oblasti zdraví na základě stanovených cílů (MDGs). Celosvětově se snížila například úmrtnost matek a dětí mladších pěti let. V mnoha zemích však nedošlo k progresu, když se dokonce vyskytl nárůst nerovnosti

¹ V zemích s nízkými příjmy tvoří přímé platby z celkových výdajů na zdravotnictví průměrně více než 44 % ve srovnání se zeměmi OECD, kde tvoří necelých 14 % (data Světové Banky, 2015)

a diskriminace v poskytování zdravotní péče napříč různými socioekonomickými (rasa, pohlaví, příjem, aj.) skupinami obyvatelstva nebo také pouze na základě geografického rozložení obyvatelstva (Sustainable Development Solutions Network, 2015). Index pokrytí služeb UHC (viz podkapitola 1.5.1.) za rok 2015 ukazuje tento výrazný rozdíl například mezi regiony zemí subsaharské Afriky (42,23) a zemí OECD (80,31)².

Pojem Universal Health Coverage (UHC), neboli Všeobecná zdravotní péče, se tak stal předmětem témat a diskuzí v oblasti zdravotnictví především až v posledních několika letech. Přestože tento termín není zcela nový, nebyl na něj na mezinárodním poli globálního zdraví v minulosti kladen příliš velký důraz. V roce 2000 se členské státy OSN po Summitu Tisíciletí (Millennium Summit) dohodly na Deklaraci tisíciletí (United Nations Millennium Declaration), ve které se zavázaly k plnění osmi hlavních cílů, jež měly být naplněny do roku 2015. Zde se pojem UHC nevyskytoval. Souhrn těchto osmi cílů dnes známe pod názvem Millennium Development Goals (MDGs) neboli Rozvojové cíle tisíciletí. Problematiky zdravotnictví a globálního zdraví se těchto cílů dotýká více či méně až šest z nich, avšak bezprostředně bychom sem zařadili cíle číslo čtyři, pět a šest³. Cíl číslo čtyři se zaměřoval na snížení dětské úmrtnosti, cíl číslo pět na zlepšení zdraví matek a cíl číslo šest na boj s nemocemi jako jsou HIV/AIDS, malárie a další. V rámci MDGs by však mohl být považován za nejbližší UHC cíl číslo osm, konkrétně podcíl E, jenž byl definován jako *„poskytnutí přístupu k dostupným základním lékům v rozvojových zemích na základě lepší spolupráce s farmaceutickými společnostmi“*. Přestože se tento podcíl soustředí na zlepšení také mezinárodní spolupráce a tím pádem efektivnějšímu poskytování zdravotní péče, nenaplnuje zcela základní elementy UHC. Nicméně lze v tomto cíli spatřit jistý základ pro samotný koncept UHC, který je blíže diskutován v podkapitole 1.3. Termín UHC tak není zmíněn v žádném z těchto cílů, a protože byl rozpoznán jeho význam pro globální zdraví, byl po mnoha debatách a úvahách zahrnut do nové agendy, známé jako Sustainable Development Goals (SDGs) – Cíle udržitelného rozvoje, které navazují na MDGs (OSN, 2018).

Historie samotné Všeobecné zdravotní péče sahá až do 19. století, pokud bychom chápali Sociální zdravotní pojištění (SHI), jenž bylo zavedeno v Německu v roce 1883, jako předchůdce UHC. První přesnější znění tohoto pro mnoho lidí zavádějícího a špatně uchopitelného termínu bylo definováno v roce 2005 na Světovém zdravotnickém shromáždění,

² Jedná se o průměr indexů pokrytí služeb UHC daných zemí spadajících do zmíněných regionů.

³ Dalšími jsou první tři cíle MDGs – 1) Odstranit extrémní chudobu a hlad 2) Dosáhnout základního vzdělání pro všechny 3) Prosazovat rovnost pohlaví a posílit roli žen ve společnosti.

kteří spadá pod Světovou zdravotnickou organizaci (WHO). Jeho znění bylo: „*Přístup ke klíčovým propagačním, preventivním, léčebným a rehabilitačním zdravotním službám dostupných pro všechny za přijatelnou cenu, čímž se dosáhne spravedlivého přístupu*“ (World Health Assembly, 2005). Z této definice vyplývá, že jedním z hlavních elementů UHC bude spravedlivý a rovný přístup ke zdravotní péči, avšak podle Kutzina (2012) může někdy vágní a nepřesná definice vést k tomu, že různé země užijí k dosažení tohoto cíle rozdílných metod a postupů, většinou podmíněných tomu, jak různorodě země plánují a poté také implementují politiku UHC, což za předpokladu splnění cíle nemusí být bráno jako problém. Světové zdravotnické shromáždění (WHA) se rovněž shodlo na koncepci UHC, jakožto cíli udržitelného financování zdravotní péče, a výslovně vyzývalo k zavedení systémů financování této péče zaměřených na předplacené mechanismy směřující k dosažení UHC (World Health Assembly, 2005).

Aby k tomu mohlo dojít, bylo již v roce 2005 velmi důležité a nutné správně a přesně definovat tento koncept. V roce 2008 byl znovu kladen důraz na systém předčasných plateb a jejich sdružování v rámci UHC jakožto jeho základní stavební kameny, když zpráva Světové zdravotnické organizace (2008) uvedla, že UHC reprezentuje „*sdružování předem placených příspěvků vybraných na základě schopnosti platit a využívání těchto prostředků k zajištění dostupnosti a kvalitní péči poskytované těm, kteří ji potřebují, aniž by byli vystaveni riziku katastrofických výdajů*⁴“ (WHO, 2008). Dosažení UHC mimo jiné znamená, že jsou náklady rozprostřeny mezi celou populaci, tím pádem nižší poplatky pro jednotlivce v období nemoci a ti, kteří potřebují léčbu vážnějších onemocnění, jsou tak ušetřeni jinak pro ně velmi vysokých nákladů (Rodin a Ferranti, 2012). V dalším reportu o dva roky později kladla Světová zdravotnická organizace opět důraz na financování zdravotního sektoru. Především pak na nutnost států navýšit prostředky a rovněž snížit závislost občanů na přímých platbách za zdravotní služby. Tím by pak měla být dosažena vyšší efektivita i rovnost (distribuce, dostupnosti atd.) (WHO, 2010a). Význam byl tedy kladen spíše na správnou funkci financování sektoru zdravotnictví. Postupem času tak rostl díky roli WHO a dalších globálních aktérů na poli zdravotnictví zájem o debaty týkající se UHC. Ve stejném období byl v platnosti stále program Rozvojových cílů tisíciletí.

⁴ Indikátor hodnotící stupeň zbídačení domácností v důsledku nákladů na zdravotní péči (Asante a kol., 2016). V případě, že výdaje na zdravotní služby a péči tvoří více než 10 % celkového příjmu domácnosti, jsou považovány za katastrofické (Puteh a Almuallm, 2017) viz podkapitola 1.5.2.

Všeobecná zdravotní péče však nebyla v rámci Rozvojových cílů tisíciletí (MDGs) vůbec zmíněna. Koncept UHC se těšil v této době jisté pozornosti a podpory nejenom v politických kruzích, ale také mezinárodních a regionálních rozvojových organizací jako Oxfam, USAID, UNICEF, Rockefellerova nadace. I přesto nebyl v popředí témat oblasti globálního zdraví. Je důležité zmínit, že ačkoliv nedošlo k naplnění všech těchto cílů podle počátečních nastavení, byly některé výsledky opravdu působivé. Jak se blížila doba konce MDGs a s tím i období evaluace, následovaly analýzy Rozvojových cílů tisíciletí, přičemž probíhaly čím dál častěji debaty o tom, co bude následovat. Několik zdravotnických a lidskoprávních zástupců začalo navrhopvat nahrazení několika cílů MDGs samotným UHC. Pozornost tak nebyla zaměřována například pouze na snižování lidí nakažených virem HIV, ale spíše na samotné právo či nárok na zdraví. Tento přístup by měl dopomoci k poskytování zdravotní péče všem lidem (více než miliarda obyvatel), kteří ji potřebují a do této chvíle k ní přístup nemají. Nicméně tranzice k dosažení UHC je velmi složitá a dlouhotrvající. (Chapman, 2016). V roce 2015 skončila platnost MDGs a do popředí se dostává program SDGs.

UHC je dnes v popředí agendy globálního zdraví jakožto součást SDGs. Také se jedná o jednu z hlavních priorit Světové zdravotnické organizace. Podpora tohoto konceptu stále roste. Podle Jain a kol. (2017) má UHC potenciál zkvalitnit globální zdravotní bezpečnost (například během epidemií) nebo zvýšit schopnost zemí detekovat, reagovat nebo zabránit vypuknutí rozšíření nemocí. Z ekonomického hlediska by mělo UHC obecně vést ke zdravější, a tedy produktivnější populaci, což by mělo mít za následek ekonomický růst, snížení chudoby a celkový ekonomický rozvoj. Lidé s přístupem ke zdravotní péči ji v případě potřeby vyhledají dříve a rychleji, což vede ke včasnému poskytnutí zdravotní péče a pokračování ve vedení zdravého a produktivního života. V neposlední řadě také autoři zdůrazňují možné pozitivní politické dopady. Společenská solidarita a sociální soulad na základě nových společenských norem vznikajících společně s naplňováním UHC mohou dopomáhat budovat přizpůsobivější národy.

Podle bývalé ředitelky organizace WHO Margaret Chanové je UHC „sám o sobě nejsilnější koncept, který může veřejné zdraví nabídnout“ (Chan, 2012). Na důležitosti přidává i fakt, že samotný koncept bývá často označován jakožto třetí zdravotní tranzice. UHC tedy předcházely dvě velké tranzice ve zdravotnictví. První tranzice, nazývána demografická, postupně měnila svět od 18. století až do první poloviny 20. století. Týkala se zlepšení a zdokonalování veřejného zdraví prostřednictvím základní sanitace, odvodů odpadních vod, kanalizace a hygienických zařízení, která dramaticky napomohla snížit počet předčasných úmrtí způsobených špatnou či nedostatečnou hygienou. Druhá tranzice, označovaná jako epidemiologická, započala

v průběhu 20. století. Přenosné nemoci, jako například pravé neštovice nebo dětská obrna, byly téměř či zcela úplně eradikovány nebo se dostaly pod kontrolu zdravotníků a jiných odborníků (tj. byly nalezeny nové způsoby, jak s nimi bojovat). Za třetí zdravotnickou tranzici je tak dle některých akademiků považována změna organizace zdravotního systému a jeho financování (Rodin a Ferranti, 2012).

Je tedy koncept UHC potřeba? Všeobecné zdravotní péči je právem věnována stále větší pozornost. Situace na poli globálního zdraví je stále v mnoha rozvojových zemích ve velmi špatném stavu. Přestože došlo v minulých dekáдах k jistému pokroku, aktuální stav stále není uspokojivý. Mnoho obyvatel na celém světě nemá z různých důvodů přístup k základní nebo kvalitní zdravotní péči. Tyto služby navíc nejsou ve většině případů veřejně financovány a lidé tak na ně musí vynakládat vysoké podíly svých příjmů ve formě přímých plateb. Země, jež transformují či restrukturalizují svůj zdravotnický sektor směrem k naplnění cíle UHC, tak pomohou ve spravedlivé dostupnosti zdravotní péče všem svým občanům bez ohledu na socioekonomický status. Tito lidé navíc nebudou muset vynakládat většinu svého příjmu na zdravotní péči a mohou tedy investovat do jiných oblastí. Pokud bychom byli zcela optimističtí, mohlo by naplnění UHC vést k lepšímu zdraví obyvatel, vyšší ekonomické aktivitě, (rozvojovým) investicím a obecnému snižování chudoby. Zdraví je v tomto případě více propojeno s ostatními aspekty rozvoje více než se může na první pohled zdát. Vzhledem k aktuální situaci je tedy koncept UHC pro Cíle udržitelného rozvoje relevantní.

1.2. Definice Všeobecné zdravotní péče

Vzhledem k dřívější absenci jasného konsensu ohledně definice UHC a různých výkladů tohoto programu, chápou definici UHC rozdílně nejen vlády, ale také odborníci v akademické literatuře. Různé zdroje překládají a interpretují tento koncept odlišně. Můžeme se setkat s termíny „*health care coverage*“, „*universal care*“ nebo „*universal health care*“. Nejčastěji používaný a obecně přijímaný termín je však „*universal health coverage*“, který aplikuje do Udržitelných cílů tisíciletí také Světová zdravotnická organizace. Podle této organizace jsou základními prvky UHC především přístup všech lidí a komunit k veškerým zdravotním službám, a to ať už preventivním nebo léčebným. Samotný přístup však není dostačující, důležité je také efektivní využívání těchto služeb a v neposlední řadě ochrana těch, kteří tyto služby potřebují, před finanční zátěží způsobnou právě výdaji na zdravotní péči.

Definice UHC vychází dokonce ze samotného ustanovení WHO až z roku 1948⁵. Výše zmíněné elementy jsou popsány jako:

- 1) Rovnost v přístupu ke zdravotním službám – Přístup ke zdravotním službám by měli mít všichni bez ohledu na finanční situaci.
- 2) Kvalita zdravotnických služeb by měla být dostačující pro zlepšení zdraví jedince.
- 3) Lidé by měli být chráněni proti finančním rizikům způsobených náklady spojených se zdravotními službami.

Z UHC se tak v roce 2015 stal jeden z nejdůležitějších cílů týkající se (globálního) zdraví, když na základě předchozích debat a diskuzí bylo zdraví rozpoznáno jako předpoklad, výsledek, ale také indikátor pro všechny tři dimenze⁶ udržitelného rozvoje (OSN, 2012). Podle autorů Tangcharoensathien a kol. (2015) se UHC stalo významným zdravotním cílem SDGs kombinující finanční ochranu proti výdajům na zdravotní péči s přístupem k základním zdravotním službám. Oby tyto indikátory jsou navíc měřitelné a mohou tak napomáhat k sociální péči oceňovanou společností a v neposlední řadě k naplnění dalších cílů SDGs. Tento program je výsledkem několikaletého vyjednávání, které započalo v roce 2012 v Rio De Janeiru. Výsledkem je program 17 cílů navazující na období 2015–2030. Na formulaci SDGs se nepodílely jenom všechny členské státy OSN, ale také občané všech kontinentů, občanské společnosti nebo lidé z podnikatelské sféry. Program rozvoje byl schválen na summitu OSN 25. září 2015 v New Yorku. Výsledkem byl dokument s názvem *Přeměna našeho světa: Agenda pro udržitelný rozvoj 2030*, v němž jsou obsaženy také cíle SDGs (OSN, 2018).

Všeobecná zdravotní péče je definována v cíli č. 3, který zní: „*Zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny v jakémkoliv věku*“. Tento cíl je však rozdělen ještě na 13 dalších menších podcílů, z nichž je devět specifických a čtyři průřezové. Podcíl 3.8. týkající se už konkrétně UHC pak zní: „*Docílit všeobecného zabezpečení zdraví včetně ochrany finančních rizik, přístupu ke kvalitní základní zdravotní péči a přístupu k bezpečným, účinným, kvalitním a cenově dostupným základním léčivům a očkovacím látkám pro všechny*.“ (FoRS, 2017). Tohoto cíle lze však dle autorů Manase Ranjana Behery a Deepanjali Behery (2015) dosáhnout, pouze pokud bude mezinárodní komunitou dosaženo jasného pochopení a porozumění konceptu UHC. Jako varování a příklad selhání autoři uvádějí „*Health for All*“,

⁵ Nejvyšší dosažitelná úroveň zdraví je jedním ze základních práv každého člověka bez ohledu na rasu, náboženství, politické přesvědčení a socioekonomický status (WHO, 1948).

⁶ Mezi tři základní dimenze nebo také pilíře udržitelného rozvoje patří rovina environmentální, sociální a ekonomická. Zmíněny byly ve zprávě Naše společná budoucnost organizace OSN v roce 1992 (Nováček, 2010).

což byl programový cíl organizace WHO, který byl nejasně definován v roce 1978, a i přes velkou politickou pozornost do roku 2000 naprosto selhal z důvodu nedostatečného prosazování politik, ale také z důvodu hlubokých rozdílů v rozpočtové podpoře napříč celým světem. Přesná a srozumitelná definice je tak základním kamenem pro dosažení úspěchů na základě politik, jež mají sloužit k dosažení spravedlnosti přístupu ke zdravotním službám. Ke snížení těchto rizik a zamezení špatných interpretací doporučují výše zmínění autoři rozebrání a definování jednotlivých částí celého konceptu. Následující podkapitola se věnuje bližšímu významu jednotlivých částí UHC.

V definici, kterou autor v této práci nadále používá, je Všeobecná zdravotní péče chápána jako „*Poskytování základní zdravotní péče všem obyvatelům bez ohledu na jejich socioekonomický statut a ochrana před finančními riziky způsobených výdaji na zdravotní péči.*“ UHC dle autora tedy obsahuje dva základní komponenty:

- Rozšíření pokrytí základních (a kvalitních) a potřebných služeb zdravotní péče, a to pro všechny obyvatele (zamezit diskriminaci na základě rasy, pohlaví, etnicity nebo geografického rozpoložení obyvatelstva atp.).
- Ochrana před finanční újmou způsobenou relativně vysokými výdaji na zdravotní péči, například ve formě přímých plateb domácností.

Nejvyšší dosažitelná forma zdraví je totiž právem každého člověka a lidem by neměly být upírány základní zdravotní služby na základě jakýchkoliv aspektů. Je v zájmu každé vlády, aby obyvatelstvo dané země bylo v co možná nejlepší zdravotním stavu, a to z mnoha ekonomických i sociálních důvodů. Hlubší analýzu jednotlivých částí UHC nabízí následující podkapitola.

1.3. Rozbor jednotlivých částí UHC

Pojem *universal* reprezentuje vzorek občanů, na které by se měla Všeobecná zdravotní péče vztahovat. V tomto případě se tak jedná o zodpovědnost státu poskytnout zdravotní péči všem svým občanům, a to včetně znevýhodněných nebo z různých důvodů vyloučených občanů, rodin či komunit (Kirby, 1999). Zde se však můžeme setkat s problémem, jak daná země definuje občana státu a kdy se na něj tento program vztahuje a kdy naopak ne. V tomto případě může jakákoliv vláda cíleně vyloučit jistou skupinu obyvatel, které nechce tuto službu poskytovat. To se také děje v praxi, jak uvádějí Behera a Behera (2015), kteří zmiňují, že zdravotní služby nejsou poskytovány například nomádům, uprchlíkům nebo neregistrovaným migrantům. Tito lidé jsou totiž bráni místní administrací jako lidé bez právních nároků na

zdravotní péči v dané zemi. Zde už se problematika dostává více do hloubky, kdy by v opačné situaci mohli lidé zneužívat systému a například dočasně migrovat jen kvůli UHC za hranice státu a následně zpět. Některé skupiny obyvatel mohou být dokonce diskriminovány na základě pohlaví, etnicity, kasty nebo barvi pleti. Všeobecná zdravotní péče má právě řešit tento problém, kdy může nastat situace, že žena z nižší kasty nemusela a nejspíš ani neměla do této doby přístup, byť k jen základním zdravotním službám. Podobný názor na tuto problematiku mají také O'Connell a kol. (2012), kteří tvrdí, že jakkoliv zní UHC šlechetně, ve výsledku nemusí mít žádný vliv na politické procesy, kterými vlády ať už úmyslně nebo neúmyslně, odmítají poskytnout zdravotních služeb některým obyvatelům na území státu. Pokud má být UHC kredibilním rozvojovým měřítkem, musí být jasně stanoveno, jak má být dosaženo globálního zdraví pro všechny v závislosti na tom, jak stát definuje občanství a nastavuje limity povinností podle UHC. Dalším způsobem nerovnosti v přístupu jsou důvody ne sociální, avšak geografické, kdy mohou být lidé nepřímo znevýhodňováni na základě regionálního uzpůsobení. Vláda, jež může preferovat městské části, tak může naprosto ignorovat potřeby obyvatel na venkově, kteří mohou strádat co do kvantity, tak kvality služeb zdravotnictví.

Dalším velmi diskutovaným a analyzovaným termínem je *health* neboli zdraví. Dřív bylo zdraví chápáno jako pouhá absence nemoci. Tato definice byla však následně rozšířena Světovou zdravotnickou organizací na „*stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody, a nikoliv pouhé nepřítomnosti nemoci*“ (WHO, 1948). V programu *Health for All* vznikla k této idealistické definici rozšiřující charakteristika. Pojem zdraví nebyl chápán jako pouze určitý fyzický či psychický stav, ale také jako schopnost vést kvalitní sociální a ekonomicky produktivní život. Zdraví tak nebylo jenom cílem, ale také prostředkem k vedení kvalitního života. Také usnesení Valného shromáždění OSN přináší širší přístup, který rozšiřuje definici zdraví o jednoduché poskytování základních nebo nezbytných zdravotních služeb. Právě UHC a sociální zdravotní pojištění by mělo vést ke spravedlivému přístupu ke zdraví, jak jej definuje OSN a tedy k „*nejvyšší dosažitelné úrovni fyzického a duševního zdraví, včetně práce na sociálních determinantech zdraví*“ (WHO, 2010b). Tento přístup ke zdraví jako takovému byl velmi pozitivně přijat nevládními organizacemi, které si uvědomovaly důležitost toho, že cíle UHC mohou pomoci vytvořit v zemi národní konsensus o sociálních determinantech, které by dopomohly řešit stávající nedostatky a problémy nerovnoměrného přístupu ke zdravotním službám a následně přerůst v jednání přesahující zdravotnický sektor (Ooms a kol., 2013).

Obavy z neadekvátního přístupu ke kvalitní zdravotní péči pro chudší část obyvatelstva je záležitostí především zemí s nízkým a středním příjmem, označovaných jako LMICs neboli *low – and middle-income countries*. V těchto zemích je systém sociálního zdravotního pojištění

a zdravotnictví na velmi nízké úrovni. UHC může být v těchto zemích bráno jako způsob distribuce nejenom základní zdravotní péče všem obyvatelům země. Každá země si tak musí blíže specifikovat širší význam pojmu zdraví a následně prostřednictvím sociální zdravotní platformy a strategie poskytovat zdravotní péči všem obyvatelům země. Tyto platformy mohou poté zajistit pokračování péče pro jednotlivce po celou dobu jejich života. Mohlo by dojít ke zlepšení na poli přenosných a nepřenosných nemocí, výživy dětí, zdraví na pracovištích, plánů zdravotního pojištění v důchodu a tradičních zdravotních systémů v některých zemích (Lang a kol., 2009). Také však dochází i k nenaplňování cílů UHC v rámci SDGs například v případě, kdy přestože daná země začne poskytovat zdravotní péči větší části obyvatel, bude poskytovat neadekvátní typ a způsob péče nebo budou tyto služby zaměřené na obyvatele zaměstnané pouze ve veřejném sektoru. To by poté vyústilo k prohlubování problematiky, a tedy zvětšování nerovnosti v přístupu ke zdravotní péči, jak rovněž potvrzují autoři Carrin a kol. (2008) v článku *Universal coverage of health services: Tailoring its implementation*. Podstatné je, jak si daná vláda definuje samotný pojem zdraví. V případě, že by jej chápala jako pouhou absenci nemoci, mohla by zcela opomíjet sociální pohodu nebo psychický stav obyvatelstva. Zdravotní péče by tak nemusela být dostačující. Na definici zdraví může také záviset výše financování zdravotního sektoru. Charakteristika zdraví rozhoduje, zda budou vynakládány zdroje pouze na potlačování (základních) nemocí nebo také na aspektech ovlivňující duševní a společenskou pohodu. Poté, co je konkrétní vládou nebo společností rozeznán pojem zdraví a jeho determinanty, je nadmíru důležité uvědomění rovnoprávnosti v přístupu k základní zdravotní péči každého občana země, a tedy možnosti dosažení zdraví, jak jej definuje OSN.

Posledním termínem, který je v rámci UHC předmětem diskuzí a analýz, je *coverage* neboli pokrytí či péče. Pokrytím je chápána samotná dostupnost zdravotní péče, zahrnující měření efektivnosti využívání těchto (zdravotních) služeb (Vega, 2013). Péče nebo pokrytí se v rámci UHC zaměřují především na poskytnutí základních zdravotních služeb – avšak dvěma základními elementy jsou hlavně vhodnost dané služby či péče a následně její kvalita. Tyto dva aspekty by tak měly být podle autorů Behery a Behery (2015) základními stavebními kameny pro maximální efektivnost UHC. Autoři rovněž podotýkají, že především vhodnost dané péče vyžaduje více pozornosti ve fázi implementace, jelikož se mnoho zemí potýká s nedostatečným financováním preventivních a propagačních přístupů a rovněž s nedostatkem adekvátní pozornosti rizikovým faktorům. Přestože definice UHC dle Světové zdravotnické organizace zmiňuje podporu kvality zdravotnických služeb, nenabízí žádné konkrétní a praktické pokyny a návody o kvalitě potřebné pro dosažení pokrytí k zabránění úmrtím a onemocněním, jimž lze předcházet (Vega, 2013). Důraz kladený na vhodnost a kvalitu služeb může být také kladen

právě proto, že na základě předem stanovených měřitelných indikátorů těchto aspektů pak může vláda implementující kroky směrem k naplnění UHC upravovat národní strategie týkající se zdravotnického sektoru.

Přestože byl a je kladen důraz na jednotnou definici a porozumění termínu a konceptu UHC, neexistuje žádné univerzální vládní ani politické řešení či postup, jak správně docílit Všeobecné zdravotní péče. Země mohou rozvíjet zdravotní péči na základě rozlišných kultur a odkazů z již existujících zdravotních systémů. Přesto může platit, že pokud by existoval do jisté míry společný přístup nebo politiky s právě zmíněnými kulturními a jinými odchylkami dosahování UHC, bylo by následné monitorování, evaluace a analýzy snazší. Jako zásadní však bylo rozlišení aplikování správného finančního modelu, díky kterému má zdravotní systém posílit, a tedy má být podpořen progres k dosažení UHC (Brady, 2017).

Financování sektoru zdravotnictví je úzce spjato s termínem *coverage*. Pokud není zdravotnictví dostatečně financováno, nemůže docházet ke zlepšení dostupnosti zdravotní péče (chudší obyvatelé například nedosáhnou na pojištění placené daňovým systémem, a tedy na zdravotní péči, resp. zaplatí za ni formou přímých plateb). Také nemusí být zajištěna dostatečná kvalita těchto služeb. Metod financování sektoru zdravotnictví je mnoho (systémy využívající daně, soukromé platby, komunitní pojištění, sociální pojistky, viz podkapitola 2.2.). Samotné modely pak mají schopnost ovlivňovat v rámci pokrytí různé společenské vrstvy. Na základě dostupné literatury existuje dle The Lancet (2016) konsensus, že nejspolehlivějším způsobem k dosažení pokroku směrem k naplňování UHC, je financování zdravotnictví z veřejných zdrojů nebo kombinování několika modelů dohromady. Jako příklad uvádí autor situaci v Gruzii, kdy země úspěšně přešla na systém veřejného financování zdravotnictví a spustila v roce 2013 program Všeobecné zdravotní péče. Tento program vedl k lepšímu pokrytí zdravotní péče a zvýšení její kvality. Nyní benefituje z této metody financování více než 90 % obyvatel země (The Lancet, 2016). Přestože takové závěry vyžadují hlubší analýzy a další zkoumání, můžeme už nyní vyzorovat jisté pozitivní dopady směrem k naplňování cílů UHC, a to právě po změně metody financování sektoru zdravotnictví.

Z diskuzí zahrnující tyto tři termíny tak vyvstávají důležité poznatky, a to především, na koho se bude UHC a zdravotní péče vztahovat, jaké služby mu budou poskytnuty, zdali to povede k větší či menší nerovnosti a jak vhodné a kvalitní tyto služby budou. Velmi důležitá je tak role politické vůle v dané zemi, zapojení občanské společnosti do podpory právního přístupu, institucionalizace odpovědnosti naplňování potřeb znevýhodněných obyvatel (Rasanathan a kol., 2010) a metoda financování sektoru zdravotnictví. Dále jsou pak důležité měřitelné podcíle UHC, které pomohou vládám a obyvatelům indikovat, zda dochází k jistému

pokroku směrem k naplňování UHC a snižování nerovnosti v oblasti zdravotní péče. Monitoring těchto indikátorů je podrobněji rozebírána v podkapitole 1.5.

