

# OBSAH

<b>Zkratky</b> .....	11
<b>1 Úvod</b> .....	13
<b>2 Cíle, metody a zdroje dat</b> .....	15
2.1 Metoda mezinárodního srovnávání zdravotnických systémů v rámci výzkumu zdravotnického systému, zdravotnických služeb a zdravotní politiky .....	17
2.2 Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů v rámci World Health Reports .....	21
2.3 Výzkum v oblasti veřejného zdraví a jeho využití v praxi zdravotní politiky .....	22
<b>3 Systém péče o zdraví a jeho funkce</b> .....	28
<b>4 Ukazatele zdraví v mezinárodním srovnání</b> .....	32
<b>5 Mezinárodní zdravotní směrnice WHO</b> .....	46
<b>6 Financování zdravotnictví v celosvětovém měřítku</b> .....	48
6.1 Úhrady poskytovatelům zdravotní péče .....	59
<b>7 Zdravotnictví ve státech evropského regionu WHO</b> .....	66
7.1 Česká republika .....	67
7.2 Slovensko .....	68
7.3 Spojené království Velké Británie a Severního Irska .....	70
7.4 Rakousko .....	71
7.5 Německo .....	72
7.6 Portugalsko .....	73
7.7 Francie .....	74
7.8 Řecko .....	76
7.9 Nizozemsko .....	77
7.10 Belgie .....	78

---

7.11 Švédsko . . . . .	80
7.12 Norsko . . . . .	81
7.13 Finsko . . . . .	82
7.14 Dánsko . . . . .	83
7.15 Slovinsko . . . . .	84
7.16 Chorvatsko . . . . .	85
7.17 Moldávie . . . . .	86
7.18 Makedonie . . . . .	87
7.19 Černá Hora . . . . .	88
7.20 Rumunsko . . . . .	89
7.21 Bulharsko . . . . .	91
7.22 Turecko . . . . .	92
7.23 Island . . . . .	93
7.24 Litva . . . . .	94
7.25 Lotyšsko . . . . .	95
7.26 Lucembursko . . . . .	97
7.27 Estonsko . . . . .	98
7.28 Rusko . . . . .	99
7.29 Maďarsko . . . . .	100
7.30 Ukrajina . . . . .	101
7.31 Bělorusko . . . . .	103
7.32 Izrael . . . . .	104
7.33 Irsko . . . . .	105
7.34 Kypr . . . . .	106
7.35 Itálie . . . . .	107
7.36 Španělsko . . . . .	108
7.37 Švýcarsko . . . . .	109
7.38 Lichtenštejnsko . . . . .	111
7.39 Andorra . . . . .	111
7.40 Monako . . . . .	112
7.41 San Marino . . . . .	113
7.42 Malta . . . . .	114
7.43 Srbsko . . . . .	115
7.44 Bosna a Hercegovina . . . . .	115
7.45 Polsko . . . . .	116
7.46 Albánie . . . . .	117
7.47 Kazachstán . . . . .	118
7.48 Turkmenistán . . . . .	119
7.49 Uzbekistán . . . . .	120

---

7.50	Gruzie	121
7.51	Arménie	122
7.52	Tádžikistán	123
<b>8</b>	<b>Zdravotní politika Evropské unie</b>	<b>125</b>
<b>9</b>	<b>Zdravotnictví ve státech Blízkovýchodního regionu WHO</b>	<b>132</b>
9.1	Afghánistán	132
9.2	Bahrajn	133
9.3	Džibuti	134
9.4	Egypt	135
9.5	Irák	136
9.6	Írán	137
9.7	Jemen	138
9.8	Jordánsko	139
9.9	Katar	140
9.10	Kuvajt	141
9.11	Libanon	142
9.12	Libye	143
9.13	Maroko	144
9.14	Omán	145
9.15	Pákistán	146
9.16	Palestina	147
9.17	Saúdská Arábie	148
9.18	Sýrie	148
9.19	Somálsko	149
9.20	Spojené arabské emiráty	150
9.21	Súdán	151
9.22	Tunisko	152
<b>10</b>	<b>Zdravotnictví ve státech afrického regionu WHO</b>	<b>154</b>
10.1	Jihoafrická republika	156
10.2	Lesotho	157
10.3	Svazijsko	158
10.4	Botswana	158
10.5	Namibie	159
10.6	Zimbabwe	160
10.7	Mozambik	161
10.8	Madagaskar	162

---

10.9	Zambie	163
10.10	Malawi	164
10.11	Angola	165
10.12	Tanzanie	165
10.13	Demokratická republika Kongo	166
10.14	Konzská republika	167
10.15	Gabun	168
10.16	Rovníková Guinea	169
10.17	Burundi	169
10.18	Rwanda	170
10.19	Uganda	171
10.20	Keňa	172
10.21	Etiopie	172
10.22	Eritrea	173
10.23	Nigérie	174
10.24	Niger	175
10.25	Čad	175
10.26	Benin	176
10.27	Burkina Faso	177
10.28	Togo	178
10.29	Ghana	178
10.30	Pobřeží Slonoviny	179
10.31	Libérie	180
10.32	Mali	180
10.33	Guinea	181
10.34	Sierra Leone	182
10.35	Guinea Bissau	182
10.36	Gambie	183
10.37	Senegal	184
10.38	Mauretanie	185
10.39	Alžírsko	185
10.40	Kapverdy	186
10.41	Seychely	187
10.42	Svatý Tomáš a Princův ostrov	187
10.43	Komory	188
<b>11</b>	<b>Zdravotnictví ve státech amerického regionu WHO</b>	<b>189</b>
11.1	Kanada	189
11.2	Spojené státy americké	190
11.3	Mexiko	192

---

11.4	Portoriko	193
11.5	Guatemala	194
11.6	Belize	196
11.7	Salvador	197
11.8	Honduras	198
11.9	Nikaragua	199
11.10	Kostarika	200
11.11	Panama	202
11.12	Kuba	203
11.13	Jamajka	204
11.14	Bahamy	205
11.15	Haiti	206
11.16	Dominikánská republika	207
11.17	Dominika	208
11.18	Barbados	209
11.19	Trinidad a Tobago	209
11.20	Argentina	210
11.21	Bolívie	211
11.22	Brazílie	213
11.23	Chile	214
11.24	Kolumbie	215
11.25	Ekvádor	216
11.26	Paraguay	218
11.27	Peru	219
11.28	Uruguay	220
11.29	Venezuela	221
11.30	Guyana	223
11.31	Surinam	224
11.32	Francouzská Guyana, Guadeloupe a Martinik	225
<b>12</b>	<b>Zdravotnictví ve státech regionu Jihovýchodní Asie WHO</b>	<b>227</b>
12.1	Bangladěš	227
12.2	Bhútán	229
12.3	Korejská lidově demokratická republika	231
12.4	Indie	233
12.5	Indonésie	234
12.6	Maledivy	235
12.7	Myanmar	236
12.8	Nepál	237
12.9	Srí Lanka	238

