Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Ústav translatologie

Bakalářská práce

Lucie Cízlerová

Komentovaný překlad: *Les systèmes de santé en Europe*

(Marc Duriez et Diane Lequet-Slama, Presses Universitaires de France, Paris 1998, s. 3-15, 63-70, 85-90, 96-98)

Commented translation: *Les systèmes de santé en Europe*

(Marc Duriez et Diane Lequet-Slama, Presses Universitaires de France, Paris 1998, pp. 3-15, 63-70, 85-90, 96-98)

Praha 2015

Vedoucí práce: doc. PhDr. Tomáš Duběda, Ph.D.

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala svému vedoucímu práce doc. PhDr. Tomáši Dubědovi Ph.D. za jeho vstřícný přístup**,** cenné rady a čas, který mi věnoval při konzultacích. Mé poděkování rovněž patří Orianne Demerliac za pomoc s jazykovými problémy výchozího textu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 15. 5. 2015 …….

Lucie Cízlerová

Abstrakt

Tato bakalářská práce sestává ze dvou částí – překladu francouzského textu do češtiny a jeho komentáře. Výchozí text je tvořen pěti kapitolami z knihy *Les systèmes de santé en Europe*, jehož autoři jsou Marc Duriez a Diane Lequet-Slama. Komentář analyzuje překládaný text a následně představuje metodu překladu spolu s překladatelskými postupy.

Klíčová slova

překlad, překladatelská analýza, překladatelské postupy, zdravotnické systémy, zdravotnictví, zdravotní pojišťovna, lékaři, nemocnice

Abstract

This bachelor thesis consists of two parts – translation of a French text into Czech and its commentary. The source text is composed of five chapters from the book *Les systèmes de santé en Europe*, the authors of this text are Marc Duriez and Diane Lequet-Slama. In the commentary, the translated text is analysed and afterwards the method of translation as well as the translation procedures are presented.

Key words

translation, translation analysis, translation procedures, health systems, public health, insurance company, doctors, hospitals

Obsah

Úvod……...7

I. Překlad……....8

II. Komentář……..31

1. Překladatelská analýza originálu…….32

1.1. Vnětextové faktory……..33

1.1.1. Autor…….33

1.1.2. Příjemce textu……...34

1.1.3. Záměr textu……...34

1.1.4. Funkce textu…….....……...…….35

1.1.5. Médium…….……36

1.1.6. Čas a místo…….……...……36

1.2. Vnitrotextové faktory……..36

1.2.1. Téma, obsah a kompozice textu……...……36

1.2.2. Presupozice…….…....…...……...37

1.2.3. Lexikum……....……37

1.2.4. Neverbální složky…….38

1.2.5. Větná struktura…….38

1.2.6. Stylistická rovina……..40

2. Metoda překladu…….41

2.1. Překladatelská strategie……...41

3. Typologie překladatelských problémů……...42

3.1. Překladatelské problémy na lexikální rovině…….42

3.1.1. Termíny……...42

3.1.2. Velká Británie……..…….…….....43

3.1.3. Německo…….....44

3.1.4. Itálie……...…….....45

3.1.5. Nizozemsko…….....……45

3.1.6. Nadpisy……...……...……46

3.2. Překladatelské postupy……...……...……..46

3.3. Chyby, zajímavosti a odchylky od běžného úzu v originálu…….……...49

3.4. Syntaktická rovina…….....……50

3.5. Stylistická rovina……...……...52

Závěr……..54
Bibliografie……55
Příloha (text originálu)……...59

Úvod

Předmětem této bakalářské práce je komentovaný překlad francouzského textu do českého jazyka. Pro překlad jsem zvolila část knihy *Les systèmes de santé en Europe*. Tato kniha byla vydána v roce 1999 v edici Que sais-je? a jejími autory jsou Marc Duriez a Diane Lequet-Slama. První část této práce tvoří překlad, zatímco druhá část se věnuje komentáři tohoto překladu. V komentáři se nejprve zaměřím na analýzu výchozího textu, jeho vnětextových a vnitrotextových faktorů. Následně se budu zabývat metodou překladu spolu s typologií překladatelských problémů, kde budu popisovat zvolenou překladatelskou strategii, problematické úseky a užité překladatelské postupy.

Překládaný text lze řadit k populárně-naučnému stylu, jeho cílem je představit zdravotnické systémy v Evropě na konci 90. let, popsat jejich kladné i záporné rysy a poskytnout přehled uskutečněných reforem v každé zemi. Publikace je rozdělena do patnácti samostatných kapitol, které na sebe nenavazují. Pro tuto práci jsem vybrala pět různých kapitol (Úvod, Německo, Velká Británie, Itálie a Nizozemsko) tak, aby byly zastoupeny všechny tři typy zdravotnických systémů. Tuto tematiku jsem si vybrala proto, že bych se v budoucnu chtěla specializovat na oblast zdravotnictví a také proto, že mám v blízkém okolí možnost odborné konzultace.

Výchozí text je přiložen v příloze a jsou v něm přeškrtnuty stránky, které jsem nepřekládala (např. začátek kapitoly o Řecku apod.). V komentáři užívám zkratky O pro originál a P pro překlad, spolu s číslem stránky, vždy v tomto tvaru: (O: číslo str.), (P: číslo str.).

I. Překlad

Úvod

Typy zdravotnických systémů v Evropské unii

Zdravotnické systémy a systémy sociálního zabezpečení v Evropě vycházejí ze dvou odlišných teorií. V Bismarckově modelu je systém založen na příslušnosti k určité profesní skupině a zdravotní pojištění je následně placeno z příspěvků. V modelu lorda Beveridge z roku 1942 mají naproti tomu přístup ke zdravotní péči všichni občané a služby jsou financovány z daní.

V důsledku sociálního vývoje se rozdíly mezi oběma modely postupně v průběhu let vytrácely.

V Evropské unii se uplatňují tři hlavní kategorie zdravotnických systémů. Do první kategorie patří zdravotnické systémy, ve kterých jsou zdravotní pojišťovny spravovány státem, do druhé kategorie patří národní zdravotní služba ve státech severní Evropy a do třetí smíšené modely států jižní Evropy.

1. **Systémy národních zdravotních pojišťoven** (Belgie, Francie, Lucembursko, Německo, Nizozemsko, Rakousko). Tento typ se objevuje v zemích, které v minulosti uplatňovaly systém sociálního zabezpečení vycházející z Bismarckova modelu. Stát ručí pouze za „blahobyt“ občanů, ale nárok na zdravotní pojištění mají jen pracující osoby. Od 70. let 20. století se však nárok na zdravotní pojištění rozšířil na všechny občany tudíž, aby bylo možné mít zdravotní pojištění, již není bezpodmínečně nutné být profesně zařazen. Všeobecné zdravotní pojištění ve Francii, ustanovené v rámci tzv. Juppéovy reformy, je spojené s jedinou pojišťovnou a nadobro se vzdaluje od původní myšlenky.

Poskytovatelé i plátci mají v tomto systému své přesně definované úlohy.

2. **Národní zdravotní služba ve státech severní Evropy** (Dánsko, Finsko, Irsko, Švédsko, Velká Británie). Národní zdravotní služba v severní Evropě představuje další typ systému zdravotního pojištění, v němž se jediný správní orgán stará o správu i financování zdravotní péče. Služba je založena na beveridgeovském principu – zdravotní péče je přístupná všem občanům a zdravotní výdaje jsou financovány z daní. Tento model vznikl v polovině 20. století a vychází ze sociálně-demokratických principů.

Model národní zdravotní služby byl zaveden po druhé světové válce ve Velké Británii a následně se velmi rychle prosadil i v Irsku a v severských zemích (Finsko, Švédsko

a Dánsko). Některá opatření někdy mohou oslabovat zásady rovného přístupu ke zdravotní péči pro všechny občany. Britská reforma z roku 1989 a také finské a švédské návrhy zákona významně upravují proces rozdělení zdravotnického rozpočtu, neboť zavádějí do systému mechanismy vnitřní konkurence.

3. **Smíšené zdravotní systémy států jižní Evropy** (Itálie, Portugalsko, Řecko, Španělsko). Národní zdravotní službu v zemích jižní Evropy není snadné zařadit do jedné společné kategorie. Tento systém vznikal od konce 70. let do poloviny 80. let 20. století a byl implementován, na základě Beveridgeova modelu, na existující zdravotní pojišťovny, které tvořily rozmanitou směsici.

Národní zdravotní služba vznikla na čistě ideologickém základě. Vyplynula z reakce na předchozí sociální systémy, jež vycházely z principu vzájemné pomoci, ale pouze pro určité vrstvy obyvatelstva a nezahrnovaly tedy populaci jako celek. Také ve Španělsku, Řecku a Portugalsku bylo nezbytné zavést rozvojový program pro zdravotnická zařízení a všeobecné pojištění pro všechny obyvatele. V Itálii, v období ekonomického vyčerpání a politické krize na konci 70. let minulého století, hrála naopak významnou roli národní soudržnost.

Zavedení těchto zdravotnických systémů a pojištění v období silného ekonomického poklesu však bylo velmi komplikované a muselo čelit řadě překážek. Výsledkem byl vznik hybridních systémů, které zahrnovaly jak nově vzniklou národní zdravotní službu, tak i některé původní speciální režimy sociálního zabezpečení.

V posledních letech se politici v těchto zemích snaží navrátit k velkorysým systémům sociálního pojištění, což ale nedovolují ekonomické podmínky. Nebezpečí těchto snah spočívá zejména v postupném oslabování základních principů – dostupnosti pro všechny a sociální rovnosti.

Kapitola I

Německo: systém zaměřený na finanční zdraví pojišťoven

Základem německého zdravotnického systému je národní zdravotní pojištění, které je založeno na příslušnosti k určité profesní skupině. Pojišťovny jsou stejným dílem spravovány státem a spolkovými zeměmi. Odpovídají za své hospodaření a samy si stanovují výši poplatků. Zákon o struktuře zdravotnictví (tzv. Seehoferova reforma), přijatý koncem roku 1992, značně mění původní principy systému.

Federální uspořádání státu se promítá do organizace zdravotnického systému. Některé pravomoce v oblasti veřejného zdraví jsou tedy společné pro federální stát i pro spolkové země (tzv. Länder).

Po sjednocení východního a západního Německa byl systém financování a organizace zdravotní péče západního Německa zaveden i v bývalém východním bloku, kde dříve fungovala národní zdravotní služba sovětského typu.

Krátce k historii

Právě v Německu vzniklo na podnět kancléře Bismarcka v roce 1883 první zdravotní pojištění pro dělníky, kteří nedosahovali určeného příjmu. Říšský zákon o sociálním pojištění z roku 1911 tvořil jeden ze základních milníků historie zdravotního pojištění.

V roce 1924 byla přijata opatření zabývající se organizací systému: snížení počtu zdravotních pojišťoven, právní úprava vztahů mezi lékaři a zdravotními pojišťovnami a vznik profesních lékařských asociací sloužících jako prostředníci mezi pojišťovnami a lékaři.

Období Třetí říše se vyznačovalo poklesem v oblasti sociálního zabezpečení i v zapojení zaměstnanců do systému. V roce 1951 obnovil Spolkový sněm správní úřady a zejména pravidlo rovnoměrného zastoupení ve správě pojišťovacích orgánů. Další právní předpis rozšířil výsadu zdravotního pojištění a harmonizoval příspěvky vyplácené v různých sociálně-profesních skupinách.

V roce 1977 bylo Německo první zemí, kde byla zavedena plošná politika kontroly výdajů ve zdravotnictví. Vznikla zde speciální platforma „Společná akce“, do níž se zapojili všichni účastníci a profesní skupiny zdravotnického systému. Návrhy přijaté touto platformou nebyly závazné, měly spíše doporučující charakter. Jejich účinnost závisela pouze na síle dosažené shody. Vznik této platformy odpovídal duchu federace a i zde se dosažení shody mezi účastníky systému, bez zásahů federálních úřadů, stalo principem a hlavní hnací sílou při řešení ekonomických a sociálních problémů.

Prvotním motivem nové politiky z roku 1977 bylo zajištění účetní rovnováhy zdravotních pojišťoven, aby zůstala zachována výše pojistného, a tím byla zaručena ekonomicky přijatelná úroveň sociálních odvodů

pro zaměstnavatele na sociální zabezpečení. Po prvních slibných výsledcích se tento pozitivní trend nepotvrdil, což vedlo k přijetí několika konkrétních opatření (zmrazení odměn a cen, navýšení finanční účasti pacientů).

Nedávné reformy – Zákon o reformě zdravotnictví (tzv. Blümova reforma), přijatý roku 1989, měl svůj původ již v předchozích politických snaženích, a přesto se některá jeho stanoviska rozcházela s určitými principy tehdejšího zdravotnického systému.

Jedním z nich bylo např. zavedení doplatků za léčbu pro určité skupiny výdajů. Dalšími důležitými body plánu Norberta Blüma bylo převzetí odpovědnosti za lékovou politiku zdravotními pojišťovnami a zavedení paušálního systému (tzv. Festbetrag). Léky, které byly součástí paušálu, pacienti nehradili. Lékárník měl právo nahradit předepsaný lék levnějším.

Reforma měla především organizační charakter. Nezaměřovala se na strukturální problémy zdravotnického systému: např. zde neexistovalo finanční vyrovnání mezi fondy sociálního zabezpečení, což mělo za následek značné rozdíly ve výši příspěvků pojištěnců v různých krajích a u různých pojišťoven; dále se nezaobírala rozložením nemocných (tzv. zdravotní demografií) a rovněž se nezabývala napojením ambulantní péče na hospitalizační. Také se nevěnovala dvojímu financování nemocnic, ke kterému docházelo jednak ze sociálního zabezpečení, jednak z financování spolkových zemí.

Zákon o struktuře zdravotnictví (Seehoferova reforma) byl přijat 20. 12. 1992 a zahrnoval dva druhy opatření. Zaprvé ta, která nesnesla odkladu, jako např. kalkulace rozpočtu na lékařské honoráře či stanovení rozpočtu na předpisy pro lékaře a nemocnice zahrnuté do Zákona o reformě zdravotnictví a zadruhé tři strukturální opatření. Tato opatření byla zaváděna v několika etapách. Týkala se financování nemocnic, koordinace ambulantní a nemocniční péče spojené s vyšší účelností spolupráce mezi různými specializovanými odděleními. V neposlední řadě se zabývala zavedením konkurenčních vztahů mezi zdravotními pojišťovnami.

