

Univerzita Karlova v Praze

1.lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Klára Burišková

Vývoj postojů obyvatel České republiky k vlastnímu zdraví a zdravotní péči

The Development of the Attitude of Czech Residents towards Their Own Health and Health
Care

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Alice Strnadová, MBA

Praha 2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 31.3.2011

KLÁRA BURIŠKOVÁ

.....

Podpis

Poděkování

Tímto směrem bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Alici Strnadové, MBA za cenné připomínky a odborný dohled, kterým přispěla k vypracování mé bakalářské práce. Dále děkuji všem respondentům, kteří mi vyplněním dotazníku pomohli získat potřebná data k vypracování výzkumné části. V neposlední řadě děkuji celé své rodině a především rodičům za jejich toleranci, trpělivost a podporu při studiu. Zvláštní poděkování pak patří mému bratru Markovi za celoživotní motivaci a ochotu pomoci.

Identifikační záznam

BURIŠKOVÁ, Klára. Vývoj postojů obyvatel České republiky k vlastnímu zdraví a zdravotní péči. [The Development of the Attitude of Czech Residents towards Their Own Health and Health Care]. Praha, 2011. 145 s., 3 příl. Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Strnadová, Alice.

Anotace v češtině

Předmětem bakalářské práce „Vývoj postojů obyvatel ČR k vlastnímu zdraví a zdravotní péči“ je analýza postojů a hodnotových preferencí české veřejnosti v oblasti zdravotnictví po roce 1989. V první části práce jsou shrnuty základní teoretické pojmy a popis vývoje systému zdravotnictví v ČR a jeho vliv na zdraví a postoje občanů. Druhá část je zaměřena na srovnání dosavadních výzkumů týkajících se dané problematiky, analýza vlastního výzkumu a komparace dosažených výsledků s předchozími studiemi. V rámci vlastního výzkumu sleduji také názory odborné zdravotnické veřejnosti na systém zdravotnictví před rokem 1989. Závěrem podávám přehled o vývoji postojů v čase a hodnotím hlavní rozdíly.

Anotace v angličtině

The subject of the bachelor thesis “The Development of the Attitudes of Czech Residents towards Health and Health Care“ is the analysis of attitudes and value preferences of the Czech public to the health field after 1989. The first part of the thesis summarizes the basic theoretical terms, and includes the description of the development of the health care system in the Czech Republic and its influence over the health and attitudes of Czech residents. The second part focuses on the comparison of existing researches concerning the aforementioned questions with the analysis of my own research, and on the comparison of my own results with previous studies. Within my own research, I also deal with the opinions of medical experts about the health care system before 1989. In conclusion, I carry out a survey about the development of the attitudes over time, and evaluate the major differences.

Klíčová slova: postoj, veřejnost, výzkum veřejného mínění, zdraví, zdravotní péče, zdravotní politika, zdravotnické systémy

Keywords: attitude, public, opinion poll, health, health care, health policy, systems of health

OBSAH

ÚVOD.....	9
1. Vytyčení základních teoretických pojmů a jejich vztah k danému tématu.....	11
1.1. Zdraví, klady a zápory definice zdraví dle WHO.....	11
1.1.1. Zdraví jako tržní komodita.....	12
1.2. Nemoc.....	13
1.2.1. Fáze nemoci ze sociologického hlediska.....	14
1.2.2. Demografické a ekonomické souvislosti nemoci.....	15
1.3. Zdravotní potřeby a princip jejich uspokojování.....	17
1.3.1. Nerovnost v uspokojování zdravotních potřeb.....	19
1.4. Péče o zdraví.....	20
1.5. Zdravotní péče.....	21
1.6. Zdravotní politika.....	22
1.6.1. Východiska pro stanovení obsahu a cílů zdravotní politiky.....	22
1.6.2. Makroekonomické podmínky tvorby zdravotní politiky.....	24
1.7. Zdravotnické instituce – historický exkurz, současný stav.....	26
1.8. Postoje.....	28
1.9. Společenské normy a tvorba hodnot ve zdravotnictví.....	30
1.9.1. Teorie hodnot jako východisko zdravotní politiky	30
2. Teoretický náhled na problematiku poskytování zdravotní péče a zdravotní stav populace v různých časových obdobích.....	31
2.1. Zdravotnictví jako společenský zájem.....	31
2.2. Historický exkurz vývoje zdravotnictví ČR a jeho vliv na čerpání zdravotní péči...32	32
2.2.1. Společensko - historické souvislosti.....	32
2.2.2. Česká zdravotní politika 1945 – 1989 a hlavní problémy minulého systému..	33
2.2.3. Česká zdravotní politika po roce 1989	35
2.2.4. Průběh transformace zdravotnictví od roku 1990.....	36
2.2.4.1.Hlavní problémy transformačního procesu.....	38
2.2.4.2.Povinné zdravotní pojištění.....	38
2.2.4.3.Regulační poplatky.....	39
2.2.5. Financování zdravotní péče a její problematika.....	40
2.2.5.1.Podíl HDP na zdravotnictví.....	42

2.2.5.2. Hospodárné disponování finančními prostředky a alokace zdrojů ve zdravotní péči.....	42
2.2.6. Odpovědnost za zdravotní stav.....	44
2.3. Vývoj zdravotního stavu obyvatel ČR.....	47
2.3.1. Srovnání vývoje demografické situace a zdravotního stavu obyvatelstva ČR v období 1989 – 2009.....	48
2.3.1.1. Demografická situace.....	48
2.3.1.2. Zdravotní stav.....	50
2.3.2. Determinanty ovlivňující zdraví.....	53
2.3.3. Vliv rizikových faktorů na zdravotní stav obyvatelstva.....	54
3. Data známá z výzkumů.....	55
3.1. Postoje a hodnotové preference obyvatel ČR po roce 1989.....	55
3.2. Faktory ovlivňující postoje obyvatel k vlastnímu zdraví a zdravotní péči po roce 1989.....	56
3.2.1. Sociologické pojetí medicíny.....	57
3.2.2. Změny ve vnímání hodnoty zdraví.....	57
3.2.3. Změny v přístupu v péči o zdraví.....	59
3.3. Mapování postojů veřejnosti k zdravotně-sociálním tématům.....	60
3.3.1. Solidarita.....	61
3.3.2. Subjektivní hodnocení vlastního zdravotního stavu.....	61
3.3.3. Kvalita zdravotní péče v České republice.....	63
3.3.4. Problematické oblasti zdravotnictví.....	64
3.3.5. Poskytování informací.....	67
3.3.6. Regulační poplatky.....	68
3.3.7. Spokojenost se zdravotním systémem ČR.....	71
3.3.8. Životní styl – dělají občané něco pro své zdraví?.....	73
3.3.9. Modely financování zdravotní péče a návrhy spoluúčasti.....	74
3.3.10. Srovnání oblastí zdravotních a sociálních služeb dnes a před listopadem 1989.....	76
3.3.11. Hodnotová orientace obyvatel ČR.....	77
3.3.12. Zdroje informací ovlivňující postoje a názory lidí.....	79
3.3.13. Nerovnost ve zdraví.....	80

4. Význam studie postojů u obyvatel České republiky a formulace vlastních hypotéz.....	81
5. Metodika výzkumné práce.....	83
5.1. Použité metody sběru dat.....	83
5.2. Charakteristika výzkumného souboru	84
6. Vlastní výzkum v oblasti zdraví a zdravotní péče.....	85
6.1. Analýza získaných dat.....	85
6.2. Ověření a analýza stanovených hypotéz.....	109
7. Komparace dosažených výsledků s ostatními studii.....	115
7.1. Hlavní srovnávané oblasti výzkumu.....	115
7.1.1. Subjektivní hodnocení vlastního zdraví – srovnání.....	115
7.1.2. Hodnocení kvality zdravotní péče v posledním roce – srovnání.....	116
7.1.3. Problematické oblasti zdravotnictví – srovnání.....	119
7.1.4. Poskytování informací – srovnání.....	121
7.1.5. Regulační poplatky – srovnání.....	122
7.1.6. Spokojenost se zdravotním systémem ČR – srovnání.....	123
7.2. Srovnání dat z doplňujících výzkumů.....	125
7.2.1. Intervence občanů k podpoře zdraví.....	125
7.2.2. Optimální model financování zdravotnictví.....	127
7.2.3. Sociální a zdravotní služby – srovnání před a po roce 1989.....	128
7.2.4. Vývoj a postavení lidských hodnot.....	129
7.2.5. Zdroje informací nejčastěji ovlivňující názory a postoje obyvatel.....	130
ZÁVĚR.....	132
Soupis bibliografických citací.....	141
Seznam zkratk.....	143
Seznam tabulek.....	144
Seznam grafů.....	144
Seznam příloh.....	145
PŘÍLOHY	

ÚVOD

Bakalářská práce na téma „Vývoj postojů obyvatel České republiky k vlastnímu zdraví a zdravotní péči“ mapuje postoje v oblasti zdravotnictví z řad široké laické veřejnosti na straně jedné a přináší i konkrétní pohled na vývoj a porevoluční změny v oblasti zdravotnictví ze strany odborníků, tedy zdravotníků. V jednom z významů se tedy dokonce zabývá názory dlouholetých pracovníků, kteří ve zdravotnictví pracovali i před listopadem 1989. Právě těch, kteří mají jako jediní možnost objektivního zhodnocení z praktické oblasti. S odstupem času zhodnotit poskytovanou zdravotní péči, dva různé zdravotnické systémy a mimo jiné i postoje obyvatel ke zdraví. Důležitým časovým mezníkem je v mé práci právě ona „sametová revoluce“, která 17. listopadu odstartovala proces transformace společnosti. Stejně jako jiné oblasti, prošel i sektor zdravotnictví řadou zásadních změn. Hlavní je bezesporu zřízení všeobecného zdravotního pojištění a odklon od státního zdravotnictví, uplatňovaného podle Beveridgeovských principů. Postupným složitým vývojem se dostává zdravotnictví až k dnešní podobě. Nutno podotknout, že i 20 let po převratu stále ne dokonalé. Proces změn v tak velkém resortu však není na místě uspěchat. Je nutné postupovat uvážlivě a se zdravým nadhledem. V tomto resortu není možné nijak významně experimentovat. Dovoluji si říct, že každá změna, která zde probíhá, má i vždy svá „zadní vrátka“. Tento sektor totiž disponuje něčím, co se bezprostředně týká každého z nás. Jde o jednu z nejdůležitějších životních hodnot naprosté většiny občanů. A tím je zdraví. Každá negativní změna která v procesu transformace zdravotnictví proběhne, se totiž záhy objeví na světle veřejnosti. Nemusíme čekat delší dobu, než ukáže svůj negativní dopad na fungování zdravotní politiky, poskytování zdravotní péče, nebo se odrazí ve zdravotním stavu populace. České zdravotnictví, jak ho většina z nás vidí dnes, nepochybně potřebuje změnu. Předčili, či snad obstáli jsme už v poskytování zdravotní péči před řadou ekonomicky vyspělejších zemí než je Česká republika. Po roce 1989 se prodlužuje střední délka života, která je pozitivním ukazatelem příznivého zdravotního stavu populace. V těchto oblastech si už jen musíme pozitivní bilanci udržovat. Problém dnešního zdravotnictví je ve zcela jiném odvětví. A tím je financování zdravotnictví. Zvykli jsme si na standard poskytované péče, na diagnostiku a léčbu poskytovanou na stejné úrovni nejvyspělejších západních států. Zdravotnictví bychom ovšem chtěli mít nejlépe stále zadarmo, jak tomu bylo před rokem 1989. Odpovědnost za péči o zdraví přisuzuje mnoho lidí také právě státu. Je potřeba odbourat paternalistický model státu v péči o zdraví stejně tak, jak se odboural po roce 1989 z náhledu na postavení lékař/pacient. Do té doby byl lékař pro nemocného také jakýmsi symbolem „všemocnosti“, či absolutní pravdy, poznání a hlavně poslední záchrany.

Vývojem postojů, rozvojem osobnosti, kladením důrazu na individualitu jednotlivce se tento nevyrovnaný model podařilo snad všeobecně a úspěšně odstranit. Vznikl tak mnohem hodnotnější a vyrovnanější model pro obě strany. Jde o postoj vyjadřující partnerství. Snažme se tedy klást důraz na převzetí odpovědnosti za vlastní zdraví do péče občanů. Podněcujme jejich hodnoty k péči o vlastní zdraví a postupně tak sledujme, jak se nám tento vývoj daří. To je také cílem mé práce. Podat jakýsi zrcadlový pohled o hodnotových preferencích občanů. Jaké postoje zauímají občané ke zdravotnictví, konkrétněji ke zdraví a zdravotní péči ve dvou rozdílných zdravotnických systémech? V čem byly pozitiva, kde převládaly negativa? Do jaké míry se odrazil politický převrat do postojů lidí ke zdravotnictví? Jaké názory převládají u lidí s odstupem času dnes? Jaké postoje zaujala mladá generace? Právě pro další generace má mimo jiné také význam provádět další a další výzkumy v oblasti vývoje postojů. Po nás přijdou jiní, kteří zmapují stávající názory na problematiku společnosti a srovnání se jim dostane na základě předchozích výzkumů. Ne jinak to ve své práci provádím i já. Nejdříve se snažím podat teoretický náhled na problematiku poskytování zdravotní péče v různých časových obdobích a vývoj zdravotního stavu obyvatelstva. Zprvu vytyčením základních teoretických pojmů, posléze srovnáním již provedených šetření v této oblasti a nakonec i vlastním výzkumem. V úplném závěru provádím komparaci svých výsledků s výsledky z dosavadně provedených studií a prezentuji vlastní úvahy, názory a poznatky jimiž svoji práci uzavírám.

1. Vytyčení základních teoretických pojmů a jejich vztah k danému tématu

1.1. Zdraví, klady a záporny definice zdraví dle WHO

Zdraví zaujímá v žebříčku hodnot každého z nás jednu z předních příček. Je to pojem, který lze jen těžko definovat. Proto se definice v průběhu let stále vyvíjela a i nadále vyvíjí. Dále se definice zdraví rozrůstá pod vlivem přísunu nových interdisciplinárních poznatků. Na základě těchto mezioborových znalostí, bylo možné začít chápat zdraví a zdravotní stav nikoli jako jednotlivý, izolovaný jev, ale jako stav, který je vždy výslednicí interakce člověka s prostředím. Prostředím přírodním, ale i civilizačním, charakterizovaným postupem civilizace, rozvojem vědy, techniky, ekonomiky, průmyslu a s nimi souvisejícím životním stylem a konečně i prostředím společenským. [Kebza 2005:9]

Dle mého názoru přispěl k definování, ale i k pochopení významu zdraví zejména nový příliv souvislostí z oblasti sociologie. Konkrétně se jedná o vznik oboru sociologie medicíny¹ a její neocenitelný přínos ve vztahu ke zdraví. Od doby, kdy byla na půdě WHO přijata definice zdraví, ve formulaci „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (well-being) a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady (infirmité)*“, se rozvinul větší zájem o vědy behaviorální a sociální, včetně sociologie. Zdraví tedy představuje subjektivní pocit (vnímání), který nemusí korespondovat s objektivním zjišťováním stavu jedince. Ve vnímání tohoto pocitu pak existují velké individuální rozdíly, které jsou ovlivňovány mnohými historickými, kulturními a sociálními faktory (např. zkušenosti předchozích generací a jejich schopnost ovlivnit svými postoji další generace. [Bártlová 2005:12]

K možným výhodám definice WHO zcela určitě patří jednoduchost, výstižnost a přijatelnost pro odbornou i laickou veřejnost. Právě proto je definice WHO nejčastěji citovanou a nejnámější. Pojímá zdraví totiž jako ideální stav, s řadou předností. Zdraví je zde chápáno jako žádoucí, kladný prvek lidského života. K pozitivnímu vnímání definice zdraví WHO můžeme také připojit právě ten názor, že představuje odklon od tradičního biologického pojetí zdraví, k bio-psycho-sociálnímu modelu zdraví a nemoci. I nedostatky této definice jsou však patrné. Poněkud idealistické a nerealistické pojetí, protože by se podle ní dala klasifikovat většina lidí (70-95%) jako nezdravých. Podle normativní definice zdraví a nemoci je nemocí pouze takový stav, který nemocnému jedinci způsobuje subjektivní potíže. V tom případě by

¹ Sociologie medicíny – vědecká disciplína, jež užívá teorie a metody empirické sociologie za účelem rozboru fenoménů „zdraví“ a „nemoc“, stejně jako k analýze vztahů „zdravotnické zařízení“ a zdravotnické povolání v interakci s pacientem. Cílem je poznat a porozumět, jak působí sociální vlivy na zdraví, na vznik a průběh nemoci a pochopit možnosti i hranice medicínských výkonů a jejich důsledků nejen na jedince, ale také na celou společnost (Siegrist J, 1988)

pak ale definice nepokrývala všechny nemoci a jejich latentní stádia (např. hypertenze, některá nádorová onemocnění v počátečním stádiu) a tak je vhodná jen pro rozvinutá stadia nemoci. [Malina 2009:17] Podle Kebzy (Kebza 2005) je pak nedostatek definice zdraví podle WHO v opomenutí spirituální a etické dimenze zdraví a rovněž nedostatečné vymezení pojmu „well-being“ a jeho dimenzí. [Durdisová 2005:23] Velký podnět k rozvoji a definování zdraví učinila ve výsledku však právě WHO.

Osobně souhlasím s tvrzením WHO, aby definice zdraví byla jasně a stručně definována a to z toho důvodu, aby tak zdraví uměli definovat všichni občané bez rozdílu vzdělání nebo s rozdílným socioekonomickým statusem. Rovněž také z důvodu, aby lidé všeobecně pochopili, že zdraví není pouhou nepřítomností nemoci, ale že se jedná i o neodmyslitelnou preventivní součást jež jí má předcházet a která má tak zapůsobit na jedince v době před vzplanutím nemoci tak, aby jedinci vynaložili maximální úsilí ve smyslu zabránění rozvoje vzniku nemoci a jejich negativních důsledků.

1.1.1. Zdraví jako tržní komodita

V souvislostech následných společenských změn po listopadu 1989 a tím i značný liberalistický přístup ke zdraví, se u mnohých z nás může objevit otázka, jaký postoj nejen ke zdraví, ale celému systému zdravotnictví vlastně zaujmout. Poznatky a zkušenosti nynější doby nás mohou vést k domněnám, zda-li zdraví, jaké takové, není právě v ohledu dnešní doby „pouhou“ tržní komoditou²? Dle mého názoru se ke zdraví, jako tržní komoditě jednoznačně přistupovat nedá.

Zdraví je specifickou hodnotou, která sama o sobě nemá hmotnou podstatu (povahu hmotného statku), nemá vlastnosti zboží, není a nemůže být předmětem koupě a prodeje. Přesto se u některých teoretiků se zařazováním zdraví mezi zboží setkáváme. Zpravidla se však jedná o teoretická pojetí, která v procesu směny ztotožňují zdraví a zdravotní péči. Vycházejí z toho, že při nákupu zdravotní péče se nakupuje zdraví, což je pojetí postrádající vytržbenost. I když s nákupem zdravotní péče (služeb, léků) můžeme zlepšit zdravotní stav člověka, neznamena to možnost nákupu zdraví v plném rozsahu. Jsou onemocnění, úrazy a patří sem i stáří, jejichž důsledky jsou neodvratné. [Durdisová 2005:8]

Zdraví tedy není čistý ekonomický statek, ale těžko měřitelná a nestabilní hodnota, zahrnující v sobě stránky kulturní, politické, ekonomické, sociální a etické. Takto vymezené zdraví je důležitým determinantem kvality lidského kapitálu a zároveň faktorem globální

² tržní komodita = komodita jako produkt jednotné hodnoty a kvality, vyráběný ve velkém množství mnoha různými výrobci. Je také druh zboží, které je na trhu obchodováno bez rozdílu v kvalitě.

produkční funkce a stává se tak objektivně nejenom soukromým, ale i veřejným zájmem (Ulmannův model, 1999) [Durdisová 2005:12]

Podle mého názoru většina lidí vnímá zdraví spíše abstraktně. Jako prostředek k naplnění spokojenosti, štěstí, života ve společnosti. Zároveň je třeba zmínit, že člověk, který neregistruje na sobě, nebo ve svém blízkém sociálním prostředí osoby s narušeným zdravím, nebo jakýkoli jiný negativní dopad biologického, psychického, sociálního, spirituálního či ekonomického strádání bude vnímat hodnotu zdraví jinak, než člověk, kterého se objektivně či jinak zprostředkovaně týká. Například je známé tvrzení, že mladí lidé obvykle vnímají zdraví jako samozřejmost, protože v dosavadním životě žádný výrazný negativní dopad nepocítili. Nebo jako jiný příklad mohou sloužit populace třetího světa. Jejich vnímání (spíše potřeba) zdraví, ale i celá hierarchie životních hodnot je jistě zcela odlišná, narozdíl od populace vyspělejších zemí, z nichž větší část jejich obyvatel žije mnohdy v nadstandardním konzumu a zdraví tak považuje za samozřejmou součást svého života.

Charakteristickým rozdílným příkladem ve vnímání zdraví odpovídá politické a společenské klima převažující na jednotlivých kontinentech. Severoamerické, Australské a západoevropské země se vyznačují nejen nejvyšší mírou tržního liberalismu v poskytování zdravotní péče, ale zároveň negativním odrazem typu konzumní společnosti, která je pro tyto země příznačná. Nadstandardní společenský konzum je v dnešní době však problémem globálním a proto se tyto principy rychle rozšiřují i do ostatních zemí světa. Hlavním konkurentem se těmito zemím stávají právě evropské země, které v dobré víře, že nabírají pozitivní směr však jen slepě tento konzumní trend přebírají. Ve východoevropských zemích pak můžeme konstatovat, že se na jejím postoji ke vnímání hodnoty zdraví stále projevuje vyprchávací vliv socialismu. Asijské země jsou význačné ve vnímání zdraví tím, že se opírají o tradiční systém hodnot a zvyklostí, které jsou často zahrnovány pod roušku tzv. východní filozofie, medicíny. Nejméně pokrokové a nepříznivé postavení zdraví ve společnosti zaujímají v tomto přístupu rozvojové země (Afrika, jižní a jihozápadní Asie, ale daly by se sem s ohledem na zdravotní péči zahrnout i některé země jižní Ameriky). Tyto země jsou pak ve větší míře závislé na solidaritě vyspělých států a humanitární pomoci nadnárodních organizací.

1.2. Nemoc

Kebza (Kebza 2005) uvádí, že pojetí a vymezení nemoci a nemocnosti jako vyjádření změn zdravotního stavu je komplementární pojetí a vymezení zdraví. Nemoc je v odborné literatuře, rovněž jako zdraví, pojímána různě: kromě kontinua „zdraví - nemoc“ se objevují související

odkazy na příznaky nemoci (symptomy), nebo na důsledky nemoci. Jaký dopad bude mít nemoc na zdraví jedince a jaký dopad může znamenat pro hospodářskou politiku státu. [Bártlová 2005:27]

Podle Maliny (Malina 2009) bývá k definici nemoci přistupováno mimo jiné také funkcionalisticky, kde se nemoc vysvětluje porušením rovnováhy (homeostázy) organismu, kdy dochází k porušení části těla (tkáně, orgánu.) nebo funkční souhry orgánů nebo psychického prožívání. [Malina 2009:17] Nemoc v sociologickém kontextu se vymezuje z jiného hlediska. Jde o sociální stránku nemoci, tedy nemoc, jako sociální stav, u něhož se současně předpokládá biologická porucha. Budeme – li k nemoci, stejně jako ke zdraví vycházet z holistického pojetí, pak nemoc není ničím jiným, než poruchou systému. Bártlová (Bártlová 2005) dále zdůrazňuje, že nemoc má stejně jako zdraví svůj aspekt biologický, psychický a společenský. Společenskou stránkou charakterizuje zejména sociální role, které člověk ve společnosti zastává a které jsou vlivem nemoci narušeny nebo ohroženy. [Bártlová 2005:43]

V pojetí amerického sociologa Parsonse, znamená nemoc deviaci (odchylku) od normální sociální role. Hlavním důvodem chápání nemoci jako deviace je společenská nežádoucnost tohoto stavu a odchýlení se nemocného člověka od očekávání, které vůči němu má společnost. Ve srovnání se všemi deviacemi je nemoc zvláštní v tom, že není následována negativními sankcemi. Lidé nemocného z tohoto stavu neobviňují. Jak uvádí K. Chromý (1990): „U těžkých nemocí bývají oproti lehkým, zproštění výkonu povinností rozsáhlá, u lehkých nemocí mohou zcela chybět. U některých vleklých onemocnění nebo defektů, kde se předpokládá možnost kompenzace, jsou formulovány rozsáhlé povinnosti nemocného při rehabilitaci. V taxonomii nemocí mají zvláštní postavení rovněž některá stigmatizovaná onemocnění (kožní a pohlavní, epilepsie, duševní nemoci), která se stavbou sociálních rolí ocitají jakoby na pomezí zaviněných a nezaviněných deviací – poměrně skromná privilegia a rozsáhlé povinnosti. Terminální stavy přinášejí maximální úlevy a minimální nebo žádné povinnosti.“ [Bártlová 2005:43-47]

1.2.1. Fáze nemoci ze sociologického hlediska

Nástup nemoci má svůj vývoj a fáze. Většina lidí zaregistruje změnu zdravotního stavu. Může jít o změnu velkou či malou, objektivní nebo ryze subjektivní pocit. Tyto změny mohou, ale také nemusí vést ke změně sociální role. U tzv. “všedních obtíží“ jako je například bolest hlavy, nachlazení, zvládneme nastupující změny v organismu praktikami, jež vycházejí z poznatků a samoléčitelských zkušeností, nejčastěji v okruhu rodiny. Jde o sebezpečí,

samoléčbu, nebo se užívá termínu laická péče. Tyto praktiky nejsou ničím novým a v minulosti se lidé museli spoléhat zejména na tento způsob péče. Odhaduje se, že jde o 60-90 % veškeré zdravotní péče. Význam samoléčby a tím související samomedikace není zanedbatelný ani z ekonomického hlediska. Stokem zdůraznil v roce 1979 v časopisu „Věda“, že samoléčení představuje jednu z nejlevnějších a nejefektivnějších cest ke snížení stále rostoucích zdravotnických nákladů, neboť určitý počet onemocnění má svůj vlastní průběh, hojí se i bez léčení a zřídka je jím ohrožen život pacienta (Stokem B., 1979, s. 4406). [Kebza 2005:44-45]

O první fázi nemoci lze hovořit tehdy, když se objevují symptomy a pacient si začíná uvědomovat své nové postavení. Dokud není ohrožena každodenní činnost a pokud nemá silné bolesti, většinou lékaře nenavštíví. Objevují se i různé reakce, například nadhodnocování onemocnění, ulpívání na hypochondrických obavách nebo naopak snižují význam symptomů, bagatelizují. Někdy může člověk přivítat první příznaky nemoci, neboť onemocnění mu umožní vyřešit konfliktní situaci, ať již v rodině nebo v zaměstnání.

Druhá fáze nastává tehdy, když nemocný vyhledává pomoc od jiné osoby anebo dostane-li se nemocnému pomoci bez jeho vlastní žádosti. Jde o fázi, odehrávající se ve zdravotnickém zařízení. Pro pacienty je to vždy mimořádná situace. Objevují se pocity strachu a obavy, co z toho může následovat. Je důležité, aby psychickou oporu našel nejen v rodině, ale i ve zdravotnickém zařízení. [Kebza 2005:46]

Třetí fáze se nazývá akceptování choroby, v níž se jedinec na sebe dívá již jako na nemocného, nepokouší se vydávat za zdravého – je srozuměn s rolí pacienta. Pozitivní hlediska hospitalizace v této fázi uvádí Csorbová (Csorbová H, 1966, s.26): „Zmenší se napětí z průběhu choroby, zmenší se komplexy a napětí v porovnání se zdravými lidmi, dojde k úlevě v utrpení, která by při domácím léčení nebyla možná. Naopak nepříznivým vlivem hospitalizace, je vyřazení z plnění sociálních rolí, které se může negativně projevit i do jeho zdravotního stavu.“ [Kebza 2005:47]

Poslední fázi nemoci můžeme nazvat návrat k dřívějším sociálním funkcím. Pacient se vrací ke svým rolím, které zastával před onemocněním. Někdy je možné, že se činnosti, postoje a vzájemné vztahy po rekonvalescenci mění. Snížení tělesné schopnosti si tak mohou vynutit třeba i změnu zaměstnání. [Kebza 2005:48]

1.2.2. Demografické a ekonomické souvislosti nemoci

Jestliže dochází k výraznějším změnám zdravotního stavu obyvatelstva, brzy se to projeví na jednotlivých demografických ukazatelích. Praktickým příkladem může být snížení výskytu

infekčních onemocnění (patrně prakticky ihned po zavedení plošného očkování) kdy výrazně klesla kojenecká i celková úmrtnost. Tím se prodloužila střední délka života a tím došlo k nárůstu věkově starších skupin obyvatel. Tedy přesněji řečeno těch skupin, u kterých se postupně objeví polymorbidita a nemoci přejdou do chronicity. Na základě toho se rychle zvýší požadavky na zdravotní péči a samozřejmě s tím související výdaje na zdravotnictví. Na základě takovýchto demografických ukazatelů můžeme následně zhodnotit ekonomické souvislosti nemocí. Ze stavu nemoci vyplývající poskytování zdravotní péče, dny pracovní neschopnosti, počet dní hospitalizace, případně invaliditu. Z toho všeho vyplývá povinnost vyplácení nemocenských a sociálních dávek. V této oblasti jsou největší finanční zátěží pro společnost právě staří lidé, dále zdravotně postižení a samozřejmě všichni chronicky nemocní pacienti. Podrobnější vývoj demografické situace v ČR bude popsán v kapitole 2.3.1.1. Demografický vývoj ČR.

Vyjadřování úplných nákladů a ztrát spojených s nemocemi a úrazy je velmi složité a v jejich strukturování lze uplatnit dvě kritéria: 1. kdo náklady nese a za 2. kdo ztráty pocítí. Vyjádření souhrnných nákladů musí zahrnout: ztráty, které pocítí postižené osoby, případně osoby na jejich výděлку závislé, a dále musí zahrnout náklady a ztráty vyvolané u zaměstnavatelů a konečně vyjadřuje jaké náklady a ztráty vzniknou z těchto událostí celé společnosti (výdaje na zdravotní péči, výdaje na dávky sociálního systému, ztráty v příjmech sociálního a zdravotního pojištění apod.). Náhrady a ztráty představují tedy nejen výdaje a ztráty vyvolané těmito událostmi v roce jejich vzniku, ale i výdaje a náklady nebo ztráty, které v jejich výsledku budou vznikat i v dalších letech (náhrady škod po skončení pracovní neschopnosti, výplaty invalidních, vdoveckých, vdovských, sirotčích důchodů, výplaty příspěvků státní sociální podpory – příspěvky na děti, další dávky, ale i zdravotní péče, včetně výdajů na léky, ztráty na výděлку postižených, v budoucnu nerealizovaný HDP - jako nerealizovaný náklad příležitosti v důsledku absence nemocných, invalidity, případně smrti postižených apod.). Ekonomika zdraví (i legislativní a etický kodex) přispívá k překonávání zdánlivého rozporu mezi ekonomikou a etikou (Zdraví není zboží, nemá cenu, ale je spojeno s vynaložením nákladů). [IZPE 2003:15] viz *Příloha 1.A: Vývoj základních složek sociálně zdravotního systému (1990-2008)*.

Nemoc je stav, který s největší pravděpodobností jednou vždy do našeho života vstoupí. Můžeme ji očekávat a předcházet a nebo věřit mylnému domnění, že náš vlastní život nikdy nijak neomezí. Spousta lidí se snaží správně nemocem předcházet a rovněž tak i předcházet rizikům, které nemoc nebo porušené zdraví způsobují. Jsou však mezi námi lidé, kteří

provozují různé typy adrenalinových sportů a tím ohrožují nejen sebe, ale velmi často i své okolí (např. neorganizované automobilní závody). Jsou to lidé nanejvýš sobečtí vůči nejen svému zdraví, ale i společnosti. V případě totiž, že se přihodí neštěstí, dotyčný člověk se zraní a následkem je trvalé postižení, odnese důsledky za jeho chování celá společnost. Tento člověk začne čerpat zdravotní a sociální pomoc od nikoho jiného, než právě od státu. V rámci „principu solidarity“, který se uplatňuje v našem zdravotnickém systému získává finance k přežití tedy právě z peněz lidí, které někdy svým chováním zřetelně ohrožoval. V porovnání s člověkem, který měl třeba pracovní úraz a dostává i tak stejné finanční prostředky (podotkněme že nijak velké), je to jednoznačně nespravedlivé. Dalším příkladem za „domněle“ nezaviněné onemocnění může být kouření a z toho vyplývající rakovina plic a nebo přejídání a s tím související kardiovaskulární, ale i jiné potíže. K nemoci totiž globálně stále převažuje postoj takový, který charakterizuje nemocné (postižené) jako neodpovědné a nenesoucí vinu za vzniklé onemocnění. Nějakým způsobem vzniklé vládní intervence, věnující se této problematice „zaviněného jednání“ nebyly dosud nikdy plně účinné. Problém nastává ve vymezení rovnováhy mezi svobodami jednotlivce a „zákonem“ stanovenými intervencemi.

1.3. Zdravotní potřeby a princip jejich uspokojování

Aby byly cíle zdravotní politiky co nejvíce věcné a adekvátní musíme dobře znát zdravotní potřeby obyvatelstva. Pojem zdravotní potřeba není v praxi jasně vžitá. Je tedy nejdříve nutné definovat potřeby člověka jako takové. Potřeba se většinou chápe jako nutnost organismu něco získat, nebo se něčeho zbavit, aby bylo dosaženo požadované rovnováhy. Na rozdíl od přání jsou potřeby určeny životní nutností člověka jako druhu a jejich dlouhodobé nenaplnění se nepříznivě odráží ve zdraví a pocitu dobré pohody. [Bártlová 2005:90]

Zdravotní potřebu pak můžeme definovat podle Gladkije (Gladkij 2003) jako: „Důvodný požadavek na preventivní, kurativní či rehabilitační péči plynoucí z objektivně existující nebo vnímané poruchy zdraví nebo z objektivně existujícího rizika ohrožení zdraví.“ [Gladkij 2003:20]

Specifické potřeby, které se v nemoci dle jejích fází různě střídají a zase se objevují závisí však nejen na schopnosti zdravotníků tyto potřeby uspokojovat, ale především na individualitě pacienta a jeho sociálních poměrech. Tak jak se potřeby v průběhu nemoci mohou měnit, definuje Bártlová (Bártlová 2003) jejich členění do těchto základních skupin: „1. potřeby, které se nemocí nemění (potřeba výživy, dýchání, aj.; tedy ty, které jsou stejné jak u zdravého, tak u nemocného), 2. potřeby, které se nemocí modifikovaly (např. změny sociálních potřeb, které se buď nemocí redukovaly, nebo nemoc deformovala i dřívější potřeby, a na základě toho se již

nevrátí do původního stavu před nemocí) a za 3. potřeby, které nemocí vznikly (pokrývání těchto potřeb je součástí léčebného procesu. Promítají se do subjektu pacienta v rovinách navrácení zdraví, dále zbavit se, nebo zmírnit bolest a potřeby obnovení a udržení schopnosti plnit dřívější sociální funkce nebo se připravit na nové).“ [Bártlová 2003:91]

Zdravotní potřeby můžeme také rozdělovat do skupiny subjektivních potřeb (tedy ty potřeby, které člověk na základě svých pocitů a vyjádření rozpozná sám) a potřeby objektivní (které člověk ani nemusí pozorovat, ale dokáže je zajistit a uspokojit svými odbornými institucemi zdravotnický systém). [Gladkij 2003:21]

Zdravotní potřeby se dají nazvat jako objektivní stimuly pro využití zdravotní péče. Potřeby ve zdravotní péči mohou být uvědomované a neuvědomované, vyžadované nebo nevyžadované a stejně tak mohou být naplněné (uspokojené), nenaplněné (např. čekací transplantační doba) či dokonce „přeplněné“ (v souvislosti např. s antibiotickou politikou, kdy často dochází k nadužívání antibiotik při banálních infekcích). Řešení problému souvisejících s uspokojováním zdravotních potřeb vyžaduje uplatnění systémového přístupu, který musí zahrnovat tři důležité faktory, které jsou obsahem zdravotních potřeb: 1. Zdravotní stav obyvatelstva a jednotlivých populačních skupin, 2. Dosažená úroveň zdravotních a sociálních služeb ve vztahu k zdravotnímu stavu, 3. Lidské, finanční a materiálové zdroje potřebné k poskytování adekvátních služeb. [Gladkij 2003:24]

Vliv na uspokojování zdravotních potřeb obyvatel mohou ovlivňovat výraznou měrou také plátcí zdravotní péče. Ať se jedná o stát, který může plně rozhodovat v případě státního zdravotnictví o množství prostředků vynakládaných na zdravotní péči. Rovněž může v jiných kulturách fungovat jako garant zdravotní péče a tudíž dohlíží na plnění funkcí pojišťovacích institucí, do nichž občané vkládají peníze a podle toho očekávají dohodnuté služby. Zvláštním příkladem uspokojování zdravotních potřeb je stav, kdy je plátce a příjemce na stejné rovině. Tedy tzv. samoplátce. Protože laický příjemce není schopen posoudit nutnost poskytované zdravotní potřeby (služby) může být tato potřeba nadceněna poskytovatelem (př. soukromým lékařem) a pacient nevědomky zbytečně, avšak v dobré víře, uspokojí (zaplatí) i takové zdravotní potřeby, které pro něj nejsou objektivně zcela prospěšné. Typický příklad této situace je rozdílný průměr mezi Anglií a USA při odstraňování nosních mandlí, s převahou operací na straně liberálně tržního zdravotnictví USA (v porovnání pacientů nebyl nikde shledán výrazný rozdíl v tom smyslu, že by „američtí“ pacienti tento operativní zákrok z indikačního hlediska potřebovali více).

1.3.1. Nerovnost v uspokojování zdravotních potřeb

Zdravotní potřeby lidí nejsou stejné, neboť jsou podmíněny subjektivním rozhodnutím nemocného, jeho očekáváním a představami, uvědoměním si nemoci a následným chováním, ale též objektivním hodnocením lékaře, který posuzuje zdravotní potíže různých jedinců podle kritérií medicíny a svých znalostí. To co však rozhoduje o různých zdravotních potřebách a různé zdravotní péči v rámci rovnosti ve zdraví, však nemohou být subjektivní očekávání, nároky ani přání nemocného, nýbrž pouze objektivně stvrzená potřeba zdravotní péče podle medicínského hlediska. (Křížová E, 1998, s. 57-58) Ve všech typech politických a sociálních systémů lze zaznamenat diference ve vztahu ke zdraví, a to jak mezi rozličnými sociálními skupinami lidí, tak i mezi geografickými oblastmi. Tyto rozdíly lze pozorovat např. mezi městským a venkovským obyvatelstvem. (Whiteheadová M, 1993, s.4) Rozdíly jsou též v dostupnosti a kvalitě zdravotnických služeb. Extrémním příkladem nerovného přístupu je, když lidé nemohou využívat zdravotní péči vzhledem k nízkým příjmům, vzdělání, rase, pohlaví, věku, náboženství nebo jiným faktorům, které nejsou ve vztahu s potřebnou péčí (viz o situaci v ČR také kapitola 3.3.12. Nerovnost ve zdraví – výzkum). V odborné zdravotnické literatuře se setkáváme s pojmem ekvita – překládá se jako spravedlnost nebo rovnost. Podle definice WHO pojem „Ekvita ve zdraví“ znamená, „že v ideálních podmínkách by každý měl mít stejnou příležitost dosáhnout svého plného zdravotního potenciálu a řečeno pragmatičtěji, nikdo by neměl být znevýhodněn při jeho dosahování, lze-li se ovšem takovému znevýhodnění vyhnout.“ Z toho je tedy patrné, že je-li předpokladem uplatnění právo na život a osobní svobodu, má každý jedinec právo dostat podle svých potřeb maximální dostupnou zdravotní péči. [Bártlová 2005:151-160]

Nerovnost ve zdraví je středem pozornosti zdravotní politiky WHO i EU. Program „Zdraví 21“ je strategií WHO v Evropě a jako první dva z celkových 21 cílů „Solidaritě pro zdraví v evropském regionu“ a „Spravedlnost ve zdraví“ mají vést právě k odstraňování nerovností v Evropském regionu. Současná společnost je ohrožena na druhé straně však mnohem větším rizikem. Tím je riziko absolutizované, globální spotřeby a konzumu, která vytěšňuje ostatní důležitější hodnoty, vztahy mezi lidmi a populačními skupinami. Zdroje nerovností jako například rozdíly etnické, sociální, věkové, také skupiny bezdomovců, imigrantů nejsou v žádném případě akceptovatelné, alespoň ve vyspělých zemích, jako důvod pro neposkytnutí zdravotní péče. Všechny postupy zdravotní péče mají být v souladu s postupy lege artis a jako takové musí být všemi zdravotníky dodržovány a státem v případě selhání kontrolovány. Pro migranty a populační menšiny je typické, že jejich chování a zdravotní potřeby se od majoritní skupiny společnosti různí. Pokud tyto specifika nejsou opomíjena a zdravotnické služby nejsou

uzpůsobeny pro potřeby migrantů, nebo jiných populačních menšin, nelze tyto služby považovat za zajištěné. Důsledkem může být zhoršování zdravotního stavu, nárůstu invalidity a stoupající riziko předčasného úmrtí. [Kebza 2005:181-187]

1.4. Péče o zdraví

Péče o zdraví v nejširším slova smyslu zahrnuje všechny činnosti, které ovlivňují a determinují vývoj zdraví populace. V tomto rozsahu často bývá nazývána „ochrana, podpora a obnova zdraví“. Jako taková prolíná celé národní hospodářství. Opírá se o fakt, že ochrana a podpora zdraví je z hlediska národohospodářské efektivnosti ekonomicky výhodnější a z hlediska společenského etičtější, než obnova narušeného zdraví. Aktivity ve směru ochrany podpory a rozvoje zdraví, ve směru posílení zdraví a zamezení vzniku nemoci jsou z hlediska zdraví zdravotní politikou ex-ante. Zdravotní politika ex – ante vychází z faktu, že zdraví je determinováno nejen faktory endogenními, ale především faktory exogenními, tj. faktory vnějšího prostředí a dále vychází ze skutečnosti, že ochrana, podpora a zachování zdraví je jednou ze základních existenčních potřeb lidstva. Nutné podotknout, že snaha jedince být zdravý má sebezáchovný charakter. [Durdisová 2005:13-17]

Zdraví jak už bylo řečeno je jednou ze základních a existenčních hodnot člověka, a proto je i potřeba péče o zdraví pocíťována intenzivněji, než je tomu u jiných hodnot či statků. Péče o zdraví se prosazuje jako soukromý a současně veřejný zájem. Teorie veřejné ekonomie prokázala, že zdraví a zdravotní péče nejsou výlučně soukromým užitkem. Solidární zdravotnictví je financováno z veřejných zdrojů, které pojištěnec (případně daňový poplatník) alokuje formou parafiskálu veřejnoprávním pojišťovnám (ostatním pojišťovnám), případně státu (kdy alokuje formou fiskálu). [Durdisová 2005:48]

Opět můžeme zmínit, že v naší zemi však není bohužel nijak legislativně opatřeno (a následně zvýhodňováno nebo naopak sankcionováno), jak člověk o své zdraví pečuje. Na rozdíl od jiných zemí, kde je zdravotní péče po prováděných určitých preventivních opatření pro obyvatele zvýhodňována, u nás je stále zdravotní péče ať v kvalitě či financování dostupná pro všechny občany ve stejné míře. V dnešní době pokládám za nepokrokové a pro obyvatele „nemotivující“, že u nás takový přístup nedokážeme ocenit. Zvláště v době, kdy z důvodu stále rostoucích nákladů na péči, hledáme všechny možné ekonomicky úsporné kroky.