---

12.10	Thajsko	239
12.11	Východní Timor	240
<b>13</b>	<b>Zdravotnictví ve státech regionu WHO Západní Tichomoří</b>	<b>242</b>
13.1	Austrálie	242
13.2	Brunej Darussalam	243
13.3	Kambodža	244
13.4	Fidži	245
13.5	Japonsko	246
13.6	Laos	247
13.7	Malajsie	248
13.8	Nový Zéland	249
13.9	Čína	250
13.10	Mongolsko	251
13.11	Papua Nová Guinea	253
13.12	Filipíny	254
13.13	Singapur	255
13.14	Vietnam	256
13.15	Jižní Korea	257
<b>14</b>	<b>Diskuse a závěry</b>	<b>259</b>
<b>15</b>	<b>Souhrn</b>	<b>262</b>
<b>16</b>	<b>Summary</b>	<b>263</b>
<b>17</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>264</b>
<b>18</b>	<b>Literatura a informační zdroje</b>	<b>265</b>
<b>Příloha č. 1</b>		<b>313</b>
<b>Příloha č. 2</b>		<b>319</b>
<b>Příloha č. 3</b>		<b>325</b>
<b>Příloha č. 4</b>		<b>331</b>
<b>Rejstřík</b>		<b>334</b>
<b>O autorovi</b>		<b>336</b>

# 1 ÚVOD

Vážené čtenářky, vážení čtenáři,

dostává se vám do rukou kniha věnovaná mezinárodnímu srovnání zdravotnických systémů. Tato oblast akademické a veřejně politické činnosti se v novém tisíciletí slibně rozvíjí, a to také díky odborné a politické diskusi, kterou vyvolala mimo jiné Zpráva o zdraví Světové zdravotnické organizace z roku 2000, a také díky prohlubujícím se integračním procesům v mnoha oblastech světa. Zdravotnické systémy mají bezpochyby nezastupitelnou úlohu při naplňování potenciálu zdraví každého z nás i populace jako celku. Při jejich poznávání a srovnávání vychází publikace především z výkladových rámců, které prezentují informační zdroje Světové zdravotnické organizace a v nejrozvinutějších státech světa také Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj.

Mezinárodní srovnávání, nejen v oblasti zdravotnických systémů, souvisí se dvěma představami, které jsou v odborných kruzích hojně diskutovány. První představou je představa o nalezení ideálního modelu či vzoru. Tato snaha je jistě chválná, nicméně ve velmi různém kontextu jednotlivých států nereálná. Navíc hledání ideálu naráží nutně na hodnotové zakotvení hledajících, které se může i diametrálně odlišovat. Druhou představou je, že mezinárodní srovnávání není rezultativní, protože převod zkušeností je kvůli rozdílnému kontextu prakticky nemožný. Také toto tvrzení není zcela v souladu s existující realitou, ačkoliv samozřejmě praktické využití zahraničních zkušeností není bezproblémové. Předkládaná publikace v žádném případě nechce nikomu podsouvat rozhodnutí, co je nebo není nejlepším řešením. Co se druhé představy týče, pak autor věří, že kniha může za určitých podmínek představovat navýsost parciální příspěvek k rozvoji praxe mezinárodního srovnávání zdravotnických systémů u nás.

Oproti dalším publikacím, které jsou dostupné v České republice, se kniha nezaměřuje pouze na zdravotnické systémy našich geografických sousedů, případně systémy Evropské unie, na nejvyspělejší státy světa sdružené v rámci Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj či vybrané státy různých kontinentů, ale na všechny členské státy Světové zdravotnické organizace. Díky tomu pokrývá všechny regiony Světové zdravotnické organizace, tedy všechny kontinenty a většinu států světa.

Cílem autora není provést ani se pokusit o vyčerpávající syntézu všech dostupných poznatků ve zkoumané oblasti. Tento cíl by byl jistě příliš neskromný a předem odsouzený k neúspěchu. Snahou je spíše přiblížit čtenáři deskriptivní a analytické poznatky o zdravotnických systémech států všech regionů Světové zdravotnické organizace, a to v jedné publikaci. V případě zájmu pouze o jeden nebo několik málo zdravotnických systémů se budou zdát shromážděné informace jistě parciální, nicméně ve zdrojové literatuře lze najít celou řadu odkazů na další informační zdroje, které mohou sloužit pro hlubší studium daného systému nebo systémů.

Zdravotnické systémy se dynamickým způsobem vyvíjí, není vyloučeno a spíše je to velmi pravděpodobné, že některé, byť relevantními institucemi prověřené údaje, nejsou vzhledem k aktuálnímu stavu v dané zemi zcela přesné. Publikace pracuje s posledními dostupnými daty, která však mohou být v některých případech vzhledem ke svému stáří spíše ilustrativní. Práce vychází v drtivé většině ze zahraničních informačních zdrojů, na které odkazuje akademicky obvyklým způsobem. V případě pochybností rozhoduje vždy originální zdrojový text. Vzhledem k tomu, že většina informačních zdrojů má povahu elektronických dokumentů, nelze zaručit, že všechny tyto dokumenty budou vždy, zejména s větším odstupem času, dostupné.

Co se týče struktury, pak kniha ve své úvodní části vytyčuje cíle, metody a informuje o zdrojích dat a jejich omezení. Dále se věnuje hlubší diskusi metody mezinárodního srovnávání zdravotnických systémů, mezinárodnímu srovnání v rámci světových zpráv o zdraví, výzkumu v oblasti veřejného zdraví a jeho využití v praxi zdravotní politiky, systému péče o zdraví a jeho funkcím, ukazatelům zdraví v mezinárodním srovnání, mezinárodní zdravotní směrnici a následně financování a úhradám v celosvětovém měřítku, v této části s důrazem na členské státy Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj. Následují kapitoly věnované jednotlivým regionům Světové zdravotnické organizace, na které navazuje závěr, vymezení některých pojmů a seznam informačních zdrojů.