Všechna tato opatření neměla za cíl pouze dosáhnout účetní rovnováhy zdravotních pojišťoven, jako tomu bylo u dřívějších reforem, ale navíc i systém dlouhodobě stabilizovat a odstranit překážky, které systém destabilizovaly.

Správa zdravotnického systému

Federální uspořádání německého státu se promítá do organizace a správy zdravotnického systému, pravomoce jsou proto rozděleny mezi federální vládu a spolkové země.

Na spolkové úrovni je ministerstvo zdravotnictví zodpovědné za veřejné zdraví, vzdělávání a pracovní podmínky zdravotnických pracovníků. Dále se stará o organizaci a ochranu zdravotních pojišťoven, legislativu spojenou s léčivy a upravuje také zásady fungování nemocnic.

Na zemské úrovni má každá spolková země svou vlastní „vnitřní vládu“, v čele s ministrem zdravotnictví, který se stará o přijetí federálních směrnic. Až do roku 1996 bylo rozhodování v oblasti nemocničních investic, lůžek a vybavení nemocnic ve výlučné pravomoci spolkové země.

Jestliže za oblast veřejného zdraví a všeobecné organizace přebírá zodpovědnost federální stát, tak je poté správa zdravotních pojišťoven pod taktovkou sociálních partnerů. Poskytování zdravotní péče a její finanční ohodnocení řídí sdružení pojišťoven, profesní spolky praktických lékařů nebo nemocniční zařízení.

Zdravotní pojištění

Zdravotní pojištění je povinné až do určité výše příjmu (64 080 německých marek v roce 1995). Zaměstnanci, jejichž výše příjmu převyšuje tento limit, úředníci a svobodná povolání si mohou vybrat, budou-li pojištěni u státní nebo soukromé (PKV) zdravotní pojišťovny. V roce 1995 využívalo služeb zdravotního pojištění 81 milionů osob, z nichž:

- 72 milionů bylo členem zákonného zdravotního pojištění, jež bylo tvořeno pojišťovnami různého typu – krajskými, profesními a firemními pojišťovnami,
- sedm milionů bylo pojištěno u soukromých pojišťovacích společností,
- dva miliony byly zavislé na speciálních zřízeních.

Jedním z hlavních principů německého systému je samostatnost správy zdravotního pojištění. To v praxi znamená, že každá pojišťovna je zodpovědná za svou účetní rovnováhu. Sazba se mění na základě výdajů a příjmů z předešlého účetního období. Pacient nic neplatí, vše za něj hradí pojišťovna. Doplatky za léčbu jsou použity na zdravotnické potřeby, léčbu a doplňkovou zdravotní péči.

Třebaže od změny zákona v roce 1992 došlo k mnoha fúzím, v Německu existuje osm hlavních modelů zdravotního pojištění, které tvoří velké množství pojišťoven. Mezi čtyři hlavní režimy patří všeobecné místní zdravotní pojištění (AOK), zaměstnanecké zdravotní pojištění (BKK), cechovní zdravotní pojištění (IKK) a model zemědělského zdravotního pojištění (LKK).

Pojistné je plně financováno příspěvky, které jsou vybírány rovným dílem od zaměstnanců i zaměstnavatelů. Stát finančně podporuje pouze nezaměstnané a výjimečně pomáhá sektorům, které mají demografický deficit (zemědělci a horníci). V roce 1994 se průměrná výše pojistného zvýšila na západě země na 13,5 % příjmu a na východě země na 12,5 % příjmu. Až do tohoto roku bylo možné zaznamenat velké odchylky výše pojistného podle typu pojišťoven a sektorů. Zákon o struktuře zdravotnictví z roku 1996 však zavedl kompenzační systém a vytvořil tak podmínky pro vznik hospodářského prostředí. Byly zrušeny rozdíly v legislativě mezi jednotlivými pojišťovnami.

Nabídka lékařských služeb

V roce 1996 bylo ve zdravotnictví zaměstnáno 2,2 milionu osob.

Zdravotnické profese – Lékaři jsou tzv. smluvními doktory. V západní části země připadá jeden lékař na 300 obyvatel a ve východní části jeden lékař na 360 obyvatel. Na západě má přibližně 89 000 lékařů svou vlastní ordinaci, 104 000 lékařů pracuje v nemocnicích a 24 000 z nich pracuje v administrativě či průmyslu. Na východě pracuje 19 000 lékařů v ambulancích, 21 000 v nemocnicích a další 4 000 v jiných sektorech.

Lékaři primární péče či rodinní lékaři zahrnují všeobecné, specializované, interní lékaře a pediatry. Poslední dvě skupiny si musí vybrat mezi prací praktického lékaře a specialisty. Seehoferova reforma z roku 1992 totiž vymezila pole působnosti u těchto dvou činností. Praktický lékař je schválen paritní komisí, která je složena z praktických lékařů a zástupců pojišťoven, a poté již nemá právo poskytovat specializovanou zdravotní péči. Specialisté naopak nesmí provozovat všeobecné lékařství. Praktik musí povinně absolvovat tříletý studijní program.

Každý pojištěnec se musí zaregistrovat u lékaře nejméně na dobu jednoho roku.

Specialisté mohou mít vlastní soukromou ordinaci, anebo mohou pracovat v nemocnici. Poměr mezi specialisty a všeobecnými lékaři se za posledních dvacet let změnil ve prospěch specialistů.

Zákon o struktuře zdravotnictví z roku 1992 značně omezil svobodu rozmístění lékařů. Přidělování volných míst je regulováno čekacími listinami a zájmy již zavedených lékařských ordinací. Od roku 1999 byla zavedena zákonná omezení. Licence se přidělují dle rozboru potřeb a jejich platnost automaticky končí, když praktik dosáhne věku 68 let. Pokud je počet míst stanovených paritním výborem překročen o více než 10 %, jsou považována za přebytečná.

Každý lékař je placen lékařskou komorou za výkon. Komora každé tři měsíce rozděluje mezi své členy určitou částku schválenou zdravotními pojišťovnami. Kromě toho je povinna stanovit maximální počet lékařských předpisů a předpisů na biologická vyšetření.

Stomatochirurgové mohou být rovněž zapojeni do systému zdravotního pojištění. V roce 1995 jich bylo přibližně 56 000, na západě země připadá jeden zubař na 1 250 obyvatel a na východě je jeden pro 1 350 obyvatel.

Zdravotní sestry a porodní asistentky pracují téměř výlučně v nemocnicích.

Nemocnice – V nemocničním sektoru pracuje mezi 1,2 až 1,3 milionu osob.

Nemocnice mohou být buď veřejné, soukromé neziskové nebo soukromé ziskové. Na západě země je jejich kapacita 657 000 lůžek a na východě 140 000 lůžek, z nich je asi 80 000 považováno za přebytečné. Dvě třetiny nemocnic tvoří nemocnice všeobecné. Hustota lůžek je osm lůžek na 1 000 obyvatel. Průměrná míra obložnosti je poměrně vysoká (81 %).

Nemocniční lékaři, kteří mají speciální kvalifikaci, mohou od reformy z roku 1992 ze zákona poskytovat vysoce specializovanou ambulantní péči. Nemocnice mají povolení provádět ambulantní operační výkony a nabízet předoperační i pooperační péči.

Pokud jde o financování nemocnic, v oblasti kontroly nákladů byla vždy hospitalizace na okraji různých politických zájmů. Vzniklé potíže byly zapříčiněny rozdílností nemocniční a ambulantní péče a zejména duální povahou financování. Výdaje na provoz měly na starosti zdravotní pojišťovny, zatímco investice byly ve správě jednotlivých spolkových zemí. Mezi těmito dvěma instancemi byl neustálý konflikt zájmů. Navíc způsob financování,

který je založen na jednotné ceně za den a který je určen spolkovou zemí, ještě zvyšoval specifickou inflaci nemocničního sektoru.

Principy nemocniční reformy z roku 1992 byly uvedeny do praxe až v roce 1996. Ceny se od té doby musejí odvíjet od ohodnocení lékařské péče. Finanční ohodnocení se uskutečňuje na základě paušálních výplat, které jsou v každé spolkové zemi pevně stanovené. Jedná se o všeobecné paušály pokrývající všechny náklady na určitý druh léčby. Dále se jedná o částečné paušály, jež hradí pouze výkony související se sekundární nemocí nebo nemocí, vzniklou až po primární příčině hospitalizace. Nemocnice mají právo dosáhnout zisku. Ztráty už nejsou kryty zdravotními pojišťovnami. Výše poplatku se stává nezávislou na době obsazení lůžka. Investice jsou financovány z paušálů případ od případu.

Seznam paušálů je stanoven výnosem na federální úrovni. Každému paušálu je přidělena hodnota v bodech, jejíž výše je určena pro každou spolkovou zemi tak, aby byla dodržena regionální cenová specifika.

Farmacie – Léky jsou vydávány v městských a nemocničních lékárnách – jedna městská lékárna pro 3 600 obyvatel na západě a pro 6 400 obyvatel ve východní části země.

Od roku 1989 mají lékárníci právo nahradit lék předepsaný lékařem levnějším lékem. Toto právo podporuje hospodářskou soutěž.

Pacient platí poplatek za lék, který se mění dle úprav a ceny produktu.

Farmaceutický průmysl je velmi mocný. Využívá svobody určování cen, která je však silně narušována systémem proplácení paušálů, zavedeným reformou v roce 1989. Komise, složená ze zástupců pojišťoven, farmaceutického průmyslu a lékařů, určuje tyto paušály, které jsou pak v praxi přiřazeny k cenám generických léčiv. Paušály se nevztahují na nedávno objevené léky proto, aby nedošlo k poškození farmaceutického výzkumu.

Kapitola VIII

Velká Británie: zavedení konkurenčních vztahů do Beveridgeova modelu

Britská národní zdravotní služba (National Health Service, NHS) zastává nejen funkci zdravotních pojišťoven, ale také funkci poskytovatele zdravotní péče. Disponuje téměř všemi zdravotnickými službami a je financována skoro výlučně z daní. Vztahy mezi úřady, zdravotnickými pracovníky, nemocnicemi a pacienty se spojují v jednotný systém. Všeobecní praktičtí lékaři slouží jako prostředníci mezi pacienty a specialisty.

Reforma z roku 1991, tzv. thatcherovská reforma, zcela změnila podobu národní zdravotní služby, neboť do vztahů mezi účastníky začlenila tržní mechanismy.

Krátce k historii

V roce 1911 vytvořil Zákon o národním zdravotním pojištění podporu pro dělníky pracující v průmyslu, kteří nedosahovali stanovené platové hranice.

Již v roce 1942 lord Beveridge zformuloval myšlenku národní zdravotní služby, kde měli všichni občané Velké Británie stejné právo na péči, avšak jeho idea nabyla účinnosti až v roce 1948.

Od roku 1974 byla zdravotnická péče hierarchicky uspořádána do krajů, oblastí a okrsků. O osm let později byly zřízeny regionální samosprávy, které byly dále rozděleny na okresní zdravotnické úřady. Ministerstvo zdravotnictví coby samostatná instituce bylo založeno v roce 1988. Rozdělení prostředků z daní se provádělo ve vztahu k potřebám odpovídajícím hlavně demografickým kritériím a nemocnosti. Systém byl v průběhu 70. a 80. let minulého století kritizován pro nefunkčnost způsobenou nadměrnou byrokratizací a problémy s účelným a nestranným rozdělováním prostředků.

Thatcherovská reforma NHS – Politická obměna na konci 70. let měla poskytnout příležitost konzervativní vládě, aby se pokusila o zásadní reformu. Změna zákona, přijatá roku 1991, se inspirovala Bílou knihou o národní zdravotní péči z roku 1989 a do zastaralých veřejných struktur zavedla konkurenční mechanismy.

Hlavní myšlenkou bylo zřetelné oddělení odběratelů a poskytovatelů péče – odběratele představovaly místní úřady a skupinové praxe všeobecných praktických lékařů, poskytovatele představovaly služby komunitní péče a nemocnice, které se vyvinuly v samosprávné organizace. Služby komunitní péče sdružovaly zdravotní péči a docházení do domácností, šlo tedy o zdravotně sociální pomoc. Pokud si to praktický lékař přál, mohl se stát správcem rozpočtových prostředků a odběratelem specializované péče pro své pacienty.

Nový systém předpokládal vyjednávání dohod mezi poskytovateli a odběrateli zdravotnických služeb. Byly zavedeny mechanismy pro vznik konkurenčního prostředí. Systém byl nadále financován z daní a zůstával pro pacienty bezplatný. Konkurenční mechanismy byly uvedeny do tzv. vnitřního trhu, a proto byly celkové výdaje předem určeny a kontrolovány. Poskytovatelé a odběratelé tvořili nedílnou součást systému.

Reforma tedy zavedla smluvní vztahy mezi veřejným a soukromým sektorem.

Po šesti letech (tedy v roce 1997) byl výsledek reformy hodnocen nejednoznačně. Řada otázek zůstala nevyřešena. Skutečně se systém zapojil do modelu vnitřního trhu? Získaly místní úřady a nemocnice k dispozici nástroje a metody potřebné k zavedení cenového systému? Kdo měl v tomto novém uspořádání oprávnění určit úroveň zdravotních potřeb obyvatelstva?

Správa zdravotnického systému

Na státní úrovni hlasuje parlament o daňových prostředcích přidělovaných zdravotnictví v závislosti na cílech zdravotní politiky.

Po reformě z roku 1991 se značně změnila pozice hlavního úřadu, neboť se parlament stal klíčovým garantem smluvních vztahů mezi poskytovateli a plátci péče.

Správa národní zdravotní služby za pomoci ministerstva zdravotnictví určuje směřování a priority zdravotnického sektoru, navíc stanovuje kvalitativní normy pro smlouvy uzavřené mezi zákazníky a poskytovateli péče. Správa vyvinula v posledních letech hodnoticí politiku. Snaží se také zredukovat nerovnosti v oblasti zdravotní péče. Právě kvůli těmto nerovnostem byla velmi kritizována, a proto státní orgány určily prioritní oblasti jednání.

A nakonec správa NHS stanovuje i výši maximálního zisku, kterého mohou dosáhnout farmaceutické laboratoře oboustranným jednáním.

Na krajské a místní úrovni bylo hierarchické uspořádání krajských a okresních zdravotnických úřadů nahrazeno uspořádáním funkčním.

- Od roku 1994 dohlíží na nákupní programy a investiční plány správy rodinné zdravotnické služby (Family Health Services Authorities, FHSA) celkem 8 okresních zdravotních správ NHS pod záštitou krajských úřadů ministerstva zdravotnictví.