1.5. Zdravotní péče

Zdravotní péče je obsahově užší pojem než péče o zdraví. V jejím obsahu převažují aktivity zaměřené k léčení, tedy označené „ex post“. Zahrnuje ovšem i aktivity zaměřené na prevenci chorob, avšak pouze ty, které mohou být a jsou zabezpečovány zdravotnickým systémem. Pro členění zdravotní péče můžeme používat různá kritéria. Z hlediska ekonomické nákladovosti je nejdůležitější rozdělení na základní a specializovanou zdravotní péči. Ty dělíme dále podle typu specializace a typu zařízení na primární zdravotní péči (na úrovni komunity, praktický lékař), specializovanou sekundární zdravotní péči (standardní specializované služby ambulantní a lůžkové, poskytované odborníky v poliklinikách, nemocnicích, léčebnách, aj.), a superspecializovanou terciární zdravotní péči (extrémně komplexní a technologicky náročné – ve velkých nemocnicích, které disponují týmy odborníků). [Durdisová 2005:25]

Dále můžeme použít pro stanovení zdravotní péče například kritérium financování, kritérium garantované a negarantované zdravotní péče, kritérium standardní a nadstandardní péče. Nadstandardní péčí se rozumí takový druh péče, kdy je pacientovi na jeho přání poskytován systém výhod a služeb, které nejsou úplně nezbytné vzhledem k jeho aktuálnímu stavu. Tyto služby nejsou ani částečně hrazené ze zdravotního pojištění, pacient tyto služby hradí přímo. Existence nadstandardní péče by v žádném případě neměla omezit dostupnost kvalitní a účinné standardní péče. [Durdisová 2005:26] V České republice se s pojmem nadstandardní péče v současné době spojují mnohé debaty. Dlouhodobě však chybí legislativní rámec tohoto druhu péče a proto byl před časem teprve vypracován návrh její koncepce, který dosud čeká na vládní rozhodnutí.

Nejvíce občanů vyhledává a potřebuje péči prvního kontaktu (asi 80 – 95 %) tj. péči, jejímž základem jsou praktičtí lékaři. Pouze asi 10 % obyvatel využívá terciární péči. Náklady za péči jsou rozloženy v opačném pořadí. To znamená, že terciární péče spotřebovává neúměrně více finančních prostředků. Vztah mezi finanční nákladovostí a potřebou zdravotní péče je velkým problémem ekonomizace zdravotnictví a odráží změnu proporcí ve spotřebě společenských zdrojů. Tato situace staví otázku, jak napravit poměr mezi objemem finančních zdrojů a společenskou potřebou určitého typu zdravotní péče, zda je možno tento vývoj zmírnit aktivitami v ochraně zdraví, v prevenci a posilování výkonosti primární péče. [Durdisová 2005:27]

Výsledky poskytování zdravotnických služeb ovlivňují celkové konečné zdravotní výsledky jen z části. Zdravotní stav obyvatelstva je ovlivňován enviromentálními, behaviorálními, ekonomickými a biologickými faktory natolik, že sám zdravotnický systém se

na jeho ukazatelích podílí jen částečně. (viz kapitola 2.3.2. Determinanty ovlivňující zdraví) [Gladkij 2000:100]

1.6. Zdravotní politika

Zdravotní politika představuje souhrn politických aktivit, které mají vliv na zdraví různých společenských skupin či států. Zahrnuje směry jednání, jež ovlivňují řadu institucí, organizací, služeb a způsoby úhrady systému zdravotní péče (Walt 1994). Zdravotní politika jako vědní obor i cílevědomá praktická činnost se zrodila v podstatě už po 2. světové válce, v souvislosti s řešením těžké zdravotní situace ve většině evropských zemí v poválečném období. Její rozvoj souvisí také s rozvojem medicínských technologií a rychlým růstem výdajů na zdravotnictví ve většině ekonomicky vyspělých zemích světa. [Gladkij, Strnad 2002:7]

Gladkij (Gladkij 2000) definuje zdravotní politiku takto: „Zdravotní politika znamená politické jednání s vlivem na zdraví skupin či národů. Cílem zdravotní politiky je v té, či oné podobě zlepšovat zdravotní situaci obyvatelstva minimalizací výskytu poruch zdraví, jež působí zhoršení kvality života a ohrožují předčasnou smrtí. Obsahem zdravotní politiky je tvorba legislativních podmínek a předpokladů, aktivizujících jedince, společenské skupiny a společenské síly k dosažení optimálního stavu zdraví a naplňování zdravotních potřeb.“ [Gladkij 2000:8]

Pro zdravotní politiku však můžeme říct, že neplatí žádná univerzální definice. Každý teoretik ji definuje jinak. Je to i tím, že se na území každého státu provádí jiným způsobem. Souvisí i s konkrétním druhem zdravotnického systému, který je v zemi uplatňován. Ať už jde o tržní, Bismarckovský, nebo Beveridgeův model systému zdravotnictví. Podle srovnání s jinými zeměmi je viditelné, že ani jeden z modelů sám o sobě není úplně ideální. Neřeší totiž hromadně všechny dopady. Tedy současně ekonomické, sociální a ty odborně zdravotní. Na základě toho je možné tvrdit, že ideální model zdravotnicí prostě neexistuje. Nejstřízlivějším způsobem je zvolit takový model zdravotnictví, jehož prvky budou odpovídat hodnotovým preferencím občanů a v každém případě umožní podíl státu na jeho realizaci (ať už formou financování, nebo garancí dostupnosti).

1.6.1. Východiska pro stanovení obsahu a cílů zdravotní politiky

Současná zdravotní politika musí rozvíjet nejen aktivity ex-post (zdravotní péči, zdravotnictví) ale i aktivity ex-ante v oblastech, které determinují zdraví. [Durdisová 2005:45] Důležitým předpokladem existence státní zdravotní politiky je vedle uznání zdraví jako

společenské (veřejné) hodnoty i vytvoření materiální základny. Státní zdravotní politika se může realizovat až na určitém stupni ekonomického a společenského rozvoje země. Zdravotní politika se může uplatňovat tehdy, když je vybudována síť zdravotnických zařízení a institucionální struktura. [Durdisová 2005:51]

Varianty modelů zdravotní péče jsou reálným obrazem dynamické konfrontace zájmů státu se zájmy individuálními. Je tedy třeba hledat a nacházet nejvhodnější proporce mezi uplatňováním zájmů státu a zájmy jednotlivých občanů a populačních skupin na péči o zdraví v podobě určité zdravotní politiky. Zdravotní politika se odvíjí od převládajících hodnot, globální politiky dané společností, z jejího uspořádání, ekonomické úrovně a působícího „reprodukčního procesu“. [Gladkij 2000:9]

Na základě analýzy aktuálního zdravotního stavu obyvatel země, jednotlivých regionů a populačních skupin, stát, region či komunita určují hlavní směry a cíle zdravotní politiky, s ohledem na zdroje, které je možné alokovat z daňových výnosů nebo prostřednictvím zdravotního pojištění do oblasti zdravotní péče. Obecně platí, že čím jsou jednotlivé země ekonomicky zdatnější, tím více prostředků vkládají do oblasti péče o zdraví. Ekonomická zdatnost se měří ukazatelem nazývaným „hrubý domácí produkt na 1 obyvatele“. [Gladkij, Strnad 2002:11]

Analýza zdravotní politiky v zemích OECD ukazuje, že většina z těchto zemí při plánování zdravotní péče sdílí 3 základní cíle: 1. ekvitu v přístupu k (určitému rozsahu) zdravotní péče pro všechny občany, 2. Vysokou kvalitu zdravotní péče (dobré výsledky a zlepšující se zdravotní stav), 3. Makroekonomickou hospodárnost zdravotní péče dosahovanou stanovením žádoucího stavu přijatelné úrovně nákladů vzhledem k úrovni národního důchodu. Problém současné etapy vývoje zdravotní politiky je především v tom, že se objevují dva naprosto protichůdné teoretické postoje. Jedno tvrzení vyzdvihuje potlačit působení veřejného sektoru v oblasti zdravotnictví a to druhé naopak poukazuje na výhody soukromého sektoru (tržní přístupy, modely konkurence). Ovšem dle stanovisek OECD se tržní přístupy nebo více méně modely konkurence neukázaly zase tak významně účinnější a hospodárnější než vládní intervence ve formě plánování a tvorby cen. [Gladkij 2003:17]

Nepochopení a nedocnění teorie i praxe oné do češtiny obtížně přeložitelné poznatkové oblasti „public health“ (oboru veřejného zdravotnictví), je nepochybně rovněž jednou z příčin, proč dosud nebyla vypracována kvalifikovaně podložená vývojová koncepce našeho systému péče o zdraví, proč ustrnula transformace zdravotnické soustavy, proč místo systémového řešení příští podoby, funkce i struktury zdravotnictví se pozornost dosud většinou upírala na

operativní, nejednou druhořadé a z mlhavých představ vznikající marginální otázky a na křečovitě reakce, pokoušející se o více či méně improvizované a málo kvalifikované řešení. [Drbal 2005:9]

Hlavním cílem veřejného zdraví je zajistit zdraví komunit a dále celkově zdraví systematicky podporovat a chránit, i když se zde překrývají dva systémy a to systém primární péče se systémem veřejného zdraví. Provázanost těchto dvou systémů spočívá v tom, že se odpovědnost v péči o zdraví nepřenáší pouze na systém primární péče, který přímo provádí podporu zdraví a prevenci nemocí, ale participuje právě se systémem veřejného zdraví, který zajišťuje navíc osobní služby primární péče pro ty, kteří si nemohou dovolit přijímat primární péči někde jinde, např. USDHHS (U.S. department of health and human services), pověřuje uniformní sbor zdravotnického personálu pod názvem „The national health services corps“, který slouží právě obyvatelům nižších sociálních vrstev. Veřejné zdraví je v západních zdravotních systémech legislativně ukotveno (právně nařízeno) a zajišťuje národní, státní a místní strategické plány vedoucí k všestranné podpoře zdraví, např. slouží ke sledování zda jsou dodržována právní nařízení ve zdravotní péči o děti a dorost, nebo sleduje kvalitu pitné vody, atd. Veřejné zdravotnictví je tedy lokalizováno na mnoha úrovních (federálních, státních, místních) a podle stanovených kompetencí je pak k péči o zdraví na jednotlivých stupních i přistupováno. [Stanhope, Lancaster 2004:60]

1.6.2. Makroekonomické podmínky tvorby zdravotní politiky

Systém zdravotní péče spadá do veřejnoprávního sektoru. Veřejný sektor se podílí na celkové spotřebě zdravotní péče mezi 80 – 95 % a celkové výdaje na zdravotnictví činí 7 – 11 % HDP. V zemích, kde převládá komerční zdravotnictví je váha veřejného sektoru výrazně nižší asi 40% a výdaje činí 15 – 22% HDP. [Durdisová 2005:46]

Jakkoli zásadní je pro určitou koncepci péče o zdraví ujasnění a vymezení jejich hodnotových východisek a jakkoli je pro tvorbu a realizaci této koncepce významná úroveň poznání v oblasti lékařských věd i jiných vědních disciplín, skutečné možnosti a způsoby uplatnění této koncepce cestou konkrétních zásahů do determinant zdraví jsou v rozhodující míře ovlivněny danými makroekonomickými podmínkami. Vyústí až do konfrontace, kde na jedné straně stojí potencionální možnosti medicíny a na druhé (skutečně rozhodující) straně pak reálné schopnosti dané společnosti zajistit ekonomicky tyto možnosti a s nimi spjaté finanční nároky. [Drbal 2005:47]

Existuje prokazatelný vztah mezi stupněm ekonomické vyspělosti různých států a obrazem zdraví jejich obyvatelstva. Tento vztah spočívá v tom, že vyšší ekonomická úroveň, vyjádřená

hodnotou hrubého domácího produktu (HDP), popřípadě výší HDP na jednoho obyvatele, je v přímo úměrném vztahu s příznivějšími hodnotami hlavních ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva, a naopak horší ekonomická situace je spojena s horšími ukazateli. V mezinárodním srovnání patří Česká republika do skupiny středně ekonomicky vyspělých zemí a nevymyká se působením popsaného základního vztahu mezi hodnotami makroekonomických ukazatelů a zdravotním stavem obyvatelstva, vyjádřeným ve svém celku hodnotami střední délka života (SDŽ). Obdobně vyznívá i souvislost mezi trvale zvyšujícími se náklady na zdravotnictví během posledních let a souběžným vývojem SDŽ v ČR. Podrobněji bude současný ekonomický vývoj zdravotnictví ČR popsán v kapitole 2.2.5. Financování zdravotní péče a její problematika. [Drbal 2005:47-49]

Ukazuje se tedy, že na zdravotní stav populace, má v neposlední řadě vliv i ekonomická vyspělost daného státu a rozdílný socioekonomický status jednotlivých obyvatel. Makroekonomické podmínky země ovlivňují determinanty zdraví nejrůznějším způsobem. Z těchto výstupů mě napadají otázky, které řeší vztah mezi všeobecně doporučovanými (vhodnými) a reálně dostupnými intervencemi k podpoře zdraví. Do jaké míry má vlastně význam edukovat občany o zdravém životním stylu, když nákup vhodných „produktů - intervencí“ je pro ně mnohdy z finančního hlediska nedostupný? Jako příklad může posloužit nedostatek finančních prostředků při výběru běžných potravin. Jestliže žádným jiným způsobem nenahraditelná zelenina a ovoce nepatří zrovna k nejlevněji dostupným výrobkům. Nebo rozdíly při nákupu pečiva. Když už máme jíst podle doporučení raději tmavé pečivo, vyjde nás to finančně mnohem víc, než si koupit pečivo z mouky světlé. Dalším pozastavujícím trendem dnešní doby je nákup vody v restauracích, kde půl litru piva vyjde levněji, než 0,3 dcl vody. Jak tohle působí na takové abstinenty, když je večerní posezení vyjde finančně náročněji, než hosty, kteří celý večer konzumují „levnější“ alkoholické nápoje? Samozřejmě to souvisí jako vše s nabídkou a poptávkou. Dalo by se říci, že čím většího hospodářského efektu jako společnost dosáhneme, tím více finančních zdrojů pak můžeme vynakládat „na sebe“. Třeba právě do nejrůznějších intervencí nejen k podpoře, ale i pozitivnímu rozvoji vlastního zdraví. Čím více budou občané erudováni o intervencích jdoucích ve prospěch jejich vlastního zdraví, tím přirozeněji budou takové intervence samostatně občany vyhledávány. Opět však musíme brát na zřetel individuální směsici hodnot, která je mezi jednotlivci a skupinami nerovnoměrně, za to pevně ukotvena.

1.7. Zdravotnické instituce – historický exkurz, současný stav

Pojem zdravotnictví je tak frekventovaný a je používán v tolika významech, že už nepřipadá většině lidí ani potřebné nějak zvlášť připomínat jeho význam a obsah. Přesto to důležité je. Často dochází například k tomu, že se nerozlišují zdravotnické instituce a zdravotnická zařízení apod. [Papeš 2002:14]

Základními jednotkami zdravotnictví jsou instituce. Nemá – li docházet mezi odborníky k nejednoznačnostem, pak organizací se míní uspořádání instituce a institucí se míní již institucionalizovaná organizace. Ve srovnání s pojmem „instituce“ jsou zdravotnická zařízení pojmem neurčitým, protože ne každé zdravotnické zařízení je institucionalizováno, ale přesto existuje asi 5% medicínsky sledovaných „zařízení“, která nejsou samostatnými institucemi (ekonomickými a právními subjekty). [Papeš 2002:14]

Zdravotnictví v ČR jako reálná soustava tvoří nejen instituce resortu zdravotnictví, ale také zdravotnické instituce (případně nesamostatná zařízení) dalších resortů. Protože do resortu zdravotnictví spadá nejvíce zdravotnických institucí i nejvíce zdravotnických pracovníků, často se o něm mimoděk hovoří jako o celém zdravotnictví. Z pragmatických důvodů je k dispozici nejvíce údajů o „zařízeních“ resortu zdravotnictví. [Papeš 2002:15]

Oprostíme-li se od určitých specifických způsobů řízení a rozhodování ve zdravotnických institucích, které vycházejí z vlastních principů zdravotnictví, tedy etických, sociálních či psychologických faktorů poskytování zdravotnické péče, pak se jakákoliv zdravotnická instituce ekonomickými aspekty nijak neliší od základních principů fungování firmy. Na druhé straně, i když je ekonomický systém v oblasti nabídky i poptávky po zdravotnických službách do značné míry přísně regulován pevně stanovenými cenami, je nutné opět podotknout, že z humánních důvodů nelze v oblasti zdravotnictví připustit fungování čistě tržního mechanismu. [Gladkij 2003:127,131]

Koncem roku 2009 (zdroj ÚZIS) bylo v České republice evidováno 27 959 zdravotnických zařízení (včetně detašovaných pracovišť), z toho 19 824 samostatných ordinací.

- 261 zařízení bylo státních - zřizovatel Ministerstvo zdravotnictví (MZ) a ostatní centrální orgány
- 27 698 zařízení bylo nestátních (zřizovatel kraj - 163, zřizovatel město, obec - 170, zřizovatel fyzická osoba, církev, jiná právnická osoba - 27 365)

Většina zdravotnických statistik se orientuje i dnes na tradiční zdravotnická hlediska a na „zdravotnická zařízení“ jako vykazovací jednotky (tedy na uvedených 27 959 k 31.12. 2009),

jak byla sledování zavedena ještě v rozpočtové soustavě před transformací³. Transformace zdravotnictví a jiný způsob řízení způsobily, že instituce jsou jednoznačně identifikovatelné, samostatné ekonomicky i právně, jako takové jsou i samostatně hodnotitelé a jejich management postižitelný, při hrubých nedostatcích řízení. [Papeš 2002:15]

Druhy zdravotnických institucí: [Papeš 2002:17]

A. nemocnice a odborné léčebné ústavy sice tvoří relativně malou skupinu z hlediska samotného počtu institucí, ve skutečnosti jsou ale z hlediska počtu lékařů a pracovníků celkem a také z hlediska investičního a přístrojového vybavení nejvýznamnějšími druhy zdravotnických institucí,

B. ambulantní soustava je z hlediska samotného počtu institucí největší, je ale samozřejmě menší z hlediska počtu lékařů a pracovníků (je zde zaměstnána asi polovina pracovníků proti první skupině), a samozřejmě i z hlediska ostatní vybavenosti

C. ve zbývajících druzích zařízení dochází v průběhu devadesátých let k poklesu počtu dětských zařízení a k nárůstu lékáren (oba směry změn reagují na širší změny – snižování počtu narozených dětí a přechod společnosti k větším vlastním nákupům léků a zdravotních prostředků)

Soustava zdravotnických institucí a zařízení je založena na systému zdravotního pojištění. Je výsledkem mohutné decentralizace původního socialistického modelu zdravotnictví a privatizace značné části ambulantních zařízení. Většina zdravotnických institucí a zařízení, ať už je jejich vlastníkem kdokoli, funguje v režimu veřejných zdravotnických služeb. Nejnápadnější změnou byl v 90. letech minulého století mohutný nárůst (více než stonásobný) počtu samostatných institucí, zejména v oblasti ambulantních služeb a soukromých ordinací. Počet zdravotnických zařízení stále roste, ale nárůst již od roku 1995, je jen pozvolný a týká se zejména samostatných ordinací ambulantních specialistů a lékáren. [Gladkij 2003:54,56]

Privatizace zdravotnictví byla v České republice zahájena v druhé polovině roku 1992 přijetím zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči poskytované v nestátních zdravotnických

³ Takto je dobře pochopitelný rozdíl organizace zdravotnictví za první republiky, před transformací a po transformaci. Podobně jako v současné době, také za první republiky bylo založeno zdravotnictví na samostatných institucích (zdravotnické statistiky z dob první republiky proto také evidovaly instituce, pojem „zařízení“ ve výkaznictví pro jeho neurčitost nebyl používán. Před transformací byly takovými samostatnými institucemi ve skutečnosti jen OÚNZ, tedy velmi rozměrné jednotky. Praktický význam v době rozpočtování mělo sledování zdravotnických hledisek, proto vykazování bylo orientováno na vnitřní relativně samostatné jednotky podle medicínských či provozních hledisek. Pro jejich velikou různorodost byl také úmyslně zaveden nejednoznačný pojem „zařízení“. To odpovídalo i tehdejší zkušenostem sovětského zdravotnictví, neboť sledování ekonomických hledisek, vnitřních jednotek velkých celků, mělo pro veřejnou statistiku jen malý význam. Potřeba opětovného využívání pojmu instituce tedy není nějakým sentimentálním či ideologickým návratem k pojmům první republiky, ale vyplývá z potřeby řídit efektivněji současnou soustavu zdravotnictví.

zařízeních. Rozbíhala se z počátku velmi nesměle a týkala se v první fázi jen malého počtu samostatných ambulantních ordinací, v lůžkové péči pak malých soukromých porodnic. K výraznějšímu posílení privátního sektoru došlo až v roce 1993. Zahájení privatizace vedlo k rychlému nárůstu počtu zdravotnických zařízení. Zatímco v roce 1989 jich bylo evidováno necelých 8 tisíc, do konce roku 1993 stoupl jejich počet nad 17 tisíc, do roku 2000 pak na 25 tisíc. [ÚZIS 2010:29]

Výraznější změny se nevyhnuly ani lůžkové péči. Od začátku roku 2003, kdy podle zákona č. 290/2002 Sb. přešlo do kompetence krajů 82 okresních nemocnic, bylo do konce roku 2004 převedeno na akciové společnosti (jediným akcionářem kraj) celkem 17 zařízení. Hlavní příčinou snah o převody byla vysoká zadluženost původně okresních nemocnic. Převody krajských, později městských nemocnic, na obchodní společnosti pokračovaly i v následujících letech. V roce 2009 bylo takovýchto nemocnic v České republice celkem 52. Zajištění primární péče v České republice lze považovat za dlouhodobě stabilní, výrazným problémem se ovšem stává stárnutí lékařů primární péče. Česká republika se stále řadí k zemím s nejvyšším počtem ambulantních ošetření na obyvatele. Ke snížení tohoto ukazatele mělo přispět mimo jiné zavedení tzv. regulačních poplatků. Personální zabezpečení ambulantní péče vykazovalo trvale rostoucí trend, specializovaná ambulantní péče se přesunula z nemocnic do samostatných ordinací lékařů specialistů.

S ohledem na stárnutí populace byl zaznamenán nárůst počtu zcela nových zdravotnických zařízení, které se zaměřují zejména na seniory (agentury domácí zdravotní péče, hospice), ale i nárůst počtu ošetrovatelských lůžek v nemocnicích a odborných léčebných ústavech. [ÚZIS 2010:29]

1.8. Postoje

Postoje byly dlouhou dobu považovány za ústřední pojem sociální psychologie. Brzy se však začaly rozvíjet samostatné definice postojů, které pramenily z hlubokých vědeckých studií nejčastěji v americké společnosti sociologů a psychologů. Teorie postojů zaznamenala největší rozmach především v první polovině 20. století. Z počátku byly definice velmi široké a zahrnovaly kognitivní, afektivní, motivační a behaviorální komponenty. Až postupem času se specifikovaly do podoby současných definic. [Schwarz, Bohner 2001:2]

Postojem individua vůči nějaké věci chápeme jeho predispozici vůči této věci jednat, vnímat, myslet a cítit (Newcombe 1950). Postoje jsou trvalé soustavy pozitivních nebo negativních hodnocení, emocionálního cítění, a tendencí jednání pro nebo proti společenským objektům (D. Krech, R.S. Crutchfield a E.L. Ballachey, 1968). Mít vůči něčemu postoj

znamená zaujmout vůči nějakému objektu, jímž může být cokoli (věc, událost, idea, bytost apod.), hodnotící stanovisko (Nakonečný, 1970). [Nakonečný 2009:239-240]

Postoje přejímáme nejdříve od rodičů a osob důležitých pro výchovu, později také od členů skupiny. Přejímání postojů se děje pozorováním a osobní zkušeností s odměňováním a trestáním představitelů určitého postoje. Abychom dokázali, že patříme do rodiny, kruhu přátel nebo do určité kulturní skupiny, zastáváme též názory. Názory jsou verbálním vyjádřením postojů. V průběhu osamostatňování, oddělování od rodiny a začleňování do různých skupin, se často mění také naše vnitřní postoje v souvislosti se získáním nových informací a poznáváním jiných hodnot (Kern, Mehl, Nolz, Peter, Wintersperger, 1999, s. 250). Postoje vyjadřují vztah k hodnotám a přepokládají větší či menší míru orientace ve světě těchto hodnot, která je založena na zkušenosti, a jsou tedy jako takové produktem učení. Hodnotová orientace se vytváří již u dítěte raného věku v průběhu jeho primární socializace, kdy se postupně odpoutává od světa vrozených smyslových hodnot, jejichž obecným kritériem je smyslová příjemnost, a začíná se seznamovat s hodnotami svého sociálního prostředí. Obecně řečeno dítě, později dospívající a dospělý, se učí oceňovat co je dobré a co špatné a to ve dvojí rovině: v rovině společensko-normativní (co za dobré a za špatné pokládá jeho kulturní a sociální prostředí) a v rovině subjektivní (co je dobré a špatné z hlediska subjektivní zkušenosti). [Nakonečný 2009:259]

Postoje jako produkty učení se mohou také za určitých podmínek měnit, neboť vše naučené je podmíněné, a tedy relativně trvalé, i když určité zkušenosti mohou vést k trvalým důsledkům. Významné postoje jsou stabilizované a v běžném životě se obvykle nemění, a pokud se mění, pak vlivem výrazné korektivní zkušenosti (psychický otřes, životní krize). Podle naivního názoru mohou změnu postoje ovlivňovat fakta, která jsou prezentována, avšak rozhodující je vztah jedince k faktům, nikoli fakta sama, neboť ta mohou být popírána nebo deformována. Důležitý je kontext, v jakém jsou fakta prezentována a důvěryhodnost jejich zdroje. Rozhodujícím faktorem změn či rezistence je pak sama osobnost či subjekt postoje, jeho psychologické vlastnosti k nimž patří i míra ovlivnitelnosti, případně sugestibility, která negativně koreluje s mírou inteligence (vysoce inteligentní osoby jsou málo sugestibilní), a ovšem již mnohokrát zmíněná subjektivní významnost postoje, související s jeho stabilitou. [Nakonečný 2009:267, 275]

Hodnoty a postoje stojí za sociálními, politickými a ekonomickými změnami ve společnosti, které zpětně působí na změny těchto hodnot a postojů. V českém veřejném mínění došlo po roce 1989 k značným hodnotovým posunům. Veřejnost začala být ve svých výpovědích, ve výzkumech hodnotových preferencí, jasně liberální a individualisticky

orientovaná. Občané věřili, že je správné, aby se postavení ve společenské hierarchii odvíjelo od individuálních zásluh, věřili, že bude-li mít každý svůj osud pevně v ruce, nemůžeme se v budoucnu nemít všichni lépe, věřili, že se na trhu práce mají hodnotit schopnosti a výkon, a ne politická loajalita a respekt ke shora určeným principům rozdělování [Matějů, Vlachová 2000:192]. [Opršálová 2006:41]

1.9. Společenské normy a tvorba hodnot ve zdravotnictví

Společenská solidarita je hodnota, která znamená vědomí jednoty a vůli nést její následky. Jiné společnosti, ovlivněné radikálně tržně orientovaným myšlením, vnímají zdravotní péči jako komoditu, kterou je možné na otevřeném trhu nakupovat a prodávat. [Gladkij 2003:3] Další hlubokou zakořeněnou hodnotou je v řadě zemí EU významná role veřejného sektoru ve zdravotní péči. A to jak při financování, tak i při kontraktaci poskytovaných zdravotnických služeb. V jiných evropských státech ovšem má stát naopak roli významně menší a převážnou úlohu v řízení zdravotnických systémů sehrávají autonomní asociace zdravotních pojišťoven a poskytovatelů péče, případně jednotlivé komunity. Je třeba si ovšem uvědomit, že tam, kde v západoevropském zdravotnictví existuje významná role státu, vznikla (na rozdíl od bývalých totalitních socialistických zemích) legitimně prostřednictvím svobodných a demokratických voleb a reflektuje vůli tamního obyvatelstva. Naopak v post-totalitních socialistických zemích nacházíme soustředěnou snahu tvůrců zdravotní politiky vytvářet mnohem volnější uspořádání vztahu státu a nestátních institucí. [Gladkij 2003:3-4]

Další společenskou hodnotou, kterou nelze v souvislosti se zdravím a řízením péče vynechat, je odpovědnost. Zdravotnický systém je odpovědný velkému počtu společenských a ekonomických klientů, či spoluhráčů. Existuje nejméně pět různých typů odpovědnosti zdravotnického systému, a to odborná, etická, právní, politická a ekonomická. Důležitým problémem je ovšem opět zmiňovaná otázka odpovědnosti člověka za své zdraví, vyplývající nejen z akcentu, kladeného nezbytnou subsidiaritu, ale také z akcentu na stále narůstající požadavek všestranné autonomie jedince, protože požadavek autonomie by měl být vždy nerozlučně svázán s očekáváním odpovědnosti. [Gladkij 2003:4-5]

1.9.1. Teorie hodnot jako východisko zdravotní politiky

Zdravotnictví je součástí širšího procesu, ve kterém se jednotlivé společenské celky rozhodují, kterým hodnotám dát přednost a které institucionalizovat. Stabilita velkých společenských systémů, jakým je např. systém zdravotní péče, je výsledkem vztahů, které

existují mezi systémem hodnot společnosti, vyjádřeným dominantním veřejným míněním a společenskou a fyzickou strukturou zdravotnických institucí. [Gladkij 2003:4]

Základní význam při tvorbě zdravotní politiky má znalost a orientovanost jejích tvůrců v hodnotových preferencích a postojích občanů. Určitá hodnotová orientace a jí odpovídající názory na individuální a společenskou dimenzi hodnoty zdraví, na její promítání do zájmů společnosti a jednotlivce i na vnímání spravedlnosti ve vztahu k poskytování zdravotnické péče představují nezbytnou základnu pro vznik určitého systému péče o zdraví, jeho koncepci, jeho povahu a výslednou podobu. [Drbal 2005:41]

Dominantní veřejné mínění ovšem neznamená, že existuje jediný systém postojů a hodnot u všech. Spíše tento pojem implikuje, že pokračující každodenní napětí mezi různými hodnotami a postoji ve společnosti je charakterizováno určitou stabilitou. Zdravotnický systém je vnímán veřejností jako jeden z ústředních prvků klíčových hodnot společnosti. [Gladkij 2003:5]

Ačkoli hodnotová hlediska lidského zdraví mají v naší zemi své tradiční kořeny v jejich evropském chápání, vidíme, že názory na jejich pojetí, zejména pak na jejich začlenění do koncepce konkrétní zdravotní politiky nejsou zatím zdaleka jednotné. Přes různé odlišnosti v těchto názorech, pohledech a postojích – anebo lépe řečeno právě proto, že existují různé názory, pohledy a postoje k hodnotě zdraví -, nelze dořešit koncepci české zdravotní politiky i ostatní s tím související základní otázky českého zdravotnictví, aniž by bylo v náhledu na ně dosaženo obecného konsensu. Zejména je nutné dosáhnout shody ve stanovení rozsahu garantované péče a vymezení míry solidarity při jejím poskytování z fondu veřejných financí. Dosavadní neschopnost tohoto konsensu je patrně základní příčinou toho, že transformace našeho systému péče o zdraví, zahájená po roce 1989, zůstala nenaplněna a uvízla na půl cesty. Shoda v názorech na základní hodnotové stránky zdraví je podmínkou k tomu, aby z těchto názorů mohla být odvozena koncepce celého systému péče o zdraví. [Drbal 2005:41]

2. Teoretický náhled na problematiku poskytování zdravotní péče a zdravotní stav populace v různých časových obdobích

2.1. Zdravotnictví jako společenský zájem

To, že zdraví člověka není záležitostí pouze jeho samotného, ale že souvisí s jeho sociálním postavením, dostupností zdrojů pomoci a postojem širší veřejnosti k nemoci a ochraně zdraví, tušili lidé už ve starověku. Lidé přizpůsobovali své jednání svým laickým představám o původu a vývoji nemocí a snažili se nemocem předcházet a uniknout jim. Historie medicíny

dokládá různé reakce společnosti na přítomnost lidí nemocných a postižených, snahy na jedné straně je ze společnosti vylučovat a případně i odstraňovat a na druhé straně jim pomáhat, mít s nimi soucit, poskytnout jim přístřeší i péči (Sinkulová, 1959; Barry, Jones, 1994; Porter, 1997; Svobodný, Hlaváčková, 2004; Svobodný et al., 2004; Říhová, 2005). Vývoj vztahů mezi medicínou a společností zaznamenává prudký nárůst společenských intervencí v oblasti péče o zdraví občanů zejména v 19. a 20. století a vrcholí vytvořením sofistikovaných zdravotnických systémů. Je zajímavé studovat a srovnávat rozdíly mezi zdravotnickými systémy z hlediska jejich spravedlnosti, kvality, efektivnosti, dostupnosti a přijatelnosti pro obyvatelstvo. Tyto poznatky jsou pak zdrojem inspirace a stávají se předmětem zájmu politiků, kteří uvažují o zdravotnických reformách v dnešní době. Právě mimomedicínské – politické a ekonomické – jsou ty priority a zájmy, které vývoj zdravotnických systémů a jejich reform nejvíce ovlivňují. [Janečková, Hnilicová 2009:81:82]

V současné době už nikdo nepochybuje o vzájemné podmíněnosti zdravotního stavu populace a sociálně ekonomického rozvoje. Zdraví je předpokladem plnění všech úloh v životě člověka – v rodině, ve výrobním procesu, ve společnosti. Je významným faktorem rozvoje společnosti i cílem řady politických a ekonomických aktivit. Je i měřítkem sociálně – ekonomické vyspělosti každé společnosti a jako takové je více či méně veřejným zájmem. Tato skutečnost se odráží ve vnímání práva na zdraví, ve vnímání práva na zdravotní péči, a to i v tradičně tržních ekonomikách, jako např. v USA. [Durdisová 2005:49]

2.2. Historický exkurs vývoje zdravotnictví ČR a jeho vliv na čerpání zdravotní péče

2.2.1. Společensko - historické souvislosti

Území dnešní ČR bylo do roku 1918 součástí rakousko – uherského císařství. V roce 1918, po skončení 1.světové války, byla založena samostatná Československá republika. Československo bylo v té době moderní parlamentní demokracií, jednotlivé části země měly velmi rozdílnou hospodářskou a kulturní úroveň. Nejvyspělejší byly české země, ve kterých byla soustředěna většina průmyslu. Zdravotnický systém této doby byl založen na povinném zdravotním pojištění (Bismarckovský systém). Zdravotní pojištění se však týkalo jen námezdně pracujících. Existovalo kolem 300 zdravotních pojišťoven, pojistné činilo 4,3 % mzdy a bylo hrazeno rovným dílem zaměstnavatelem a zaměstnancem. Pojištěncům byla hrazena běžná zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři a veřejnými nemocnicemi. Pojištění se vztahovalo i na rodinné příslušníky pojištěnců. V roce 1937 mělo Československo přibližně 14,5 milionu obyvatel, střední délka života činila 52 let, SDŽ žen 55,2 let. SDŽ byla

o 2 až 3 roky nižší v porovnání se západoevropskými zeměmi. Nepříznivě ji ovlivnila především vysoká kojenecká úmrtnost, která činila v českých zemích 101 ‰ a na Slovensku dokonce 150 ‰. Na vysoké úmrtnosti dětí se podílely především infekční choroby dětského věku, na úmrtnosti dospělých nemoci ústrojí cévního, dýchacího a nemoci infekční. Na TBC zemřelo v roce 1937 celkem 20 572 lidí, to je téměř 11% ze všech zemřelých. V období let 1939-45 byly české země okupovány fašistickým Německem. Byly uzavřeny vysoké školy a byla přerušena výchova lékařů. Mnozí lékaři a zdravotničtí pracovníci byli odvezeni do koncentračních táborů, a tak v roce 1945 po skončení 2.světové války byl citelný nedostatek zdravotnického personálu, především lékařů. Na další vývoj České republiky mělo základní vliv to, že byla ve sféře vlivu SSSR. [Gladkij, Strnad 2002:58]

2.2.2. Česká zdravotní politika 1945 – 1989 a hlavní problémy minulého systému

Do poválečného období v roce 1945 nevstrojilo Československé zdravotnictví zcela nepřipraveno. I v době okupace byly legálně rozpracovány některé představy o příští podobě zdravotnictví i celé zdravotnické politiky. Proto bezprostřední cíle poválečné zdravotní politiky byly zformulovány vcelku jasně a konkrétně: (1) vyrovnat se co nejrychleji s důsledky války, doplnit počty zdravotníků a obnovit narušenou síť zdravotnických zařízení zejména v pohraničních oblastech, (2) podstatně snížit výskyt infekčních onemocnění, hlavně tuberkulózy, břišního tyfu, pohlavních nákaz a dětských přenosných onemocnění. Během krátkého období se tehdy podařilo potlačit mnohé infekční choroby, které až do té doby byly nejčastější příčinou nemoci i úmrtnosti natolik, že podstatně poklesla celková, kojenecká a dětská mortalita, prodloužila se střední očekávaná délka života a došlo ke zlepšení i v jiných zásadních ukazatelích zdravotního stavu. V důsledku toho figurovala Československá republika na přelomu padesátých a šedesátých let na čelném místě Evropy i světa. [Drbal 1998:15]

Mezitím se však v naší zemi udály změny, které podstatně ovlivnily nejen politickou, ale také sociální, hospodářskou i zdravotnickou situaci. Byl zaveden totalitární politický systém řízený komunistickou stranou, která ovládla všechny sféry veřejného života včetně zdravotnictví. V roce 1951 byl převzat model sovětského zdravotnictví⁴, pojišťovací systém

⁴ Semaškův model státního zdravotnictví fungoval již před druhou světovou válkou v bývalém Sovětském svazu. Jeho tvůrce, N. A. Semaško, se stal spoluvůdcem jednotného a centrálně řízeného státního zdravotnictví, které bylo po druhé světové válce zavedeno ve všech zemích střední a východní Evropy, včetně Československa. V našich zemích tento model fungoval jako tzv. „socialistické zdravotnictví“ až do 90. let 20. století a lze konstatovat, že se významně promítl do života několika generací československých občanů.

byl zrušen a zdravotní péče byla převzata plně do rukou státu. [Gladkij, Strnad 2002:58] V téže době počaly znatelně převažovat v konfiguraci zdravotního stavu obyvatel multifaktoriálně podmíněné neinfekční choroby a jejich vzestup postupně paralyzoval předchozí příznivé tendence ve všech podstatných ukazatelích zdraví. Místo zvýšeného zájmu o markantně se zhoršující zdraví obyvatelstva a místo následné adekvátní snahy o vytvoření patřičné zdravotní politiky se právě naopak exponovala tehdejší politická reprezentace v tlumení jakýchkoliv demokratických svobod a iniciativ, v zastírání skutečných zájmů a potřeb lidí, v potlačování jejich aktivní participace na prevenci chorob a v utajování pravdivých informací o nepříznivém vývoji zdravotního stavu populace. V době, kdy již bylo zcela zjevné, že vzestupnému trendu tzv. civilizačních nemocí nelze čelit a odolávat jen v mezích působnosti samotného zdravotnictví, byla starost o zdraví zcela přesunuta na tento rezort, jenž byl navíc spoután do rigidní organizační i funkční uniformity a „provozován“ odosobněným přidělovým systémem ze zbytkové nákladové položky státního rozpočtu. Prostě společnost takového typu již ze své samotné podstaty postrádala zájem i schopnost vytvořit ve vztahu k těmto chorobám politické i sociální prostředí, ekonomické mechanismy, motivační nástroje a duchovní atmosféru, pomocí nichž by mohla kladně ovlivňovat, podporovat, chránit a navracet lidské zdraví. Je tedy jasné, proč minulý politický systém nebyl schopen, ale ani ochoten splňovat tyto předpoklady a podmínky. Byly totiž v rozporu s jeho vlastní podstatou. Neodpovídali jeho zájmům, ale ani možnostem jeho sociálního a ekonomického uspořádání. [Drbal 1998:16-18]

Typickým znakem zdravotnického systému této doby, bylo vytvoření ústavů národního zdraví (ÚNZ), které soustřeďovaly zařízení poskytující zdravotnické služby. ÚNZ byly vytvořeny v každém okrese. Do okresních ústavů národního zdraví (OÚNZ) byli soustředěni: praktičtí lékaři, lékaři specialisté, nemocnice, lékárny, záchranná a pohotovostní služba, hygienická stanice, střední zdravotní školy, technicko-hospodářské služby. Vedle OÚNZ byly zřízeny v každém kraji krajské ústavy národního zdraví (KÚNZ). V nich byly začleněny krajské a fakultní nemocnice a některé specializované služby. KÚNZ plnily ve vztahu OÚNZ metodickou a kontrolní úlohu. [Gladkij, Strnad 2002:58]

Dalším typickým znakem bylo, že zdravotní péče byla financována z všeobecných daní prostřednictvím rozpisu státního rozpočtu. Finanční prostředky přidělovalo ministerstvo financí po projednání s ministerstvem zdravotnictví. Nemocnice byly financovány na základě plánovaných ošetrovacích dnů s přihlédnutím k typu nemocnice. Ministerstvo zdravotnictví řídilo zdravotnictví pouze metodicky, a to prostřednictvím sítě hlavních, krajských a okresních odborníků v jednotlivých medicínských oborech. Všechny zdravotní služby byly zajišťovány bez přímé úhrady, s několika výjimkami. Podíl přímých plateb na úhradě služeb se pohyboval

v rozmezí 5 až 8 %. Existovala rajonizace lékařských služeb. Všichni obyvatelé byli přiděleni k určitému obvodnímu (praktickému) lékaři, k poliklinice, či nemocnici podle místa bydliště. Výjimku mohl povolit pouze ředitel OÚNZ. [Gladkij, Strnad 2002:59]

Drbal (Drbal 1998) hodnotil zájem státu o zdraví obyvatelstva v období minulého režimu takto: „Stát může svůj vliv na sféru péče o zdraví uplatňovat v různé míře a různými způsoby. Jednou z extrémních variant bylo monopolní státní zdravotnictví v té podobě, v jaké jsme je měli možnost poznat na vlastní zkušenosti po vytvoření jednotné, po všech stránkách státem řízené zdravotnické soustavy po roce 1951. Byl to systém, kdy stát vzal formálně na sebe veškerou odpovědnost za péči o zdraví. Tomuto pojetí podřídil i organizaci všech zdravotnických zařízení, všech prvků hierarchicky strukturované jejich soustavy. Právě tím se však proklamovaný zájem státu o zdraví dostával čím dál tím více do zásadních rozporů s jinými zájmy, které stát také pojal do své role globálního vlastníka i dirigenta veškeré sociální a hospodářské oblasti. Vzájemné rozpory těchto různých zájmů pramenily zejména z toho, že extenzivně koncipovaná a neproduktivní socialistická ekonomika nemohla žít jinak, než na úkor ekologie, na úkor všech odvětví rozvoje člověka, na úkor jeho zdraví. [Drbal 1998:10]

Projevem paternalistického vztahu státu k péči o zdraví nebyly pouze jeho direktivní zásahy do všech rovin a součástí centrálně a rigidně organizované zdravotnické soustavy, ale také potlačení vlastního zájmu a aktivní participace občanů na účinné ochraně a rozvoji jejich zdraví. Pacient se převážně omezoval na snahy střežit a využít pokud možno vše, na co by mohl mít v rámci tohoto systému nárok. Skutečný státní zájem za těchto okolností byl zredukován na údržbu pracovní síly k uchování chodu pokulhávající ekonomiky. Tím přirozeně došlo také k hlubokým deformacím ve vzájemném vztahu zdravotníků a pacientů s velmi negativními důsledky odbornými i etickými. Nezajímavý občan byl vmanipulován do pasivní úlohy odběratele zdravotnických služeb, které mu bylo povinno státní zdravotnictví „dodat“. Oba partneři tak byli uvedeni do pozice subjektů, vzájemně stojících proti sobě. [Drbal 1998:10]

2.2.3. Česká zdravotní politika po roce 1989

Situace, v níž se ocitlo české zdravotnictví po listopadu 1989, nebyla nijak jednoduchá. Již řadu let předtím byly shromažďovány různé informace a doklady o pokračující devastaci zdravotního stavu obyvatelstva. Přes všemožnou snahu vládnoucích stranických a státních garnitur a jejich aparátů zabraňovat publikaci těchto poznatků bylo zřejmé, že ve všech

základních ukazatelích dochází od konce šedesátých let k postupnému zhoršování zdraví naší populace. Zejména tristní bylo srovnání těchto tendencí s příznivým vývojem zdraví ve vyspělejších demokratických a ekonomicky prosperujících zemích Evropy i ostatního světa.