Je upřímným přáním autora přispět tímto způsobem do debaty na téma mezinárodního srovnání zdravotnických systémů a nabídnout čtenáři užitečné a zajímavé informace.

V Praze, léto 2012

*Miroslav Barták*  
autor



## 2 CÍLE, METODY A ZDROJE DAT

Cíle publikace lze spatřovat v deskripci jednotlivých zdravotnických systémů a syntéze jejich základních charakteristik. Dalším cílem je nabídnout analytické poznatky o jednotlivých zdravotnických systémech a regionech WHO. Publikace nabízí také dílčí poznatky vztahující se k budoucímu vývoji světových systémů péče o zdraví, jejich organizace a financování. Posledním zamýšleným cílem je nabídnout parciální poznatky o možnostech využití poznatků z mezinárodního srovnání v řízení systému péče o zdraví.

Práce využívá metody a metodická východiska a výkladové rámce, které byly vytvořeny v rámci vědního oboru *public health* – veřejné zdravotnictví a veřejné politiky. Od přístupu public health se odvíjí zájem o zdraví a jeho determinanty, organizaci systému péče o zdraví (naopak se nevěnuje významným otázkám sociálního lékařství a hygieny a epidemiologie), od přístupu veřejné politiky pak zájem o působení jednotlivých regulačních mechanismů společenského vývoje, aktérů zdravotní politiky, financování a úhrady zdravotní péče a jejich vlivu na fungování zdravotnických systémů. Kniha pracuje s celou řadou údajů ekonomické statistiky. Využívá nutně obecné poznatky ekonomie v oblasti zdraví a zdravotnictví, soustřeďuje se však zejména na otázky ekonomiky jako dynamické sociální praxe z pohledu vlivu na fungování zdravotnických systémů.

Vzhledem k tomu, že práce využívá dominantně dat, která jsou zpracována WHO, jsou v následujícím textu respektovány metodické přístupy WHO v dané oblasti. Dalším zdrojem dat jsou práce OECD. Teprve v návaznosti na ně jsou potom případně využívány práce jednotlivých autorů a autorských kolektivů. Údaje mezinárodních organizací, zejména pak WHO, zajišťují v současné době prakticky jedinou možnost mezinárodních srovnání zdravotnických systémů světových kontinentů.

Práce se tematicky inspiruje u doposud vydaných publikací na stejné téma, a to v anglické a německy psané literatuře (odborných knihách), nicméně její metodická východiska jsou poněkud odlišná. Oproti většině anglicky psané literatury jsou všechny kapitoly dílem autora, což s sebou nese určitá omezení ve srovnání s editorským přístupem či přístupem skupiny autorů bez editora. Mnohé americké nebo britské publikace vychází ze spolupráce autorů z jednotlivých zemí, na druhou stranu to přináší omezení v počtu zahrnutých států. Následně pak mohou být termínem „celosvětové srovnání“ označeny knihy, kde je srovnáváno, respektive uváděno, například pouze třicet, v některých případech i méně států. Velmi inspirativní

německy psaná literatura se naopak často zaměřuje pouze na státy Evropské unie nebo OECD.

Některé údaje jsou z pohledu zdravotnické statistiky relativně zastaralé (na druhou stranu však dostupné). U některých států také nebylo možné relevantní data vůbec dohledat. Dalším metodologickým problémem jsou politické a společenské změny, které nejsou v knize zachyceny. Je zcela zřejmé, že v některých regionech WHO a konkrétních zemích došlo od posledních dostupných informací a dat k přehodnocení zdravotní politiky, včetně financování, organizace a řízení zdravotnických služeb.

Jak již bylo uvedeno, publikace se snaží nabídnout mezinárodní srovnání na základě relevantních údajů především jednotlivých oblastních ředitelství WHO. Naneštěstí nejsou za všechny regiony a všechny státy dostupná identická data ve stejném rozsahu a hloubce. S výjimkou tabulek, které jsou zařazeny na konci podkapitoly o daném státu, se popis systému péče o zdraví, jeho vstupech i výstupech může stát od státu mírně lišit.

Zdrojem dat pro evropský region WHO jsou především analytické publikace, které zpracovává organizace European Observatory on Health Systems and Policies<sup>1</sup>, tj. Evropská observatoř zdravotnických systémů a politik. Tato organizace je založena na základě partnerství evropského regionu WHO, vlád některých evropských států (Belgie, Finska, Irsko, Nizozemska, Norska, Slovinsko, Španělsko, Švédsko), regionů (regionu Veneto v Itálii), Evropské komise, Evropské investiční banky, Světové banky, Národního svazu zdravotního pojištění Francie, London School of Economics and Political Science a London school of Hygiene & Tropical Medicine. Tato organizace publikuje analytické studie jednotlivých zdravotnických systémů států evropského regionu WHO s názvem Health Systems in Transition (HiT), které byly konkrétním zdrojem informací pro jednotlivé státy. Výhodou tohoto informačního zdroje je vysoce kvalitní jednotné analytické zpracování datových podkladů, na druhou stranu určitou nevýhodou je ne vždy zcela aktuální zpracování, tj. časové zpoždění údajů o tři až čtyři roky, v případě několika států i déle. U evropského regionu nejsou u textů, které se vztahují k jednotlivým státům, zahrnuty údaje o zdravotním stavu obyvatelstva, vzhledem k tomu, že jsou rutinně dostupné z četných informačních zdrojů. Všechny zdroje, tedy včetně publikací European Observatory on Health Systems and Policies i mimo ně, jsou citovány jak u podkapitol u jednotlivých států, tak i v seznamu informačních zdrojů na konci knihy.

Zdrojem informací pro africký region WHO<sup>2</sup> byly zdravotnické profily jednotlivých členských států regionu, souhrny zdravotnické statistiky jednotlivých států regionu a v neposlední řadě také kooperační strategie členských států regionu pro

<sup>1</sup> Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory>.

spolupráci s WHO. Konkrétní zdroje jsou citovány u jednotlivých podkapitol i v seznamu informačních zdrojů na konci knihy.

Zdrojem informací o státech amerického regionu WHO<sup>3</sup> byla prezentace jednotlivých členských států na regionálních stránkách WHO s tím, že významným a nepostradatelným zdrojem dat byla publikace „*Zdraví v Amerikách*“ ve svém posledním vydání, která je rovněž dostupná z regionální prezentace amerického regionu WHO. Konkrétní zdroje jsou citovány stejně jako v případě předchozích regionů u jednotlivých podkapitol i seznamu informačních zdrojů na konci knihy.