- Od roku 1993 tvoří 148 okresních komisí pro zdraví okresní zdravotní správu (DHA). Běžný provoz nemocnic určovaly před rokem 1991 okresy. Poté ale bylo jejich úkolem „nakupovat“ pro pojištěné obyvatele nemocniční a specializovanou péči, předepsanou praktickými lékaři, kteří nebyli zapojeni do rozpočtového hospodaření. Okresy spolu se správou rodinné zdravotnické služby (tzv. FHSA) určují místní požadavky v oblasti zdraví a priority.
- FHSA má pravomoc kontrolovat ceny a hodnotit zdravotnickou praxi všeobecných praktických lékařů, zvláště v oblasti lékárnických předpisů. Je dále zodpovědná za regulaci a správu služeb poskytovaných praktickými lékaři, zubaři, optiky a lékárníky.

Zdravotní pojištění

NHS nabízí ambulantní a nemocniční péči bezplatně všem obyvatelům.

12 % populace, neboli 3,3 milionu osob, má zdravotní pojištění, které kryje téměř výlučně soukromou hospitalizaci.

95 % trhu soukromého zdravotního pojištění je soustředěno do tří společností. Hlavní z nich je British United Provident Association (BUPA). Od změny zákona mají tyto společnosti své vlastní uspořádání péče a uzavírají partnerské smlouvy se samosprávnými nemocnicemi NHS.

Na konci 70. let vznikly soukromé zdravotní pojišťovny jako reakce na selhání NHS a také proto, aby poskytly daňové úlevy na soukromé pojistky pro starší osoby.

Nabídka lékařských služeb

Zdravotnické profese – Hustota lékařů je 6,0 všeobecných lékařů a 9,3 specialistů na 10 000 obyvatel.

Všeobecní praktičtí lékaři tvoří základ zdravotnického systému, neboť právě oni zprostředkovávají přístup k sekundární péči. V roce 1996 byl počet všeobecných praktických lékařů přibližně 35 000. Od změny zákona z roku 1990 se praktičtí lékaři patřící ke skupinovým praxím, jejichž klientela přesahuje určitý limit (7 000 evidovaných pacientů) mohou stát, jak už bylo řečeno výše, členy samostatného rozpočtového hospodaření a mohou „nakupovat“ nemocniční péči nebo péči specialistů pro své klienty (Fund Holders).

Cílem této reformy bylo vytvořit konkurenční vztahy mezi poskytovateli nemocniční péče. V roce 1995 se více než jedna třetina všeobecných lékařů stala tzv. Fund Holders (= správci fondů). Avšak nástup labouristů v květnu 1997 mohl způsobit zpochybnění této funkce.

Odměny všeobecných praktických lékařů sestávají ze základního platu a z kapitačních plateb v závislosti na počtu registrovaných pacientů. Všichni občané mají možnost se volně zaregistrovat k praktickému lékaři dle svého výběru a to minimálně na dobu jednoho roku. Kapitační platby tvoří přibližně 60 % příjmu lékaře. Dodatečné prémie jsou lékaři přiznány pouze tehdy, když dosáhne stanovených cílů v oblasti prevence.

V nemocnicích je zaměstnáno 54 000 specialistů. Až do nedávné doby (konec 90. let) pracovali praktičtí lékaři pouze v ambulancích a specialisté výhradně v nemocnicích. Rozvoj skupinových praxí praktických lékařů změnil vztahy s nemocničními specialisty. Specialisté jsou stále pod nemocnicemi i v případě, kdy svolí k poskytnutí externí konzultace jinde než ve zdravotnickém středisku.

Stomatochirurgové a lékárníci jsou nezávislé zdravotnické profese, smluvně vázáné s FHSA.

Nemocnice – Od thatcherovské reformy se 96 % nemocnic postupně změnilo v samosprávné orgány (tzv. Trusty). V současnosti mají právo disponovat svými finančními prostředky a svobodně si půjčovat až do výše stanoveného ročního stropu. Trusty mají nezávislé vedení, které se často skládá z vedoucích ze soukromého sektoru. Těší se relativní nezávislosti ve výběru svých činností, ačkoliv jsou však povinny zajistit základní služby, a mají pravomoc vybírat si své zaměstnance.

Samosprávné nemocnice získávají finanční zdroje ze smluv uzavřených s okresní zdravotní správou (DHA), s všeobecnými praktickými lékaři spravujícími rozpočtové obnosy a se soukromými zdravotními pojišťovnami. Stejně jako lékaři jsou nemocnice v novém systému nezávislejší, ale zároveň i více sledované. Stát se totiž pokouší ukončit činnost málo výnosných institucí. Efektivnost nemocnic je měřena dle řady ukazatelů výkonnosti.

Nemocnice patří téměř výhradně pod národní zdravotní službu. Soukromá lůžka se nachází i ve veřejných nemocnicích. Soukromý nemocniční sektor zůstává stále v menšině (10 000 lůžek), ačkoliv v posledních několika letech má tendenci se rozšiřovat.

V roce 1994 zdravotnický systém disponoval 230 000 lůžky. Během devíti let bylo zrušeno 118 000 lůžek. Tato změna pokračuje spolu s rozvojem náhradních alternativ hospitalizace. Vzhledem k tomuto vývoji stanovila poslední konzervativní vláda snížení kapacity krátkodobé akutní péče o 40 %.

Zvýšení činnosti, značné snížení průměrné doby pobytu hospitalizace (z 15 dní v roce 1985 na 8 dní v roce 1995) a trend ve prospěch jednodenní hospitalizace tvořily hlavní pozorované změny během posledních čtyř let. Rovněž počet případů vyžadujících chirurgickou ambulantní péči vzrostl ze 400 000 na 1,8 milionu.

Ukazuje se, že nemocnice se čím dál více zaměřují na péči s krátkodobým pobytem. Geriatrie a především duševní choroby jsou léčeny hlavně v rámci komunitní péče.

Hlavním problémem stále zůstávají čekací listiny. Charta pacientů, přijatá roku 1992, poskytuje občanům určité záruky (např. lhůta čekání nesmí přesáhnout dva roky) a stanovuje práva nemocných.

Struktura personálu se za posledních deset let velmi změnila. Jestliže počet lékařů plynule narůstá (ze 4,5 % všech zaměstnaných v roce 1985 na 5,9 % v roce 1995), tak počet zdravotních sester naopak klesá (z 51 % na 48,8 %). Pokles je ještě citelnější u pomocného personálu (- 50 %), což vede ke stále častějšímu využívání subdodavatelů. Tento trend se objevil i v oblasti správy, v roce 1995 to bylo více než jedno využití z pěti oproti jednomu využití z dvaceti v roce 1985.

Farmacie – Lékárny (přibližně 12 000) nevlastní monopol na distribuci léčiv. Určité výrobky mohou být prodávány nejen v lékárnách, ale i na jiných prodejních místech. Volně prodejné léky představují asi 6 % prodeje.

NHS má na starosti všechny náklady na léky vydané na předpis. 75 % těchto výdajů představují recepty praktických lékařů, 20 % z léčiv vystavených pro nemocnice a 5 % od lékařů, kteří mají oprávnění vydávat léky. Politika ovládnutí farmaceutických výdajů byla účinná. Lékárníci mají právo nahradit předepsaný lék generickým přípravkem. Existuje omezující seznam těchto léků.

Ceny léčiv nejsou regulovány, ale jsou stanoveny na základě jednání mezi vládou a každým výrobcem léků na základě povoleného vývoje ziskového rozpětí. Všechny společnosti, které překračují povolenou hranici, musí buď snížit ceny, anebo vrátit rozdíl NHS.

Kapitola XI

Itálie: politika udává směr

Národní zdravotní služba, založená roku 1978 během období historického kompromisu mezi různými politickými stranami, byla obsazena politiky. Cílem reforem na konci 90. let bylo zjednat nápravu situace ve zdravotnictví tím, že rozdělily politickou a správní odpovědnost.

Zdravotnické struktury dostatečně nevyhovovaly reálným potřebám, což po celá 90. léta posilovalo politickou debatu.

V Itálii na konci 90. let probíhal proces silné decentralizace odpovědnosti ve zdravotnickém sektoru.

Krátce k historii

V 19. století poskytovaly zdravotní pojišťovny, fungující na principu dobrovolného přístupu, služby zdravotního pojištění. V oblasti průmyslu se tyto pojišťovny postupně přeměnily ve firemní pojišťovny, které se poté během druhé světové války federalizovaly do společné centrály: Státní zdravotní správy.

V polovině 70. let koexistovala v Itálii asi stovka různých zdravotních pojišťoven. Poskytovatelé zdravotní péče měli smlouvy u různých pojišťoven.

Italská národní zdravotní služba představovala jednotnou instituci, vznikla roku 1978 a byla silně ovlivněna atmosférou historického konsensu. Uskupení neextremistických stran podepsalo 21. června 1976 dohodu o společném politickém projektu.

Změna zákona přidělila klíčovou roli politickým autoritám v řízení místních zdravotnických jednotek, které tvoří základní pilíř celého uspořádání.

Reforma z roku 1992 – V prosinci 1992 byla přijata důležitá novela o národní zdravotní službě a v průběhu dalších let byla dále doplňována. Od roku 1995 vešla postupně v platnost.

Hlavními body byly decentralizace financování zdravotní péče a zavedení konkurenčního prostředí. Velké nemocnice získaly autonomní postavení. Regiony byly od té doby plně zodpovědné za výdaje a příjmy v oblasti zdravotnictví. Byly schopny nabídnout lepší zdravotní péči, než jaká byla poskytována na národní úrovni.

Zákon zavedl hospodářské prostředí. Kraje si mohly svobodně vybrat mezi třemi modely: volnou smlouvou, samostatným poskytovatelem a plánem činností.

Ve volné smlouvě měl pacient možnost vybrat si jakéhokoli poskytovatele péče, veřejného či soukromého, který byl smluvně vázaný s národní zdravotní službou, místní zdravotní jednotky zde zastávaly pouze roli plátce. V druhém modelu nabízely místní jednotky (USL) smlouvy s přednostními poskytovateli a pacient se mohl bezplatně obrátit pouze na tyto vybrané poskytovatele. Ve třetím modelu si každá jednotka sjednala roční plán aktivit se svými vlastními nemocnicemi, zdravotními středisky a případně i se soukromými poskytovateli péče.

Tyto body měly být teoreticky účinné již od konce roku 1997, ale ukázalo se, že ani o rok později nebylo značné množství krajů připraveno je uvést do praxe.

Správa zdravotnictví

Na státní úrovni vytyčuje cíle a národní priority ministerstvo zdravotnictví. Určuje stupeň finančního zapojení národní zdravotní služby pro obyvatele a rozděluje finanční prostředky mezi kraje dle kvóty na jednoho obyvatele (quota par habitant). Ručí za správné rozdělení služeb po celém území státu. Vybrané priority veřejného zdravotnictví konzultuje Národní zdravotnická rada.

Na regionální úrovni je již zákonem z roku 1978 stanovena značná autonomie krajů a reforma v roce 1992 jejich pravomoce zesiluje ještě výrazněji. Kraje od té doby vybírají povinné příspěvky, mohou stanovit jejich výši a výši doplatků za léčbu, které mohou přesahovat limity určené právním řádem. Regiony jsou zodpovědné za plánování i uspořádání péče a rozdělují finanční prostředky mezi místní zdravotnické jednotky a samosprávné nemocnice.

Místní zdravotnické jednotky (USL) odpovídají za poskytování péče obyvatelstvu, a to jak přímo v jejich vlastních zdravotnických zařízeních, tak i nepřímo pomocí smluv s ostatními nemocnicemi a veřejnými či soukromými zařízeními. Počet USL byl značně omezen, z 651 jednotek v roce 1978 na 228 v roce 1998.

USL pracují v zásadě na úrovni okresu, který poskytuje primární péči a koordinuje jejich činnost. Jejich úkolem je napomáhat propojení primární a ambulantní péče. V důsledku absence přesných pravidel na národní úrovni, v některých regionech tyto jednotky nemají.

Nabídka lékařských služeb

Národní zdravotní služba v Itálii zaměstnává přibližně 700 000 osob. Lékaři představují asi 13 % zaměstnanců, zdravotní sestry a porodní asistentky více než 37 %. Zdravotnické odvětví vykazuje vysokou míru nezaměstnanosti. Až v polovině 90. let byly na lékařské školy zavedeny přijímací zkoušky.

Primární péče – Jedním z hlavních cílů postupných reforem byl rozvoj primární zdravotní péče. V roce 1995 pracovalo v tomto sektoru 51 000 praktických lékařů, tedy jeden lékař pro 1000 obyvatel. Počet pediatrů (6250) byl značně nedostačující, neboť jejich hustota byla 0,6 na 1000 dětí.

Praktičtí lékaři jsou rozmístěni nerovnoměrně po celém území; více praktiků působí na jihu země. Tito lékaři primární péče jsou odsunuti na okraj národní zdravotní služby, reálně se neúčastní aktivit USL a jen velmi málo spolupracují se specialisty. Jsou financováni kapitačními platbami.

Primární péče zahrnuje rovněž pohotovostní služby v naléhavých případech a mimo úřední hodiny.

Specializovaná ambulantní péče – Národní zdravotní služba zaměstnává pouze malý počet ambulantních městských specialistů.

Existují tři druhy uspořádání: polikliniky, veřejná a soukromá nemocniční zařízení. Většina z nich vznikla zásluhou neziskových zdravotních pojišťoven dříve, než vznikla národní zdravotní služba.

Specialisté začlenění do národní zdravotní služby mohou pracovat ve více zařízeních najednou a pracovat přitom i v nemocnicích na částečný úvazek. Jsou placeni dle hodinových sazeb. Specialisté pracující mimo nemocnici se zabývají především diagnostikou.

Specialisté vázaní externí smlouvou provozují činnost buď v samostatných ordinacích, nebo na soukromých klinikách. Jsou placeni za činnost dle dohodnutého tarifu. Samostatné ordinace převládají v jižních regionech. Jejich návštěvě by mělo předcházet doporučení praktického lékaře.

Nemocnice – Nemocnice jsou složeny hlavně z 990 státních zařízení a z 656 soukromých smluvních klinik. Kromě toho existuje 68 psychiatrických léčeben,

které se ubránily zákonu, jenž vyhlásil jejich zrušení. Z celkového počtu tvoří 60 % nemocnic malá zařízení s méně než 200 lůžky. 70 % lůžek je rozděleno mezi internu a chirurgii.