Po náhlé agónii a rychlém rozpadu totalitního režimu se objevily zcela nové a v mnoha ohledech nečekané obzory, pro jejichž dosažení nebylo české zdravotnictví dostatečně připraveno především proto, že mu chyběla potřebná kvalifikovaná výbava znalostí pro tvorbu nové zdravotní politiky. Nikoliv proto, že by zdravotničtí pracovníci byli neschopní nebo nevzdělaní. V nesčetných případech, pokud k tomu měli příležitost, prokazovali své odborné vědomosti i své umění v náročné konkurenci. Zaostávání jednotlivých oborů bylo vesměs způsobeno jinými okolnostmi. Nedokonalým technickým vybavením, minimálními možnostmi potřebných zahraničních kontaktů, nemožností rozvíjet a uplatnit své schopnosti v podmínkách rigidní organizace a celkové koncepce zdravotnického systému. [Drbal 1998:3-4]

Česká zdravotní politika tak po 17.listopadu 1989 stanula před vysoce akutním a náročným úkolem. Bylo třeba vypracovat podklady pro novou zdravotní politiku v podmínkách nově se utvářejících perspektiv politických, hospodářských i zdravotních. Přirozeně se střetávaly nejrůznější myšlenky a postoje. Na jednom pólu pestré názorové palety byla patrná snaha prosazovat do péče o zdraví volnou hru tržních vztahů a maximálně eliminovat vliv státu na oblast péče o zdraví. Na opačném pólu figurovaly domněnky, že dosavadní systém byl natolik správný, že stačí jej upravit a vylepšit. Přesto se však ustanovené „skupině pro reformu péče o zdraví“ podařilo nalézt společná, velmi nadějná a progresivní východiska. Ta byla zformulována do tzv. žluté knihy a publikována v květnu 1990. Již tehdy se ukázalo, že skutečné řešení celé oblasti péče o zdraví nemůže spočívat v pouhé reformě dosavadního zdravotnictví. Bylo nezbytné celou tuto soustavu zásadně změnit, transformovat a přebudovat na zcela jiných principech. [Drbal 1998:23]

2.2.4. Průběh transformace zdravotnictví od roku 1990

Transformace byla započata základní změnou dosavadního modelu zdravotnictví. Od státem řízeného a z daní financovaného systému k modelu všeobecného zdravotního pojištění, kde hlavní odpovědnost za financování a organizaci zdravotní péče převzaly zdravotní pojišťovny. Hned po politických změnách v roce 1989 byly pod patronací Ministerstva zdravotnictví zahájeny práce na vypracování návrhu nového systému zdravotní péče.

Hlavní principy této koncepce byly následující:

- stát bude garantovat adekvátní zdravotní péči všem občanům,
- zdravotní péče bude poskytována v konkurenčním prostředí,

- občan bude mít právo svobodné volby lékaře a zdravotnického zařízení,
- monopolní postavení státního zdravotnictví bude odstraněno, zdravotní péče pro veřejnost bude poskytována bez ohledu na typ vlastnictví zdravotnického zařízení (státní, obecní, církevní, privátní),
- základním prvkem veřejného zdravotnictví bude samostatné zdravotnické zařízení s vlastní právní subjektivitou,
- těžištěm léčebné péče bude péče ambulantní (zejména primární),
- zdravotnictví bude financováno z více zdrojů (státní rozpočet, zdravotní pojištění, prostředky obcí, podniků, obyvatel, atd.),
- nedílnou součástí systému zdravotní péče bude povinné zdravotní pojištění.

[ÚZIS 2010:28]

Koncem roku 1990 byl tento návrh schválen a jeho realizací bylo pověřeno Ministerstvo zdravotnictví. V souladu s vládním usnesením byly koncem roku 1990 zrušeny krajské ústavy národního zdraví a zařízení v nich sdružená přešla až na výjimky pod přímé vedení Ministerstva zdravotnictví. V roce 1991 vstoupila v platnost vyhláška MZ ČR č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi, která legalizovala decentralizaci okresních ústavů národního zdraví v menší, ekonomicky samostatné celky (právní subjekty). Tento proces byl zhruba ukončen v 1. čtvrtletí roku 1992. V souladu s návrhem nového systému zdravotní péče byl novelizován koncem roku 1991 zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu zákonem č. 548/1991 Sb. [ÚZIS 2010:28-29] Od 1.1.1992 nabyl účinnosti zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. S účinností od 1.7.1992 byl přijat zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, vnášející do zdravotního pojištění konkurenční prostředí. Přijetí nedokonalé legislativy se projevilo nejprve rychlým nárůstem počtu zdravotních pojišťoven až na 27 v roce 1992. Bez jakékoliv regulace a kontroly ze strany státu se však brzy ocitly ve značných finančních potížích. To vedlo ke krachu a následnému zániku některých pojišťoven, případně ke sloučení s jinými, finančně úspěšnějšími. Postupně se počet fungujících zdravotních pojišťoven zredukoval na současných devět. [ÚZIS: 2010:29] Proces privatizace zdravotnictví po roce 1989 byl již podrobněji popsán v kapitole 1.7. Zdravotnické instituce.

2.2.4.1. Hlavní problémy transformačního procesu

Gladkij a Strnad (2002) vypracovali základní přehled problémů, které doposud nebyly vyřešeny. Přestože transformace zdravotnictví byla započata bez důkladné přípravy a její první etapa proběhla velmi rychle, dostupnost péče a její kvalita nebyly ohroženy. Nyní je více než 20 let po zahájení transformačního procesu a ani dnes není tento proces zcela dokončen. Spočívá především v těchto okolnostech:

- vícezdrojové financování není rozvinuto, převážná část zdrojů plyne do systému z povinného zdravotního pojištění (racionální financování, spoluúčast pacientů)
- garantovaný rozsah péče hrazené ze zdravotního pojištění nebyl dostatečně vymezen
- ve výběru pojistného vznikají problémy, to se promítá do zpoždování plateb zdravotnickým zařízením (mnoho nemocnic se proto dostávalo / dostává do nepříznivé finanční situace - jsou dlouhodobě zadlužené)
- dosud nebyl připraven ucelený dokument o zdravotnické soustavě ČR, který by byl politicky průchodný [Gladkij, Strnad 2002:61]
- není dostatečně propracována a provázána koncepce sociálně-zdravotních služeb, následně a komunitní péče. Těžištěm tak i nadále zůstává péče kurativní, poskytovaná především v lůžkových zdravotnických zařízeních. Původní vize o přesunu zdravotní péče do hlavně ambulantní (primární) sféry, tak i nadále zůstává nevyřešena.

2.2.4.2. Povinné zdravotní pojištění

Od roku 1992 byla zdravotní péče hrazena zdravotními pojišťovnami na základě seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a stanovenou cenou bodu. Zdravotnická zařízení byla tímto vedena, aby maximalizovala počet svých výkonů. V roce 1997 byla oblast zdravotního pojištění upravena v tom smyslu, že zdravotní pojišťovny uzavírají smlouvy se zdravotnickými zařízeními na ty druhy a rozsah péče, které je příslušné zařízení oprávněno poskytovat. „Ceny“ poskytované péče jsou v optimálním případě stanovovány v dohodovacím řízení mezi zástupci Svazu zdravotních pojišťoven, VZP a zástupci zdravotnických zařízení. Do hry vstupovalo rovněž ministerstvo financí (např. u cen léků) a Ministerstvo zdravotnictví tzv. úhradovými vyhláškami v případech neúspěchu dohodovacích řízení nebo u léků stanovením výše úhrad zdravotních pojišťoven. Výše úhrad ze zdravotního pojištění za léčivé přípravky byla projednána a navržena tzv. kategorizační komisí při MZ ČR a vyhlášována ministrem zdravotnictví. [ÚZIS 2010:41]

Pojištění je založeno na principu solidarity, kdy všichni zainteresovaní přispívají určitým procentem z příjmu bez ohledu na to, zda služby čerpají či ne. Výše pojistného činí v současné

době 13,5 % hrubé mzdy, z čehož 4,5 % hradí zaměstnanec a 9 % zaměstnavatel. [Gladkij, Strnad 2002:63] viz *Příloha 1.B: Průměrné náklady VZP na zdravotní péči na 1 pojištěnce dle věkové struktury v Kč (1995 - 2008)*

2.2.4.3. Regulační poplatky

Českou reformu zdravotnictví v období let 2006-2010 odstartovalo zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví. Ty zajišťují spoluúčast pacientů na financování zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění. Regulační poplatky byly součástí reformního balíku veřejných financí, který byl uveden do praxe od 1. 1. 2008 na základě zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. Mezi základní cíle této reformy bylo snížit vládní deficit, podpořit hospodářský růst a podnikání, snížit daňové zatížení, posílit adresnost sociálního systému a zamezit plýtvání ve zdravotnictví. Zamezení plýtvání ve zdravotnictví zahrnuje regulaci návštěv lidí u lékaře a omezení výdajů léků, které jsou hrazené zdravotními pojišťovnami. Regulační poplatek je pojištěnec povinen v souvislosti s poskytováním hrazené zdravotní péče zaplatit zdravotnickému zařízení, které zdravotní péči poskytlo. Tento poplatek je příjmem zdravotnického zařízení, které ho vybralo, a to ho musí použít na úhradu nákladů spojených s provozem zdravotnického zařízení a jeho modernizací. [Janečková, Hnilicová 2009:135-136]

- 30 Kč za návštěvu (s klinickým vyšetřením) u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, zubního lékaře, lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči, klinického psychologa a klinického logopeda,
- 30 Kč za vydání každého, ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného, léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení,
- 60 Kč za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče, komplexní lázeňská péče nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách.
- 90 Kč za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím lékařskou službu první pomoci včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři a za ústavní pohotovostní službu,

Regulační poplatky vyvolaly řadu rozporuplných názorů, nicméně již v prvním roce působení za rok 2008 přineslo jejich inkaso více než 5 mld. Kč do zdravotnických zařízení. V případě neuplatnění regulačních poplatků by systém veřejného zdravotního pojištění vyžadoval další dodatečné zdroje v nepříliš příznivé situaci národního hospodářství. [ÚZIS 2010:41.42]

Vliv regulačních poplatků na čerpání zdravotní péče

Dle prvních publikovaných analýz MZ ČR se projevil dopad regulačních poplatků v poklesu počtu návštěv u lékaře, ve snížení počtu návštěv pohotovostí a došlo k úsporám plateb za léky z veřejného zdravotního pojištění, protože si lidé začali levné léky kupovat sami. Zavedení poplatků přineslo též cenná data o využívání zdravotnických služeb a spotřebě léků. Poplatky se staly nezanedbatelným zdrojem příjmů pro zdravotnická zařízení. Na druhou stranu znamenalo zavedení poplatků velké finanční břemeno zejména pro staré lidi a pro rodiny s malými dětmi, které čerpají zdravotní péči nejčastěji. Byla to však nejen objektivní analýza dopadů regulačních poplatků na celý systém a zejména na pacienty, ale především politický tlak, který vedl ke změnám v nastavení regulačních poplatků. Budoucnost poplatků je nejasná, a nelze vyloučit, že dojde k jejich dalšímu omezení. [Janečková, Hnilicová 2009:136-137]

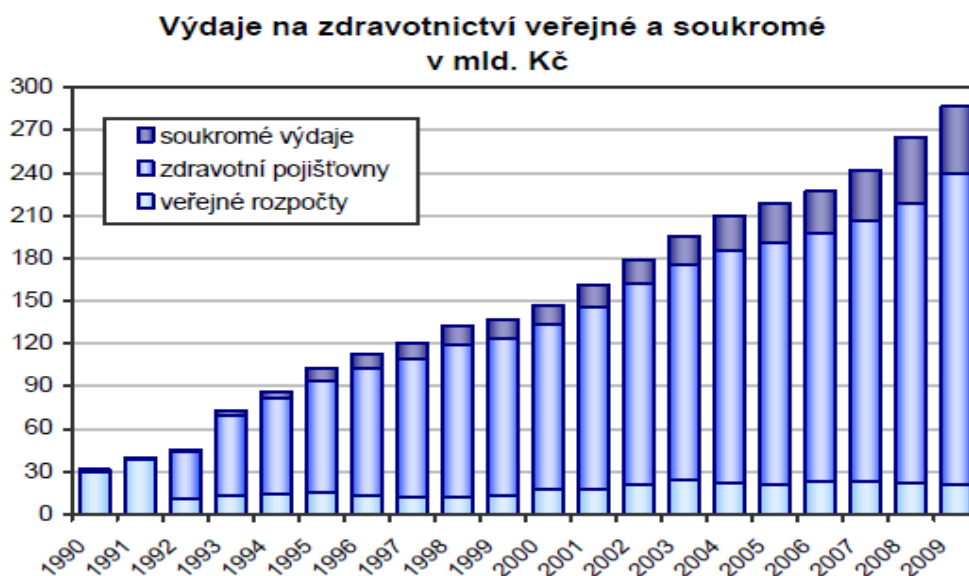
V současné době je patrná vysoká tendence rozšiřovat podíl spoluúčasti pacientů na hrazení zdravotní péče v co nejširším, avšak stále únosném rozsahu. Dalším diskutovaným tématem je vydefinování a zavedení tzv. nadstandardní péče. Problémem však zůstává odlišit péči „standardní“ od možné (budoucí) péče „nadstandardní“. Postoje které k tomuto stanovisku česká veřejnost zastává se opět velmi různí. Rozporuplné názory zastávají vedle neméně nerozhodných politiků i lékaři. Do popředí se totiž opět dostává otázka rovnosti ve zdraví. A nejen zachování rovnosti z hlediska etického, nýbrž i vyplývající z pramenů práva. Právo na zdraví je nejen zakotveno v Listině základních práv a svobod, ale vyplývá i z Ústavy ČR. Stát má podle těchto ustanovení povinnost garantovat všeobecně dostupnou zdravotní péči všem občanům. Snahy o prosazování spoluúčasti pacientů na financování zdravotní péče, nebo naopak posilování většího vlivu státu na financování zdravotnictví jsou vždy výsledkem aktuální politické situace v zemi. V podstatě záleží, která strana, zda-li pravicová nebo levicová, je stranou vládní. Od toho se nejčastěji dá odhadnout, jakým směrem se budou finanční toky ve zdravotnictví alespoň další volební období upínat.

2.2.5. Financování zdravotní péče a její problematika

V ČR je převážná část výdajů na zdravotnictví hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Na výdajích se podílí též státní a územní rozpočty, z nichž je hrazeno více než 7 % celkových výdajů. Soukromé výdaje tvoří přes 14,2 %. Vzájemný poměr těchto jednotlivých zdrojů financování zůstává v posledních letech stabilní, rychleji oproti ostatním roste právě podíl soukromých výdajů. [Janečková, Hnilicová 2009:131]

Výdaje na zdravotnictví vykazují každoroční nárůst. Od roku 1990 se v běžných cenách zvýšily více než 9x na celkových 287 mld. Kč. V roce 1990 byly výdaje na zdravotnictví kryty téměř zcela z veřejných financí s minimální spoluúčástí občanů. V roce 2000 byla tzv. spoluúčást kolem 9,4 % a od roku 2008 přesahuje podíl soukromých výdajů na zdravotnictví 16 % z celkových výdajů na zdravotnictví. Veřejné zdravotní pojištění kryje v posledních letech kolem 75 % celkových výdajů na zdravotnictví a výdaje veřejných rozpočtů se snížily na zhruba 7 %.[ÚZIS 2010:42]

Graf č. 1 : Výdaje na zdravotnictví veřejné a soukromé (1990-2009)



(zdroj: ÚZIS 2010)

Změna společenských podmínek v roce 1989 vedla k potřebě sledovat v rámci celého zdravotnického systému ekonomickou situaci jednotlivých zdravotnických zařízení. Tento požadavek zaštituje ÚZIS ČR, který pravidelně tyto statistické ukazatele podává. Z hlediska toku finančních prostředků zaujímají výsadní postavení mezi poskytovateli zdravotní péče nemocnice. Objevující se problémy s financováním provozu nemocnic byly řešeny formou finančních pomoci státu, krajů či obcí. Kromě těchto zásahů může být u příspěvkových organizací od účetní uzávěrky za rok 2004 výše nákladů a výnosů (tím i výsledku hospodaření) ovlivněna účinností vyhlášky Ministerstva financí č. 549/2004 Sb., která v paragrafu 34, odst. 9 stanoví postup při nekrýtí fondu reprodukce finančními prostředky z minulých let i v běžném účetním období. Problematika hospodaření nemocnic se dostala do popředí zájmu zejména v souvislosti s převodem bývalých okresních nemocnic na krajské úřady a hrozbou distributorů léků zastavit dodávky zadluženým zařízením. „Noví“ zřizovatelé pak v dalších letech hledali

východisko z ekonomických potíží ve změně právní formy nemocnic a transformovali své subjekty na obchodní společnosti. [ÚZIS 2010:42]

Základní problém v projektování postupů k dosažení ekonomičnosti (efficiency) zdravotní péče pramení z obtíží definovat a měřit výstupy a výsledky zdravotní péče. Dalším problémem je chybění obecně přijatých standardů jaká péče je vhodná, tedy správně zvolená indikace. Zdrojem nesnadného měření výstupů a výsledků zdravotní péče a volba její vhodnosti je souhrou interakce jedincova zdravotního stavu se všemi ostatními stránkami života společnosti. [Gladkij 2000:101]

2.2.5.1. Podíl HDP na zdravotnictví

Výdaje na zdravotní péči se staly ve vyspělých zemích druhými největšími sociálními výdaji a představují jednu čtvrtinu všech výdajů. Pokud chceme vyjádřit, jakou pozornost věnuje stát oblasti zdravotnictví, činíme tak pomocí srovnání výdajů na zdravotnictví ve vztahu k HDP a to ve vyjádření na jednoho obyvatele. Ve vyspělých zemích se pohybují kolem 6 – 10 % hrubého domácího produktu a ve zdravotní péči je zaměstnán stále rostoucí podíl obyvatelstva. Během posledních 25 let rostly výdaje na zdravotní péči podstatně rychleji než celkový starobní důchod a na zdravotní péči byl věnován stále větší podíl společenských zdrojů. [Gladkij 2000:101]

Česká republika je zemí, kde dlouhodobě rostou výdaje na zdravotnictví rychleji než celkový hrubý domácí produkt a je řazena mezi země s nejnižšími soukromými výdaji občanů na zdravotní péči v porovnání s ostatními zeměmi OECD. Podíl výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu se v ČR pohybuje v posledních letech kolem 7 % (v roce 2000 dokonce 7,8 %). Naše země nepatří mezi první desítku nejbohatších států světa, ale procento výdajů je relativně téměř na úrovni běžného standardu těchto výdajů, za který bývá považováno cca 8% HDP. Tento trend je však dlouhodobě neudržitelný, stejně jako zachování současné výše státní penze. [Gladkij 2003:98-99]

2.2.5.2. Hospodárné disponování finančními prostředky a alokace zdrojů zdravotní péče

V šedesátých letech minulého století kdy ve většině průmyslově vyspělých zemí docházelo k významnému zrychlení výdajů na zdravotnictví, které mnohdy předstihovalo růst HDP a národohospodář i politici řady zemí stáli před otázkou, jak zvládnout financování zdravotní péče v nových podmínkách, neznáma v podmínkách ekonomické recese. Začaly být tedy analyzovány hlavní příčiny růstu výdajů na zdravotní péči. Mezi nejvýraznější příčinné změny

patří pokrok v medicínských technologiích, což už je sám o sobě proces velmi nákladný. Přidali se výrazný rozvoj civilizačních chorob a celkové stárnutí populace automaticky stoupne potřeba i poptávka po zdravotních službách. [Gladkij, Strnad 2002:31]

Pravděpodobně v souvislosti s politickým uspořádáním tehdejší doby a stále ještě vyprchávací poválečné atmosféry, vyžadovali občané právě od státu zajištění zdravotní péče, zdokonalení zdravotnických soustav a investování veřejných prostředků do zdraví lidí. Logika ekonomického myšlení většiny pacientů tehdejší doby spočívá na velmi prosté úvaze. Usilovali o to, aby s minimálními příspěvkem z „vlastní kapsy“ získali co největší prospěch pro své zdraví. [Gladkij, Strnad 2002:39] Tento postoj k vynakládání vlastních prostředků za zdravotní péči je však i v dnešní době stále aktuální.

Rozpory mezi ekonomickými zájmy jednotlivých účastníků zdravotní péče, musí být řešeny v rámci demokratické a věcné diskuse mezi nimi. Řešení by měla vyústit v racionální zdravotní politiku, která by se opírala o objektivní analýzu zdravotnických potřeb, analýzu dostupných zdrojů, které možno alokovat do oblasti zdravotní péče a vyhodnocení zejména nákladných medicínských technologií z hledisek jejich účinnosti a efektivity. [Gladkij, Strnad 2002:40]

Téměř současně však řada analytiků začala upozorňovat na to, že růst výdajů na zdravotnictví není doprovázen odpovídajícími změnami v oblasti tzv. populačního zdraví. Představitelé WHO v sedmdesátých letech na základě četných analytických studií odborníků z řady zemí dospěli k závěru, že zaměření medicíny a zdravotnických služeb je chybné a že společné investice do zdraví nejsou využívány racionálně. Řada odborníků se shodla v názoru, že žádná země na světě, jakkoli ekonomicky výkonná, si nemůže dovolit věnovat na zdravotní péči tolik prostředku, kolik jich požadují poskytovatelé zdravotní péče, zejména nemocnice. [Gladkij, Strnad 2002:32]

Zdroje alokované do sféry zdravotnictví mají ve šech průmyslově vyspělých zemích rostoucí tendenci, ale i v nejbohatších zemích světa jsou limitovány a vystaveny tlakům usilujícím o zadržování růstu. [Gladkij, Strnad 2002:38] Alokativní hospodárnost je mírou vhodnosti investovat do zdravotní péče. Může být aplikována na široké společenské úrovni i uvnitř zdravotního systému. Celospolečensky se lze ptát, zda zdroje alokované do zdravotnictví v dané společnosti budou přinášet společnosti větší užitek než jejich alokace do jiných sektorů, jako je vzdělávání, doprava či bezpečnost. Rozdělování zdrojů mezi jednotlivými sektory je vysoce hodnotová a politická záležitost, rozdělování uvnitř zdravotnického sektoru je značně konkrétnější a může být použito k vyhodnocování a srovnávání účelnosti jednotlivých priorit ve zdravotnickém systému. [Gladkij 2000:61]

Bez nadsázky můžeme konstatovat, že základním úkolem řízení zdravotnických služeb je poskytnout správnou péči, správnému pacientovi, ve správném čase s nejnižšími možnými náklady a dostupnými zdroji. [Gladkij 2000:55] Nicméně každá prováděná činnost, je spojena s vynakládáním a spotřebou zdrojů. Jak s nimi bude vynaloženo je součástí obtížných diskusí. Při konečném řešení se však nejčastěji přistupuje ke kompromisnímu řešení. Najít odpověď na zbývající otázku, která jednoznačně z této problematiky vyplývá je velmi obtížná. Tedy jak sjednotit ekonomickou logiku s lékařskou etikou? A je to vůbec možné? Mnoho zdravotníků se mylně domnívá, že ekonomika ve zdravotnictví je hlavně o jakémisi druhu šetření, tedy vlastně o snižování prostředků na péči. Ve zdravotnické praxi pak vzniká nesoulad, mezi zdravotně etickým poskytováním maximální dostupné péče, podle postupů „lege artis“ a reálnými (ekonomicky dostupnými) možnostmi poskytnutí péče. Maynard⁵ je autorem výroku: „Co je neekonomické, je neetické“. Musím říci, že mě jeho výrok vede v souvislosti se současnou situací ve zdravotnictví k hlubokému zamyšlení. Pakliže vezmeme v úvahu celé naše „solidární zdravotnictví“ a negativní ohlas veřejnosti se zavedením regulačních poplatků. Podle Gladkije (2002) lze proto i plně souhlasit se Strnadem (1993), že úvahy o regulování nákladů na poskytování zdravotní péče nejsou neetické, ale že neetické je naopak nehospodárné využívání zdrojů v této sféře. Avšak v tak obsáhlé sféře, jako je poskytování zdravotní péče, se nepochybně nedají učinit rozhodnutí pouze na základě ekonomických úvah a svou rozhodující roli zde zahraje opět i ona jedinečná hodnota zdraví. [Gladkij, Strnad 2002:34-41]

2.2.6. Odpovědnost za zdravotní stav

Na otázku zda a do jaké míry je za zdravotní stav odpovědný jednotlivec či za něj odpovídá stát můžeme odpovědět, že se lišil vždy v určitých historických souvislostech a také podle typu zdravotnického systému. Před listopadem 1989 převzal na sebe veškerou odpovědnost jednoduše stát, kdežto po politickém převratu a následné změně systému zdravotnictví tato odpověď už tak jednoznačná není. Nejprve zhodnotíme, jakou úlohu který subjekt v péči o zdraví sehrává.

Úloha občana v péči o zdraví

„První povinností každého občana je postarat se o sebe sám, aby se o něho nemusel starat někdo jiný“. Heslo T.G. Masaryka je základním hlediskem, ve zdravotní politice však nemůže být absolutizováno. Je třeba rozlišovat, nač stačí v moderní společnosti člověk sám, kdy je

⁵ Jonh Maynard Keynes (1883-1946) – britský ekonom, který se zasloužil o rozvoj makroekonomie

třeba pomoci skupiny (např. rodiny), jakou úlohu hrají soukromé a veřejné instituce a jaké role v dané době a situaci zauímají společnost a stát. [Gladkij 2000:8]

Občané se mohou podílet na péči o své zdraví například těmito aktivitami: (1) ochraňovat a posilovat vlastní zdraví, omezit a odstranit osobní rizikové chování vedoucí k poškozování zdraví, (2) dodržovat zásady bezpečnosti při práci, v dopravě, při rekreačním sportu, (3) pečovat o životní prostředí, sebepéči a pečovatelským v rodinách, (4) respektovat doporučení lékařů a dalších zdravotnických pracovníků, aj.

Z mnoha tzv. determinant zdravotního stavu významnou úlohu hraje právě péče každého jedince o vlastní zdraví. Péče o zdraví a jeho upevňování se musí především opírat o zájem a odpovědnost občanů samých. [Gladkij, Strnad 2002:12]

Úloha státu v péči o zdraví

V totalitní tzv. reálně socialistické společnosti, ze které jsme po roce 1989 vyšly, přebíral stát za občana mnohé povinnosti, ale i mnohá práva, zejména pak právo svobodně myslet. Na druhé straně se stát jako „dobrá matka“ staral o všechny lenochy a neschopné. Nemoc, legitimizující některé výhody, se paradoxně stávala vyhledávanou situací, ze které „šikovní“ a líní nemístně těžili na úkor celkového zaostávání zdravotní péče. Nesmyslnou se původně dokonce stala vyhláška z roku 1952: „obvodní lékař odpovídá za zdraví svěřeného obyvatelstva zdravotního obvodu“. Později na základě shledání nesmyslnosti této myšlenky, byla vyhláška změněna v tom smyslu, že obvodní lékař odpovídá za zdravotní péči, která je v jeho obvodu poskytována. [Gladkij 2000:9]

V současné době má ve většině vyspělých zemí značnou úlohu v péči o zdraví obyvatel stát s celým systémem orgánů. Stát plní důležité úkoly v tvorbě koncepcí zdravotní péče, v zajišťování přístupu všech občanů k základní kvalifikované zdravotní péči, v sladování oprávněných zájmů různých účastníků zdravotní péče a nese nemalou část odpovědnosti za efektivní využívání prostředků určených na zdravotní péči. [Gladkij, Strnad 2002:9]

Stát je v ekonomicky vyspělých zemích alespoň formálním garantem za komplexní zdravotní péči o obyvatelstvo, spoluodpovídá za dostupnost péče a rovněž za efektivní využívání zdrojů ve zdravotnictví. Ve vztahu k jednotlivým prvkům zdravotnického systému vykonává funkce zákonodárné, ekonomické, regulační a kontrolní. [Gladkij, Strnad 2002:23]

Úkolem resortu zdravotnictví je tedy pečovat o zdraví všech obyvatel. Předpokládá se, že zdravotnická péče ovlivňuje zdravotní stav obyvatelstva pouze asi z 15%. Nejen tedy stát, jako garant zdravotní péče, ale především sám občan se má starat o své zdraví sám. Ze zbývajících

asi 85% se na zdraví občanů podílí především životní styl. Do něj se dá zahrnout takřka vše. Jako například momentální životní situace, stres, práce, zábava, způsob stravování, kouření, ale i prostředí které ho obklopuje (prostředí životní, ale i společenské). Tuto oblast jednoznačně ovlivňuje občan vlastním chováním.

Stejně jako péče o zdraví není jenom záležitostí státu, ale je věcí všech občanů stejně tak je odpovědnost za zdravotní stav v rukou státu i občana zároveň. Stát má prostřednictvím „svých“ institucí garantovat dostupnou a kvalitní zdravotní péči všem svým občanům a za takovou péči je odpovědný. S odpovědností občanů je tomu opět jinak. Odpovídají za své zdraví především sami sobě a mají právo si nakládat se svým zdravím podle vlastního uvážení. Výjimku tvoří zákonem nařízená ústavní léčba nebo hospitalizace v případě, že by svým stavem (chováním) mohli ohrozit zdraví druhých lidí (společnosti).

Proto je důležité, aby stát podporoval a vedl občany k péči o své zdraví. Občané se mohou podílet na péči o své zdraví výše zmíněnými ale i dalšími nejrůznějšími způsoby. Snad nejjednodušším způsobem může být „pouhé“ dodržování pravidelných preventivních prohlídek, které garantuje stát.

Preventivní prohlídky

Zdravotnictví před rokem 1989 zdůrazňovalo svoje preventivní zaměření v řadě celonárodních preventivních programů. Na prevenci byl v socialistickém zdravotnictví (v porovnání se stavem zdravotnictví po roce 1989) kladen výrazně větší důraz. Existovala propracovaná síť hygienických stanic, zaměstnanci primární péče zajišťovali pravidelné pozvánky k preventivním prohlídkám u všech věkových kategorií. Byly zřízeny i návštěvní služby sester v domácím prostředí pacienta. Nicméně na druhou stranu chybělo jakékoli sebekritické hodnocení některých neefektivních programů. Jako příklad může posloužit výkaznictví lékaře, kolik zajistil zdravotních přednášek občanům, nebo zajištění zdravotní výchovy prostřednictvím „nástěnkářské soutěže“. Lze tedy zhodnotit tehdejší snahy o preventivní programy jako mnohdy pouze formální a tudíž neefektivní. Po roce 1989 zůstalo z původních preventivních programů v podstatě ve stejném rozměru pouze organizovaná péče o děti. Bohužel se celkově přístup k prevenci zhoršil. Po stupňování liberálních postojů došlo i v preventivním chování v péči o zdraví k značným rozdílům mezi jednotlivými občany. To už je ale zase záležitostí tvorby názorů, hodnot a životních postojů, které se formují na základě dalších souvisejících okolností.

2.3. Vývoj zdravotního stavu obyvatel ČR

Zdravotní stav obyvatelstva určité země je výsledkem vzájemného působení determinant zdravotního stavu a celospolečenských vlivů. Změny stavu populačního zdraví se zpravidla nemění skokem, ale jde o více či méně dynamické změny, které jsou do velké míry ovlivněny změnami celého společensko ekonomického prostředí. [Gladkij, Strnad 2002:69]

Vývoj zdravotního stavu v ČR jednak odráží trendy probíhající v moderní medicíně obecně, jednak je ovlivněn specifickými sociálně-politickými poměry uvnitř země. Vývoj lze charakterizovat jako nerovnoměrný, kdy období počáteční progresu střídal období hluboké stagnace zdravotního stavu:

A. V průběhu padesátých let došlo k prudkému zlepšení. Centrální řízení státu usnadnilo prosazení nejrůznějších hygienických opatření i celoplošné očkování dětí. Až do roku 1960 byl vývoj úmrtnosti velice příznivý. Československo se v ukazatelích mohlo srovnávat s vyspělými západoevropskými státy. Výrazné bylo zejména zlepšení kojenecké úmrtnosti, jejíž hodnota klesla z původních 90 ‰ na 23 ‰ v roce 1961.

B. V následujícím období došlo k významným změnám epidemiologického obrazu. Dřívější roli infekčních onemocnění převzaly novodobé civilizační choroby, zejména nemoci oběhové soustavy a novotvary. Zvládnutí těchto zdravotních problémů vyžadovalo již zcela jinou strategii, jiný systém zdravotní péče a prevenci postavenou na široce zaměřené podpoře zdraví. Namísto toho došlo ke zpomalení technologického rozvoje ve zdravotnictví, ke zhoršování životního prostředí a nepříznivým proměnám životního stylu obyvatelstva. Po roce 1961 se v tehdejší Československu zastavuje pokles úmrtnosti. V roce 1969 činila střední délka života mužů jen 66 let a začala stagnovat, dokonce se snižovala, u žen dosahovala 73 let a v dalších letech se zvyšovala jen velice pozvolna.

C. Sedmdesátá a osmdesátá léta znamenají tedy stagnaci zdraví obyvatelstva. Zatímco v zemích západní Evropy dochází v tomto období ke snižování úmrtnosti na kardiovaskulární choroby a prodloužení střední délky života, je vysoká kardiovaskulární úmrtnost zejména u mužů hlavní příčinou špatného obrazu zdraví české populace (Janečková, Hnilicová, 1992). Jednou z příčin nepříznivého vývoje mohla být také frustrace a psychosociální stres, který se objevuje u obyvatel totalitních režimů (Cockerham, 1999). Ke konci tohoto období upozorňovali odborníci především na nedostatečný zájem státu o zdraví a na dlouhodobě neuspokojivý stav životního prostředí (Kružík, Potůček, 1985), (Janečková, Hnilicová, 1992). Fungování celého zdravotnického systému, investicím do rozvoje nových technologií a dostupnosti účinných léků nebyl věnován dostatek pozornosti.

D. Koncem minulého a počátkem 21.století zaznamenala i naše společnost postupné zlepšování ukazatelů zdravotního stavu, a to především díky obrovským investicím do zdravotnických technologií a uplatnění nových diagnostických a léčebných metod. K lepšímu zdraví přispělo i postupné zvyšování životní úrovně obyvatelstva a podpora zdravého životního stylu s důrazem na pohyb, zdravou výživu a omezování kouření. [Janečková, Hnilicová 2009:56]

2.3.1.Srovnání vývoje demografické situace a zdravotního stavu obyvatelstva ČR v období 1989 – 2009

2.3.1.1. Demografická situace

Demografické chování populace České republiky zaznamenalo v průběhu let 1989–2009 výrazné změny. V oblasti formování rodiny došlo k poklesu sňatečnosti a posunu vstupu do manželství ve vyšším věku a ke zvýšení rozvodovosti. Výrazně se snížila úroveň porodnosti a plodnosti. Na druhé straně nastalo snižování úmrtnosti a s tím související prodlužování lidského života. V průběhu posledních dvaceti let česká populace výrazně zestárla. [ÚZIS 2010:11]

Věková struktura

V porovnání s rokem 1989 je dnešní počet obyvatel České republiky vyšší o necelých 145 tisíc. Věkové struktura populace České republiky je značně nerovnoměrná, a to v důsledku celospolečenských událostí během celého minulého století. Výrazné nepravidelnosti jsou způsobeny zejména výkyvy v úrovni porodnosti. Dramatický pokles počtu narozených v 90. letech, až pod 90 tisíc, významně ovlivní budoucí vývoj porodnosti a věkové struktury. Od roku 1989 obyvatelstvo České republiky výrazně zestárlo. Oproti roku 1989 se průměrný věk zvýšil u mužů o 4,7 roku, u žen o 4,4 roku a za obě pohlaví o 4,5 roku. [ÚZIS 2010:8] viz *Příloha 1.C: Věkové složení obyvatelstva v letech 1989 až 2009*

Porodnost a sňatečnost

Výrazné změny nastaly v oblasti formování rodiny. Došlo k poklesu intenzity sňatečnosti a posunu vstupu svobodných osob do manželství do stále vyššího věku. V současné době uzavírají mladí lidé (muži i ženy) první sňatek o 7,4 roku později než v roce 1989. V roce 2009 činil průměrný věk při prvním sňatku pro muže 32,0 let, pro ženy 29,2 let. V roce 2009 byl uzavřen rekordně nízký počet sňatků, 47,9 tisíce, což představuje historické minimum od roku 1918 a zhruba poloviční počet v porovnání s rokem 1990. Vysoká úroveň rozvodovosti patří k negativním rysům populačního vývoje. Podíl manželství končících rozvodem v roce 1989 činil

37 %, v roce 2009 to bylo 47%. Porodnost dosáhla v 2. polovině 90. let minulého století a na přelomu tisíciletí historicky nejnižší úroveň. Počty živě narozených dětí klesly, ze zhruba 130 tisíc narozených ročně koncem 80. let minulého století, poprvé v roce 1995 pod hodnotu 100 tisíc a v roce 1999 nepřekročily 90 tisíc. V roce 2002 se dlouhodobý klesající trend otočil. To souviselo zejména s tím, že do věku nejvyšší plodnosti vstoupily populačně silné ročníky žen narozených v polovině 70. let. Tento rostoucí trend počtu živě narozených dětí pravděpodobně dosáhl svého vrcholu v roce 2008 (119,6 tisíce), v roce 2009 se narodilo již o 1,2 tisíce dětí méně. Po roce 1990 došlo k mimořádnému poklesu úrovně plodnosti. V roce 2009 připadalo na 1 ženu v reprodukčním věku 1,49 dětí. Do počátku 90. let 20. století přetrvával model časného rodičovství, plodnost se koncentrovala do nižších věkových kategorií žen. Na přelomu 80. a 90. let byl průměrný věk matek při narození dítěte celkem (tj. bez rozlišení pořadí) 24,8 let, průměrný věk prvorodiček 22,5 let. Posun rození dětí do vyššího věku nastal v průběhu 90. let, v roce 2000 dosáhl průměrný věk matek 27,2 let, resp. 24,9 let, v roce 2009 již činil 29,4, resp. 27,4 let. Vysoký podíl dětí narozených mimo manželství je historicky novým fenoménem populačního vývoje u nás. V roce 1989 byl podíl živě narozených dětí mimo manželství 7,9 %, v roce 2000 již 21,8 % a v roce 2009 činil 38,8 %.[ÚZIS 2010:9] viz *Příloha 1.D: Vývoj počtu živě narozených dětí podle věku matky*

Potratovost

K charakteristickým rysům reprodukčního chování před rokem 1989 patřila vysoká úroveň potratovosti. Tato skutečnost souvisela s liberální legislativou (zákon č. 66/1986 Sb.) a nízkým rozšířením spolehlivé antikoncepce. Interrupce byly považovány za metodu antikoncepce ex-post. Liberalizace potratového zákona v roce 1986 přinesla v následujících 2 letech předpokládaný výrazný nárůst potratů, s maximem 129,3 tisíce potratů v roce 1988. Rokem 1989 začal dlouhodobý pokles, v 90. let velice výrazný, který se v období 2007 a 2008 zastavil. V roce 2009 byl celkový počet potratů 40,5 tisíce, což představuje oproti konci 80. let pokles o téměř 70 %. Pozitivní vývoj potratovosti souvisí s dostupností moderní antikoncepce, zatímco koncem 80. let 20. století lékařsky sledovanou antikoncepci užívala zhruba 1/5 žen ve věku 15–49 let, v roce 2000 již téměř 2/5 a od roku 2004 více než 1/2 žen. [ÚZIS 2010:10] viz *Příloha 1.E: Vývoj počtu UPT a samovolných potratů a užívání lékařsky sledované antikoncepce u žen ve věku 15-49 let*

Úmrtnost

K pozitivním rysům „polistopadového vývoje“ patří dále výrazný pokles úrovně úmrtnosti. Zatímco v roce 1989 zemřelo 128 tisíc osob, v roce 2000 již 109 tisíc a v letech 2006–2008 méně než 105 tisíc. Velice pozitivní byl vývoj kojenecké úmrtnosti. V kojeneckém věku došlo

k nejvýznamnějšímu poklesu intenzity úmrtnosti. Zatímco v roce 1989 umíralo před dosažením prvních narozenin 10 kojenců z 1 000 živě narozených, v roce 2000 to bylo 4,1 a 2,9 v roce 2009. [ÚZIS 2010:10] viz *Příloha 1.F: Struktura standardizované úmrtnosti*

Střední délka života

Syntetickým ukazatelem úmrtnostních poměrů je střední délka života (naděje dožití), která vyjadřuje očekávanou délku života při dosažení určité věkové hranice. Střední délka života v dlouhodobém vývoji roste, tempo růstu po roce 1990 bylo ojedinělé. V letech 1989–2009 došlo k nárůstu střední délky života při narození u mužů o 6,1 roku, u žen o 4,7 roku. V roce 2009 měl novorozený chlapec naději dožít se 74,2 let, novorozená dívka 80,1 let. [ÚZIS 2010:11] viz *Příloha 2.A.: Vývoj střední délky života*

2.3.1.2. Zdravotní stav

V dnešní době již není zdravotní stav populace ohrožován ve větší míře infekcemi, jak tomu bylo v minulosti, stále však existují infekční nemoci, které jsou velmi závažné. Například virová hepatitida, TBC, pohlavní nemoci a zejména HIV/AIDS. Prevalence posledně jmenovaného onemocnění vykazuje vzestupný trend. Ke konci roku 1989 činil kumulativní počet HIV pozitivních v České republice (tuzemci a cizinci s trvalým pobytem) 93 osob, z toho u 16 infikovaných se rozvinulo onemocnění AIDS. V roce 2000 kumulativní počet HIV pozitivních stoupl na 501 (z toho 151 AIDS) a koncem roku 2009 na 1 344 (z toho 292 AIDS). [ÚZIS 2010:14]

Velmi závažným infekčním onemocněním je tuberkulóza. Výskyt tohoto onemocnění má velice pozitivní trend. Již na přelomu 80. a 90. let minulého století bylo dosaženo hranice 20 onemocnění na 100 tisíc obyvatel, což podle kritérií Světové zdravotnické organizace zařadilo ČR mezi země se zvládnutou TBC. Následný pokles v roce 2005 pod hodnotu 10 případů na 100 tisíc obyvatel znamená začlenění k zemím s nízkou incidencí TBC. V roce 2009 bylo dosaženo minima v celé sledované historii, bylo hlášeno 710 onemocnění, což je 6,8 případů na 100 tisíc obyvatel. Onemocnění je 2x častěji diagnostikováno u mužů než u žen. viz *Příloha 1.G: Vývoj počtu hlášených onemocnění TBC na 100 000 obyvatel.*

Těžiště zdravotních problémů se od 70. a 80 let přesunulo k tzv. **civilizačním chorobám** (nemoci oběhové soustavy, zhoubné novotvary, diabetes mellitus, duševní poruchy a alergická onemocnění). [ÚZIS 2010:14]

Kardiovaskulární choroby

Nemoci oběhové soustavy jsou nejen nejčastější příčinou smrti, ale rovněž nejčastější příčinou hospitalizace. Vývoj úmrtnosti na toto onemocnění má od roku 1990 mimořádně

příznivý trend. Rozhodujícím vlivem se zdá být synergický vliv zlepšení více faktorů, zejména změna životního stylu a hlavně výrazná změna poskytované zdravotní péče (nové léčebné postupy, zvýšený počet kardiologických operací, nové léky). Absolutní počty zemřelých na nemoci oběhové soustavy se snížily od roku 1989 o čtvrtinu. Počet pacientů léčených pro hypertenzi trvale roste, v roce 2009 zhruba pětina registrovaných pacientů byli hypertonicí, oproti cca 15 % na konci 90. let minulého století. Zhruba každý desátý pacient trpí ischemickou chorobou srdeční. [ÚZIS 2010:15] viz *Příloha 1.H: Vývoj standardizované úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy*

Novotvary

Velmi závažným a jedním z nejobávanějších onemocnění jsou novotvary. Jsou druhou nejčastější příčinou smrti a mají za následek zhruba každé čtvrté úmrtí. Vývoj počtu hlášených onemocnění zhoubným novotvarem vykazuje v dlouhodobém vývoji rostoucí trend. Rostoucí počet hlášených novotvarů souvisí se stárnutím populace (riziko nádorového onemocnění se zvyšujícím se věkem stoupá), s vyšším výskytem karcinomů a samozřejmě se zlepšením diagnostiky a existencí celoplošných onkologických screeningů. Pozitivní je, že úmrtnost tento negativní trend nekopíruje.

