

Solidarita se seniory v ČR – proklamace, realita a jaká budoucnost?

Autor: prof. RNDr. PhDr. Helena Haškovcová, CSc.

Pracoviště: Fakulta humanitních studií UK, Praha

Abstract: The article deals with the issue of solidarity both in the brief historical and present perspective. Practically all seniors as well as those who provide them professional or informal care are faced with the consequences of the general erosion of solidarity. Although all developed countries are confronted with the reduction of solidarity, the article underlines the specific situation in the Czech Republic. In the future, provision of care not only for the seniors but for all will be determined by the concept of so called “new solidarity”, which is expected to come, but the willingness to create it is still low. It will be crucial that not only professionals but also the general public decides whether health is a commodity like any other or high value, which should be protected in a special regime. At the same time, it is necessary to seek consensus on the question to what extent health is or should be individual or public value. Principles of public health are still implemented. Only after proper discussion, leading to the understanding of what a majority wishes, we can responsibly reform the existing health and social systems and to balance between how big role “market and state” should play in it.

Key words: geriatrics, social gerontology, public health, public health, solidarity

1. Úvod do problematiky

Není pochyb o tom, že stejně tak jako evropské populace, tak i ta česká stárne a stárnout bude. Tento nezpochybnitelný fakt bývá ve veřejném prostoru opakovaně uváděn, a to prakticky výhradně v souvislosti s navrhovanými, nebo částečně a „klipovitě“ realizovanými změnami v důchodovém systému. Zjevně nechtěným, ale nepřehlédnutelným důsledkem je tzv. demografická panika, která otřásá jednak dosavadními základními jistotami současných příjemců starobních důchodů, jednak budoucností mladých lidí, kteří se domnívají, že pro ně už penze nebudou¹, a kteří jsou za vydatné podpory médií přesvědčeni o tom, že „musí žít“ ekonomicky neaktivní obyvatelstvo. Připočítáme-li k tomu ještě opakované a pravdivé údaje o tom, že senioři odčerpají nejvíce peněz ze solidárního zdravotního pojištění², pak je jen „logické“, že právě oni představují pro ekonomicky činné občany nepřijemnou zátěž. Pak ovšem neudivuje, že se starší spoluobčané „nutně“ stávají společenskými outsidersy, s nimiž už nikdo nepočítá a jichž si nikdo neváží. To vše přesto, že politické reprezentace intermitentně, ale důsledně prohlašují, že senioři jsou nedílnou součástí společnosti, zasluhující respekt a úctu, například proto, že celý život pracovali, vychovávali své děti a třeba se i podíleli na výchově svých vnuků. Doplňme, že také celý život platili daně a že starobní penze není milodar, ale část platu vyplácená později. Stejně tak je deklarováno, že ocitne-li se senior v hmotné nouzi nebo v nemoci, bude mu zajištěna náležitá a státem garantovaná sociální a zdravotní péče, když už nestačí nebo nemůže být poskytována péče rodinná. Tyto teze mají dokonce oporu v Listině základních práv a svobod a našich dalších zákonech, stejně tak jako v nadnárodních dokumentech např. Evropské sociální chartě. Společným a zpravidla neavizovaným jmenovatelem je princip solidarity, která byla a dosud je alespoň formálně stále vysokou hodnotou, přestože v rychle se měnícím a globalizovaném světě její tradiční úroveň výrazně klesá nebo se její formy proměňují zatím k nejasnému výslednému stavu. O tomto mimořádném fenoménu s výraznými praktickými dopady (nejen) na seniorskou populaci³ se v České republice zatím, s výjimkou diskuzí v některých odborných kruzích, nehovoří a běžní občané solidaritu mlčky předpokládají jako neměnnou konstantu svých očekávaných jistot. Zkusme se tedy zamyslet nad tím, čím bychom se měli v teoretické a multidisciplinární rovině zabývat, aby bylo možné dosáhnout uspokojivého stavu, který může, ale usoudíme-li, tak také nemusí, být zakotven v moderní sociální a zdravotní politice státu. Filozofové by zcela jistě mohli

¹ Ačkoliv naším tématem není ekonomická stránka celé problematiky, je nutné upozornit, že průběžný důchodový systém je i do budoucna udržitelný. I když už dnes „žijí“ i důchodce 1,8 ekonomicky činných a poměr se může ještě zhoršovat v neprospěch důchodců, několikanásobně se zvýšila produktivita práce. Jednoduše řečeno, na důchody peníze budou, neodhadnutelná je však výše důchodů.

² Senioři celý svůj ekonomicky aktivní život přispívali prostřednictvím svých daní do zdravotního systému a péči čerpali jen omezeně, nebo vůbec. Když zestárli, tak je jen pochopitelné, že spotřebovávají podle nákladovosti léčby nejen „své“ nastřádané peníze, ale i ty peníze solidární.