Hustota lůžek je 6,7 na 1000 obyvatel. Rozmístění je po celém území státu nerovnoměrné. Pohybuje se od 5 lůžek v Kampánii až k 8,3 lůžka na 1000 obyvatel v Laziu.

Jižní regiony a Lazio se obracejí mnohem více k soukromému sektoru než ostatní kraje. Velmi důležitý fakt představuje migrace nemocných z jihu na sever. Pacienti se mohou obrátit na soukromý smluvní sektor v případě dlouhých čekacích lhůt.

Ve státním sektoru se velké nemocnice, v roce 1998 jich bylo 55, staly samostatnými společnostmi a od roku 1995 svobodně řídí své rozpočty. Ostatní nemocnice jsou začleněny do místních zdravotnických jednotek kvůli financování a správě.

Ve státním sektoru je zaměstnáno 560 000 osob, z nichž lékaři tvoří 17 % a zdravotní sestry 44 %.

V soukromém sektoru lze nalézt kromě smluvních klinik, jež reprezentují 16 % z celkového počtu všech nemocnic, rovněž tzv. registrované soukromé nemocnice, většinou církevní (ne více než 2 % lůžek).

2,5 % lůžek je ve vědeckých ústavech, ať už státních či soukromých, které se zabývají vědeckým biomedicínským výzkumem.

Lékaři pracující ve veřejném nemocničním sektoru jsou řádnými zaměstnanci. Nadpoloviční většina z nich pracuje na plný úvazek. Ti, kteří pracují pouze na částečný úvazek, mají povoleno vykonávat zároveň další libovolnou činnost.

V soukromém sektoru jsou lékaři placeni za zákrok. Lékaři pracující na plný úvazek představují pouze čtvrtinu lékařů. Důvodem je osvobození klinik od sociálních poplatků, pokud zaměstnávají lékaře s úvazkem i v nemocnici.

Od roku 1997 se financování nemocnic řídí speciálními tarify, které jsou založeny na klasifikaci nemocných do nákladově a klinicky podobných skupin (DRG). Asi 80 % rozpočtů autonomních nemocnic pochází z regionů, které nemocnicím vyplácí kvótu za každého nemocného. Zbytek rozpočtu je pokryt smlouvami s USL.

Farmacie – Uspořádání farmaceutického sektoru a jeho financování se uskutečňuje na státní úrovni. Povolené léky jsou zapsány v seznamu. To je úkolem národní zdravotní služby, která je rozděluje do tří kategorií na základě jejich léčebného významu. Výše doplatku na léčbu se může měnit podle regionu (40 %, 60 % či 100% na státní úrovni).

Ceny léků stanovuje komise vytvořená za tímto účelem. Její rozhodnutí vycházejí z rozboru nákladů. Náklady na suroviny a platy jsou počítány přímo, náklady na výzkum, rozvoj a propagaci jednoduše vycházejí z procentuálního podílu konečné ceny.

Největší spotřebu léků mají jižní regiony.

Kapitola XIII

Nizozemsko: liberální revoluce

Systém sociálního zabezpečení v Nizozemsku spojuje dvě hlavní koncepce financování péče v Evropě: koncepci bismarckovskou a beveridgeovskou. Nizozemci mohou využívat systém sociálního zabezpečení do určité výše příjmu. Po překročení této výše příjmu mají možnost pouze soukromého pojištění. Pro případy dlouhé a nákladné léčby existuje stejné pojištění pro všechny občany, ať je výše jejich příjmu jakákoliv. Od roku 1992 systém vstoupil do přechodné fáze směřující k modelu regulované hospodářské soutěže, která má původ v projektu reformy pojmenované dle jejích tvůrců, tzv. Dekker-Simonsově reformě. Na konci 90. let se však zdálo, že je postup této změny zákona zablokován.

Krátce k historii

Původ zdravotních pojišťoven v Nizozemsku sahá až ke středověkým cechům. Členové cechu nemuseli platit své zdravotní náklady, neboť se o to staraly nemocniční pokladny.

Zasaženi bídou městské populace, vytvořili lékaři v polovině 19. století v několika velkých městech systémy dobrovolného pojištění. Tyto zdravotní pojišťovny se poté vlivem odborů rozšířily po celé zemi. V prvních desetiletích 20. století nepřevýšil počet pojišťoven 2500. Pojištění se však stalo povinným pro zaměstnance a jejich rodiny až v roce 1941. Od roku 1941 do roku 1965 se toto pojištění řízené zdravotními pojišťovnami postupně rozšiřovalo. Zákon z roku 1964 měl za cíl sjednotit legislativu. Pojištění bylo povinné pro zaměstnance a osoby pracující na dohodu, stejně jako pro osoby starší 65 let. Bylo dobrovolné pro osoby, které nepatřily do žádné z těchto kategorií, a kritériem byla výše příjmu. Následkem vzrůstajících finančních potíží zdravotních pojišťoven, způsobených rozsahem hrazených služeb, se objevily potíže v oblasti dobrovolného pojištění. V roce 1986 bylo dobrovolné pojištění zrušeno a převedeno na soukromé pojišťovny.

Společně s tímto zákonem, týkajícím se zdravotních pojišťoven, byl vyhlášen 14. 12. 1967 zákon zabývající se „mimořádnými léčebnými výdaji“ (AWBZ), který pokrývá vážná zdravotní rizika celého obyvatelstva.

Zatížení veřejných výdajů na zdravotnictví stejně jako rostoucí komplexita legislativy vedly odpovědné činitele k otázkám týkajícím se podmínek strukturální reformy. Roku 1986 byla vydána Dekkerova zpráva.

Zákon o zdravotním pojištění (Dekker-Simmonsova reforma) – Dekkerova zpráva navrhla v některých případech zcela nová řešení. Nový systém se odvolával na rozšiřující se princip hospodářského prostředí, přesto počítal se základními podmínkami solidarity.

Změna zákona zdravotnického systému, inspirovaná touto zprávou, byla přijata vládou 4. 3. 1988.

V navrhovaném systému museli mít všichni obyvatelé stejný rozsah povinného sociálního zabezpečení, ať už byl jejich příjem jakýkoliv. Pojištěnci přispívali z části na principu solidarity do všeobecné pokladny programu zdravotního pojištění pro základní pojištění (pokrývalo asi 85 % výdajů na zdravotnictví) a z části skládali pohyblivé pojistné prémie zdravotní pojišťovně pro doplňující pojištění. Byly smazány statutární rozdíly mezi státními a soukromými pojišťovnami a bylo zavedeno konkurenční prostředí. Každý pojistitel nabízel svým klientům možnost přístupu k síti péče, kterou vytvořil vyjednáváním smluv se zdravotnickými pracovníky. Pojištěnec si mohl svobodně vybrat svého pojistitele ve vztahu k nabízeným ročním paušálům, nebo také z hlediska kvality nabízené péče.

Pro vládu měla tato reforma velké množství výhod: snížení úlohy státu, větší zodpovědnost zařízení a pracovníků; regulaci kvality zajišťují nemocniční sdružení, lékařské spolky jsou pod dohledem zařízení a pojištěnec má volnost výběru. Aby se zabránilo výběru hrazených služeb, pojistitel byl povinen požadovat od všech svých klientů stejnou pojistnou částku pro stejnou úroveň ochrany. Pojišťovny nemohly odmítnout žádného pojištěnce. Všeobecná pokladna přidělovala vyrovnání pojistné částky v závislosti na charakteristice pojištěných klientů.

Proces zavedení této změny zákona se nejprve zpomalil a na konci 90. let se zdálo, že uvázl na mrtvém bodě. V březnu 1995 se vláda rozhodla opustit myšlenku jednoho sektoru a místo toho se rozhodla zachovat duální systém, kdy jeden sektor pokrýval běžnou péči a druhý rizikové situace (dlouhodobé nemoci, psychiatrie) a sociální pomoc pro starší osoby. Pokud jde o financování a administrativu, pokrytí velkých rizik by zůstalo v resortu státu a nebylo by součástí konkurenčního sektoru projektu Dekker-Simons.

Co se týče hospitalizace, vláda si ponechala veškeré přednostní právo v oblasti politických investic a regulace nabídky. Naproti tomu pojišťovny musely pokrýt běžné financování, zároveň dohlédnout na efektivnost organizace a rovněž udržovat konkurenční vztahy. Vláda se zapojila do rozvíjení antitrustové politiky, aby podpořila toto konkurenční

prostředí. Biesheuvelova komise, pojmenována dle tehdejšího předsedy vlády, doporučila účast odborníků z oblasti zdravotnického managementu, zavedení bonusového systému a ukazatelů vývoje. Od roku 1996 zkoušelo tyto nové nástroje sto zdravotnických zařízení.

II. Komentář

1. Překladatelská analýza originálu

V následujícím komentáři se budu zabývat analýzou předlohy a poté konkrétními překladatelskými problémy. Pro první část komentáře jsem vycházela z modelu skoposu Christiane Nordové spolu s teorií jazykových funkcí Romana Jakobsona.

Jakobson říká, že každý akt slovní komunikace obsahuje konstitutivní činitele: mluvčího, sdělení, adresáta, kontext, kód a kontakt. Každému z těchto činitelů připisuje jinou jazykovou funkci. Upozorňuje, že žádné sdělení nemá pouze jednu funkci, ale vždy jich obsahuje několik. Funkce referenční se objevuje u textu zaměřeného na kontext (k označovanému předmětu). Funkce emotivní, nebo také expresivní, je koncentrována k mluvčímu a míří k přímému vyjádření postoje autora. Funkce konativní se naopak zaměřuje na adresáta. Funkci sloužící především k navázání, udržení nebo i přerušení kontaktu nazývá Jakobson funkcí fatickou. V případě, že si mluvčí a adresát potřebují ověřit, zdali užívají stejného kódu, mluví Jakobson o funkci metajazykové. Poslední funkcí, která je zmiňována, je funkce soustředící se na sdělení samotné, jde tedy o funkci básnickou někdy také nazývanou poetickou.[1]

Dle Nordové je prvním krokem překladatelského procesu analýza účelu, neboli skoposu. Druhým krokem je analýza O, nejprve vnětextových a následně vnitrotextových faktorů. Třetím krokem je tzv. transfer, kdy překladatel volí jazykové prostředky dle jejich funkce v P. A posledním krokem je syntéza, při které je vytvořen P.[2] I já jsem postupovala dle tohoto schématu a začnu tedy analýzou vnětextových faktorů.

[1] Lingvistika a poetika (1960), in: Jakobson R. *Poetická funkce* (H&H, Jinočany 1995), s. 77-82.
[2] Nord, Ch.: *Text analysis in Translation: Theory, Metodology, and Didactic Application of a Model for Translation-Oriented Text Analysis*, Rodopi, Amsterdam 2005, s. 37-38.

1.1. Vnětextové faktory

1.1.1. Autor

Na začátek je třeba uvést, že kniha, ze které pochází výchozí text (*Les systèmes de santé en Europe*)[3], je společným dílem dvou autorů. Oba autoři, Diane Lequet-Slama a Marc Duriez, jsou uvedeni na obálce knihy, avšak není již blíže určeno, zdali některý z nich zpracovával nějakou část knihy sám, či na všem pracovali společně. Dílo je čtvrtou společnou prací autorů. Všechny knihy, na kterých autoři spolupracovali, se zabývají zdravotnictvím a zdravím obecně.

Diane Lequet-Slama je autorkou několika dalších knih a článků z oblasti zdravotnických systémů, rovněž provádí mezinárodní srovnávací studie. Na konci 90. let pracovala na ministerstvu zdravotnictví ve statistickém sektoru (Service des statistiques, des Études et des Systèmes d'Information du ministère des Affaires sociales et de la Santé, SESI), který má za cíl vyhodnocovat zdravotnické a sociální informace, stejně jako účetnictví v oblasti zdravotnictví a sociálního zabezpečení. Rovněž v době vydání knihy byla šéfredaktorkou všech publikací ministerstva zdravotnictví a spolupracovala na několika zprávách pro Evropskou komisi.

Marc Duriez se také velmi intenzivně věnuje tématu zdravotnictví, mezi jeho díla patří např. studie zdravotnického systému Francie (*Le système de santé en France*, 1996), dále je členem Haut Conseil de la Santé Publique a v době vydání díla působil v generální radě zdravotnictví (Direction générale de la Santé, DGS) francouzského ministersva zdravotnictví a zabýval se politikou veřejného zdraví. Pravidelně přednáší na téma srovnání zdravotnických systémů.

Je patrno z výše uvedených informací že, oba autoři jsou odborníky v oblasti veřejného zdraví a zdravotnických systémů, přesto je text napsán terminologicky velmi volně, což má za následek značné znesnadnění četby pro méně informovaného čtenáře. Vnětextové faktory textu působí na faktory vnitrotextové a obráceně, proto si můžeme všimnout, že text se na stylistické úrovni proměňuje, což může být rovněž způsobeno odlišností stylu obou odborníků. Největší rozdíl lze spatřit mezi úvodem a kapitolami, které se soustředí na jednotlivé státy, ale i v kapitolách o jednotlivých státech je možné zaznamenat rozdílnou

[3] Duriez, M., Lequet-Slama D.: *Les systèmes de santé en Europe*, Presses Universitaires de France, Paris 1998, 127 s.

stylistickou volnost. Čtenář se často setká s tím, že autoři podávají některé informace velmi vágním způsobem, často až nesrozumitelným a matoucím pro čtenáře (např. úvodní odstavce kapitol).

1.1.2. Příjemce textu

Kniha může zaujmout poměrně široké publikum, dokáže upoutat pozornost odborného příjemce i laického čtenáře, který má zájem se něco dozvědět o zdravotnických systémech. Jedná se o populárně-naučný text, místy s náročnější terminologií, avšak pro dospělého člověka s průměrným všeobecným rozhledem by tato zátež neměla být neúnosná. I když je pravdou, že i zkušený čtenář může místy tápat a ptát se, kam autoři směřují, neboť některé formulace jsou velmi abstraktní.

Ideálním příjemcem by mohl být student začínající studium v oblasti zdravotnictví, který by si text chtěl přečíst pro uvědomění si širších souvislostí a pochopení kontextu evropského zdravotnictví. Je pravda, že pro odborníka mohou být některé informace redundantní, avšak kniha jako celek nabízí poměrně detailní přehled politického a ekonomického vývoje několika vybraných zemí. Jak již bylo zmíněno, pro příjemce je nevýhodou textu jeho vágnost, abstraktnost a stylistická volnost. Autoři v několika případech pojem zmíní, a poté se již k myšlence nevrátí, např. *les facteurs de blocage* (O: 9), kvůli čemu si adresát nemůže být zcela jistý, kam D. Lequet-Slama a M. Duriez směřují.