1.4. Historické příklady národních programů sociálního zdravotního zabezpečení

Na příkladu zdravotního pojištění v Německu lze ukázat za jakých podmínek a jakým způsobem tento systém vznikal. Sociální zdravotní pojištění bylo v Německu spuštěno, jak již bylo zmiňováno v kapitole 1.1. v roce 1883⁷ za vlády Otto von Bismarcka. Social Health Insurance (SHI)⁸ je tak dodnes první známý předchůdce UHC, v jehož podobu se nakonec postupem času transformovalo. Pro sektor zdravotnictví je systém SHI velmi důležitým modelem financování. V tomto systému, který poskytuje předem dané benefity a výhody, přispívají k pojištění všichni členové pojištěné části obyvatel. Ti tedy společně poskytují stabilní příjem, často pocházející přímo ze svých mezd (Bump, 2015).

V roce 1883 Bismarck založil několik takzvaných „nemocenských fondů“, které měly povinnou registraci a dopředu jasně stanovené výhody. Tyto fondy pokrývaly občany na národní úrovni, avšak z počátku byly zahrnuty do systému jen užší vrstvy obyvatelstva, kdy se jednalo pouze o 10 % občanů Německa. Mezi první obyvatele s SHI patřili především zaměstnanci železnic, loděnic, elektráren a obecně průmyslového sektoru. Jednalo se o zaměstnance v institucích, které měly své vlastní fondy. Benefity poté obsahovaly například nemocenskou, léky zdarma, dávky po smrti pro blízké členy nebo ambulantní a hospitalizační služby (Bärnighausen a Sauerborn., 2002).

Zde lze pozorovat, že v této době podnikla německá vláda razantní kroky směrem k větší sociální ochraně ve zdravotnictví. Vláda jasně definovala mechanismus financování zdravotnictví, resp. sociální ochrany v nemoci, a v neposlední řadě také výhody z něj plynoucí. Toto by však nebylo možné, jak podotýkají Bärnighausen a Sauerborn (2002), bez již existujících veřejných i soukromých institucí. Postupem času bylo do tohoto systému zapojeno čím dál více obyvatel země, když se připojili v průběhu 20. století lidé zaměstnaní v zemědělství, lesnictví, veřejných službách, ale také lidé nezaměstnaní, nepracující ženy, děti, a postupem času také lidé s fyzickým postižením. Během této doby nenabýval jenom počet lidí se sociálním zdravotním pojištěním, ale také množství výhod a benefitů, jež SHI poskytuje. Přestože je koncept UHC více znám a rozšířen až v rámci SDGs, autoři Carrin a James (2005)

⁷ Plánování tohoto systému započalo již v roce 1881, naplno spuštěn byl však později.

⁸ Sociální zdravotní pojištění.

považují rok 1988, což bylo více než po sto letech od Bismarckových nemocenských fondů, za rok, kdy Německo dosáhlo UHC, tak jak mu bylo rozuměno v roce 2005.

Otázkou však zůstává, jaká byla motivace Otto von Bismarcka založit SHI a za jakých podmínek tento systém vznikl. Henry Sigerist (1999) představuje model pro pochopení politických úvah vedoucích k této tranzici a poukazuje na konkrétní sociální a institucionální základy. Dle tohoto autora se jednalo jak o reakci na politické cíle, tak o přenesení dlouholetých feudálních tradic do nové struktury tohoto sjednoceného národa. E.P. Hennock (2007) přidává názor, že rozvinutí tohoto systému vzniklo jako odpověď na nové sociální potřeby zapříčiněné industriálním kapitalismem v Německu. Nahrazení tradičních pracovních způsobů novými industriálními mělo za následek prudký růst HDP, kdy na základě dat Anguse Maddisona (2010) vzrostl hrubý domácí produkt Německa mezi lety 1850 až 1883 o 50 %. To následně zapříčinilo zisk nových zdrojů k rozšíření benefitů a výhod plynoucích z (tehdy nově založeného) sociálního zdravotního pojištění.

Toto politické rozhodnutí však nebylo motivováno pouze na základě ekonomických faktorů, ale rovněž politických. Podle Sigerista (1943) bylo hlavním politickým motivem Otto von Bismarcka oslabit tehdy rychle rostoucí stranu SDP⁹ (Social Democratic Party), kterou považoval za vážnou hrozbu své moci a monarchie, pod kterou sjednotil tehdejší Německo. Tato politická strana měla podporu především u industriálních pracovníků. Otto von Bismarck si uvědomoval, že jejich hlavním problémem je sociální ochrana, která byla nutnější více než kdy dříve právě z důvodu prudce rostoucího průmyslnování. Zaměstnanci dolů, kamenolomů a železnic byli zranitelnější než pracovníci v zemědělství. Dědictví aristokratického Pruska, kdy byl stát odpovědný za pracující na svém území, mělo rovněž vliv na Bismarckovo rozhodnutí. Ten se tak pomocí SHI a naplněním potřeb zaměstnaných v průmyslu snažil oslabit moc SDP.

Založení SHI bylo tedy komplexní záležitostí, kdy politická rozhodnutí byla motivována z více důvodů. Na základě industriálního kapitalismu rostl počet zaměstnanců potřebující sociální ochranu a rovněž prostředky jednotlivých obyvatel nutných k nově vznikajícím fondům sociálního zdravotního pojištění. Na základě politické analýzy přesahující ekonomický rámec šlo o udržení Otto von Bismarcka u moci naplněním potřeb zaměstnaných v průmyslovém sektoru. Z historického hlediska bychom však mohli nalézt jisté podobnosti a základy, které měly na Bismarckovo rozhodnutí vliv již v období Pruska (jehož byl Bismarck

⁹ Sociálnědemokratická strana Německa, dnes známá pod zkratkou SPD. Založena byla v roce 1875 a jevila se tehdy jako silně protimonarchistická a revolucionářská. Na určitou dobu byla dokonce zakázána (Conradt, 2018).

v letech 1862-1890 premiérem) nebo dokonce v římském právu¹⁰, kde bylo uváděno, že za kompenzace pracovníků zraněných při nehodách byl odpovědný zaměstnavatel, v tomto případě tedy stát.

Druhým příkladem je National Health Service (NHS), neboli Národní zdravotní služba, ve Velké Británii. NHS bylo oficiálně založeno až v roce 1948. Avšak i tento systém prošel déletrvající tranzicí, než dostal podobu poskytování veškeré zdravotní péče pro všechny, a to bez zaplacení poplatků za poskytnutí potřebné zdravotní péče. Stejně jako tomu bylo v Německu, byla zdravotní péče poskytována především soukromými lékaři a veřejnými nemocnicemi (Webster, 1998). NHS však bylo inovativní a odlišné, co se finančního modelu týče. Otázkou je, jaké historické motivy a jaká politická rozhodnutí vedla k založení NHS, dnešnímu ekvivalentu britského UHC.

Vládní zájem v oblasti chudoby má v Británii velmi dlouhé dědictví. Na území Velké Británie byly rozpoznávány typy žebráků¹¹ již ve 14. století. Anglická vláda již tehdy rozlišovala obyvatele na ty, kteří nechtěli pracovat a stali se žebráky, v opačném případě na obyvatele, kteří nemohli nebo nebyli schopni (například ze zdravotních důvodů) pracovat, a proto se stali žebráky. Tito lidé byli tedy v očích vlády závislí na veřejné charitě oprávněně (de Schweinitz, 1961). Tento systém rozpoznávání přetrval v Anglii několik století. Ke změně došlo na počátku 18. století, kdy začala být podpora chudých financována z daní vztahujících se na celé domácnosti. Ovšem stejně jako tomu bylo v Německu, i zde byl tento systém „narušen“ procesem industrializace díky vznikajícím manufakturám. Daňové břemeno tak dopadalo i na obyvatele, resp. domácnosti, které nebenefitovali z této tranzice, tak jako ostatní, například proto, že byli stále zaměstnáni mimo průmyslový sektor. Tento systém byl navíc financován regionálně, tudíž docházelo k případům, kdy bylo lidem z chudých oblastí, avšak s nejvyšší potřebou, poskytováno nejméně služeb (Szreter, 2004).

Nedostatek pokrytí tak měl za následek zhoršení situace obyvatel, ve srovnání se situací o století dříve. Efektivita pracovní síly klesala z důvodů špatné výživy, přelidnění a špatných hygienických podmínek, což nakonec vedlo k reformám iniciovaných Edwinem Chadwickem (Ringen, 1979). Ten se stal autorem tzv. nových *Poor Laws*¹², kde identifikoval jako hlavní disciplínu podporující zdraví stavební inženýrství namísto tehdejší medicíny. Důraz byl tedy

¹⁰ Sigerist (1943).

¹¹ Z anglického *beggars*.

¹² Volně přeloženo jako *Zákony týkající se chudých*.

kladen na správné zásobování vodou, odvodnění a kanalizaci¹³. Použitím technologického řešení se tak Chadwick pokusil vyřešit tehdejší problém sociálního zabezpečení způsobeného industrializací. Městské vodovody a kanalizace jsou dodnes připisovány právě jeho odkazu (Rosen, 1993).

Prudký ekonomický růst v druhé polovině 19. století a národní uvědomění role státu v oblasti prevence onemocnění pro populaci jako celku (pro všechny společenské vrstvy, avšak do té doby pouze v městských oblastech) způsobilo vyšší množství zdrojů, které byly městy využity na vybudování zdravotnické infrastruktury a udržování nízké nezaměstnanosti. Solidarita mezi samotnými pracovníky byla navíc posilována svobodou tisku (Szreter, 2004). Tento systém sociálního zdravotního zabezpečení se postupem času ukázal jako nevyhovující. V roce 1911 vznikl první plán pojištění v nezaměstnanosti, který avšak nepokrýval dostatek nových obyvatel. Autoři Webster (1998) a Abel-Smith (1992) se shodují, že benefity plynoucí z tohoto systému byly upřeny například většině pracujících žen. Ve stejném období navíc poklesla kvalita zdravotních služeb ve srovnání s ostatními zeměmi, což způsobilo jednak problém v samotném zdravotnictví, ale také zvýšenou negativní pozornost na mezinárodní scéně.

Zlepšení přišlo paradoxně až v průběhu Druhé světové války, kdy byla pozice odborů zastupující většinu pracujících ve velmi silné vyjednávací pozici. Výsledkem těchto vyjednávání byl dokument Beveridge Report, který obsahoval širší principy sociální ochrany, na jejichž základě později vznikl samotný systém NHS. Systém benefitů a výhod byl jasně definován a rozšířen. Bylo rozhodnuto, že v případě potřeby zdravotní péče bude tato služba zdarma (Abel-Smith, 1992). Druhá světová válka rovněž způsobila homogenizaci společnosti, která byla do této chvíle rozdělena na základě tříd. V této době se začala projevovat silná podpora sociální rovnosti tzv. „balíčků ochrany“. Na základě těchto principů bylo v roce 1948 založeno NHS. Válka v neposlední řadě způsobila zakládání nových zdravotnických zařízení a formování zdravotnické organizační struktury. Vzhledem k tomu, že byla tato zařízení kvůli probíhající válce více než potřebná, byl systém NHS přijat obecnou veřejností již od jeho počátků (Bump, 2015). Na příkladu National Health Service ve Velké Británii lze tedy z historického hlediska pozorovat významnou tranzici z poskytování charitativních příspěvků na poskytování zdravotních benefitů. K tomuto názoru přidává na váze Dan Fox (1985) také vývoj medicíny ke konci 19. století. Jistým vývojem také prošla podpora lékařů, kteří byli z počátku NHS skeptičtí kvůli dopadům systému jediného plátce. Následná spolupráce tak byla výsledkem smlouvání s lékaři, kterým byly slíbeny vyšší mzdy. Zajímavostí je, že v době

¹³ Zde se jedná právě o první zdravotnickou tranzici.

spuštění NHS byla Velká Británie z ekonomického hlediska v recesi (Madison, 2010), což dokazuje to, že ekonomické faktory spíše působí z dlouhodobého hlediska než z toho krátkodobého.

Podobně jako tomu bylo v Německu, i zde došlo k dlouhodobé tranzici již existujícího „předchůdce“ systému sociálního zabezpečení. Na území Anglie byla rozeznávána již odedávna vrstva obyvatel potřebných nejenom zdravotní péči, avšak až období industrializace a rostoucího významu průmyslového sektoru vedlo k vyšší poptávce po sociální ochraně. Z počátku byla tato poptávka řešena technologickými postupy, tak, aby se předcházelo samotným problémům. Po dlouhých vyjednáváních odborů a vlády v průběhu Druhé světové války, která způsobila vyšší poptávku sociálního zabezpečení, vedlo k rozšíření benefitů systému sociálního zdravotního zabezpečení. Metoda financování se ve Velké Británii postupně rozšířila z charitativních příspěvků na systém, na rozdíl od Německých obyvatel platících pojištění, financován daněmi. Přestože se jedná o jiný způsob financování, vysoká poptávka po zdravotní péči a rostoucí solidarita ve společnosti spolu s uvědoměním role státu poskytovat tyto služby všem vrstvám obyvatel vedla nakonec k oficiálnímu založení Národní zdravotní služby neboli NHS.

Bump (2015) rozlišuje pět hlavních oblastí, jenž jsou úzce spjaté s formováním a utvářením UHC. Jedná se o makro historické podmínky, kulturní dědictví sociální ochrany, pracovní sílu a s ní související zvýšená poptávku po sociální ochraně, politiku a rozšíření role vlády v poskytování zdravotní péče a v neposlední řadě finanční a distribuční systém. Na základě těchto pěti oblastí můžeme na příkladech Německa a Velké Británie sledovat jisté podobné znaky, jež vedly k založení národních programů a systémů zdravotního pojištění, ale také jisté odlišnosti. Z toho vyplývá, že k dosažení UHC opravdu neexistuje jednotný univerzální postup či metoda dosažení tohoto cíle SDGs.

V obou těchto případech se tak jednalo o rozšíření již existujícího mechanismu. Samotný proces tranzice (rozvoj finančního a distribučního systému), jak můžeme vidět na obou případech, trval více než několik desetiletí. Jedním z hlavních motorů této změny byla industrializace, jež pozměnila jak ekonomické, tak sociální struktury. Politické motivace (Oto von Bismarck), válka a další důvody vedly nakonec k širší diskuzi ohledně všeobecné zdravotní péče. Formování UHC bylo navíc podpořeno dlouhodobým ekonomickým růstem.

Otázkou zůstává, jak moc jsou jisté aspekty transferabilní, a na kolik mohou země s nízkým a středním příjmem následovat dva výše zmíněné případy tranzice systémů sociálního zabezpečení až k UHC. Tato historická šetření mohou do jisté míry dopomoci k pochopení

politicko-ekonomických procesů, které vedou k plánování i samotné implementaci nových rozšíření sociálního zdravotního zabezpečení. Bump (2015) ve svém výzkumu rozlišuje až pět hlavních úvah podporujících politická rozhodování směřující k naplňování UHC. Německo i Velká Británie byly v době vzniku národních programů zdravotního pojištění země (nejenom ekonomicky) rozvinuté. Dříve kolonizované země však neprošly procesem nezávislého rozvoje a nemohly tak implementovat vlastní zdravotní program, což mělo za následek zhoršení v oblasti budování národního zdravotního systému. V některých oblastech, jako třeba v očekávané délce dožití, se během koloniální éry například v Africe situace zlepšila, avšak dodnes se většina těchto zemí potýká s nedostatečně rozvinutým systémem zdravotnictví, a tedy pokrytím základních a kvalitních zdravotních služeb. Přestože mohla mít kolonizace efekt zvýšení solidarity mezi původními obyvateli, ukázaly se ekonomický rozvoj a rozvoj zdravotního systému pro poskytování zdravotní péče jako mnohem důležitější.

Úmysl Oto von Bismarcka oslabit specifickou politickou stranu nebo vyjednávání odborů a vlády během 2. světové války ve Velké Británii dokazují, že je Všeobecná zdravotní péče politicky motivována, a především formována domácími politickými debatami a rozhodnutími. Navíc jsou to obyvatelé či určité vrstvy obyvatel (dříve například pracovníci průmyslového sektoru) samotné země, kteří vyjednávají a do jisté míry také rozhodují, co by mělo být součástí všeobecné zdravotní péče, jak by tato služba měla být poskytována a v neposlední řadě, kdo poskytne tolik potřebné zdroje.

Z časového hlediska se jedná o dlouhotrvající formování samotného UHC. Přestože dochází k postupným změnám již existujícího systému, i tyto změny zaberou mnoho času. Zde mohou být země LMICs mírně skeptické, jelikož by požadovaného pozitivního rozvoje sektoru zdravotnictví rády dosáhly v co nejkratším časovém období, i když to nemusí být zcela proveditelné. Otázkou zůstává, do jaké míry jsou schopny naplnit daný cíl¹⁴. Podporovány tak musí být i sebemenší kroky, které by mohly pozitivně vést k dosažení UHC.

Metod financování zdravotnické péče je více, avšak ani po mnohých analýzách stále není jasné, zda je efektivnější financování systému z daní či poplatků na pojištění (Bump, 2015). Stejně tak jako není UHC univerzální, ani model financování by neměl být aplikován jen na základě předchozích zkušeností, přestože může posloužit jako vzor či inspirace. Každá země má jiné jak ekonomické, tak kulturní podmínky, na nichž by mělo založení UHC stavět. Modely financování zdravotní péče jsou dále popsány v podkapitole 2.2.

¹⁴ Trvale udržitelné cíle jsou na období 2015 až 2030, což je období, které netrvala dokonce ani tranzice sociální zdravotní ochrany v tak vyspělých zemích jako je Německo či Velká Británie.

V návaznosti na rozlišné kulturní, společenské a ekonomické podmínky může zemím LMICs také v naplňování UHC napomoci vzájemné sdílení poznatků a zkušeností. Jako příklad můžeme uvést Joint Learning Network for Universal Health Coverage, což je komunita politiků a odborníků z celého světa, kteří se zapojují do společného vývoje a implementace UHC prostřednictvím společné sdílení vědomostí a učení se od sebe navzájem. Jednotlivé státy tak mohou získat odborné zkušenosti a navrhnout efektivní, spravedlivý a udržitelný systém zdravotní péče. Ve stejnou chvíli navíc přispívají ke globálním znalostem ohledně UHC. Začínající síť v roce 2010 se šesti zeměmi dnes čítá více než 30 členských zemí. Z celkového počtu zemí sem patří například země jako Malajsie, Thajsko, Filipíny, Keňa, Mali, Nigérie, Indonésie a Ghana. V průběhu výměny a sdílení vědomostí vzniklo na více než 50 produktů a nástrojů, které mohou zúčastněné země v rámci UHC přizpůsobit a implementovat (Results for Development, 2018).

V poslední řadě je důležitá role státu. Přestože obyvatelé dané země vytvářejí poptávku, je důležité, do jaké míry na ni stát jakožto instituce formou shromažďování a distribucí zdrojů a poté samotné péče reaguje. Zde může například docházet k úmyslnému vynechávání konkrétních skupin obyvatel z programu Všeobecné zdravotní péče. Je tedy nutné, aby byl nejenom stát, ale také jeho s UHC spjaté instituce byly spravedlivé, co se distribuce týče a naslouchaly potřebám (nebo poptávce) obyvatel. Zde nachází mnoho rozvojových zemí překážku, jelikož se potýkají se slabými státními institucemi.

1.5. Monitoring a evaluace UHC

Mezi hlavní výzvy UHC nepatří jenom jeho definice, porozumění, implementace, ale také monitoring a stanovení indikátorů, na základě nichž můžeme měřit pokrok v naplňování UHC jakožto cíle SDGs. Hlavní výzvou v monitorování UHC je identifikování ukazatele, který adekvátně zachytí jednotlivé komponenty spadající do UHC.

V rámci třetího cíle SDGs, konkrétně podcíle 8, což je zkráceně dosažení zabezpečení zdraví, včetně ochrany finančních rizik – blíže definováno v podkapitole 1.2., existují další dvě UHC specificky rozvíjející oblasti, jež odpovídají indikátorům stanovených organizací OSN. S nimi jsou poté úzce spjaté způsoby monitorování naplňování Všeobecné zdravotní péče. Tyto dvě části (indikátory) současně reflektují dva základní elementy UHC:

- 3.8.1. – Pokrytí základních zdravotních služeb (definovaných jako průměrné pokrytí základních zdravotních služeb na základě sledovacích ukazatelů: mateřské,

novorozenecké a dětské zdraví, infekční nemoci, nepřenositelné nemoci a přístup ke službám obecné veřejnosti i nejvíce znevýhodněných částí obyvatelstva).

- 3.8.2. – Míra obyvatel s vysokými výdaji na zdravotní péči v rámci domácností jako podíl celkových výdajů domácností vůči jejich celkovým příjmům a výdajům.

Monitorování pokroku naplňování UHC by se tak zjednodušeně mělo dle WHO soustředit na podíl obyvatel, který má přístup k základním (a kvalitním) zdravotním službám a podíl obyvatel, kteří vynakládají velký podíl příjmu domácností na zdravotní péči. Rámec pro sledování pokroku UHC vypracovala organizace WHO společně se Světovou bankou. Zohledněna byla jak celková míra, tak míra, v níž je UHC považována za spravedlivé a poskytující pokrytí služeb a finanční ochrany všem obyvatelům dané země – zahrnutí mají být například jak chudí lidé, tak třeba lidé žijící v geograficky odlehlejších oblastech. Světová zdravotnická organizace využívá k monitoringu 16 základních zdravotních služeb rozdělených do čtyř kategorií (WHO, 2017). Na základě tohoto rozdělení lze předpokládat, že se mohou země soustředit nerovnoměrně na různé oblasti, což může zkreslovat jistá měření a srovnání. Navíc ani nemusí, jak již bylo zmíněno dříve, docházet ke standardizovanému postupu směrem k naplnění podcíle 3.8. a tudíž mohou být i způsoby monitorování jednotlivých zemí rozdílné. Pro porovnávání na globální úrovni v čase a napříč geografickým spektrem (mezi státy, regiony, kontinenty atd.) je však důležité, aby existovaly mezinárodně přijatá měřítka a indikátory.

Definice (UHC) indikátoru 3.8.1 připouští, že země poskytují svým občanům nejrozumnější zdravotní služby, a to například služby preventivní, léčebné, rehabilitační a další, jež mají jednotlivé ukazatele. Ty by měly být dle autorů Boerma a kol. (2014) sjednoceny do jediného indikátoru ukazující celkové pokrytí těchto základních služeb. Ačkoliv lze na základě těchto indikátorů pozorovat pokrok naplňování UHC, ve stejném okamžiku nám neposkytují komplexní měření pokrytí služeb v rámci UHC (Hogan a kol., 2018). Na základě těchto indikátorů poté akademici Hogan, Stevens, Hosseinpoor a Boerma. vypracovali index¹⁵ pro měření pokrytí základních zdravotních služeb a služeb souvisejících se zdravotnictvím. Jak výše zmínění autoři své studie uvádí ve své práci, tento index lze na základě dostupných dat jednotlivých zemí jednoduše vypočítat a následně monitorovat pokrok v naplňování UHC. Výsledky lze pak porovnávat mezi zeměmi nebo regiony. Pomocí jednotlivých menších indikátorů tak vznikl index, který lze využít ke globálnímu, regionálnímu i národnímu

¹⁵V literatuře lze nalézt pod názvy *Universal health coverage service coverage index* nebo *Index of essential health service coverage indicators*.

monitorování pokrytí základních zdravotních služeb. Index pokrytí základních zdravotních služeb jen ukazuje, že dosažení efektivního pokrytí těchto služeb je stále pro mnoho zemí výzvou (Hogan a kol. 2018). Index však nemusí sloužit pouze k monitorování a porovnávání dat mezi jednotlivými regiony či státy, ale také mezi jednotlivými společenskými skupinami či vrstvami obyvatel. Data tak mohou být porovnávána na základě ekonomických ukazatelů (chudí x bohatí), pohlaví, věku či regionálního uzpůsobení (venkov x město) aj.

1.5.1. Indikátor 3.8.1 a jeho jednotlivé komponenty

Samotný index vznikl několik let a proces jeho vzniku zahrnovalo přezkoumání globálních data setů, případových studií jednotlivých zemí a konzultace s ministerstvy zdravotnictví (Boerma, 2014). Vznik tohoto indexu zahrnoval několik základních principů. První z nich se týkal priority indikátorů efektivního pokrývání zdravotních služeb jakožto přímého výsledku snah jednotlivých vlád poskytnout lidem kvalitní zdravotní služby. Efektivním pokrytím se v tomto případě rozumí podíl obyvatel potřebujících zdravotní péči, kteří ji nakonec s potenciálem přínosu pro zdraví obdrží (WHO, 2015). Pokrytí služeb jako je tomu chápáno v tomto případě však může být obtížné, jelikož je potřeba identifikovat obyvatele s určitými zdravotními potřebami. Zároveň musí být zahrnuti lidé, kteří nikdy, jak bylo zmíněno na začátku 1. kapitoly, z nejrůznějších důvodů vůbec nenavštívili lékaře a nebyli diagnostikováni. Druhý princip byl, že samotný index musel v souladu s definicí UHC obsahovat indikátory různých typů služeb – ať už preventivní, zdraví podporující, léčebné nebo rehabilitační (Boerma, 2014). Do této kategorie mohou spadat také veřejné zdravotní služby, jež nejsou poskytovány samotným zdravotním sektorem, ale stranami, pro které je zlepšení zdraví hlavní motivací (např. organizace podporující vzdělání ve zdraví atd.). Dalším principem bylo pokrytí hlavních oblastí zdravotnictví, tedy oblastí reprodukčního, mateřského, novorozeneckého a dětského zdraví (*reproductive, maternal, newborn and child health*)¹⁶ V neposlední řadě musely být zahrnuty oblasti infekčních a nepřenositelných onemocnění. Poslední skupinou subindikátorů jsou zdravotnické kapacity (nemocnice, lékaři apod.) (Hogan a kol., 2018).

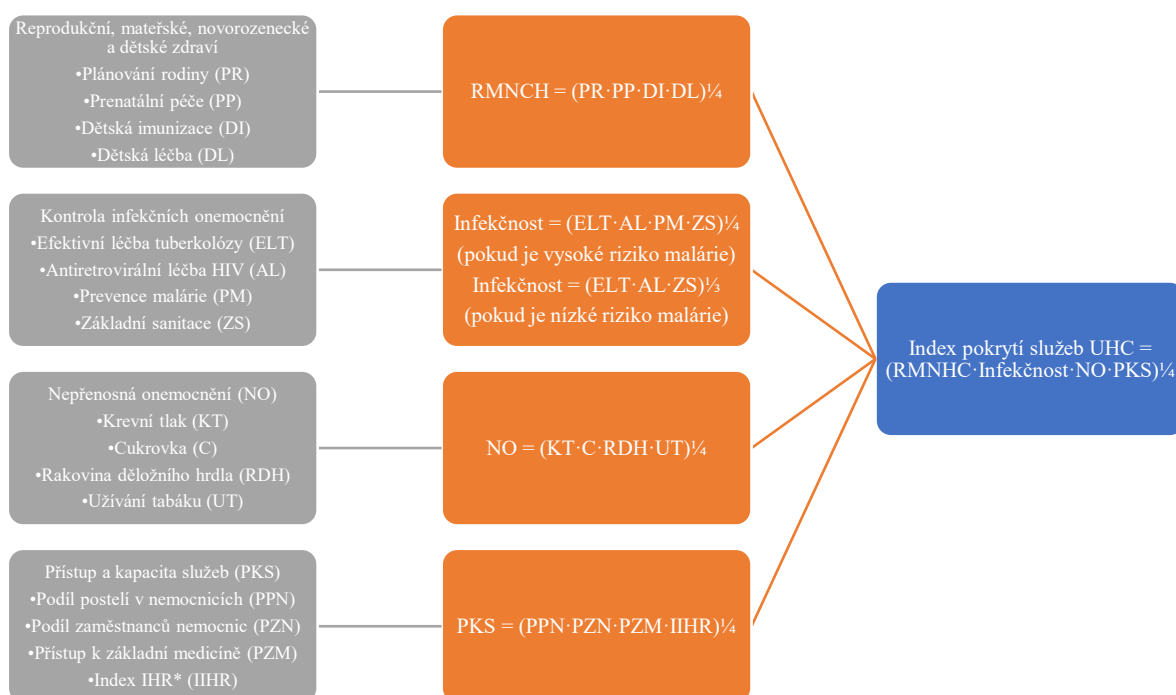
Na základě celkem 14 indikátorů (Indikátory rakoviny děložního hrdla a přístupu k základní medicíně byly vyjmuty z důvodu nedostačujícího počtu dat, avšak mohou být v budoucnosti doplněny, pokud budou data dostačující) rozdělených do čtyř hlavních kategorií a jejich geometrických¹⁷ průměrů a doajista dalších výpočtů vznikl Index služeb UHC – univerzální

¹⁶ RMNCH.