³ Dopady se týkají všech sociálně slabých a zdravotně znevýhodněných skupin obyvatelstva. Též je třeba upřesnit, kdo je vlastně senior. Pro účely této stati je to člověk, který nejen splnil zákonné podmínky pro příjem starobního důchodu, ale také do něj „odešel“. S ohledem na různou praxi sociálních systémů v Evropě, mám na mysli osoby starší 65 let, tedy 65+. Problematika časového fázování třetího a čtvrtého věku života člověka a následného pojmenování seniorů je složitá, podrobnosti viz např. v knize HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brainteam, 2010, s. 10–22.

příspěť k teoretickému vymezení „nové solidarity“, jejíž koncept by se měl odvíjet především od hodnotových, nikoliv primárně ekonomických preferencí a to s vědomím, že dnes neexistuje systém společně sdílených hodnot. Vítězslav Gardavský byl odvážný, když v době socialismu napsal knihu s názvem *Bůh není ještě zcela mrtev*.⁴ Konstatujme však, že pro většinu nynějších občanů ČR je Bůh mrtev a vysoce ateistická česká společnost neakceptuje tradiční náboženský hodnotový systém.

2. Historické ohlédnutí

Koncept solidarity (lat. *solidus* = solidní, celistvý) existoval a prakticky se uplatňoval jako veřejně sdílená hodnota (*public value*) od nepaměti. Byl to však teprve zakladatel sociologie Emil Durkheim (1858–1917), který kategorizoval její dvě základní formy. Popsal tzv. mechanickou solidaritu, tedy původní formu vzájemně si pomáhajících lidí, kteří spolu žili a pracovali, znali se a společně sdíleli radosti i starosti svých životů.⁵ Je třeba zdůraznit, že tito naši předkové byli na sobě bezprostředně závislí a jejich vzájemná pomoc byla adresná. Mechanickou solidaritu, tedy formu silné sociální soudržnosti, nepochybně posilovaly i společné zvyky a víra v Boha a tím i společně žitá morálka. Nebudeme zabíhat do podrobností a sledovat i vznik a rozvoj charitativních aktivit církví i bohatých jednotlivců a „přeskočíme“ do 19. století, v kterém došlo v důsledku průmyslových revolucí a urbanizace k výrazným změnám v dělbě práce a životním způsobu, neboť právě v této době vzniká druhá základní forma solidarity, kterou Emil Durkheim pojmenoval jako organickou⁶. Ta se pak stala v anonymním prostředí průmyslových měst nejen základním konceptem ochrany obyvatel před bídou a rizikem ztráty zaměstnání či realitou nemocí, ale také základním kamenem postupně se rozvíjejících států blahobytu (*welfare state*), kde sociální i zdravotní pojištění, stejně tak jako zdravotnické i sociální systémy byly organizované a garantované jednotlivými státy, i když byly doplňovány tradiční charitou (tj. mechanickou solidaritou) i nemalými aktivitami postupně vznikajících spolků a zájmových sdružení.⁷ V případě sociálních a zdravotnických systémů pak i příspěvkovými a soukromými poskytovateli. Jak výstižně zdůrazňuje Ruud ter Meulen a Roh Houtepen, nebývalý „ekonomický růst umožňoval stimulovat solidaritu“⁸ podporovanou státem, kterou „občané vítali a byli srozuměni s příslušnými daněmi“⁹, z nichž jsou financovány průběžné důchodové systémy, stejně tak, jako nic nenamítali proti redistribuci svých daňových finančních prostředků do sociálních a zdravotnických systémů. Volené politické reprezentaci a organizátorům příslušných rezortů prostě, až na výjimky, důvěřovali.

⁴ GARDAVSKÝ, V. *Bůh není ještě zcela mrtev*. Praha: Československý spisovatel, 1967.

⁵ DURKHEIM, E. *Společenská dělba práce*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2004, s. 67–99.

⁶ DURKHEIM, E. *Společenská dělba práce*, c. d., s. 99–117.

⁷ Podrobně o realitě těchto aktivit na našem území v: Dohnalová, M. *Antropologie občanské společnosti*. Brno: Nadace Universita Masarykiana, 2004.

⁸ MEULEN, R. ter – HAUPTPEN, R. (Eds.). Solidarity. In: R. Chadwick. *Encyclopedia of Applied Ethics*. Vol. 4. Second ed. Elsevier Academic Press: Amsterdam – Boston – Heidelberg – London – New York – Oxford – Paris – San Diego – San Francisco – Singapore – Sydney – Tokyo, 2012, s. 203.

⁹ Je málo známou skutečností, že prakticky všichni z občanů EU pobírají tzv. státní důchod, tedy takový, který je financován z daní na sociální pojištění. Ten je považován za základní, reálně pak navýšený o prostředky z dobrovolného soukromého připojištění jednotlivců.