1.1.3. Záměr textu

Hlavním záměrem textu je poskytnout stručný přehled patnácti vybraných zdravotnických systémů v Evropě. Úvodní kapitola představuje stručné uvedení do problematiky (rozdělení zdravotnických systémů do tří hlavních oblastí), další kapitoly se věnují konkrétním zemím Evropské unie a jejich zdravotnickému uspořádání. Všechny kapitoly mají pevnou strukturu, nejprve se snaží čtenáři nastínit historický vývoj zdravotnictví vybrané země, zařadit ji do jednoho ze tří hlavních typů systému (dle této knihy, v sekundární literatuře lze nalézt i jiné způsoby dělení) a popsat její bližší specifika, jakožto systém fungování zdravotního pojištění, nemocnic, zdravotnických profesí a lékáren. Jejím cílem je také informovat čtenáře o konkrétních specifikách dané země – např. jaké jsou vztahy mezi nemocnicemi a ordinacemi, jak spolupracují praktičtí lékaři a specialisté či jak moc stát zasahuje do zdravotních pojišťoven. Dalším záměrem je poskytnout srovnání a ukázat světlé a stinné stránky jednotlivých typů uspořádání.

1.1.4. Funkce textu

Výchozí text jsem se rozhodla popsat podle teorie jazykových funkcí Romana Jakobsona. Hlavní funkcí textu je funkce referenční, neboť autoři se snaží předat příjemci co nejvíce informací o zdravotnických systémech v Evropě. Významnou úlohu zastává také funkce metajazyková. Jedná se o populárně-naučný text, tudíž se v něm vyskytují termíny. V takovýchto případech lze hovořit o metajazykové funkci, neboť se autoři soustředí na kód (ověřují si, zda užívají s adresátem stejného kódu).[4] Další funkcí, která se v textu objevuje, je funkce konativní. Rovněž lze v textu nalézt funkci fatickou, avšak ta se vyskytuje velmi zřídka. Autoři se na některých místech snaží komunikovat s příjemcem, ale spíše převládá informativní charakter knihy, tudíž značně převažuje funkce referenční. Text není stylisticky příliš zajímavý, pouze výjimečně se některé formulace obrací na čtenáře a snaží se upoutat jeho pozornost, v takových případech lze mluvit o funkci fatické a v jiných případech, kdy autoři subjektivně hodnotí (byť nepřímo a skrytě) daný zdravotnický systém, můžeme hovořit o funkci konativní.

1.1.5. Médium

Publikace vyšla v edici Que sais-je v nakladatelství Presses universitaires de France. Tato edice má již dlouholetou tradici (první kniha byla vydána roku 1941), vydává výhradně populárně-naučná díla z nejrůznějších oborů. Všechna díla této řady se vyznačují malým formátem, bývají rovněž charakterizovány jako kapesní encyklopedie. Cílem edice je předat základní informace z vybrané disciplíny široké veřejnosti.

Výchozí text je určen primárně francouzskému čtenáři, proto autoři informace přizpůsobují francouzským zvyklostem (např. pojmenování změn zákona dle osob a nikoliv dle toho, co zákon mění či předepisuje)[5]. Z tohoto důvodu bylo nutné v překladu takovéto informace přizpůsobit českému prostředí.

1.1.6. Čas a místo

Kniha vyšla poprvé v roce 1998 v Paříži, což znamená, že od jejího vydání nás dělí již sedmnáct let. Pro dnešního čtenáře dílo nepřináší aktuální informace, ale spíše historický přehled, který může napomoci k pochopení současných změn ve zdravotnictví. Od roku 1998 se politická situace ve většině zemí značně změnila, zákony z devadesátých let už nejsou většinou platné, neboť byly nahrazeny novými ustanoveními. Proto jsem v překladu místy

[4] Lingvistika a poetika (1960), in: Jakobson R. *Poetická funkce* (H&H, Jinočany 1995), s. 81.
[5] Viz 1. část kapitola I: Seehoferova a Blumova reforma (O: 8 a 9).

(vždy v sekci Krátce k historii a v reformách, které následují) použila minulý čas místo přítomného a výrazy typu „nyní, v současné době, dnes apod.“ jsem přeformulovala nebo vynechala, aby byl text platný i pro dnešního čtenáře.

Př.: *Le bilan <u>après six ans</u> d'application de la réforme <u>est contrasté</u>.* (O: 64)

<u>Po šesti letech (tedy v roce 1997)</u> <u>byl</u> výsledek reformy nejednoznačný. (P: 18)

Př.: *L'Italie est engagée <u>aujourd'hui</u> dans un processus* […] (O:85)

V Itálii <u>na konci 90. let</u> probíhal proces […] (P: 23)

V uvedeném příkladu vidíme problém aktualizace P. Nabízí se nám dvě možnosti – buď text ponechat v časové rovině roku 1998, anebo jej generalizovat, a tím i aktualizovat pro současného čtenáře. Nakonec jsem zvolila druhou možnost, která je sice překladatelsky náročnější, avšak přívětivější pro čtenáře. Rozhodla jsem se vytvořit uživatelsky orientovaný překlad, i za cenu překladatelských posunů.

1.2. Vnitrotextové faktory

1.2.1. Téma, obsah a kompozice textu

Kniha se soustředí na tematiku zdravotnictví, konkrétně zdravotnických systémů v Evropské unii u patnácti vybraných zemí. Každá kapitola je věnována jednomu státu. Kniha je tedy tvořena patnácti kapitolami o jednotlivých zemích spolu s obecným úvodem a závěrem. V našem překladu se budeme zabývat úvodní kapitolou a pouze čtyřmi státy, a to Německem, Velkou Británií, Itálií a Nizozemskem.

Každá kapitola obsahuje krátký úvodní odstavec, který charakterizuje typ zavedeného zdravotnického systému, poté následuje historická poznámka, kde se čtenář dozvídá o historickém vývoji zdravotnictví, dále navazují reformy přijaté v 80. a 90. letech (v knize považovány za současné změny), několik údajů o správním uspořádání země, o zdravotním pojištění, o nabídce zdravotnických služeb, o nemocnicích a na závěr krátká zmínka o farmacii. Kapitoly se liší svou délkou. Kratší úvodní kapitola má pouze tři stránky, zatímco kapitoly popisující principy fungování zdravotnických systémů jsou delší (např. kapitola o Velké Británii má téměř osm stran v O).

Jednotlivé kapitoly fungují zcela samostatně a nijak na sebe nenavazují. Proto jsem nebyla nucena vybrat po sobě následující kapitoly, ale můj výběr se řídil dle významu. Chtěla jsem, aby byly zastoupeny všechny tři typy systémů – povinné zdravotní pojištění

v Německu, národní zdravotní služba ve Velké Británii a smíšený systém v Itálii, plus Nizozemsko (také povinné zdravotní pojištění jako v Německu).

1.2.2. Presupozice

Předpokládaným čtenářem je osoba, která má zájem o oblast zdravotnictví, avšak nemá žádné rozsáhlejší znalosti v tomto oboru, mohlo by se jednat, jak už bylo zmíněno, např. o studenta prvního ročníku školy se zdravotnickým zaměřením. Čtenář nemusí být příliš informovaný, stačí mu mít základní všeobecný rozhled. Avšak v knize si může přijít na své i odborník, který hledá přehledný popis situace v Evropě do konce 90. let. Některé informace nemají pro dnešního čtenáře již aktuální hodnotu, např. jaký byl poměr doktorů v nemocnicích v roce 1985 a 1995: *Si la part des médecins croît régulièrement (de 4,5 % du total des emplois en 1985 à 5,9 % en 1995)* […] (O: 69). Samozřejmě však mohou být užitečné v případě, že by nás zajímala situace před 20 a 30 lety.

1.2.3. Lexikum

Lexikum je velmi pestré, nalezneme zde značné množství termínů a ustálených spojení z oblasti:

- veřejného zdraví: *le practicien, les cabinets de groupe, les soins communautaires, les médecins généralistes, les spécialistes*
- zdravotní politiky: *le service national de santé, les décideurs, les gestionnaires*
- zdravotní ekonomie: *les détenteurs d'enveloppes budgétaires autonomes, un taux pro capita, acheter des soins hospitaliers*
- farmacie: *les pharmaciens, les génériques, les officines de ville*
- historie: *chancelier Bismarck, le Code impérial des assurances sociales, III^e^ reich, la deuxième guerre mondiale*
- geografie: *les Landër, les zones, les régions, les districts*
- politiky: *la réforme, des travaillistes, un ministère de la Santé*

Autoři se vždy nedrží ustálené terminologie, což značně znesnadňuje čtení méně informovanému čtenáři. V textu se často setkáváme s abstraktními a velmi obecnými výrazy, které byly dokonce v některých případech vytržené z kontextu, takže působily drobné překladatelské problémy (např. nekoherentnost). Anebo i s výrazy, které jsou přeložené z angličtiny do francouzštiny (v kapitole Velká Británie). Např. *départements* ve smyslu *ministerstva* (P: 18), *le sécretariat d'État chargé de la Santé* neboli *Správa národní zdravotní*

služby (P: 18) spojení *lignes d´action prioritaires* (O: 65) tedy *prioritní oblasti jednání* (P: 18).

1.2.4. Neverbální složky

V textu se nevyskytují žádné ilustrace, tabulky nebo grafy. Jediným grafickým rozlišením pro příjemce je změna velikosti písma u historické poznámky, která se nachází v každé kapitole. Příjemce je tak upozorněn, že několik následujících odstavců má spíše charakter vsuvky či doplňujících informací. Kromě toho jsou vždy boldem vyznačeny nadpisy, které uvádějí následující odstavce (např. Nemocnice, Zdravotní pojištění, apod.).

1.2.5. Větná struktura

V textu převažují věty oznamovací, neboť text má především informativní charakter, s nímž je spojena i volba oznamovacího způsobu, neboť ten „vyjadřuje skutečný děj nebo stav či jeho změnu“[6].

Jen velmi zřídka se v originále vyskytují věty tázací. Věty oznamovací mají různé funkce: referenční, metajazykovou, konativní i fatickou. U těch několika vět tázacích převládá funkce fatická, neboť se autoři obracejí k příjemci.

Jedná se např. o tázací věty:

Le système s'est-il réellement inscrit dans un modèle de marché interne? (O: 64)

Les autorités locales et les hôpitaux disposent-ils des instruments et des méthodes nécessaires pour instaurer un système de prix? (O: 64-65)

Z hlediska vertikálního členění textu jsou výčty další důležitou složkou syntaktické roviny. V každé kapitole nalezneme několik typů výčtů, ať už se jedná o výčet:

- v rámci jedné věty: *Les médecins de premier recours ou médecins de famille comprennent les généralistes, les médecins sous formation spéciale, les practiciens de médicine interne et les pédiatres*. (O: 12),
- v rámci odstavce: *L'administration du système du santé – Au niveau fédéral, le ministère de la Santé* […], *Au niveau régional, chaque Land* […] (O: 9-10),
- v rámci celé kapitoly: Introduction, kde se nachází dělení: *Les systèmes articulés autour de caisses d'assurance maladie sous tutelle de l'État, Les*

[6] Hendrich, J., Radina, O., Tláskal, J.: *Francouzská mluvnice*, Plzeň, Fraus 2001, s. 418.

services nationaux de santé d'Europe du Nord a *Les services de santé mixtes des pays du sud de l'Europe* (O: 3-5).

V souvislosti s výčty je důležité zmínit aktuální větné členění. V O jsem se totiž ve výčtech několikrát setkala s obrácením větného členění, tedy záměnou pořadí réma-téma. Např.: – *Les autorités de districts (DHA), au nombre de 145 depuis 1993, sont des conseils départementaux pour la santé*. (O: 66), kde je réma uvedeno hned na začátku věty.

Z hlediska horizontálního členění textu bych měla upozornit na hojné užívání logických konektorů a členicích prostředků, jako např.: *toutefois*, *néanmoins*, *par contre*, *enfin*, *ainsi*, *ainsi que*, *aussi* apod.

Rovněž je třeba zmínit, že v O se vyskytuje velké množství podstatných jmen. Francouzština patří podle Jiřího Černého (2008: s. 60) mezi jazyky analytické, rovněž lze říct, že u ní „převažují znaky tzv. jazyka izolačního"[7], a proto se v ní může vyskytovat větší míra substantiv. Přesto dle konzultace s rodilým mluvčím, je tento text občas příliš zatížen podstatnými jmény, viz příklad:

Elle ne s'attaque pas aux problèmes structurels du systèmes de santé: absence de compensation financière entre les caisses de sécurité sociale […], *démographie médicale non contenue, absence de coordination entre ambulatoire et hospitalisation, dualité du financement* […] (O: 9).

Čeština je však „převážně flektivní"[8], proto jsem v některých případech zvolila místo překladu substantiva substantivem překlad pomocí sloves:

Nezaměřuje se na strukturální problémy zdravotnického systému: např. neexistovalo zde finanční vyrovnání mezi fondy sociálního zabezpečení […], *dále se nezaobíralo rozložením nemocných (tzv. zdravotní demografií) a rovněž se nezabývala napojením ambulantní péče na hospitalizační. Také se nevěnovala dvojímu financování nemocnic* […] (P: 12).

Věty jsou formulovány ve třetí osobě (singuláru i plurálu). Autoři nikdy neoslovují čtenáře pomocí druhé osoby. Důsledně dodržují neosobní vyjadřování a často používají pasivní konstrukce. Tyto konstrukce se velmi často vyskytují v souvislosti s přijetím zákona,

[7] Radina, O.: *Francouzština a čeština: systémové srovnání dvou jazyků*, Státní pedagogické nakladatelství, Praha 1977, s. 10.
[8] Tamtéž, s. 10.

např. jako zde: *Parallèment à cette législation touchant les caisses maladie est promulguée la loi* […] (O: 97),

La réforme du système sanitaire, inspirée de ce rapport, est adoptée par le gouvernement […] (O: 97).

Zřídka se v textu vyskytuje i osobní zájmeno „on“, např. zde:

Dans la pratique, on peut distinguer au sein de l'Union européenne, trois grandes catégories de systèmes de santé […] (O: 3).