Informační zdroje o státech regionu jihovýchodní Asie WHO<sup>4</sup> vycházející z prezentace států na regionálních stránkách WHO. Konkrétní zdroje jsou citovány stejně jako v případě předchozích regionů u jednotlivých podkapitol i seznamu informačních zdrojů na konci knihy.

Zdrojem informací o blízkovýchodním regionu WHO<sup>5</sup> byla především prezentace jednotlivých států na webových stránkách regionálního ředitelství. Konkrétní zdroje jsou citovány stejně jako v případě předchozích regionů u jednotlivých podkapitol i seznamu informačních zdrojů na konci knihy.

Zdrojem dat o regionu WHO Západní Pacifik<sup>6</sup> byla opět prezentace jednotlivých států na webových stránkách regionálního ředitelství WHO. Konkrétní zdroje jsou citovány stejně jako v případě předchozích regionů u jednotlivých podkapitol i seznamu informačních zdrojů na konci knihy.

## 2.1 Metoda mezinárodního srovnávání zdravotnických systémů v rámci výzkumu zdravotnického systému, zdravotnických služeb a zdravotní politiky

Výzkum zdravotnických služeb můžeme definovat jako multidisciplinární výzkum, který se zabývá studiem sociálních faktorů, finančních systémů, organizačních struktur a procesů, zdravotnických technologií, jednání aktérů, kteří ovlivňují dostupnost, kvalitu, náklady zdravotní péče a v konečném důsledku naše zdraví a pohodu (Lohr, Steinwachs 2002). Jinou definici nabízí Ommen a kol., když uvádí, že výzkum zdravotnických služeb zkoumá využití závěrů klinických studií v praxi poskytování zdravotnických služeb a zabývá se vztahem mezi jejich kvalitou a nákladovou efektivitou z individuálního i společenského pohledu (Ommen a kol.

<sup>2</sup> Dostupné z: <http://www.afro.who.int/en/countries.html>.

<sup>3</sup> Dostupné z: <http://new.paho.org/index.php>.

<sup>4</sup> Dostupné z: <http://www.searo.who.int/>.

<sup>5</sup> Dostupné z: <http://www.emro.who.int/>.

<sup>6</sup> Dostupné z: <http://www.wpro.who.int/en/>.

2008, s. 985). Metodologickými otázkami výzkumu zdravotnických systémů se zabývali mimo jiné Kernic 2006, Bradley a kol. 2007, O’Cathain a kol. 2007, Terza a kol. 2008, Ann Bowling 2009, O’Cathain a kol. 2009. Přímou mezinárodnímu srovnávání se v této souvislosti věnuje McCoy (McCoy 2009). Byington a Roemer se v souvislosti s výzkumem zdravotnických systémů zabývali využitím prognostických metod (Byington a Roemer 2009), což je vzhledem k budoucímu vlivu zdravotnických systémů na společnost důležité, leč stále málo rozšířené téma.

Metodologií výzkumu v oblasti zdravotnických služeb včetně mezinárodního srovnávání se systematicky zabývali Ranson, Tiler a Bennettová (Ranson, Tiler, Bennett 2010), kteří se zabývali srovnáváním několika regionů WHO (evropský region nebyl zařazen). Na základě velmi pečlivého studia dostupných informačních zdrojů vymezili základní oblasti výzkumu v oblasti zdravotnických služeb. Z diskuse v jejich článku v časopise *Social Science and Medicine* lze odvodit, že problémy mezinárodního srovnávání jsou jak v oblasti datové základny, tak také v zastoupení jednotlivých států v rámci srovnávání. S jistou mírou zjednodušení bychom mohli říci, že čím ekonomicky výkonnější stát, tím větší zapojení do srovnávacích výzkumů. Díky tomu dochází k upřednostňování priorit těchto států a může dojít k opominání priorit států méně a zejména nejméně rozvinutých. Ranson Tiler a Bennettová upozorňují rovněž na to, že v některých případech je srovnávání obtížné také vzhledem k tomu, že nelze jednoduše srovnávat kvalitativní a kvantitativní přístup.

Anne Mills (Mills 2011) se v článku uveřejněném v *Health Policy and Planning* zamýšlí jak nad rozsahem výzkumu zdravotnických služeb, tak i nad metodologickými otázkami, které tento výzkum doprovázejí. Hlavní poznatky shrnula do následujících tří doporučení. Je třeba více vyjasnit (zpřesnit) definici výzkumu zdravotní politiky a zdravotnického systému i systému zdravotnických služeb. Metodám výzkumu v této oblasti není věnována dostatečná pozornost a tento stav je třeba změnit (Mills 2011, s. 1). Millsová ve své práci vychází do značné míry z práce *Health services research methods* (Black a kol. 1998). Tato publikace se však věnuje spíše než mezinárodnímu srovnání celkovému vymezení a postupu výzkumu zdravotnických služeb. Inspiraci nachází také u Fulopa (Fulop a kol. 2001). Z této práce vychází i v rámci mezinárodního srovnání dobře využitelná klasifikace výzkumu na mikro-, mezo- a makroúrovni, tj. od studia jednotlivých jednání pacientů či lékařů přes mezo na úrovni organizací a makro na úrovni celého systému péče o zdraví. Na základě velmi rozsáhlého šetření dochází autorka k závěru, že zlepšení a zlepšování komparativních studií (po stránce metodologické) mohou přinést větší možnost generalizace získaných poznatků. Budoucnost srovnávacího výzkumu je diskutována také v USA, kde se například Patricia Pittman zabývá budoucností dat, která jsou získávána o zdravotnickém systému USA (Pittman 2010). Za velmi přínosný lze z metodologického hlediska považovat také článek Ommen

a kol., kdy autoři diskutují vztahy mezi klinickým výzkumem a výzkumem zdravotnické soustavy včetně srovnávacího přístupu (Ommen a kol. 2008, s. 985). Ukazuje se, že medicínský výzkum a výzkum zdravotnických systémů se do jisté a v některých případech podstatné míry mívá, což nelze považovat za pozitivní jev. Další autoři se zabývají metodickými problémy různých zdravotnických odborností (Morfeld, Wirtz 2006, Wunsch a kol. 2006).

V rámci odborné veřejnosti je výrazným způsobem akcentována otázka možného srovnávání různých již provedených výzkumů, ve kterých se vyskytují metodologické odlišnosti. Stejně tak je pozornost věnována otázce sekundární analýzy a metaanalýzy (Rao a kol. 2008), jakož i využití multidisciplinárních přístupů (Georgiou a kol. 2007). Řada studií se zabývá metodologickými otázkami, které souvisí s výzkumem využití zdravotnických technologií a kvality poskytovaných zdravotnických služeb (např. Breckenkamp a kol. 2007). Využitím geografických informačních systémů se zabývají Moore a Carpenter (Moore and Carpenter 1999).