3. Současný reálný stav

Stát blahobytu nebo též stát veřejných služeb doznal svého vrcholu v 60. letech 20. století v Německu. Tam i v dalších evropských státech však v posledních desetiletích a se zjevnou akcelerací dochází k jeho evidentní redukci nebo dokonce dramatické demontáži, jejíž příčinu lze spatřovat jak v ekonomické tak politické oblasti.¹⁰ O jistou stabilitu a záchranu před totálním opuštěním konceptu tradiční organické solidarity se pokusili například organizátoři Evropského roku aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity v roce 2012, který u nás ovšem proběhl bez většího zájmu společnosti a bez participace jejích mladších subpopulací. Sledujeme-li ale základní roli solidarity, musíme konstatovat, že se mění, protože patrně narazila na své limity. Hospodářský růst nelze navyšovat do nekonečna a v době poslední ekonomické a zcela jistě též morální krize (od roku 2007) je dokonce nutné na ekonomické propady reagovat i finančně omezenými finančními transfery do sociální i zdravotní oblasti zvyšováním daní nebo vyšší spoluúčastí pacientů/klientů. Perspektivním, i když částečným způsobem, jak posílit soudržnost společnosti, je podporovaný rozvoj komunitních forem péče. Úspěchy zaznamenávají zejména komunitní sociální služby, které jsou sice levnější, ale také nejsou levné. Rozhodně v nich lze spatřovat určitou revitalizaci prvků mechanické solidarity.

Odborníci se shodují v názoru, že je přes všechny potíže objektivního charakteru nutné i do budoucna zachovat princip solidarity právě v sociálních a zdravotnických systémech jako „val (wall)“ proti významu tržní moci, liberální politice a zanedbávání nebo přehlížení vysoce závislých a zranitelných skupin¹¹ obyvatelstva. Je závažnou otázkou, zda bude možné udržet solidaritu „při životě“, když jsou současné ekonomické systémy postaveny na individuálních ekonomických zájmech a individuálním ekonomickém úspěchu a když každý jiný úspěch je předem devalvován. Jenže právě ti ekonomicky i společensky úspěšní rozhodují o sociálních a zdravotních systémech, do kterých přenášejí mechanismy „neviditelné ruky trhu“, ačkoliv trh nemůže být nejvyšší mravní hodnotou. To proto, že právě trh podlamuje solidaritu tím, že plodí značné sociální nerovnosti. Zatímco sociální státy je trvale snižovaly, nyní jsme svědkem jejich exponenciálního nárůstu. „Nerovnost je destruktivní. Rozkládá společnost zevnitř“ a „důsledky neregulovaného vytváření bohatství jsou vskutku trpké“.¹² Politolog Jiří Pehe v předmluvě k vynikající knize Tonyho Judta *Zle se vede zemi*, zdůrazňuje v intencích myšlenkových úvah autora, že se „postupně vytratily hlavní pilíře sociální soudržnosti: důvěra v systém, pocit sounáležitosti a vědomí společného zájmu“.¹³

¹⁰ Podrobněji např. v knize KELLER, J. *Soumrak sociálního státu*. Praha: Slon, 2005.

¹¹ MEULEN, R. ter. – HOUTEPEN, R. Solidarity. In: R. Chadwick. *Encyklopedia of Applied Ethics*, c. d., s. 199.

¹² JUDT, T. *Zle se vede zemi. Pojednání o naší současné nespokojenosti*, přel. J. Franěk. Praha: Rybka Publishers, 2011, s. 33.

¹³ PEHE, J. Předmluva k českému vydání. In: T. Judt. *Zle se vede zemi*, c. d., s. 13.

4. Česká specifika

I když nastíněné problémy související s erozí solidarity mají obecnou platnost, resp. nějakým způsobem je musí řešit všechny ekonomicky vyspělé státy, existují v České republice (a patrně i v dalších postsocialistických státech) určitá specifika. To proto, že v době socialismu tady byl jenom stát a žádný trh. Teprve po roce 1989 se začal rozvíjet tzv. třetí nebo též občanský sektor, jehož primárním cílem je doplnit stávající, tedy státem poskytované sociální nebo zdravotnické služby, nebo nabízet ty, které z různých důvodů stát nemůže nebo nechce provozovat. Také církve obnovily své přerušované charitativní projekty a lze předpokládat, že je posílí díky schváleným církevním restitucím.