Nejčastěji diagnostikovaným novotvarem u mužů i žen je „jiný zhoubný novotvar kůže“ (dg. C44), ve většině případů je diagnózou s nízkou fatalitou. V roce 1989 se podílel na celkovém počtu zhoubných novotvarů 15 %, v roce 2007 již 25 %. Druhým nejčastějším ZN u mužů byl do roku 2004 ZN průdušnice, průdušky a plic (dg. C33–C34). Od roku 2005 jej na této pozici vystřídal ZN prostaty (dg. C61). Zatímco ZN průdušnice, průdušky a plic zaznamenal ve sledovaném období pokles, počet hlášených ZN prostaty se více než ztrojnásobil. Tento rapidní nárůst lze vysvětlit jednak stárnutím populace, jednak prevencí (vyšetřování hodnot prostatického specifického antigenu, PSA, u starších mužů). Na dalším místě, co do četnosti, je ZN tlustého střeva (C18), s nárůstem oproti roku 1989 o 67 %. Nejčastějším zhoubným onemocněním u žen (vyjma dg. C44) je ZN prsu (C50), s dlouhodobě rostoucím výskytem a nárůstem přes 80 % v letech 1989–2007, následuje ZN tlustého střeva. ZN průdušnice, průdušky a plic vykazuje u žen, na rozdíl od mužů, rostoucí trend a za sledované období se výskyt zhruba zdvojnásobil. Novotvar, který u obou pohlaví zaznamenává v dlouhodobém vývoji pokles, je ZN žaludku (C16), oproti roku 1989 cca o třetinu. [ÚZIS 2010:15]

Diabetes mellitus

K nejčastějším civilizačním chorobám patří diabetes mellitus. Počet osob léčených pro toto onemocnění se každoročně zvyšuje. Ke konci roku 2009 bylo evidováno 783 tisíc diabetiků,

což je o 70 % více než v roce 1989. Podíl léčených diabetiků na celkové populaci představoval 7,5 % v roce 2009, přičemž v roce 1989 to bylo 4,5 %. Struktura léčby má trvalý trend, klesá podíl léčených pouze dietou a narůstá podíl pacientů léčených farmakologicky, tzn. perorálními antidiabetiky, inzulinem nebo jejich kombinací. V současné době je dietou léčena zhruba ¼ diabetiků, oproti 44 % v roce 1989, naproti tomu inzulinem (vč. kombinace s PAD) je léčeno 27 % diabetiků, versus 14 % v roce 1989. [ÚZIS 2010:16]

Duševní zdraví

Nedílnou součástí zdravotního stavu je duševní zdraví. Počet osob, které vyhledaly psychiatrickou péči na ambulantních i lůžkových odděleních v dlouhodobém vývoji roste. Na ambulantních odděleních a pracovištích psychiatrie bylo v roce 2009 ošetřeno 483 tisíc pacientů. V porovnání s rokem 1989 to představuje nárůst o téměř 50 %. Ordinaci psychiatra vyhledávají častěji ženy než muži. Příčinou nárůstu počtu pacientů může být vedle zhoršování psychické kondice lidí, i větší odvaha navštívit při osobních problémech specialistu-psychiatra. Nejčastěji jsou pacienti léčeni s neurotickými poruchami a afektivními poruchami, následují organické duševní poruchy a schizofrenie. U všech uvedených diagnóz dochází k zvyšování počtu léčených pacientů. Počet hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních (tj. v psychiatrických léčebnách a na psychiatrických odděleních nemocnic) se v posledních třech letech pohybuje kolem 57,5 tisíce, pro srovnání - do roku 1994 včetně nepřekročily 50 tisíc. [ÚZIS 2010:16] viz *Příloha 2.B: Vybraná duševní onemocnění (1995-2009)*

Alergická onemocnění

Dalším současným zdravotním problémem jsou alergie. Počet osob trpících nějakými projevy alergie se stále zvyšuje. Oproti roku 1995 se počet léčených pacientů v alergologických ordinacích více než zdvojnásobil, v roce 2009 bylo léčeno 889,4 tisíce alergiků. Nejčastějšími léčenými onemocněními bez ohledu na věk je pollinosa⁶, v roce 2009 připadalo na 100 000 obyvatel 3 242 pacientů léčených pro toto onemocnění, v roce 1995 to byl zhruba poloviční počet (1 544 pacientů). [ÚZIS 2010:16]

Hospitalizace v nemocnicích

K základním zdrojům dat o nemocnosti patří Registr hospitalizovaných. Jde o statistiku, která podchycuje všechna těžší onemocnění, která nelze léčit ambulantně. Počet případů hospitalizace v nemocnicích v roce 1994 překročil 2 miliony případů ročně, s maximem 2 340 tisíc v roce 2005. V posledních 4 letech se pohybuje pod 2,3 milionu případů. V průběhu období 1986–2009 došlo ke změně struktury příčin hospitalizace. Z nejčastějších příčin

⁶ pollinosa = senná rýma

zaznamenaly pokles podílu na celkovém počtu hospitalizací nemoci dýchací, trávicí, močové a pohlavní soustavy a těhotenství, porod a šestinedělí. Naproti tomu podíl vzrostl u novotvarů, nemocí oběhové soustavy, svalové a kosterní soustavy a u poranění a otrav. [ÚZIS 2010:17]
viz *Příloha 1.I: Případy hospitalizace v nemocnici podle příčin*

2.3.2. Determinanty ovlivňující zdraví

Determinanty zdraví lze definovat jako osobní, společenské a ekonomické faktory a faktory životního prostředí, které jsou vzájemně se proměňujícími proměnnými, a zároveň významně ovlivňují a určují zdravotní stav jedince, skupiny lidí nebo společnosti. (Nutbeam, 1998) [Janečková, Hnilicová 2009:65] Determinanty zdraví jako komplexy příčinných faktorů působí integrovaně na zdraví člověka. Mohou působit pozitivně (zdraví chránit a upevňovat) nebo negativně (příspěvat ke vzniku nemoci a její průběh zhoršovat. [Gladkij, Strnad 2002:43]

Názory na determinanty zdraví, na jejich povahu, jejich působnost a validitu i na možnosti modifikace jejich vlivu z pozic zdravotní politiky a veřejného zdravotnictví se v několika posledních desetiletích opíraly o obecně používané schéma, podle něhož je zdravotní stav výslednicí komplexního působení čtyř základních determinant:

- 1) faktory prostředí – fyzické, pracovní i sociální prostředí, ve kterém lidé žijí. Obecněji i podmínky klimatické a stav životního prostředí. Vytvářejí se situace, na které není člověk adaptačně připraven. Jeho organismus není vždy schopen adekvátně reagovat na zrychlující se dynamiku probíhajících změn ve výše uvedených prostředích.
- 2) genetická výbava – podmiňuje např. některé rozdíly v obrazu zdraví mužů a žen, úroveň intelektových schopností, náchylnost k některým onemocněním, vývojové vady, odolnost vůči rizikům
- 3) životní styl – zaujímá mezi determinantami zdraví klíčové postavení. Jde o způsob života včetně všech rizikových prvků v něm obsažených (individuální životní úroveň, způsob života, úroveň vzdělání, postoj ke zdraví, péče o vlastní zdraví a prevence onemocnění, stravovací návyky, výživa, fyzická aktivita, kouření,...)
- 4) efektivita a kvalita zdravotní péče – je spojená s rozvojem medicíny a lékařské techniky, zdravotní politiky, zdravotnických systémů, úrovní zdravotnictví a dostupností lékařské péče. U některých patologických stavů se určující úloha medicíny může dominantně projevit v počáteční fázi jejich vzniku a ovlivní tak jejich incidenci. U jiných pak medicínská intervence rozhodne o zachování života a ovlivní zejména údaje o úmrtnosti. [Drbal 2005:25-30]

Vliv takto definovaných determinant byl kvantifikován tak, že genetický základ se podílí na zdravotním stavu populace asi 10-15 %, zdravotnictví také 10-15 %, životní prostředí asi 20 % a životní styl celými 50 %. [Janečková, Hnilicová 2009:66]

Stejně jako v jiných zemích i v naší společnosti se význam jednotlivých determinant z hlediska jejich dynamiky a validity mění. Po roce 1989 se do zlepšování ukazatelů zdravotního stavu české populace promítl prudký rozvoj samotného zdravotnictví nepochybně více, než se podle tehdejších proporcí dalo předpokládat. [Drbal 2005:30]

Téma sociálních determinant, jež se dostává do všech zásadních dokumentů WHO si klade za hlavní cíl snižování sociálních nerovností ve zdraví. Psychosociální determinanty zdraví souvisejí se způsobem života jedinců, lidských komunit a sociálních vrstev. Vzdělání, příjem, lokalita a úroveň bydlení, sociální změny a neexistence sociálních opor mohou být zdrojem rizik, která se projeví rozdíly ve zdraví různých sociálních vrstev a skupin. V. Kebza, který se u nás věnuje studiu sociálních determinant na půdě SZÚ, upozorňuje zejména na psychosociální determinanty zdraví, jako je stres, vulnerabilita, sociální opora, nezaměstnanost, a věnuje se též nerovnostem ve zdraví. Výsledky jeho výzkumu ukazují na citlivou reakci české veřejnosti na nerovnosti v poskytování zdravotní péče, o jejichž existenci je přesvědčena téměř polovina občanů. Byla též zjištěna vysoká souvislost mezi subjektivně vnímaným zdravotním stavem a úrovní vzdělání. I u nás je subjektivní zdraví ovlivněno úrovní příjmu. [Kebza 2005:196]

2.3.3. Vliv rizikových faktorů na zdravotní stav obyvatelstva

V současné době se nejčastěji při definování rizika vychází z pravděpodobnostního přístupu. Velikost rizika je dána pravděpodobností, že daný pozorovaný jev (výskyt nemoci, úmrtí) nastane při přítomnosti rizikového faktoru (věku, pohlaví, zaměstnání, způsobu chování) nebo za určitých podmínek. Pro jedince nebo populační skupinu může být jedním z rizik i zdravotní stav populace a společenské poměry, ve kterých žijí. Pravděpodobnost nemoci (smrti) je odhadována na základě relativní četnosti a zpravidla je odvozována od různých ukazatelů incidence a prevalence. Na zdraví člověka působí čtyři základní skupiny faktorů: fyzikální, chemické, biologické a psychosociální.

Faktory, které se ne nejvíce podílejí na úmrtí, jsou tyto: kouření, nadměrná konzumace alkoholu, nadváha, pracovní rizika, nedostatek zeleniny ve výživě, stres, chudoba, nezaměstnanost, závislost na drogách, dopravní úrazy, nedostatek pohybu, mnoho živočišných tuků ve výživě, exhalace a ovzduší. [Gladkij, Strnad 2002:44]

3. Data známá z výzkumů

Ve třetí kapitole jsou zahrnuta dosavadní šetření, která slouží ke sledování vývoje a následnému srovnání názorů a postojů obyvatel ČR týkajících se oblasti zdravotnictví. Hlavním zájmem je sledovat vývoj postojů ke zdraví a zdravotní péči. Na začátku kapitoly podávám stručný přehled ze závěrů dostupných výzkumů, které hodnotili obecné změny v postojích a hodnotách občanů po roce 1989. Zároveň zmiňuji faktory, které se na změnách postojů ke vnímání úlohy zdravotnictví mohli výraznějším způsobem podílet.

Dále jsou již mapovány konkrétní výzkumné otázky týkající se problematiky, vývoje a stavu zdravotní péče a zdravotnictví. Nechybí ani šetření zabývající se zjištěním zdravotního stavu obyvatel, jeho vývojem a možnými intervencemi uplatňovanými především za preventivním účelem podpory a upevnění zdraví. Související a nezbytné informace sloužící k pochopení vývoje postojů v čase, přináší i průzkum veřejného mínění o hlavních změnách politicko - společenského života.

Byly použity výsledky z výzkumů sociologického ústavu Akademie věd ČR - Centrum pro výzkum veřejného mínění (CVVM), Střediska empirických výzkumů (STEM)⁷, lékařské informační centrum - HELP-LIC, agentury INRES-SONES, Kulatého stolu pro budoucnost financování zdravotnictví v ČR, Institutu zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE) a různé závěry z výzkumných šetření, publikovaných jednotlivými autory a prezentované v literatuře ze seznamu použitých zdrojů (Gladkij 2003), (Kebza 2005), (Opršálová 2006).

3.1. Postoje a hodnotové preference obyvatel ČR po roce 1989

Všichni bychom měli chápat, že demokracie není pojem biologický, ale společenský. Příroda nezná demokracii, stejně jako nezná spravedlnost. Teprve společenství lidí na určitém stupni rozvoje, vytvořilo pojmy a přijetí sociální spravedlnosti, lidských práv a ochrany slabších a handicapovaných jedinců a skupin, a to vše v rámci pojetí demokracie. [Gladkij 2003:3]

Vývojem postojů od roku 1989 – 2006 se v oblasti sociální problematiky zabývala ve své diplomové práci studentka z Ekonomicko-správní fakulty Masarykovy univerzity (Opršálová 2006). Z jejích závěrů tak mohu rovněž sumarizovat, jaké postoje a hodnoty po změně politického režimu česká veřejnost zastávala.

⁷ STEM - se zabývá aplikovaným sociologickým výzkumem, zaměřuje se na studium životních podmínek, hodnot, postojů a názorů obyvatelstva. Zvláště se specializuje na rozbory sociálních problémů, na výzkum komunikace a politickou analýzu.

„Česká společnost byla po roce 1989 výrazně liberální a individualistická. Preferována byla tedy osobní svoboda a převzetí odpovědnosti za vlastní osud. V hodnotových orientacích občanů převažoval výkonový princip nad principem rovnostářským. Většina českých občanů považovala probíhající změny ve společnosti za správné [Večerník, Matějů 1999]. A rovněž podle většiny byl zdar ekonomické reformy klíčovým předpokladem pro úspěšné překonání společenské krize způsobené předchozím režimem.“ [Potůček 1995:118]

„Během transformace však došlo ke zvyšování nezaměstnanosti a k nárůstu sociálních nerovností. Názory značné části veřejnosti se v průběhu 90. let kvůli těmto i dalším negativním jevům spojeným s budováním demokratické společnosti posunuly doleva. Jak ukazují výzkumy, je v názorech české veřejnosti dále zakotvena podpora státního paternalismu a odpovědnosti státu za život občanů. Pouze nízké procento občanů ČR si uvědomuje důležitost osobní odpovědnosti při řešení sociálních situací, a to i pokud jde o voliče pravicových stran. V současné době preferuje česká společnost maximální svobodu, jež umožňuje lidem bez omezení se rozvíjet. Rozhodně není podporováno absolutní přerozdělování a rovnost příjmů všech občanů. Tato pravicová orientace se však neprojevuje ve všech oblastech. Současně totiž existují oblasti, vztahující se k usměrňování hospodářství, zajištění práce a řešení nezaměstnanosti, ve kterých i potenciální voliči pravicových stran projevují levicové názory a podporují zásady státního paternalismu. Patrně se jedná o následek minulého režimu, kdy všechny oblasti řídil stát. Jedinci by podle výsledků však měli být za svůj život odpovědní a stát by se o ně měl postarat jen v případě nouze.“ [Opršálová 2006:46-47]

3.2. Faktory ovlivňující postoje obyvatel k vlastnímu zdraví a zdravotní péči po roce 1989

Stanovit impulsy, které po vítězství sametové revoluce působily na formování postojů občanů ČR ke zdraví a zdravotní péči, vede přes zmapování tehdejšího celospolečenského klimatu. Za hlavní ideovou myšlenku, byla v té době považována svoboda. Svoboda ve všem a pro všechny. Po prvním „jásajícím“ období, bylo zřejmé, že nadešla chvíle, dát nějaký optimální tvar té oné lidmi všemožně si „vykládající“ svobodě. Rozběhl se běh na dlouhou trať a začalo období transformace. V péči o zdraví také začaly, musíme však zmínit, že přece jen trochu později na rozdíl od jiných resortů, převládaly liberalistické zájmy a tržní mechanismy. Lidé přestávají být pasivní v zájmu o své zdraví, dosti pravděpodobně na základě přílivu nových informací i díky možnosti konkurenčního srovnání. Těmto měnícím se postojům přizpůsobovali občané požadavky na náročnější zdravotní péči, než na jakou byli do té doby

v „přídělovém“ systému od státu zvyklí. I na základě možností, z nově se nabízející zahraniční spolupráce, mohli odborníci ve zdravotnictví porovnat, přejmout a podle požadavků svých klientů začít tvořit plnohodnotnou přeměnu zdravotní péče. Vytvořit pro občany ve svých institucích nejen odborné, klinické zázemí, ale zakomponovat do něj i prvky z jiných, stejně důležitých odvětví, doposud u nás do péče o zdraví nezainteresovaných. Například taková složka psychosociální, byla v předchozí době, ať už v lékařské nebo ošetrovatelské péči, téměř všemocně nahrazována prvky kurativními. Cílem odborníků bylo tedy zakomponovat do péče o zdraví všechny možné poznatky, které by mohly mít pozitivní vliv na zdraví člověka a pozdvihnout úroveň zdravotní (lékařské i ošetrovatelské) péče.

3.2.1. Sociologické pojetí medicíny

Jedním z přínosů ke zlepšení přístupu občanů ke zdraví, k jinému chápání zdraví a nemoci, bylo doposud ne příliš známé, sociologické pojetí medicíny. V ČR se sociologie medicíny trvale začleňuje až po listopadové revoluci roku 1989 v kontextu celospolečenských změn, nových problémů a jejich řešení. Kebza (Kebza 2005) předpokládal příští vývoj změn takto: „Přeměna celého zdravotnického systému, která od roku 1990 intenzivně probíhá, představuje závažný teoretický problém. Ve zdravotnictví totiž nejde pouze o modifikaci celospolečenských norem, ke které, v té či oné míře dochází při jejich uplatňování v různých sociálně kulturních sférách. Existují sociálně kulturní systémy, kde jde o komplex specifických projevů a norem kultury, a za takovou sféru je pokládána právě medicína. Jde např. o komplex úloh, hodnot, stanovisek a zvyků, o otázky autority na základě odborné kompetence, vzory chování a jednání jednotlivých skupin a jejich sociálních vztahů, rozdíl mezi „egoistickými“ a „altruistickými“ motivy činností atd. Nebudou se měnit jen role a činnosti lékaře a zdravotní sestry, ale i role pacienta a zejména vztahy lékař – pacient. Lze se proto domnívat, že společenské změny podstatně ovlivní postoje lidí k vlastnímu zdraví a péči o něj.“ [Kebza 2005:14]

A právě politický převrat v listopadu 1989 a následné období transformace obyvatelům ČR tyto celospolečenské změny přineslo.

3.2.2. Změny ve vnímání hodnoty zdraví

Jak již bylo zmíněno, došlo ke změně celého spektra hodnotové orientace a v souvislosti s tím i samotného vnímání zdraví. V souvislosti s prohlubujícím se rozporem mezi odbornými a ekonomickými aspekty poskytované zdravotnické péče se některá hodnotová hlediska právě postupně vyostřovala. V konkrétních podmínkách naší země se vyhrtyly rozporné názory na

individuální či veřejnou (společenskou hodnotu zdraví) a na proporce i způsoby případné transpozice těchto názorů do praktické realizace péče o zdraví.

Začalo jít o to, jakou roli, váhu a jaký konkrétní výraz v prostředí naší země a našeho systému přisoudíme péči o zdraví. V naší zemi, tj. bývalém Československu, byly tendence k přeceňování společenských aspektů hodnoty zdraví posíleny již v poválečném období na počátku 2. poloviny 20. století, kdy stát vcelku úspěšně intervenoval prostřednictvím centralisticky koncipovaného zdravotnictví v potlačování infekčních chorob a kdy cestou totálně zestátněné zdravotnické soustavy rozšířil poskytování „bezplatné“ zdravotnické péče na veškeré obyvatelstvo. Tento stav upevňoval prvky státního paternalismu v péči o zdraví a posiloval sklony k pasivnímu postoji k vlastnímu zdraví a k neodpovědnému čerpání „celospolečensky“ poskytované zdravotnické péče. Je proto přirozené, že mnohé rysy takto pojaté péče o zdraví se projeví také v názorech na hodnotu zdraví – a to i v době, kdy během druhé poloviny minulého století již převládaly v obraze zdravotního stavu našeho obyvatelstva tzv. civilizační choroby, tj. nemoci multifaktoriálně podmíněné, jejichž vznik a průběh jsou bezprostředně spjaty se způsobem života a s chováním každého jednotlivce, s jeho postojem k vlastnímu zdraví a jeho hodnotě. [Drbal 2005: 34-37]

Projevy tohoto rozporného postoje k hodnotě zdraví a různé názory na integritu i proporce jejích společenských a individuálních stránek přetrvávají a ke škodě věci se komplikují tím více, čím více se stávají předmětem politických zájmů a jejich ideologického podhoubí. Z hlediska řešení koncepčních otázek podoby a činnosti celého systému péče o zdraví jde o věc zásadní, neboť názory na individuální a společenskou hodnotu zdraví představují jeho výchozí platformu. Zůstává však pravdou, že současná polemika k hodnotovým otázkám zdraví je do značné míry přirozeným doprovodem obtíží vyvolávaných klíčovým rozporem mezi „medicínsky možným“ a „ekonomicky reálným“. Proto také toto téma netíží pouze naše zdravotnictví, ale je předmětem vážných diskusí, které vyúsťují v potřebu určité transformace zdravotnických soustav ve všech rozvinutých zemích Evropy. [Figueras 2003] [Drbal 2005: 35]

Avšak zdravotní stav jedince je také výrazem bezpočtu vzájemných vztahů, které činí jedince součástí širšího lidského společenství. Každý člověk prostřednictvím svých společenských vztahů a mimo jiné také prostřednictvím určitého stavu svého vlastního zdraví nebo své nemoci působí tak či onak na své bezprostřední i širší okolí a ve své specifické integritě s jinými lidmi se podílí na míře potenciálu zdraví a tím i na kvalitě života širšího společenství. A zpětně společnost ovlivňuje tak či onak prostřednictvím určitého přírodního, sociálního, ekonomického i zdravotnického prostředí zdraví každého svého příslušníka,

každého jedince. Je tudíž naprosto zřejmé, že zdraví žádného jednotlivce ani starost a péči o ně nelze z těchto vazeb vyjmout, oddělit a učinit je nezávislymi na společnosti. [Drbal 2005: 34]

3.2.3. Změny v přístupu v péči o zdraví

Docent Drbal (Drbal 2005), který se zdravotní politikou u nás zabýval již před rokem 1989, se stal v době transformace jedním z vůdčích odborníků. On i mnozí další díky svým praktickým zkušenostem a správným vizím tak vdechli našemu zdravotnictví na začátku právě onen dobrý směr. Jeho díla tak obsahují autentické srovnání obou zdravotnických systémů a jsou neocenitelným přínosem sloužícím nejen pro ohlédnutí zpět, tedy jaké změny a s jakým průběhem transformace přinesla, ale na druhé straně slouží jako nástroj pro tvorbu nových koncepcí, protože obsahují kritické zkušenosti a tak jejich mnohdy bohužel nelibá, avšak neodmyslitelná skutečnost, může posloužit budoucím generacím, které z těchto nedostatků budou vycházet a zajistí, aby se tyto a jím podobné chyby již neopakovaly.

S názorem na individuální a společenskou hodnotu zdraví např. úzce souvisí praktická aplikace tohoto pohledu na postavení a úlohu jednotlivce v procesu péče o zdraví. V podmínkách naší země je to otázka nadmíru aktuální a citlivá, neboť – jak již bylo zmíněno – čtyřicet let socialistického zdravotnictví zanechalo v mentalitě značné části obyvatelstva hluboké stopy „falešného pozitivního“ vlivu státního paternalismu, který stavěl občana do pozice pasivního spotřebitelského subjektu se značně oslabenou odpovědností za vlastní zdraví a s proklamovaným nárokem na údajně „neomezenou bezplatnou péči“.

Po změně politické a socioekonomické atmosféry se proto v souvislosti s některými reformními kroky ve zdravotnictví po roce 1989 začaly prosazovat také snahy o revizi předchozích názorů na roli občana ve vztahu ke zdraví. Klíč k povýšení úlohy občana – pacienta je spatřován zejména v jeho lepší a mnohem širší informovanosti. Tento požadavek má nesporně své opodstatnění a jistě napomáhá odstraňovat pozůstatky přemíry předchozího vedoucího postavení státu, jehož součástí bylo vědomé omezování informovanosti pacienta o chorobě, její podstatě, příčinách a o možnostech její prevence a terapie. Šlo tehdy o to, aby bylo eliminováno, nebo alespoň minimalizováno, zasahování občanů do záležitostí navýsost monopolizovaných státem. Úplná informovanost se stala jedním ze stěžejních požadavků různých organizací a institucí hájících a prosazujících práva pacientů a je také vděčným mediálním tématem. [Drbal 2005: 36]

Jako patřičně informovaný subjekt má občan mnohem větší možnost správné volby svého životního stylu, a také svobodné volby takového zdravotnického pracovníka, takového

zdravotnického zařízení a takového způsobu kvalifikované péče, které považuje po vzájemné partnerské dohodě za nejvhodnější. Zvýšená starost o vlastní zdraví na podkladě výše zmiňované, téměř absolutní informovanosti pacienta, nespočívá jen v pasivním shromažďování nejrůznějších informací o nemocech a jejich léčbě, ale zejména v aktivní účasti na ochraně, podpoře nebo návratu zdraví. [Drbal 2005: 37]

Kritiku skutečného využití těchto výše zmíněných intervencí a kam vedlo zvyšování odpovědnosti jednotlivce za vlastní zdraví, prezentoval právě doc. Drbal (Drbal 2005): „Zdá se, že dosavadní kampaně a snahy po zvýšení informovanosti a úlohy pacienta najednou opomíjely a přehlížely právě tento jejich nejvlastnější a nejhlubší smysl a význam. Ten má právě vést ke zvýšení odpovědnosti občanů za své vlastní zdraví. Takto může být prostřednictvím vlastní spoluúčasti občana na podpoře a ochraně zdraví naplňována individuální hodnota zdraví v mnohem širším rozsahu i lepší kvalitě než prostřednictvím státního paternalismu. Pouhé vstřebávání záplavy informací bez jejich využití k aktivní účasti na péči o zdraví naopak občana mate a zavádí k neuváženým quasizasvěceným⁸ požadavkům a nárokům, které jej paradoxně vracejí k touze po „vše zabezpečujícím“ státním paternalismu, od něhož jej jeho informovanost měla naopak osvobodit. Tlak na růst informovanosti pacienta-občana bez současného důrazu na rozšiřování možnosti jeho svobodné volby, ale také bez zvyšování jeho osobní odpovědnosti za vlastní zdraví tudíž ztrácí smysl, neboť ve skutečnosti snižuje a stírá individuální hodnotu jeho zdraví.“ [Drbal 2005: 37]

3.3. Mapování postojů veřejnosti k zdravotně-sociálním tématům

Následujících třináct oblastí jsem vytypovala jako základní proměnné, jejichž změny a názory na ně tak, jak se za posledních 20 let vyvíjely, mohly do jakékoliv míry ovlivnit právě konkrétní formování postojů občanů ke zdraví a zdravotní péči. Nutno zmínit, že oblasti zdravotnictví, tou měrou jak je provázaná s jinými systémy, nelze odepřít soustavnost a ovlivnitelnost i se změnou postojů ze zdánlivě odlišných disciplín. V nejužším případě můžeme zahrnout oblast sociálních věcí, avšak i ostatní proměnné v jiných oblastech státní správy formulují jasně a zřetelně postavení občanů k resortu zdravotnictví. Jednoduše se dá říci, že všechno souvisí se vším. Na základě srovnávání výzkumů a výsledků dosavadních šetření jsem sestavila vlastní dotazník, který ve větší míře vychází z otázek pokládaných v již provedených (následujících) výzkumech. A tak i moje výsledky mohou relativně rozšířit dráhu

⁸ quasizasvěceným = zdánlivě zasvěceným, rádooby zasvěceným

mapování vývoje lidských postojů. Přesněji postoje veřejnosti a srovnání zdravotnických systémů v kontrastu dvou politických režimů.

3.3.1. Solidarita

Podle populačního výzkumu provedeného v zemích EU již v roce 1998 (Mossialos 1998) výsledky ukázaly, že ve všech zúčastněných zemích veřejnost podporuje princip univerzálních zdravotnických služeb a není připravena odmítnout závazek poskytování zdravotní péče svým občanům. I když veřejnost v těchto zemích v době výzkumu většinou nepodporovala restriktivní zavedení základního koše zdravotnických služeb, přesto dosti velký podíl respondentů očekával, že v nedaleké budoucnosti budou stanoveny nějaké formy omezení plné solidarity při poskytování zdravotnických služeb. Podle názoru nezanedbatelné části respondentů nebudou vlády ani pojišťovny schopny hradit zcela solidárně všechny druhy budoucích forem stále pokročilejší léčby a fungování všech nových nákladnějších zdravotnických technologií. [Gladkij 2003:3]

Výsledky tohoto výzkumu se v následujících letech ukázaly jako pravdivé, neboť i v zemích, kde se uplatňuje zdravotní péče na principu státního modelu zdravotnictví jsou i dnes, vzhledem k neudržitelnosti zdrojů směřujících do zdravotnictví, v těchto zemích požadovány alespoň minimální prvky spoluúčasti.

3.3.2. Subjektivní hodnocení vlastního zdravotního stavu

Na subjektivní hodnocení vlastního zdraví obyvatel ČR se zaměřuje především CVVM SoÚ AV ČR v průzkumech „Naše společnost“. Je téměř základní otázkou, pokládanou v jejich různých výzkumech z oblasti zdravotnictví. Z roku 2002 existuje zpráva o vývoji hodnocení vlastního zdraví, která mapuje názory obyvatel až do roku 1996. Ke konci roku 2002 hodnotí svůj zdravotní stav za dobrý 30 % respondentů a za spíše dobrý 49 % respondentů. 20 % vnímalo svůj zdravotní stav za spíše špatný a 1 % za velmi špatný. Oproti předchozím letům se podíl obyvatel s pocitem dobrého zdraví poněkud snížil a vzrostla část těch, kteří jej považují za spíše špatný. Viditelný je nejvíce rozdíl v letech 1996 a 2002, kdy údaje z prvního roku stouply o 5 % (tedy z původních 15 % v roce 1996 na 20 % z roku 2002).⁹

⁹ CVVM - Občané a zdraví, 2002

Tab. č. 1: : Vývoj subjektivního hodnocení vlastního zdravotního stavu v letech 1996-2002

Subjektivní hodnocení vlastního zdravotního stavu (v %)

	IV/ 96	IV/ 97	IV/ 99	IV/ 00	IV/ 01	XI/02
dobrý	40	34	34	34	34	30
spíše dobrý	42	48	48	48	48	49
spíše špatný	15	16	17	17	15	20
velmi špatný	3	2	1	1	3	1

Velikost náhodné statistické chyby je +- 3 procentní body.

(zdroj: CVVM, 2002)

Výsledky šetření z roku 2005 byly formulovány již trochu jiným způsobem. Základní změnou byla možnost středové odpovědi „ani dobrý, ani špatný“, pro kterou se toho roku rozhodlo 31 % respondentů. Velmi dobrý 16 %, spíše dobrý 42 %, spíše špatný 10 % a velmi špatný 1 %. Došlo tedy k výraznému posměnění zastoupení v jednotlivých kategoriích vyjadřující zdraví, nicméně způsobené možností tzv. „neutrální“ odpovědi.

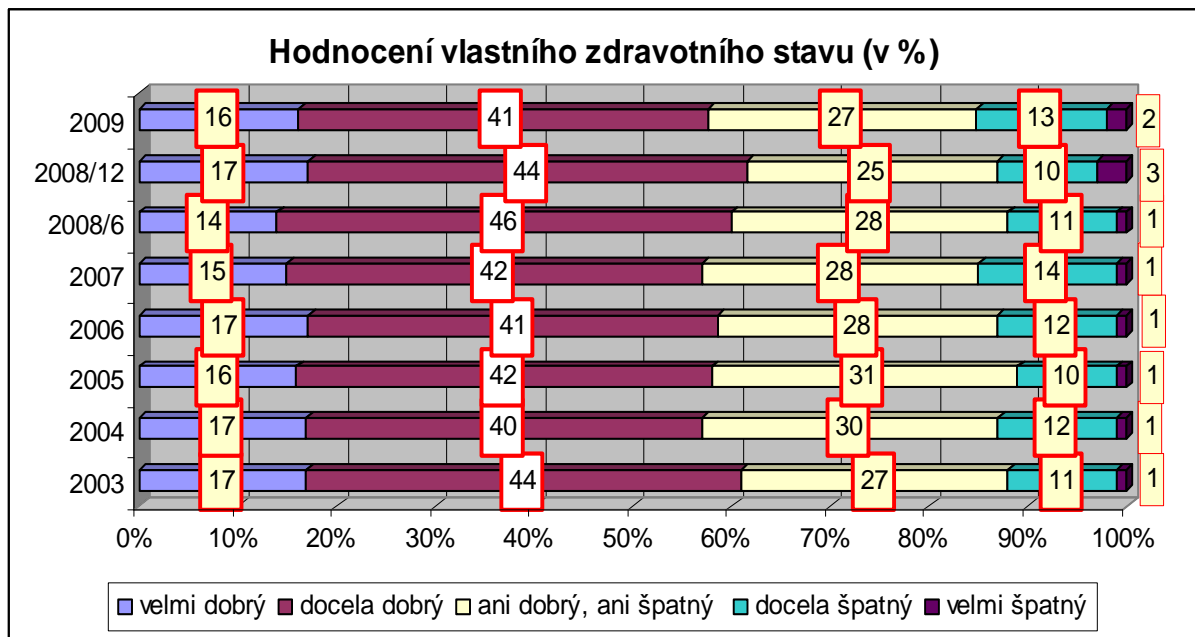
V roce 2008 probíhalo šetření v červnu a prosinci. Z prosincového šetření vyplývá, že většina občanů ČR považuje vlastní zdravotní stav opět za dobrý – konkrétně 17 % dokonce za velmi dobrý a 44 % za docela dobrý. Čtvrtina osob (25 %) hovoří o svém zdravotním stavu jako o „ani dobrém, ani špatném“. Špatně hodnotilo svůj zdravotní stav 13 % Čechů (10 % jako docela špatný, 3 % jako velmi špatný).

V roce 2009 hodnotí svůj vlastní zdravotní stav občané poměrně příznivě. Téměř tři pětiny (57 %) lidí jej subjektivně považují za dobrý (16 % dokonce za velmi dobrý), další více než čtvrtina (27 %) jej hodnotí jako ani dobrý, ani špatný. Pouze 15 % explicitně vyjádřilo, že jejich zdravotní stav je špatný.¹⁰

Nejlepší hodnocení vlastního zdraví bylo od zařazení neutrální odpovědi (tedy od roku 2003) zaznamenáno právě roku 2003 a při prosincovém šetření roku 2008. V obou letech dosáhlo pozitivní hodnocení 61 %. V tomtéž časovém rozmezí bylo nejhůře hodnoceno vlastní zdraví v roce 2004. I toto hodnocení je v průběhu let poměrně stabilní, od roku 2003 se nazírání obyvatel ČR na vlastní zdravotní stav v zásadě nemění.

¹⁰ CVVM – Názory občanů na zdravotní péči, 2009

Graf č. 2 : Vývoj subjektivního hodnocení zdravotního stavu v letech 2003-2009



(zdroj: CVVM, 2009)

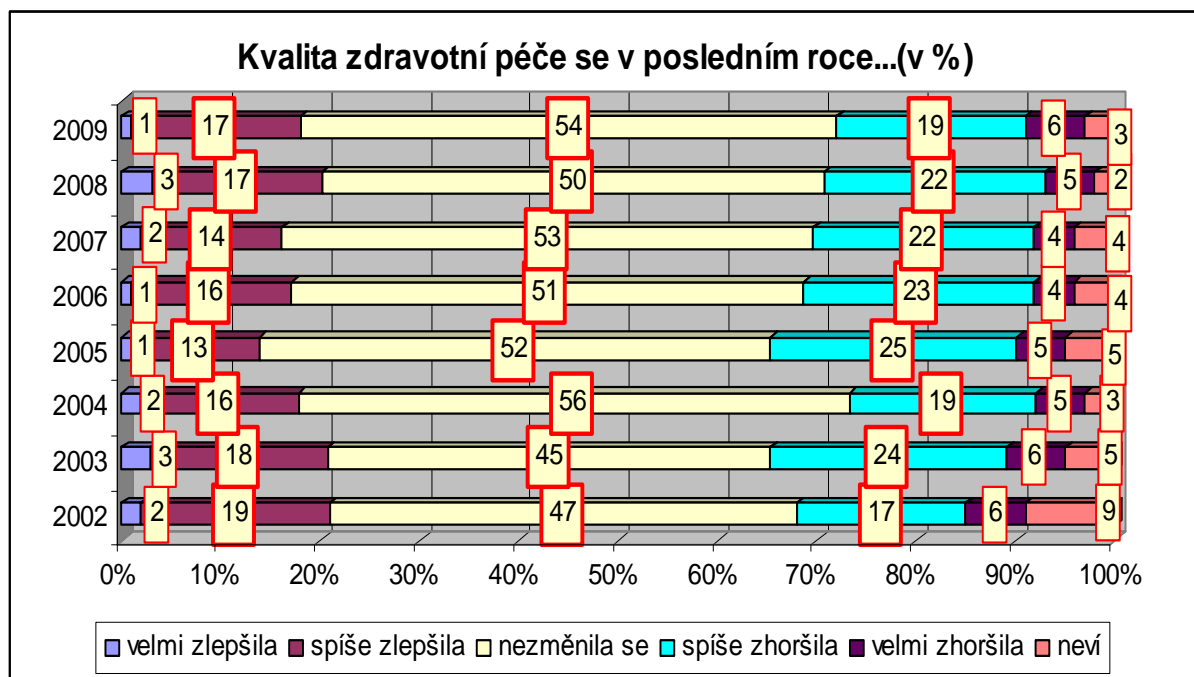
Hodnocení vlastního zdravotního stavu souvisí s věkem. Skrze jednotlivé věkové skupiny od nejmladší po nejstarší je vidět, jak průběžně ubývá pozitivních vyjádření a postupně se naplňuje jak neutrální kategorie ani dobrý, ani špatný, tak kategorie špatný. Mladí lidé v drtivé většině hodnotí svůj zdravotní stav jako dobrý, ve věkové skupině starších 60 let je již podstatný podíl (zhruba třetinový) těch, kteří svůj zdravotní stav vidí jako špatný. Z hlediska vzdělání jsou to lidé se základní školou, kteří častěji označují své zdraví jako špatné. Výrazné rozdíly v hodnocení se projevují i podle deklarované životní úrovně. Lidé, kteří ji označují za dobrou, mnohem častěji vidí svůj zdravotní stav jako dobrý, naopak mezi občany se špatnou životní úrovní je značný podíl těch, kteří své zdraví vnímají jako špatné.