Samotná metoda mezinárodního srovnávání zdravotnických systémů zažívá v posledních několika dekádách významný rozmach. Přístupy k mezinárodnímu srovnávání, stejně tak jako využití jeho poznatků se případ od případu liší. Záleží na tom, kdo je autorem a kdo příjemcem poznatků, které ze srovnání vyplývají. Zcela jinou váhu má mezinárodní srovnání, ať již jednotlivých aspektů systémů péče o zdraví, nebo jejich celkové srovnání, které je prováděno velkými mezinárodními organizacemi – např. Organizací pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (OECD), Světovou zdravotnickou organizací a jejími specializovanými pracovišti (WHO) nebo orgány a agenturami Evropské unie (EU), a jinou váhu srovnání, které je prováděno v rámci akademického výzkumu nebo pro potřeby veřejné správy.

Důvodem rozšířenosti mezinárodního srovnávání je v rostoucí míře také skutečnost, že systémy péče o zdraví (ve vyspělých státech) čelí stejným problémům a výzvám. Mezinárodní srovnávání se nejčastěji zaměřuje na srovnávání ekonomiky péče o zdraví a také na srovnávání indikátorů zdravotního stavu, případně tyto přístupy kombinuje. Zejména srovnávání v oblasti financování a úhrad péče o zdraví se těší v posledních dvaceti letech mimořádné pozornosti. Jak uvádí například OECD (OECD 2009, s. 10), všechny státy Evropské unie (my dodejme, že tato situace je obdobná také v dalších vyspělých státech) čelí problémům s financováním zdravotnických systémů, kdy například jen od roku 1990 do roku 2006 vrostly celkové průměrné výdaje na zdravotnictví ze 7 na 9 %.

Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů hraje podle Roemera (viz Block 1997, s. 190) základní roli v rozšiřování inovací a pomáhá anticipovat problémy ve vývoji zdravotní politiky v daném státě. Usuzuje se rovněž (ibid), že v rámci tvorby a realizace zdravotní politiky mají větší šanci na úspěch ty návrhy a doporučení, které se opírají také o mezinárodní srovnání, případně vznikají v rámci

činnosti mezinárodních týmů, kdy je metoda mezinárodního srovnávání rovněž běžně užívána. WHO doporučuje (podle Block 1197, s. 190) jasné vymezení mezinárodního srovnání a jednoznačně se staví za vytváření evidence based poznatků a databází již na národní úrovni. Tento přístup implikuje, že významnou pohnutkou pro mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů je také snaha převést zahraniční zkušenosti a přístupy do domácí praxe, byť samozřejmě s určitým zpožděním a pouze v určitém rozsahu. Převod systému jednoho státu do podmínek státu druhého se v novodobé historii podařilo de facto pouze při spojení Spolkové republiky Německo a Německé demokratické republiky, kdy byl systém tzv. starých spolkových zemí přenesen také do nových spolkových zemí. Při převodu reformních zkušeností z jedné země je v prvé řadě kladen důraz na pochopení záměru a smyslu reforem, které probíhají nebo proběhly (viz Block 1997, s. 187).

Podle McPake a Millsové (McPake a Mills, 2000), které citují práci Roseho z roku 1993, se mezinárodní srovnání začíná využívat ve veřejné politice, pokud existují společné problémy, které tvůrce politiky nutí odhlédnout od rutinního uvažování. Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů tudíž může být užitečné díky tomu, že popisuje a vyjasňuje problémy, které jsou společné pro více států, identifikuje přístupy, kterými jsou stejné problémy řešeny jinde. Výsledky mezinárodního srovnání napomáhají také vytvářet teoretické modely, pomocí kterých lze vysvětlit, ukazují, jak jednotlivé zásahy mohou pomoci řešit problémy, pomáhají testovat tyto modely v různých zemích, pomáhají zhodnotit, jak odlišné podmínky v jednotlivých zemích mohou tyto modely měnit, a konečně retrospektivně hodnotit přenos zkušeností z jednoho systému do druhého.

Obecně byly identifikovány tři hlavní přístupy ke srovnávání dat o systémech péče o zdraví v mezinárodním měřítku (Abel-Smith a kol. podle Block 1997, s. 190–191). První přístup je založen na práci mezinárodních agentur nebo vytvoření mezinárodních projektů, které definují proměnné a pomocí sdílených nástrojů poté provádí sběr dat. Druhý přístup sází na spolupráci při harmonizaci údajů, které sbírají samostatně jednotlivé státy s cílem získat jednotky pro kompilaci a srovnání. Třetí přístup je založen na rutinním sběru statistických dat jednotlivými státy a následném snažení o jejich přetvoření na společné jednotky, které by bylo možné srovnávat. Mimo tyto tři způsoby je zmiňován také přístup, který využívá například OECD a který je založen na získávání dat v pravý čas (v daném kontextu rychle), což ovšem vyvolává potřebu vnímat určitý kompromis mezi jejich konzistencí, integritou a homogenitou (Abel-Smith a kol. podle Block 1997, s. 190–191).

Švédští autoři Annel a Willis (Annel a Willis, 2000) upozorňují, že práce, které se týkají zdrojů zdravotnického sestému, by se neměla zaměřovat pouze na srovnání některých agregátních údajů finančních zdrojů, ale také na detailnější zkoumání dalších zdrojů, jakými jsou pracovníci ve zdravotnictví, přístroje velké zdravotnické

techniky apod. Pro toto rozšířenější pojetí používají termín reálné zdroje (zdravotnického systému).

## 2.2 Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů v rámci World Health Reports

Světová zdravotnická organizace věnuje otázkám mezinárodního srovnávání značnou pozornost. Mimo statistické databáze, které nabízí datové podklady, je nutné připomenout každoročně publikovanou World Health Report (Světovou zprávu o zdraví). Tato zpráva se každý rok věnuje jinému tématu, například zpráva pro rok 2011 se věnuje zajištění univerzálního financování (viz dále), připravovaná zpráva pro rok 2012 výzkumu apod.