1.2.6. Stylistická rovina

Text lze řadit do populárně-naučného stylu. Tento styl patří do stylu odborného, ačkoli v našem případě je adresátem čtenář spíše málo poučený, tedy laický čtenář. V textu lze nalézt vícero slohových postupů. Prvním z nich je informační postup, kdy se příjemce dozvídá základní fakta bez většího formálního zpracování, dále se objevuje popisný, výkladový a vyprávěcí postup, spolu s málo frekventovaným postupem úvahovým. Popisný postup vystihuje základní charakteristické rysy určité problematiky, v našem případě popisuje vlastnosti zdravotnických systémů. Výkladový postup především vysvětluje, tedy konkrétně zde objasňuje terminologii diskutované oblasti (př. *Les médecins sont des « médecins de caisses »*. O: 12). Vyprávěcí postup se objevuje méně často, ale i přesto ho můžeme v komunikátu nalézt: např. *C'est en Allemagne, dès 1883, sous l'impulsion du chancelier Bismarck […]* (O: 7). A úvahovým postupem je stylizováno pouze několik vět: př. *Le système s'est-il réellement inscrit dans un modèle de marché interne*? (O: 64).[9]

Překládaný text je členěn horizontálně na kapitoly (Úvod, Německo, Velká Británie, Itálie a Nizozemsko) a vertikálně na oddíly a odstavce (např. oddíly *zdravotní pojištění, nemocnice, farmacie* atd.). Dále je potřeba zmínit, že ačkoliv se text liší svou úvodní kapitolou od zbytku kapitol, je stále soudržný, neboť není pouhým shlukem vět.[10] Úvod je stylisticky volnější, zatímco zbylé kapitoly jsou vždy strukturovány dle stejného schématu. Přesto autoři ani v těchto organizovaných kapitolách nedrží vždy jednotný styl a porušují stylistickou jednotu textu např. v místech, kde se nejedná o pouhý výčet údajů.

Text je postaven především tak, aby informoval čtenáře a aby mu poskytnul nové znalosti. Přestože se svou podstatou jedná o přísně informativní text, je čtenářsky velmi

[9] Čechová, M. a kol.: *Čeština – řeč a jazyk*, Praha, ISV 2000, s. 377-378.
[10] Tamtéž, s. 372.

přístupný. Variace stylů v různých kapitolách oživuje výpověď a udržuje příjemcovu pozornost. Avšak tato různorodost a volnost stylu působily při překladu potíže.

2. Metoda překladu

2.1. Překladatelská strategie

Text vyšel již v roce 1998, tudíž většina informací je pro dnešního příjemce již zastaralá, neboť všechny údaje v O pochází z konce 90. let. V P jsem se rozhodla pro uživatelsky orientovaný překlad, rozhodla jsem se tedy generalizovat, aby byl text přístupný i pro příjemce v roce 2015. Všechny číselné údaje (procenta, počty a roky) jsem ponechala tak, jak byly, nedělala jsem žádné faktické změny – nedohledávala jsem a nepřidávala jsem žádná data, např. jaká byla procenta zaměstnanosti v roce 2005 či v roce 2010. Domnívám se, že text s tímto časovým posunem neztrácí na své hodnotě, neboť stále plní svou hlavní funkci, která spočívá v tom, že informuje čtenáře o situaci ve zdravotnictví. Jediné, co se změnilo, je fakt, že se již nejedná o nejnovější informace, a to musí čtenář zohlednit.

Dále je třeba si uvědomit, že text není vztažen ani k českému ani k francouzskému prostředí, ale k celé Evropě, konkrétně pak v našem případě, k vybraným kapitolám o Německu, Velké Británii a Itálii. Tento posun kultur působil při překladu drobné problémy, avšak s pomocí sekundární literatury se nakonec podařilo dohledat všechny potřebné reálie a ověřit jejich správnost.

K popisu překladatelských postupů jsem vyšla z knihy Aleny Tionové *Francouzština pro pokročilé*[11] a Dagmar Knittlové *Překlad a překládání*[12].

[11] Tionová, A. a kol.: *Francouzština pro pokročilé*, Brno, Státní pedagogické nakladatelství v Praze 1992.
[12] Knittlová, D. a kol.: *Překlad a překládání*, Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta 2010.

3. Typologie překladatelských problémů

3.1. Překladatelské problémy na lexikální rovině

3.1.1. Termíny

V oblasti lexika se vyskytlo značné množství potíží. Hlavní problém představovalo především ustálení jednotné terminologie, která by byla ve shodě s dostupnou sekundární literaturou. Jelikož je výchozí text napsán poměrně volným způsobem a v jednotlivých kapitolách se hojně střídají synonyma, i v oblasti základních termínů, rozhodla jsem se tuto synonymickou variabilitu částečně zachovat. Avšak často bylo nutné dodržovat jeden termín, aby nedošlo k chybnému předání informace. Například jsem se rozhodla opakovat termín *spolková země* (např.: P: 11), i přesto, že v originálu autoři střídají pojmy *Länder* (O: 7) a *Land* (O: 10). Dále bylo také nezbytné dodržovat spojení *národní zdravotní služba* (P: 17), neboť pro něj nexistuje ekvivalent, jedná se o jedinečný termín.

Při překladu bylo nezbytné pečlivě hlídat rozdíl mezi slovy: *zdravotní* a *zdravotnický*. S pomocí slovníku jsem se ujistila, že *zdravotní* se užívá ve vztahu ke zdraví, zatímco *zdravotnický* pochází od slova zdravotnictví. Pro lepší názornost uvedu příklad: *priority zdravotnického sektoru* (P: 18) a naproti tomu *poskytovatelé zdravotní péče* (P: 23).

Další problém působila rozdílná terminologie v různých zemích, v našem případě se lišila např. u Velké Británie a Německa. Ve Velké Británii označují praktického lékaře jako *general practitioner*, v české sekundární literatuře (Křížová, 1998: s. 58) je toto pojmenování převedeno jakožto *všeobecný praktický lékař*, které jsem se rozhodla používat i pro svůj překlad spolu se zkrácenou verzí *praktický lékař*. V Německu však existuje trochu jiná tradice a mluvíme zde buď o *rodinném lékaři* tedy *un médecin de famille*, nebo o *praktickém lékaři*. Dle Velkého lékařského slovníku se tyto dvě kategorie lékařů věnují stejné činnosti (poskytují základní léčebně-preventivní péči) až na to, že rodinný lékař ošetřuje celé rodiny a může být i dětským lékařem, zatímco praktický lékař je pouze pro dospělé. Dospěla jsem k závěru, že nejběžnější a také terminologicky bezpříznakové je označení *praktický lékař*. Označení všeobecný lékař je příliš široké, neboť se jedná o lékaře, který má všeobecnou specializaci a může být internistou, pediatrem apod. Pod pojmem všeobecný lékař zahrnujeme i praktického lékaře. Dříve se užívalo i pojmenování obvodní lékař, avšak to je dnes považováno za zastaralé, proto jsem se rozhodla toto označení vynechat v rámci snahy udržet překlad co nejvíce aktuální.

Termíny z oblasti zdravotnictví jsem konzultovala především v rodině (matka je zdravotní sestra, strýc a teta lékaři), termíny z ostatních oborů jsem dohledávala v sekundární literatuře, především ve skriptech od Křížové (1998).

3.1.2. Velká Británie

Důležitá otázka, která se vyskytla hned na začátku překladatelského procesu, byla, jak budu psát zkratku pro výraz *národní zdravotní služba* (např. P: 17). Jedná se o klíčový pojem celé kapitoly o Velké Británii, proto jsem pečlivě zvážila více možností. Nejdříve je potřeba zmínit, že výraz *národní zdravotní služba* pochází z anglického *National Health Service* (např. O: 63), tudíž by se dala použít anglická zkratka NHS, anebo dle českého pojmu *národní zdravotní služba* (např. P: 17) naopak zkratka NZS. Dle tradice českého jazyka bychom se měli spíše přiklonit k psaní anglické zkratky NHS (např. dle vzoru USA, kde také nepíšeme SSA, které by vycházelo z českého pojmenování Spojené státy americké), avšak většina zdrojů sekundární literatury se přiklání k opačnému řešení a užívá zkratku NZS. Pouze dvě publikace *Zdravotnictví za hranicemi: Přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích*[13] a Jarošová (2003: 63 s.) užívají zkratky NHS. Jelikož se jedná o novější publikace (2003 a 2009), rozhodla jsem se nakonec také užívat zkratku NHS, a to především z toho důvodu, že jde o novější literaturu, kterou budou čtenáři v budoucnu více využívat a rovněž proto, že je to pro český jazyk přirozenější.

Následně jsem musela řešit v terminologii problematiku týkající se názvů zákonů. První zmíněnou reformou je *National Insurance Act* (O: 63), který je v sekundární literatuře uveden jako *Zákon o národním zdravotním pojištění* (Křížová, 1998: s. 60). Dalším zmíněným ustanovením je *Livre Blanc sur la santé* (O: 64) neboli *Bílá kniha o národní zdravotní péči* (P: 17). A v neposlední řadě *la réforme Thatcher* (O: 64). Tato změna zákona se jmenuje dle bývalé britské premiérky Margaret Thatcherové, avšak byla přijata až po jejím odchodu z politiky, Thatcherová se však podílela na její přípravě, proto jsem zvolila překlad *thatcherovská reforma* (P: 17).

V souvislosti se zákony jsem dále musela najít přesné názvy pro úřady národní zdravotní služby, jako např.: *les NHS executive Regional Offices* (O: 65), *Family Health Services Authorities, FHSA* (O: 65), *les autorités de districts (DHA)* (O: 66) Všechny tyto názvy používá Křížová ve svých skriptech (1998: s. 63) a já jsem se rozhodla je všechny převzít (uvádím ve

[13] Mátl, O. a kol.:*Zdravotnictví za hranicemi: přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích*, Praha, Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR 2009.

stejném pořadí): *okresní zdravotní správa NHS* (P: 18), *správa rodinné zdravotnické služby (FHSA)* (P: 18), *okresní zdravotní správa (DHA)* (P: 19).

Autoři v textu používají velmi obecná a abstraktní pojmenování, proto je třeba některé lexikum konkretizovat, aby bylo pro českého příjemce srozumitelnější. K tomu jsem přistoupila např. zde: *Les relations entre gestionnaires, professionnels de santé, hôpitaux et usagers s'intègrent dans un système unique*. (O: 63) Věta se nachází na začátku kapitoly, čtenář tedy ještě nezná kontext a obecné výrazy *gestionnaires* a *usagers* mu nic neimplikují, proto jsem v překladu přistoupila ke konkretizaci obou pojmů za cílem usnadnit pochopení textu příjemci. *Gestionnaires* jsem převedla místo obecného *správci* na *úřady* a *usagers* místo *uživatelů* jako *pacienti*: *Vztahy mezi úřady, zdravotnickými pracovníky, nemocnicemi a pacienty se spojují v jednotný systém*. (P: 17)

3.1.3. Německo

V kapitole o Německu se vyskytují celkem čtyři zákony. Prvním z nich je *Le Code impérial des assurances sociales* (O: 7), který jsem dohledala v sekundární literatuře a převedla jako *Říšský zákon o sociálním pojištění* (P: 11). Dále se objevilo slovní spojení l´*Action concertée* (O: 8), v tomto případě jsem sice pojem v literatuře také našla, ale byl dle smyslu chybně přeložen – Koncentrovaná akce[14]. Dohledala jsem, že v německém jazyce je to „Konzertierte Aktion", což v doslovném překladu znamená „koncentrovaná", avšak dle smyslu jsem jej přeložila: *Společná akce* (P: 11). Poté autoři uvádějí ještě další dva zákony: *la réforme Blüm* (O: 8) a *la réforme Seehofer* (O: 9). Pro český jazyk není běžné nazývat zákony dle osoby, ale spíše dle toho co mění, čím se zabývají, proto jsem hledala jiný ekvivalent a nechtěla jsem provádět doslovný překlad. Křížová tyto dvě změny zákona zmiňuje a pojmenovává je jako „Zákon o reformě zdravotnictví" neboli *la réforme Blüm* a „Zákon o strukutuře zdravotnictví" tedy *la réforme Seehofer* (1998: s. 92). Tuto terminologii jsem převzala a užívám ji v P, ačkoliv jsem v závorkách ponechala i označení *Blümova* (P: 12) a *Seehoferova reforma* (P: 12), jednak proto, že *Norbert Blüm* (O: 8, P: 12) je v textu dále zmíněn tak, aby měl příjemce možnost pochopit návaznost na zmíněnou změnu zákona a také proto, abych je využila jako synonyma.

V této kapitole se objevilo ještě jedno spojení, které působilo potíže. Jde o výraz *les soins pré- et post-stationnaires* (O: 13). Po konzultaci s rodilým mluvčím, odborníkem v oblasti medicíny, jsem došla k názoru, že by se toto spojení dalo přeložit jako *předoperační a pooperační péče* (P: 15).

[14] Busse R., Riese, A.: *Německo I.*, přel. M. Barták, Kostelec nad Černými lesy, Institut zdravotní politiky a ekonomiky 2004, s. 22.

3.1.4. Itálie

V kapitole o Itálii se vyskytuje termín *des unités sanitaires locales* (O: 85), což je v české sekundární literatuře[15] převedeno jako *místní zdravotnické jednotky* (P: 23). Dalším pojmem jsou *mutuelles* (O: 85), v doslovném překladu by se dalo říct, že jsou to „vzájemné pojišťovny", avšak já jsem se rozhodla zachovat pouze název *pojišťovny* (např. P: 23), neboť *mutuelles* fungují na stejném principu jako pojišťovny.

Další termín, který se v O vyskytnul, souvisel se spojením *une classification par groupes homogènes* (O: 90) a zmíněným termínem pak byla zkratka následující po tomto spojení *DRG* (O: 90). Jedná se o zkratku systému, „pomocí kterého jsou prováděny výkonové úhrady nemocniční péče"[16], DRG jsou pak počáteční písmena anglického spojení „Diagnosis related group"[17], tato zkratka je naprosto běžná v české odborné literatuře (nejen Barták, ale i Gladskyj apod.). K překladu této věty jsem použila spojení *klasifikace nemocných do nákladově a klinicky podobných skupin (DRG)* (P: 26).

3.1.5. Nizozemsko

V kapitole o Nizozemsku se také vyskytuje několik termínů, jež bylo nutné ověřit v sekundární literatuře. Prvním z nich je zkratka *AWBZ* (O: 97). V Jarošové (2003: s. 50 a 51) jsem dohledala, že se jedná o „veřejné pojištění dlouhodobých a závažných chorob", ale rovněž o „všeobecný zákon o mimořádných zdravotních výdajích". V O se tento termín vyskytuje ve druhém významu (P: 28). Druhým pojmem je *Fonds central* (O: 97) neboli v české sekundární literatuře *všeobecná pokladna programu zdravotního pojištění* (P: 29) (Jarošová, 2003: s. 53). Dále bychom měli zmínit *la réforme Dekker-Simmons* (O: 97), kterou jsme převedli jako *Zákon o zdravotním pojištění* (P: 29), rovněž za pomoci odborné literatury (Jarošová, 2003: s. 52).