¹⁷ Geometrický průměr byl zvolen na místo aritmetického, jelikož ten udával relativně stejnou úroveň pokrytí různých zdravotních služeb, jež byla ve skutečnosti rozdílná (Hogan, 2018).

ukazatel pro měření pokrytí zdravotních služeb, sdružující ostatní relevantní ukazatele (Fullman a Lozano, 2017). Na obrázku č. 1 je názorně zobrazen výpočet indexu a na jaké jednotlivé oblasti se samotný index dělí a co tyto jednotlivé části obsahují.

Obrázek č.1 slouží především ke grafickému znázornění jednotlivých oblastí a jejich dělení na sledovací ukazatele, ze kterých se následně vypočítává finální Index pokrytí služeb UHC. Podrobný popis, odůvodnění výběru právě těchto indikátorů, jejich omezení a možná vylepšení lze dopodrobna nalézt v analýze Hogana a kol. (2018), publikované v magazínu Lancet Glob Health (str. 155-156).



Obrázek 1 - Výpočet Indexu pokrytí služeb UHC. Zdroj: Lancet Global Health (2017).

Pokrytí služeb je měřeno na škále od 0 % až po 100 %, kdy 100 % reprezentuje daný cíl. Index UHC je tudíž prezentován na stupnici od 0 do 100. Jak dále popisují ve své studii *Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for and index of essential health services* (2018) Hogan a jeho kolegové, byla většina menších sledovacích indikátorů do toho indexu započítána bez problémů. Ovšem vyskytly se případy, kdy musela být data patřičně upravena, tak aby byla pro výsledný index relevantní. Jednalo se o oblasti dat ohledně obyvatel s vyšším krevním tlakem a obyvatel užívající tabákové výrobky. Zde byla kvůli relevantnosti dat upravena škála, kdy byla minimální hodnota nastavena na 50 % (Na základě lineárních úprav byla hodnota 50 tedy rovna

0). Dále musela být upravena stupnice zahrnující indikátor obyvatel trpící zvýšenou, případně sníženou hladinou cukru. Přestože vysoký obsah cukru v krvi je nezdravý a nežádoucí, minimální hodnoty nebyly očekávány. Škála byla tak opět upravena, kdy minimální hodnota byla nastavena na populační průměr obsahu cukru v krvi pro minimální dopad na zdraví a maximální hodnota na nejvyšší pozorovaný populační průměr obsahu cukru v krvi. Třetí a poslední oblast se týkala kategorie přístupu a kapacity služeb, kdy neexistuje optimální ani maximální hodnota. Data (min. a max. hodnoty) ohledně hustoty nemocničních lůžek a počtu zdravotnických zaměstnanců byla na stupnici upravena na základě dat dostupných z pozorování ze zemí OECD¹⁸.

Hlavním limitem indexu je dostupnost relevantních dat. Pro většinu indikátorů obsažených v indexu byly zdroje dat dostupné na základě dřívějších průzkumů a šetření. Přesto, jak je výše zmíněno, se vyskytly tři oblasti dat, které byly upraveny či doplněny o proxy data. Dalším limitem indexu může být ať už úmyslné či neúmyslné ovlivňování samotného výstupu na základě práce s jednotlivými indikátory. Některé mohou například ve výpočtu výsledného indexu chybět, mohou být použita nerelevantní data či neodpovídající stupnice nebo může být špatně zacházeno s chybějícími údaji (viz proxy data). Pro co nejpřesnější výsledek by tak měla být dostupná všechna (relevantní) data. Otázkou tedy je, jak moc budou organizace, vlády či jiné entity manipulovat a zacházet s daty a následným výpočtem a jak bude index UHC přesný. Tohoto problému si byli Hogan a spol. (2018) vědomi a následně provedli několik zkušebních přepočtů na základě zmíněných možných způsobů ovlivňování indexu. Dle Nancy Fullmanové a Rafaela Lozana (2017) nejsou však hlavními překážkami monitorování UHC dostupnost dat, vědomosti či metody měření, ale chybějící obecně přijímaný konsensus o tom, jak správně měřit progres naplňování UHC. Přestože vznikl zmíněný index měření pokrytí služeb UHC, není, stejně tak jako univerzálně přijímaná definice UHC, ani tento způsob monitorování ještě brán jako definitivní. V samotném indexu zcela chybí jeden ze dvou základních elementů UHC, a to ochrana před finančními riziky. Měří tak pouze jeho část. V podkapitole 1.5.2. bude blíže přiblíženo monitorování druhé části UHC. V budoucnosti by tak měl být kladen důraz na vznik univerzálního indexu pokrývající obě tyto oblasti.¹⁹

¹⁸ Organization for Economic Co-operation and Development.

¹⁹ Tuto myšlenku podporuje například globální hnutí UHC2030, jehož cílem je vybudovat silnější zdravotní systém pro Všeobecnou zdravotní péči. Zároveň poskytuje platformu pro více zainteresovaných stran za účelem podpory národní a globální spolupráce na posílení zdravotních systémů (UHC2030, 2018).

1.5.2. Indikátor 3.8.2

Index pokrytí služeb UHC umožňuje, jak už ze samotného názvu vyplývá, monitorování pouze části Všeobecné zdravotní péče. Finanční ochrana je druhou klíčovou dimenzí UHC, která potřebuje být rovněž monitorována. Všeobecná zdravotní péče má tak celkem dva hlavní indikátory. Ukazatel 3.8.2. se vztahuje k monitorování ochrany před finančními riziky v souvislosti s výdaji na zdravotní péči. Definován je dle Světové zdravotnické organizace (2010a) jako „*míra obyvatel dané země vynakládající na zdravotní péči vysoký podíl celkového domácího příjmu či produkce*“. Tyto výdaje bývají také nazývány jako tzv. katastrofické²⁰. Indikátor tak zachycuje dopad výdajů na zdravotní péči vyplácených z finančních zásob domácností, v mnoha akademických i statistických zdrojích uváděno jako platby „*out-of-pockets*“, tzv. „z kapes“. Tyto platby jsou přesněji definovány jako přímé platby provedené jednotlivcem poskytovateli zdravotní péče v okamžiku využití dané služby. Platba OOP tak nezahrnuje jakékoliv poplatky za zdravotní služby provedené předem, například ve formě daní nebo specifického pojištění. Nejedná se však o typ platby typický pouze pro rozvojové země, ale setkat se s nimi můžeme v jakékoliv zemi na světě, kde sektor zdravotnictví spoléhá do jisté míry na spoluúčast v akumulaci financí na zdravotní péči z různých zdrojů nebo kde jsou tyto platby užívány k zefektivnění účinnosti zdravotnictví a kvality služeb. Pokud však tvoří OOP vysoký podíl celkových výdajů domácnosti či jednotlivce, mohly by dle mnoha autorů způsobovat dilema v rozhodování mezi volbou zdravotní péče a ostatními základními potřebami, jako je vzdělání nebo třeba příjem potravy.

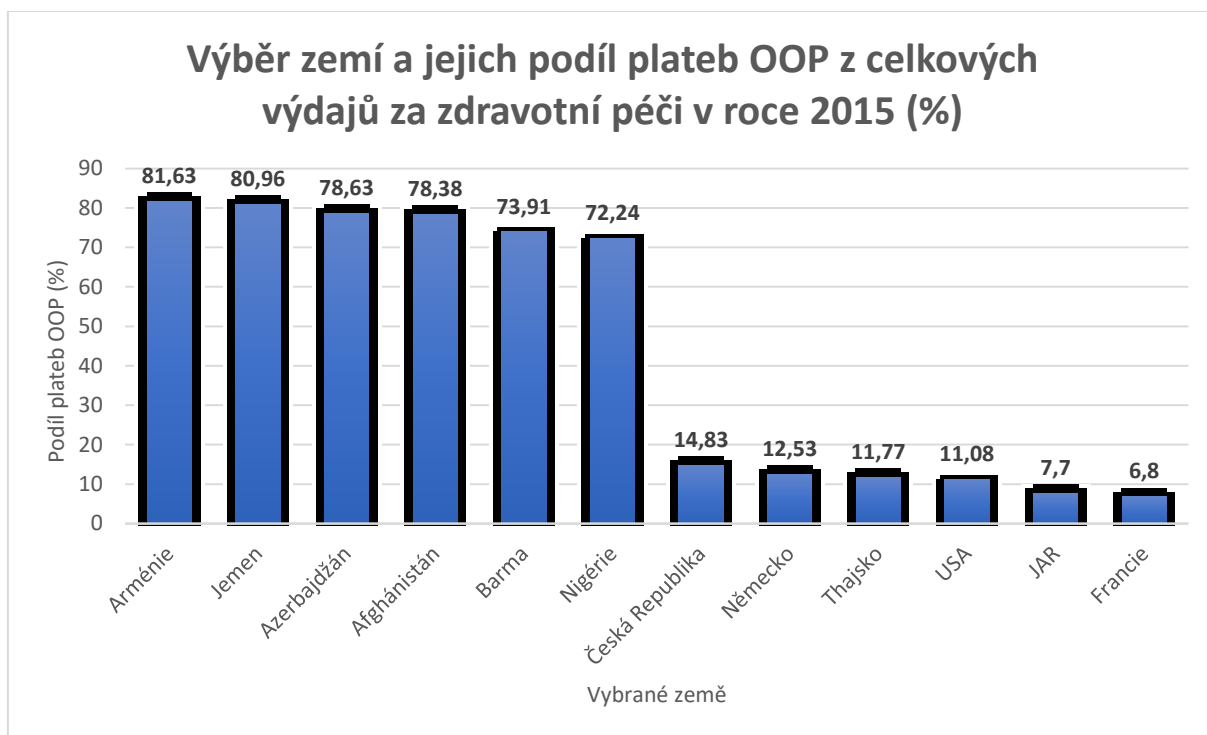
Asante a kol. (2016) a Berki (1986) tvrdí, že v zemích s nízkým a středním příjmem je finanční bariéra jedním z hlavních limitů přístupu k nejen kvalitní zdravotní péči, a tudíž ke schopnosti dosáhnout obvyklé životní úrovně. WHO (2018b) rozlišuje dvě základní hodnoty měření podílu plateb OOP na zdravotní péči vůči celkovým výdajům domácností. Hranice jsou nastaveny na 10% a 25% podíl plateb OOP, kdy bývají označovány jako velké a větší. V literatuře se nicméně setkáme často s pojmy jako jsou katastrofické a zbídačující²¹ platby OOP. Nejedná se vždy o absolutní hodnoty výdajů na zdravotní péči, což mohou být i vysoké sumy, avšak důležitý je podíl z příjmu. Za katastrofické výdaje jsou dle WHO považovány ty, kdy podíl plateb OOP za zdravotní péči dosahuje nebo přesahuje 40 % příjmu domácností a jejich schopnosti platit. Zbídačujícími výdaji jsou poté myšleny takové výdaje, které posunují domácnosti pod hranici chudoby či už domácnosti v tak špatné situaci nedovolují potenciál pro

²⁰ Z anglického *catastrophic*.

²¹ Z anglického *impoverishment*.

zlepšení (Xu a kol., 2003). V roce 2007 dle zprávy WHO (2010) tvořily platby OOP ve 33 zemích s nejnižším příjmem více než 50 % celkových výdajů na zdravotní péči. Mnoho rodin se tak z tohoto důvodu ocitlo pod hranicí chudoby. Přestože je efektů způsobujících zbláznění domácností více, platby OOP jsou jedním z těch významnějších. Lidé totiž jednak vynakládají vysoké podíly svých příjmů na zdravotní péči, a navíc ve stejný okamžik strádají z důvodu absence kvalitní zdravotní péče a absence v zaměstnání či získávání obživy. Zde přichází na řadu UHC, jenž by měl tento komplexní problém řešit a mnoha domácnostem pomoci zlepšením přístupu ke zdravotním službám, aniž by byly vystaveny finančním rizikům.

Pro lepší přehled a vizualizaci je přiložen obrázek č. 2, znázorňující vybrané země a jejich podíly přímých plateb (OOP) z celkových výdajů vynaložených na zdravotní péči. V grafu je zobrazeno celkem deset zemí bez ohledu na region. Na jeho základě lze sice pozorovat jistou podobnost – vysoký podíl u zemí patřících do kategorie LMICs, ale také regionální diverzitu, kdy například Thajsko vykazuje mnohem nižší podíl plateb OOP oproti Barmě, která se nachází ve stejném regionu.



Obrázek 2- Graf znázorňující vybrané země a jejich podíl plateb OOP z celkových výdajů na zdravotní péči v roce 2015. Sestaveno dle dat Světové banky (2018).

Na základě oficiální definice Všeobecné zdravotní péče existují tedy celkem dva ukazatele pro měření 3. cíle SDGs. Indikátor 3.8.1. monitoruje pokrytí služeb UHC a indikátor 3.8.2. finanční rizika způsobená přímými výdaji na zdravotní péči. V návaznosti na oba dva zmíněné ukazatele je nutné zdůraznit, že k dosažení efektivní implementace konceptu UHC je zapotřebí

silného zdravotnického finančního systému, který bude garantovat spravedlivé rozložení břemena plateb spadajících do tohoto systému podle tzv. ATP (ability-to-pay) neboli schopnosti platit. Zdravotní systémy bývají ve většině zemí s nízkým a středním příjmem financovány prostřednictvím daní, příspěvků do sociálního zdravotního pojištění, soukromých pojistek, ale především plateb OOP (Mejia, 2013). Ne všechny zdroje financování jsou pro obyvatele dané země spravedlivé. Dá se předpokládat, že lidé trpící chudobou nebudou platit pojištění a v případě potřeby zdravotní péče vynaloží obrovský podíl svého již tak nízkého příjmu. Po implementaci UHC se tak předpokládá rovnoměrnější břemen financování sektoru zdravotnictví.

1.5.3. Další nástroje k monitorování naplňování UHC

V další návaznosti je tak důležité zmínit dva vládami a mezinárodními organizacemi, jako je například Světová Banka, čím dál více uznávané nástroje, jenž slouží k posouzení pokroku v naplňování UHC. Konkrétně do jaké míry jsou veřejné výdaje na zdraví prospěšné určitým skupinám lidí (především chudým). Jedná se o dvě analýzy, BIA (Benefit incidence analysis) neboli analýza výskytu benefitů a FIA (Finance incidence analysis), přeloženo jako analýza výskytu financování (Wiseman a kol., 2014). S oběma analýzami úzce souvisí právě platby OOP, které dopomáhají k celkovým výpočtům těchto nástrojů.

Analýza BIA odhaduje distribuční dopad veřejných výdajů na zdravotní péči. Zaměřuje se především na to, do jaké míry mají různé socioekonomické skupiny obyvatel prospěch z veřejného financování sektoru zdravotnictví (Wagstaff, 2012). Výsledkem analýzy výskytu benefitů by tak dle komplexnějšího výpočtu²² mělo být pozorování, zda z distribucí veřejných dotací ve zdravotnictví v různých socioekonomických skupinách obyvatel benefitují spíše chudí nebo bohatí obyvatelé, a to na různých úrovních samotného systému (různé sektory, typy služeb atd.). Analýza výskytu financování (FIA) naopak měří či pozoruje proporcionalitu a vztahy mezi výdaji na zdravotní péči a schopnosti domácností platit (ATP). K vyjádření progresivního, regresivního nebo stálého vztahu slouží v tomto případě tzv. Kakwaniho index. Ve výzkumném článku lze díky těmto analýzám pozorovat různorodé výsledky napříč regiony. Ať už od lepší se situace v regionu Jihovýchodní Asie či stagnující nebo prohlubující se krizi v subsaharské Africe viz Asante a kol. (2016).

²² Zahrnující studovanou populaci, životní standardy, míru využití různých typů zdravotních služeb, odhadu jednotkových nákladů na každý typ služby, výše státní dotace a platby OOP (McIntyre a Ataguba, 2011).

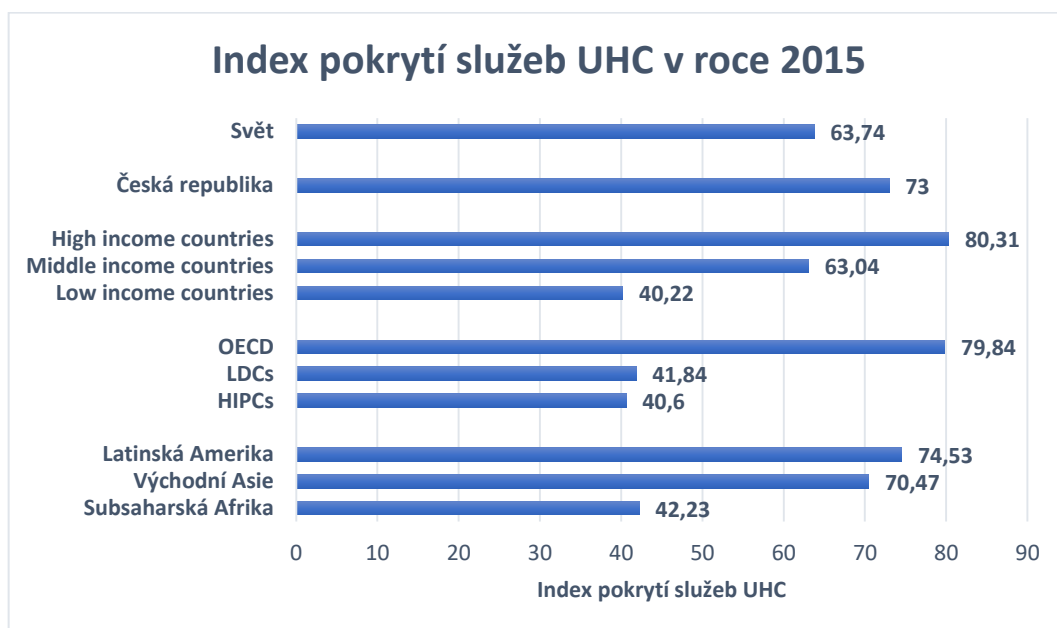
K monitorování, pozorování a evaluaci progresu směrem k naplňování UHC tak nestačí pouze dva základní indikátory definované v rámci 3. cíle SDGs. Podobné analýzy, jako jsou BIA a FIA, nám do velké míry pomáhají pokrýt oblasti, které indikátory 3.8.1. a 3.8.2. opomíjí nebo se jimi do takové míry nezabývají. Indexy UHC monitorují pokrytí služeb a finanční ochranu před vysokými výdaji na zdravotní péči, ale právě nástroje jako jsou BIA a FIA nám pomáhají monitorovat problematiku ještě hlouběji, a to, jak se situace mění v rámci rodin či na které socioekonomické skupiny se například svými politickými rozhodnutími stát zaměřuje.

Toto však není nic nečekávaného, jelikož je dodnes předmětem debat jak univerzální definice UHC (přestože je ta aktuální širokou veřejností a organizacemi se zájmem v globálním zdraví stále více přijímána), tak i nejednoznačnost monitorování tohoto konceptu. Alternativní ukazatele a způsoby monitorování jsou tak na místě, a přestože nemusí být univerzální a vše vypovídající, mohou do velké míry dopomoci evaluovat pokrok směrem naplňování principů Všeobecné zdravotní péči a pochopit aktuální situaci v dané zemi.

2. Všeobecná zdravotní péče v rozvojových zemích

Zatímco mnoho rozvinutých zemí dosáhlo jistého stupně národního zdravotního zabezpečení nebo všeobecné zdravotní péče, mnoho rozvojových zemí se stále potýká s problémy jako jsou nedostatečné pokrytí zdravotních služeb nebo finanční rizika, která hrozí obyvatelům v důsledku vysokých nákladů na tuto péči. V mnoha rozvojových zemích je stále velký počet obyvatel bez přístupu k základním zdravotním službám nebo v situaci, kdy přístup mají, ale samotná péče není dostatečně kvalitní. Ve spoustě případů si tuto péči nemohou lidé dovolit, aniž by neriskovali propad ať už sebe nebo celé rodiny pod úroveň chudoby. Následující kapitola se zabývá aktuálním stavem pokrytí zdravotní péče především v rozvojových zemích. Poté je analyzován vztah mezi UHC a ekonomickými ukazateli zemí. Dále jsou představeny výsledky regionů na základě analýz BIA a FIA, dle kterých lze pozorovat změny ve zdravotních systémech. V kapitole jsou také zahrnuty metody financování zdravotní péče a proces rozhodování v sektoru zdravotnictví.

Stav pokrytí zdravotních služeb UHC se v různých regionech liší (viz obrázek č. 3). Podobnou úroveň pokrytí těchto služeb však nemusíme pozorovat jen na základě geografie, ale také na základě ekonomických a jiných ukazatelů.



Obrázek 3 – Průměr Indexu pokrytí služeb UHC pro celý svět. Grafické porovnání s Českou republikou, různými geografickými regiony a nadnárodními organizacemi a uskupeními (např. HIPC's)²³. Zdroj: Data Světové banky (2018).

Na základě obrázku č.3 lze vypočítat dle nově vzniklého indikátoru pro monitorování pokrytí zdravotních služeb aktuální stav, a to jak pro celý svět, tak pro různé kategorie nebo

²³ Heavily Indebted Poor Countries Initiative neboli Iniciativa nejvíce zadlužených zemí.

regiony. V průměru pro celý svět nám vychází dle dostupných dat hodnota indexu 63,74. Na první pohled tak nevypadá globální úroveň UHC (pokrytí zdravotních služeb pro všechny) dobře. Je důležité zmínit, že žádná země na světě nedosahuje 100% pokrytí těchto služeb a otázkou zůstává, zda jsou toho i nejvíce rozvinuté země vůbec schopny. A to ať už logisticky (moderní zařízení v rurálních nebo těžko dostupných oblastech) nebo prostřednictvím lidského kapitálu (dostatek vzdělaných lidí). Přestože mnoho rozvinutých vykazuje nadprůměrné hodnoty a daří se jim poskytovat zdravotní péči většině obyvatel, mnoho (rozvojových) zemí daleko zaostává.

Nejvyšší hodnoty zaznamenávají především rozvinuté země – například Rakousko, Spojené státy americké a Velká Británie (s indexy o hodnotě 80²⁴). Ve srovnání s nimi je hodnota indexu pro Českou republiku 73, což je vyšší než celosvětový průměr, avšak oproti průměru zemí OECD je hodnota nižší o více než šest procentních bodů. Na druhém konci spektra se nachází země jak Čad (29), Mali (32) nebo Pákistán (40). Země s takto nízkými hodnotami se dle zjištění autorů Hogana a kol. (2018) navíc potýkají velmi často s konflikty²⁵ nebo nízkou úrovní ekonomického rozvoje, což může být jednou ze samotných příčin špatného pokrytí zdravotních služeb.

Ve srovnání mezi jednotlivými uskupeními a světovým průměrem daleko zaostávají skupiny nejméně rozvinutých zemí (LDCs) a skupina nejvíce zadlužených zemí (HIPC), což lze vysvětlit tak, že země nevykazující ekonomický rozvoj (nebo vysoce zadlužené země) jednoduše do sektoru zdravotnictví neinvestují nebo nemají dostatečně rozvinuté instituce k efektivnímu řízení celého sektoru. V okamžiku vzniku toho indexu již existovaly jisté predikce na základě příjmů (na osobu) daných států. Některé země těmto představám víceméně odpovídaly. Avšak země jako Pákistán, DR Kongo, Indonésie, Mali, Nigérie a Jemen zůstaly více než deset jednotek za očekáváním autorů. Kyrgyzstán, Vietnam, Peru, Zimbabwe a Kolumbie naopak předčily očekávání výsledného indexu o více než deset procentních bodů (Hogan a kol., 2018).

Různá míra pokrytí a dostupnosti zdravotní péče se také vyskytuje na úrovni geografických regionů (těch, kde se nachází většina rozvojových zemí). Z obrázku č. 3 lze vydedukovat, že země regionu subsaharské Afriky za regionem Latinské Ameriky i Východní Asie daleko zaostávají. Ve všech zmíněných regionech se však nacházejí země, které přesahují nebo naopak nedosahují zmíněných průměrů. V subsaharské Africe je to například Jihoafrická republika

²⁴ Země, které přesahuje i tuto hodnotu, jsou například Japonsko, Austrálie, Norsko nebo Jižní Korea.

²⁵ Například Afganistán, Jižní Súdán nebo Somálsko.

(67), Botswana (60) a Keňa (57). Ve východní Asii jsou například pod průměrem země jako Laos (48) a Indonésie (49). Důležité je zmínit, že data pocházejí z roku 2015, kdy vešly v platnost SDGs a UHC se stalo jedním z Cílů udržitelného rozvoje. Od té doby mohly země dosáhnout již lepších (ale také horších) výsledků nebo pokroku směrem k naplňování 3. cíle SDGs.

Rozdíl mezi mírou pokrytím zdravotních služeb v jednotlivých zemích je v mnoha případech propastný. I na základě tohoto indexu si mnoho organizací, vlád a jiných aktérů v oblasti globálního zdraví uvědomuje závažnost problému dostupnosti alespoň základní zdravotní péče. Ukazatel pokrytí služeb UHC spolu s dalšími alternativními, případně národními ukazateli, může dopomoci v rozhodovacích procesech státních činitelů a k nastartování změn ve zdravotních systémech směrem k naplnění zdravotních potřeb obyvatel. Příčin nerozvinutého zdravotního systému může být hned několik. Od nedostatku finančních zdrojů, lidského kapitálu, nevhodné metodě financování, nerozvinutosti institucí, korupce, konfliktů a mnoha dalších. Základní kameny dobře fungujícího zdravotnictví jsou v podkapitole 2.4.

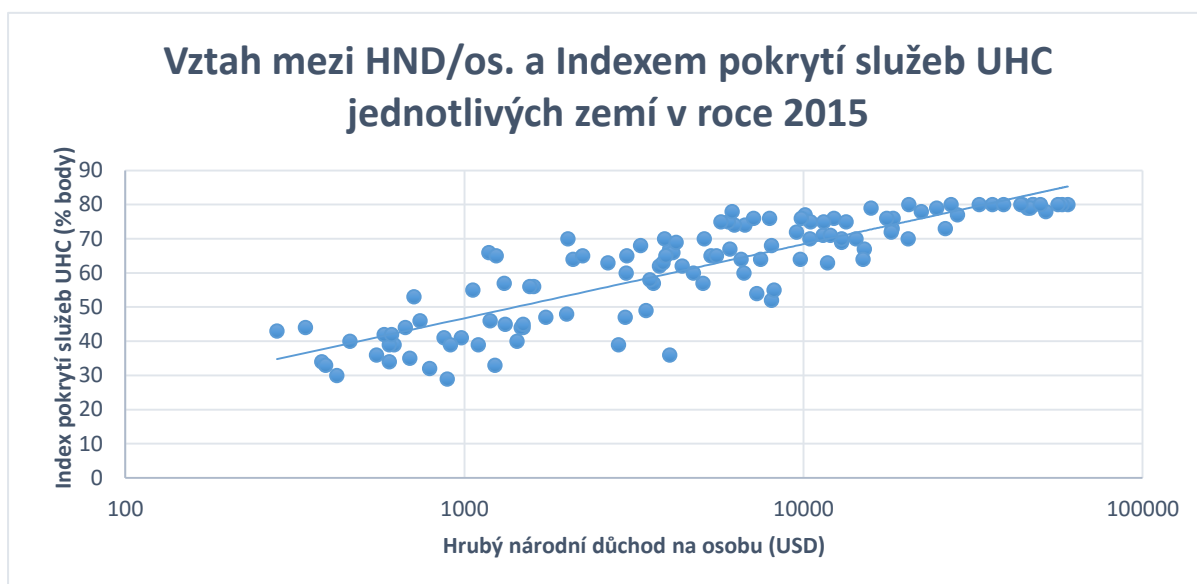
Výše byl popsán stav Indexu pokrytí služeb UHC pro jednotlivé země nebo různé regiony a uskupení k datům dostupných za rok 2015. Nebyly však blíže popsán a diskutován vztah mezi ekonomickou vyspělostí země a tímto indikátorem UHC, což následuje v nadcházející podkapitole.