Všechny aktivity třetího sektoru i církví jsou jistě prospěšné, ale koncepčně by měly být, jak opět zdůrazňuji, doplňkem stávajících veřejnoprávních systémů pomoci. Stejně tak by tomu mělo být i v případě soukromých, ať již sociálních, nebo zdravotnických služeb, na které nedosáhne velká část (nejen) seniorů, byť i s případnou finanční pomocí jejich rodin. Dvě třetiny českých důchodců mají totiž nižší než průměrný starobní důchod. Vzhledem k tomu, že třetí sektor i privátní poskytovatelé postupně přebírají i funkce původně státem garantovaných služeb¹⁴, je potřebné si položit otázku, zda je tomu opravdu tak, že stát má, musí nebo by měl rezignovat na svou odpovědnost za sociální a zdravotní politiku a její realizaci. Dodejme, že u nás se tržní principy už výrazně uplatnily v oblasti sociálních služeb¹⁵ a i ve zdravotnictví došlo k nekoncepční privatizaci celé řady velkých zdravotnických zařízení, aniž bychom předem vytvořili koncepci o tom, co má zůstat veřejnou a co má a může být soukromou službou. Bez základních znalostí principů solidarity a jejich proměn v posledních 150 letech takovou koncepci snad ani vytvořit nelze. I když mají politici k dispozici příslušné podklady odborníků, pracují s limitem omezených politických mandátů a rozhodují tak, aby se viditelný a líbivý efekt dostavil v krátkém čase. Nezanedbatelným faktorem, který se promítá do jejich rozhodnutí, je také skutečnost, že jsou mladí nebo středního věku a bez zdravotních obtíží. „Sytý hladovému prostě nevěří“ a podobně ani mladý a zdravý člověk neuvažuje reálně o tom, že se jednou přiblíží stáří se svými obtížemi, nemocemi a postupnou ztrátou soběstačnosti a že i movitý člověk se může dostat do situace sociální nouze, nebo i závažné dlouhodobé nemoci, na jejíž léčbu by vlastními, byť i velkými, finančními prostředky nestačil. Pro takové osoby se v USA ustálilo označení „mladí a nepřemožitelní“ (*Young and Invincibles*), kteří, protože mají ve své zemi tu možnost, odmítají jakoukoliv formu pojištění. I kdyby se teoreticky stalo, že by byla skupinou moudrých

¹⁴ Příkladem může být péče o osoby trpící Alzheimerovou chorobou nebo jinou formou demence. Těch je tč. v ČR 140 tisíc. Navržený Plán Alzheimer, který by řešil situaci těchto nemocných i jejich péči vyčerpaných rodin nebyl dosud schválen. Umístit takové nemocné do zařízení dlouhodobé péče nebo poskytnout respitní péči rodinným pečujícím, aby si odpočinuli, je obtížné až nemožné. Ve veřejnoprávních zařízeních, zejména sociálního typu, je až na výjimky nepřijímají. Ani v soukromých zařízeních nepanuje nadšení z této náročné klientely, ale přibývají ti, kteří pochopili, že je to „dobrý byznys“, který je ale většině občanů finančně nedostupný. Blíže v: HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, c. d., s. 260–270.

¹⁵ Je třeba upozornit na to, že už se nepoužívá výraz sociální péče, nýbrž sociální služba. Taktéž v zákoně 372/2011 Sb. o zdravotnických službách slovo „péče“ v podstatě nenajdeme. I když se ve veřejném prostoru o péči hovoří, litera zákona jednoznačně určuje výrazný a v našem zdravotnictví zatím plíživě se rozvíjející klientský systém.

odborníků vytvořena koncepce toho, co má být, nebude naplňována, pokud bude pouze nařízena, případně jen deklarována. Aby taková koncepce „žila“, je nutný souhlas většinové společnosti. Ta by měla rozumět tomu, že organická solidarita je „stanovená svobodnou volbou“.¹⁶ Tato volba v souhlase na programová prohlášení jednotlivých politických stran je pak zakotvena v zákoně a lidé se mu podřizují proto, že pro něj mají porozumění. V tomto kontextu je vhodné připomenout slova prvorepublikového ministerského rady A. Kolínského, který v roce 1923 napsal: „Stát může dáti zdravotní zákony, nařízení, podpory, může střežiti a upravovati zdravotní službu svými zaměstnanci, ale vše, co může stát učinit, je nějaké ceny teprve tehdy, když lid umí pochopovati, může splňovati a pomáhá splňovati příkazy zdravotní péče. Přímo lidová účast proměňuje mrtvá pravidla v živé zdravotní přikázání.“¹⁷ Dodejme, že se tehdy silně rozvíjel koncept sociálního lékařství, který byl komplementární potřebám většiny občanů, kteří ho „pochopovali“. Jsou snad dnes zdravotní a sociální potřeby lidí jiné? Nebo je to opravdu tak, že se většina občanů domnívá, že jejich řešení je jiné, tedy především nebo dokonce výhradně individuální?