Z metodologického i praktického hlediska vyvolala značný zájem zpráva z roku 2000 s názvem Zdravotnické systémy – zvyšování výkonnosti. Tuto zprávu vytvořil tým okolo Philipa Musgroveho a za konceptuální rámec (který vyvolal řadu kontroverzních reakcí) odpovídali Christopher Murray a Julio Frenk (WHO 2000). Diskusi vyvolalo (jak je to v rámci oboru public health, ale také dalších jako např. sociologie nebo ekonomie) využití kompozitního indikátoru výkonnosti zdravotnických systémů a jejich následné seřazení podle výše dosaženého skóre v rámci přílohy číslo 9. Při hodnocení vycházeli autoři z ukazatelů, které mohou popsat tři fundamentální funkce systémů péče o zdraví. Jde o zlepšování zdraví populace, pro kterou jsou vytvořeny, reagování na očekávání občanů a poskytování finanční ochrany proti nákladům nemocí (katastrofickým nákladům). Česká republika se umístila podle tohoto hodnocení na 28. až 33. místě ze 191 hodnocených států. Z tohoto umístění vyplývá, že Česká republika patří v rámci celosvětového srovnání mezi státy s vysoce rozvinutým systémem péče o zdraví. V hodnocení z roku 2000 se na prvním místě umístilo Japonsko, na posledním místě Sierra Leone.

Z hlediska mezinárodního srovnávání financování, úhrad a organizace zdravotnických systémů stojí za zmínku také zpráva z roku 2011 (WHO 2010) s podtitulem Cesta k univerzálnímu financování (univerzálnímu přístupu). Otázky, které se zajištění univerzálního financování týkají, znějí: Kde a jak mohou nalézt finanční zdroje, které potřebují? Jak mohou ochránit lidi od finančních dopadů spojených se špatným zdravím? Jak je možno docílit optimálního využití zdrojů? (viz WHO 2011). Univerzální přístup, jak je definován členskými státy WHO, vyžaduje, aby všichni lidé měli přístup k potřebným zdravotnickými službám – prevenci, podpoře, léčbě a rehabilitaci – bez toho, aby se potýkali s finančními těžkostmi spojenými s využíváním těchto služeb. Dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví je základním lidským právem – zakotveným i v Ústavě WHO. Zdraví je zásadní pro blahobyt

každého jedince a přináší ekonomické výhody jedincům, domácnostem a zemím, jelikož lidé jsou více ekonomicky produktivní (WHO 2010).

Tři klíčové faktory ovlivňují schopnost země poskytnout finanční zdroje, které jsou nutné pro dosažení univerzálního zdravotního přístupu: Dostupnost, která je zčásti určena úrovní národního důchodu per capita (např. HDP per capita), a v některých případech přísun finančních zdrojů od externích partnerů. Úroveň politického a veřejného závazku ke zdraví: toto určuje, jak mnoho jsou vlády zemí ochotny investovat do zdraví ve srovnání s jinými rezorty a jak mnoho jsou lidé ochotni platit za udržování a zlepšování svého vlastního zdraví. Převažující postoj vůči takovým konceptům, jako je solidarita, což ovlivňuje ochotu populace dotovat náklady zajišťující přístup ke službám pro jedince, kteří jsou v horší situaci – buď proto, že jsou chudí, nebo nemocní (WHO 2010).

Za cestu vpřed považuje zpráva především následující opatření:

- Získání více financí pro zdraví či diverzifikace finančních zdrojů. Možnosti zahrnují: zajištění, aby se zdraví stalo větší prioritou v současném vládním rozpočtu; zajištění, aby byl systém výběru příjmů efektivnější; diverzifikace zdrojů příjmů skrze inovace v národním financování; navýšení externí podpory.
- Poskytnutí či udržení odpovídající úrovně ochrany před finančními riziky. Toto znamená spoléhat se ve velké míře na formy předplacení (např. daně a/nebo pojištění) pro získání financí, poté jejich sdružování, aby se zajistil přístup a rozložení finančních rizik. Toto napomáhá minimalizaci závislosti na přímých platbách.
- Zlepšování efektivity a rovnosti tím, jak jsou finance využity.

Zpráva identifikuje deset typických oblastí, kde je možno nalézt vylepšení. Tyto zahrnují: zajištění, že lidé neplatí příliš za léčiva a že je užívají vhodným způsobem tak, aby se zlepšila kvalita dozoru, zlepšení efektivity nemocnic, výběr správných intervencí, hledání incentív, které skutečně fungují, a vyhnutí se roztržitésti (WHO 2010).

## 2.3 Výzkum v oblasti veřejného zdraví a jeho využití v praxi zdravotní politiky

Oblast výzkumu public health a zejména jeho části, která se věnuje otázkám zdravotní politiky a ekonomiky a velmi často využívá poznatky z mezinárodního srovnání, je předmětem zájmu široké veřejnosti. Není také pochyb o tom, že oblast péče o zdraví na jedné straně zdroje veřejné i soukromé odčerpává, na straně druhé přispívá k růstu produktivity, konkurenceschopnosti a kvality života. Celkové výdaje na zdravotnictví představují ve vyspělých státech v průměru téměř 10 % jejich



hrubého domácího produktu a stále existuje tlak na jejich zvyšování na straně jedné a také více či méně úspěšné pokusy tento růst určitým způsobem regulovat na straně druhé.

Tvorba a realizace zdravotní politiky může být definována jako snaha o rozpoznání, prosazování a naplňování veřejného zájmu v oblasti naplňování potenciálu zdraví společnosti (viz Potůček a kol. 2005, Purkrábek 1999), a to jak prostřednictvím systému zdravotnických služeb, respektive podpory zdraví, tak i začleněním otázky zdraví do všech dalších politik. Veřejný zájem v oblasti zdraví (zájem, který se týká cílů a hodnot většiny společnosti, případně obrany hodnot a využívání rozvojových příležitostí) může být naplňován na národní, regionální i lokální úrovni, stejně tak jako na úrovni mezinárodní. Jeho naplňování je v kompetenci a odpovědnosti veřejného sektoru, ale také organizaci občanské společnosti i komerčních společností (Potůček a kol. 2005, Purkrábek 1999).