[15] Jarošová, D.: *Organizace a řízení ve zdravotnictví*, Ostrava, Ostravská univerzita v Ostravě 2008, s. 14.
[16] Barták, M.: *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*, Praha, Wolters Kluwer Česká republika 2012, s. 61-62.
[17] Tamtéž, s. 61.

3.1.6. Nadpisy

Nadpisy u vybraných kapitol lze rozdělit do dvou kategorií. První z nich jsou nadpisy stylisticky neutrální (Úvod, Německo, Velká Británie, Nizozemsko), jejichž hlavní funkcí je informovat čtenáře o obsahu kapitoly, lze u nich mluvit o převažující funkci referenční spolu s funkcí fatickou (nadpis se snaží zaujmout čtenáře), jako např. zde: *Les différentes systèmes de santé de l'Union européenne* (O:3). Do druhé kategorie patří nadpisy, které jsou naopak stylisticky zabarvené, v textu se jedná pouze o jednu kapitolu. Nadpis v kapitole o Itálii není stylisticky neutrální, neboť se jedná o metaforu: *Le politique marque le pas* (O: 85). Lze poznamenat, že zde má nadpis i funkci poetickou. Pokud bych chtěla zobecnit danou problematiku, dalo by se říci, že u zemí, ve kterých funguje zdravotnictví bez větších problémů, se autoři přiklání k neutrálnímu nadpisu a u těch zemí, kde se zdravotnický systém potýká s určitými problémy, naopak využili expresivních prostředků (viz nadpis v kapitole Itálie).

V souvislosti s nadpisy bych ještě měla zmínit nadpisy uvnitř kapitol. Při překládání jsem se setkala s problémem, jak převést nadpis *L'offre de biens et de services médicaux* (vyskytuje se v každé kapitole kromě úvodu, tedy O: 12, 67, 87). Je srozumitelné, že se jedná o *nabídku lékařských služeb* (*l'offre de services médicaux)*, avšak co je míněno slovem *biens*? Po konzultaci s rodilým mluvčím jsem došla k závěru, že *biens* jsou lůžka, léky, injekční stříkačky, přístroje, tedy tzn. veškeré technické zázemí, které nemocnice či lékaři v případě potřeby automaticky poskytnou každému pacientovi. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla v překladu vynechat *biens médicaux*, protože jsou již zahrnuté v presupozici lékařské služby (pacient očekává, že ho lékař ošetří a že k tomu použije dostupné vybavení) a není nutné je zmiňovat podruhé.

3.2. Překladatelské postupy

Při překladu jsem často využila překladatelské postupy, které jsou popsány ve *Francouzštině pro pokročilé* (1992) a *Překladu a překládání* (2010). Tionová mluví o čtyřech hlavních překladatelských postupech: transpozici, diluci, koncentraci, étoffement, dépouillement a modulaci (1992: s. 284-313). Knittlová zmiňuje ještě další postupy jako: transkripci, kalk, substituci, ekvivalenci či adaptaci (2010: s. 19).

- diluce: druh transpozice, při kterém dochází k rozšíření textu (Tionová, 1992: s. 296)

  př.: *Les caisses sont gérées paritairement*. (O: 7)

  Pojišťovny jsou stejným dílem spravovány státem a spolkovými zeměmi. (P: 11)

  př.: *A la suite de la réunification des deux Allemagnes* […] (O:7)

  Po sjednocení východního a západního Německa […] (P: 11)

- koncentrace: rovněž druh transpozice, při kterém dochází naopak k zúžení textu (Tionová, 1992: s. 296):

  př.: […] *le droit de façon uniforme aux soins à tous les membres de la collectivité* […] (O: 63)

  […] *kde měli všichni občané Velké Británie stejné právo na péči* […] (P: 17)

  př.: *Les produits auxquels s'applique un forfait de remboursement ne font pas l'objet d'une participation financière des malades*. (O: 8)

  Léky, které byly součástí paušálu, pacienti nehradili. (P: 12)

- transpozice:

- transpozice slovního druhu: postup, kdy je týž sémantický obsah vyjádřen jiným slovním druhem v O a v P (Tionová, 1992: s. 284):

  př.: *Il existe un partage de compétence* […] (O: 7)

  Některé pravomoce […] *jsou tedy společné* […] (P: 11)

- transpozice francouzského substantiva do češtiny:

  př.: […]*en introduisant une coupure entre les responsabilités politiques et celles relevant de la gestion.* (O: 85)

  […] *tím, že rozdělily politickou a správní odpovědnost.* (P: 23)

  př.: *Il dispose de la quasi-totalité des services sanitaires* […] (O: 63)

  Disponuje téměř všemi zdravotnickými službami […] (P: 17)

- syntaktická transpozice: větné členy mění svou funkci, u sloves se může změnit slovesný rod (Tionová, 1992: s. 285):

  př.: […] *dès 1883, sous l´impulsion du chancelier Bismarck qu'est crée la première assurance maladie* […] (O: 7)

  […] *vzniklo na podnět kancléře Bismarcka v roce 1883 první zdravotní pojištění* […] (P: 11)

  př.: *Le rôle de l'autorité centrale a été considérablement modifié depuis la réforme de 1991* […] (O: 65)

Po reformě z roku 1991 se značně změnila pozice hlavního úřadu […] (P: 18)

- dépouillement: postup, kdy je plnovýznamové slovo nahrazeno slovem pomocným, které vyjadřuje jen holý vztah. (Tionová, 1992: s. 303-304)

  př.: *Les dispositions essentielles concernent* […] (O: 86)

  Hlavními body byly […] (P: 23)

- étoffement: opačný postup, pomocné slovo nahrazeno plnovýznamovým. (Tionová, 1992, s. 303)

  př.: *Les réformes récentes ont tenté de rémedier cet état de fait* […] (O: 85)

  Cílem reforem na konci 90. let bylo zjednat nápravu situace […] (P: 23)

- modulace: obměna ve výpovědi, dochází k ní změnou hlediska (Tionová. 1992: s. 311)

  - modulace lexikální:

  př.: […] *des ouvriers de l'industrie disposant d'un salaire inférieur à un certain seuil.* (O: 7)

  […] *dělníky, kteří nedosahovali určeného příjmu.* (P: 11)

  - abstraktní – konkrétní:

  př.: *Les relations entre gestionnaires* […] *et usagers* […] (O: 63)

  Vztahy mezi úřady […] *a pacienty* […] (P: 17)

  - modualce antonymická:

  př.: *L'assurance maladie n'est obligatoire que jusqu'à un certain seuil de revenu* […] (O:10)

  Zdravotní pojištění je povinné až do určité výše příjmu […] (P: 13)

Mezi další užité postupy patří např.:

- transkripce: přepis více či méně adaptovaný úzu CJ (Knittlová, 2010: s.19)

  př.: *des fondations autonomes (Trusts)* […] *Les Trusts ont une direction* […] (O: 68)

  samosprávné orgány (tzv. Trusty) […] *Trusty mají nezávislé vedení* […] (P: 20)

- substituce: nahrazení jednoho jazykového prostředku jiným, ekvivalentním (Knittlová, 2010: s. 19)

  př.: *Pour le gouvernement, les avantages d'une telle réforme sont nombreux* […] (O: 98)

  Pro vládu měla tato reforma velké množství výhod […] (P: 29)

  př.: […] *remonte aux guildes du Moyen Age*. (O: 96)

  […] *sahá až ke středověkým cechům*. (P: 28)

- explicitace:

  př. *Le bilan après six ans d'application de la réforme est contrasté*. (O: 64)

  Po šesti letech (tedy v roce 1997) byl výsledek reformy hodnocen nejednoznačně. (P: 18)

3.3. Chyby, zajímavosti a odchylky od běžného úzu v originálu

V původním textu se vyskytlo několik drobných chyb, zajímavostí a odchylek od běžného úzu. První z nich je pro češtinu chybné užití adjektiva *anglická*. V kapitole o Velké Británii je hned v první větě zmíněna *národní zdravotní služba*, která je blíže charakterizována přívlastkem *anglais* (O: 63). Z kontextu je patrné, že se nejedná pouze o situaci v Anglii, ale v celé Velké Británii, proto jsem se rozhodla provést úpravu a, pro češtinu chybné označení, převést spojení *le service national de santé anglais* (O: 63) jako *britská národní zdravotní služba* (P: 17), které lépe popisuje danou skutečnost, neboť se zde mluví o situaci v celé zemi, nikoliv v její části.

V souvislosti s Velkou Británií jsem našla ještě jednu zvláštnost, v tomto případě snad nelze mluvit přímo o chybě, ale spíše o terminologické odchylce. Jde o výrazy *départements* (O: 65) ve smyslu *ministerstva* (P: 18), *le sécretariat d'État chargé de la Santé* (O: 65) tedy *Správa národní zdravotní služby* (P: 18). Ve francouzštině se ministerstva běžně nazývají *ministères*, jako např. na začátku kapitoly Velká Británie (O: 63), proto je trochu překvapivé, že autoři použili o dvě stránky dále jiný výraz, který je odvozený z anglického výrazu department (např. „Department of Health", Křížová, 1998: s. 62) a používá se především v souvislosti s americkým či britským politickým systémem.

V kapitole o Itálii jsme narazili na dvě zajímavosti, šlo o méně obvyklé, možná až netypické (dle rodilé mluvčí), užití slov *l'intégration* (O: 87) a *la garde médicale* (O: 88). V prvním případě se jednalo o větu: *Il doit favoriser l'intégration entre soins de base et soins ambulatoires.* (O: 87), zde pojem *l'intégration* chápeme ve smyslu *propojení* (P: 24) či *spojení* a nikoliv v matematickém smyslu *integrace*. V druhém případě se zmíněný výraz vyskytuje ve větě: *Les soins primaires comprennent également les services de garde médicale qui fournissent les soins en urgence et hors heures légales* (O: 88). Pokud bych neznala kontext, chápala bych tuto *garde médicale* spíše jako službu, která se stará o nemocné lidi u nich doma, ale zde je z kontextu zřetelné, že se jedná o pohotovstní službu, která zasahuje v naléhavých případech, proto jsem zvolila překlad: *Primární péče zahrnuje rovněž pohotovostní služby v naléhavých případech a mimo úřední hodiny.* (P: 25).

V kapitole pojednávající o Nizozemsku jsem se rovněž setkala s neobvyklým významem u výrazu *volant*: *Dans le système proposé, toute la population doit avoir le même volant de protection sociale maladie obligatoire* […] (O: 97). Z kontextu je možné pochopit, že zde jde o význam *rozsah, škála, výběr, možnosti*: *V navrhovaném systému museli mít všichni obyvatelé stejný rozsah povinného sociálního zabezpečení* […] (P: 29).

3.4. Syntaktická rovina

Při překladu bylo nezbytné mít stále na paměti typologické rozdíly mezi češtinou a francouzštinou. Zatímco francouzský jazyk je analytického typu, český jazyk je flexivního charakteru, což se odráží i na syntaxi obou jazyků. Z tohoto faktu např. vyplývá, že čeština vyžaduje spíše slovesné vyjádření, i tam kde ve francouzštině může být substantivní spojení. Proto jsme některé francouzské nominativní vazby museli v překladu převést na vazby slovesné.

Př.*: L'insuffisante réponse des structures sanitaires aux besoins exprimés a nourri les réflexions depuis plus d'une dizaine d'années.* (O: 85)

Zdravotnické struktury dostatečně nevyhovovaly reálným potřebám, což po celá 90. léta posilovalo politickou debatu. (P: 23)

V O se lze velice často setkat s větami v trpném rodu, pro češtinu je však běžnější rod činný, proto jsem byla nucena některé trpné konstrukce převést na činné.

Př.: *L'idée d´un service national* […] *est conçue par Lord Beveridge en Grande-Bretagne dès 1942* […] (O: 63)

Již v roce 1942 lord Beveridge zformuloval myšlenku národní zdravotní služby […] (P: 17)

Dále se v O hojně užívá historického prézentu (hlavně v Krátce k historii). Avšak čeština upřednostňuje spíše minulý čas, historický prézens pro ni není tak bezpříznakový jako pro jazyk francouzský.

Př.: *En 1911, le National Insurance Act crée une protection pour les ouvriers de l'industrie* […] (O: 63)

V roce 1911 vytvořil Zákon o národním zdravotním pojištění podporu pro dělníky pracující v průmyslu […] (P: 17)

V souvislosti s časem jsme se potýkali ještě s jedním problémem, již výše zmíněným v otázce aktuálnosti překladu. Text byl publikován v roce 1998, proto jsou některé údaje uvedeny v přítomném čase. Avšak pro dnešního čtenáře by zachování prézentu mohlo být matoucí, neboť již nejde o současný stav a realita se od konce 90. let značně proměnila. Především z těchto důvodů jsme převedli některé věty (vždy úsek Krátce k historii a navazující reformy), které byly v O v přítomném čase do P do minulého času.

Př.: *L'Italie est engagée aujourd'hui dans un processus* […] (O: 85)

V Itálii na konci 90. let probíhal proces […] (P: 23)

Př.: *Aujourd'hui, toutefois, ce processus de réforme semble bloqué.* (O: 96)

Na konci 90. let se však zdálo, že je postup této změny zákona zablokován. (P: 28)

Dále jsem se zabývala slovosledem a aktuálním větným členěním. Francouzský slovosled je do značné míry pevný, neboť francouzština nemá u substantiv žádné pádové koncovky, a proto musí rozlišovat podmět od předmětu přímého. Její slovosled tedy zároveň plní úlohu, jež v češtině může být plněna pádovými koncovkami. (Heindrich, 2001: s. 589)

V P jsem v četných případech musela přistoupit k obrácení slovosledu oproti francouzskému O, např.:

Jusqu'à un certain seuil de revenus, les Néerlandais bénéficient d'un système de Sécurité sociale. (O: 96) neboli *Nizozemci mohou využívat systém sociálního zabezpečení do určité výše příjmu*. (P: 28),

či v tomto případě:

Bien qu'elle se situe dans la lignée des politiques antérieures, la réforme Blüm, adoptée en 1989, est par certains aspects, en rupture avec certains principes sur lequels s'appuyait jusque-là le système de santé. (O: 8) tedy *Zákon o reformě zdravotnictví (tzv. Blümova reforma), přijatý roku 1989, měl svůj původ již v předchozích politických snaženích, a přesto se některá jeho stanoviska rozcházela s určitými principy tehdejšího zdravotnického systému*. (P: 12)

V O jsem se setkala i se zdůrazněním větných celků pomocí větných členů opisem *c'est… que*, př: *C'est en Allemagne, dès 1883, sous l'impulsion du chancelier Bismarck qu'est crée la première assurance maladie* […] (O: 7) přeloženo jako: *Právě v Německu vzniklo na podnět kancléře Bismarcka roku 1883 první zdravotní pojištění* […] (P: 11). Do češtiny jsem zvolila překlad pomocí výrazu *právě*, který má tutéž zdůrazňovací funkci.