Zdeněk Pinc ve své úvaze správně konstatuje, že „solidarita je totiž nevymahatelná“, a pokračuje: „toužím po ni a proto ji poskytuji, ale protože začasťe pociťuji nárok, který ode mne solidarita žádá jako neúnosný, raději deklaruji, že když se já obejdu bez solidarity, ať se solidarita obejde beze mě“.¹⁸ I když Zdeněk Pinc pak sleduje jinou myšlenkovou linii, dobře vyjádřil postoj, který v ČR zastává stále více lidí, nejvíce z řad těch zdravých a bohatých, kteří jsou přesvědčeni o své plné soběstačnosti v každé myslitelné životní situaci. Přibývá ovšem i těch nebohatých, kteří jsou dnes a denně informováni médií o tom, kde byly zase zbytečně utráceny milióny a v důsledku toho jsou přesvědčeni, že by si své peníze pro případné nemoci ve stáří lépe pohlídali. Z úst profesionálních pečovatелů, kteří se v regionech trpících vysokou mírou nezaměstnaností starají o seniory, se ozývá hlasitá kritika současného systému sociálního zabezpečení. „Proč se máme starat o lidi, kteří 20 let nepracovali? Je to spravedlivé? Neměla by být stanovena kritika zásluhovosti?“¹⁹ Konstatujeme, že ochota být solidární (nejen) se starými a starými nemocnými lidmi, ke které přispívá i atmosféra obecné nespokojenosti s řízením státu, dále klesá. Odmítání organizované solidarity bývá zatím individuální, vždy však emotivní. Racionální důvody pro její zachování ustupují do pozadí, nebo jsou přehlíženy.

¹⁶ PINC, Z. Má solidarita meze? In: D. Bittnerová – M. Moravcová (Eds.). *Etnické komunity. Vyjednávání pozice v majoritě*. Praha: FHS UK, s. 11.

¹⁷ KOLÍNSKÝ, A. Lékař a sociální řád právní. In: F. Hamza. *Úvahy o sociální péči zdravotní*. Praha: Nákladem Ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy, 1921, s. 138.

¹⁸ PINC, Z. Má solidarita meze?, c. d., s. 17.

¹⁹ Autentické výroky zazněly např. na semináři pro pečující v geriatrici, který vedla autorka tohoto textu, Praha 23. 1. 2014.

4.1 Neuralgické body české reality

I když se střední délka dožití stále zvyšuje a starší lidé žijí v relativně dobré psychické i fyzické kondici, jednoho dne, budou-li mít „kousek životního štěstí“, resp. nezemřelou-li „včas“, vstoupí do tzv. čtvrtého věku svého života, s kterým je spojena klesající soběstačnost a komparativně zvyšující se závislost na pomoci druhých lidí, ať již laiků nebo profesionálů z oblasti zdravotnického nebo sociálního sektoru. S ohledem na tradici celkem logicky očekávají, že jim „někdo“ pomůže, resp. spoléhání na stát je vysoké. Paradoxně toto spoléhání současných seniorů potencují ještě dramatické proměny rodinných scénářů, které ve svém důsledku snižují ochotu i reálné možnosti rodinných příslušníků (jmenovitě dospělých dětí či vnuků) starat se o ně. Klasický model, že „dvakrát dávám, dvakrát беру“, tedy přijímám péči a ochranu svých rodičů a pokud zestárnou, oplácím ji stejně tak, jak to činili oni, je výrazně deformován narůstajícím počtem osob žijících singl nebo programově bezdětných, ať již sezdaných nebo nesezdaných, párů.²⁰ Perspektivně to však budou právě ti singl, budující své ekonomicky úspěšné kariéry, kteří si budou moci zaplatit privátní služby stejně tak jako bohatí, kterých je v naší společnosti kvalifikovaným odhadem 13–15 %. Ptejme se ale: co bude s těmi ostatními, „zmizí-li“ organická solidarita?

Přechod od socialistického k demokratickému systému a budování tržního hospodářství po roce 1989 bylo a do jisté míry ještě je, doprovázeno „opojením Amerikou“ a následnou westernizací veřejného prostoru. Někteří občané, stejně jako část politické reprezentace, jsou přesvědčeni, že pomoc druhým lidem má být výhradně dobrovolná a nesmí být vynucována zákonem. Příkladem budiž třeba Michal Krčma, který svůj příspěvek v Britských listech dokonce zveřejnil pod názvem: *Státem ukradená solidarita* a vyzývá: „Vraťme solidaritu tam, kam patří. Jednotlivým lidem, neziskovým organizacím a obcím. Ale nepleťme si prosím individualismus (snahu akcentovat svobodu a svébytnost jedince, na které je založen liberalismus) a egoismus (snahu upřednostňovat sebe na úkor druhých)“.²¹ Patrně přehlédl, že právě s výjimkou Spojených států amerických, mají všechny vyspělé státy také státní zdravotní politiku, opírající se o organickou solidaritu. I když lze s autorem souhlasit v tom, že další navyšování daní by bylo neúnosné a patrně kontraproduktivní a v tom, že daňoví poplatníci nemohou ani kontrolovat, ani přímo ovlivňovat plýtvání penězi ve zdravotnickém systému a bránit zneužívání dávek a nespravedlnostem v sociální oblasti, přece jen bychom se příklonem k výhradní preferenci k mechanické solidaritě vrátili do doby konce 19. století. Podobně vikář evangelické církve Dan Drápal, poté, co správně odlišil dobrovolnou solidaritu neboli charitu od té povinné (resp. dobrovolně sdílené, tedy organické), kterou pokládá za „nucené sdílení rizik a nákladů, jak je tomu v systému zdravotnictví a důchodů“, je přesvědčen o tom, že ta druhá a neosobní solidarita „nevyvolává vděčnost, nýbrž je živnou půdou pro vyklíčení a růst nárokovosti“²².