2.1. Vztah mezi pokrytím zdravotních služeb a ekonomickou vyspělostí země

Na první pohled dle obrázku č. 4 platí, že země vykazující vyšší příjem neboli hrubý národní důchod (na osobu)²⁶ dosahují lepších výsledků v pokrytí zdravotních služeb. Obecně tedy platí, že čím vyšší HND na osobu země má, tím vyšších hodnot Indexu pokrytí služeb UHC dosahuje. Logicky se dá tento fakt odvodit tím, že země mají dostatek finančních zdrojů plynoucích do zdravotnictví. Samotný objem financování však není jediný faktor ovlivňující pokrytí těchto služeb. Do velké míry záleží také na způsobu a metodě financování sektoru a na státních (i soukromých) institucích. Např. Kuba, nyní spadající do kategorie zemí s vyšším středním příjmem, dosahuje hodnoty indexu pokrytí služeb UHC 78. Čína o něco méně, přesněji 76. Ve stejné kategorii však dosahují země i nižších hodnot. Státy jako Jihoafrická republika (67),

²⁶ Kategorizováno Světovou bankou na země s vysokým, vyšším středním, nižším středním a nízkým důchodem. Jedná se o klasifikaci dle úrovně důchodu, ne dle úrovně rozvoje. Pro lepší přehlednost grafu byly hodnoty pro země s nižším středním (53,65) a vyšším středním (73,65) důchodem zprůměrovány a označeny jako země se středním důchodem. Pojmenování kategorií bylo ponecháno v anglickém jazyce.

Rusko (63) nebo Bulharsko (64). To může být způsobeno právě odlišným přístupem vlád zemí ke zdravotnictví (Čína i Kuba jsou socialistické země). Obecně však existuje mezi proměnnými HND a Indexem pokrytí služeb UHC silný vztah, což také dokazuje středně silná až silná (kladná) korelace o hodnotě 0,66 (viz obrázek č.4). Přestože korelace neimplikuje kauzalitu, dokazuje mezi výší hrubého národního důchodu (na osobu) a indexu pokrytí služeb UHC jistý vztah. Existuje předpoklad, že čím obecněji zdravější populace, tím vyšší ekonomická aktivita. S tou je rostoucí pravděpodobnost celkového socioekonomického rozvoje a možnosti vymanit se z kruhu chudoby (Jain a kol., 2017). V tomto případě (ne nutně vždy) však bude spíše výše národního důchodu ovlivňovat pokrytí základních zdravotních služeb, jelikož mají země dostatek financí, které mohou plynout do zdravotnictví.



Obrázek 4 - Vztah mezi hrubým národním důchodem na osobu (USD) a Indexem pokrytí služeb UHC jednotlivých zemí. Vlastní zpracování dle dat Světové banky (2018).

Tak, jak tomu bylo na počátcích národních programů sociálního a zdravotního pojištění v Německu a Velké Británii, se bude situace s rozvojem všeobecné zdravotní péče vyvíjet ve většině zemí. Na počátku musí vzniknout poptávka na straně obyvatel (která ve většině rozvojových zemí je) a poté rozhodovací orgány zemí, jež vykazují jistý ekonomický růst, investují do zdravotnických zařízení, lidského kapitálu a jiných faktorů ovlivňující pokrytí a dostupnost zdravotních služeb. Na základě ekonomické síly země je to však v klíčovém okamžiku vládní vůle investovat do sektoru zdravotnictví. Za tohoto předpokladu je možné tvrdit, že země nevykazující ekonomický růst nemohou dosáhnout efektivního pokrytí zdravotních služeb, což nemusí být pravda – existují vnější zdroje financování, které těmto zemím mohou k cíli dopomoci. Také restrukturalizace (viz podkapitola 2.5.) nebo zefektivnění

již existujícího zdravotního systému může vést k naplňování UHC i při vykazování nepříliš vysokého ekonomického růstu.

Přestože se přístupy i priority naplňování cílů UHC v každé zemi liší, většina rozvojových zemí má v plánu implementovat klíčové části Všeobecné zdravotní péče. Dosažení UHC však není a pro mnoho zemí nebude lehký úkol. K tomu, aby se mohla situace zlepšit a země směřovala k naplňování tohoto Cíle udržitelného rozvoje, je třeba více než jenom odhodlání. Dva z nejvíce rozpoznatelných spolu úzce souvisejících důležitých pilířů pro dosažení tohoto cíle jsou (silné a férové) instituce a udržitelný efektivní systém financování sektoru zdravotnictví. Jak modely financování, tak role vlády budou rozebírány v následujících podkapitolách.

2.2. Modely financování zdravotní péče

Zdroje financování zdravotnictví jsou podle mnohých akademiků a odborníků jednou z hlavních překážek zemí s nízkým a středním příjmem, kde jsou obyvatelé ohroženi především finančními riziky kvůli výdajům na zdravotní péči (Ataguba a Ingabire, 2016; Brady, 2017; Chapman, 2016). Pokud bychom tématiku UHC zúžili pouze na rozšíření sociálního zdravotního zabezpečení, našli bychom v historii několik podobností, dle kterých jde směřovat k naplnění cílů UHC. Otázky, jež vyvstávají z této teze, jsou především, kdy a za jakých ekonomických podmínek podstoupily země či vlády v minulosti kroky směrem k této dimenzi UHC. Tyto předchozí zkušenosti lze představit zemím s nízkým a středním příjmem (LMICs) (Bump, 2015). Zde je však na zamyšlení, jak moc mohou tyto případy pomoci těmto zemím v naplňování UHC, když je historický i současný stav v každé zemi rozdílný (např., kultura, politický systém, náboženství atd.). Přesto však můžeme najít několik podobných faktorů ovlivňujících formování kvalitního zdravotního systému. Podle Bumpa (2015) se jedná například o vládní odpovědnost vůči požadavkům a poptávce obyvatel, o vládní zdroje, zdroje ekonomické síly země, vazby mezi solidaritou a ochotou přerozdělování a koncepcí, že zodpovědnost mohou nést jedinci stejně tak jako celá společnost. Jako dva hlavní mechanismy pro poskytnutí ochrany před finančními riziky ve zdravotnictví identifikuje Hsiao (2003) sociální zdravotní pojištění a obecný příjem (země s vyšším HDP např. investují více do zdravotnictví).

Než však budou blíže analyzovány konkrétní reformy vybraných zemí v kapitole č. 3, které mají zpřístupnit základní zdravotní péči všem, musejí být rozeznány konkrétní modely financování zdravotního systému. Většina rozvinutých zemí již dosáhla stabilních národních

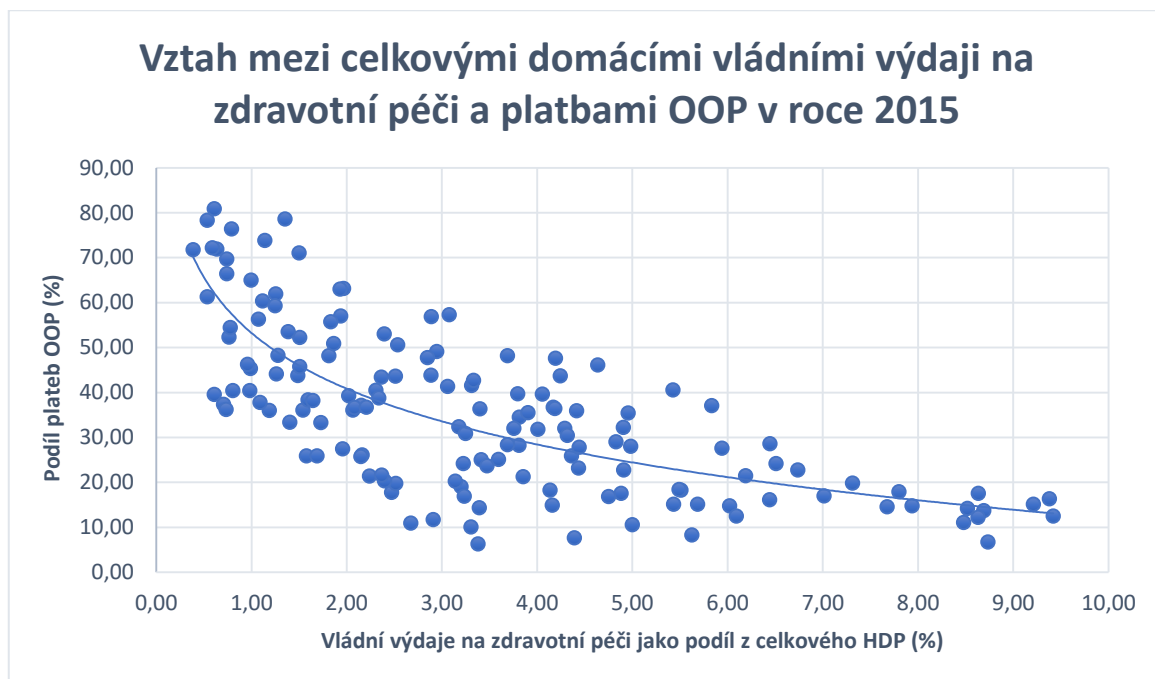
programů zdravotního zabezpečení, a to za použití několika odlišných modelů. Autoři Zaman a Hossain (2017) rozeznávají čtyři hlavní typy. Jedná se o:

- 1) **Národní zdravotní systém/ Obecný daňový systém** – zdravotní péče je poskytována lékaři, kteří jsou placeni vládami. Za rozhodovací orgán, který koordinuje celý národní zdravotní systém, je označována vláda. Zdroje financí do sektoru zdravotnictví pocházejí z daní, kterým podléhají všichni obyvatelé země. Většina zdravotních služeb je pak v okamžiku poskytnutí zdarma. Tento systém převládá v zemích jako např. Velká Británie, Španělsko, ale také například na Kubě.
- 2) **Bismarckův model / Systém zdravotního pojištění** – vývoj a způsob tohoto systému byl blíže popsán v podkapitole 1.4. V tomto případě jsou soukromí zaměstnanci zdravotnictví dotováni neziskovými pojišťovacími společnostmi. Zaměstnanci a zaměstnavatelé platí pojistné, které je regulováno vládou. Výhodou tohoto systému je férové a spravedlivé poskytování péče, nicméně může dojít k přetížení systému a nenaplnění potřeb většiny pacientů. Tento model převládá především v Německu, Japonsku, Belgii a také v zemích Latinské Ameriky.
- 3) **Systém soukromého pojištění** – Tento model převládá především ve Spojených státech amerických. Způsob financování je podporován buďto zaměstnavatelem, soukromými osobami nebo samotnou vládou. Samotné pojištění je pak vybíráno na základě rizik zdravotního stavu občana. Výhodou tohoto systému (z praxe v USA) je relativně rychlé poskytnutí vysoce kvalitních služeb zdravotní péče, avšak velmi diskutovatelným negativem je neschopnost mnoha občanů hradit toto pojištění.
- 4) **Model *Out-of-pocket*** – Model „plateb-z-kapsy“ je posledním modelem rozeznávaným výše zmíněnými autory. Zde se jedná o systém financován přímými platbami občanů, kteří danou zdravotní péčí potřebují či vyžadují. Neexistuje žádná entita, která by tento systém monitorovala či řídila a regulovala. Model plateb OOP převládá ve většině rozvojových zemích, a to ať už v subsaharské Africe, Jihovýchodní Asii nebo některých zemích Jižní Ameriky (viz tabulka níže). Za poslední dvě desetiletí se v průměru pro celý svět podíl těchto plateb snižuje, avšak v mnoha zemích a regionech stále dosahuje *katastrofických a zbídačujících* hodnot. Tento trend je velmi pozvolný, avšak po přijetí Cílů udržitelného rozvoje a počátečních oficiálního konceptu UHC by se situace mohla v některých zemích výrazně zlepšit.

Region	Podíl OOP na celkových výdajích na zdravotní péči (%) v roce 2015
Svět	18,15
Evropská Unie	15,3
Východní Asie	26,11
Latinská Amerika	33,24
Subsaharská Afrika	36,25

Tabulka 1 - Srovnání podílů plateb OOP z celkových výdajů domácností na zdravotní péči ve světě a různých geografických regionech v roce 2015. Zdroj: Data Světové banky (2018).

Poslední zmíněný model ve většině případů způsobuje obyvatelům katastrofické výdaje a následný posun domácností pod hranici chudoby. Jsou to právě vlády daných zemí, které rozhodují o tom, jak velký podíl přímých plateb na zdravotní péči budou muset obyvatelé vynaložit. Vztah mezi vládními výdaji na zdravotní péči jako podíl celkového HDP země a platbami OOP dokazuje silná (negativní) korelace o absolutní hodnotě 0,68 (viz obrázek č.5). Z grafu lze vyzorovat, že čím větší podíl svého HDP vlády zemí investují do sektoru zdravotnictví, tím nižší je celkový podíl plateb OOP. To obecně dokazuje dostupnější zdravotní péči. Je nutné zdůraznit, že nulová či téměř nulová hranice podílu plateb OOP není reálná a pro stát ani žádoucí. Taková vláda by musela vynaložit mnohem větší úsilí na pokrytí zdravotní péče, což by nebylo v tomto případě maximálně efektivní. Ideální (minimální) hodnota plateb OOP není globálně stanovena a pro každý stát i systém se liší. Dle grafu vlády poskytující více než 5–6 % z celkového HDP na zdravotnictví dosahují hranice podílu plateb OOP 20 % a méně. Cílem by tedy pro země, jež nedosahují takových hodnot, mohla být alespoň tato hranice. Dle autorů McIntyre a Kutzina (2011) by však pro země vykazujících nízkých daňových zisků nemusela být ani tato hranice pro efektivní poskytování adekvátní zdravotní péče pro všechny dostačující.



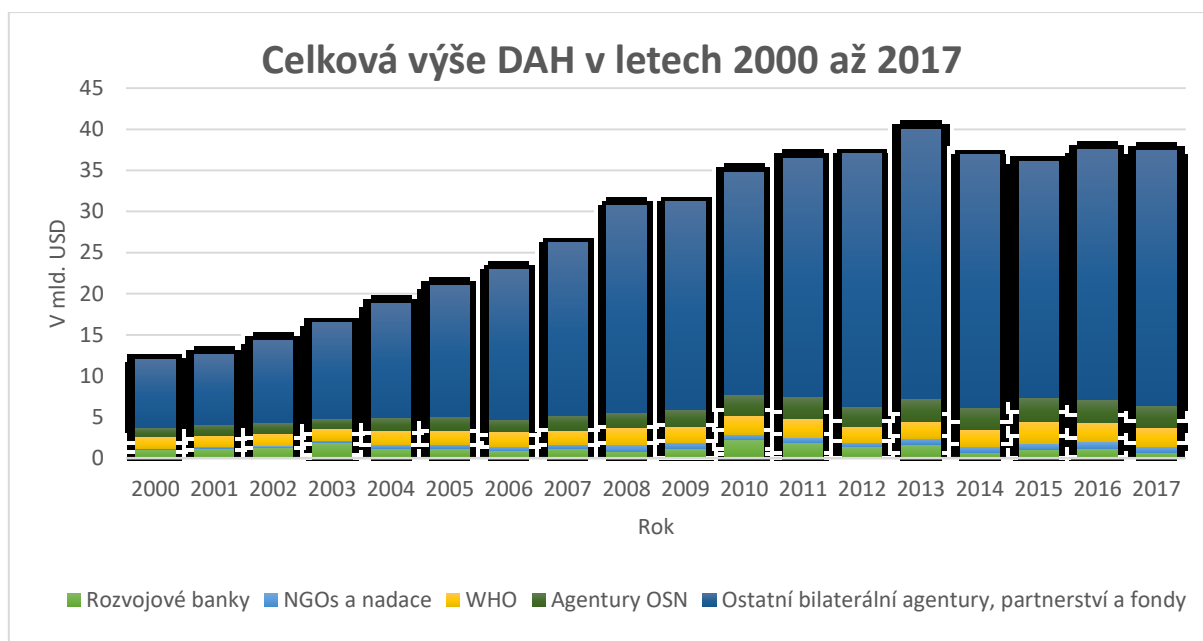
Obrázek 5 - Vztah mezi celkovými vládními výdaji na zdravotní péči a podílem plateb OOP v roce 2015. Vlastní zpracování dle dat Světové banky (2018).

V navyšování celkového podílu HDP na zdravotní péči mohou vlády využít různých nástrojů. Dle autorů zprávy Sustainable Development Solutions Network (2015) mohou vlády například zvýšit daně nebo snížit dotace do jiných sektorů. Vlády by měly průběžně hodnotit jejich fiskální politiku směrem k naplňování UHC – například kolik % celkového HDP země investují do sektoru zdravotnictví. Uvalením vyšších daní na některé výrobky lze nepřímo k rozvoji všeobecné zdravotní péče také dopomoci. Zvýšení daní na alkoholické a tabákové výrobky způsobí například změny v chování – lidé omezí užívání alkoholu a tabákových výrobků, což vede k benefitům v podobě snížení celkové zátěže onemocnění spjatých z nadměrného užívání výše zmíněných výrobků a zároveň zvyšování prostředků na pokrytí služeb zdravotní péče. Každé politické rozhodnutí tak může mít významný pozitivní dopad.

Výše zmíněné čtyři hlavní modely financování zdravotní péče však nejsou jediné. V těchto případech se jednalo o tzv. interní způsoby či metody financování. Zdravotnictví může být, a v mnoha zemích také je, financováno externě. Tyto zdroje financování jsou označovány jako *Development Assistance for Health* (DAH). Finanční zdroje pocházejí z mezinárodních rozvojových agentur (například UNICEF, DfID²⁷ atd.), mezinárodních organizací nebo třeba

²⁷ Department for International Development.

od různých filantropů především z rozvinutých zemí. Tyto zdroje směřují převážně do zemí s nízkým a středním příjmem²⁸. V posledních dvou dekádách výše DAH rostla i když v posledních pěti letech spíše stagnuje (viz obrázek č. 6). Problém může nastat v případě, kdy se stanou země na tomto zdroji financování zdravotnictví závislé nebo v důsledku těchto toků nehledají způsoby, jak restrukturalizovat zdravotní systém. Obecně platí, že se země vykazující pozitivní rozvoj postupem času utrácejí za zdravotní péči na osobu více, zatímco se snižuje závislost na DAH a posiluje schopnost vlád financovat celý sektor.



Obrázek 6 - DAH v letech 2000 až 2017 v mld. USD. Lze sledovat jistý trend rostoucích objemů tohoto externího zdroje financování zdravotní péče zemí s nízkým a středním příjmem. Rovněž lze usoudit, že hlavními aktéry poskytování DAH jsou bilaterální partnerství a agentury (rozvojové agentury rozvinutých zemí atp.). Agentury OSN, WHO i Rozvojové banky poskytují v porovnání s nimi z celkového objemu DAH malý zlomek. Sestaveno dle dat *Financing Global Health* (2018).

DAH jsou výlučně odlišovány od předchozích modelů financování, jelikož jsou označovány za externí zdroje. Toky financí DAH směřují k vládám zemím s nízkým a středním příjmem z různých zdrojů nebo odlišnými způsoby. Může se jednat o agentury preferující bilaterální spolupráci (USAID, WHO, UNICEF atd.), partnerství veřejného a soukromého sektoru (Globální fond pro boj proti AIDS, tuberkulóze a malárii nebo Gavi, The Vaccine Alliance²⁹) nebo rozvojové banky (např. Světová banka nebo Americká rozvojová banka³⁰). Tyto zainteresované subjekty poskytující finanční zdroje také do jisté míry rozhodují o sektoru, do něhož jsou investovány. DAH směřuje na široké spektrum zdravotních problémů – ať už např.

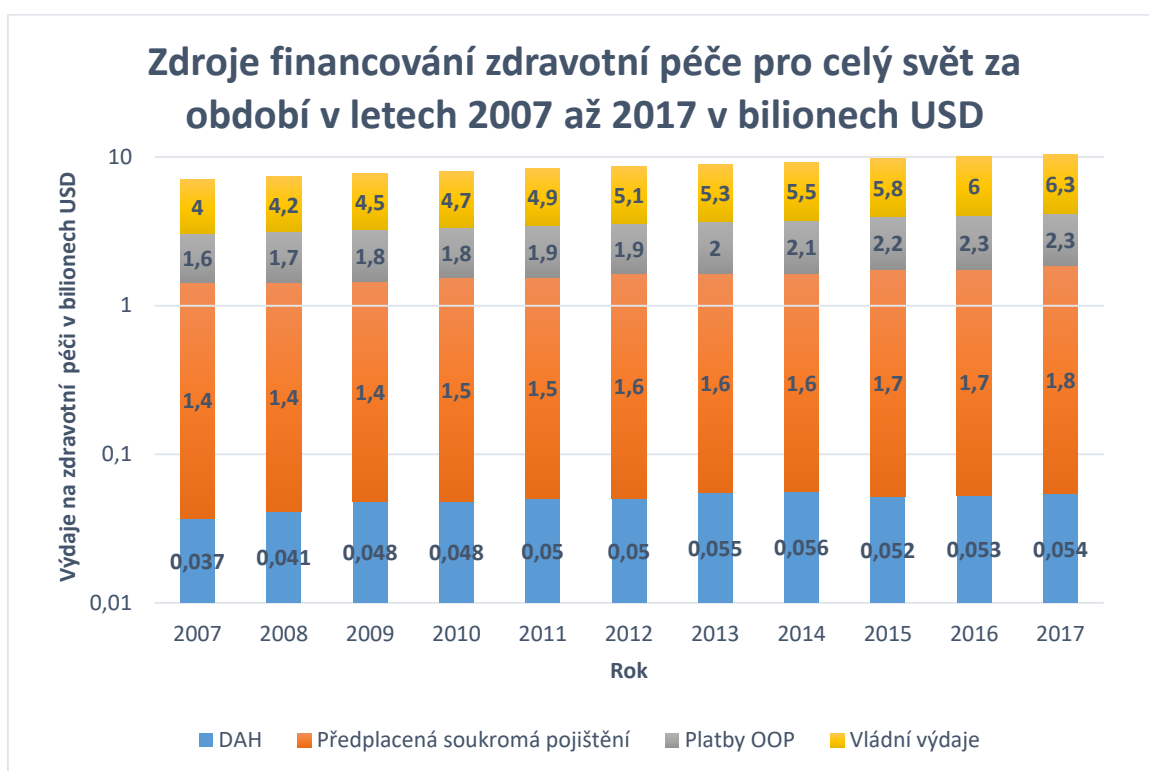
²⁸ V roce 2014 tvořily DAH celkem 0,6 % celosvětových výdajů na zdravotnictví, avšak v zemích s nízkými příjmy to činilo více než 35 % (Dieleman a kol., 2017).

²⁹ Mezinárodní organizace založena v roce 2000, s hlavním cílem zlepšení přístupu k vakcínám a očkováním pro děti v nejhudších částech světa. Snaží se propojovat dohromady veřejný a soukromý sektor (Gavi, 2018).

³⁰ Přeloženo z Inter-American Development Bank.

boj s HIV/AIDS, s malárií nebo třeba zdraví dětí a posilování samotného sektoru zdravotnictví. Tyto zdroje navíc mohou být využity mnoha různými způsoby. Na péči v době onemocnění, preventivně nebo mohou posloužit na výzkum, a tedy na zlepšení celkové schopnosti poskytovat kvalitní zdravotní péči (Dieleman a kol., 2017).

Přestože mohou finanční zdroje z mezinárodních agentur, bilaterálních spoluprací a dalších zdrojů podobného rázu (DAH) zemím dopomoci ke zvýšení investic do sektoru zdravotnictví³¹, jedná se v celosvětovém měřítku a celkovém množství financí plynoucích do sektoru zdravotnictví o zanedbatelné hodnoty (viz obrázek č.7).



Obrázek 7 - Výše celosvětových jednotlivých zdrojů financování zdravotní péče v letech 2007 až 2017 v bilionech USD. Pro lepší zobrazení byla osa Y zlogaritmována. Zdroj: Data z *Financing Global Health* (2018).

Množství financí plynoucích do sektoru zdravotnictví dle dat z *Financing Global Health* (2018) pochází především z vládních zdrojů jednotlivých zemí, přestože se proporcionalita v různých regionech a zemích liší. Druhým největším původcem financí jsou platby OOP obyvatel ve formě přímých výdajů za zdravotní služby. Další významné zdroje pocházejí ze soukromých zdrojů, např. ve formě předplacených pojištění. DAH jsou tak v porovnání v celkovém měřítku relativně velmi nízké, když nepřekračují za zmíněné období ani v jednom roce hranici 1 %. V absolutních hodnotách se ale nejedná o malé částky. Některé země se na tomto zdroji mohou dokonce stát i závislé a přestat vyhledávat cesty k zefektivnění národního

³¹ V některých zemích tvoří DAH více než 35 % zdrojů financování zdravotnictví.

systemu sociálního a zdravotního zabezpečení. V některých rozvojových zemích tvoří DAH vysoký podíl celkových financí plynoucích do zdravotnictví. Například v Keni tvořilo v roce 2016 cca 25 % z celkových výdajů na zdravotní péči (1 mld. z celkových 4mld. USD). Pro přehled rozdílnosti v proporcionalitě, avšak při podobných absolutních hodnotách DAH, poslouží příklad Nigérie. Zde dosáhla výše DAH částky 1,2 mld. USD, avšak jednalo se „pouhých“ 5 % z celkových zdrojů (Dieleman a kol. 2017).

Výše DAH je vypočítávána a poskytována na základě celkového příjmu země. Proto plynou především do zemí s nízkým a středním příjmem. Zatímco však celkový reálný dopad DAH na zdravotní systémy není doposud zcela rozeznán, lze na základě některých dostupných studií tvrdit, že tyto finance pomohly zachránit mnoho lidských životů. Miliony lidí v zemích s nízkým a středním příjmem díky DAH obdržely například různé medikamenty (k léčbě HIV), možnosti testování se na onemocnění (např. tuberkulóza) nebo antimalarické lůžkové sítě. Během zhruba stejného období se v zemích s nejnižšími příjmy, které mají relativně vysoké objemy DAH, zvýšily zdravotní výdaje na osobu z 51 USD na 120 USD. 52 % tohoto navýšení v těchto zemích pocházelo právě z DAH. To pomohlo milionům obyvatel, jak ukazují následně zmíněné dva příklady. Finanční zdroje DAH směřovaly například na boj s HIV/AIDS, kdy byl zaznamenán nárůst především v přípravě a dodání léků, které mohou změnit tuto akutní a život ohrožující infekci na chronickou a zvládnutelnou (Dieleman a kol. 2017). Mezi lety 2005 a 2015 se situace díky těmto financím výrazně změnila. V roce 2005 zemřelo ročně v důsledku HIV/AIDS až 1,8 milionu lidí. Od roku 2015 se tato statistika snížila téměř o jednu třetinu. Další pozitiva zaznamenala díky externím financím oblast dětského zdraví. Navrhovaný nástroj pro monitorování a hodnocení pokroku při řešení globálních zdravotních problémů (zmíněných v MDGs nebo také SDGs) *The Lives Saved Scorecard* odhaduje, že mezi lety 2000 a 2014 bylo díky financím pocházejících z bilaterálních spoluprací a mezinárodních rozvojových agentur zachráněno na celém světě až 14 milionů dětských životů. Jen za rok 2014 se mělo jednat odhadem o více než 1,5 milionu dětí i přesto, že DAH tvořilo necelé 1 % (konkrétně 0,6 %) z celkových zdrojů na zdravotní péči (Dieleman a kol., 2016). Relativně malé množství financí tak mělo významný pozitivní dopad na zdraví obyvatel rozvojových zemí.