3.3.3. Kvalita zdravotní péče v České republice

Od roku 2002 se ve výzkumech CVVM objevuje otázka na stav kvality zdravotní péče v ČR. Zkoumá se, zda došlo ke zlepšení kvality zdravotní péče v posledním roce. Údaje z roku 2005 ukazují, že polovina dotázaných se domnívá, že kvalita zdravotní péče se v posledním roce nezměnila. Téměř třetina dotázaných soudí, že se docela či velmi zhoršila. Pouze 14 % dotázaných zaznamenalo v kvalitě zdravotní péče za poslední rok zlepšení. Rok 2008 soudí většina Čechů (53 %), že v posledním roce se kvalita zdravotní péče nijak výrazně nezměnila. Více jak čtvrtina českých občanů (27 %) hovoří o zhoršení péče, zatímco zlepšení v této oblasti za uplynulý rok zaznamenala necelá pětina lidí (16 %).

Kvalita zdravotní péče se podle převládajícího názoru ani za rok 2009 nezměnila (54 %), přibližně pětina lidí se domnívá, že se zlepšila, čtvrtina, že se zhoršila. V dlouhodobějším horizontu se nahlížení na kvalitu péče výrazněji neproměňuje a největší podíl obyvatel si při hodnocení roku 2009 myslí, že se péče nemění. Nejlépe byla hodnocena kvalita péče za poslední rok v letech 2002 a 2003 (u obou let dosáhla 21 %). Názor, že se za předešlý rok nezměnila byl nejvýraznější v roce 2004 (56 %) a v roce 2009 (54 %). V hodnocení vývoje kvality zdravotní péče za každý rok, se objevily rozdíly v názorech z hlediska životní úrovně a zdravotního stavu. Lidé uvádějící dobrou životní úroveň se ve větší míře domnívají, že se péče v posledním roce zlepšila a v menší míře, že se zhoršila. Přesně opačný názor zastávají lidé deklarující špatnou životní úroveň. Ti se jen v malé míře domnívají, že by se péče zlepšila a naopak poměrně silně jsou přesvědčeni, že se zhoršila. Obyvatelé hodnotící svůj zdravotní stav jako dobrý se oproti ostatním méně často domnívají, že by se péče zhoršila a spíše se přiklání k tomu, že se zlepšila, případně nezměnila.¹¹

Graf č. 3 : Kvalita zdravotní péče v posledním roce –vývoj v letech 2002-2009



(Zdroj: CVVM, 2009)

3.3.4. Problematické oblasti zdravotnictví

Postoje občanů k vnímání problémů v oblasti zdravotnictví mapuje CVVM rovněž pravidelně. Sleduje vývoj hodnocení v oblastech financování veřejného zdravotnictví,

¹¹ CVVM – Názory občanů na zdravotní péči, 2009

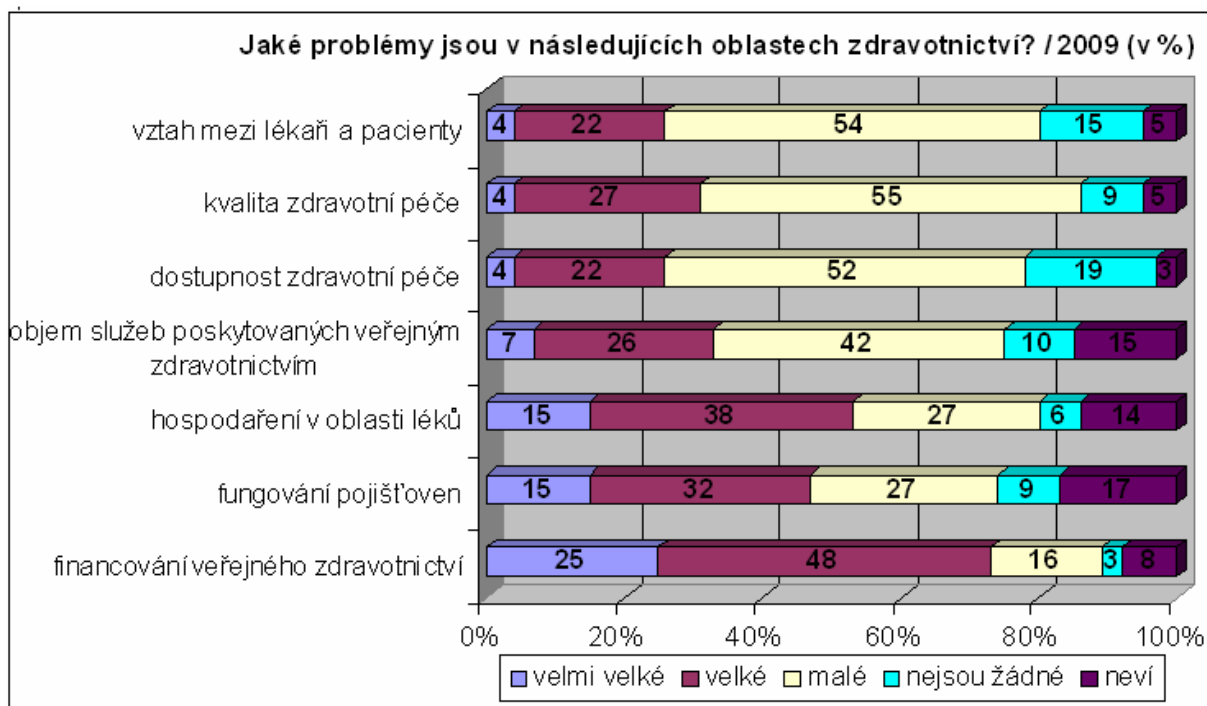
fungování pojišťoven, hospodaření v oblasti léků, kvalitě poskytované zdravotní péče, objemu služeb, dostupnosti zdravotní péče, vztahy mezi lékaři a pacienty.

Průzkum z roku 2006 ukázal, že určité problémy vidí ve všech dotazovaných oblastech zdravotnictví kolem 4/5 respondentů. Za nejproblematictější považuje veřejnost financování veřejného zdravotnictví, kde více než 4/5 (82,8 %) respondentů hodnotili problémy jako velké. Dále to je fungování pojišťoven (75,8 %) a hospodaření v oblasti léků (74,1 %), kde tedy celé 3/4 hodnotily problémy jako velké. 2/5 respondentů nacházejí velké problémy také v kvalitě poskytované zdravotní péče (44,2 %) a v objemu služeb (38,6 %). 1/3 pak ve vztahu mezi lékaři a pacienty (29,4 %) a v dostupnosti zdravotní péče (33,7 %).

V roce 2008 většina Čechů pocituje problémy především v případě financování veřejného zdravotnictví (74 %), fungování pojišťoven (47 %) a hospodaření v oblasti léků (49 %). Na druhé straně u zbývajících položek převládá podíl lidí, kteří problémy v dané oblasti považují za malé či za žádné nad těmi, kteří zastávají opačné stanovisko. Konkrétně nejmenší potíže jsou podle českých občanů z hlediska vztahu mezi lékaři a pacienty, který označilo za relativně bezproblémový 70 % osob. Téměř dvě třetiny (65 %) soudí, že bez větších problémů je dostupnost zdravotní péče, a 58 % respondentů nespatřuje žádné zásadní potíže ani v její kvalitě. Více jak dvě pětiny lidí (44 %) pak také míní, že závažné problémy nejsou ani v případě objemu služeb poskytovaných veřejným zdravotnictvím.

V roce 2009 občané převážně pocítují problémy hlavně v případě financování veřejného zdravotnictví (73 % „velmi velké“ + „velké“) a dále u fungování pojišťoven (47 %) či hospodaření v oblasti léku (53 %). Na druhé straně u zbývajících položek převládá podíl lidí, kteří problémy v dané oblasti považují za malé či za žádné, nad těmi, kteří zastávají opačné stanovisko. Konkrétně nejmenší potíže jsou podle českých občanů z hlediska dostupnosti zdravotní péče (71 % „malé“ nebo „žádné“ problémy) a vztahu mezi lékaři a pacienty (69 %). Téměř dvě třetiny (64 %) dotázaných soudí, že bez větších problémů je i kvalita zdravotní péče. Více než polovina lidí (52 %) pak míní, že závažné problémy nejsou ani v případě objemu služeb poskytovaných veřejným zdravotnictvím.

Graf č. 4 : Problematické oblasti zdravotnictví – 2009



(zdroj: CVVM, 2009)

Jak ukazuje časové srovnání (Tab. č. 2) oproti roku 2008 se zlepšilo vnímání kvality zdravotní péče, její dostupnosti a objemu služeb poskytovaných veřejným zdravotnictvím. Naopak nepatrný nárůst problému z pohledu veřejnosti byl zaznamenán v případě hospodaření v oblasti léků, i když tato oblast i nadále zůstává být viděna v lepším světle, než tomu bylo v letech 2006 a 2007.¹²

Tab. č. 2: Problémy ve zdravotnictví – časové srovnání 2006 - 2009

Problémy ve zdravotnictví (v %)

	2006	2007	2008	2009
Financování veřejného zdravotnictví	77/12	80/10	74/16	73/19
Fungování pojišťoven	58/22	56/23	47/33	47/36
Hospodaření v oblasti léků	63/22	61/21	49/34	53/33
Objem služeb poskyt. veř. zdravotnictvím	37/44	38/44	39/44	33/52
Dostupnost zdravotní péče	30/66	34/63	33/65	26/71
Kvalita zdravotní péče	36/58	30/65	38/58	31/64
Vztah mezi lékaři a pacienty	23/70	27/69	26/70	26/69

(zdroj: CVVM, 2009)

¹² CVVM – Česká veřejnost o zdravotnictví, 2009

Problematickým oblastem zdravotnictví ve veřejném mínění se věnoval i Pracovní tým Kulatého stolu k budoucnosti financování zdravotnictví v České republice. K tomu účelu byla vydána publikace „Přehled veřejného mínění ke zdraví a zdravotnictví.“ Z této publikace rovněž vyplývá, že česká veřejnost hodnotí financování zdravotnictví jako problematické. Podle agentury Inres – Sones z roku 2004 se občané ČR domnívají, že nejproblematictější oblastí českého zdravotnictví je právě financování (73 %). Poněkud menší problémy se vyskytují, dle výsledků výzkumu, v oblasti řízení zdravotnictví (48 %), v oblasti cen léků a zdravotnických materiálů (47 %) a také u zdravotních pojišťoven (45 %). Naopak pozitivně je hodnocena úroveň lékařské péče a přístup lékařů a ostatního personálu k pacientům.

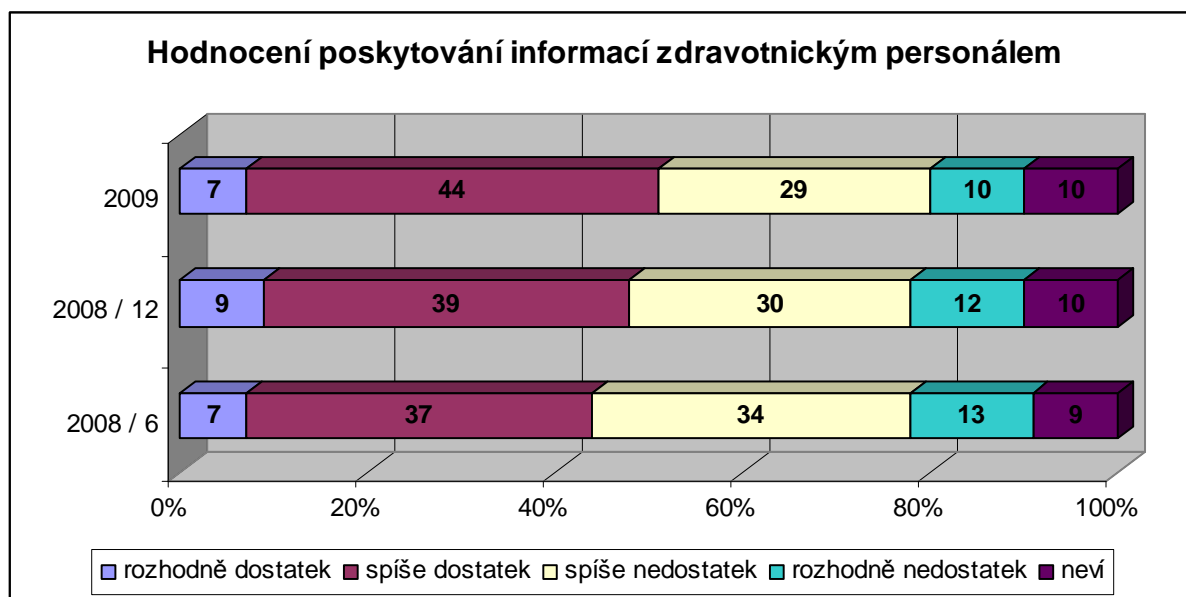
Vývoj názorů veřejnosti na příčiny problémů (respektive růst nákladů na zdravotnictví) ve financování zdravotnictví zjišťoval například výzkum provedený opět agenturou Inres – Sones v letech 2000-2004. Za hlavní příčinu je nejčastěji označováno špatné hospodaření pojišťoven. Tato kategorie, s výjimkou roku 2003 kdy ji zhruba o 1 % předběhly „nedostatky v systému řízení zdravotnictví (50,7 %), dosahuje vždy nadpoloviční počet hlasů. Nejvíce pak počet odpovědí dosáhla kategorie špatného hospodaření pojišťoven v roce 2000 a to 59,6 %, v roce 2004 se pak snížila na 51,7 % (ale se stálostí preference mezi ostatními odpověďmi).

Ze srovnání výzkumů agentury Inres –Sones a sociologických výzkumů CVVM SoÚ AV ČR vyplývá, že u obou byla oblast financování veřejného zdravotnictví označena za nejproblematictější. Oblastí s nejmenšími problémy je podle respondentů vztah mezi lékaři a pacienty. [Pracovní tým Kulatého stolu k budoucnosti financování zdravotnictví 2008a:3-5]

3.3.5. Poskytování informací

Zásadními otázkami v diskusi o současném systému zdravotnictví a zdraví obyvatelstva jsou informovanost a angažovanost pacientu v záležitostech vlastního zdravotního stavu a podíl na léčbě svých onemocnění. CVVM sledoval v letech 2008 (červen a prosinec) a 2009 názory občanů o poskytování informací ve zdravotnickém zařízení. Co se týče informovanosti, mírně převažuje názor, že lékaři a zdravotnický personál poskytují nemocným dostatek informací o zdravotním stavu a možnostech léčby – myslí si to přibližně polovina občanů. Přesvědčení však není příliš silné, rozhodnou variantu odpovědi volí pouze 7 % dotázaných. Zhruba dvě pětiny lidí jsou opačného názoru tedy, že lékaři a ostatní personál informují nedostatečně, a desetina populace se k této otázce nedokáže vyjádřit. Podíl lidí, kteří si myslí, že pacientům je k dispozici dostatek informací od personálu zdravotnických zařízení, se za půldruhého roku mírně zvýšil (o 7 %).

Graf č. 5 : Hodnocení dostatku/nedostatku informací poskytovaných nemocným o jejich zdravotním stavu a možnostech léčby ze strany lékařů a zdravotnického personálu



(zdroj: CVVM, 2009)

Při posuzování dostatku či nedostatku informací od zdravotnického personálu se největší odlišnosti projevily z hlediska životní úrovně a zdravotního stavu. Lidé s dobrou životní úrovní si mnohem častěji než ostatní (ani dobrá, ani špatná a špatná životní úroveň) myslí, že informací je k dispozici dostatek, naopak občané označující svou životní úroveň jako špatnou se ve větší míře přiklánějí k tomu, že informování o zdravotním stavu a možnostech léčby ze strany lékařů je nedostatečné. Podobně obyvatelé považující svůj zdravotní stav za dobrý si myslí, že údajů je poskytováno dostatečné množství, ti, kteří vidí svůj zdravotní stav jako špatný, soudí, že nikoliv.¹³

3.3.6. Regulační poplatky

Bouřlivé a protichůdné názory ohledně zavedení a účinnosti regulačních poplatků mapoval v roce 2008 a 2009 CVVM a společnost STEM v lednu roku 2008 (tedy přímo v době vstupu platnosti regulačních poplatků).

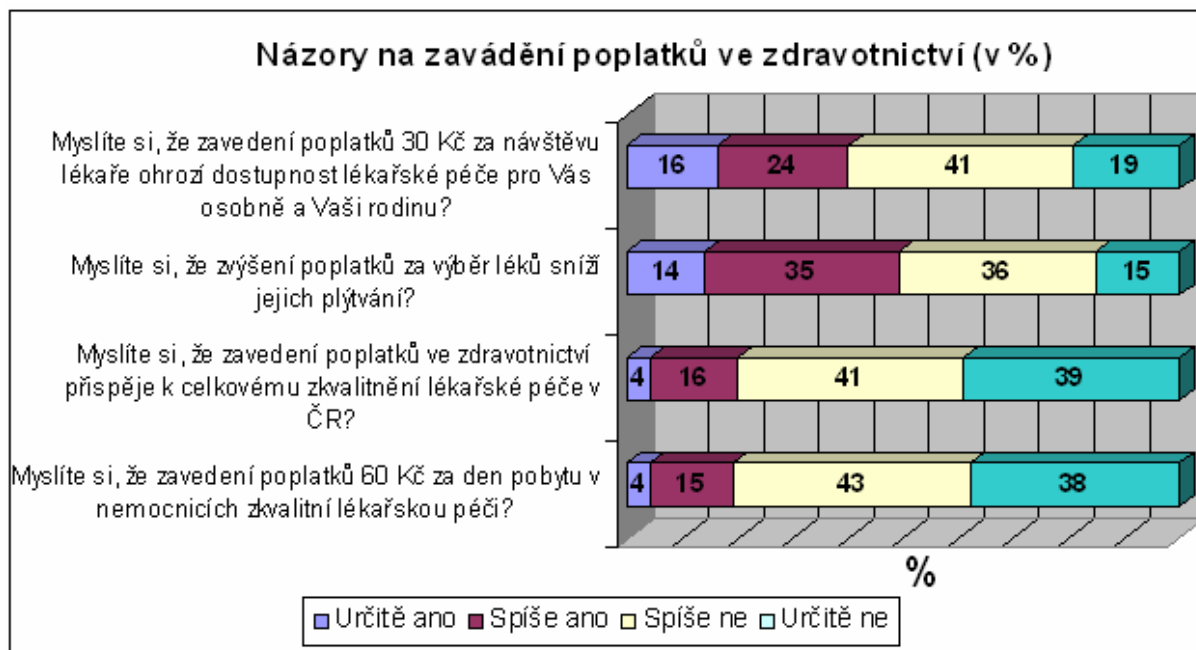
Výzkum společnosti STEM byl zaměřen na význam a úlohu zavedení poplatků ve zdravotnictví a také na možný očekávaný vývoj regulačních poplatků v budoucnu. Zavedení poplatků za pobyt v nemocnici ani celkové zvýšení poplatků ve zdravotnictví podle mínění velké většiny lidí (zhruba 80 %) ke zlepšení lékařské péče nepovede. Je logické, že žádné zavedení plateb, které dosud neexistovaly, není přijímáno příznivě, ale zdá se, že lidé nevěří

¹³ CVVM – Názory občanů na zdravotní péči, 2009

tomu, že takto získané prostředky budou efektivně využity ve prospěch pacientů nebo obecně lidí, kteří lékařskou pomoc potřebují. Zavedení poplatků je negativně vnímáno napříč celou populací, rozdíly mezi různými sociodemografickými skupinami podle vzdělání, věku nebo sociálního postavení, jsou jen malé. K poplatkům se staví negativně i jinak velmi optimisticky naladěné skupiny populace, jako jsou mladí lidé, podnikatelé, ba dokonce i lidé s dobrým materiálním zajištěním. Zavedení třicetikorunové platby při návštěvě lékaře je přijímáno s nejistotou. Obavy, že omezí dostupnost lékařské péče, však má pouze 40 % respondentů, zhruba stejný podíl lidí se „spíše domnívá“, že k tomu nedojde, a pětina lidí takovou možnost vylučuje. Častěji se obávají zhoršení dostupnosti zdravotní péče pochopitelně ti, kteří jsou špatně finančně zajištěni, a ti, jejichž zdravotní stav je zhoršený a předpokládají, že péči budou častěji potřebovat.

Pouze 1/5 lidí věří, že poplatky ve zdravotnictví přispějí k celkovému zkvalitnění zdravotní péče u nás. Stejně negativně hodnotí lidé i zavedení poplatků za pobyt v nemocnicích a 2/5 lidí se obávají, že zavedení poplatků za návštěvu lékaře ohrozí dostupnost zdravotní péče. Větší šanci dává veřejnost reformě v tom, že se podaří omezit plýtvání léky. S tím po zvýšení poplatků za výběr léků počítá zhruba polovina lidí.¹⁴

Graf č. 6 : Názory na zavádění poplatků ve zdravotnictví

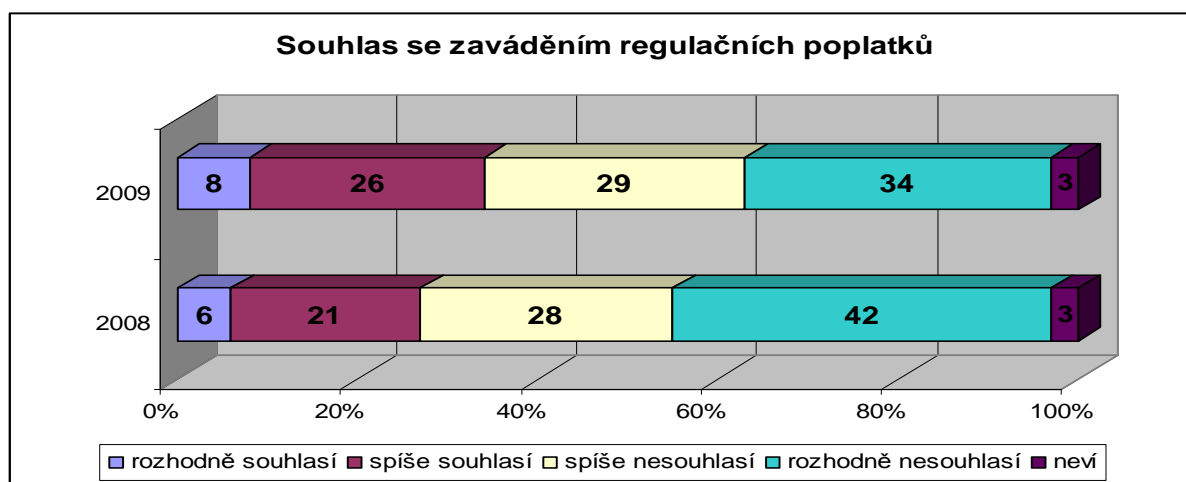


(zdroj: STEM, 2008)

¹⁴ STEM – Poplatky ve zdravotnictví, 2008

Výzkum CVVM položil svým respondentům v roce 2008 a poté v roce 2009 obecnou otázku, která směřovala k souhlasu či nesouhlasu se zavedením poplatku. Nesouhlas s tímto krokem vyjádřily téměř dvě třetiny (63 % v roce 2009) obyvatel České republiky, souhlas přibližně třetina (34 %). Ve srovnání s předešlým měřením v prosinci 2008 se odpor vůči poplatkům trochu zmínil. Podíl souhlasících mírně narostl (o 7 %) a zmenšil se podíl těch, kteří vyjádřili rozhodný nesouhlas (o 8 %). Co se týče příznivců jednotlivých politických stran, s poplatky ve zdravotnictví o něco častěji souhlasí sympatizanti ODS a TOP 09, nesouhlasí potenciální voliči ČSSD a KSČM.

Graf č. 7 : Souhlas se zavedením regulačních poplatků



(zdroj: CVVM, 2009)

Vedle obecného souhlasu či nesouhlasu s poplatky ve zdravotnictví byl zjišťován rovněž výzkumem CVVM názor občanů na různá tvrzení objevující se ve veřejné diskusi - v médiích nebo vyhlášeních politiků - v souvislosti s těmito poplatky, a to tak, že souhlasili nebo nesouhlasili s předloženými výroky. Na základě výsledku výzkumu lze říci, že obyvatelé České republiky ve velké míře vnímají poplatky jako finanční zátěž. V téměř tříčtvrtinové většině se domnívají, že poplatky ve zdravotnictví jsou neúměrnou finanční zátěží pro sociálně slabé občany. Menší, avšak stále podstatný podíl (40 %) se domnívá, že jsou vůbec neúměrnou finanční zátěží pro všechny obyvatele. Zhruba 2/5 občanů slyší na argumenty ohledně regulačního účinku zdravotnických poplatků. Více než 2/5 (44 %) lidí starších 15 let si myslí, že poplatky jsou účinné při zamezování nadužívání zdravotnické péče a podobný podíl (41 %) se rovněž domnívá, že zmenšují plýtvání léky. Již méně lidí souhlasí s výrokem odkazujícím na souvislost poplatku s kvalitou péče. O tom, že by lékaři mohli věnovat více času opravdu nemocným pacientům, je přesvědčena zhruba čtvrtina občanů.

Uvedené postoje české veřejnosti se od roku 2008 v roce 2009 v podstatě nezměnily, pouze se o něco zmenšil podíl těch, kteří se domnívají, že poplatky ve zdravotnictví jsou neúměrnou finanční zátěží pro sociálně slabé občany. I tak však tento podíl zůstává vysoký.¹⁵

Tab. č. 3: Názory občanů na poplatky ve zdravotnictví v roce 2008 a 2009

	2008	2009
	souhlas/nesouhlas	souhlas/nesouhlas
Poplatky ve zdravotnictví jsou neúměrnou finanční zátěží pro sociálně slabé občany.	77/20	71/26
Poplatky u lékaře účinně zamezují zbytečným návštěvám lékařů.	44/50	44/51
Poplatky v lékárnách zmenšují plýtvání léky.	42/50	41/51
Poplatky ve zdravotnictví jsou neúměrnou finanční zátěží pro všechny občany.	44/53	40/56
Po zavedení poplatků mají lékaři více času na opravdu nemocné.	25/63	27/62

Pozn.: Dopočet do 100 % tvoří odpovědi *nevím*.

(Zdroj: CVVM, 2009)

3.3.7. Spokojenost se zdravotním systémem ČR

V rámci výzkumů CVVM v letech 2002 – 2009 se vyjadřovali občané ke spokojenosti se zdravotním systémem České republiky.

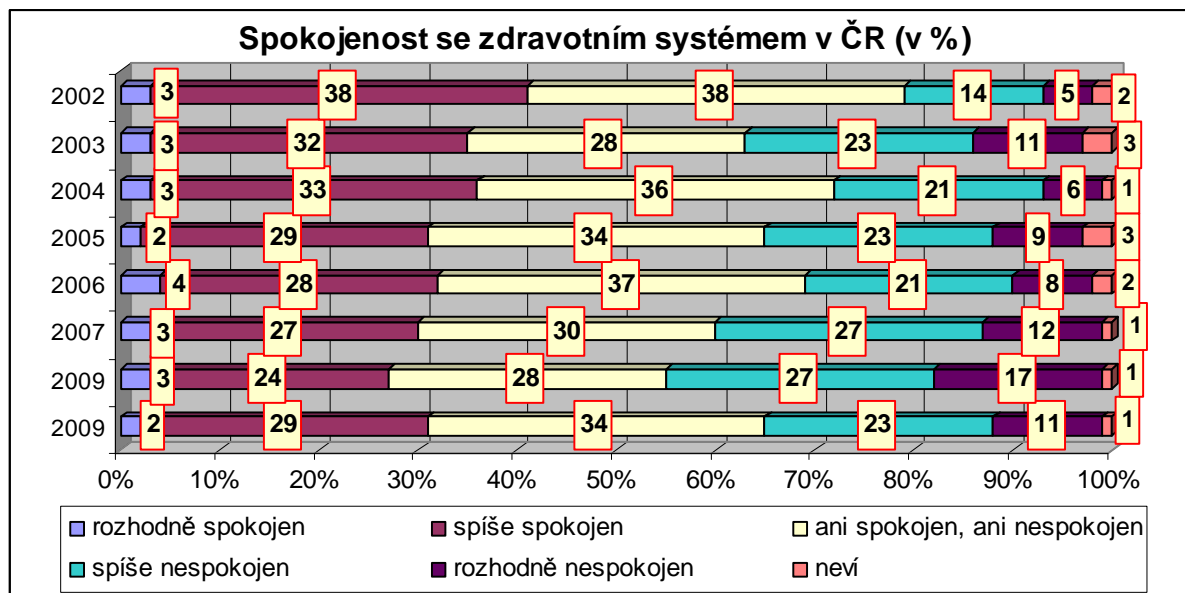
Výsledky za rok 2009 ukazují podíly spokojených (31 %) a nespokojených (34 %) se zdravotním systémem v České republice a jsou tedy téměř vyrovnané. Nespokojenost, která se vyskytovala jen nepatrně častěji, je ale deklarována poněkud silněji než spokojenost, když 11 % dotázaných uvedlo, že je se zdravotním systémem „rozhodně nespokojeno“, zatímco „rozhodně spokojena“ byla jen 2 % respondentu. V porovnání s rokem 2008 výrazně ubylo v roce 2009 nespokojených (o 10 %) a naopak přibylo „spíše spokojených“ (o 5 %) a „ani spokojených, ani nespokojených“ (o 6 %). Určitý nárůst nespokojenosti z předchozích dvou let se tak přerušil a hodnocení zdravotního systému se naopak zřetelně zlepšilo, i když zůstalo stále trochu horší, než bylo v roce 2006 a dříve. Nespokojenost se zdravotním systémem deklarují častěji lidé šedesátiletí a starší, dotázaní se špatnou životní úrovní, voliči KSČM a ti, kteří svůj vlastní zdravotní stav hodnotí jako špatný. Spokojenost ve zvýšené míře vyjadřovali stoupenci ODS a respondenti s dobrou životní úrovní nebo dobrým zdravotním stavem.¹⁶

¹⁵ CVVM – Názory občanů na zdravotní péči, 2009

¹⁶ CVVM – Česká veřejnost o zdravotnictví, 2009

Podle tohoto průzkumu, byli lidé nejspokojenější se zdravotním systémem v roce 2002 (41 % spokojených) a nejméně spokojených, celých 44%, pak bylo v roce 2008. Je pravděpodobné, že na nespokojenost v roce 2008 měl vliv především zavedení regulačních poplatků.

Graf č. 8 : Spokojenost se zdravotním systémem 2002-2009



(zdroj: CVVM, 2009)

Stav zdravotnictví hodnotili respondenti také v rámci průzkumu veřejného mínění provedeného Lékařským informačním centrem a společností Inres-Sones. Respondenti v tomto průzkumu nevyjadřovali spokojenost, ale hodnotili míru problémů ve zdravotnictví.

Ze srovnání výsledků v letech 1995-2004 vyplývá, že v roce 2006 se snížil podíl těch občanů, kteří se domnívají, že hrozí zhroucení celého systému zdravotnictví. Posuzováno v horizontu uplynulých deseti let se míra kritičnosti podobá stavu, zaznamenanému v roce 2002. Nejvíce kritická byla veřejnost ČR vůči zdravotnictví v roce 1997 a v roce 2003. Nejméně pozitivní hodnocení získalo zdravotnictví právě v roce 1997, kdy téměř 28 % respondentů tvrdilo, že zdravotnictví hrozí zhroucením. [INRES-SONES 2006: 13-14]

Rovněž výzkum IZPE, provedený v roce 2005, obsahoval otázku hodnotící názor populace na systém českého zdravotnictví. Tato otázka byla zaměřena na potencionální reformu systému. Výsledky ukazují, že více než polovina respondentů se domnívá, že české zdravotnictví je přinejmenším nutné významně reformovat (nezanedbatelná část populace – 15 %- tvrdí, že je třeba zcela změnit. [Pracovní tým Kulatého stolu k budoucnosti financování českého zdravotnictví 2008b: 247]

3.3.8. Životní styl – dělají občané něco pro své zdraví?

V rámci výzkumu z roku 2002 pořádaného CVVM pod názvem „Občané a zdraví“ můžeme sledovat vývoj postojů občanů k preventivnímu působení na vlastní zdraví. Tedy, zda občané vyvíjejí nějaké aktivity v rámci podpory svého zdraví.

Tab. č. 4: *Dělají občané něco pro své zdraví?*

Děláte něco pro své zdraví? (v %)

	IV/95	IV/ 96	IV/ 99	IV/ 00	IV/ 01	XI/02
ano, pravidelně	32	25	30	30	31	33
ano, občas	51	54	51	53	50	49
vůbec ne	17	21	19	17	19	18

Velikost náhodné statistické chyby je +- 3 procentní body.

(zdroj: CVVM, 2002)

S výjimkou roku 1996 stále asi třetina respondentů dle vlastních výpovědí dbá o své zdraví pravidelně, asi polovina občas a téměř pětina vůbec. I v případě péče o zdraví se uplatňuje vliv věku, životní úrovně a vzdělání. Nejmladší věkové skupiny, lidé s nejvyššími stupni vzdělání a s dobrou životní úrovní se více snaží pečovat o zdraví pravidelně. Významnější rozdíly mezi muži a ženami se na tomto místě nepotvrdily.

Tab. č. 5: *Intervence vyvíjené ve prospěch vlastního zdraví*

Co děláte pro své zdraví? (v %)

Sportuje, cvičí, běhá...	32
Pobývá v přírodě, chodí na procházky	14
Dbá na správnou výživu	18
Nekouří	8
Dbá na správnou životosprávu	6
Odpočívá, aktivně odpočívá, relaxuje	6
Chodí pravidelně k lékaři	4
Užívá vitamíny, potravinové doplňky	4
Jiná odpověď (např. obrací se na alternativní medicínu, pije bylinné čaje, nepije alkohol)	8
	100 %

(zdroj: CVVM, 2002)

Dotázaní, kteří potvrdili, že pro své zdraví pravidelně nebo občas něco dělají, dále upřesňovali prostřednictvím otevřené otázky, jakými způsoby tak činí. Ukazuje se, že nejrozšířenější jsou sportovní aktivity (32 %). Ty uvádí zejména mladá generace a muži. Oblíbené jsou dále pobyty v přírodě, procházky a výlety, o nichž jako o prostředku upevnění

svého zdraví hovoří 14 % respondentů. Asi pětina (18 %) dbá na správnou výživu a 6 % na správnou životosprávu obecně; takto se orientují častěji ženy. Zhruba každý desátý (8 %) zdůraznil, že nekouří, resp. že přestal kouřit. Část (6 %) se snaží odpočívat, a to i aktivně, fyzickou prací. Dalších asi 10 %, zejména lidé staršího věku, se orientuje na pasivnější formy péče o zdraví, jako jsou pravidelné návštěvy lékaře, preventivní prohlídky, užívání vitamínů či léků a podobně.¹⁷

Z výsledků sociologického výzkumu z roku 2006 nazvaného „Postavení soukromých nemocnic“ realizovaného agenturou STEM u občanů starších 18 let a o celkovém vzorku 1716 respondentů vyplývá následující tvrzení o množství pozornosti věnovaného občany svému zdraví: Hodně pozornosti nebo poměrně dost pozornosti věnuje celkem 63 % respondentů (zvýšil se tak podíl pozornosti na zdraví o celých 9 % v porovnání s květnovým šetřením roku 2005). Z výzkumu vyplývá, že větší pozornost věnují svému zdraví častěji vysokoškoláci než lidé s nižším vzděláním (70 % vysokoškoláků a 60 – 63 % osob s nižším vzděláním) a také spíše lidé dobře materiálně zajištění než jedinci s nižším materiálním standardem (73 % velmi dobře nebo solidně zabezpečených, 60 – 62% průměrně nebo špatně zajištěných). Nejde o nijak zásadní odchylky, nicméně ukazují, že pozornost věnovaná zdraví nesouvisí jenom s nemocemi a nutností je léčit, ale také s potřebou udržet si dobrou kondici a moci žít kvalitní život, prosadit se v zaměstnání, být úspěšný atd. Stoupenci tohoto postoje ke zdraví častěji deklarují zdravý způsob života a rekrutují se především z řad lidí s vysokoškolským vzděláním a dobrým materiálním standardem. Nárůst tohoto způsobu nahlížení na význam zdraví má také velký podíl na tom, že pozornost věnovaná zdraví celkově posiluje.¹⁸

3.3.9. Modely financování zdravotní péče a návrhy spoluúčasti

V březnu 2006 CVVM uskutečnilo výzkumné šetření, kde se zabývali názory občanů na optimální financování zdravotní péče a zároveň měli prezentovat možnost konkrétní spoluúčasti na financování zdravotnictví.

Za možný prostředek pro dosažení vyrovnanějšího hospodaření považuje více než polovina dotázaných možnost zvýšení plateb ze státního rozpočtu i za cenu zvýšení jiných daní, proti je necelá 1/3. Třetina respondentů, zejména s dobrou životní úrovní, by souhlasila se zvýšením zdravotního pojištění, to ovšem více než polovina odmítá. K možnosti vyšší přímé účasti pacientů se negativně vyjádřily více než 2/3 respondentů, s jejím zavedením by souhlasila jen

¹⁷ CVVM – Občané a zdraví, 2002

¹⁸ STEM – Postavení soukromých nemocnic, 2006

1/5, v níž převažovali lidé s vyšším vzděláním a dobrou životní úrovní. Cestu k vyrovnanému hospodaření skrze omezení zdravotní péče hrazené dosud pojišťovny odmítlo celých 80% respondentů (více než polovina rozhodně), přičemž mezi 10% souhlasu převažovali lidé s dobrou životní úrovní.

Téměř všechny návrhy finanční spoluúčasti se setkaly s více než nadpolovičním nesouhlasem. Svůj nesouhlas lidé nejsilněji vyjadřují vůči možnosti více připlácet za léky v závislosti na jejich ceně a u placení za odvoz sanitkou (téměř 2/5 rozhodně proti). Kolem poloviny respondentů dále nesouhlasí s připlácením na pobyt v nemocnici a s placením za návštěvu u specialisty, oproti tomu pouze 2/5 s těmito návrhy souhlasí. Pouze u placení jednotného poplatku za recept byli příznivci a odpůrci prakticky 50 na 50. Vliv věku respondenta se projevil pouze u návrhu připlácení za léky a placení odvozu sanitkou, kde se v porovnání ostatními věkovými skupinami setkal s nesouhlasem lidí starších 60 let.

Tab. č. 6: Modely financování zdravotní péče

	Modely financování zdravotní péče (%)					Celkem
	rozhodně souhlasí	spíše souhlasí	spíše nesouhlasí	rozhodně nesouhlasí	neví, nemá názor	
Omezení zdravotní péče	1,6	8,9	33,9	45,3	10,3	100
Vyšší přímá spoluúčast pacientů	3,2	20,1	38,1	31,8	6,8	100
Zvýšení zdravotního pojištění	4,6	29,9	37,3	16,6	11,6	100
Zvýšení plateb ze státního rozpočtu	9,1	43,9	23,0	8,4	15,6	100

(zdroj: CVVM, 2006)

Za možný prostředek pro dosažení vyrovnanějšího hospodaření považuje více než polovina dotázaných možnost zvýšení plateb ze státního rozpočtu i za cenu zvýšení daní. Téměř všechny návrhy finanční spoluúčasti se setkávají s více než nadpolovičním nesouhlasem, pouze u placení jednotného poplatku za recept jsou příznivci a odpůrci prakticky 50 na 50. Nesouhlas s jakoukoli metodou spoluúčasti se zvyšuje u lidí na 60 let a se špatnou životní úrovní. Výrazně odmítla většina (80 %) respondentů omezení zdravotní péče, jako způsob k vyrovnaní hospodaření. Zkušenost říká, že lidé jsou v zásadě proti jakémukoliv zvýšení svých výdajů (a tedy proti poplatkům) a to i přesto, že se efekt takového opatření později ukáže jako správný

¹⁹

¹⁹ CVVM – Reforma zdravotnictví: Názory veřejnosti na problémy zdravotnictví a jeho financování, 2006

Tab. č. 7: Konkrétní návrhy finanční spoluúčasti

Konkrétní návrhy finanční spoluúčasti (%)						
	rozhodně souhlasí	spíše souhlasí	spíše nesouhlasí	rozhodně nesouhlasí	neví, nemá názor	Celkem
Více připlácet za léky	2,1	15,1	40,8	38,8	3,1	100
Platit za odvoz sanitkou	4,6	18,1	33,9	37,7	5,7	100
V nemocnici připlácet za pobyt	9,5	30,4	28,3	26,8	4,9	100
Platit za návštěvu specialisty	9,5	31,4	28,5	22,0	8,6	100
Platit poplatek za recept	10,3	34,5	25,7	22,7	6,9	100

(zdroj: CVVM, 2006)

3.3.10. Srovnání oblastí zdravotních a sociálních služeb dnes a před listopadem 1989

CVVM v rámci srovnání vybraných oblastí před listopadem 1989 a po sleduje pravidelně i názory na oblasti, týkající se péče o zdraví a sociální zabezpečení. Situaci mapovalo v roce 1998, 2002, 2006 a z roku 2009 existuje prozatím závěrečné časové srovnání těchto oblastí. Zaměřím se na oblasti péče o zdraví, pocit bezpečí, pocit sociálních jistot a zabezpečení ve stáří.

Péče o zdraví: Názor, že je péče o zdraví dnes lepší se ve všech letech výrazně zvyšuje směrem ke kladné odpovědi. Tedy v roce 1998 17 % vyjádřilo, že je dnešní systém zdravotnictví lepší, v roce 2002 24 %, rok, 2006 32 % a rok 2009 36 %. Vyjádření, že byl systém zdravotnictví horší před listopadem 1989 klesá v opačném sledu. Nejvýše dosáhlo horšího hodnocení v roce 1998 (46 %) a postupně klesal až do roku 2009 (na 32%).

Pocit bezpečí: zaznamenává v lepším hodnocení dnešního stavu u respondentů od roku 1998 také vzestup z 9 % (rok 1998), se dostal až na 24 % (2009). Pokles hodnocení situace jako horší je od roku 1998 (kdy situaci jako horší po roce 1989 hodnotilo 72 % dotázaných) zhruba 20 % (v roce 2009 ji jako horší hodnotilo 49 %).

Pocit sociálních jistot: Obdobně jako u předchozích oblastí tomu bylo i ve vývoji pocitu sociálních jistot. Jako lepší po roce 1989 ji v roce 1998 hodnotilo 10 %, rok 2002 14 %, rok 2006 12 % a rok 2009 16 %. Horší hodnocení současného stavu, v porovnání se stavem před rokem 1989 klesalo ve stejném trendu. Z počátečních 74 % (1998) na 63 % (2009). Občané výrazně vnímají, že lepší sociální jistoty byly před rokem 1989.