²⁰ Podrobněji v publikaci HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, c. d., s. 53–65. Též v knize MOŽNÝ, I. *Sociologie rodiny*. Praha: Slon, 1999, nebo v kolektivní monografii: MOŽNÝ, I. – PŘIDALOVÁ, M. – BÁNOVCOVÁ, I. *Mezigenerační solidarita*. Praha: Výzkumné centrum Brno, VÚPS, 2003.

²¹ KINKOR, J. *Státem ukradená solidarita*. Dostupné z: <<http://blisty.cz/art/26352.html>>, cit. 2. 10. 2013, s. 1.

²² Drápal, D. *O solidaritě a „solidaritě“*. Dostupné z: <<http://www.revuepolitika.cz/clanky/1727>>, cit. 2. 10. 2013, s. 2.

Drápal dále dodává, že „vděční můžeme být pouze osobě, ať již je to člověk nebo Bůh!“²³ a přimlouvá se za dobrovolnou solidaritu, tedy charitu. I když se Dan Drápal nemýlí v tom, že nárokovost občanů, tedy pojištěnců, vzrůstá a „nárok a vděčnost nejdou dohromady“,²⁴ přece jen je třeba hledat odpověď na otázku, zda právě vděk je tou správnou a očekávanou reakcí obdarovaného. Vždyť právě závislost potřebných na svých adresných dárcích a jejich intermitentní ochotě pomoci byla celé řadě potřebných lidí nepřijemná, a proto vítali, respektive bojovali o institucionální zakotvení pomoci se všemi přednostmi i nedostatky, které jsou s ní spojené. Tony Judt k problému vděčnosti píše, že „navzdory rozšířené představě, jež se vkradla do anglo-amerického politického žargonu, nachází jen málo lidí zálibu v přijímání almužny... Je to prostě ponižující“.²⁵ I když autor pak specifikuje formy almužny jako dary „oblečení, obuvi, jídla, dotací na nájemné“²⁶ atd., lze k nim směle přiřadit i dary na zaplacení zdravotních a sociálních služeb.

Doplňme ještě, že ochota občanů České republiky přispívat na charitu adresným způsobem je (zejména v adventním čase nebo při živelných katastrofách) mimořádně vysoká a důvodem je pravděpodobně právě okolnost, že dárce rozhoduje, kolik přispěje a komu nebo na co. Přesto v případě vlastní nouze ale titíž lidé počítají s organickou pomocí a postupně zejména senioři nebo zástupně za ně jejich rodiny zjišťují, jaké rozdíly v kvalitě a také náladovosti dnes existují mezi státními a nestátními poskytovateli sociálních a zdravotních služeb. Platí, že dobrou úroveň najdeme tam i tam, stejně tak jako nedostatky. Senioři ale září vysoká nebo relativně vysoká finanční spoluúčast na rezidenční služby a kladou si otázku, „kde skončí“, když nebudou schopni dlouhodobě hradit s nimi spojené náklady. I když je tento problém prakticky řešitelný adresnými dávkami, např. příspěvkem na péči (vypláceným ze solidárního sociálního systému), opět je nutné jej připomenout nejen v úvahách o organické solidaritě, ale také v souvislosti s citlivými politickými konotacemi. Za socialismu totiž mohli potřební senioři pobývat třeba v Léčebnách pro dlouhodobě nemocné neomezenou dobu, i když snahy o její regulaci se vyskytly.²⁷ Léčebny tohoto typu existují dodnes, ale pacienti tam mohou pobývat pouze tři měsíce a dost. Další péče, pokud není uskutečnitelná v rodině, je možná, ale jen s různě a někdy se značným finančním doplatkem. Překvapené rodiny pak vzpomínají na „sladké“ doby socialismu a zapomenou, že tehdy byly jen některé léčebny vynikající a dobré a nemálo bylo těch, kde bylo skromné vybavení a životní prostor byl omezen na lůžko a noční stolek. Faktem ale je, že za socialismu byli občané, bez ohledu na osobní politické názory se zdravotnictvím a sociálními službami spokojeni. „Sociální jištění obyvatelstva v minulosti se snad ze všeho nejméně setkávalo a setkává s odsudky.“²⁸

Tradiční a opodstatněný nárok na péči zůstal stejný jako kdysi, ale jeho plnění je v protikladu k zažité zkušenosti, kterou získali současní senioři, když se starali o své nemocné rodiče či prarodiče, které třeba navštěvovali při jejich dlouhodobém pobytu v socialistických léčebnách. Rozčarování

²³ Tamtéž, s. 3.

²⁴ Tamtéž, s. 3.

²⁵ JUDT, T. Zle se žije zemi, c. d. s. 38.

²⁶ Tamtéž, s. 38.

²⁷ Blíže o péči o seniory v době socialismu v knize: HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, c.d., s. 208–228.