Celkem je tedy rozeznáno na pět metod financování sektoru zdravotnictví, a tedy i všeobecného zdravotního pojištění. Různé země využívají odlišných modelů na základě mj. socioekonomických, politických nebo kulturních faktorů. Některé preferují daňový systém, jiné zase systém předplacených služeb. Mnoho rozvojových zemí se však potýká s problémem vysokých přímých výdajů občanů na zdravotní péči. Obecně je dokázáno, že čím lepší ekonomická situace země (vyšší HND/os.), tím více vlády investují do zdravotnictví a klesá

podíl plateb OOP. Kombinování různých metod financování zdravotnictví zvyšuje efektivitu, a to i co se týče plateb OOP. Ne všem zemím se však ekonomicky daří, a proto musí hledat tyto zdroje v podobě DAH. DAH tvoří v mnoha rozvojových zemích vysoký podíl financí plynoucích do sektoru zdravotnictví. Ve skutečnosti si žádná země nebo společnost nemůže dovolit financovat veřejně nebo jakýmkoliv jiným způsobem veškeré možné zdravotní služby v nejvyšší kvalitě pro všechny občany, a to bez omezení nebo restrikcí. To však neznamená, že je cíl UHC nesplnitelný. Ne vždy je totiž potřeba pomoci ve formě vysokých finančních injekcí a vnějších dotací na to, aby se situace zlepšila. Spousta vlád zemích potýkajících se s nízkou úrovní pokrytí zdravotní péče a vysokých finančních rizik se pokouší o restrukturalizace a změny ve svých fiskálních politikách, které však nemusí vždy mít pozitivní dopad na straně poptávky, resp. netěží ta část obyvatelstva, která to nejvíce potřebuje. V další podkapitole jsou zmíněny dvě analýzy, které ukazují, jak si jednotlivé regiony v této oblasti vedou.

2.3. Analýzy BIA a FIA v různých regionech

K tomu, aby byl naplněn cíl Všeobecné zdravotní péče, je klíčové vytvoření a udržování efektivního a dobře financovaného zdravotního systému. Zvolit jednu metodu financování sektoru zdravotnictví a věřit, že bude cíl UHC naplněn, nestačí. Na základě mnoha případů víme, že pokud se metody financování zdravotního systému doplňují a prolínají, je celý systém efektivnější. Například o přímých platbách občanů neboli *Out-of-pockets* platbách se mluví ve většině případů negativně. Pokud však nejsou vysoké, nevytvářejí finanční tlak a nevystavují tak domácnosti či jedince finančním rizikům, jsou vítaným a vhodným typem spolufinancování zdravotních služeb. Tento způsob financování generuje větší příjmy a potlačuje lehkomyšlnou poptávku. Zároveň jsou obyvatelé více uvědoměli, co se týče svých nákladů na zdravotní péči (Zaman a Hossain, 2017).

Nesmí se však jednat o jediný způsob financování. Tento systém je navíc nespravedlivý a v mnoha případech může odradit nejchudší obyvatele od vyhledání včasné zdravotní péče. Pokud budou platby OOP tvořit vysoký podíl celkových výdajů, nebudou v tomto případě lidé s nejvyšší pravděpodobností vyhledávat ani preventivní péči. V mnoha rozvinutých zemích se s tímto typem můžeme setkat (Asatne a kol., 2016). Pro lepší představu slouží obrázek č. 2 na straně 24. Především v nejméně rozvinutých zemích je však podíl plateb OOP dodnes vysoký. Zde dochází jednak k externímu financování v podobě DAH nebo nutnosti reformace zdravotního systému.

V posledních dekádách se sice mnoho zemí snaží o finanční reformy, které mají zpřístupnit zdravotní péči všem a pomoci chránit před finančními riziky na základě dostupných zdrojů, ale

jak dokazují výsledky na základě metod³² BIA a FIA dříve zmiňované analýze a systematickém přehledu Asanteho a kol. (2016), nedaří se změny ve zdravotnictví v mnoha rozvojových zemích realizovat směrem k naplňování potřeb nejvíce zranitelných osob.

Na základě těchto analytických metod lze ze studie autorů Asante a kol. (2016) vyzorovat, že v zemích s nízkým a středním příjmem má sektor zdravotnictví podobné negativní charakteristiky napříč různými regiony. Některé země, jako například Thajsko, Mexiko, Brazílie, ale také Filipíny, Vietnam a Rwanda vykazují však pozitivní změny (Rodin a Ferranti, 2012). V mnoha případech se ale situace nevyvíjí potřebným směrem. Popsány jsou především regiony subsaharská Afrika, Asijsko–pacifický region a tzv. region „ostatní země LMIC“, kam spadají některé ze zemí Latinské Ameriky a Blízkého východu.

- V regionu subsaharské Afriky vykazují země na základě metody BIA vyšší „*pro-rich*“ orientaci, což znamená, že z poskytování zdravotních služeb benefitují spíše bohatší než chudší obyvatelé (a to v 78 % studií). Tento stav přetrvává v případě služeb poskytovaných v nemocnicích i v poskytování základních zdravotních služeb (PHC)³³. Odlišnými případy jsou například Ghana a Keňa, kde z poskytování PHC benefitují spíše chudší obyvatelé. Analýza FIA vyšla ve většině studií jako progresivní, tedy, že domácnosti s vyššími příjmy investují do zdravotnictví větší poměr příjmu (daně, poplatky apod.), avšak platby OOP jsou spíše regresivní. To znamená, že ze svých úspor platí služby spíše chudší.
- Asijsko-pacifický region má podobné rysy. 80 % BIA studií prokázalo větší benefit ve zdravotnictví pro bohaté, avšak pouze na úrovni nemocniční péče. V zajištění základních zdravotních služeb se liší od subsaharské Afriky, a to v 64 % oproti 40 % případů studií, kdy benefitují spíše chudší obyvatelé. Země jako Thajsko a Malajsie se však orientují v distribuci zdravotní péče v obou případech tzv. „*pro-poor*“, a to na všech úrovních zdravotního sektoru. Finanční zatížení je do jisté míry podobné v obou regionech, tedy progresivní. Hlavní rozdíl je v zatížení plateb OOP, kdy lidé v subsaharské Africe nerovnoměrně trpí z těchto přímých plateb oproti lidem v Asijsko–pacifickém regionu více.
- Do regionu „ostatní země LMIC“ spadají země z Latinské Ameriky a Blízkého východu. Zde byly výsledky navzájem odlišné a nedal se pozorovat jistý trend. Také

³² Blíže popsány v podkapitole 1.5.3.

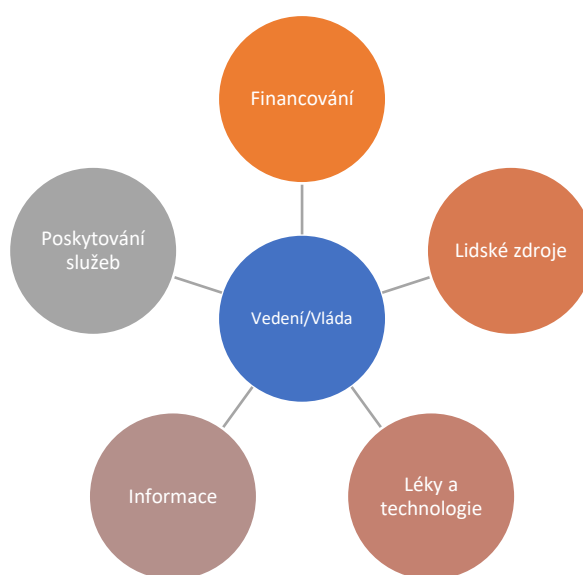
³³ Primary health care.

těchto studií nebylo příliš mnoho, aby mohl být vyvozen relevantní závěr (Asante a kol., 2016).

V mnoha zkoumaných rozvojových zemích přetrvává jak problém nerovné distribuce poskytování zdravotní péče, tak samotné její finanční zatížení. Trendy jsou stále negativní i přesto, jaký důraz byl na sektor zdravotnictví v posledních letech kladen. Nejenom že existuje nerovná dostupnost, také jsou více finančně zatíženi především chudí lidé. Výsledky BIA a FIA analýz však byly publikovány v roce 2016, kdy sběr samotných dat probíhal v průběhu několika předchozích let. Lze tak do jisté míry usoudit, že vstoupením SDGs v platnost a většímu kladení důrazu na UHC se situace může v následujících letech v mnoha zemích zlepšit. Dlouhodobé pozitivní dopady politických rozhodnutí ve zdravotnictví zatím nelze v rozvojových zemích pozorovat ve vyšší míře. I přesto, že mohou mít země dostatek finančních zdrojů, existují další aspekty ovlivňující zdravotní systém, jež mohou mít na naplňování cílů UHC vliv.

2.4. Další významné aspekty zdravotního systému

Samotné modely a typy financování zdravotního sektoru jsou snad nejvíce diskutovaným tématem, co se naplňování UHC týče. Pokud je systém dostatečně financován, nemusí stále docházet k naplňování konceptu UHC. Dle Světové zdravotnické organizace (2007) a Zamana (2017) musí dobře fungující zdravotní systém slučovat dohromady mnoho vzájemně se propojujících částí, a to např.: poskytování efektivních zdravotních služeb, rozvoj schopností pracovníků ve zdravotnictví, financování a silné vedení. WHO (2017) rozeznává celkem 6 vzájemně propojených základních stavebních kamenů zdravotního systému viz obrázek č. 8.



Obrázek 8 - Základní stavební kameny zdravotního systému dle WHO (2017b).

Efektivní systém financování zdravotní péče přináší dostatek finančních prostředků na zdravotní péči tak, aby ji lidé mohli využívat a zároveň byli chráněni před finančními riziky a chudobou. Modely financování a důležitost těchto prostředků pro celý sektor již byly popsány v podkapitole 2.1.

Dalším důležitým stavebním kamenem jsou lidské zdroje v podobě lékařů, zdravotních sester a jiných osob zainteresovaných v poskytování zdravotních služeb. Jejich dostatečný počet je stejně důležitý jako jejich vzdělání a informovanost o zdravotních problémech. Kvalitní pracovní síla by měla být schopná reagovat a spravedlivě a účinně dosáhnout co nejlepších výsledků v oblasti zdraví vzhledem k dostupným zdrojům a okolnostem (WHO, 2007). Mnoho (nejen) rozvojových zemí se potýká s tzv. „*brain-drain*“ neboli odlivem mozků, kdy mnohdy vzdělání a kvalifikovaní zdravotní pracovníci odcházejí do zahraničí s vidinou lepšího platového ohodnocení nebo za lepšími pracovními podmínkami. Je tedy důležité, aby si tyto země tuto pracovní sílu udržely a nadále kvalitně rozšiřovaly jejich řady, a to ať už navyšováním mezd, zlepšením pracovních podmínek nebo investováním do vzdělávacích programů, kurzů a dalších aktivit podporujících jejich kvalitativní schopnosti.

Třetím stavebním kamenem zdravotního systému jsou léky a technologie. Na základě dobře fungujícího zdravotního systému by měl být občanům dané země poskytnut spravedlivý přístup k základním zdravotním produktům (lékům), očkovaním a technologiím, jež mají zajistit kvalitu, účinnost a efektivitu nákladů jejich využití. V této oblasti trpí většinou rurální nebo geograficky odložené oblasti, ve kterých se nenacházejí moderní nebo nejnovější zdravotní přístroje a zařízení (Sustainable Development Solutions Network, 2015). Vlády mnohdy investují v této oblasti pouze do městských zařízení, což má za následek zvýšenou urbanizaci, která následně může paradoxně vést k přelidnění, zhoršení sanitačních podmínek a poté i samotného zdraví občanů. Efektivitu zdravotní péče však mohou zvýšit i staronové ne příliš nákladné technologie. Zdravotní pracovníci mohou například těžit už jen z přístupu k chytrému telefonu. Prostřednictvím něj mohou obdržet výplaty, sbírat nejrůznější data, vyhledat a přijímat asistenci nebo absolvovat potřebné kurzy i když jen v elektronické podobě. Investice do IT zařízení však mohou být vzhledem k efektivnosti nákladů v odlišných sektorech zdravotnictví mnohdy i příliš vysoké (Broadband Commission Task Force on Sustainable Development, 2014).

Další důležitou oblastí jsou informace. Ty jsou do jisté míry propojeny se všemi ostatními stavebními kameny. Na základě (efektivních a kvalitních) informačních toků může docházet k přenosu dat a informací a následně k zefektivnění ve všech ostatních oblastech. Dobře

fungující zdravotní informační systém by tak měl zajišťovat včasnou analýzu, přenos a užívání spolehlivých zdravotních dat (zdravotní stav, výkon systému apod.).

V neposlední řadě je nutné zmínit samotné poskytování zdravotních služeb. Dle WHO (2007) se jedná o takové zdravotní služby, které poskytují efektivní a kvalitní zdravotní zákroky těm, kteří je nejvíce potřebují, a to v okamžiku potřeby za využití minimálního množství zdrojů. Vitální je tedy dostatek zdravotnických zařízení, jejich rozmístění napříč zemí a jejich vybavení. Z nehmotného hlediska je poskytování zdravotní péče ovlivněno například výší poplatků, rovnoprávnosti v přístupu k těmto službám nebo jejich zpřístupnění. Všechny tyto elementy jsou spolu úzce spjaty. Ať už prostřednictvím financování, informačními toky nebo dostatkem pracovních sil. Vše ale záleží na nejdůležitějším prvku – vládě nebo vedení.

Vláda nebo vedení totiž ovlivňují všechny výše představené komponenty dobře fungujícího zdravotnictví, tak jak jej vnímá WHO. Vláda (vedení) zajišťuje celý politický rámec zdravotnictví. Vyjednává, smlouvá, dohlíží na návrh systému, na jeho fungování, vytváří potřebné regulace, a především za něj zodpovídá. V návaznosti na obrázek č. 8 získává a poskytuje vláda celému sektoru finanční zdroje, zajišťuje pracovní sílu, zdravotnická zařízení, potřebné léky a technologie, výměnu informací a ovlivňuje poskytování zdravotních služeb. Tato instituce musí být tedy silná, jednotná a vycházet vstříc (zdravotním) požadavkům občanů daného státu, tak jako tomu bylo například v případě Německa, Velké Británie nebo Thajska (více v kapitole č. 3).

Stavební kámen, jenž není Světovou zdravotnickou organizací zmíněn, ale přesto může být pro dobře fungující zdravotní systém důležitý, je tvoření koalicí, partnerství nebo dohod. A to ať už na národní úrovni (se společnostmi, jinými sektory atp.) nebo na té globální v podobě nejrůznějších mezinárodních sdružení. Vlády především rozvojových zemí s podobnými charakteristikami mohou sdílet veškeré poznatky (know-how), případně si napomoci materiálně a tím zvyšovat efektivitu samotného zdravotnického sektoru. Příkladem může být již zmiňovaná platforma *Joint Learning Network for UHC* nebo *GAVI Alliance*. V takovýchto partnerstvích dochází ke spolupráci mezi jednotlivými vládami navzájem nebo také s mezinárodními rozvojovými bankami, farmaceutickými společnostmi a veřejným i soukromým sektorem (Sustainable Development Solutions Network, 2015). Pokud jsou tato partnerství úspěšná, mohou mít velmi významný pozitivní vliv na lidi, jichž se zdravotní problémy týkají a potřebují nutně adekvátní zdravotní péči. Pro samotný vznik je celosvětová podpora těchto platforem a společenství spolu s financováním a odbornými znalostmi nezbytná.

Přestože je kladen důraz na dostatečné financování sektoru zdravotnictví a existují velmi silné korelační vztahy mezi pokrytím zdravotních služeb a výší těchto financí (např. jako podíl celkového HDP), jsou pro dobře fungující a kvalitní zdravotní systém důležité i další aspekty. Tuto skutečnost si uvědomuje i Světová zdravotnická organizace, která se zasazuje o zvýšení pozornosti v těchto oblastech.

2.5. Stanovení priorit

Předmětem diskuzí zůstává, jaké mohou vlády a jiné rozhodovací orgány podniknout kroky směrem k naplňování UHC. Navýšení finančních zdrojů plynoucích do sektoru zdravotnictví může být samozřejmě velmi přínosné a mnohdy nepostradatelné, avšak spousta zemí s nízkým a středním příjmem se potýká s nedostatkem těchto zdrojů. Otázkou zůstává, jaké mají vlády a jiné orgány možnosti, pokud se potýkají s tímto problémem, který způsobuje neposkytování potřebné zdravotní péče všem za přijatelné náklady.

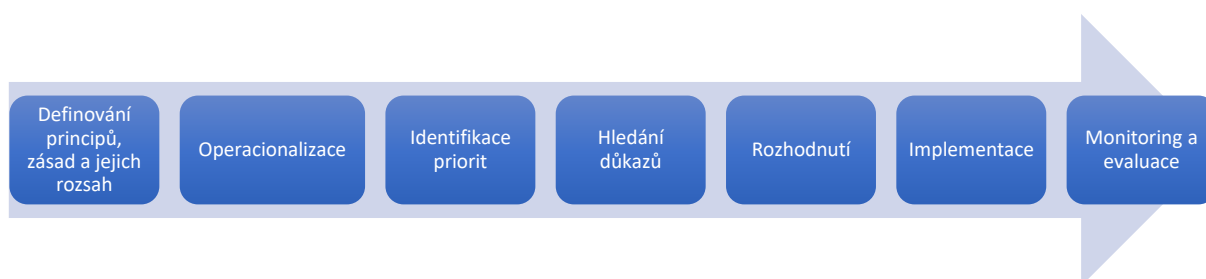
Instituce, jež v dané zemi politicky přímo ovlivňují sektor zdravotnictví musí činit rozhodnutí na základě kterých ovlivní, jaké zdravotní služby budou poskytovány, komu budou poskytovány a za jakou cenu. Jedná se o tzv. stanovování priorit³⁴. To je blíže definováno Daphne Austinovou (2007) jako: *„proces, při kterém se rozhoduje, jaká priorita bude přiřazena dané zdravotní službě, jejímu rozvoji nebo jednotlivým pacientům v určitém čase.“* Toto stanovování priorit neboli upřednostňování zdravotních služeb a pacientů na úkor druhých je potřebné, jelikož jsou poptávka i potřeby obyvatel vždy větší než dostupné zdroje. V kontextu zdravotního systému je stanovování priorit chápáno alokováním potřebných zdrojů a jejich směřování do oblastí, kde jsou potřeba (např. vývoj a nákup nových vakcín a očkování), jejich poskytování zdravotním programům, základní zdravotní péči nebo také na školení a vzdělání zdravotních pracovníků. Také sem spadá proces rozhodování o tom, kterým skupinám obyvatel by měla být péče poskytnuta a jakou metodou by tyto služby měly být hrazeny.

Odůvodnění pro spravedlivé přerozdělování zdrojů je hned několik. Analyzováním potřeb a stanovením priorit může být dosaženo vyšší efektivity zdravotního systému, lepší vládní spolupráci a legitimizaci finálních rozhodnutí a politických kroků. Naplňováním potřeb (a poptávky) obyvatel je dosaženo jisté etičnosti. Proces může také vést k finanční rovnováze (například mezi vládními náklady a platbami OOP) a v neposlední řadě především ke zlepšení celkové stavu zdraví obyvatel dané země (Austin, 2007). Jistě existuje mnoho dalších důvodů. Důležité však je, aby vlády správně rozpoznaly nedostatky systému, potřeby lidí a ty se

³⁴ Přeloženo z ang. *priority-setting*.

následně snažily naplnit. Priority by totiž mohly být stanoveny i tak, aby z daných zdravotních služeb netěžili ti, kteří je nejvíce potřebují, viz podkapitola 2.3. a situace v regionech subsaharské Afriky a některých zemí Latinské Ameriky.

Chalkidou a kol. (2016) rozdělují celý proces stanovování priorit v sektoru zdravotnictví na několik důležitých kroků, viz grafické znázornění na obrázku č. 9. Zpočátku je důležité stanovit zásady, principy (např. rovnost, dostatečné financování sektoru nebo výběr služeb atd.) a jejich rozsah. Na základě společenských hodnot mohou authority, jež mají rozhodovací sílu v tomto procesu, vybrat určité principy a jejich rozsah (Clark a Weale, 2016). Tím pádem se cíle i naplňování UHC může lišit v každé zemi. Dále musí dojít k tzv. operacionalizaci, tedy k vymezení kritérií jednotlivých zásad a ujasnění kdo, co a kdy v celém stanovování priorit dělá. Na operacionalizaci navazuje výběr jednotlivých priorit. Vzhledem k tomu, že se zdravotní stav obyvatel dané země v průběhu času mění a vyvíjí se stále nové technologie, je proces identifikování těchto priorit důležitý. V tomto bodě by mělo docházet k transparentnosti a shodě s UHC tak, aby tomu rozuměli všechny zainteresované strany. Než dojde k samotné implementaci, musí být tyto volby odůvodněny na základě důkazů. O to by se měli postarat lidé z akademických kruhů a bez střetu zájmů. V některých rozvojových zemích je nedostatek těchto kapacit a výsledky, jež mají podpořit politická rozhodnutí nemusí být relevantní nebo validní. Další částí celého procesu je samotné rozhodnutí. To bývá často chápáno, jako klíčové. Avšak procesy jemu předcházející jako identifikace problému jsou stejně důležité. Jakmile je rozhodnuto, dochází k implementaci tohoto rozhodnutí a kroků. Nad rámec procesu stanovení priorit můžeme zařadit monitorování a následnou evaluaci, na základě jejichž dat by se mohli do budoucna rozhodovací orgány poučit, resp. utvrdit v dobrém postupu (Chalkidou a kol., 2016).



Obrázek 9 - Jednotlivé kroky procesu stanovení priorit zdravotního systému. Zdroj: Chalkidou a kol. (2016).

Výše byl popsán obecný postup procesu stanovování priorit dle Chalkidou a kol. (2016), kterým by měly vlády a jiné rozhodovací orgány procházet směrem k naplňování cílů UHC i přes nedostatek zdrojů. V praxi mohou vlády zemí dle Sustainable Development Solutions

Network (2015) stanovovat priority a rozšiřovat svoji zdravotní péči například třemi různými způsoby, a to:

- 1) Upřednostněním zdravotní péče určitým skupinám obyvatel. Například rozšířením zdravotního zabezpečení na pracovníky formálního sektoru. Rizikem tohoto přístupu je pozdější odmítání již pojištěných osob s rozšiřováním daného národního programu zdravotního pokrytí, také proto, že mají především tyto osoby zpočátku k tomuto procesu finančně přispívat.
- 2) Pokrytí co nejvyšší procento obyvatel, avšak na základě nedostatečných zdrojů omezit jisté zdravotní služby (např. hospitalizační služby). K tomuto by avšak nemělo docházet pouze na základě analýzy nákladů efektivnosti, ale brát v potaz také finanční rizika. Vlády zemí tak mohou z počátku upřednostňovat ambulantní služby před hospitalizačními.
- 3) Vyloučením nadstandartních služeb nebo snížením jejich financování. Tyto finance mohou být poté vynaloženy na pokrytí základních zdravotních služeb většině obyvatel. Několik rozvojových zemí zkusilo tento postup. Pokrytí zdravotní péče zaznamenalo pozitivní trend a také došlo ke snížení zátěže veřejného financování. Bohatší obyvatelé, kteří vyžadovali nadstandartní služby (lepší pokoje, větší pohodlí) si totiž připlatili (nárůst finančních zdrojů a snížení zatížení chudších obyvatel). Je zde však riziko, že chudším lidem bude poskytnuta horší klinická péče. Zde je důležitá role institucí. Ty by měly dohlížet na poskytování kvalitních služeb všem obyvatelům země bez ohledu na socioekonomický status ať už jasně danou legislativou nebo pozorováním situace v praxi.

Finanční zdroje jsou pro zdravotní systém nesmírně důležité, a to jak v absolutních hodnotách, tak v relativních. Existuje silný vztah mezi množstvím těchto zdrojů plynoucích do sektoru zdravotnictví a následně jeho úrovní. Čím větší ekonomický rozvoj dané země (např. v podobě celkového HND země), tím vyšší je například celkové pokrytí zdravotních služeb UHC. Při vyšším podílu HDP investovaného vládou dané země do zdravotnictví, je podíl celkových plateb OOP nižší, a tím pádem jsou snížena finanční rizika obyvatel – což je součástí a cílem UHC. Ne vždy však vlády mají navzdory externím donorům dostatek finančních zdrojů. Nejen rozvojové země tak poté musí stanovovat jisté priority uvnitř zdravotního systému a hledat způsoby, jak dosáhnout co nejvyššího pokrytí základních zdravotních služeb za minimalizace finančních rizik. Toho mohou dosáhnout různými formami, například změnou metod financování zdravotnictví, reformami, regulacemi, změnou priorit a dalšími způsoby.

3. Případové studie

3.1. Thajsko

První zemí, jejíž program národní všeobecné zdravotní péče bude představen, je Thajsko, celým názvem Thajské království. Tato téměř 70 milionová země je dnes brána za jednu z nejúspěšnějších zemí implementující program směřující k naplnění Všeobecné zdravotní péče, přestože se téměř před dvěma dekádami nacházelo zdejší zdravotnictví ve velmi kritickém stavu (George, 2016). Dnes je však situace o poznání lepší, kdy bývá úroveň zdravotního systému srovnávána s tou v rozvinutých zemích. Tato úspěšná transformace bude analyzována od počátku tohoto století, kdy byl představen plán *Universal Health Coverage Scheme* (UCS), až do dnešní doby. Kořeny některých zdravotních programů, jež hrály v úspěšné reformě zdravotnictví, lze vysledovat až do 70. let 20. století. Program UCS tak nevznikl z prázdného prostoru, ale přebíral některé části těchto programů. Porovnáván bude především stav zdravotnictví před a po zavedení národního programu všeobecné zdravotní péče spolu s ekonomickými ukazateli, jež míru naplňování UHC ovlivňují.

Thajsko, stát nacházející se v jihovýchodní Asii, byl na počátku 21. století ve zdravotnické krizi. Tehdejší populace činila necelých 63 milionů obyvatel a z tohoto počtu neměla téměř jedna čtvrtina zdravotní pojištění. Mnoho dalších obyvatel spadalo do oblastí s neúplným pokrytím v rámci existujícího pojištění. Někteří lidé žijící především ve venkovských oblastech neměli ke kvalitní, někdy i základní, zdravotní péči ani přístup. V roce 2000 umřelo na více než 17 tisíc dětí mladších pěti let, z nich dvě třetiny na infekční onemocnění, jimž se dalo snadno předejít (George, 2016). Z důvodu přímých plateb OOP, jejichž podíl z celkových výdajů na zdravotní péči tvořil více než 35 %, se ocitlo pod hranici chudoby až 20 % obyvatel země. Index služeb UHC vznikl až později, a tudíž neexistuje jeho hodnota pro tehdejší období. Stav pokrytí zdravotních služeb však určitě nebyl uspokojivý, což dokazuje vysoký podíl obyvatel bez zdravotního zabezpečení (George, 2016).

Po ekonomické stránce spadalo Thajsko do kategorie zemí s nižším středním příjmem. HDP na osobu tehdy lehce přesahovalo hranici 2000 USD. Vláda v té době investovala do sektoru zdravotnictví pouze 1,85 % svého celkového HDP. Pravděpodobně i proto rostl podíl plateb OOP na financování zdravotnictví, což sráželo mnohé domácnosti pod hranici chudoby (Tangcharoesathien, 2013). Množství celkových finančních zdrojů bylo dle dat *Financing Global Health* (2018) například ve srovnání s rokem 2015 až dvojnásobně nižší. Výdaje na zdravotní péči v přepočtu na osobu dosahovaly výše 62,3 USD. Thajsko, které již koncem 20.

století začalo vykazovat ekonomický růst (4,57% růst HDP v roce 1999) (Data Světové Banky, 2018), si uvědomovalo závažnost situace.

Přestože je Thajsko dodnes označováno za rozvojovou zemi, socioekonomická situace se za poslední necelé dvě desítky let výrazně zlepšila. Tato země bývá Světovou bankou označována za úspěšný případ rozvoje. Díky rozumné ekonomické politice se země za méně než jednu generaci dostala do kategorie zemí s vyšším středním příjmem, a to za výrazného snižování chudoby. Především však dělá pokroky v oblasti plnění Cílů udržitelného rozvoje, kam rovněž spadá Všeobecná zdravotní péče (Světová banka 2018). To se děje především díky národnímu programu UCS.