Zabezpečení ve stáří: Mírněji stoupá i pocit lepšího současného zabezpečení ve stáří. Od roku 1998 (11 %) do roku 2009 (15 %) stoupl jen o 4 %. Jako současně nejhorší vnímali občané tuto problematiku v roce 1998 (celých 61 %), v následujících letech se drží průměrně kolem 55%.

Všechny výše uvedené oblasti mají ve výsledku postupnou stoupající tendenci k růstu lepšího hodnocení současné situace, než před rokem 1989. Pocit bezpečí, sociálních jistot a zabezpečení ve stáří stoupají nejpomaleji a jsou vnímány občany dnes jako nejhorší, ve srovnání s předchozím politickým uspořádáním. K pozitivnímu trendu byl převrat hodnocení péče o zdraví v roce 2006 (o 3 %) a 2009 (o 4 %), kdy se překlenulo pozitivní hodnocení péče o zdraví minulého režimu jako současně lepší.

Z hlediska základních sociodemografických charakteristik se v hodnocení jednotlivých oblastí projevuje tendence mladších lidí ve věku od 35 do 45 let ve větší míře odpovídat, že dnešní situace je u nich lepší, u obyvatel starších 60 let pozitivní nazírání nalezneme méně často. Podobně lidé s vyšší formálním vzděláním, zejména vysokoškolským, hodnotí situaci v daných oblastech v dnešní, polistopadové době jako lepší než lidé s nižším vzděláním. Z hlediska politických postojů jsou to především příznivci KSČM, kteří v mnohem menší míře vidí svůj dnešní život ve vybraných oblastech jako lepší a kloní se spíše k negativním variantám odpovědí.²⁰ viz *Příloha 2.C: Srovnání dnešního života a života před listopadem 1989 v různých oblastech – časové srovnání od roku 1998 – 2009*

3.3.11. Hodnotová orientace obyvatel ČR

V roce 2004 CVVM analogickým způsobem zjišťovala pořadí některých hodnot z pohledu dotázaných: Z hlediska celkového průměru jednotlivých hodnot se na prvním místě objevila pravda, za níž následovala svoboda jednotlivce. Obě tyto hodnoty prakticky shodně zařadila více než čtvrtina dotázaných na nejvyšší příčku, ovšem v případě svobody jednotlivce více než třetina respondentů (35,3 %) tuto hodnotu zařadila na páté až osmé místo, zatímco u pravdy to bylo jen 24 %. Analýza ukázala, že svobodu jednotlivce silněji akcentují lidé, kteří sami sebe řadí do pravé části politického spektra, respondenti s dobrou životní úrovní, mladí ve věku 15 až 19 let a v menší míře i 20 až 29 let, studenti a muži. Na třetím a čtvrtém místě s nevelkým odstupem mezi sebou skončila humanita a vzájemná odpovědnost. Vzájemnou odpovědnost přitom řadili výše lidé, kteří životní úroveň své domácnosti hodnotí jako „dobrou“ (průměr 4,07) nebo „ani dobrou, ani špatnou“ (4,39), než ti se špatnou životní úrovní (4,94). Poněkud silněji vzájemnou odpovědnost zdůrazňovali i absolventi vysokých škol (4,05) nebo středních škol s maturitou (4,12). Jiné statisticky významné sociodemografické diference analýza u těchto dvou položek neodhalila. Na pátém až sedmém místě se opět s poměrně nevýraznými rozdíly umístily rovnost mezi lidmi, spravedlnost sociálních rozdílů a solidarita s potřebnými.

²⁰ CVVM – Srovnání dnešního života a života před listopadem 1989, 2009

Všechny uvedené hodnoty měly relativně vyšší prioritu mezi respondenty, kteří se hlásí k levici. Spravedlnost sociálních rozdílů a rovnost mezi lidmi pak relativně výše kladli lidé se špatnou životní úrovní. Na posledním, osmém místě skončilo s trochu výraznějším odstupem vlastenectví. Zde se žádné významné sociodemografické diference neobjevily.²¹

Tab. č. 8: Pořadí hodnot podle důležitosti pro respondenta

Pořadí hodnot podle důležitosti pro respondenta (%)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	neví	průměr
solidarita s potřebnými	4,4	7,4	12,8	14,0	13,7	16,9	16,2	11,0	3,6	5,03
vlastenectví	3,3	5,9	8,2	10,0	12,2	16,2	15,7	24,6	3,9	5,66
humanita (lidskost)	11,5	15,1	14,2	12,0	12,3	14,1	10,9	7,2	2,7	4,24
pravda	26,8	18,4	15,5	13,2	10,1	6,5	5,2	2,2	2,1	3,13
spravedlnost soc. rozdílů	9,6	8,0	11,0	11,6	15,2	11,2	15,5	14,2	3,7	4,89
svoboda jednotlivce	27,0	13,7	10,2	11,3	7,6	10,7	9,3	7,7	2,5	3,68
rovnost mezi lidmi	7,2	16,1	11,4	12,0	10,6	10,6	11,2	17,0	3,9	4,71
vzájemná odpovědnost	9,5	13,8	14,5	12,9	14,7	9,7	11,1	10,8	3,0	4,41

(zdroj: CVVM, 2004)

CVVM provedlo také časové srovnání hodnotových preferencí občanů ČR ve výzkumech z roku 1990 -2008, kde mapovalo důležitost v pořadí hodnot svých respondentů a z výsledků závěrečných hodnocení v roce 2008 vyplynulo následujících :

V dlouhodobém měřítku vyplývá, že řada zkoumaných položek, zejména těch, které z hlediska hodnocení důležitosti stojí nahoře, vykazuje vysokou stabilitu, zatímco u některých jiných docházelo v průběhu času k poměrně výrazným změnám. Zajímavým vývojem prošly např. pracovní hodnoty, u kterých byl v průběhu 90. let minulého století patrný určitý ústup, který se však na jejich konci, patrně pod vlivem narůstající nezaměstnanosti, jež mohla hodnotu a důležitost práce v očích lidí zvýšit, obrátil v opačný trend a v současnosti jsou položky spojené s prací hodnoceny vesměs jako důležitější, než tomu bylo před cca 15 lety. Obdobný vývojový trend se objevuje i v případě položky „pomáhat těm, kdo pomoc potřebují“ reprezentující altruistické solidární hodnoty. Průběžný nárůst pak můžeme pozorovat u některých hédonisticky orientovaných hodnot, jako „žít příjemně, užívat si“, „mít čas hlavně na své koníčky a zájmy“ či „žít zajímavý, vzrušující život“. Oproti 90. letům jako důležitější je vnímána i možnost „aktivně se podílet na ochraně přírody“, byť v tomto případě vidíme od roku 2004 zřetelný pokles. Značnými výkyvy pak procházejí některé nízko postavené hodnoty a především pak možnost „prosazovat politiku své strany“, která odráží nepříliš velký zájem

²¹ CVVM – Hodnotové orientace české veřejnosti, 2004

o politiku ze strany české veřejnosti a do níž se zřejmě promítá i míra znechucení z momentální politické situace.²² viz Příloha 2.D: *Důležitost různých hodnot 1990-2008*

3.3.12. Zdroje informací ovlivňující postoje a názory lidí

Úvodní otázka CVVM z šetření věnovaného výročí sametové revoluce zjišťovala, odkud dotázaní čerpají své informace o roce 1989. Drtivá většina veřejnosti (86 %) je o situaci před dvaceti lety informována z médií (televize, tisku a rozhlasu). 70 % dotázaných podle vlastních výpovědí čerpá informace z uměleckých děl (z filmu a literatury) a 68 % získává informace z nejbližšího sociálního okolí, tj. z vyprávění. Není bez zajímavosti, že pouze dvě třetiny dotázaných (67 %) připouštějí osobní zkušenost. Zhruba třetina respondentů (34 %) čerpala informace o r. 1989 ve škole.

Tab. č. 9: Informační zdroje

Zdroje informací o událostech v roce 1989 (v %)

	Ano	Ne	Neví
Informace z médií (televize, rozhlasu, tisku)	86	13	1
Informace z filmu a literatury	70	28	2
Informace z vyprávění	68	31	1
Osobní vzpomínky	67	32	1
Informace ze školy	34	64	2

Pozn.: Položky v tabulce jsou seřazeny sestupně, podle velikosti podílu odpovědi „ano“.

(zdroj: CVVM, 2009)

Z hlediska sociodemografických charakteristik respondentů zmiňují osobní vzpomínky častěji důchodci (91 %), ekonomicky aktivní (71 %), vysokoškolsky vzdělaní (76 %), příznivci KSČM (82 %) a ČSSD (80 %) a dotázaní starší 45-ti let (podrobněji viz tabulka 2). Méně často osobní vzpomínky na rok 1989 uváděli přívrženci SZ (37 %), dotázaní se základním vzděláním (50 %), ekonomicky neaktivní (61 %) a studenti (1 %) a přirozeně dotázaní mladší 29 let (14 %). Informace z vyprávění mají častěji dotázaní se subjektivně deklarovanou dobrou životní úrovní (73 %) a studenti (87 %), méně často pak potenciální voliči KSČM (50 %), lidé se špatnou životní úrovní (61 %), důchodci (52 %) a dotázaní starší 45-ti let (54 %). Informace z filmu či literatury nadprůměrně často uváděli vedoucí zaměstnanci (87 %), respondenti s dobrou životní úrovní (78 %), lidé s vysokoškolským vzděláním (80 %), ekonomicky aktivní (75 %) a přívrženci ODS (80 %). Méně často naopak ekonomicky neaktivní (65 %) dotázaní se

²² CVVM – Jaké hodnoty jsou pro nás důležité?, 2008

špatnou životní úroveň (56 %), lidé se základním vzděláním (64 %) a stoupenci KSČM (59 %). Informace ze školy častěji uváděli studenti (90 %), dotázaní s dobrou životní úrovní (41 %), lidé se základním vzděláním (61 %), respondenti mladší třiceti let a příznivci Strany zelených (56 %), méně často pak důchodci (7 %), příznivci KSČM (8 %), dotázaní starší 45-ti let a respondenti se špatnou životní úrovní (22 %). Média jako zdroj informací o r. 1989 častěji zmiňovali respondenti s dobrou životní úrovní (90 %), vysokoškoláci (92 %), ekonomicky aktivní (89 %), vedoucí zaměstnanci (95 %) a příznivci ODS (91 %). Oproti průměru méně často uvádějí mediální informace dotázaní se špatnou životní úrovní (78 %), respondenti se základním vzděláním (80 %), ekonomicky neaktivní (83 %) a potenciální voliči KSČM (77 %).²³

3.3.13. Nerovnost ve zdraví

Dosud realizovaná šetření v oblasti nerovností ve zdraví ukazují, že skutečně existují rozsáhlé a závažné nerovnosti ve zdraví, morbiditě, mortalitě, jakož i v kvalitativních ukazatelích zdraví. Tyto nerovnosti se přitom netýkají, jak by se mohlo na první pohled zdát, pouze rozvojových zemí: vyskytují se prokazatelně v každé evropské zemi, ale i na celém světě včetně nejvyspělejších států. Přes relativně rozsáhlá intervenční opatření však výskyt těchto nerovností nemá sestupnou tendenci, ale šíří se doslova každým dnem (WHO, 1999, 2001).

V našem šetření (Kebza a kol., 2002) na reprezentativních vzorcích české široké i odborné veřejnosti bylo zjištěno na vzorku náhodně vybraných 1508 českých občanů (784 žen, 724 mužů ve věku 15-65 let) jako konzumentů zdravotní péče a vzorku českých lékařů (celkem 1109 respondentů, z toho 566 žen a 543 mužů ve věku 35-70 let) jako poskytovatelů zdravotní péče prostřednictvím anonymního dotazníkového šetření, že jejich stanoviska se ve vztahu k nerovnostem ve zdraví příliš neliší. Přibližně jedna třetina dotazovaných občanů (28,1 %) a lékařů (31,4 %) se shoduje na existenci nerovností ve zdravotním stavu, avšak podstatně vyšší část těchto populačních vzorků téměř jedna polovina občanů (49,5 %) a lékařů (47,3 %) předpokládá existenci nerovností v poskytování zdravotní péče. Dále byla v tomto šetření zjištěna úzká souvislost vnímaným zdravotním stavem a úrovní vzdělání: lepší hodnocení vnímaného zdraví uvádějí osoby s vyšší úrovní vzdělání (tj. středoškoláci s maturitou a vysokoškoláci). S využitím českých národních statistických dat z roku 2001, týkajících se pracovní neschopnosti, příjmu a míry nezaměstnanosti, bylo též v rámci tohoto šetření zjištěno, že v ČR existuje vztah mezi výší příjmu a morbiditou: chudší okresy (data zachycují ještě

²³ CVVM - Pluralita paměti a komunistická minulost: Česká veřejnost a její reflexe roku 1989 a polistopadového vývoje, 2009

dřívější státní uspořádání) vykazují vyšší morbiditu a vyšší nezaměstnanost. Vyšší příjem je naopak spojován s nižší pracovní neschopností. Jedná se pravděpodobně o specifický druh sociálně založené nerovnosti ve vztahu ke zdraví, vycházející z reality vývoje české společnosti. Zdá se tedy, že i v ČR je třeba počítat s výskytem těchto nerovností ve zdraví a po zhodnocení zjištěné reality je možno připojit se k pokusům o jejich účinnou eliminaci, s nimiž jsou k dispozici určité zkušenosti ze zahraničí (Nouvertné, Wessel, Zechert, 2002). [Kebza 2005: 187-197]

4. Význam studie postojů u obyvatel České republiky a formulace vlastních hypotéz

V teoretické části byl popsán dlouhodobý vývoj českého zdravotnictví a jeho odraz na zdraví a zdravotní péči v ČR. Na základě náhledu do těchto historických skutečností, můžeme posuzovat jeho někdejší pozitivní jindy zase negativní vývoj. Protože právě díky zkušenostem z minulosti budujeme, měníme nebo zastáváme určité postoje a na nich posléze stavíme formulace, vedoucí k budoucímu vývoji společnosti. Jedním ze způsobů jak zmapovat úspěšnost nebo naopak neúspěšnost tohoto vývoje, je zaměřit se na názory a postoje obyvatel ČR v průzkumech veřejného mínění.

V takových a jim podobných výzkumech, se tím vlastně jedná o jistý druh sociologického šetření. Veřejné mínění nezkoumá žádné široké procesy nebo podrobné vztahy mezi probíhajícími jevy, ale snaží se zachytit právě ty názory a postoje na které je možné jednoduše a jasně odpovědět. Účelem je získat kvalitní informace od nejrůznějších skupin obyvatel. Za tím účelem jsou dotazníková šetření standardizována a prováděna vždy na reprezentativním vzorku populace. [Pracovní tým Kulatého stolu k budoucnosti financování českého zdravotnictví 2008a:5]

Jedině na principu takto prováděných výzkumů je možné přinést informace ze strany široké veřejnosti až k těm, kteří na základě názorů a ze závěrů hodnotových preferencí, vystaví například onu několikrát zmiňovanou koncepci zdravotní politiky. Hodnoty a hodnotové preference, ať už celé společnosti, státu nebo jen jednotlivce, hrají právě významnou roli při utváření jak veřejné politiky, tak politik (strategií) na institucionálních úrovních a mají v tom případně celkový vliv na život v dané společnosti.

Oblast zdraví a zdravotnictví patří tradičně mezi témata o nichž se lidé domnívají, že je třeba se jim ve výzkumech veřejného mínění věnovat. Ve výčtu témat, kterými by se měly

podle respondentů výzkumy veřejného mínění zabývat převládá politika a zdravotnictví. Zdravotnictví se konkrétně objevuje na druhém místě s preferencí desetiny respondentů.²⁴ Průzkumy veřejného mínění ukazují vysoké postavení zdraví a zdravotnických služeb v hierarchii hodnot společnosti. [Pracovní tým Kulatého stolu k budoucnosti financování českého zdravotnictví 2008a:5]

Přínos výzkumu a sledování vývoje postojů je tedy celospolečenský. Zaměříme-li se na to, jaký význam má pro oblast zdravotnictví, odpověď opět nebude zcela jednoznačná. Zdravotnictví tvoří pouze část jednoho celého, úzce provázaného systému, který působí na život každého jednotlivce. A proto definovat, které postoje ovlivňují pouze zdraví a péči o něj prakticky určit nelze. Pro zdravotníky by se mělo stát přirozeností, pohlížet na člověka jako na bytost, kterou ovlivňují nejen základní biologické potřeby, ale i potřeby vyššího řádu a v neposlední řadě dané sociální prostředí. Základem je tedy vidět pacienta holistickým pohledem. Zdravotníci ho díky takovému pohledu začnou vnímat nikoli jako pouhý objekt, kterému je systematicky poskytována zdravotní péče, ale uvidí ho současně jako konkrétní participující subjekt, jehož aktuální prožívaný stav, zastávaný postoj ke zdraví nebo názory na zdravotní péči se mohou prolnout do průběhu jeho nemoci, či léčby. Pochopit pacientovi hodnoty a preference jeho životních hledisek, je v dnešním konceptu humánního pojetí medicíny základním kamenem. Úkolem zdravotníků je o těchto postojích pacientů vědět a díky jejich znalosti a orientovanosti v nich tak umět pozitivně ovlivnit zdraví jednotlivců i celých skupin. Podle nich zvolit kvalitní, účinnou a přiměřenou zdravotní péči, která povede k ochraně, upevnění a navrácení pacientova zdraví.

Cíl práce:

Cílem mé práce je podat přehled o názorech obyvatel ČR ke zdraví, zdravotní péči a k jednotlivým problematickým oblastem ve zdravotnictví. Sledovat a porovnat vývoj těchto postojů v čase a nakonec zmapovat postoje občanů a odborníků ve zdravotnictví k systému zdravotnictví před listopadem 1989 v porovnání se situací zdravotnictví nyní.

Hypotézy

H 1: Předpokládám, že více než 50 % občanů starších 50 let nesouhlasí se zavedením regulačních poplatků a jako neoptimálnější formu financování zdravotní péče uvádějí, alespoň ve 40 % , financování ze státního rozpočtu prostřednictvím daní.

²⁴ Šamanová G., Veřejnost o průzkumech veřejného mínění, CVVM, 2007

H 2: Předpokládám, že zdravotníci s více než 20 lety praxe ve zdravotnictví, hodnotí ve více než 60 % kladněji dnešní systém zdravotní péče, než-li systém zdravotnictví před rokem 1989.

H 3: Předpokládám, že občané hodnotící svůj zdravotní stav jako dobrý, jsou alespoň v 60 % spokojenější s kvalitou zdravotní péče.

H 4: Předpokládám, že občané jsou alespoň ve 30 % obecně spokojeni se současným zdravotním systémem ČR a občané, kteří udávají nespokojenost pak častěji (alespoň ve 40 %) uvádějí tvrzení, že systém zdravotní péče před rokem 1989 byl lepší.

H 5: Předpokládám, že více než 80 % obyvatel ČR se dnes aktivně podílí na svém zdraví a nejnižší procentuelní zastoupení je pak ve věkové skupině starších 50 let.

5. Metodika výzkumné práce

5.1. Použité metody sběru dat

Teoretická část popisuje zdravotnictví jako ucelený systém. Podává přehled o základních teoretických pojmech z nichž vyplývá vztah ke zvolenému tématu bakalářské práce. Vedle základních pojmů jako je zdraví, nemoc, péče o zdraví či zdravotní stav populace však zároveň informuje o zdravotní politice a zdravotnických systémech, které se uplatňovali v českém zdravotnictví a jako takové ho ovlivnili buď pozitivně nebo negativně a přispěli tak k vývoji až do jeho dnešní doby. Konkrétně tato část mapuje hlavní znaky zdravotnického systému realizovaného v našich podmínkách v letech 1945 – 1989, tedy v období socialistického zdravotnictví. V kontextu těchto poznatků jsou uvedeny informace o současné podobě zdravotnictví, průběhu transformace zdravotnictví, jeho dalším vývoji v čase a hlavních nastalých změnách, vyplývajících ze srovnání těchto dvou, v samotné podstatě se odlišujících, zdravotnických systémů.

Pro svůj výzkum jsem zvolila jak kvalitativní tak kvantitativní metodu výzkumu. V rámci kvantitativního výzkumu byla použita metoda dotazování. Tedy konkrétně technika dotazníku, kdy se jednalo o obsahovou analýzu získaných dat z jednotlivých dotazníkových šetření. Dále byla využita kvalitativní metoda analýzy dat (dokumentů) a to technika sekundární analýzy dat. Studium takových dat a dokumentů je nazýváno klasickou metodou, ve kterých se jedná o analýzu jakýchkoli textů, které však nebyly přímo vytvořeny za účelem našeho výzkumu. Využití sekundární analýzy dat spočívalo ve studiu literárních pramenů, statistických údajů,

elektronických zdrojů, souvisejících výzkumů a průzkumů veřejného mínění úzce se dotýkajících dané problematiky.

Vlastní dotazníkové šetření bylo realizováno v období od 1. listopadu 2010 do 20. prosince 2010. Dotazníky byly distribuovány fyzicky celkovému počtu 100 respondentů. Celkový počet dotazníků byl ještě rozdělen na dvě skupiny respondentů v poměru počtu dotazníků 60:40. Fyzicky byl dotazník distribuován u široké i odborné zdravotnické veřejnosti náhodnému vzorku respondentů ve městech i na vesnicích. Dotazník začínal úvodním slovem, kde byli respondenti informováni a obeznámeni s účelem tohoto dotazníkového šetření a dobrovolnou účastí v něm. Dotazník obsahoval celkem 18 otázek, z toho 3 otázky byly identifikační a týkaly se zjištění pohlaví, věku a dosaženého vzdělání respondentů. Dalších 6 otázek bylo položených stejným způsobem jako otázky z již vybraných, obdobných výzkumných šetření a to z důvodu možnosti srovnání vývoje změn odpovědí respondentů v časovém srovnání s předchozími studii. V dotazníku byly použity otázky jak uzavřené, tak i otevřené a polootevřené s možností individuálního vyjádření respondenta a jedna otázka škálování (seřazení hodnot podle důležitosti pro respondenta). Důraz byl samozřejmě kladen na anonymitu dat, tedy na respektování důvěrného charakteru informací získaných od respondentů. Při vyhodnocování dotazníků a v závěrečné komparaci dosažených výsledků jsem pak pracovala s různými typy grafů (pruhový, sloupcový, prstencový, spojnicový, výsečový, plošný).

5.2. Charakteristika výzkumného souboru

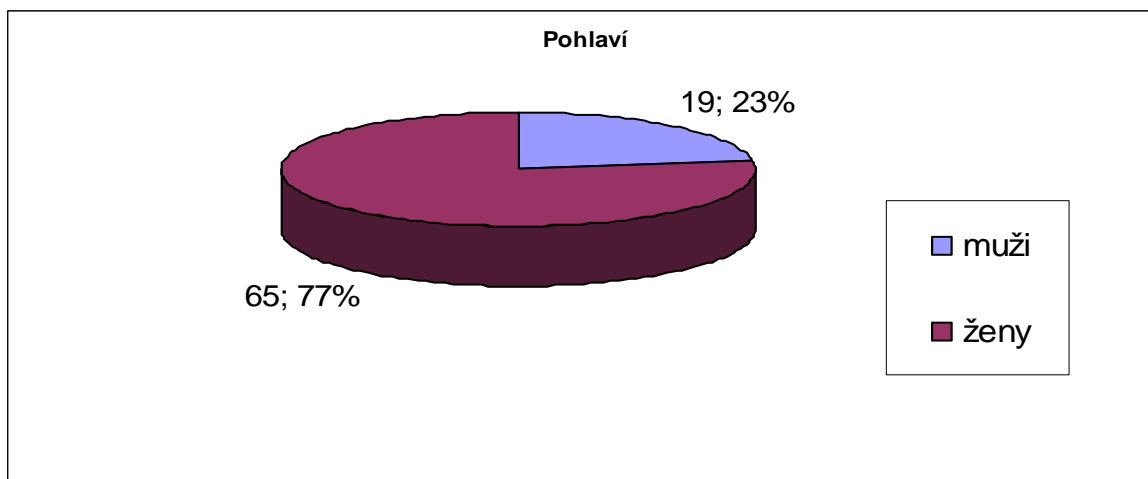
Výzkumný soubor byl rozdělen na dvě, nerovnoměrně zastoupené skupiny. První skupinu (rozdáno celkem 60 dotazníků) tvořila široká veřejnost starší 15 let a druhou skupinu (rozdáno celkem 40 dotazníků) pak odborná zdravotnická veřejnost s požadavkem dlouholeté (minimálně 20leté) praxe ve zdravotnictví a to z důvodu možnosti objektivního porovnání zdravotnického systému před rokem 1989 a současné podoby zdravotnictví. Vrátili se mi však i 3 vyplněné dotazníky od zdravotníků s nižším počtem odpracovaných let ve zdravotnictví a to v rozmezí od 2 do 13 let. Snížila jsem proto hranici svého požadavku a rozhodla se i tyto vyplněné dotazníky do šetření zahrnout a sledovat, kde se budou zdravotníci s nižším počtem let praxe nejvíce ve svých odpovědích různit. Celkem bylo distribuováno 100 dotazníků a navráceno bylo 84. Z toho 36 dotazníků ze strany zdravotnické veřejnosti a 48 od široké veřejnosti. Návratnost dotazníku činí tedy celkově 84 %.

6. Vlastní výzkum v oblasti zdraví a zdravotní péče

6.1. Analýza získaných dat

Otázka č. 1: Pohlaví respondentů (v %)

Graf č. 9 : Pohlaví



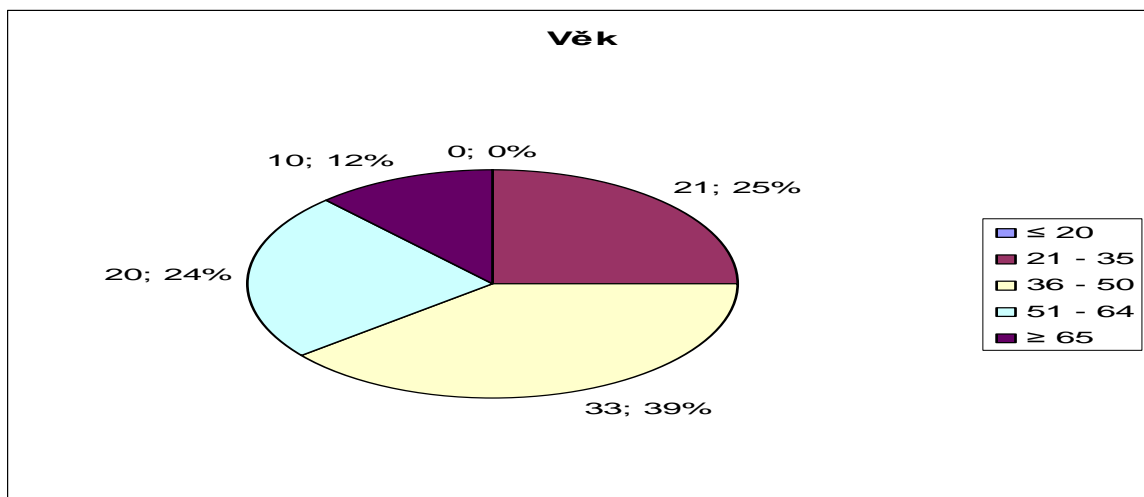
Z celkového počtu 84 respondentů tvořili 77 % (65) ženy a 23 % (19) muži. Z toho zastoupení pohlaví u zdravotnických pracovníků tvořili s absolutní převahou (100 %) ženy. Tato skutečnost doplňuje všeobecné potvrzení, že zdravotnictví dnešní doby je „přefeminizované“.

Otázka č. 2: Věk

Z celkového počtu 84 respondentů tvořilo nejvyšší zastoupení ve věkové skupině 36–50 let, celkem 39 % (33). Následovalo přibližně shodné zastoupení ve věkových skupinách 21–35 let 25 % (21) a jen o 1 % méně byla zastoupena skupina respondentů ve věku 51–64 let, tedy 24 % (20). Zbýlých 12 % (10) respondentů tvořili osoby starší 65 let. Bohužel se v celkovém počtu respondentů nepodařilo získat výzkumný vzorek od osob mladších 20 let, byť byla cíleně i tato skupina respondentů v dotazníkovém šetření oslovena.

Z celkových 36 zdravotnických pracovníků převažovalo věkové zastoupení očekávaně ve skupině 36-50 let celkem 69 % (25). Druhé největší zastoupení 17 % (6) tvořila skupina ve věkovém rozmezí 51-64 let, následovala skupina 21-35 let s 8 % (3) a téměř srovnatelně, s rozdílem 1 respondenta, měla zastoupení skupina starších 65 let, tedy 6 % (2).

Graf č. 10 : Věk

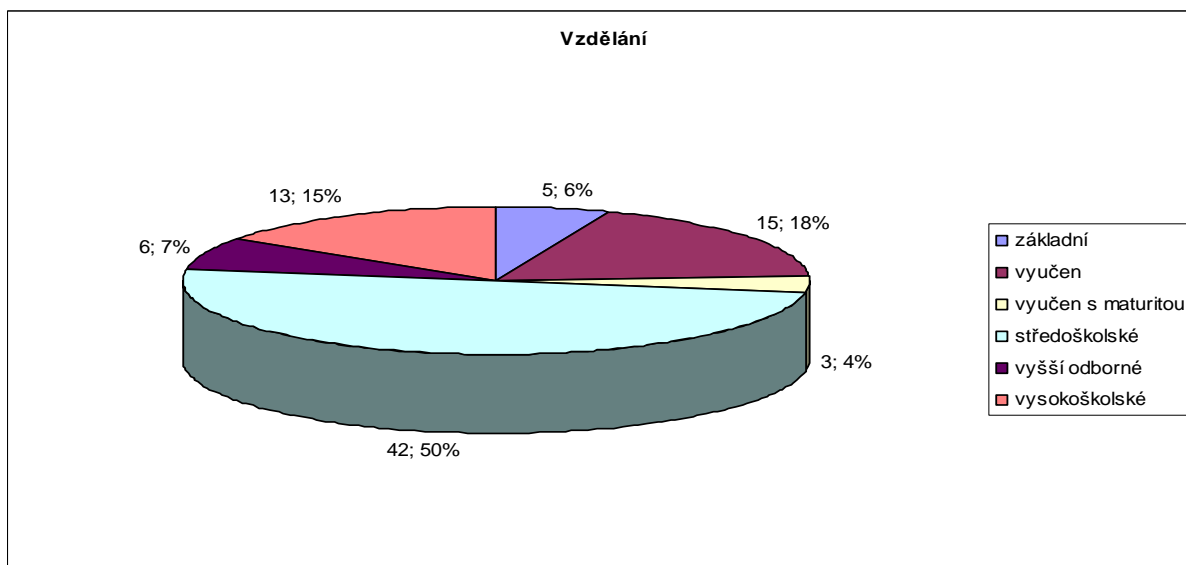


Otázka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

U celkového vzorku 84 osob převládlo zastoupení ve vzdělání středoškolsky vzdělaných respondentů, celkem 50 % (42). Na druhém místě se umístila skupina vyučených 18 % (15), třetí místo zaujali vysokoškoláci s 15 % (13) a další zastoupení si již bylo svými nízkými procenty velmi podobné. Tedy 7 % (6) vyšší odborné vzdělání, 6 % (5) osob se základním vzděláním a 4 % (3) respondenti byli vyučeni s maturitou.

Ve zdravotnickém spektru převládalo v 66 % (24) středoškolské vzdělání, následovalo vysokoškolské s 22 % (8) a poté se shodně se 6 % (2) umístilo základní a vyšší odborné vzdělání. Nulové zastoupení měla kategorie vyučených i vyučených s maturitou.

Graf č. 11 Nejvyšší dosažené vzdělání



Otázka č. 4: Pracujete, nebo jste někdy dříve pracoval/a ve zdravotnictví? Pokud ano, uveďte počet let praxe.

Graf č. 12 : Praxe ve zdravotnictví



Praxi ve zdravotnictví potvrzuje 43 %, tedy 36 respondentů z celkového počtu 84.

Průměrný počet let praxe ve zdravotnictví je přibližně 24,7 let (po zaokrouhlení na jedno desetinné číslo)

Otázka č.5: Zajímáte se o problematiku zdravotnictví?

O problematiku zdravotnictví se zajímá většina, tedy 79 % (66) z celkového počtu respondentů. Celkem 18 respondentů (21 %) se přiklonilo k negativní odpovědi.

Ze zdravotnických pracovníků se o problematiku zdravotnictví nezajímá 11 % (4) a zájem o svůj resort však pozitivně vyjádřila většina, tedy celkem 89 % (32) zdravotnických respondentů.

Z odpovědí kdy respondenti uvedli, že se nezajímají o problematiku zdravotnictví byla nejvíce těchto odpovědí zaznamenána ve věkovém rozmezí 21-50 let, celkem 66 % (12). Nejméně negativních odpovědí 6 % (1) byla uvedena respondenty staršími 65 let. Lze se tedy domnívat, že s narůstajícím věkem zájem o problematiku ve zdravotnictví přirozenou měrou stoupá.

Graf č. 13 : Zájem občanů o problematiku zdravotnictví

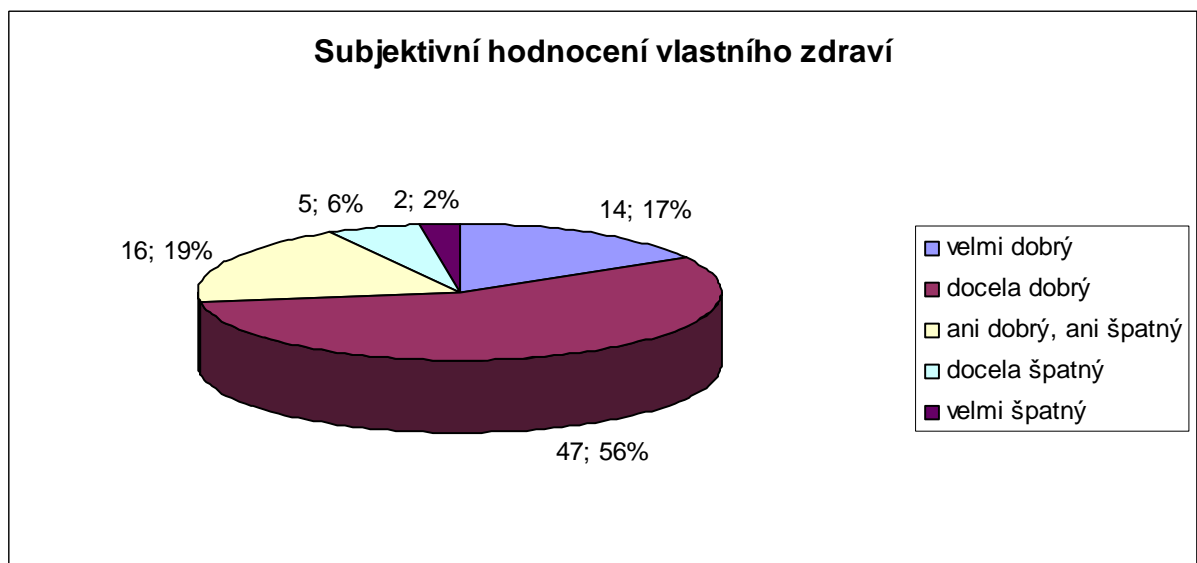


Otázka č.6: Jak byste hodnotil/a svůj zdravotní stav?

Za docela dobrý považuje svůj zdravotní stav 56 % (47) dotázaných respondentů. 19 % (16) respondentů se přiklonilo k neutrální odpovědi ani dobrý, ani špatný a s rozdílem 2 % uvedlo 17 % (14) respondentů svůj zdravotní stav za velmi dobrý. Docela špatný potvrzuje 6% (5) respondentů a jako velmi špatný zdravotní stav vnímají pouze 2 % (2) dotázaných.

Zdravotníci vnímají nejčastěji svůj stav rovněž jako docela dobrý 59 % (21), velmi dobrý potvrzuje 25 % (9) a tvrzení ani dobrý, ani špatný a docela špatný vnímá v každé jednotné odpovědi vždy 8 % (3) respondentů. Ani jednou se u zdravotníků neobjevuje velmi špatné hodnocení subjektivně vnímaného zdraví.

Graf č. 14 : Subjektivní hodnocení vlastního zdraví



Závislost dosaženého vzdělání na hodnocení zdravotního stavu se přiklání k pozitivnímu hodnocení ve prospěch skupiny středoškoláků, vyššího odborného a vysokoškolského vzdělání. V pozitivním spektru (velmi dobrý a docela dobrý) se objevilo 79 % (48) odpovědí. U druhé skupiny tvořících vzdělání základní a formy vyučení, včetně vyučení s maturitou je zajímavý jev, že se ani jednou neobjevilo hodnocení velmi dobrý. Docela dobrý hodnotí svůj zdravotní stav největší část a podobně jako u vzdělanější skupiny dosáhli 57 % (13) Rozdíl je však opět patrný a tentokrát v negativním rozmezí, kdy ze skupiny s nižším vzděláním hodnotí za docela a velmi špatný celkově 17 % (4) respondentů, kdežto u kategorie „vzdělanců“ tvoří celkové negativní hodnocení pouhých 5 %.

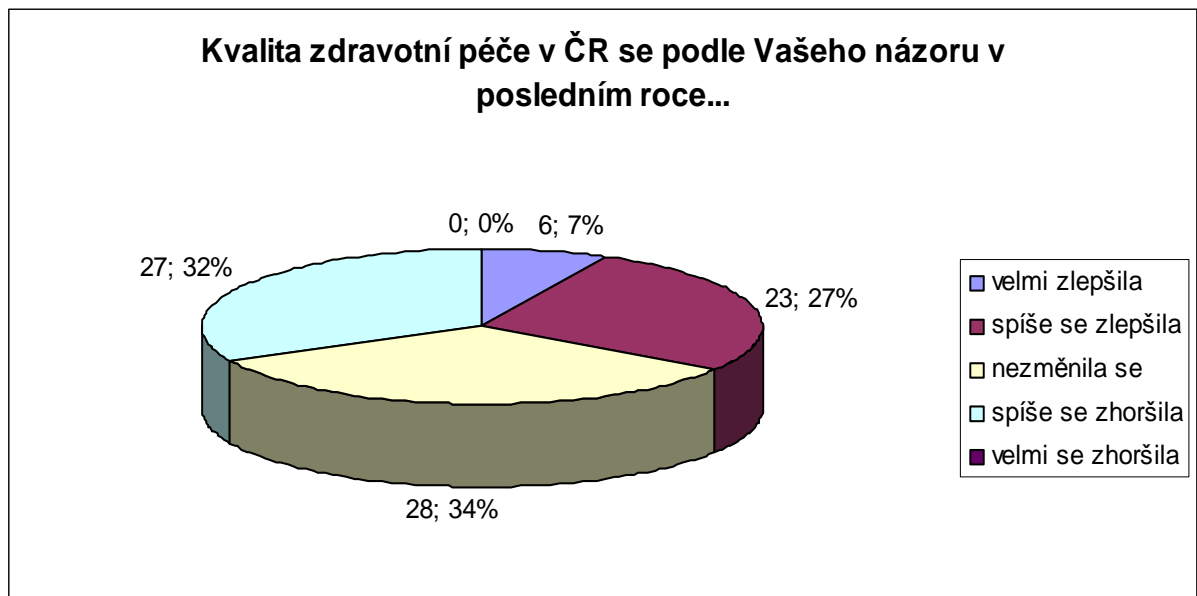
Věková struktura se rovněž významněji promítá do této skupiny hodnocení. S nastupujícím věkem se snižuje hodnocení zdraví v pozitivním spektru a zvyšuje se v opačném směru, tedy v negativním rozmezí. Oproti tomu je postaveno pozitivněji hodnocené zdraví u věkově mladších občanů. Z výsledků vyplynulo, že zatímco občané starší 65 let ani jednou neuvedli zdraví jako velmi dobré, ve 20 % (2) ho hodnotili jako velmi špatné. Naopak u kategorie 21 – 35 let se ani jednou neobjevilo hodnocení velmi špatné, za to velmi dobré hodnocení uvedli ve 24 % (5). Zaměříme-li se na srovnání těchto dvou věkově si nejvzdálenějších skupin, zjistíme nejvýraznější odchylku v tom, že zatímco občané starší 65 let hodnotí v negativním spektru své zdraví v 30 % odpovědí, naopak kategorie ve věku mezi 21-35 lety negativní hodnocení vnímaného zdraví nehodnotí ani jednou (tedy 0 %).

Hodnocení zdraví se rovněž liší v závislosti na pohlaví. Ženy hodnotí ve 22 % (14) své zdraví jako velmi dobré, v 55% (36) jako docela dobré, na druhé straně jako docela špatné hodnotí své zdraví celkem 8 % (5) žen, středová odpověď ani dobrý, ani špatný uvedlo 15 % (10) dotázaných žen a odpověď velmi špatný se u ženského pohlaví neobjevila. Naopak muži jsou ve vnímání svého zdraví značněji kritičtější. Odpověď velmi špatný se objevila u 11 % (2) dotázaných mužů, avšak ani jednou se neobjevila odpověď docela špatný. Středovou odpověď zvolilo rovněž vyšší procento dotázaných mužů, než tomu bylo ve skupině žen a to celkem 32 % (6). Jako docela dobrý stav svého zdraví vnímají muži podobně jako ženy, tedy v 57 % procentech (11) avšak odpověď velmi dobrý se zase naopak od žen neobjevila u mužů ani jednou.

Otázka č. 7: Kvalita zdravotní péče v ČR se podle Všeho názoru v posledním roce...

Protože dotazníkové šetření bylo prováděno koncem roku 2010, vycházíme z předpokladu, že respondenti tedy hodnotili kvalitu péče za proběhlý rok 2010.

Graf č. 15 : Hodnocení kvality zdravotní péče v uplynulém roce



Celkový počet 84 respondentů hodnotilo kvalitu zdravotní péče za uplynulý rok v nejvyšším výsledku 34 % (28), že se od předešlého roku nezměnila. Na druhém místě se objevuje negativní hodnocení 32 % (27), že se spíše zhoršila. V 27 % (23) odpovědí se objevila pozitivní odpověď „zlepšila se“ a v 7 % (6) uvedli respondenti, že se dokonce velmi zlepšila. Sečteme-li pozitivní spektrum odpovědí, dostaneme se na hodnotu 34 %, což je sice převažující v porovnání s negativními odpověďmi, ale rozdíl je tak minimální (2 %), že z tohoto závěru nelze posuzovat hodnocení za relevantní. Současně by se totiž vyrovnala s tvrzením, že se vlastně nezměnila.