V souvislosti s výzkumem zdravotní politiky a ekonomiky vzniká také otázka, zda a jak jsou výsledky výzkumů využívány v praxi veřejné politiky. Můžeme se ptát na celou řadu otázek (Hanney a kol. 2003, vlastní doplnění). Odpověď na ně bude různá, a to v závislosti na pozici toho, kdo na ně odpovídá. Jinak bude odpovídat výzkumník, jinak politik, jinak úředník a jinak občanská veřejnost. Tyto otázky mohou znít:

- Jsou priority výzkumu stanovovány tak, aby výsledky měly šanci být využívány v praxi?
- Jsou priority stanovovány tak, aby zajistily angažovanost výzkumnické komunity? Jsou výzkumníci motivováni hodnotami, zájmem o poznání, nebo pouze finančními zdroji, které jsou alokovány na výzkum určitých témat?
- Existují zde výzkumy, které jsou relevantní k politickým tématům, nebo mohou přispět k otevření nové politické agendy?
- Potkává se společenská potřeba výzkumu (často ne zcela pociťovaná) s nabídkou výzkumníků?
- Existují módní a naopak opomíjená, ale z hlediska veřejného zdraví důležitá témata? Jedná se o výzkumy politiky, tj. toho, co se odehrává, či o výzkumy pro politiku, kdy jsou poznatky vytvářeny na něčí objednávku?
- Jsou výsledky výzkumů politikům dobře prezentovány, pokud vůbec? Dozví se rozhodovatelé informace včas a ve formě, která je převeditelná do praxe?
- Jsou politici schopni absorbovat výzkumná zjištění? Jsou tato zjištění schopni absorbovat také další významní aktéři? Nejsou výzkumná zjištění srozumitelná pouze dalším výzkumníkům, a neodborná veřejnost jim vůbec nerozumí?
- Existují situace, kdy politici chtějí a jsou schopni výsledky výzkumů využít? Jak je případně motivovat k využívání poznatků?
- Proč by měl být výzkum v této oblasti financován z veřejných prostředků?

- Není možné využít analytické kapacity jiných než výzkumných institucí?
- Co výzkumné instituce v oblasti veřejného zdraví mohou přinést? Jak měřit jejich společenskou užitečnost?

Tématu využívání výsledků výzkumů v oblasti zdravotnického systému, respektive veřejného zdraví, je věnována zejména v zahraničí stále větší pozornost (viz Klein, R. 2000, Black 2001, Hanney a kol. 2003). Právě třetí, zde citovaný článek britských autorů a švýcarského autora, který byl otištěn v časopise *Health Research Policy and Systems*, shrnuje diskusi o tomto tématu. Hanney a kol. (Hanney a kol. 2003) soudí, že význam výzkumu v oblasti zdraví a mechanismů, které jeho výsledky zprostředkovávají politikům, je stále frekventovanějším tématem. Autoři shrnují, že v posledních letech je velká pozornost věnována otázce využívání výsledků výzkumů v oblasti systémů péče o zdraví v praxi veřejné politiky. V této souvislosti hovoří autoři o existenci určitého rozhraní mezi výzkumníky na straně jedné a politickými rozhodovateli na straně druhé.

Návrh rámce pro hodnocení vztahu výzkumu a politiky podle Hanneyho a kolektivu (Hanney a kol. 2003, s. 4) představuje celou sérii úrovní, jejichž uvědomění si může být důležité pro zhodnocení míry využitelnosti výzkumu v oblasti tvorby a realizace politiky. Autoři se domnívají, že zapojení veřejnosti do tohoto procesu může být klíčové z hlediska využitelnosti výzkumných závěrů v praxi (tj. lobbying pro využívání poznatků, identifikace s danou politikou atd.). Model v sobě zahrnuje koncept zásobárny, respektive rezervoáru poznání, a myšlenku existence různých rozhraní mezi výzkumem a jeho širším politickým, odborným a sociálním prostředím.

Výzkum pro tyto potřeby rozdělují autoři (Hanney a kol. 2003) na fáze stanovení potřeb (témat) výzkumu, vstupy výzkumu (k tématům relevantní existující informace), dále pak na proces výzkumné práce (metody a metodologie) a primární výstupy (výsledky) daného výzkumu. V této poslední fázi jsou pak výsledky rozšířeny do politické praxe. Model samotný počítá s tím, že tyto poznatky k tvůrcům politiky doputují, ovšem skutečnost může být značně odlišná (toto však již autoři neuvádí). Proces tvorby politiky pro účely tohoto modelu rozdělují autoři na sekundární výstupy výzkumů na straně tvůrců politiky (tj. jak jsou využity poznatky při tvorbě politiky), dále na aplikaci poznatků v praxi (při implementaci) a konečně na výsledné výstupy politiky, která využívá poznatky v praxi (skutečný stav).

Dvě nejdůležitější rozhraní v tomto řetězci vidí výše uvedení autoři mezi fází stanovení potřeb výzkumu – formulací výzkumných cílů, kdy dochází ke specifikaci výzkumu, sestavení projektu a výběru výzkumných témat apod., a vstupy výzkumu (souhrnem existujícího poznání). Zde může docházet mnohdy k selekci pro dané téma důležitých informací. Druhé je pak rozhraní mezi primárními výsledky výzkumu a jejich využitím při tvorbě politiky. Tato dvě rozhraní hrají klíčovou

úlohu v tom, zda budou poznatky využity či nikoliv. Podle této logiky je tedy pro daný výzkum nejdůležitější dobrý výzkumný záměr a prezentace výsledků výzkumů tvůrcům veřejné politiky. Hanney a kol. (Hanney a kol. 2003, s. 4–5) považují politiky tvořené na základě poznání za sekundární výsledek využitých výzkumů. V této souvislosti také upozorňují, že některé výzkumné poznatky jsou využívány v praxi, ačkoliv ještě neprošly úrovní politického rozhodování. Jako příklad uvádí klinické směrnice, které jsou odborníky využívány v rámci praxe medicíny založené na poznání ještě dříve, než jsou přijaty např. Ministerstvem zdravotnictví.

Přes určitou vzdálenost mezi výzkumem v oblasti zdravotnictví a aplikací v praxi veřejné politiky patří zdravotnický sektor k oblastem, kde jsou výzkumné poznatky využívány vůbec nejméně. Tato situace se týká spíše klinických oborů, a ne zcela nutně oblasti zdraví veřejnosti – sociálního lékařství, kde je situace přece jen odlišná vzhledem k charakteru a povaze zkoumaných jevů a procesů (srovnej Hanney a kol. 2003). Pokud vycházíme z klasických modelů veřejné politiky, které jsou v praxi používány pro tvorbu analýz (např. na úrovni WHO, OECD a dalších institucí), můžeme rozlišit následující modely veřejné politiky (Hanney a kol. 2003, dále viz např. Parsons 1995, Howlet a Ramesh 1995, Potůček a kol. 2005, Schubert, Fiala 2000).