3.1.1. Universal Health Coverage Scheme

Thajská vláda si na počátku 21. století uvědomovala nedostatečné pokrytí zdravotní péče a závažnost tohoto problému. V roce 2001 byl představen nový veřejně financovaný zdravotní program, nazývaný *Universal Health Coverage Scheme* (UCS). Dle George (2016) se jednalo o jeden z nejmambicióznějších programů zdravotního pojištění v rámci rozvojové země. Šlo o velmi výrazný pokrok v reformě národního zdravotního pojištění směrem k úplnému pokrytí zdravotních služeb (přestože tehdy neexistoval koncept UHC tak, jak jej známe dnes) v porovnání s předcházejícími systémy zdravotního pojištění v Thajsku. Tento program byl velice rychle přijat a rozšířen po celé zemi. Již v následujícím roce (2002) se UCS rozšířilo do všech thajských provincií. Do programu spadalo pokrytí jak ambulantních, tak hospitalizačních služeb. V neposlední řadě sem byla zahrnuta i pohotovostní péče. Tento program rozšířil počet obyvatel se zdravotním pojištěním až na 75 % tehdejší populace země, což bylo více než 48 milionů obyvatel (Suriyawongpaisal a kol., 2016).

V návaznosti na kapitolu č.2 a roli vlády se nabízí otázka, jak se podařilo implementovat tento program tak rychle. Mohlo za to především upevnění moci ve volbách v roce 2001, kdy politická strana *Thai Rak Thai* stojící za touto reformou posílila svou moc ve všeobecných volbách. Vůdcem této strany byl tehdejší premiér Thaksin Shinawatra. Tato strana byla u moci v rozmezí mezi lety 2001 až 2011, celkem osm let. Za tuto dobu dokázala upevnit a posílit tento program, který byl většinou populace velmi kladně přijímám, jelikož se díky tomuto systému zdravotního pojištění podařilo poskytovat zdravotní péči i těm nejchudším obyvatelům země. Sami zástupci této politické strany uznali, že se program rozšířil velmi rychle a do všech koutů země z důvodu obrovského politického tlaku. Finanční zdroje pocházely především ze všeobecného zdanění. Jednalo se tedy o daňový systém podobný například tomu ve Velké Británii nebo Španělsku. UCS však nevzniklo během jednoho roku. Postupně se formovalo již

od 70. let 20. století, což dokazuje také skutečnost, že část obyvatelstva byla počátkem století již do jisté míry pojištěná. Od roku 1970 v Thajsku vznikly totiž celkem tři systémy zdravotního pojištění – *The Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS)*, *Social Security Scheme (SSS)* a „*Baht 30*“, dnes pojmenovaný právě jako UCS. Tyto systémy nadále zůstaly pro zaměstnance soukromého i veřejného sektoru jako nezávislé programy (Tangcharoensathien a kol., 2013). Dle autorů Limwattatanona a kol. (2014) také napomohly programu USC předcházející rozvoj určitých oblastí. Jednalo se o rozšiřování infrastruktury a lidských zdrojů v oblasti zdravotnictví, a to především v 70. a 80. letech minulého století. Od druhé poloviny 70. let 20. století navíc docházelo k pokrokům v rozšiřování ochrany před finančními riziky skrze postupné rozšiřování přístupu ke zdravotní péči s částečným zaměřením na chudé, na které se vztahoval zdravotní systém financován z daní (Tangcharoensathien a kol., 2014).

Jak bude zmíněno v následujících podkapitolách, celý systém zdravotního pojištění byl také podpořen ekonomickým růstem. Z jiného hlediska však můžeme pozorovat, jak důležitá je politická vůle a rozhodovací politické procesy směrem k naplňování poptávky obyvatel po zdravotních službách. Také lze vyzorovat, že přestože se situace ve zdravotnictví zlepšila za méně než poslední dvě desítky let, nebyl program UCS prvním systémem zdravotního pojištění v Thajsku, přestože se dnes jedná o nejúspěšnější z nich. Předcházely mu systémy zdravotního pojištění a rozvoj infrastruktury a lidského kapitálu ve zdravotnictví, což do velké míry napomohlo jeho návrhu, rozvoji a následné implementaci.

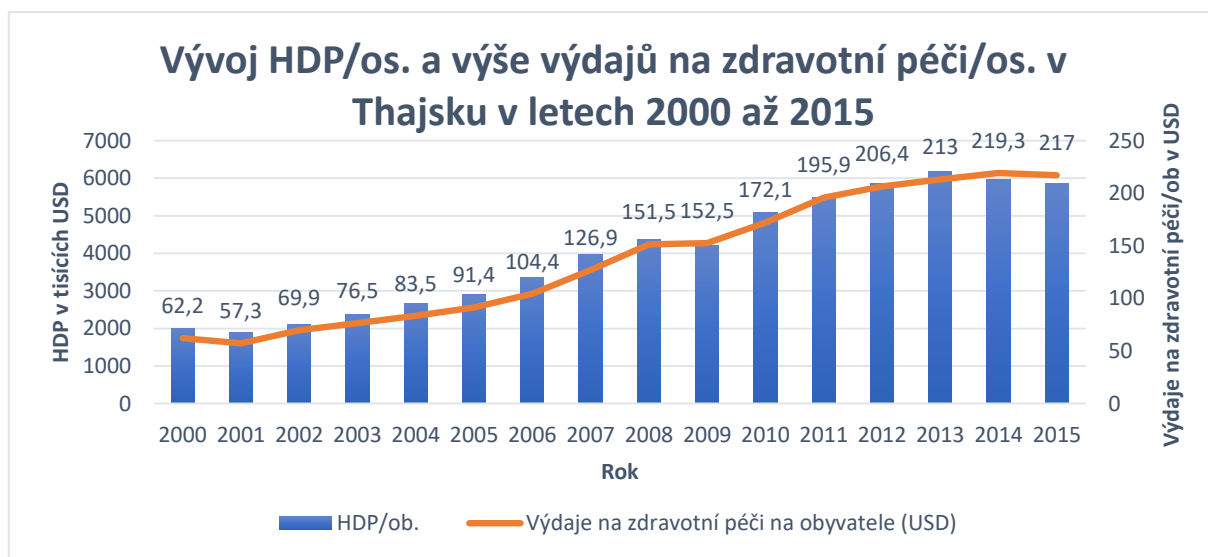
3.1.2. Implementace programu UCS

V rámci implementace thajské všeobecné zdravotní péče byly představeny čtyři hlavní změny, resp. klíčové body:

- Byla zvolena hlavním zdrojem financování zdravotní péče obecná daň. Dříve systém využíval předplacených pojištění, na která však mnoho lidí nedosáhlo. Od roku 2001 byl navíc účtován všem pacientům poplatek 30 thajských bahtů (méně než 1 americký dolar), jenž měl napomoci spolufinancovat sektor zdravotnictví.
- Byl změněn přístup v poskytování zdravotní péče z politiky směřující na cílené skupiny na přístup univerzální. Navrženo a přijato bylo cílení na co největší počet obyvatel, včetně chudých domácností. Pojištění bylo navíc rozšířeno na skupiny obyvatel jako jsou děti, samostatně výděleční lidé aj. Dobrovolné zdravotní pojištění pocházející od bohatších obyvatel bylo stimulováno také díky posilování tohoto veřejně dotovaného systému, který také pokrýval neformální sektor.

- Další výrazná změna nastala ve výčtu onemocnění, na která se pojištění vztahuje. *National Health Security Office (NHSO)*³⁵, zodpovědný za UCS, rozšířil tzv. minimální balíček onemocnění (na která se vztahovalo pojištění) na více obsáhlý. Byly tak zahrnuty nemoci a služby, s nimiž spojené náklady domácností nebo jedinců dosahovaly katastrofických výdajů. Tímto krokem byla výrazně posílena finanční ochrana, jež je jedním ze základních elementů UHC.
- Posledním důležitým krokem bylo zajištění úřadem NHSO dodatečného financování potřebného právě pro rozšiřovací balíček pojištění (Tangchaoensathien a kol., 2013).

Změnou systému financování na daňový, principem všeobecnosti neboli univerzality, finanční ochranou a zajištěním dostatečného financování tak bylo dosaženo pozitivních změn v sektoru zdravotnictví. V tomto období rovněž rostlo HDP na obyvatele společně s výdaji na zdravotní péči v přepočtu na jednoho obyvatele (viz obrázek č. 10).



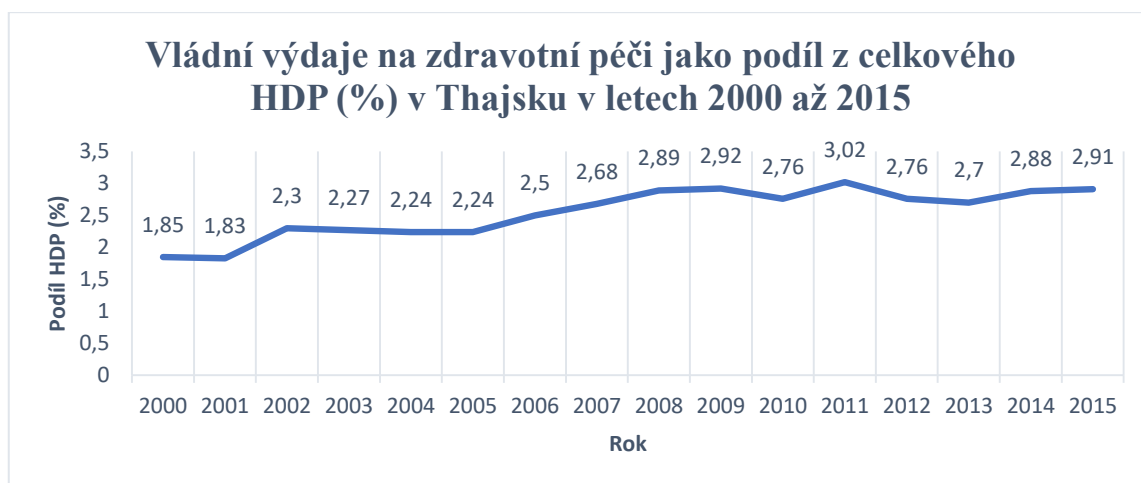
Obrázek 10 - Vývoj celkového HDP a výdajů na zdravotní péči na osobu v Thajsku v období v letech 2000 až 2015. Sestaveno na základě dat Světové banky (2018).

Na počátku 21. století se Thajsko nacházelo v mírné ekonomické stagnaci. Celkové HDP v roce 2001 mírně kleslo oproti předcházejícímu roku. Přesto však od počátků implementace programu UCS vykazovala země ekonomický růst (UCS nemělo na růst HDP výrazný vliv a pokud ano, tak z počátku jen minimální), kromě menšího zpomalení ekonomiky v letech 2008 a 2009. Tento růst měl do velké míry pozitivní vliv na výši objemu vládních financí plynoucích do sektoru zdravotnictví. Větší byl také příjem z daní, jelikož rostlo i HDP na osobu (v roce

³⁵ Národní úřad zabezpečující zdraví.

2000 bylo HDP/os. 2008 USD ve srovnání s rokem 2015, kdy bylo 5846 USD) (Data Světové Banky, 2018). Lidé si tak mohli dovolit více statků i služeb, z jejichž zdanění proudily finance až do zdravotnictví.

Bylo tak zajištěno dostatečné financování programu a v průměru na obyvatele vzrostly výdaje vynaložené na zdravotní péči (viz obrázek č. 10). Na obrázku č. 11 lze pozorovat poměr vládních výdajů na zdravotní péči za celé období implementace UHC. Přestože nedosahuje hodnot, jako je tomu v rozvinutých zemích, jedná se o zemi poskytující nejvyšší procento svého celkového HDP v regionu Jihovýchodní Asie³⁶. Relativně se jedná o nízké hodnoty, avšak oproti počátku tohoto století se jedná o potřebné a důležité navýšení. Při rostoucím HDP země i tomuto podílu se množství financí plynoucích do zdravotnictví výrazně navýšilo. Dříve zmíněné externí zdroje financování celého zdravotního systému v případě Thajska dosahovaly po celou dobu jen nepatrných hodnot. V relativních hodnotách se jednalo o desetiny procent. Hlavním zdrojem tak bylo vládní financování, jehož objem se navýšoval i při téměř stejných (přesto rostoucích) hodnotách podílu HDP právě díky rychle rostoucímu celkovému HDP země. Doplňujícími zdroji byly tak platby OOP a pojištění již existujících programů.

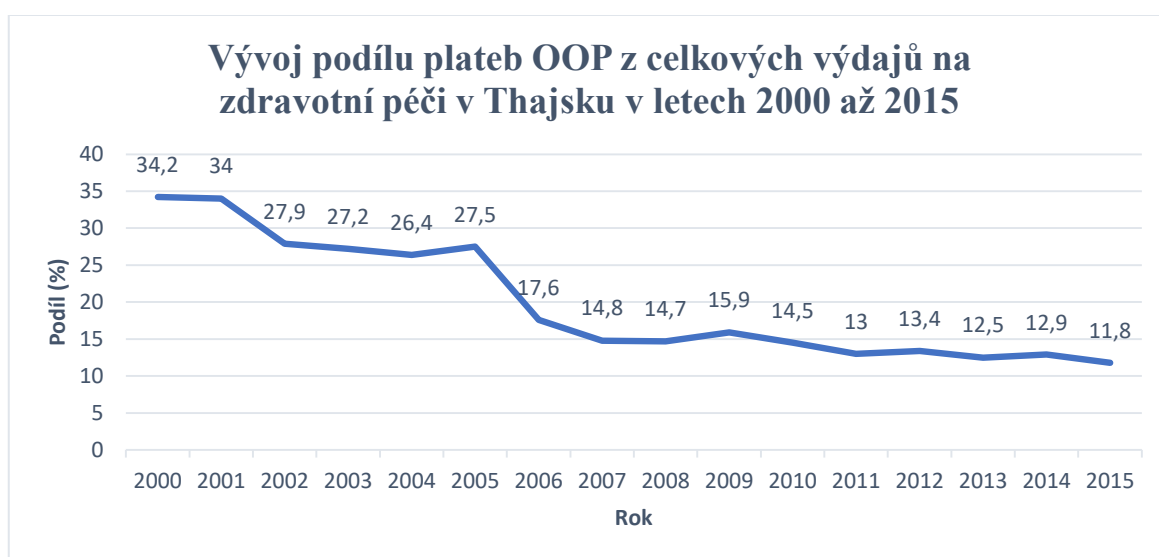


Obrázek 11 - Podíl celkového HDP (%) investovaného do zdravotnictví thajskou vládou v letech 2000 až 2015. Zdroj: Data Světové Banky (2018).

³⁶ V roce 2015 činil podíl celkového HDP (v %) vládních investic do zdravotnictví v Thajsku 2,91 %. Thajsko patří v rámci regionu na nejvyšší příčku. Následuje Vietnam (2,36 %), Malajsie (2,08 %), Filipíny (1,39 %), Indonésie (1,28 %), Kambodža (1,25 %), Barma (1,14 %) a DR Laos (0,99 %). ČR v roce 2015 investovala pro porovnání 6,02 % svého HDP. Data pochází z databáze Světové banky za rok 2015.

3.1.3. Naplnění principů UHC v Thajsku

Ekonomický rozvoj a politické stanovování priorit měli za následek výrazné zlepšení v poskytování zdravotní péče a ochrany před finančními riziky. Důležité je zmínit, že celý proces začal a poté byl naplňován ještě před vstupem Cílů udržitelného rozvoje v platnost. V roce 2015 dosahovalo Thajsko Indexu pokrytí služeb UHC hodnoty 75, což je hodnota srovnatelná s mnoha rozvinutými zeměmi. Pro porovnání například s Českou republikou (73), je na tom Thajsko dle autorů indexu v pokrytí zdravotní péče lépe. Právě proto, že začalo Thajsko s implementací programu již na začátku 21. století, dosahovalo v roce 2015 takových výsledků. Druhým klíčovým elementem všeobecné zdravotní péče je snižování finančních rizik v důsledku výdajů na zdravotní péči. I v této oblasti zaznamenalo Thajsko výrazný pozitivní progres směrem k naplňování stanovených cílů, viz obrázek č. 12.



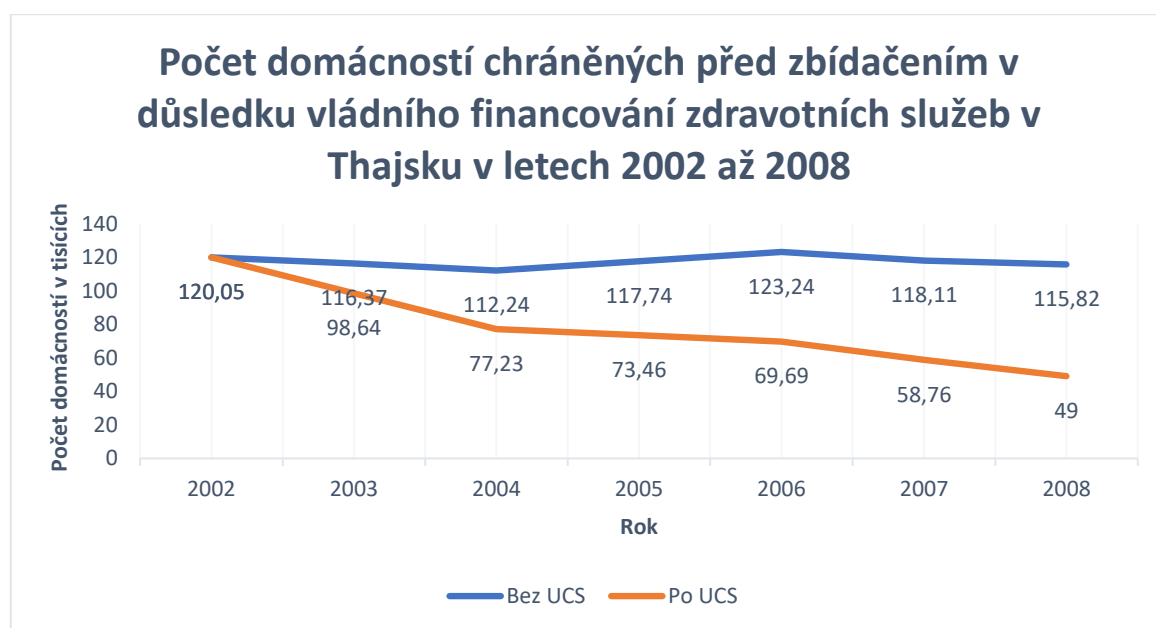
Obrázek 12 - Klesající tendence podílu plateb OOP vynaložených na zdravotní péči v Thajsku v letech 2000 až 2015. Zdroj: Data Světové banky (2018).

Po celou dobu implementace UCS snižovala thajská vláda úspěšně podíl plateb OOP obyvatel vynaložených na zdravotní péči, kromě mírného navýšení mezi lety 2004 a 2005. Poté nastalo razantní snížení až do přijatelných hodnot. V roce 2015 činil podíl 11,8 %, což je opět srovnatelné s mnoha rozvinutými zeměmi³⁷. Vládní výdaje na zdravotní péči v roce 2015 přesahovaly míru 77 % z celkových výdajů na zdravotnictví. Situace se za dobu programu UCS opravdu zlepšila, když na počátku 21. století pocházela více než jedna třetina výdajů na zdravotní péči přímo ze zdrojů samotných obyvatel, jimž tyto náklady mohly způsobovat velké potíže. Finanční rizika domácností a obyvatel tak byly po několika letech výrazně sníženy a druhý klíčový element UHC byl úspěšně naplněn, viz obrázek č. 13. Zde můžeme pozorovat,

³⁷ Pro porovnání: Česká republika (14,82 %), Německo (12,52 %) nebo třeba Francie (6,80 %).

jak by se situace vyvíjela bez implementace programu národního zdravotního pojištění a jaká byla díky implementaci USC realita. Počet rodin ohrožených katastrofickými a zbláckujícími výdaji na zdravotní péči v nejbližších letech po implementaci programu klesal, což naznačuje významné snižování podílu plateb OOP a rovněž vyšší ochranu před finančními riziky. Důvodů pro takové snížení tohoto podílu je hned několik. Ať už změna finančního modelu zdravotního systému nebo rostoucí podíl vládního a veřejného financování sektoru zdravotnictví.

Dle dříve zmíněné analýzy BIA (Benefit incidence analysis) neboli analýzy výskytu benefitů směřuje Thajsko dle drtivé většiny studií k naplňování potřeb především chudých obyvatel. To bývá označováno jako „*pro-poor*“ distribuce benefitů zdravotní péče, a to na všech úrovních zdravotního systému (hospitalizační i ambulantní) (Limwattananon a kol., 2011). V mnoha zemích je distribuce směřována spíše „*pro-rich*“, tedy směřující na bohatší vrstvu obyvatel, což není v souladu ani s přáními obyvatel ani konceptu UHC. Také velmi záleží, zda se analyzuje úroveň ambulantní či hospitalizační. V různých zemích i regionech je situace velice odlišná. Dle analýzy FIA (Finance incidence analysis) neboli analýzy výskytu financování, je trend financování zdravotní péče v Thajsku spíše progresivní, což znamená, že domácnosti a jedinci s vyšším příjmem přispívají do zdravotního systému také vyšším podílem. Ve většině rozvojových zemích je trend obrácený, kdy chudí lidé přispívají mnohem vyšším podílem (právě formou plateb OOP) než bohatší vrstva obyvatelstva (Mills a kol., 2012). Na základě těchto alternativních ukazatelů progresu UHC si tak vede Thajsko lépe než mnoho dalších zemích snažících se naplňovat elementy Všeobecné zdravotní péče.



Obrázek 13 - Srovnání počtu domácností ohrožených přímými platbami OOP bez a s programem USC v Thajsku v letech 2002 až 2008. Sestaveno na základě dat Tangcharoensathien a kol. (2014).

Thajsku se povedlo za méně než dvě desítky let situaci ve zdravotnictví razantně zlepšit k lepšímu. Právě proto bývá Světovou bankou představováno jako příklad rozvojové země, již se daří naplňovat cíle Všeobecné zdravotní péče. Thajsko má velmi dobrou úroveň pokrytí zdravotních služeb, většina obyvatel je pojištěna a finanční rizika již nehrozí v takové míře jako tomu bylo dříve. Stále více lidí je jak ambulantně, tak hospitalizačně ošetřeno a tím pádem i mnoho zdravotních indikátorů (ošetření matek, zdraví dětí a další) dosahuje žádoucích hodnot a trendů. V Thajsku dále trpí katastrofickými výdaji na zdravotní péči dnes jen nepatrný zlomek obyvatelstva³⁸. Do velké míry tomuto procesu pomohla dobrá ekonomická situace země v posledních letech, přesto však byla neméně důležitá role vlády (konkrétně politické strany Thai Rak Thai) a Národního úřadu zabezpečující zdraví a jejich stanovení priorit a změn. Právě změna modelu financování měla výrazný pozitivní dopad na zvýšení finančních zdrojů plynoucích do sektoru zdravotnictví. Ještě před oficiálním přijetím UHC v rámci SDGs se tak Thajsku podařilo do velké míry naplnit hlavní cíle tohoto konceptu, a tedy poskytnout (nejen základní) zdravotní péči většině svých obyvatel, ale také snížit finanční rizika. Mnoho rozvojových zemích nebo alespoň země v regionu s podobnými charakteristikami by se tak mohlo dle thajského případu inspirovat.

³⁸ Více než 10 % svého příjmu vynaloží na zdravotní péči pouze 2 % obyvatel a více než 25 % méně než 0,4 % obyvatel Thajska. Míra zbídačení z důvodu vysokých celkových nákladů domácností a jedinců na zdravotní péči je tak velmi nízká (Tangcharoensathien a kol., 2015).

3.2. Gabon

Druhou zemí, jejíž zdravotní systém bude blíže představen, je Gabon, oficiálním názvem Republika Gabon. Tato země se nachází na západním pobřeží Afriky a spadá do regionu subsaharské Afriky. Gabon patří svojí rozlohou spíše mezi menší až středně velké země tohoto kontinentu. Ve srovnání s Thajskem se jedná o téměř dvojnásobně menší zemi. Na jeho území žilo v roce 2017 něco málo přes 2 miliony obyvatel a jedná se tak o zemi s velmi nízkou hustotou zalidnění. Tato země se dnes řadí spíše k politicky stabilním zemím afrického kontinentu, která na rozdíl od ostatních afrických států neaplikovala po nabytí nezávislosti jakékoliv formy afrického socialismu či marxismu, ale nadále upřednostňovala liberálně ekonomický model v podobě státního kapitalismu (Thomson, 2004).

Gabon se potýká v sektoru zdravotnictví s mnoha problémy. V zemi byla na počátku 21. století vysoká prevalence onemocnění HIV/AIDS, malárie a jiných velmi závažných onemocnění. V zemi je také velký výskyt mouchy tse-tse, která přenáší spavou nemoc a zároveň ohrožuje chov dobytka. Situace ohledně nízkých počtů nemocnic, lékařů, zubařů, zdravotních sester a dalších osob zaměstnaných ve zdravotnickém sektoru se od roku 1985 výrazně nezměnila. V 80. letech 20. století bylo v Gabonu například (pouze) na 28 nemocnic, 87 zdravotních zařízení a 312 bezplatných zdravotnických poraden (dispenzárů). Přestože se tento počet dle Pacific Prime (2018) nijak výrazně za posledních několik desítek let nezměnil, v mnoha jiných oblastech ke změnám došlo. A to ať už v množství vládních výdajů na zdravotní péči nebo v oblasti národního zdravotního pojištění.

Tyto změny budou blíže diskutovány na případu Gabonu, tak jako tomu bylo u Thajska, ve vztahu k ekonomické situaci země především v 21. století. Tato země vykazuje v posledních letech jistý ekonomický růst, především ve formě rostoucího celkového HDP země i HDP na osobu. Tento růst je způsoben především těžbou nerostného bohatství, hlavně pak těžbou ropy a také relativně nízkým počtem obyvatel. Vysoké příjmy, jsou přepočítávány na malý počet obyvatel, přestože z těchto zisků benefituje jen úzká vrstva obyvatel. V průmyslovém sektoru je ale zaměstnáno jen malé množství obyvatel, přestože tvoří nadpoloviční podíl celkového HDP země. Většina obyvatel Gabonu je totiž ekonomicky aktivní v zemědělství. V zemi je rovněž vysoká míra nezaměstnanosti, a to až 20 % (Data Světové Banky, 2018). Téměř jedna třetina obyvatel je negramotná a mnoho jich žije pod hranicí chudoby (Obounou, 2017). S tím je spjat problém nedostatečného pokrytí zdravotních služeb a vysoká finanční rizikovost při úhradě nákladů na zdravotní péči. Dle mnoha charakteristik se jedná o rozvojovou zemi, která

dle klasifikace Světové banky přesto spadá do stejné kategorie jako Thajsko, a to do skupiny zemí s vyšším středním příjmem.

V dnešní době je však zdravotnictví v Gabonu považováno za jedno z nejlepších, co se regionu Západní Afriky týče. V této kapitole budou blíže představeny změny a vývoj celého systému především v poslední dekádě, kdy prošel sektor zdravotnictví tranzicí. Otázkou zůstává, jaký přístup mají obyvatelé ke zdravotní péči a jak dnes funguje systém národního zdravotního pojištění.

3.2.1. Program národního zdravotního zabezpečení

Přestože se Gabon řadí mezi země s vyšším středním příjmem, žije dle WHO (2018a) velký počet (13,2 %) obyvatel pod hranicí chudoby. Téměř jedna pětina obyvatel Gabonu žije pod hranicí 2 USD na den (Data Světové banky, 2018). Pod národní hranicí chudoby žilo před deseti lety zhruba jedna třetina populace Gabonu. Taková úroveň chudoby měla velký vliv na zhoršení zdravotního stavu obyvatel Gabonu. Kvůli vysokému počtu sirotků (až 16 tisíc ve věku 0-17 let) z důvodu úmrtí rodičů na HIV/AIDS a vysoké míře rizika onemocnění malárií a dalšími onemocněními se rozhodla gabonská vláda v roce 2008 spustit program národního zdravotního zabezpečení, známý jako *Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale* (CNAMGS³⁹). CNAMGS je národní zdravotní pojišťovací fond, který byl odsouhlasen tehdejším parlamentem, který se shodl na rozšíření pokrytí zdravotní péče pro různé socioekonomické skupiny v zemi, čímž by měli být zahrnuti všichni nebo valná většina obyvatel pod jediný národní program zdravotního pojištění (Humphreys, 2013). Toto rozšíření pokrytí zdravotních služeb mířilo především na chudé obyvatele, studenty a zaměstnance soukromého i státního sektoru.