Odborná zdravotnická veřejnost je ve svých výpovědích značně optimističtější. Po součtu 17 % (6) „velmi se zlepšila“ a 30 % (11) „spíše se zlepšila“, se dostáváme na celkově převažující číslo 47 %. V závěsu pokračuje přesvědčení, že se nezměnila (31 % / 11) a kritické hodnocení spíše se zhoršila se objevilo v 22 % (8) odpovědí. Jak vidíme absolutní kritičnost v odpovědi velmi se zhoršila, se ani jednou neobjevila. (sociodemografické analýzy této oblasti jsou popsány podrobněji v bodě 7.1.2. Kvalita zdravotní péče – srovnání)

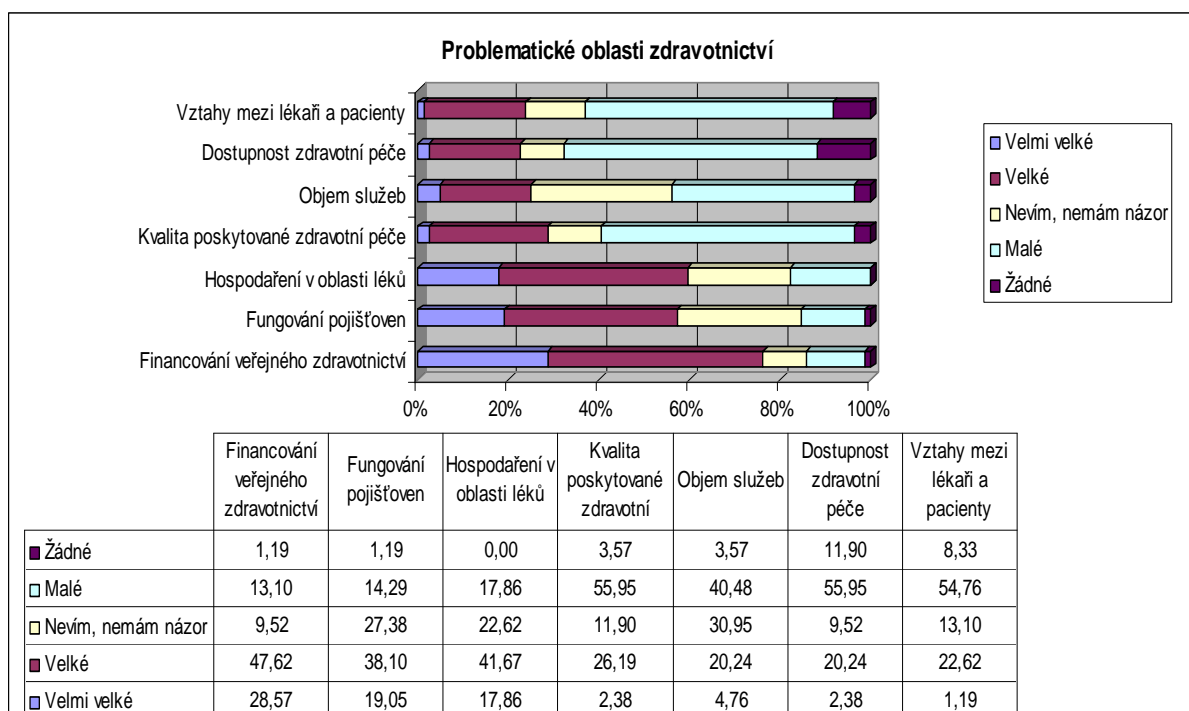
Otázka č.8: Jsou nebo nejsou podle Vás problémy ve vybraných oblastech zdravotnictví?

Oblasti: financování veřejného zdravotnictví, fungování pojišťoven, hospodaření v oblasti léků, kvalita poskytované zdravotní péče, objem služeb, dostupnost zdravotní péče, vztah mezi lékaři a pacienty.

Možnost odpovědi: Velmi velké, velké, nevím - nemám názor, malé, žádné.

Z grafu č.16 vyplývá, že celkový počet 84 respondentů hodnotilo nejkritičtěji financování veřejného zdravotnictví a to přibližně v 76 % (64) (po sečtení odpovědi v negativním spektru, tedy velmi velké a velké problémy). Následuje s negativní hodnocením 59 % (48) hospodaření v oblasti léků. U této problematiky se také, jako v jediném případě hodnocení tabulky nevyjádřil ani jeden z respondentů ve smyslu nevyskytujících se (žádných) problémů. Těsně za touto problematikou se umístilo s rozdílem přibližně 2 % (57 % / 50) fungování pojišťoven. Tyto tři skupiny problémů jsou také hodnoceny podle výsledků jako nejméně pozitivně hodnocené, s maximem kladných odpovědí v přibližně 17 % (15) případů (hospodaření v oblasti léků) a minimem 14 % (12) u financování veřejného zdravotnictví. Nejpozitivněji jsou již tradičně hodnoceny oblasti dostupnosti zdravotní péče (68 % / 57), vztahy mezi lékaři a pacienty (63 % / 53), kvalita poskytované zdravotní péče (60 % / 50) a nakonec i objem služeb (44 % / 47).

Graf č. 16 : Problematické oblasti zdravotnictví



Zdravotníci se pak vyjadřovali velmi podobně předchozím údajům. Rozdíl je především v umístění jednotlivých oblastí a to tak, že fungování pojišťoven předčilo o 2 % hospodaření v oblasti léků. Objem služeb je pak z výsledků hodnocen jako oblast opět patřící mezi pozitivněji hodnocené, avšak na rozdíl od ostatních oblastí dosáhl nižšího hodnocení podle stanoviska přítomnosti problémů.

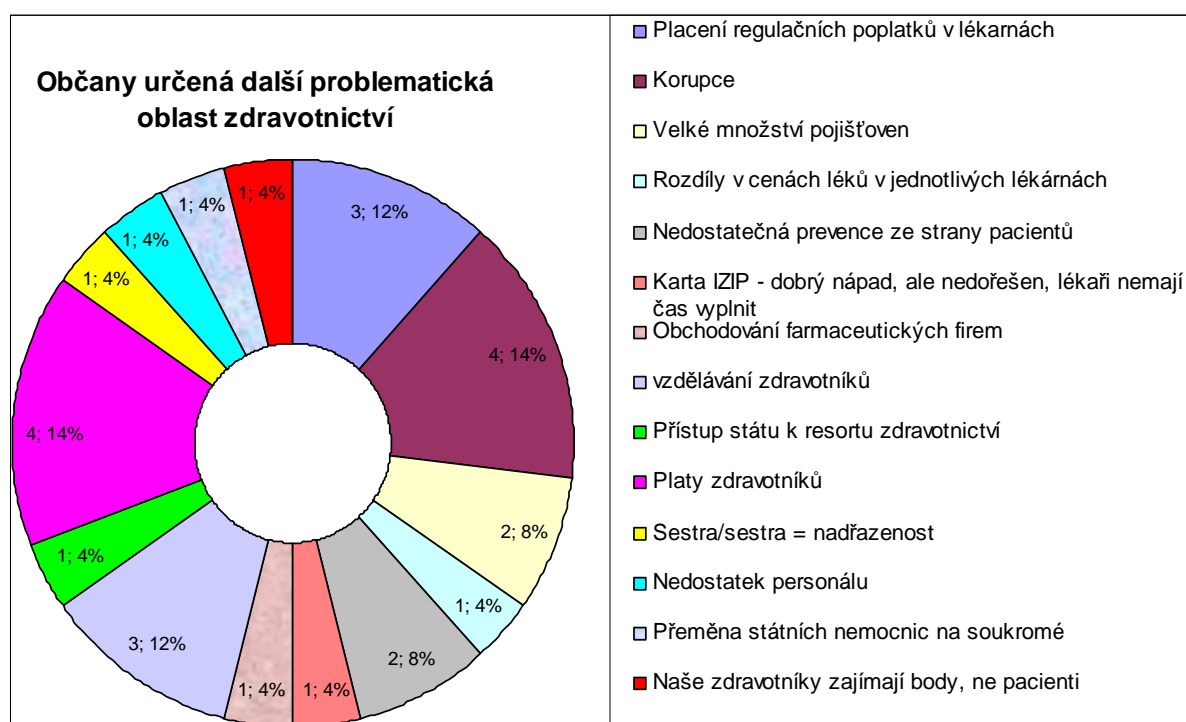
Tab. č. 10: Zdravotníky hodnocené problematické oblasti zdravotnictví

Zdravotníky hodnocené problematické oblasti zdravotnictví - velké problémy (rok 2010) (první číslo značí % velkých problémů / druhé pak % výskytu menších problémů v dané oblasti)	
Financování veřejného zdravotnictví	78 / 11
Fungování pojišťoven	67 / 8
Hospodaření v oblasti léků	64 / 17
Kvalita poskytované zdravotní péče	31 / 58
Objem služeb	28 / 45
Dostupnost zdravotní péče	14 / 75
Vztahy mezi lékaři a pacienty	17 / 72

Otázka č.8.1: Napadá Vás nějaká další problematická oblast, která se ve zdravotnictví vyskytuje, ale v tabulce není uvedena? Pokud ano, jaká?

Celkem 80 % (67) z celkového počtu 84 respondentů nevedlo žádnou jinou problematickou oblast zdravotnictví. Ostatní, tedy 20 % (17), jinou problematiku definovalo. Podle tabulky za respondenty zmíněné další problematické oblasti ve zdravotnictví je patrné, že se odpovědi ve většině případů různí a nejčastěji jsou jmenovány individuálně. Bylo definováno celkem 14 dalších problematických oblastí a z toho bylo u některých odpovědí uvedena více než jedna problematika (každý druhý respondent tak uvedl přibližně dvě nové problematiky).

Graf č. 17 Jiná problematická oblast zdravotnictví



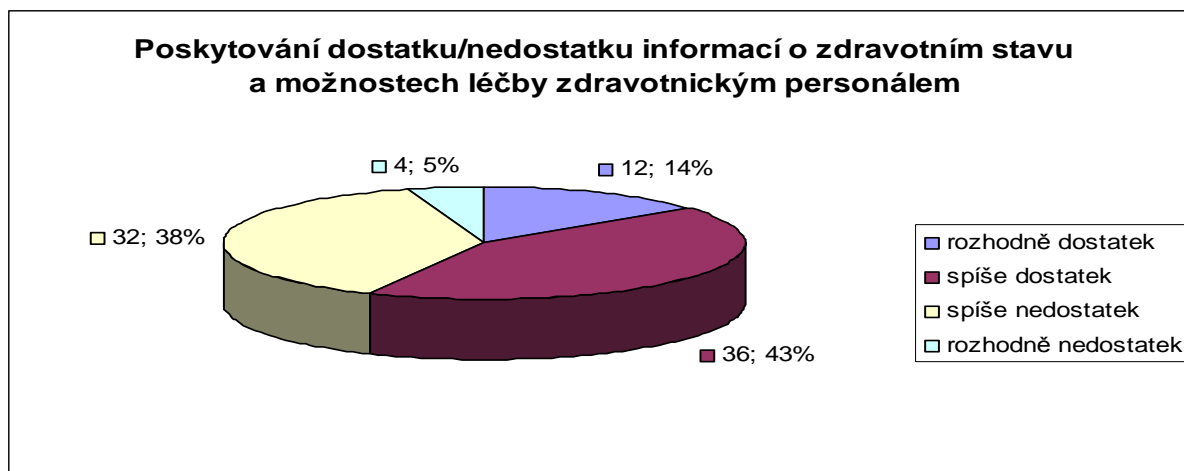
Z grafu č. 17 je patrné, že pouze v případech problematiky korupce a nedostatečné platy zdravotníků, zastoupeny vždy ve 14 % (4) odpovědí, dále problematiky vzdělávání zdravotníků a placení regulačních poplatků v lékárnách, zastoupeny vždy ve 12 % (3), a problém velkého množství pojišťoven a obchodování farmaceutických firem, zodpovězeny také shodně v 8 % (2) odpovědí, jsou všechny další problematické oblasti zastoupeny již vždy jednotlivě.

Z 36 zdravotnických pracovníků pak další problematickou oblast uvedla přibližně pouze 1/3 (36% / 13) zdravotníků. Porovnáme-li častější uvádění další problematické zdravotnické oblasti mezi širokou veřejností a zdravotníky zjistíme, že z celkem sedmnácti získaných odpovědí, jich bylo 13 od zdravotníků. Zdravotníci pak nejčastěji uváděli problém vzdělávání zdravotníků ve 22 % (3), dále korupci a platy zdravotníků se stejným poměrem 15 % (2) odpovědí. U této skupiny se pak už jednotlivě vyskytly odpovědi (zastoupeny vždy 8 %) typu: placení regulačních poplatků v lékárnách, obchodování farmaceutických firem, přístup státu k resortu zdravotnictví, sestra/sestra = nadřazenost, nedostatek personálu a přeměna státních nemocnic na soukromé.

Zvláštností především je, že se odpověď o elektronické kartě IZIP a také konstatování, že u pacientů je kladen malý důraz na prevenci, nevyskytl v odpovědích ve skupině zdravotníků, ale vznikl u laické veřejnosti. Což napovídá o dobré erudovanosti a zájmu o zdravotnictví ze strany širší veřejnosti (tento postřeh je zajímavý ještě tím, že v případě nedostatečné prevence ze strany pacientů tuto odpověď uvedl muž, ve věku 21-35 let a který měl uvedené vzdělání vyučen s maturitou. U karty IZIP pak žena, středoškolačka ve stejném věku).

Otázka č. 9: Poskytují podle Vaše názoru lékaři a zdravotnický personál nemocným dostatek nebo nedostatek informací o jejich zdravotním stavu a možnostech léčby?

Graf č. 18 : Hodnocení dostatečného poskytování informací



Z grafu č. 18 vyplývá, že z celkového počtu 84 respondentů hodnotí v pozitivním spektru 57 % (48) (rozhodně dostatek a spíše dostatek) přístup k informacím. S převahou 14 % nad hodnocením nedostatečného přístupu k informacím (ten byl dohromady zastoupen ve 43 % / 36 odpovědích).

Z toho u zdravotníků se objevuje převaha nadpoloviční a to 64 % (23) ve prospěch dostatečné informovanosti pacientů.

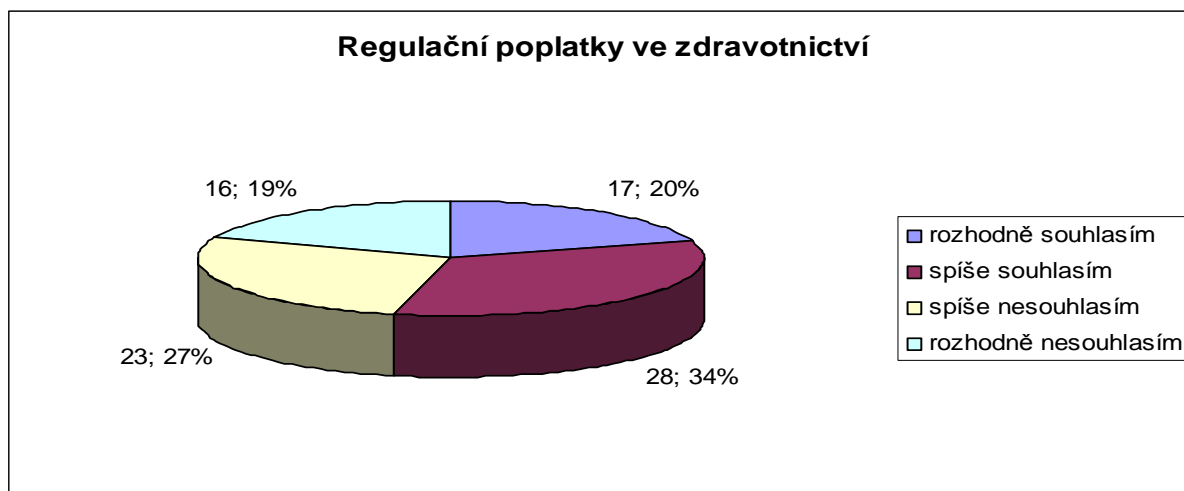
Rozdíl mezi odpověďmi mužů a žen v hodnocení dostatečné informovanosti pacientů se neprokázali jako výrazně odlišné.

Rozdíly ve vzdělání už jsou patrnější a to ve prospěch pozitivnějšího hodnocení dostatku informací v kategorii nižšího vzdělání (základní, vyučen, vyučen s maturitou). Dostatek informací v této kategorii hodnotilo 70 % (16) respondentů, nedostatek tedy 30 % (7). U druhé kategorie, podle rozlišení vzdělání, (středoškoláci, vyšší odborné a vysokoškolské vzdělání) se v porovnání s první skupinou zvýšilo negativní hodnocení, které zde zaujalo celkem 48 % (29). Zřejmý je zde rovněž vyrovnanější stav celkových odpovědí (ve druhé, vzdělanější kategorii) tedy kdy odpovědi v pozitivním i negativním spektru se blíží středu přibližně 50:50.

Otázka č.10: Souhlasíte nebo nesouhlasíte se zavedením regulačních poplatků ve zdravotnictví?

Na zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví se objevují často velmi odlišné názory a témata o nich bývají mnohdy velmi vyostřené. Podle mého průzkumu se z 84 dotázaných respondentů vyjádřilo 45 respondentů (54 %) ve prospěch jejich zavedení.

Graf č. 19 : Souhlas se zavedením regulačních poplatků

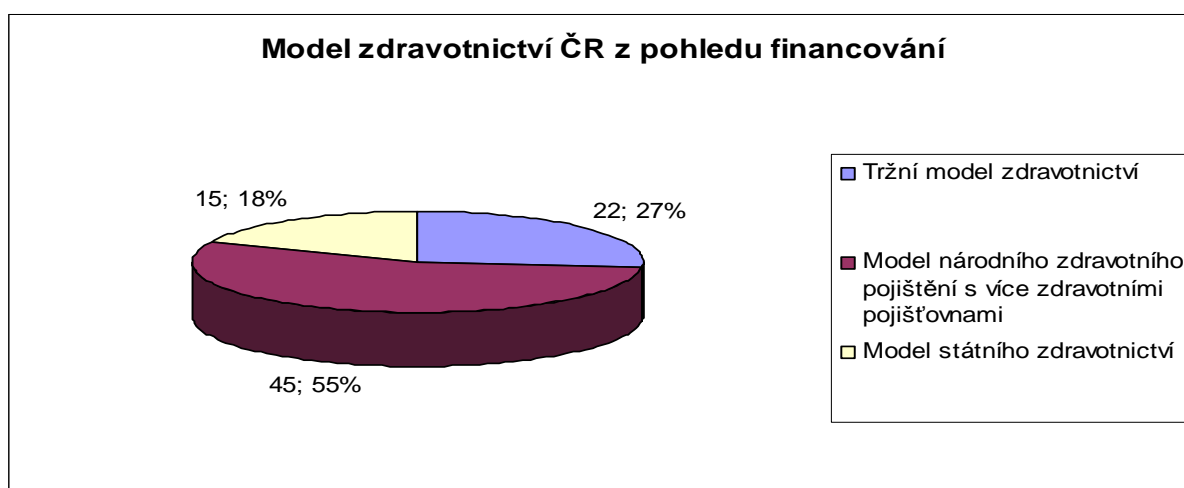


Z toho zdravotníci souhlasí se zavedením poplatků v 72 % (26), což vyjadřuje jejich nadpoloviční souhlas.

Výrazně se projevuje vliv vzdělání (a další možné sociálně-ekonomické zázemí) na názory týkající se regulačních poplatků. Zatímco v kategorii s nižším vzděláním (základní, vyučen, vyučen s maturitou) převažuje nadpoloviční nesouhlas s regulačními poplatky, přesně 69 % (16), se u kategorie s předpokládaným vyšším sociálně-ekonomickým statutem (v našem případě zbývající vyšší formy vzdělání) projevuje nesouhlas pouze v 38 % (23) případech.

Otázka č. 11: Který model zdravotnictví se z pohledu zdravotnictví aktuálně uplatňuje v české republice?

Graf č. 20 : Určení modelu zdravotnictví



Tato otázka byla položena především z průzkumného důvodu, zda jsou občané i zdravotníci podle stručné definice o odlišnostech ve financování zdravotnictví v uvedených modelech, schopni přiřadit zdravotnictví ČR k tomu současnému konkrétnímu a správnému. Podle ukazujícího grafu č. 20 je jasně viditelné, že pouze 27 % (22) z počtu 82 respondentů (dva z respondentů na tuto otázku neodpověděli) vědělo, odkud se peníze na zdravotní péči do systému dostávají. Za nečastější chybný systém byl považován systém soukromých plateb za jednotlivé výkony (tržní model zdravotnictví). Tento model zvolilo celkem 27 % (22) respondentů. Zbýlých 18 % (15) respondentů označilo za domnělý systém plateb v současném zdravotnictví financování z daní ze státního rozpočtu (nikoliv však pojištění).

S ohledem na vzdělání po rozdělení opět do kategorie nižší (základní, vyučen, vyučen s maturitou) a vyšší (středoškolské, vyšší odborné, vysokoškolské) docházíme kromě přibližně stejného množství správných odpovědí (57 % / 13 správných odpovědí v kategorii nižší a 54 %

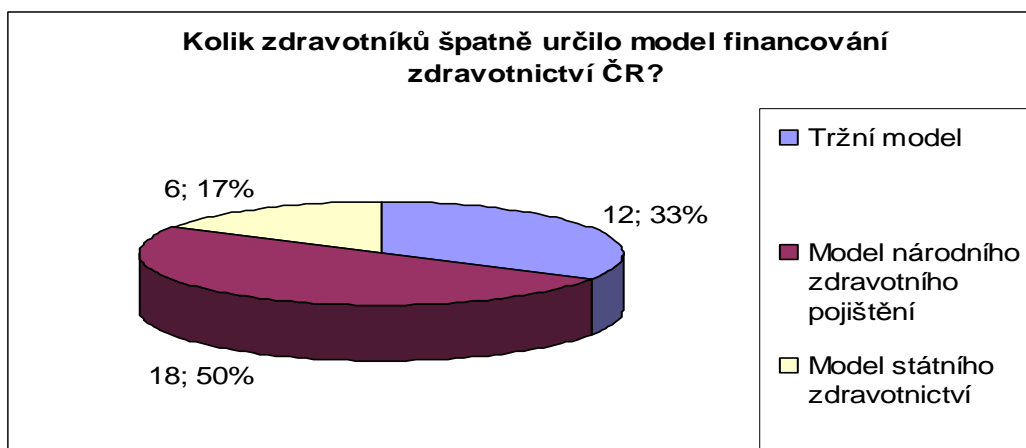
/ 32 u kategorie druhé, i když rovněž s paradoxem předpokládáme-li, že druhá kategorie je vzdělanější a i přesto má vyšší procento správných odpovědí kategorie první) také k jednomu zajímavému zjištění. Osoby s nižším vzděláním častěji zaměňují současný systém se systémem státního zdravotnictví a to ve 26 % (6) odpovědí (osoby s vyšším vzděláním uvedli tento chybný systém pouze v 15 % / 9). Oproti tomu kategorie považována vzhledem k dosaženému vzdělání za skupinu vzdělanější, pak nejčastěji zaměňuje hlavní finanční toky v současném zdravotnictví za přímé platby občanů - typické pro tržní model zdravotnictví. Celkově ho uvedli v 31 % (18) případech (osoby s nižším vzděláním pak pouze v 17 % / 4).

Podle věku byl zaznamenán největší počet správných odpovědí ve věkové kategorii 21-35 let, tedy 62 % (13) odpovědí pro model národního zdravotního pojištění. V ostatních věkových skupinách se pohybovala tato odpověď vždy přibližně stejně a to mezi 50-55 %.

Je tedy evidentní, že občané ČR nemají ve většině přehled o tom, z jakých zdrojů je naše zdravotnictví financováno a pravděpodobně je zaměňují za modely zdravotnických systémů ze zahraničí (USA, VB), nebo nemají dostatek informací v čem se odlišuje současný systém od systému zdravotnictví platného před rokem 1989. Nejmenší výskyt odpovědí pro státní model zdravotnictví byl zaznamenán opět v nejmlaději zastoupené věkové kategorii (21-35 let) a to 14 % (3), v ostatních se pohyboval průměrně 20 % výskyt této chybné odpovědi. Nejvyšší počet (30 % / 3) odpovědí pro tržní model zdravotnictví se objevilo u osob starších 65 let. Tedy u seniorů, kteří se pravděpodobně mohou domnívat, že dnešní (minimální) poměr soukromých plateb za zdravotní péči je v jejich pohledu poměrem už tak nepřiměřeně vysokým, a proto zaměňují nejčastěji dnešní model všeobecného zdravotního pojištění za chybný tržní model zdravotnictví. V ostatních věkových skupinách však je procentuální poměr zastoupení tržního modelu v rozmezí 29-24 %, což svědčí o tom, že z daných výsledků se tento fakt nedá relevantně posoudit, vzhledem k nízkému počtu zastoupených respondentů.

Podíváme-li se na následující graf č. 21 zjistíme, v jakém modelu nejčastěji chybovali zdravotníci. Protože se u většiny respondentů jednalo o zdravotníky s více než dvacetiletou praxí a kteří tak poznali skutečný přechod od socialistického (státního) zdravotnictví k modelu všeobecného zdravotního pojištění je pravděpodobné, že právě z toho důvodu nevolili jako nejčastější chybnou odpověď model státního zdravotnictví (v tomto případě zastoupeného 17 % / 6). Naopak častěji chybovali v zaměnění opět v tržním zdravotnickém modelu. Sečteme-li chybné a správné odpovědi zjistíme, že pouze polovina zdravotníků určila správný systém s ohledem na hlavní zdroj financování a celá druhá polovina zdravotníků se mýlila. Tato skutečnost je vzhledem k oborové příslušnosti nepřilíš pozitivní a může tak vypovídat o neznalosti systému a nezdělanosti zdravotníků.

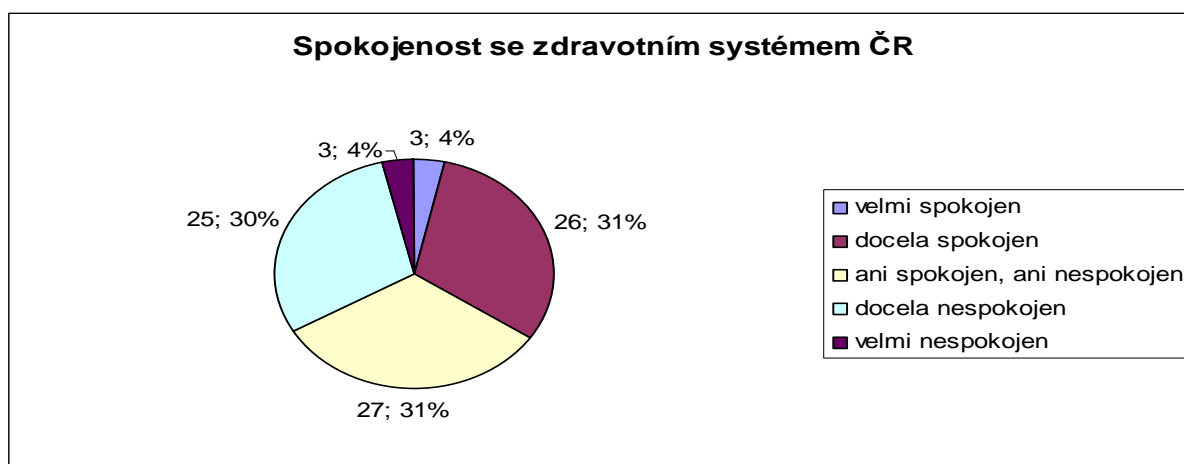
Graf č. 21 : Zdravotníci – určení modelu zdravotnictví ČR



Otázka č. 12: Jak jste obecně spokojen se zdravotním systémem v ČR?

Výsledné odpovědi u této otázky jsou v podstatě naprosto vyrovnané a svědčí tak o rozporuplnosti všeobecně rozšířených názorů o zdravotním systému. Hlavní zastoupené odpovědi (docela spokojen - 31 % / 26 a docela nespokojen - 30 % / 25), blíží se po obou stranách nejvíce odpovědi neutrální (ani spokojen, ani nespokojen – 31 % / 27) jsou zastoupeny po celkovém zaokrouhlení přibližně třetinově. Odpovědi vyjadřující jasné zastoupení v odpovědi velmi spokojen, či velmi nespokojen je zastoupeno rovněž stejně a to v každém případě 4 % (3).

Graf č. 22 : Spokojenost se zdravotním systémem ČR



U zdravotníků je zajímavé, že se odpověď velmi spokojen neobjevila ani jednou, v ostatních odpovědích se jednotlivé zastoupení odpovědí výrazně neliší od celkového procentuálního zastoupení uvedeného výše.

Podle věkového zastoupení se projevuje, že odpověď velmi spokojen ale zároveň i odpověď velmi nespokojen se neobjevuje ani jednou u kategorie ve věku 21-35 let (pravděpodobně z důvodu předpokládaného dobrého zdravotního stavu a dosud nepřímou zkušeností se zdravotnictvím). Odlišné zastoupení se objevuje hlavně ve věkové skupině 51-64 let a to výrazným nejméně negativním hodnocením ve skupině docela nespokojen, pouze 10 % (2) odpovědí (velmi nespokojen pak 5 % / 1). Sečteme-li tento negativní sektor dostaneme se na 15 % (3) což je v porovnání s ostatními věkovými skupinami, u stejných odpovědí, rozdíl méně než poloviční (u ostatních se toto negativní rozmezí pohybuje od 30 do 38 %). Nejmenší kladné hodnocení se po sečtení obou typů odpovědí (20 % / 2) vyskytuje u věkově nejstarších občanů (osoby nad 65 let), v ostatních věkových skupinách se pak objevuje výraznější pozitivní hodnocení a to od 29 % do 40 %.

Vzdělání se rovněž projeví ve výsledných odpovědích na vyjádření spokojenosti se zdravotním systémem a to tak, že nespokojenost se systémem vyjádřilo v 38 % (23) kategorie s vyšším vzděláním (kategorie s nižším vzděláním pak pouze nespokojenost 22 % / 5). Další výrazný rozdíl je, že osoby s nižším vzděláním se přikláněly častěji k neutrální odpovědi ani spokojen, ani nespokojen a to v celkových 52 % (12) (osoby s vyšším vzděláním zvolili tuto variantu s podstatně menším poměrem – 25 % / 15). Spokojenost vyjádřili tyto skupiny podobně k poměru celkových respondentů a to 26 % (6) u nižšího vzdělání a 37 % (23) u vyššího vzdělání.

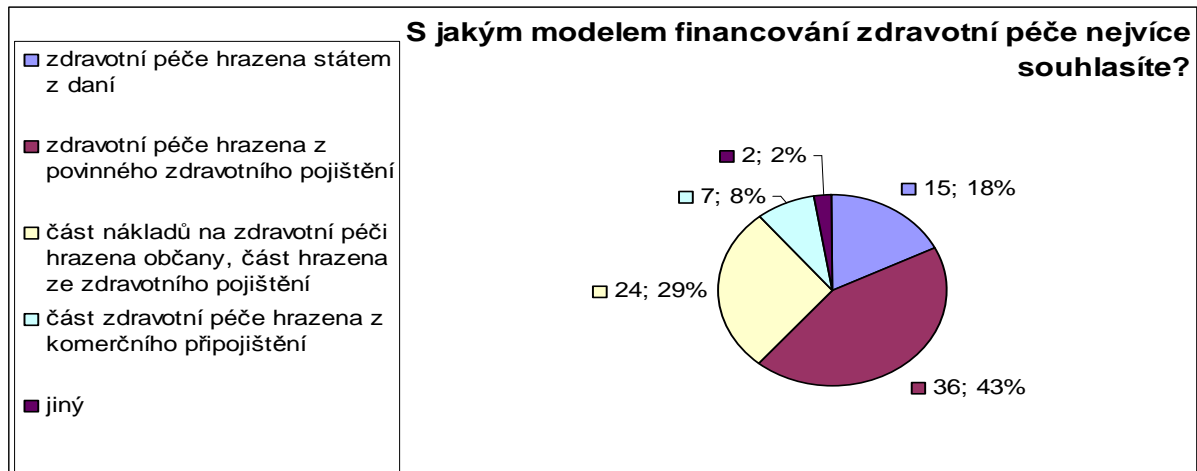
Rozlišení podle pohlaví se neukázalo jako výrazně odlišné. Jedinou výjimkou je nulové vyjádření u mužů pro odpověď velmi spokojen. U žen tato pozitivní odpověď tvořila 5 % (3).

Otázka č. 13: S jakým modelem financování zdravotní péče byste nejvíce souhlasil/a?

Z celkového počtu 84 respondentů, zvolilo jako optimální způsob financování zdravotní péče možnost povinného zdravotního pojištění, celých 43 % (36), což svědčí o tom, že přibližně polovině dotázaných vyhovuje ve větší míře stávající systém. Vzápětí za ním se s 29 % (24) umístil způsob, kdy část zdravotní péče bude hrazena samotnými občany a druhá část pak bude směřovat ze zdravotního pojištění. Plné hrazení zdravotní péče státem z daní potvrdilo 18 % (15) respondentů. Pouze 8 % (7) dotázaných by zvolilo částečné hrazení z komerčního připojištění a dopočet do 100% (zbývající 2 % / 2) uvedlo jiný způsob. Jedním ze dvou zmíněných „jiných“ způsobů by bylo vytvoření individuálních účtů s možností pojištění a dalším pak možnost přísného rozlišení a to buď úplní samoplátci, nebo jen pojištění (žádné kombinované způsoby). Obě individuální odpovědi se objevili ve věkové skupině 36-50

let, oba respondenti dosáhli vysokoškolského vzdělání a jeden z respondentů byl odborník ve zdravotnictví.

Graf č. 23 : Optimální způsob financování zdravotní péče



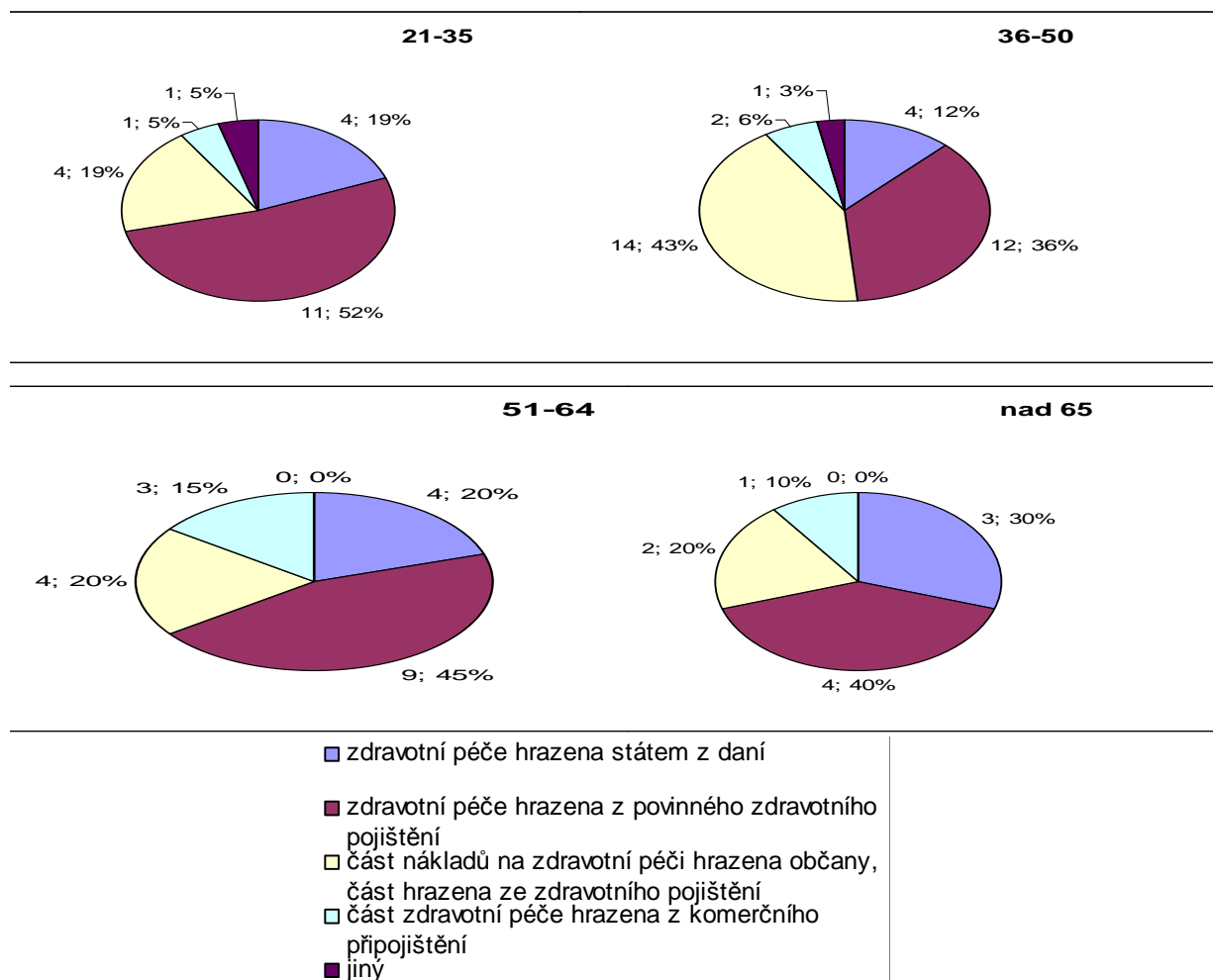
U zdravotníků zvítězila s 39 % (14) možnost třetí a to část péče hrazena pacienty, část ze zdravotního pojištění. Druhé místo pak povinné zdravotní pojištění (33 % / 12). Zajímavostí je, že odborná zdravotnická veřejnost jako třetí způsob volby financování zdravotní péče zvolila odpověď: část z komerčního pojištění (14 % / 5) a předčila tak péči hrazenou státem z daní o 4 %.

Rozlišení odpovědí podle vzdělání je rovněž patrné. Zatímco respondenti, kteří dosáhli nižšího vzdělání volili v 61 % (14) stávající možnost povinného zdravotního pojištění a častěji se také přiklání ke státem financovanému zdravotnictví (22 % / 5). Kombinace částečného hrazení občany a částečně ze zdravotního pojištění dosáhla v této skupině 13 % (3) zastoupení. Komerční pojištění pak volili ještě méně a to pouze ve 4 % (1). Kategorie s vyšším vzděláním má uspořádání odpovědí odlišné a dá se říci, že se naopak od osob s nižším vzděláním přiklání častěji k možnostem spoluúčasti či komerčního pojištění. I když nejvyšší procento získala opět možnost povinného zdravotního pojištění (37 % / 22), druhé místo získala s odlišností 3 % kombinovaná odpověď: část občan a část pojištění (34 % / 21). Jako další způsob volili péči hrazenou státem z daní 16 % (10) a vezmeme-li v úvahu, že obě z individuálních odpovědí („jiné“) se objevili v jejich kategorii a vyjadřovali takřka komerční způsoby pojištění, či spoluúčast a připočteme-li k nim čtvrtou odpověď (část péče hrazena z komerčního pojištění) dostaneme se na 13 % (8) (to je v porovnání s první skupinou rozdíl téměř 9 %).

Věk hraje rovněž významnou roli. Péče hrazená státem z daní stoupá s věkovou kategorií 51-64 let (20 % / 4) a dosahuje svého maxima u osob starších 65 let (30 % / 3). Osoby ve věku

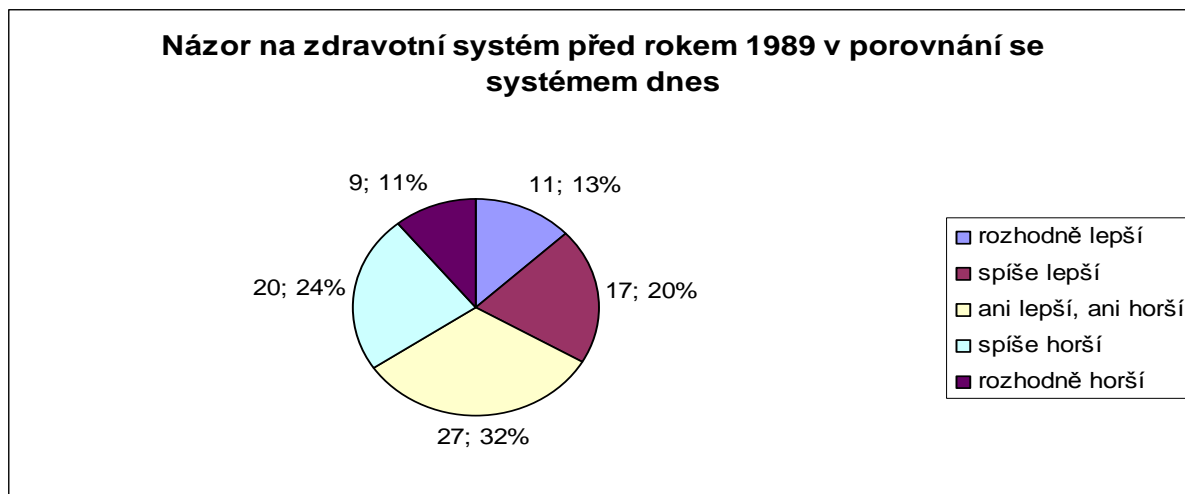
36-50 let volili nejčastěji možnosti spoluúčasti 43 % (14) a komerčního připojištění 9 % (3). Sečteme-li toto individuálnější proklamování financování zdravotní péče, tedy část hrazená z pojištění a část od pacientů, dále část hrazená z komerčního pojištění a odpovědi „jiné“ (stejně orientované) dostaneme se na 52 % (17), což znamená, že v této věkové skupině (36-51 let) více než polovina lidí počítá alespoň s částečným připojištěním nebo spoluúčastí. Rovněž je v této věkové skupině patrné nejmenší prosazování financování státem z daní (12 %). Na rozdíl od skupiny ve věku 21-35 let, kteří označili jako možnost financování od státu prostřednictvím daní celkem 19 % (4) odpovědí. Po sečtení odpovědí v „individualistickém-komerčním“ spektru financování se dostaneme na 29 % (6), což je o 23 % menší zastoupení na rozdíl od věkové kategorie 36-50 let. Podle těchto výsledků se dá říci, že v nejmladší zastoupené věkové kategorii slábne motivace osobně se podílet na financování zdravotní péče a naopak roste zájem o povinné pojištění a státem financované zdravotnictví. Výsledné odpovědi nejmladší zastoupené věkové kategorie 21-35 let, jsou prakticky totožné s výsledky osob starších 65 let.

Graf č. 24 : Věková rozdílnost u možnosti financování zdravotní péče



Otázka č. 14: Jaký byl podle Vašeho názoru, zdravotnický systém před rokem 1989 v porovnání se zdravotnickým systémem, který je v ČR uplatňován dnes?