²⁸ KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. 4. vyd. Praha: ASPI, 2007, s. 92.

nynějších seniorů a jejich rodin je vysoké a vyvolává levicové, resp. socialistické resentimenty. Důsledků omezování organické solidarity by si měli být vědomi politici a předcházet jim nejen náležitou komunikací s občany, ale uvážlivými škrty v sociálním a zdravotním resortu.

Jisté je, že vědecká medicína nabízí stále více moderních diagnostických a léčebných metod. Bylo by vysoce mravné, kdyby každý člověk, kdekoliv a kdykoliv, dostal takovou péči, jakou potřebuje. Problém je, že splnění takového nároku je z mnohých důvodů nereálné.²⁹ Proto se i u nás zvažovalo zavedení standardů a nadstandardů, když standardní, tedy reálně dostupná, léčba by byla poskytnuta každému, nadstandard jen těm, kteří jsou schopni si ho zaplatit. Zajímavé je, že nadstandarty využil jen minimální počet občanů a některé i veřejnoprávní nemocnice je stáhly ze svých nabídek. Možná, že je to i důsledek toho, že lidé považují nadstandarty za zbytečný luxus, za který nejsou ochotni zaplatit, i když peníze mají. „Stačí“ jim přece základní služby organické solidarity, na kterou léta přispívali.

Jisté je, že neufinancovatelností tzv. ideální péče bude třeba nově definovat sociální a zdravotní potřeby lidí a jejich plnění, třeba opravdu tak, že některá budou patřit k nadstandardům. Mezi ně už nebudou patřit „pouze“ tzv. lepší sádry, kvalitnější kyčelní klouby nebo „bílé“ plomby. Určit, resp. dohodnout se, co má být základní, dostačující a na solidárním financování závislá péče, je „heroický“ úkol a dodejme, že alokace zdrojů jsou ekonomickou i etickou otázkou číslo jedna, jejíž řešení nemá „v kapse“ nikdo. V kvalifikovaných úvahách o alokacích zdrojů se zpravidla nesetkáváme s rozdělením na standardní a nadstandardní péči, ale s konceptem dostupnosti reálné, tedy všeobecně dostupné a ideální, tedy problematicky dostupné medicíny. Potřebné změny jsou nevyhnutelné a nepochybně vzbudí emotivní kritiku současných i potenciálních příjemců zdravotní péče nebo uživatelů sociálních služeb uvyklých péči štedrých sociálních států.

5. Budoucnost – existuje řešení?

Je možné předpokládat, že ve veřejném prostoru nezazní návrh na celkové zrušení solidárního sociálního a zdravotního pojištění. Řeč ale bude a musí být o změnách, které v stávajících solidárních systémech musí nastat. Jistým vodítkem pro návrh řešení může být koncept Daniela Callahana,³⁰ který zveřejnil ve své pražské přednášce už začátkem 90. let 20. století. Řekl tehdy, že musíme hledat odpověď na základní otázku, totiž „kolik trhu, kolik státu?“³¹ V té souvislosti uvedl známá fakta o tom, že v USA v souhlase s tradicí a tamní kulturou vyznávající individualismus,

²⁹ Blíže o tzv. alokaci zdrojů v: HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, s.68–74.

³⁰ Daniel Callahan (nar. 1930) je významný americký bioetik, zakladatel legendárního Hastings Center v New Yorku (od r. 1968), kam mj. postupně pozval celou řadu českých odborníků v lékařské etice a bioetice. Za zásluhy o rozvoj a zkvalitnění těchto oborů v ČR mu byl udělen čestný doktorát Univerzity Karlovy v Praze.

³¹ Na přednášce D. Callahana jsem byla osobně přítomna a mám k dispozici pouze vlastní poznámky. Pokud je mi známo, text jeho pražské přednášky nebyl dosud nikde zveřejněn. Za pozornost stojí jím založený časopis Hastings Center Report, kde je mj. věnován značný prostor problematice zdravotní politiky a veřejnému zdraví s ohledem na hodnotové systémy solidarity.

preferovali i ve zdravotnictví výhradně tržní principy.³² Postupem času však dospěli k názoru, že je třeba trh zdravotnických služeb doplnit o „prvky státu“. Už tehdy nám doporučoval, abychom do státem garantovaného zdravotnictví „pouštěli trh“ opatrně. Už tehdy jsme se ve společné rozpravě shodli na tom, že v České republice potřebujeme „méně vlády a více trhu“, zatímco v USA potřebují „více vlády a méně trhu“. Daniel Callahan pak vyjádřil svou představu, totiž, že bychom se někdy v budoucnu měli sejít v pásmu: „80 % státní garance a 20 % trhu“. Od dob jeho sdělení uběhlo již 20 let a musíme konstatovat: v USA se opakovaně nedaří přijmout reformu zdravotnictví, která reflektuje „více státu“, v České republice jsme naopak do solidárního systému sociálních služeb už „pustili“ podstatně více než 20% trhu a ve zdravotnictví, kde „procento trhu“ neznáme, inkorporace tržních mechanismů nepřehledně přibývá. I tato bilance svědčící, ať již o cílené, nebo bezděčné redukci solidarity zakládá důvody, proč bychom se měli solidaritou teoreticky zabývat a prakticky o ni pečovat.