Přestože vláda investovala do zdravotnické infrastruktury a zdravotních programů jako například Libreville Cancer Treatment Institute, byla situace na počátku 21. století opravdu kritická, kdy hlavní příčiny vysoké úmrtnosti stále zůstávaly především onemocnění jako HIV/AIDS, malárie, tuberkulóza nebo nedostatečná zdravotní péče způsobující vysokou dětskou úmrtnost (WHO, 2015). Tyto příčiny do velké míry způsobují nízkou očekávanou délkou života (v roce 2000 byl průměr očekávané délky dožití pro obě pohlaví 59,32 let). V zemi byl a stále je relativně nízký počet nemocničních lůžek, a to v průměru 6,3 lůžek na 1000 obyvatel v roce 2010 (Data Světové banky, 2018). V přepočtu na 10 000 obyvatel Gabonu bylo v zemi pouze šest lékařů a čtyři porodní asistentky (Pacific Prime, 2018). Mnoho obyvatel

³⁹ Anglicky National Insurance and Social Welfare Fund.

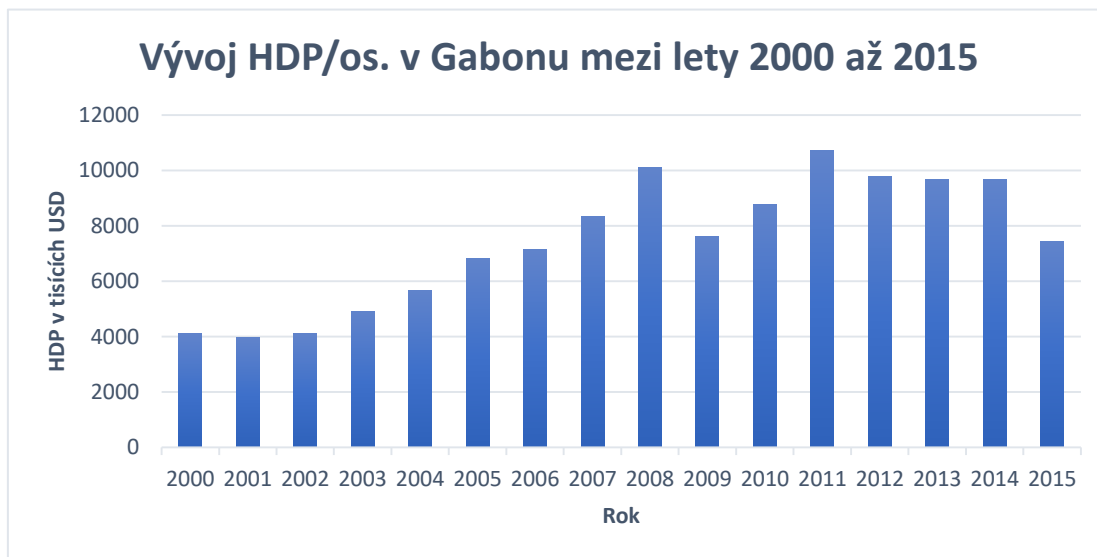
nebylo před zavedením výše zmíněného programu pojištěno a podíl přímých plateb OOP dosahoval více než 46 %. V důsledku takto vysoké finanční rizikovosti si nemohlo mnoho obyvatel zdravotní péči dovolit. Národní zdravotní program byl tak na místě, což si vláda uvědomila a program navrhla, odsouhlasila a následně implementovala.

Dle autora analýzy gabonského systému zdravotní péče Obounoua (2017) dosáhl Gabon cílů Všeobecné zdravotní péče zhruba za jednu dekádu, což je pro srovnání kratší doba, než za kterou se to povedlo například Jižní Koreji, která je považována za rozvinutou zemi (Lee, 2003). V prvopočátcích směřoval program CNAMGS především na nejvíce zranitelnou část obyvatelstva, avšak poté byl postupně rozšířen i na vládní zaměstnance i zaměstnané v soukromém sektoru (Group OB, 2014). V důsledku jeho implementace se stala například zdravotní péče pro matky zcela pokryta a náklady na ostatní zdravotní služby jsou pokrývány až mezi 80–90 %. Všichni obyvatelé Gabonu mají nyní přístup ke zdravotní péči bez ohledu na socioekonomický status. Přesto však zůstává výzvou maximální efektivní pokrytí nejchudších obyvatel země. Program nezahrnuje jenom hospitalizační služby, ale také preventivní. Zajímavostí je, že je v CNAMGS zahrnuta také přeprava osoby, pro niž není možné zajistit potřebnou zdravotní péči na území Gabonu, do zahraničí (Musango a Inoua, 2010). Toto však může na druhou stranu indikovat nedostatečně kvalifikovaný personál na území Gabonu, zastaralá zdravotnická zařízení a staré technologie nebo výskyt onemocnění, jejichž pojištění v rámci CNAMGS chybí.

3.2.2. Implementace programu CNAMGS

Implementace programu Všeobecné zdravotní péče v Gabonu začala o něco později, než tomu bylo v Thajsku, přesto však několik let před oficiálním přijetím UHC jakožto součásti Cílů udržitelného rozvoje. To bylo zapříčiněno špatnou zdravotní situací v zemi. Poptávka po základních zdravotních službách byla vysoká. Ke vzniku tohoto národního programu zdravotního pojištění mohla také napomoci lepší se ekonomická situace Gabonu v posledních letech. Od počátku 21. století vykazoval Gabon růst celkového HDP, a to především díky průmyslovému sektoru a těžbě ropy. Rovněž rostlo HDP na osobu (viz obrázek č. 14), avšak tento fakt může být způsoben vysokým celkovým HDP a nízkým počtem obyvatel a jeho relativně pomalým nárůstem. V průmyslovém sektoru bylo v roce 2015 navíc zaměstnáno pouze 12 % obyvatel Gabonu (CIA, 2018), a tudíž se k mnoha lidem zisky z tohoto odvětví ani nedostaly. HDP na osobu po celou dobu tohoto století vykazuje Gabon vyšší než třeba Thajsko, avšak vyšší životní úroveň dosahovala jen menší část obyvatel, což bylo zapříčiněno právě vysokým podílem zisků především z těžby ropy na celkovém HDP země. Výrazný ekonomický

propad zaznamenal Gabon mezi lety 2008-2009, avšak v následujících letech vykazoval opět ekonomický růst. Na základě tohoto růstu poté mohl v roce, kdy byl spuštěn program národního zdravotního pojištění, investovat do rozvoje sektoru zdravotnictví, a to jak do infrastruktury, tak jednotlivých služeb nebo na základě stanovování priorit navýšit podíl vládních výdajů z celkového HDP (viz obrázek č. 15) nebo jen podíl výdajů na zdravotní péči (viz obrázek č. 16).

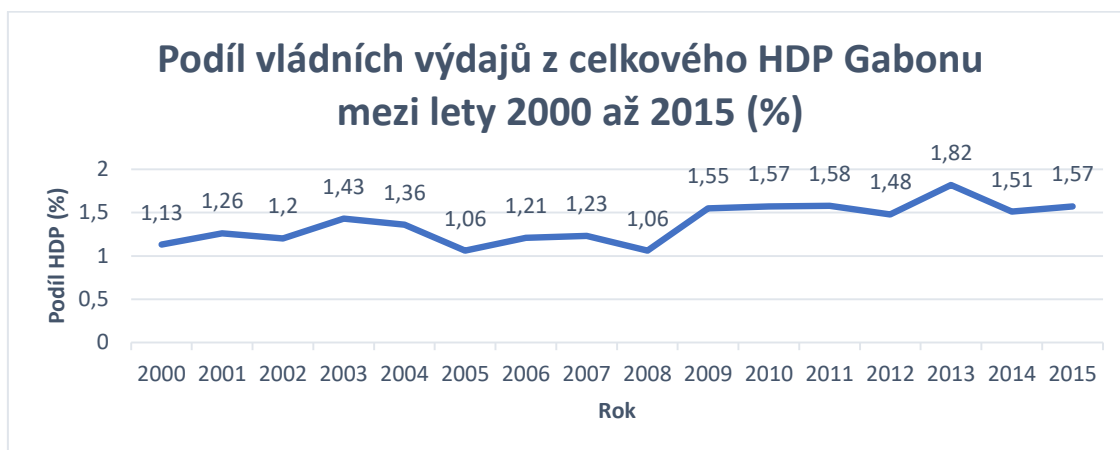


Obrázek 14 - Vývoj HDP/os. v Gabonu mezi lety 2000 a 2015 v tis. USD. Zdroj: Data Světové banky (2018).

Hlavní pozorovatelnou změnou od roku 2008, kdy vešel v platnost program CNAMGS, byl podíl vládních výdajů z celkového HDP země do sektoru zdravotnictví. Přestože lze pozorovat nárůst v roce 2008, tak se za celé období mezi lety 2000 a 2015 nejedná o nijak výrazné navýšení. Za posledních patnáct let sice v průměru podíl těchto zdrojů rostl, avšak v posledních letech se jejich úroveň spíše ustálila. Změna mezi lety 2000 a 2015 je dokonce pouhých 0,57 % (viz obrázek č. 15). Co se týče podílu celkových nákladů na zdravotní péči (kam jsou zahrnuty jak veřejné, tak soukromé náklady) z celkového HDP, nacházel se Gabon v roce 2015 (2,68 %) v regionu Západní Afriky ve srovnání se sousedními zeměmi na nejnižších příčkách. Vyšší podíl vykazoval Kamerun (5,11 %), Konžská republika (3,43 %) i Rovnicková Guinea (2,7 %) (Knoema, 2018). Tato skutečnost je však zkreslena vyšší plateb OOP, které jsou brány jako soukromé náklady a také vyšší externích zdrojů. To způsobuje vyšší podíl celkových nákladů na zdravotní služby na celkovém HDP. Podíváme-li se totiž na podíl vládních výdajů na zdravotní péči⁴⁰ daných zemí, všechny budou vykazovat nižší hodnoty než Gabon. V případě plateb OOP

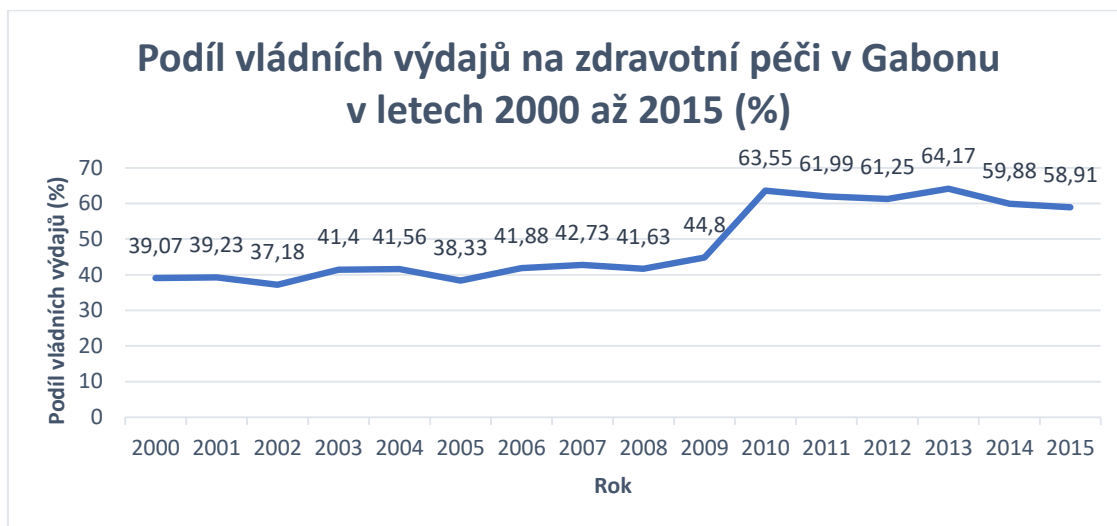
⁴⁰ Dle dat Světové banky (2018) byly podíly v roce 2015 následující: Gabon (58,91 %), Konžská republika (43,22 %), Rovnicková Guinea (23,52 %) a Kamerun (14,46 %).

budou hodnoty naopak vyšší než u Gabonu. Na první pohled se tak může zdát, že s celkovými náklady v poměru k celkovému HDP země Gabon zaostává za regionálními zeměmi, avšak dle podílu vládních výdajů a výše podílu plateb OOP se jedná o vedoucí zemi v regionu. Vyšší celkový podíl nákladů tak může dokonce ve vztahu s vládními výdaji indikovat vysoké soukromé náklady na zdravotní služby.



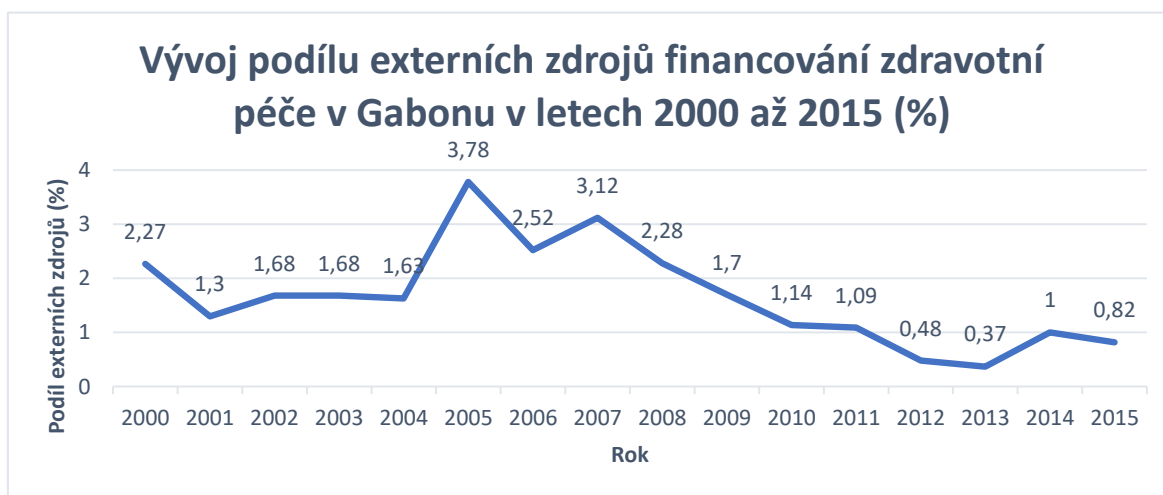
Obrázek 15 - Podíl vládních výdajů z celkového HDP země v Gabonu mezi lety 2000 až 2015 (%). Sestaveno dle dat Světové banky (2018).

Vláda Gabonu v roce 2008 rozhodla o rozšíření pokrytí zdravotní péče pro všechny a rovněž o navýšení vládního podílu zdrojů plynoucích do zdravotnictví. Na obrázku č. 16 lze zaznamenat v roce spuštění (2008) CNAMGS výrazné zvýšení tohoto podílu, a to o téměř celých 20 procentních bodů, což umožnilo výrazné snížení plateb OOP, jak bude znázorněno v podkapitole 3.2.3. Gabonská vláda tak směřovala k zajištění vyšší stability a finanční udržitelnosti zdravotního systému, a to jak snižováním soukromých výdajů, tak externích zdrojů DAH (viz dále).



Obrázek 16 - Podíl vládních výdajů v rámci celkových na zdravotní péči v Gabonu mezi lety 2000 až 2015 (%). Sestaveno dle dat Světové banky (2018).

Gabon je po celou dobu tohoto století příjemce DAH. Přesto se však nejednalo o významný podíl, jako tomu bylo a je u jiných rozvojových zemích. Po celou dobu 21. století se výše DAH v Gabonu držela pod hranicí 4% podílu celkových externích zdrojů plynoucích do sektoru zdravotnictví. Před programem CNAMGS lze pozorovat na obrázku č. 17 nárůst tohoto podílu, avšak po roce 2008, kdy začala vláda zvyšovat svůj podíl a posilovat svoji roli v celém systému postupně výše DAH klesala. V roce 2015 tvořil tento podíl 0,82 %. Za deset let tak klesl podíl o více než tři procenta.



Obrázek 17 - Vývoj podílu finančních zdrojů DAH na celkovém množství ve zdravotnictví Gabonu mezi lety 2000 až 2015 (%). Sestaveno dle dat Světové banky (2018).

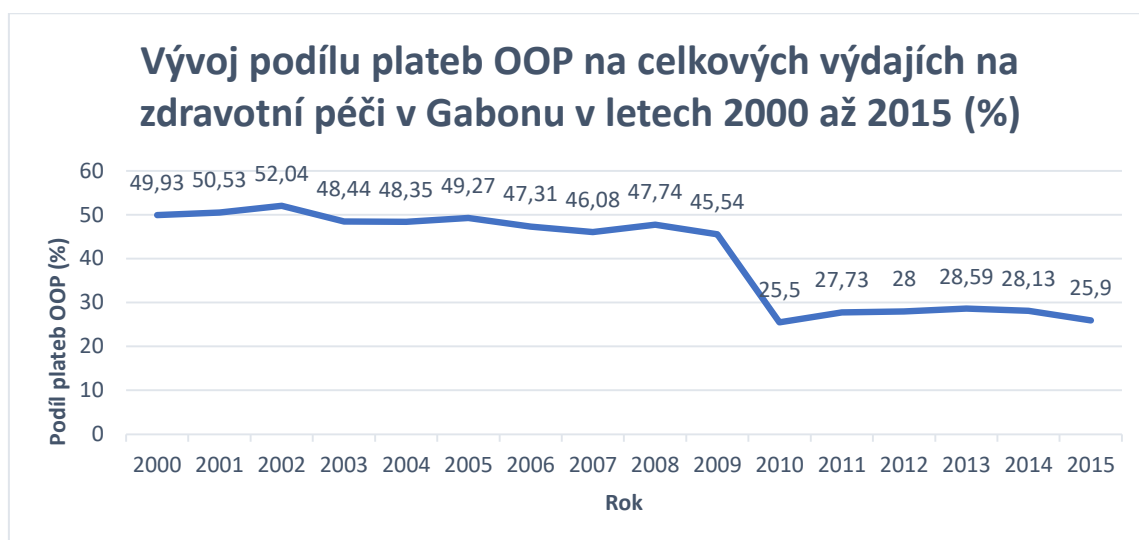
3.2.3. Naplnění principů UHC v Gabonu

V roce 2015, tedy sedm let od spuštění programu CNAMGS, dosahoval Index pokrytí služeb UHC v Gabonu hodnoty 52. Na první pohled se jedná o velmi nízkou hodnotu, zvláště pokud se v regionu subsaharské Afriky nacházejí země s vyššími hodnotami, jako například JAR (67),

Botswana (60), Zambie (56) aj. Přesto je však hodnota po zaokrouhlení vyšší o více než deset procentních bodů ve srovnání s průměrem pro celý region subsaharské Afriky. Gabon se také nachází v Indexu pokrytí služeb UHC v regionu Západní Afriky na první příčce. Kamerun, Republika Kongo i Rovnicková Guinea vykazují mnohem nižší hodnoty. Obecně platí, že se situace ve zdravotnictví v zemi zlepšila zvláště pak po zavedení programu CNAMGS.

Vládní výdaje začaly rokem 2008 tvořit vyšší podíl celkových výdajů na zdravotní péči a tyto hodnoty se poté podařilo ustálit. Přestože nedosahuje podíl hodnot těm v rozvinutých zemích, jedná se o významný pokrok v této rozvojové africké zemi. Tento efekt byl podpořen růstem celkového HDP země (kromě propadu mezi lety 2008 a 2009) a rovněž růstu HDP na osobu, a také díky relativně pomalému populačnímu růstu. Zároveň se gabonská vláda rozhodla navyšovat podíl celkového HDP na zdravotní péči. Tyto socioekonomické faktory spolu s potřebou reagovat na kritický zdravotní stav obyvatel Gabonu zapříčinily vládní rozhodnutí implementovat program CNAMGS, díky němuž také v průměru vzrostly výdaje na zdravotní péči na osobu. V roce 2000 to bylo 119 USD, v roce 2008 dokonce 257 USD. Poslední dostupná data jsou pro rok 2015, kdy byla tato částka 198 USD (Data Světové banky, 2018).

Tento program národní zdravotní všeobecné péče měl za následek jednak rozšíření zdravotní péče mezi většinu obyvatel země a rozšíření zdravotních služeb, jež nadále začaly spadat do gabonského UHC. Vláda se tak společně s vyšším podílem HDP a snižováním externích zdrojů do sektoru zdravotnictví snažila reformovat a vytvořit stabilní zdravotní systém. Přenesením zátěže distribuce financování zdravotní péče na vládní výdaje ve formě daňového systému mělo významný dopad na pokles plateb OOP (viz obrázek č. 18). Ještě na přelomu století tvořil podíl plateb OOP téměř 50 %. Výrazný pokles nastal právě po roce 2008, kdy během dvou let klesl podíl na „pouhých“ 25,5 %. V posledních letech tento trend nepokračuje, avšak i tak se dá tvrdit, že došlo k velmi významné pozitivní změně a snížení finančních rizik gabonských obyvatel, pro které je nyní zdravotní péče dostupnější, a to za nižších finančních rizik. Stále relativně vysoký podíl plateb OOP na celkové zdravotní péči může být způsoben například soukromými gabonskými klinikami a zdravotními zařízeními, jež nastavují stále vyšší ceny za zdravotní služby, a to za nezasahování vlády (Obounou, 2017). Na výši podílu plateb OOP se lze dívat ze dvou pohledů. Na jednu stranu došlo k výraznému snížení, avšak na druhou stranu je tento podíl stále relativně vyšší než u ostatních zemí subsaharské Afriky spadajících mezi země s vyšším středním příjmem (Botswana – 5,19 %, JAR – 6,49 %, Rovnicková Guinea – 20,15 %).



Obrázek 18 - Vývoj podílu plateb OOP z celkových výdajů na zdravotní péči v Gabonu mezi lety 2000 až 2015 (%). Sestaveno dle dat Světové banky (2018)

Gabonský národní program Všeobecné zdravotní péče měl z pohledu indikátorů UHC na sektor zdravotnictví pozitivní dopady. Z pohledu pokrytí došlo k rozšíření služeb i vyššímu pokrytí obyvatel země. Zároveň došlo k výraznému snížení podílu plateb OOP, a tedy finančních rizik. Implementace CNAMGS tak víceméně naplňuje základní principy UHC. Přesto však nedosahuje Gabon takové úrovně, jako je jeho potenciál. Index pokrytí služeb UHC je stále relativně nízký a podíl plateb OOP relativně vysoký. Tak jako většina zdravotních systémů, i gabonský se musí potýkat s mnoha výzvami.

Mezi hlavní patří nezapojení soukromých klinik do programu CNAMGS. Soukromé nemocnice a kliniky mají stále vysoké poplatky, které způsobují, že stále mnoho obyvatel žijících pod hranicí chudoby nevyhledává včas potřebnou zdravotní péči. Lze tak usoudit, že tato zařízení navštíví spíše bohatší, kdy se jedná o „pro-rich“ orientaci. Další otázkou zůstává kvalita zdravotních služeb. Z počátku je hlavní, aby měli všichni lidé přístup alespoň k základním zdravotním službám, avšak důležitá je také nejen jejich kvalita. Dalším problémem pak zůstává nedostatek kvalifikovaného zdravotního personálu. Dle analýzy Obounoua (2017) je silný vztah mezi počtem tohoto personálu a mateřskou a dětskou úmrtností, která je v Gabonu stále vysoká. Vláda by tak měla více zdrojů investovat do vzdělání a školení zdravotního personálu (lékaři, porodní asistentky a další), který by mohl napomoci snížit tyto hodnoty. Ne zcela posledním problémem může být také například nedostatek relevantních dat. V Gabonu je stále potřeba rozvíjet centra podporována Ministerstvem zdravotnictví, která by sbírala relevantní data, na základě, kterých by mohla být učiněna vhodná politická rozhodnutí.

3.3. Porovnání UHC v Thajsku a Gabonu

V této podkapitole bude srovnání zavedení národních programů Všeobecné zdravotní péče v Thajsku a Gabonu. Porovnáván bude především způsob implementace (politická rozhodnutí, míra investic, rozložení finančního zatížení financování sektoru zdravotnictví aj.) národních zdravotních systémů a jejich celkový dopad na obyvatele zemí, a to především z pohledu naplňování dvou základních elementů konceptu UHC.

Thajské království a Republika Gabon jsou dvě naprosto odlišné země, co se počtu obyvatel a rozlohy týče. Obě země jsou však považovány za rozvojové, jež dnes sice spadají do kategorie zemí s vyšším středním příjmem, avšak situace ještě před dvěma desítkami let vypadala naprosto odlišně. Spojující prvek těchto zemí je pak návrh a následná implementace programů zdravotního pojištění v období několika let před oficiálním uznáním UHC v rámci SDGs.

V Thajsku došlo k přijetí programu UCS v roce 2001. V Gabonu byl program CNAMGS spuštěn v roce 2008. V obou případech o změnách rozhodly především vlády zemí v reakci na kritický stav sektoru zdravotnictví. Velké části obyvatel zmíněných zemí neměly přístup k (základním a kvalitním) zdravotním službám a byly ohrožovány finančními riziky, která hrozila z důvodu vysokého podílu přímých výdajů na zdravotní péči. Mnoho zdravotních indikátorů (dětská úmrtnost, zdraví matek aj.) dosahovalo před zavedením programů zdravotního zabezpečení nepříznivých hodnot. Obě vlády zareagovaly zavedením zmíněných programů, na základě kterých byl rozšířen přístup ke zdravotní péči v podobě pojištění obyvatel a zahrnutí zdravotních služeb do programů zdravotního pojištění. V případě Thajska došlo k rozšíření pojištění až pro téměř 50 milionů obyvatel. V Gabonu mířilo UHC především na rozšíření poskytování zdravotních služeb a pojištění pro chudé obyvatele. Thajská vláda směřovala programem na všechny obyvatele země. V Gabonu i Thajsku tak docházelo k „*pro-poor*“ orientaci.

Gabon i Thajsko vykazovaly jistý ekonomický růst v období vzniku a implementace programů. Na první pohled se tak může zdát, že země nevykazující ekonomický růst či rozvoj nedokážou cílů UHC dosáhnout, což nemusí být pravda. Gabon se od roku 2008 potýkal s ekonomickými problémy, přesto však program zůstal v platnosti za stálého snižování podílu přímých plateb na zdravotní péči. Nezanedbatelným aspektem je tak stanovování priorit a politická rozhodnutí, ačkoliv je rozpoznáno, že příznivý ekonomický růst, a především pak investice do zdravotnictví podporují efekt naplňování cílů UHC. V Thajsku i Gabonu byla důležitým aspektem změna distribuce nákladů proudících do zdravotního systému. V obou

případech došlo k volbě daňového modelu financování sektoru zdravotnictví. Rovněž vzrostl podíl vládních výdajů na zdravotní péči z celkového HDP. Přestože hodnoty nedosahují těch v rozvinutých zemích, došlo k jistému navýšení. Ve srovnání pro období před implementací a rokem 2015 došlo v Thajsku k navýšení z 1,85 % na 2,91 %. V případě Gabonu z 1,06 % na 1,57 %. Obecně platí, že čím větší podíl celkového HDP vlády investují do zdravotnictví, tím lepší je její úroveň. Přestože hodnoty těchto podílů nejsou vysoké, došlo k jejich navýšení v průběhu let, což dodnes mnoho rozvojových zemích s touto potřebu nerealizuje. Důležitá byla změna ve finančním zatížení nákladů na zdravotní péči. Ve stejném období vzrostl podíl vládních výdajů na zdravotní péči v Thajsku z 57,7 % na 77,08 % a v Gabonu z 41,63 % na 58,91 %. Obě země tak směřovaly změnou modelu financování zdravotnictví k vyššímu pokrytí zdravotních služeb za snižování finančních rizik, viz dále.

Dle Indexu pokrytí služeb UHC dosahuje Thajsko hodnoty 75. To je o více než dvě desítky procentních bodů více než je tomu u Gabonu. V případě Thajska, přestože se jedná o mnohem rozsáhlejší a lidnatější zemi, došlo k vyšší míře pokrytí než u Gabonu, kde index dosahuje hodnoty 52. Ačkoliv je tato úroveň v Gabonu nižší než v průměru pro celý svět, dosahuje vyšších hodnot, než je tomu ve zbytku subsaharské Afriky. Tyto hodnoty jsou počáteční a bude otázkou času, jak moc se v průběhu času ještě změní – zda dojde k vyšší míře pokrytí zdravotních služeb nebo naopak k jejímu snížení.