Z hlediska délky syntaktické jednotky, jsem se setkala s velmi krátkými jednoduchými větami: *La loi introduit le principe de concurrence*. (O: 86), ale v jiných zase s velmi dlouhými souvětími, které jsem byla nucena zkrátit, aby byla srozumitelná pro českého příjemce: *L'instauration de cette conférence s'est inscrite dans le contexte propre à la République fédérale où la concertation entre partenaires, sans l'intervention des instances fédérales, s'est érigée en principe et constitue un rouage institutionnel essentiel de la résolution des problèmes économiques et sociaux*. (O: 8)

3.5. Stylistická rovina

Ze stylistického hlediska lze říci, že text je napsán volně a v některých místech dokonce velmi abstraktně. Autoři dodržují jednotnou základní terminologii, ale i v té využívají synonyma a obměňují klíčová slova, např.: *les assureurs, les assurances maladies, les caisses d'assurance maladie*, či např.: *le practicien, le médecin de famille* apod. V jistých případech jsem se setkala i s tím, že autoři zmíní určitou informaci jen jednou, aniž by k ní uvedli nějaký kontext, a čtenář nechápe, proč tomu tak je, což značně znesnadňuje recepci překládaného textu, př.: *Ces mesures ne sont pas uniquement guidées, comme les réformes antérieures, par la recherche d'un équilibre comptable des caisses maladie. Elles visent une stabilité du système à long terme en agissant sur <u>les facteurs de blocages</u>*. (O: 9), proto jsme přistoupili k explikaci, aby bylo jasné, k jakým faktorům text odkazuje: […] *ale navíc i systém dlouhodobě stabilizovat a odstranit <u>překážky, které systém destabilizovaly</u>*. (P: 12)

Jak už bylo několikrát zmíněno, francouzština se typologicky liší od češtiny, a proto některá spojení, které jsou pro francouzský jazyk přirozené, např.: *L'instauration de cette conférence <u>s'est inscrite dans le contexte</u> propre à la République fédérale* […] (O: 8) by při přesném překladu působila v češtině velmi těžkopádně, neobratně, ba dokonce i směšně: *Zavedení této platformy <u>se zapsalo do kontextu</u> federace* […], proto jsme zvolili jinou formulaci: *Vznik této platformy <u>odpovídal duchu</u> federace* […] (P: 11), která by měla být pro českého příjemce přijatelnější.

Francouzský jazyk rovněž lépe přijímá u neživotného agentu sloveso, které je běžně užíváno se životným agentem, např.: *Les réformes récentes ont <u>tenté de</u> rémedier cet état de fait en introduisant une coupure* […] (O: 85), což pro češtinu není vhodné, a z tohoto důvodu jsem zvolila jiné sloveso: *<u>Cílem</u> reforem na konci 90. let <u>bylo</u> zjednat nápravu situace ve zdravotnictví tím, že rozdělily* […] (P: 23), než abych použila např. sloveso pokoušet se.

Dalším stylistickým a zároveň překladatelským úskalím se ukázaly být nadpisy. V O jsou nadpisy ve formě: název země + čárka + informace. Tuto podobu jsem však bohužel

nemohla použít pro náš P, neboť český jazyk nemá tradici užívání čárky v nadpisu v této podobě.

Mezi stylistické prostředky užité v textu patří i určité figury, jako např. metafory či deiktické vyjadřování. Shledala jsem, že metafory, jež autoři užívají, jsou metafory, které jsou již v běžném úzu, např.: *L'insuffisante réponse des structures sanitaires aux besoins exprimés a nourri les réflexions* […] (O: 85), proto jsem je přeložila stylisticky neutrálně: *Zdravotnické struktury dostatečně nevyhovovaly reálným potřebám, což po celá 90. léta posilovalo politickou debatu*. (P: 23). S deiktickými prostředky, konkrétně s anaforou, jsem se setkala např. zde: *Ces deux dernières catégories doivent choisir* […] (O: 12), avšak zde jsem anaforu zachovala a přeložila O takto: *Poslední dvě skupiny si musí vybrat* […] (P: 14). V obou případech výrazy *ces deux dernières catégories* a *poslední dvě skupiny* odkazují k předchozí větě: […] *les practiciens de médecine interne et les pédiatres.* (O: 12) tedy […] *internisté a pediatři*. (P: 14)

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo vytvořit překlad části knihy *Les systèmes de santé en Europe*, konkrétně pěti kapitol: Úvodu, Německa, Velké Británie, Itálie a Nizozemska. Dalším cílem bylo napsat k tomuto překladu komentář, který analyzuje výchozí text a předkládá metodu překladu a typologií překladatelských problémů.

Při překladu bylo nezbytné zohlednit fakt, že se jedná o text populárně-naučný, v němž převažuje funkce referenční. Snažila jsem se proto předávat všechny informace srozumitelně a stejně poutavě jako je tomu u výchozího textu. V některých případech jsem se musela uchýlit ke změně aktuálního větného členění, neboť bylo důležité, aby čtenář získával informace postupně a aby byly logicky strukturované. Podstatnou změnou, ke které jsem se rozhodla přikročit, byla aktualizace. Kniha pochází z konce 90. let, tudíž jsem často nahrazovala přítomný čas minulým a rovněž jsem měnila časové údaje typu: dnes, před několika lety, v současné době apod. Jsem si vědoma, že jsem se v některých případech dopustila překladatelských posunů, avšak snažila jsem se, aby tomu tak bylo pouze v místech, kde to bylo nezbytné pro koherenci a pochopení textu (např. konkretizace abstraktních pojmů a rovněž explicitace).

Text byl pro překlad velmi náročný, jak z faktografického hlediska – musela jsem se seznámit s terminologií z oblasti obecného zdravotnictví, zdravotní ekonomiky, zdravotní politiky, statistiky i farmacie a u každého státu s jeho geografií a historií zejména v oblasti zdravotnictví a sociálního zabezpečení. Z hlediska stylistického nasazení textu byl překlad rovněž velmi náročný, neboť výchozí text je napsán velmi volně a abstraktně. Jen k pochopení textu jsem potřebovala několik konzultací s rodilou mluvčí a poté ke stylizaci překladu jsem rovněž využila mnoho konzultací s vedoucím práce. Nejnáročnější tedy bylo překládaný text vůbec pochopit. Dalším nemalým úskalím bylo funkčně převést originál do českého jazyka, aniž bych se odchýlila od původního významu textu anebo naopak abych se příliš nedržela francouzské stavby věty. Navzdory všem nesnázím byl překlad zvoleného textu obohacující, zajímavý a troufám si říct, že i velmi poučný.

Primární literatura:

DURIEZ, Marc, LEQUET-SLAMA, Diane: *Les systèmes de santé en Europe*, 1. vydání (Paris: Presses Universitaires de France, 1998), 127 s.

Sekundární literatura:

Z oblasti zdravotnictví:

BARTÁK, Miroslav: *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*, 1. vydání, (Praha: WoltersKluwer Česká republika, 2012), 335 s.

GLADKIJ, Ivan a kol.: *Management ve zdravotnictví*, 1. vydání, (Brno: Computer Press, 2003), 380 s.

HOLČÍK, Jan, KAŇOVÁ, Pavlína, PRUDIL, Lukáš: *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*, 1. vydání (Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005), 186 s.

JAROŠOVÁ, Darja: *Organizace a řízení ve zdravotnictví*, 2. vydání, (Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008), 107 s.

JAROŠOVÁ, Darja, PUSTELNÍK, Karel (2003): *Úvod do studia zdravotnických systémů*, 1. vydání, (Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta), 63 s.

KŘÍŽOVÁ, Eva (1998): *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*, (Praha: Eva Křížová), 133 s.

MÁTL, Ondřej a kol.:*Zdravotnictví za hranicemi: přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích*, (Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2009), 81 s.

PRYMULA, Roman, BERAN, Jiří, ANTOŠ, Karel: *Vybrané kapitoly ze zdravotnického managementu: zdravotnické systémy*, (Hradec Králové: Gaudeamus, 1999), 158 s.

Překladová z oblasti zdravotnictví:

BUSSE, Reinhard, RIESBERG, Annette: *Německo I.*, přel. M. Barták, (Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004), s. 9-84.

DOCTEUR, Elizabeth, OXLEY, Howard: *Reformy zdravotnických systémů – poučení ze zkušenosti*, přel. M. Barták, D.Haubertová (Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004), 58 s.

Teorie překladu a lingvistika:

ČECHOVÁ, Marie a kol.: *Čeština – řeč a jazyk*, 2. přepracované vydání, (Praha: ISV, 2000), 407 s.

ČERNÝ, Jiří (2008): *Úvod do studia jazyka*, 2. vydání, (Olomouc: Rubico, 2008), 248 s.

HENDRICH, Josef, RADINA, Otomar, TLÁSKAL, Jaromír: *Francouzská mluvnice*, 3. přepracované vydání, (Plzeň: Fraus, 2001), 700 s.

KNITTLOVÁ, Dagmar: *Překlad a překládání*, 1. vydání, (Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, 2010), 291 s.

LEVÝ, Jiří: *Umění překladu*, 3. vydání, (Praha: Ivo Železný, 1998), 386 s.

Lingvistika a poetika (1960), in: R. Jakobson *Poetická funkce*, (Jinočany: H&H, 1995), s. 73-85.

NORD, Christiane: *Text analysis in Translation: Theory, Metodology, and Didactic Application of a Model for Translation-Oriented Text Analysis*, 2. vydání, (Amsterdam-New York: Rodopi, 2005), 274 s.

RADINA, Otomar: *Francouzština a čeština: systémové srovnání dvou jazyků*, 1. vydání, (Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1977), 247 s.

TIONOVÁ, Alena a kol.(1992): *Francouzština pro pokročilé*, 1. vydání, (Brno, Státní pedagogické nakladatelství), s. 284-313.

Slovníky:

BÁRTOVÁ, Ludmila: *Francouzsko-český, česko-francouzský lékařský slovník,* 1. vydání, (Praha: Grada, 2000), 640 s.

MAUBOURGUET, Patrice: *Dictionnaire général pour la maîtrise de la langue française, la culture classique et contemporaine*, (Paris: Larousse, 1993), 1690 s.

TOMAŠČÍNOVÁ, Jana, LARIŠOVÁ, Markéta: Francouzsko-český právnický slovník, 1. vydání, (Jinočany: H&H, 1994), 284 s.

Internetové zdroje:

Direction générale de la Santé (Marc Duriez) [on line]. [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: http://fr.wikipedia.org/wiki/Direction_g%C3%A9n%C3%A9rale_de_la_Sant%C3%A9

Evropská komise, Itálie [on line]. [cit. 2015-05-02]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Italy_cs.pdf

Evropská komise, Nizozemsko [on line]. [cit. 2015-05-02]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Netherlands_cs.pdf

Francie - Alain Juppé [on line]. [cit. 2015-05-20]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/180596/esf_m/

Francie, veřejné zdraví [on line]. [cit. 2015-04-30]. Dostupné z: http://www.vie-publique.fr/

Informace Nizozemsko [on line]. [cit. 2015-05-02]. Dostupné z: www.clkuo.cz/dokumenty/nizo.pdf

Informace Nizozemsko [on line]. [cit. 2015-05-02]. Dostupné z: https://is.vsfs.cz/el/6410/zima2011/D_TVF/D_TVF_4_Zdravix.txt

Informace Nizozemsko [on line]. [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: http://cz.hartmann.info/images/Aktualni_reformy_zdravotnictvi_v_Evrope.pdf

Informace Nizozemsko [on line]. [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-1-2013.pdf

Ministerstvo zdravotnictví ČR [on line]. [cit. 2015-05-02]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/

Ministerstvo zdravotnictví, druhy zdravotní péče [on line]. [cit. 2015-05-10]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html

Pojistitel definice [on line]. [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: http://business.center.cz/business/pojmy/p212-pojistitel.aspx

Santé publique: médecine légale, médecine du travail [on line]. [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=gZs35DrqsTIC&pg=PA187&lpg=PA187&dq=ministere+charg%C3%A9+de+la+sant%C3%A9+sesi&source=bl&ots=5L80SIAwe0&sig=YZxqLY5AQB2L6BSskwXhb1IVWRI&hl=cs&sa=X&ei=WqhAVeOGOtjtatK_gegO&redir_esc=y#v=onepage&q=ministere%20charg%C3%A9%20de%20la%20sant%C3%A9%20sesi&f=false

Velká Británie, department [on line]. [cit. 2015-04-30]. Dostupné z: http://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9partement_de_la_Sant%C3%A9_et_des_Services_sociaux_des_%C3%89tats-Unis

Velký lékařský slovník [on line]. [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: www.lekarske.slovniky.cz
Zdravotnictví ve Francii, stránky vlády [on line]. [cit. 2015-05-02]. Dostupné z: http://www.sante.gouv.fr/

Internet: jazyk a slovníky

Česko-francouzský slovník a vyhledávač překladů [on line]. [cit. 2015-04-30]. Dostupné z: http://www.linguee.cz/%C4%8De%C5%A1tina-francouz%C5%A1tina (30.4.)

Český národní korpus [on line]. [cit. 2015-04-30]. Dostupné z: https://www.korpus.cz/

Internetová jazyková příručka [on line]. [cit. 2015-04-30]. Dostupné z: http://prirucka.ujc.cas.cz/

Larousse [on line]. [cit. 2015-04-30]. Dostupné z: http://www.larousse.fr/

Lingea [on line]. [cit. 2015-04-30]. Dostupné z: http://www.nechybujte.cz/

Slovníky Lingea. [on line]. [cit. 2015-04-30]. Dostupné z: http://slovniky.lingea.cz/Francouzsko-cesky

Slovník spisovného českého jazyka [on line]. [cit. 2015-04-30]. Dostupné z: http://ssjc.ujc.cas.cz/

Příloha (text originálu)