Zatím jedinou jistotou, co bude dál, je nejistota jistot, které jsme dosud měli, nebo jejich existenci předpokládali. V úvahách o solidaritě bychom se měli věnovat nejen novému a nezvyklému konceptu tzv. globální solidarity, který reflektuje politické přeměny tradičních národních států v globálně sdílený veřejný prostor, ale také zdraví, jako vysoké a uznávané hodnotě. Dosud převažoval názor, že zdraví není a nemůže být jen individuální hodnotou, ale je také veřejným statkem, o který musí pečovat jednotlivé vlády a nikdo je nemůže vyvázat z této odpovědnosti, ledaže bychom odmítli dosavadní a platné zákony, které byly konstruovány tak, aby bylo veřejné zdraví zabezpečeno. Pokud bychom přistoupili na to, že zdraví je hodnota jako každá jiná a že je tedy „obyčejným“ zbožím, nejen, že bychom museli odstranit prvky zvláštního režimu, které je dosud jako veřejnou hodnotu chránilo, ale patrně bychom se vrátili do 19. století. To je vysoké riziko, před kterým varují odborníci všech vyspělých států Evropy.³³

Z mnohých důvodů bude však nutné nově definovat zdravotní a sociální potřeby občanů a stanovit, kdo je tím potřebným občanem, který bude mít nárok na solidární pomoc. To vše při paměti, že současný a prakticky uplatňovaný „princip subsidiarity narušuje intenzitu vazby občana a státu... vztah sociální a hospodářské politiky.“³⁴ V současných turbulencích, ve kterých se nacházejí (nejen) nemocní senioři a jejich pečovatelé, je těžké se vyznat. Setrvačnost a dnešními seniory i staršími pečujícími zažitý tzv. řád kázně zatím vyvolává iluzi, že se tak moc neděje. Zdravotní i sociální systémy zatím fungují díky tomu, že většinou starší pečovatelé s nemalým úsilím dodržují tradici. V souvislosti s úvahami o novém nebo jiném konceptu je možná dobré upozornit třeba na slova Dwighta Einsehowera, někdejšího prezidenta USA s mimořádnými zkušenostmi vojevůdce, který ve svých pamětech poznamenal: „Ustavičným zdůrazňováním individuálních práv a výsad amerického občana se zřejmě zastínila ona stejně důležitá pravda, že takový individualismus je možné uchovat,

³² V ČR je málo známou skutečností, že v USA je 31 miliónů nepojištěných a 64 miliónů!!! minimálně pojištěných občanů (data z roku 2009).

³³ Podrobněji např. v HOLČÍK, J. – ŽÁČEK, A. *Sociální lékařství*. Brno: MU, 1995 nebo JANEČKOVÁ, H. – HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009.

³⁴ KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. 4. vyd. Praha: ASPI, 2007, s. 35.

jen pokud občan přijímá odpovědnost za blaho národa, který ho při vykonávání těchto práv chrání“.³⁵ Analogie k organické solidaritě je zřejmá. Pro ty, kteří proti ní brojí, ať již její forma bude jakákoliv, jsou stejně vhodná slova Emila Durheima: „onen často uznávaný antagonismus mezi jednotlivcem a společností zdaleka neexistuje: morální individualismus či kult lidského jednotlivce je ve skutečnosti dílem společnosti. To ona sama si ho vyzvedla, to ona z člověka učinila Boha, jehož služkou se stala.“³⁶ Moderní člověk obdařený vysokými individuálními právy rozhodně nežije jako Kašpar Hauser. Proto je nezbytné, aby solidarita, třeba i v transformované formě, zůstala zachována.

³⁵ EISENHOWER, D. *Invaze do Evropy*. Praha: Naše vojsko, 1977, s. 62.

³⁶ DURKHEIM, E. *Sociologie a filosofie*, c. d., s. 73.

Referenční seznam:

DURKHEIM, E. *Společenská dělba práce*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2004

GARDAVSKÝ, V. *Bůh není ještě zcela mrtev*. Praha: Československý spisovatel, 1967

JUDT, T. *Zle se vede zemi. Pojednání o naší současné nespokojenosti*, přel. J. Franěk. Praha: Rybka Publishers, 2011

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brainteam, 2010

KELLER, J. *Soumrak sociálního státu*. Praha: Slon, 2005

MEULEN, R. ter – HAUPTPEN, R. (Eds.). Solidarity. In: R. Chadwick. *Encyklopedia of Applied Ethics*. Vol. 4. Second ed. Elsevier Academic Press: Amsterdam – Boston – Heidelberg – London – New York – Oxford – Paris – San Diego – San Francisco – Singapore – Sydney – Tokyo, 2012