Obě země dokázaly díky svým programům zdravotního zabezpečení výrazně snížit podíl přímých výdajů na zdravotní péči ve formě plateb OOP. Mezi lety 2000 až 2015 klesl tento podíl v Thajsku z 34,2 % na 11,8 %. V Gabonu od roku 2008 do 2015 byl pokles z 47,74 % na 25,9 %. Obě země tak na počátku měly vysoké podíly přímých nákladů na zdravotní péči. Thajsku se povedlo podíl snížit až na úroveň srovnatelnou s rozvinutými zeměmi. Gabon v tomto zaostává, přesto však dokázala gabonská vláda snížit podíl plateb OOP, a tím zpřístupnit zdravotní péči více obyvatelům. Nicméně by bylo žádoucí, aby se tento podíl ještě snížil. Ve srovnání s ostatními zeměmi subsaharské Afriky má však Gabon podíl plateb OOP nižší o více než 10 %.

Lze konstatovat, že se oběma zemím povedlo úspěšně implementovat programy Všeobecné zdravotní péče. Z pohledu naplňování dvou hlavních cílů UHC došlo v obou zemích k pozitivním změnám. Na základě politických rozhodnutí rozšířit pojišťovací zdravotní systém, poskytovat více zdravotních služeb, změny modelu financování sektoru zdravotnictví a vyšším vládním výdajům z celkového HDP zemí nebo jejich podíl na financování zdravotních služeb došlo k navýšení pokrytí nejen základních zdravotních služeb pro většinu obyvatel zemí.

Druhým podcílem je snižování finančních rizik v podobě plateb OOP. Jejich snížení nastalo v obou případech. Je nutné zmínit, že efekt úspěšného naplňování byl podpořen ekonomickým růstem.

Thajsko ve všech bodech předčilo Gabon. Přesto však Gabon patří mezi země úspěšně naplňující principy konceptu UHC. Thajsko má dnes zdravotní systém na srovnatelné úrovni s rozvinutými zeměmi. Gabon má jeden z nejlepších v subsaharské Africe. Mnoho rozvojových zemí by se na základě těchto případů mohlo nechat inspirovat.

4. Závěr

V posledních letech je stále intenzivněji diskutována úroveň globálního zdraví. Na počátku 21. století dosahovalo mnoho zdravotnických indikátorů velmi nepříznivých hodnot a velká část obyvatelstva neměla přístup k základní nebo kvalitní zdravotní péči. Spouště obyvatelům rovněž hrozila příliš vysoký finanční rizika z důvodu vynakládání vysokých podílů svých příjmů na zdravotní péči. Nejvyšší dosažitelný stupeň zdraví je dnes považován za právo každého člověka bez ohledu na socioekonomické a jiné aspekty. Na počátku tohoto století vznikl velmi ambiciózní program, a to Rozvojové cíle tisíciletí, na jehož základě se situace ve zdravotnictví v mnoha rozvojových zemích zlepšila. Zde však nadále přetrvávala absence cíle rozšíření přístupu a pokrytí zdravotních služeb pro všechny. Problémem především obyvatel rozvojových zemí není jenom pokrytí zdravotních služeb, ale také náklady na zdravotní péči, které mnohdy bývají katastrofické a způsobují posun rodin pod hranici chudoby. Za účelem zlepšení situace v těchto oblastech vznikl koncept Všeobecné zdravotní péče (UHC), který je součástí Cílů udržitelného rozvoje, které navázaly v roce 2015 na Rozvojové cíle tisíciletí.

Autor práce analyzoval koncept Všeobecné zdravotní péče, jeho definici, jednotlivé části a způsoby jeho měření a monitorování. Dále pak současnou situaci ve zdravotnictví v především rozvojových zemích z pohledu principů tohoto konceptu. V praktické části byly poté představeny konkrétní politiky a dopady implementace programu UHC ve dvou konkrétních rozvojových zemích, v Thajsku a Gabonu. Cíle diplomové práce byly naplněny především pomocí popisné statistiky a analýzy rešerší dostupných zdrojů a dat.

Všeobecná zdravotní péče je dnes oficiálně uznávána na poli globálního zdraví jakožto jeden z podcílů SDGs, přestože ještě pár let zpátky nebyl tento koncept diskutován s důležitostí jako je tomu dnes. Zdraví je dnes uznáváno jako velmi důležitý aspekt pro téměř všechny oblasti života (vzdělání, ekonomická činnost, aj.), čímž je zdůrazněna relevance dosažení UHC pro naplňování dalších cílů SDGs.

Pro hodnocení pokroku směrem k naplňování UHC je však důležité koncept jasně definovat porozumět tomu, jak jej dané země a akademická obec interpretují a rozumí. Nejvíce přijímaná definice a porozumění UHC je „rozšíření pokrytí ve formě poskytování kvalitní zdravotní péče všem obyvatelům za snižování finančních rizik, která hrozí z důvodu vysokých zdravotních nákladů.“ K takovému pochopení UHC dospěl autor syntézou a spojením více definic od různých autorů. Hlavními principy UHC jsou tedy (spravedlivý) přístup k těmto službám ve formě pokrytí, jejich kvalita a snižování přímých nákladů na zdravotní péči. Podstatné je, jak si dané země a vlády UHC interpretují na základě jednotlivých částí, jež mohou být chápány

rozdílně. To poté může vést k politickým rozhodnutím, která mohou poškozovat část obyvatel potřebující přístup ke zdravotní péči nejvíce, a tedy paradoxně dle autora nebo WHO k nenaplnění principů UHC. Implementace UHC a progres v naplnění jeho cílů může být sledován na základě několika monitorovacích nástrojů. Na základě hlavních principů UHC je to Index pokrytí služeb UHC, který je relativně nový a vznikl k roku 2015 výslovně kvůli měření pokrytí zdravotních služeb, a podíl přímých plateb známých jako „*out-of-pockets*“ (OOP) na celkových výdajích obyvatel za zdravotní služby. Pro druhý zmíněný indikátor existují data i z počátku 21. století. Dále pak existují alternativní ukazatele a nástroje, jež monitorují například poskytování zdravotní péče z pohledu orientace se na vybrané skupiny obyvatel nebo z pohledu finančního zatížení.

Dle nově vzniklého Indexu pokrytí služeb UHC je situace v mnoha rozvinutých zemích dobrá, což není případem zemí rozvojových. Ty mnohdy zaostávají v hodnotách indexu za rozvinutými zeměmi až o desítky procentních bodů. V těchto zemích je tedy nízké pokrytí zdravotních služeb, které nebývají buďto součástí zdravotních pojišťovacích programů nebo nejsou lidem vůbec poskytovány. V druhé kapitole je srovnávána situace dle dvou hlavních ukazatelů konceptu UHC na základě regionálních i ekonomických charakteristik. Na základě analýzy vztahu mezi ekonomickými ukazateli bylo poukázáno na fakt, že země vykazující vyšší HND na osobu dosahují vyšších hodnot pokrytí služeb UHC. Hodnoty se však mohou lišit mezi jednotlivými rozvojovými zeměmi, které vykazují podobné HND na osobu. Vlády zemí totiž investují různé podíly celkových HDP do sektoru zdravotnictví. Dále je podstatný rozdíl ve stanovování priorit v poskytování zdravotních služeb, kdy se podobně ekonomicky vyspělé země mohou svým přístupem zaměřovat na různé vrstvy obyvatelstva a docházet tak k různým výsledkům. Rovněž vlády zemí investující vyšší podíl celkového HDP do sektoru zdravotnictví vykazují nižší podíl plateb OOP, což je pro dosažení UHC velmi žádoucí efekt.

Model financování zdravotnictví se pro dosažení UHC ukazuje jako velmi důležitý. Daňový model se ukázal být jako efektivní a stabilní, na rozdíl od modelu využívajícího především platby OOP. Nulová hranice plateb OOP však není pro systém maximálně efektivní (celkové náklady mohou být pro vládu příliš vysoké), tudíž jeho používání v rozumné míře může zdroje z daňového systému vhodně doplňovat. Mohlo by se zdát, že země s nízkým a středním příjmem nemohou naplnovat cíle UHC, což není pravda. Aspektů ovlivňujících zdravotní systém je více, například tok informací, lidský kapitál, vládní orgány, síla institucí, aj. Neméně důležitý je pak proces stanovování priorit, který je důležitý především pro rozvojové země s nižšími příjmy. V neposlední řadě je podstatné, aby rozvojové země směřovaly svými programy zdravotního zabezpečení především na co nejširší pokrytí, a tedy i na chudší

obyvatelstvo, které bývá dle dostupných studií a analýz ve většině případů zanedbáváno. Jedná se totiž především o tu část obyvatelstva, která nemá ke zdravotní péči přístup nebo si ji nemůže dovolit.

V poslední části práce jsou pak analyzovány dva konkrétní případy implementace národních programů Všeobecné zdravotní péče. V případě Thajska došlo na základě prosazení tohoto programu ke změně priorit v poskytování služeb pro většinu obyvatel (směřování především na chudší obyvatele), a tím k výrazným pozitivním dopadům. Posílněné o efekt ekonomického růstu dosáhlo Thajsko principů UHC za relativně krátkou dobu. Thajská vláda navýšila podíl celkového HDP investovaného do zdravotnictví a podíl vládních výdajů na zdravotní péči, čím dosáhla úrovně pokrytí službami UHC srovnatelné s tou v rozvinutých zemích. Podíl přímých plateb OOP byl dokonce snížen na úroveň pod hranici, jež je dosahována v České republice. Zdravotnictví a program zdravotního pojištění je v Thajsku dnes považován za velmi kvalitní a stabilní, přestože se stále jedná o rozvojovou zemi, která ještě na počátku 21. století procházela hlubokou zdravotnickou krizí. Gabon má, ve srovnání s Thajskem, o poznání horší výsledky. Gabon zvolil podobný model jako Thajsko, a tedy na základě politických rozhodnutí rozšířit zdravotní pojištění pro chudé a zranitelné části obyvatel. Rozdíl byl však ve výši vládního podílu z celkového HDP země investovaného do zdravotnického sektoru a poměru vládních výdajů na zdravotní péči vůči přímým výdajům obyvatel. Zde právě na základě vyšších podílů dosahovalo Thajsko lepších výsledků v naplňování UHC. I tak je podstatné, že gabonská vláda navyšovala od implementace UHC podíl celkového HDP investovaného do zdravotnictví a vládní výdaje na zdravotní péči a dosáhla tak vyššího pokrytí v poskytování zdravotních služeb pro své obyvatele za rapidního snížení plateb OOP. Přestože Gabon čeká ještě dlouhá cesta, v regionu subsaharské Afriky dosahuje lepších výsledků než většina ostatních zemí. Na základě gabonského i thajského modelu by se mohlo inspirovat mnoho rozvojových zemí, které strádají v naplňování cílů UHC.

Důležitým závěrem tedy je zdůraznění potřeby konceptu Všeobecné zdravotní péče. UHC je důležitým podcílem SDGs a uvědomuje si to stále více vlád, elit i široké veřejnosti. Mnoho zemí se snaží aplikovat politiky vedoucí směrem k naplňování cílů UHC, důležité však je, jak si dané cíle definují a jak přistoupí k praktikám, jež mají vést k jejich naplňování. Důležité jsou jak ekonomické, tak politické a další aspekty. Zemím jako Thajsko a Gabon se implementace a naplňování UHC daří, což znamená, že i přes několikaletou implementaci daných programů, je naplňování UHC proveditelné, ale především pak smysluplné.

Seznam obrázků

Obrázek 1 - Výpočet Indexu pokrytí služeb UHC.	34
Obrázek 2 - Podíl plateb OOP z celkových výdajů na zdravotní péči	37
Obrázek 3 - Průměr Indexu pokrytí služeb UHC.	40
Obrázek 4 - Vztah mezi HND/os. a Indexem pokrytí služeb UHC.....	43
Obrázek 5 - Vztah mezi vládními výdaji na zdravotní péči a podílem plateb OOP.....	47
Obrázek 6 - Celková výše DAH v letech 2000 až 2017	48
Obrázek 7 - Výše celosvětových jednotlivých zdrojů financování zdravotní péče.....	49
Obrázek 8 - Základní stavební kameny zdravotního systému	53
Obrázek 9 - Jednotlivé kroky procesu stanovení priorit zdravotního systému.....	57
Obrázek 10 - Vývoj celkového HDP/os. Thajska v letech 2000 až 2015	62
Obrázek 11 - Podíl celkového HDP (%) investovaného do zdravotnictví v Thajsku	63
Obrázek 12 - Klesající tendence podílu plateb OOP v Thajsku	64
Obrázek 13 - Srovnání počtu domácností ohrožených platbami OOP	65
Obrázek 14 - Vývoj celkového HDP/os. v Gabonu v letech 2000 a 2015.	70
Obrázek 15 - Podíl vládních výdajů z celkového HDP země v Gabonu.....	71
Obrázek 16 - Podíl vládních výdajů na zdravotní péči v Gabonu v letech 2000 až 2015	72
Obrázek 17 - Podíl DAH v Gabonu	72
Obrázek 18 - Vývoj podílu plateb OOP v Gabonu.....	74

Seznam zdrojů

- Abel-Smith, B. 1992. The Beveridge Report: its origins and outcomes. *International Social Security Review* 45, 5–16.
- Asante, A., Price, J., Hayen, A., Jan, S., Wiseman, V. 2016. Equity in Health Care Financing in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of Evidence from Studies Using Benefit and Financing Incidence Analyses. *PLoS ONE* 11 (4). Dostupné z: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0152866&type=printable>
- Ataguba, J. E., Ingabire, M-G. 2016. Universal Health Coverage: Assessing Service Coverage and Financial Protection for All. *AJPH* 106 (10).
- Austin, D. 2007. *Priority Setting: an overview*. NHS Confederation Publications. London: The NHS Confederation. ISBN 978-1-85947-143-2. Dostupné z: <https://www.nhsconfed.org/-/media/Confederation/Files/Publications/Documents/Priority-setting-an-overview.pdf>
- Bärnighausen, T., Sauerborn, R. 2002. One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries? *Social Science & Medicine* 54, 1559–1587.
- Behera, M. R., Behera D. 2015. A critical analysis of the term “universal health coverage” under post-2015 Sustainable Development Goals. *Ann Trop Med Public Health* 8, 155-158.
- Berki, S., 1986. A Look at Catastrophic Medical Expenses and the Poor. *Health Affairs*. 5 (4), 138-145.
- Boerma, T., AbouZahr, C., Evans, D., Evans, T. Monitoring intervention coverage in the context of universal health coverage. *PLoS Med* 11. Dostupné z: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001728#s9>
- Brady, A., H. 2017. Universal Health Coverage. *GJMEDPH* 6 (3).
- Broadband Commission Task Force on Sustainable Development. 2014. *Means of Transformation Harnessing Broadband for the Post-2015 Development Agenda*. The Broadband Commission. [cit. 10-11-2018]. Dostupné z: <http://www.broadbandcommission.org/focus-area/Pages/post2015.aspx>.
- Bump, J. B. 2015. The Long Road to Universal Health Coverage: Historical Analysis of Early Decisions in Germany, the United Kingdom, and the United States, *Health Systems & Reforms* 1 (1), 28-38. Dostupné z:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.4161/23288604.2014.991211?scroll=top&needAccess=true>

Carrin, G., James, C. 2005. Social health insurance: key factors affecting the transition towards universal coverage. *International Social Security Review* 58 (1), 45–64.

Carrin, G., Mathauer, I., Xu, K., Evans, D. B. 2008. Universal coverage of health services: tailoring its implementation. *Bull World Health Organ* 86 (11), 857-863.

CIA. 2018. Africa: Gabon. [cit. 1-12-2018]. Dostupné z: https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/print_gb.html

Clark, S., Weale, A. 2012. Social values in health priority setting: a conceptual framework. *Journal of Health Organ Management* 26 (3), 293–316.

Conradt, D. P. 2018. Social Democratic Party of Germany. *Encyclopaedia Britannica*. [cit. 8-8-2018]. Dostupné z: <https://www.britannica.com/topic/Social-Democratic-Party-of-Germany>

Data Světové banky. 2018. Dostupné z: <https://data.worldbank.org/>

De Schweinitz, K. 1961. *England's road to social security*. New York:Perpetua.

Dieleman, J. L., a kol. 2017. Disparities on the Path to Universal Health Coverage: Findings from Financing Global Health. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Seattle: IHME.

Financing Global Health. 2018. The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Dostupné z: <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

FoRS. 2017. Cíle udržitelného rozvoje – SDGs (2015–2030). [cit. 27-9-2018]. Dostupné z: <http://www.fors.cz/cile-udrzitelneho-rozvoje-sdgs/#.WQMh0mnyjIV>

Fox, D. M. 1985. *Health policies, health politics: the British and American experiences, 1911-1965*. Princeton: Princeton.

Fullman, N., Lozano, R. 2017. Towards a meaningful measure of universal health coverage for the next billion. *The Lancet* 6, 122-123.

Gavi. 2018. Gavi's mission. 2018. [cit. 3-9-2018]. Dostupné z: <https://www.gavi.org/about/mission/>

- George, S. 2016. What Thailand can teach the world about universal healthcare. *The Guardian*. [cit- 18-11-2018]. Dostupné z: <https://www.theguardian.com/health-revolution/2016/may/24/thailand-universal-healthcare-ucs-patients-government-political>
- Group, OB. 2014. Universal health insurance is being rolled out. *The Report: Gabon 2014: Health & Education*; Dostupné z: <http://www.oxfordbusinessgroup.com/overview/universal-health-insurance-being-rolled-out>.
- Hennock, E. P. 2007. *The origin of the welfare state in England and Germany, 1850–1914*. Cambridge: Cambridge.
- Hogan, D. R., Stevens, G., A., Hosseinpour, A., R., Boerma, T. 2018. Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services. *Lancet Global Health* 6, 152–168. Dostupné z: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30472-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30472-2/fulltext)
- Hsiao, W. C. 2003. *What is a health system? Why should we care?* Boston: Harvard School of Public Health.
- Humphreys, G. 2013. Gabon gets everyone under one social health insurance roof. *Bull World Health Organ* 91, 318-319. Dostupné z: <http://www.ijcmph.com/index.php/ijcmph/article/view/1457/1231>
- Chalkidou, K., Glassman, A., Marten, R., Vega, J., Teerawattananon, Y., Tritasavit, N., Martha Kieny, M. P., Hofmani, K., Culyerj, A. J. 2016. Priority-setting for achieving universal health coverage. *Bull World Health Organ* 94 (6), 462-467.
- Chan, M. 2012. Best days for public health are ahead of us, says WHO Director-General. Geneva: World Health Assembly.
- Chapman, A. R. 2016. Assessing the universal health coverage target in the Sustainable Development Goals from a human rights perspective. *BMC International Health and Human Rights* 16 (33).
- Jain, V. Alam, A. 2017. Redefining universal health coverage in the age of global health security. *BMJ Global Health* 2 (2). Dostupné z: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/2/2/e000255.full.pdf>
- Kieny, M. P., Evans, D. 2013. Universal health coverage. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 19 (5). Dostupné z: http://applications.emro.who.int/emhj/v19/04/EMHJ_2013_19_4_305_306.pdf?ua=1

- Kirby, M. 1999. The right to health fifty years on: Still skeptical? *Health Human Rights* 4, 6-25.
- Kutzin, J. 2012. Anything goes on the path to universal health coverage? *Bull World Health Organ* 90, 867-868.
- Lang, T., Kaminski, M., Leclerc, A. 2009. Report of the WHO commission on social determinants of health: A French perspective. *European Journal of Public Health* 19 (2), 133-135. Dostupné z: <https://academic.oup.com/eurpub/article/19/2/133/430464>
- Lee, J. C., Health care reform in South Korea: success or failure? *American Journal of Public Health* 93 (1), 48-51. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447690/>
- Limwattananon, S., Tangcharoesathien, V., Patcharanarumol, W., Thammatacharee, J. 2014. Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Thailand. *Plos Medicine*, 11(9).
- Maddison, A. 2010. *Statistics on world population, GDP and per capita GDP, 1-2008 AD*. Groningen: Groningen Growth and Development Centre.
- McIntyre, D., Ataguba, J., E. 2011. How to do (or not to do) . . . a benefit incidence analysis. *Health Policy and Planning* 26, 174–182. Dostupné z: <https://academic.oup.com/heapol/article/26/2/174/592398>
- McIntyre, D., Kutzin, J. 2011. *Revenue collection and pooling arrangements in health system financing. Health systems in low- and middle-income countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Mejia, A. 2013. Is tax funding of health care more likely to be regressive than systems based on social insurance in low- and middle-income countries? *Lecturas de Economía* 78, 229–239. Dostupné z: http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/3632/1/MejiaAurelio_2013_TaxFundingHealth.pdf
- Mills, A., Ataguba, J. E., Akazili, J., Borghi, J., Garshong, B., Makawia, S., Mtei, G., Harris, B., Macha, J., Meheus, F. 2012. Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage. *The Lancet* 380, 126–133. Dostupné z: https://researchonline.lshtm.ac.uk/21118/1/Equity%20in%20financing%20and%20use_GREEN%20AAM.pdf

- Musango, L., Inoua, A. 2010. Assurance Maladie Obligatoire au Gabon: un atout pour le bien être de la population. World Health Organization. Dostupné z: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/GabonNo16FINAL.pdf>
- Nováček, P. 2010. *Udržitelný rozvoj*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2514-6.
- Obama, B. 2016. United states health care reform: Progress to date and next steps. *JAMA* 316 (5), 525-532.
- O'Connell, T. 2012. *National health insurance in Asia and Africa: Advancing equitable social health protection to achieve universal health coverage*. New York: UNICEF.
- O'Connell, T., Rasanathan, K., Chopra, M. 2014. What does universal health coverage mean? *The Lancet* 383, 277-279. Dostupné z: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60955-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60955-1/fulltext)
- Ooms, G., Brolan, C., Eggermont, N., Eide, A., Flores, W., Forman, L., Friedman, E. A., Gebauer, T., Gostin, L. O., Hill, P., S., Hussain, S., McKnee, M., Mulumba, M., Siddiqui., Sridhar, D., Leemput, L. V., Waris, A., Jahn, A. 2013. Universal health coverage anchored in the right to health. *Bull World Health Organ* 91 (1), 2-2A.
- OSN. 2012. *Global health and foreign policy*. United Nations General Assembly. USA: New York
- OSN. 2018. Cíle udržitelného rozvoje (SDGs). [cit. 28 – 8 – 2018]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/osn/hlavni-temata/sdgs/>
- Oubounou, B., W., O. 2017. Gabon health care system: a 20 year analysis. *International Journal Community Medical Public Health* 4 (7), 2208-2211. Dostupné z: <http://www.ijcmph.com/index.php/ijcmph/article/viewFile/1457/1231>
- Pacific Prime. 2018. Gabon Health Insurance. [cit. 27-11-2018]. Dostupné z: <https://www.pacificprime.com/country/africa/gabon-health-insurance/>
- Puteh, S., Almualm, Y. Catastrophic Health Expenditures among Developing Countries. *Health Systems and Policy Reseachr* 4 (1). Dostupné z: <http://www.hsprj.com/health-maintanance/catastrophic-health-expenditure-among-developing-countries.php?aid=18514>
- Rasanathan, K., Norenhag, J., Valentine, N. 2010. Realizing human rights based approaches for action on the social determinants of health. *Health Human Rights* 12, 49-59.

- Results for Development. 2018. The Joint Learning Approach to UHC. [cit. 19-9-2018].
Dostupné z: <https://www.r4d.org/projects/joint-learning-approach-towards-uhc/>
- Ringen, K., Chadwick, E. 1979. The market ideology, and sanitary reform: on the nature of the 19th-century public health movement. *International Journal of Health Serv* 9, 107–120.
Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/LR4G-X2NK-9363-F1EC>
- Rodin, J., de Ferranti, D. R. 2012. Universal health coverage: the third global health transition? *The Lancet* 380, 861–862. Dostupné z:
https://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/press-release/Universal%20HealthCoverage_0.pdf
- Rosen, G. 1993. *A history of public health*. Baltimore: Johns Hopkins.
- Sigerist, H. E. 1943. From Bismarck to Beveridge: developments and trends in social security legislation. *Bull Hist Med* 13, 365–88.
- Sigerist, H. E. 1999. From Bismarck to Beveridge: developments and trends in social security legislation. *Journal of Public Health Policy* 20, 474–496.
- Suriyawongpaisal, P., Aekplakorn, W., Srithamrongsawat, S., Srithongchai, Ch., Prasitsiriphon, O., Tansirisithikul, R. 2016. Copayment and recommended strategies to mitigate its impacts on access to emergency medical services under universal health coverage: a case study from Thailand. *BMC Health Service Research* 16
- Sustainable Development Solutions Network. 2015. Financing Universal Health Coverage in the Post-2015 Agenda. Dostupné z: <http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2015/02/150224-Financing-for-UHC.pdf>
- Světová banka. 2018. The World Bank in Thailand. [cit. 2-11-2018]. Dostupné z:
<http://www.worldbank.org/en/country/thailand/overview>
- Szreter, S. 2004. Health, economy, state and society in modern Britain. *Hygiea Internationalis* 4, 205–227. Dostupné z: <http://www.ep.liu.se/ej/hygiea/ra/025/paper.pdf>
- Tangcharoensathien, V., Pitayarangarit, S., Patcharanarumol, W., Prakongsai, P., Sumalee, H., Tosanguan, J. 2013. Promoting universal financial protection: how the Thai universal coverage scheme was designed to ensure equity. *Health Research Policy Systems* 11 (25).
- Tangcharoensathien, V., Limwattananon, S., Patcharanarumol, W., Thammatacharee, J. 2014. Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Thailand. *PLoS*

Medicine 11. Dostupné z:

<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001726>

Tangcharoesathien, V., Mills, A., Palu, T. 2015. Accelerating health equity: the key role of universal health coverage in the Sustainable Development Goals. *BMC Medicine* 13 (101).

The Lancet. 2016. Universal Health Coverage- looking to the future. Plum X Metrics 388.

Thompson, A. 2004. An introduction to African Politics. Abingdon, Oxon: Routledge. ISBN 0-415-28262-4.

UHC2030. 2018. SDG Indicator 3.8.1: Measure What Matters. [cit. 8-10-2018]. Dostupné z: <https://www.uhc2030.org/news-events/uhc2030-news/article/sdg-indicator-3-8-1-measure-what-matters-465653/>

Vega, J. 2013. Universal health coverage: The post-2015 development agenda. *The Lancet* 381, 179-180.

Wagstaff, A. 2012. Benefit-incidence analysis: are government health expenditures more pro-rich than we think? *Health Economics* 21, 351–366.

Webster C. 1998. *The National Health Service: a political history*. London: Oxford.

WHO. 1948. Constitution of WHO: principles. Dostupné z:

<https://www.who.int/about/mission/en/>

WHO. 2007. *Strengthening health systems to improve health outcomes*. 2nd Edition. Geneva: WHO. ISBN 978 92 4 159607 7

WHO. 2010a. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Dostupné z:

http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf

WHO. 2010b. World Health Report 2010. Health systems financing: The path to universal coverage. Geneva: World Health Organization. Dostupné z:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf?sequence=1

WHO. 2017. Universal health coverage (UHC). [cit. 22-9-2018]. Dostupné z:

[http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

WHO. 2018a. Gabon statistical profile 2015. [cit. 21-11-2018]. Dostupné z:

<http://www.who.int/countries/gab/en/>.

WHO. 2018b. Out-of-pocket payments, user fees and catastrophic expenditure. [cit. 5-11-2018]. Dostupné z: http://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/out-of-pocket-payments/en/

Wiseman, V., Asante, A., Price, J., Hayen, A., Irava, W., Martins, J., 2014. Ten best resources for conducting financing and benefit incidence analysis in resource-poor settings. *Health Policy and Planning* 30 (8), 1053-1058.

World Health Assembly. 2005. Social health insurance: Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. Geneva: World Health Assembly.

Xu, K., Evans, D., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., Murray, C., 2003. Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis. *The Lancet* 362, 111–117. Dostupné z: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(03\)13861-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(03)13861-5/fulltext)

Zaman, S. B., Importance of Learning the Public Health Leadership. *Public Health of Indonesia* 3 (1), 1-3.

Zaman, S. B., Hossain, N. 2017. Universal health coverage: a burning need for developing countries. *Journal of Medical Research and Innovation* 1 (1), 18-20.