- Racionální model, který je založen na určitém systémovém pojetí, kdy tvůrce politiky nejdříve identifikuje problémy ve svěřené oblasti, poté zkoumá dostupné poznatky, analyzuje data o potenciálních možnostech řešení a jeho následcích a v konečné fázi vybírá to řešení, které je nejlepší pro dosažení předem stanoveného cíle. Tento model má určitá omezení, protože ne vždy jsou k dispozici všechna data, respektive i samotná interpretace dat a informací může být velmi různá. Zatímco jedna skupina může rozhodovatele přesvědčovat o výhodnosti daného opatření, další skupina prosazuje pravý opak. Dostupné informace také samozřejmě ovlivňují kvalitu rozhodování o alternativních možnostech řešení. Pokud jsou k dispozici omezené, nebo dokonce zkreslené informace, lze přijmout pouze uspokojivé, nikoliv ideální řešení.
- Inkrementální model naopak sází na uplatnění zájmů různých zájmových skupin. Mimo vědecké poznatky ovlivňuje tvorbu veřejné politiky také celá řada dalších informací. V rámci tohoto modelu není dosahování cílů lineárním procesem, naopak je spíše procesem malých krůčků a úroků (dílčích změn) – tvorbou politiky na základě střetávání různých zájmů a hledání určitých kompromisů a vzájemných ústupků.
- V dnešní době je rozšířeným modelem model sítí. V rámci tohoto modelu je politika tvořena vztahy mezi skupinami a politickými rozhodovateli. V některých případech jsou vazby mezi jednotlivými aktéry a zájmovými skupinami (ať již zastávají postoj v rámci veřejného zájmu, nebo zajišťují prosazení partikulárních zájmů) velmi silné.

- Posledním modelem, který je vhodné zmínit, je model odpadkového koše. Tento model předpokládá, že některá řešení mohou být odložena a v budoucnu opět vytažena jako pověstní králíci z klobouku společně s určitým problémem – aktuálním společenským tématem. Tento model předpokládá, že tvorba politiky je značně neuspořádaný proces, který je dalek existenci určitých úrovní tvorby politiky. Pokud bychom pokračovali v metafoře s králíky v klobouku, záleží také na osobě kouzelníka.

Stejně tak jako můžeme pohlížet různě na tvorbu a případně realizaci veřejné politiky, můžeme do určité míry klasifikovat také výzkumné poznání (viz Hanney a kol. 2003). Můžeme rozlišovat základní, klinický nebo aplikovaný výzkum (v ČR existují na základě zákona exaktně vymezené kategorie základní a aplikovaný výzkum). Odlišně bude tvůrci politiky využíván výzkum, jehož priority stanovují samotní výzkumníci, a jinak výzkum, který byl podpořen z veřejných prostředků, kdy výzkumné priority byly předem definovány (např. veřejnou institucí), ačkoliv ani zájem například veřejné instituce nemusí automaticky znamenat, že získané poznatky budou posléze využívány. Nicméně obdobná situace může nastat také v případě soukromého výzkumu. Dalším důležitým rozlišením výzkumu je otázka, zda se jedná o výzkum na národní nebo nadnárodní úrovni. Druhý jmenovaný má spíše větší naději na přenos do praxe.

Přenos poznatků do praxe je také podmíněn osobou výzkumníka nebo složením výzkumného týmu. Pokud je výzkumník, respektive výzkumný tým, tvůrci politiky a veřejností uznáván a všeobecně respektován, mají výzkumné výsledky větší naději na realizaci v praxi (srovnej Hanney a kol. 2003). Stejně jako existuje typologie modelů tvorby politiky a typologie výzkumu, existují také typologie využívání výsledků výzkumů (Hanney a kol. 2003).

- Prvním modelem je model přímého využívání výzkumných poznatků v praxi. Tento model předpokládá lineární vztah mezi existencí poznání a jeho využitím v praxi veřejné politiky.
- Dalším modelem je problémově orientovaný model. Zjednodušeně řečeno, pokud politik objeví problém, požádá výzkumníky o zhodnocení alternativ a možností řešení.
- Dalším modelem je model sociální interakce, kdy výzkumníci a tvůrci politiky vzájemně poznávají svůj způsob uvažování a své potřeby.
- Zajímavý model je také osvětový model, kdy výzkumné poznatky spíše kultivují prostředí, což může vést následně k většímu používání výsledků výzkumů.
- Politický model sází na využití výzkumných poznatků jako střílna proti „nepřátelské“ politice nebo názorům.
- Posledním zmiňovaným modelem je model taktický, kdy v případě určitého problému tvůrce politiky oznámí, že záležitost je nyní zkoumána, že tomuto

tématu je aktuálně věnována výzkumná pozornost. Zatímco jedni mohou tento postup vidět jako „cynický“ a přirovnat ho k přístupu ze seriálu „Ano, pane ministře“, jiní mohou vidět v tomto přístupu nástroj omezení iracionálních rozhodnutí.

Vztah poznání v oblasti public health a výzkumných výsledků na straně jedné a tvorba zdravotní politiky na nadnárodní, národní, regionální a lokální úrovni na straně druhé mohou být formalizovány nejrůznějšími způsoby. Některé, v tomto článku představené koncepty jsou jistě použitelnější pro naši soudobou praxi více než jiné. Reálná politika, stejně tak jako výzkum v oblasti public health se nevyvíjí lineárně, ale jsou závislé nejen na materiálních podmínkách, ale i na aktech politiky. Jistě najdeme oblasti, kde je poznání využíváno beze zbytku, a jiné, kde není o poznání takový zájem. Jistě existují politicky, výzkumně a společensky odlišně atraktivní témata a navíc jejich přitažlivost je v čase proměnlivá. Přínosem je si uvědomit a stále si uvědomovat existenci rozhraní mezi výzkumem na straně jedné a politiky, ale i občanskou společností na straně druhé. Zdá se, že stále existují mezery v komunikaci a přenosu poznání do praxe, ať jsou již zapříčiněny jakoukoliv stranou. Otázkou zůstává, kdo může uvedené rozhraní řídit, či alespoň obrušovat hrany. Zahraniční zkušenosti, kterým bude věnována pozornost v druhé části knihy, ukazují, že významný podíl na řízení tohoto rozhraní mohou mít výzkumné instituce, které vznikají buď jako samostatné organizace, jsou zřizovány státní správou či nadnárodními organizacemi, nebo jsou součástí jiných institucí, jakými jsou např. zdravotní pojišťovny, univerzity, ale také organizace neziskového sektoru.