Graf č. 25 : Hodnocení zdravotního systému před rokem 1989



Z grafu č. 25 je patrné, že názory ke zdravotnictví před listopadem 1989 jsou prakticky vyrovnané ať v pozitivním, neutrálním či negativním postoji. Jako lepší hodnotí dřívější systém přibližně třetina z celkové počtu 84 respondentů (33 % / 28). Neutrální postoj zaujalo 32 % (27) dotázaných a jako horší ho vidí 35 % (29) respondentů. Můžeme však zhodnotit, že podle grafového znázornění jsou všechny možnosti odpovědí zastoupeny přibližně stejným počtem. Rozdělíme-li odpovědi jednotlivě, převažovat bude názor ani lepší, ani horší. Což může nasvědčovat o tom, že jestliže pouze 36 % (30) z dotazovaných osob bylo starších 50 let a tak prožili svůj „produktivní věk“ za doby socialistického zdravotnictví volili častěji v rozmezí nespokojenosti nebo spokojenosti, zatímco zbylá většina respondentů byla výrazně mladší a tak se u nich dá předpokládat, že volili variantu středové odpovědi. Vyjadřovat to ovšem může i mínění respondentů o tom, že současný zdravotnický systém pro ně není výrazněji lepší (rozdílnost mezi odpověďmi lepší/horší jsou totiž pouhá 2 % ve prospěch současného systému).

U zdravotníků nadpolovičně převládl názor, že socialistické zdravotnictví bylo horší, než nyní. V tomto smyslu se vyjádřilo 56 % (20) z nich. Pozitivněji dřívější zdravotnictví hodnotilo 22 % (8) a neutrální postoj zaujalo rovněž 22 % (8) z dotázaných zdravotníků (ze třech zdravotníků s nižším počtem let praxe, než jak bylo u ostatních stanoveno minimálně dvacet let, se dvakrát objevila odpověď spíše horší a jednou pak rozhodně horší).

Věková rozdílnost se podle předpokládání promítla do hodnocení zdravotnických systému a to následovně: Osoby starší 65 let hodnotili ze 60 % (6) svých odpovědí minulý zdravotnický

system jako lepší, 40 % (4) se přiklonilo k neutrální odpovědi a žádná z odpovědí nebyla v negativním spektru výsledků. Nejvíce negativních odpovědí bylo zaznamenáno opět ve věkové kategorii 36-50 let (55 % / 18), tato skupina pak hodnotila předchozí zdravotnictví pozitivně pouze v 21 % (7). Největší zastoupení neutrálních odpovědí se objevilo ve věku mezi 51-64 let (45 % / 9). Nejmladší věková skupina pak udržela podílové, opět přibližně třetinové, stanovisko ve svých odpovědích, jako tomu bylo u celkového hodnocení (38 % / 8 hodnotilo zdravotnictví jako horší, 34 % / 7 jako lepší a 28 % / 6 pak zvolilo středovou odpověď ani lepší, ani horší). Je zde opět patrný trend ve slábnutí negativního hodnocení předešlého zdravotnictví u věkově mladších ročníků. Rozdíl, ve smyslu horšího hodnocení zdravotnictví před listopadem 1989, je mezi věkovou kategorií 21-35 a 36-50 let o 17 % (ve prospěch nižšího negativního hodnocení u kategorie věkově mladší).

Hodnocení dvou zdravotnických systémů podle kategorie vzdělání se ukázalo opět jako odlišné. Skupina s nižším vzděláním se projevuje ve smyslu pozitivnější hodnocení předchozího systému zdravotnictví a to ve 47 % (11) (oproti tomu skupina s vyšším vzděláním jen 27 % / 17). Negativní hodnocení pak převažuje u kategorie s vyšším dosaženým vzděláním 41 % (25) (u nižšího vzdělání to pak je pouhých 17 % (4) a z toho se odpověď rozhodně horší nevyskytla u této skupiny ani jednou).

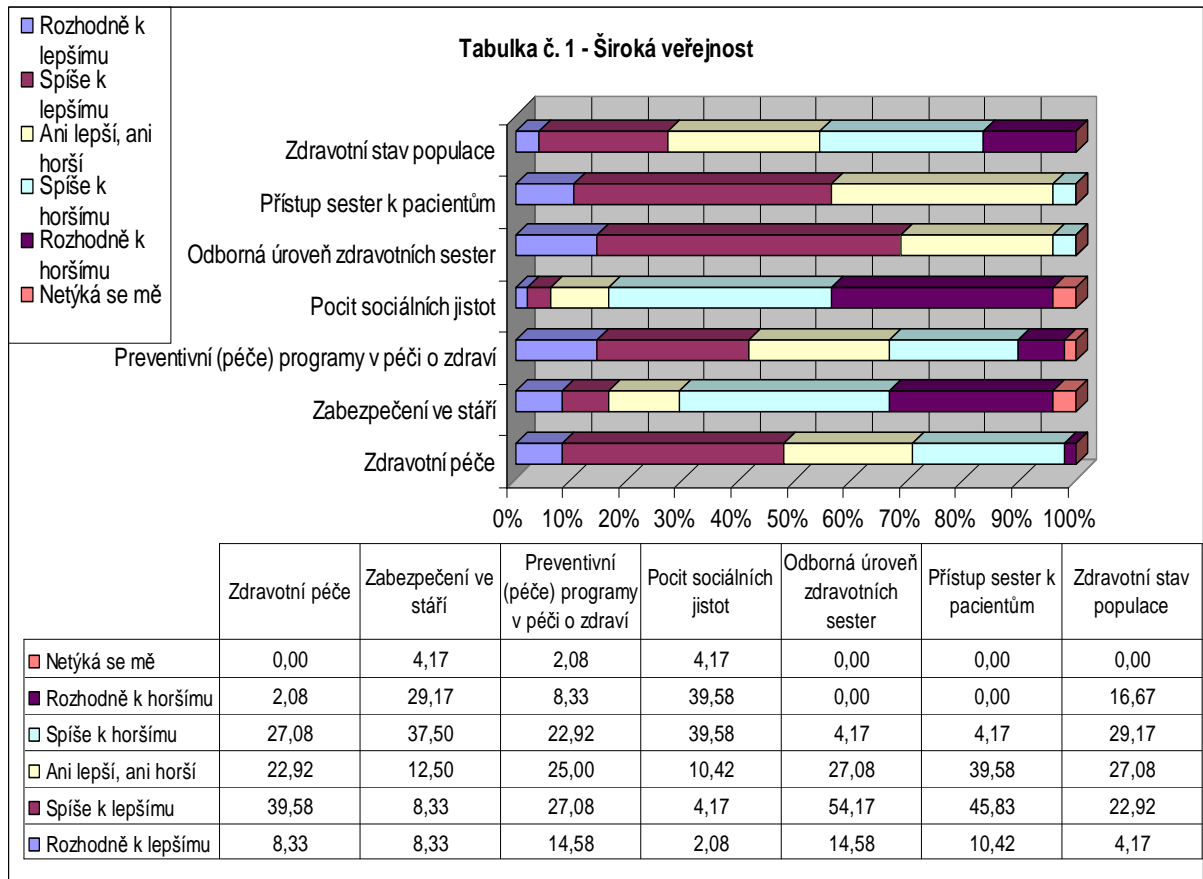
Otázka č. 15: Když porovnáte níže uvedené oblasti se situací před rokem 1989 a se situací dnes, řekl/a byste, že jsme na tom lépe nebo hůře?

Rozdělení respondentů do skupin, podle vztahu ke zdravotnictví. Zdali je respondent pouze příjemce zdravotní péče (tabulka č. 1, určená pro širokou veřejnost) a nebo zdali je nejen příjemce ale zároveň poskytovatel zdravotní péče (tabulka č. 2, určená pro odbornou zdravotnickou veřejnost).

Z první tabulky (Graf č. 26), kterou vyplňovala široká veřejnost je patrné, že respondenti jako poměry, které se nejvíce posunuly k lepšímu, hodnotí odbornou úroveň zdravotních sester 68 % (33), dále pak přístup sester k pacientům 56 % (27) a celkově zdravotní péči 47 % (23). Jako nejhůře hodnotí pocit sociálních jistot 78 % (38), následuje zabezpečení ve stáří 66 % (32) a menší část respondentů se také domnívá, že se zhoršil i zdravotní stav populace 45 % (22). Domněnka, že se v dnešní době zhoršil zdravotní stav populace může pramenit především z tehdejších zatajovaných (cenzurovaných) informací o skutečném vývoji zdravotního stavu obyvatelstva a také neschopnosti laických respondentů posoudit, že v době před 20 lety a dříve,

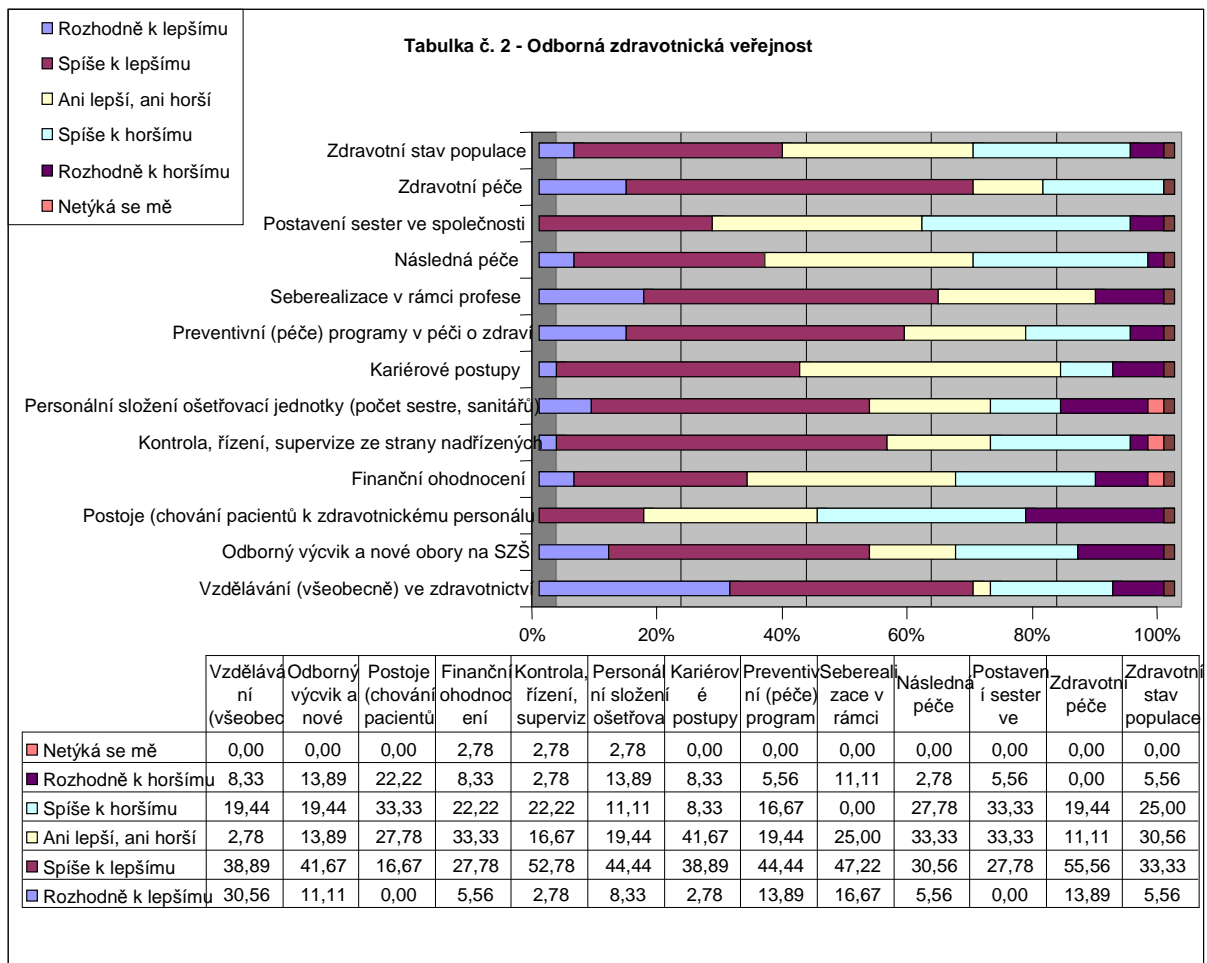
byla i technická vybavenost jednotlivých zdravotnických zařízení v porovnání se situací dnes na nízké úrovni, a tak se v mnoha případech některé nemoci nepodařilo vůbec zachytit.

Graf č. 26 : Hodnocení poměrů ve společnosti – široká veřejnost



Z tabulky č. 2 (Graf č. 27) určené pro odbornou veřejnost je patrné na první pohled zjištění, že většina odpovědí se pohybuje v pozitivním spektru hodnocení. Negativní hodnocení dokonce s výjimkou oblasti „postoje a chování pacientů ke zdravotnickému personálu“ nepřesahuje 50 %. Zdravotní péči vnímají zdravotníci na rozdíl od laické veřejnosti jako oblast, která se zlepšila téměř nejvíce 69 % (25), spolu stejně s kladným hodnocením všeobecného vzdělávání ve zdravotnictví 69 % (25). Tato skutečnost, zlepšení v oblasti vzdělávání, pak diferencuje s otázkou č. 8.1. „další problematická oblast zdravotnictví“, kde zdravotníci právě nejčastěji uváděli současné vzdělávání jako oblast, kde vidí větší problémy. Z toho však vyplývá závěr, že v porovnání se situací vzdělávání před rokem 1989, jsou nakonec s typem dnešního vzdělávání spokojeni více. Dále zdravotníci vnímají jako jednu z největších pozitivních přeměn možnost seberealizace v rámci profese 63 % (23).

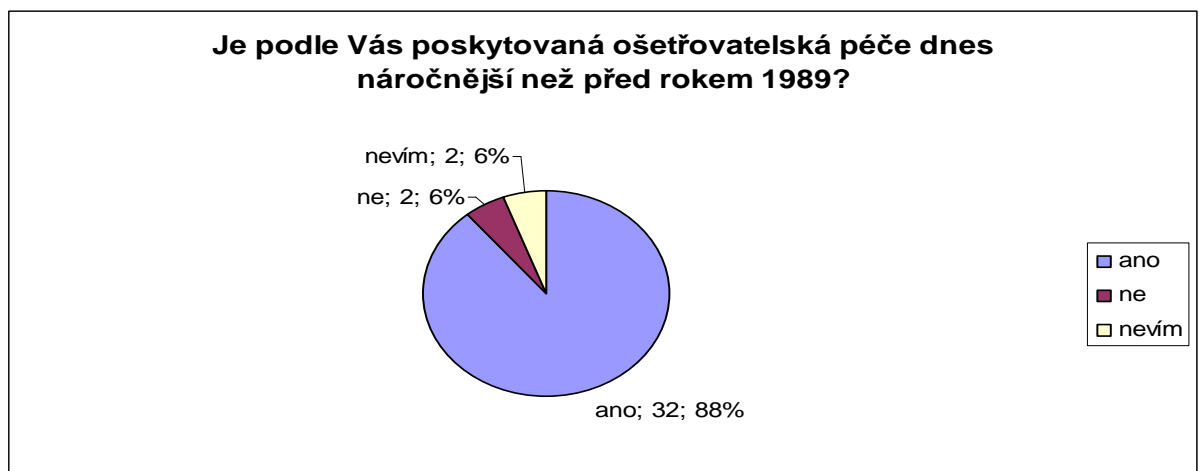
Graf č. 27 : Hodnocení poměrů ve společnosti - zdravotníci



Otázka č. 15.1.: určena pouze pro odbornou zdravotnickou veřejnost

a) Je podle Vás poskytovaná ošetrovatelská péče dnes náročnější, než péče poskytovaná před rokem 1989

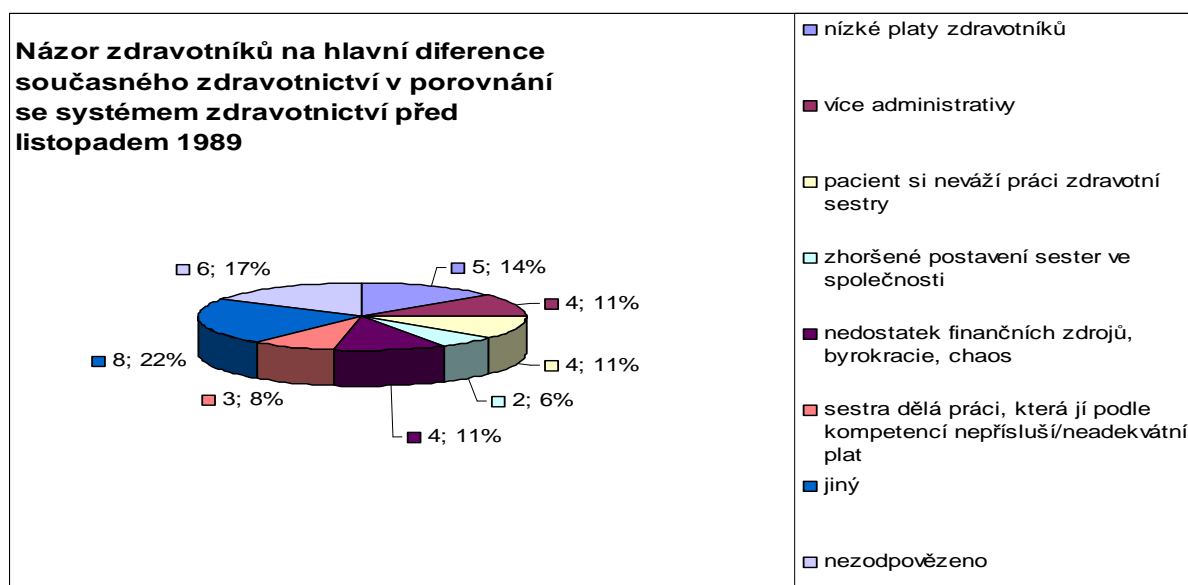
Graf č. 28 : Náročnost ošetrovatelské péče



Jednoznačně svůj názor na ošetrovatelskou péči vyjádřili zdravotníci s dlouholetou praxí, kteří prošli obdobím dvou odlišných zdravotnickou systémů a mohli tak tuto oblast objektivně posoudit. 88 % (32) vyjádřilo souhlas s tím, že dnešní ošetrovatelská péče je náročnější (ze třech zdravotníků, kteří dosáhli nižšího počtu let zdravotnické praxe byli právě dva, kteří označili odpověď neví. Třetí respondent volil odpověď ano, dnes je náročnější).

b) Když byste měl/a jmenovat jednu věc, která Vám ve srovnání se stavem zdravotnictví před listopadem 1989 vadí v dnešním systému zdravotnictví, napadne Vás?

Graf č. 29 : Zdravotníci – nevýhody současného systému zdravotnictví

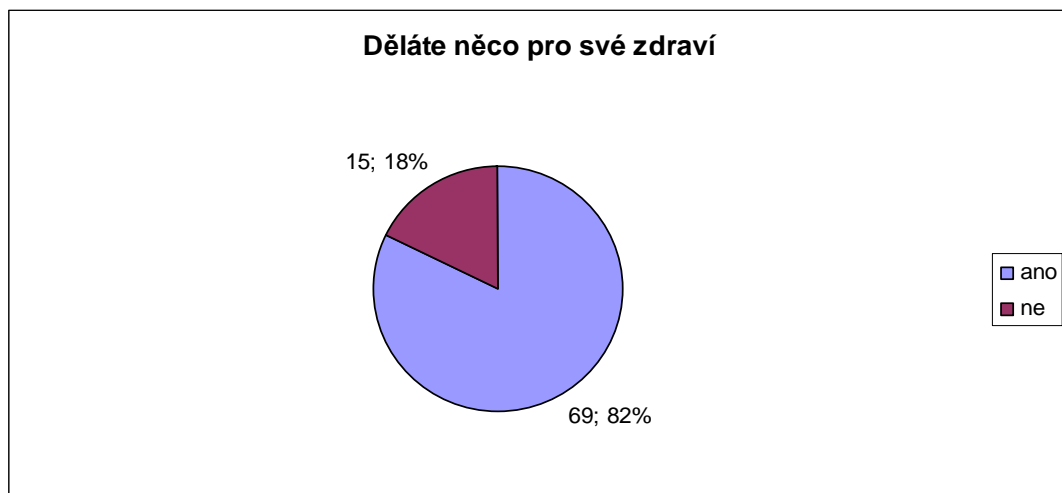


Odpovědi na tuto otázku se velmi různí. Nejvíce zdravotníkům vadí jejich současné nízké platy 14 % (5), více administrativy 11 % (4) a současně také zhoršení postavení sester ve společnosti 11 % (4), nedostatek finančních zdrojů, byrokracie a chaos 11 % (4) nebo názor, že si dnešní pacient neváží práci zdravotní sestry 11 % (4). Celkem 22 % (8) zdravotníků pak vyjádřilo individuální názory jako: 1.) vzdělávání zdravotníků, 2.) vykořisťování zdravotníků ze strany státu, zatímco v jiných oblastech se mění, ve zdravotnictví stále beze změn, možná i hůře, 3.) systém poliklinik byl dříve pro pacienta výhodný, špatná úroveň primární péče, ambulantní, 4.) větší agresivita ze strany pacientů, 5.) horší interpersonální vztahy, 6.) vysoké doplatky za léky, vztah pacientů k sestram, 7.) zhoršila se primární péče, ambulantní, 8.) „všechno“ (v tomto případě odpovídala žena, středoškolačka, s 35 lety praxe ve zdravotnictví).

Otázka č. 16:

a) Děláte něco pro své zdraví? (např. zdravá výživa, sport, pravidelná chůze, dodržuji preventivní prohlídky, atd.)

Graf č. 30 : Dělají občané něco pro své zdraví?



Z celkového počtu 84 respondentů vyvíjí intervence k podpoře svého zdraví celkem 82 % (69) dotázaných. Zbýlých 18 % se v tomto směru vyjádřilo negativně.

Ženy jsou ve vyvíjení intervencí aktivnější než muži. Na otázku zda pro své zdraví něco dělá, odpovědělo že ano 83 % (54) žen. Muži jsou jen nepatrně v pozadí se 79 % (15) kladných odpovědí. Rovněž muži odpovídali častěji negativně a to ve 21 % (4) (ženy pak v 17 % / 11).

Zdravotníci pak vyjadřují aktivní účast na svém zdraví v 81 % (29) (v 19 % / 7 se vyjádřili záporně, ve smyslu nevyvíjení intervencí podporujících zdraví).

Intervence k podpoře zdraví se vzhledem k věku odlišují jen nepatrně a to ve prospěch věkově mladší generace (rozdíl mezi procentem intervencí vyvíjených u občanů pod 50 let a nad 51 let je v rozdílu 4 %, ve prospěch věkově mladší kategorie).

Podle vzdělání se projevil neočekávaný trend, kdy respondenti s nižším vzděláním, předčili o 7 % kategorii vzdělanějších respondentů ve vyvíjení aktivit ve prospěch svého zdraví. Respondenti s nižším vzděláním uvedli, že v 87 % (20) se aktivně podílejí na svém zdraví, naopak kategorie s vyšším vzděláním pouze 80 % (49).

b) Pokud respondenti uvedli, že aktivity na podporu svého zdraví vyvíjejí, měli uvést hlavní činnosti z jejich intervencí.

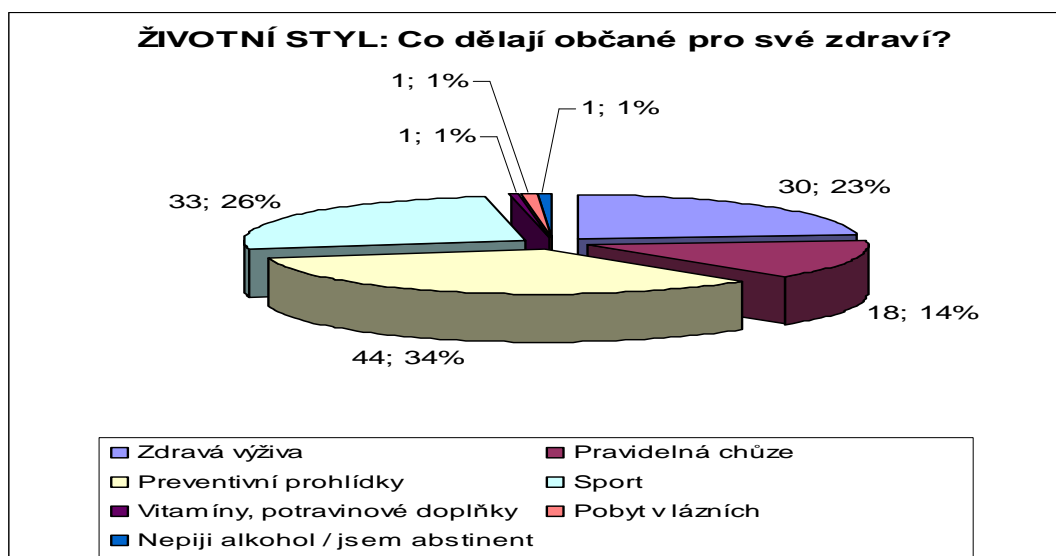
Nejčastěji respondenti uvádějí, že dodržují pravidelné preventivní prohlídky 34 % (44). 26 % (33) respondentů zmiňuje jako podporující intervenci svého zdraví sport, poté dodržování zásad zdravé výživy 23 % (30) nebo pravidelná chůze 14 % (18). Další 3 odpovědi se vyskytují

pouze 1 % (1) a to: nepiji alkohol/jsem abstinent, vitamíny a potravinové doplňky, či pobyt v lázních.

Tab. č. 11: Respondenti uvádějící více než jednu intervenci podporující jejich zdraví

1 odpověď	23x
2 odpovědi	34x
3 odpovědi	11x
4 odpovědi	1x

Graf č. 31 : Intervence občanů k podpoře zdraví



Otázka č. 17: Očíslujte níže uvedené „kvality života“ čísla od 1.-9. podle toho, jak jsou pro Váš život důležité.

Tab. č. 12: Postavení hodnot

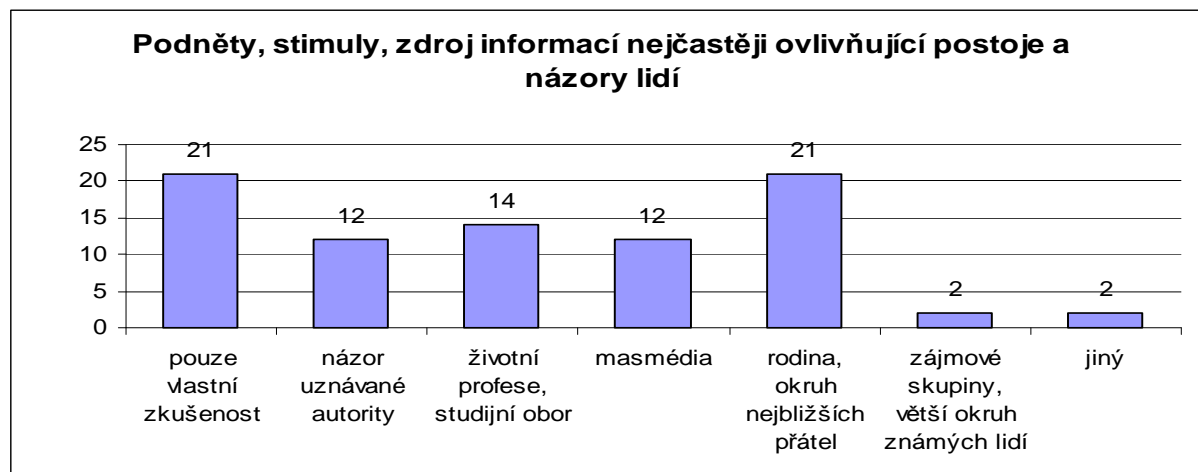
Pořadí	Hodnota	Průměr
1. místo	Zdravotní stav	1,68
2. místo	Mezilidské vztahy	4,36
3. místo	Sociální jistota	4,48
4. místo	Bydlení	4,67
5. místo	Osobní bezpečnost	4,92
6. místo	Charakter práce	5,64
7. místo	Občanské svobody	5,65
8. místo	Životní prostředí	6,19
9. místo	Trávení volného času	7,43

Při tvorbě žebříčku hodnot nebylo možné v 9 případech započítat výslednou odpověď z důvodu chybně zvoleného postupu při seřazování odpovědí. Celkově se tedy vycházelo z výsledků 75 respondentů. V pořadí nejvyšším se umístil jednoznačně zdravotní stav. Další

hodnoty, průměrné volby odpovědí, jsou si již velmi blízké. Poslední umístění získalo trávení volného času. Zaměříme-li se na prostřední hodnoty uvidíme, že kromě životního prostředí se průměr liší jen v desetinách celého čísla. Zajímavé třeba je, že občanské svobody se umístili až za hodnotou bydlení, či charakterem vykonávané práce. Svědčí to pravděpodobně o celkovém postoji dnešní společnosti k těmto individualistickým hodnotám. Kdybychom měli možnost srovnání s rokem 1989 je dosti pravděpodobné, že hodnoty jako občanské svobody, či osobní bezpečnost, by předčili hodnoty ostatní. Dosti možná i hodnotu sociálních jistot, kterou dnes respondenti umístili na třetí místo, hned za mezilidské vztahy.

Otázka č. 18: Jaký druh podnětů, stimulů, či zdroj informací dokáže nejbezpečněji ovlivnit Vaše názory, postoje, na zdravý životní styl, péči o zdraví, atd.?

Graf č. 32 : Zdroje informací



Stejného počtu dosáhl okruh rodiny (nejbližších přátel) a vlastní zkušenost (tuto odpověď zvolilo vždy 21 respondentů – 26 %). Dalším typem ovlivňující postoje a názory lidí je životní profese, studijní obor (14 respondentů – 17 %). Stejně postavení zaujaly masmédiá a názory uznávané autority (12 respondentů – 14 %) a nakonec zájmovou skupinu, či větší okruh známých definovali pouze 2 respondenti. Jinou odpověď si zvolili opět 2 respondenti (2 %) a to: 1.) kombinace vlastního názoru, názoru odborníků, výsledky studií, vzdělání, 2.) vlastní zkušenost + názor uznávaných autorit.

U zdravotníků převládá jako hlavní stimul životní profese, studijní obor s převahou 38 % (14). Na druhém místě pak názor uznávané autority 19 % (7). Ani jeden ze zdravotníků nezvolil odpověď zájmová skupina, či větší okruh známých lidí.

Podle kategorie vzdělání jsou zřejmé evidentní odlišnosti. Kategorie s nižším vzděláním ani jednou nevedla odpověď životní profese, studijní obor (na rozdíl od vyššího vzdělání, kde je zastoupena 23 % / 14 odpovědí). Výrazná je rovněž odchylka u odpovědí typu masmédiá a rodina (okruh nejbližších). Kategorie s nižším vzděláním zastupuje masmédiá v 22 % (5), na rozdíl od respondentů s vyšším vzděláním, kde je zastoupení této odpovědi v porovnání poloviční (11 % / 7). Ovlivnění rodinou ukazuje opět téměř 10 % rozdíl mezi oběma kategoriemi a to ve prospěch nižšího vzdělání 31 % (7) zastoupení.

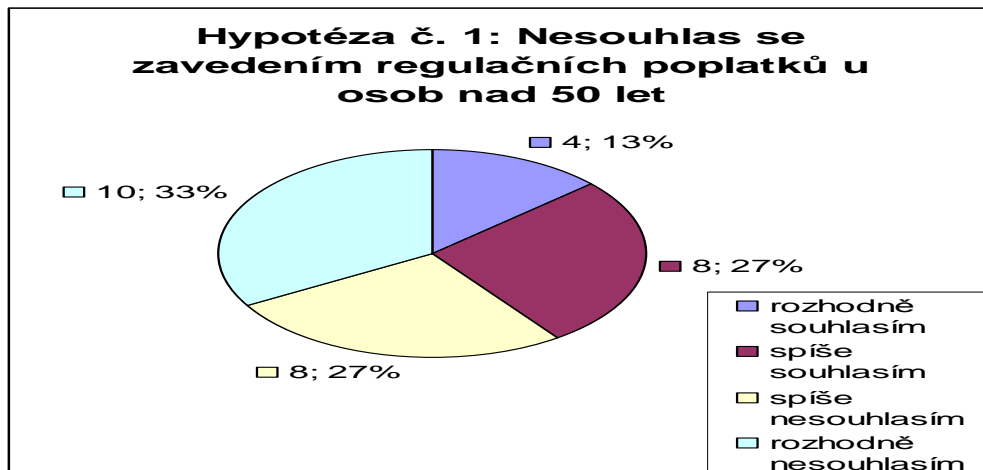
Rozdíly mezi pohlavími jsou následující: muži ve 37 % (7) svých odpovědí uvedli jako nejčastější stimul názor uznávané autority (ženy pouze 21 % / 14). Muži rovněž častěji uváděli jako zdroj informací masmédiá 25 % (6), ženy pak jen 12 % (8).

Rozdíl podle věku je evidentní nejvíce v kategorii 21-35 let, kdy respondenti nejčastěji uvedli rodinu, okruh nejbližších přátel a to v 51 % (11) (v ostatních kategoriích se vyskytoval podstatně méně, max. 20 %). Životní profesi ani jednou nevedla nejstarší skupina respondentů (nad 65 let), v ostatních se pak vyskytla nejvíce u věkové kategorie 36-50 let a to 28 % (9), dále 51-64 let 20 % (4) a v nejmladší 21-34 let pak pouze 5 % (1). Dalším zjištěním pak je, že odpověď typu masmedií přirozeně stoupá s výší věku. V nejmladší skupině tvoří 10 % (2), v nejstarší pak 20 % (2), stejně tomu je i u možnosti názoru uznávané autority, který rovněž s přibývajícím věkem stoupá.

6.2. Ověření a analýza stanovených hypotéz

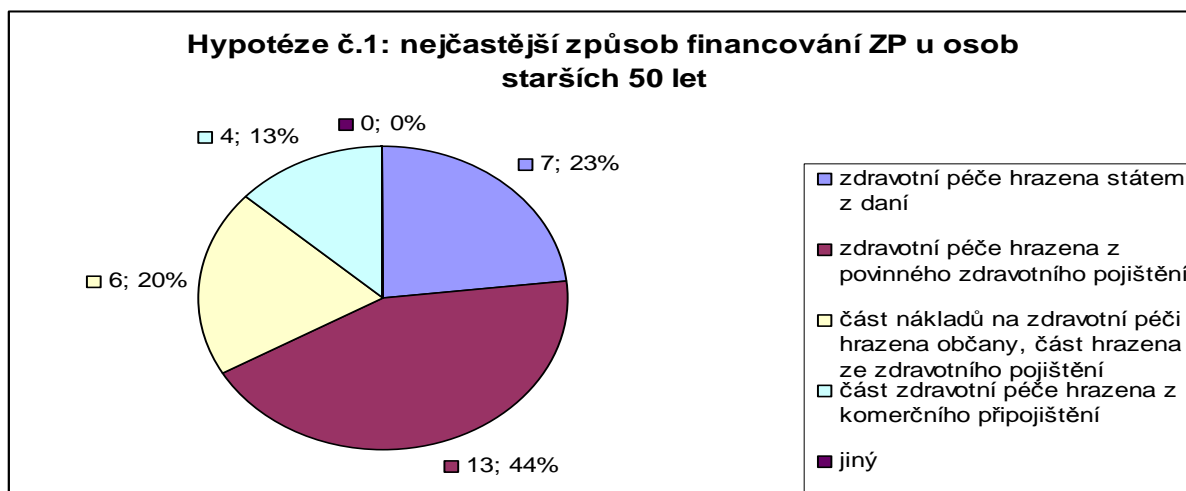
H 1: Předpokládám, že více než 50 % občanů starších 50 let nesouhlasí se zavedením regulačních poplatků a jako nejoptimálnější formu financování zdravotní péče uvádějí, alespoň ve 40 % , financování ze státního rozpočtu prostřednictvím daní.

Graf č. 33 : H1: Nesouhlas se zavedením regulačních poplatků u osob nad 50 let



Z výsledků grafu č. 33 je zřejmé že celkem 60 % (18) respondentů starších 50 let nesouhlasí se zavedením regulačních poplatků (naopak u osob mladších je tento podíl výrazně nižší a to 39 % / 21). První část hypotézy se tedy potvrdila.

Graf č. 34 : H1: Nejčastější způsob financování zdravotní péče u osob nad 50 let

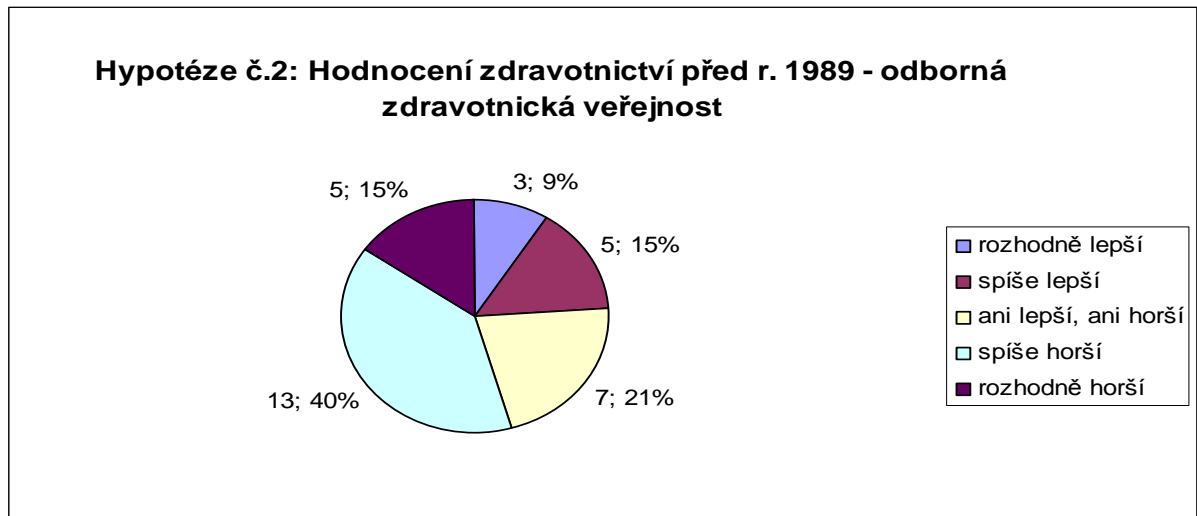


Druhá část hypotézy vykazuje pouze 23 % (7) pro volbu předpokládané nejčastější odpovědi „zdravotní péče hrazená státem z daní“. Převažující je ve 44 % (13) odpověď současného typu financování a to „Zdravotní péče hrazena z povinného zdravotního pojištění“. Vezmeme-li v úvahu, že však oba převažující typy platby za zdravotní péči jsou v případě „státních pojištěnců“, mezi něž patří i senioři nebo invalidní důchodci, financovány ze státní položky je evidentní, proč spoluúčast a komerční pojištění tvoří dohromady pouze 33 % (13) z celkového počtu. Na rozdíl od osob mladších (21-50 let), kteří v oblasti spoluúčastí odpověděli ve 45 % (23) a v oblasti státem financovaného zdravotnictví pak pouhými 15 % (8).

Porovnáme-li však samotné státem financované zdravotnictví s metodami volby pacientovi spoluúčasti, nepotvrzuje se nám druhá část hypotézy, neboť občané starší 50 let nevolí ani v ¼ pro ně jako nejoptimálnější způsob platby za zdravotní péči možnost financování prostřednictvím daní ze státního rozpočtu, ale přiklánějí se jako ostatní k všeobecnému (současnému) zdravotnímu pojištění, který tak v podstatě kopíruje předpokládané procentuální zastoupení u druhé části hypotézy.

H2: Předpokládám, že zdravotníci s více než 20 lety praxe ve zdravotnictví, hodnotí ve více než 60 % kladněji dnešní systém zdravotní péče, než-li systém zdravotnictví před rokem 1989.

Graf č. 35 : H2: Hodnocení zdravotnictví před rokem 1989 – odborná zdravotnická veřejnost



Z celkového počtu 36 zdravotníků bylo zpracováno pouze 33 odpovědí, neboť tři osoby z této skupiny respondentů nesplnily požadavek více než 20 let praxe ve zdravotnictví.

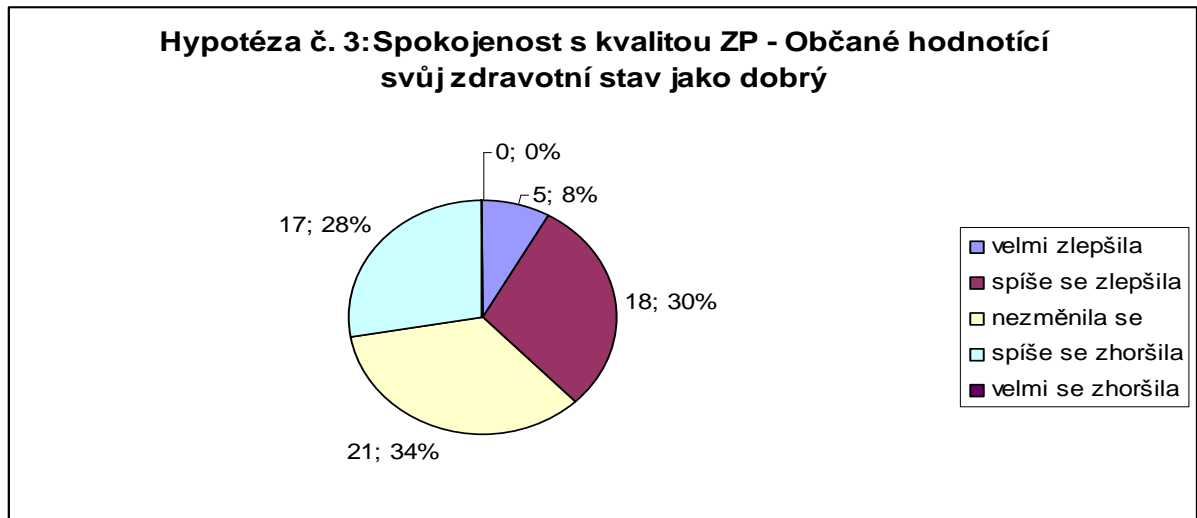
Je evidentní, že zdravotníci se přiklonili v nadpoloviční většině (55 % / 18) k názoru, že současné zdravotnictví je lepší, než systém socialistického zdravotnictví. Ve 24 % (8) se objevila odpověď, kdy bylo socialistické zdravotnictví hodnoceno kladněji. Podobné procentuální zastoupení (21 % / 7) pak zaujímá i středová varianta „ani lepší, ani horší“. (Zdravotníci s nižším počtem let praxe ve zdravotnictví pak zastupovali své odpovědi vždy jednotlivě a to: ani lepší, ani horší, rozhodně horší, spíše horší).

S ohledem na vzdělání zdravotníků ve dvou nejpočetněji zastoupených kategoriích a to středoškolské a vysokoškolské (protože v ostatních případech je velmi nízký počet respondentů, a proto by data nebyla relevantní) zjistíme, že středoškoláci v 54 % (13) hodnotili dřívější zdravotnictví negativněji než vysokoškoláci, ti ho jako horší ohodnotili s nižším rozdílem 4 % (tedy přesná polovina z řad vysokoškoláků). Hodnocení jako „lepší“ dosáhl minulý systém v porovnání s dnešním u středoškoláků jen ¼ (25 % / 6) zastoupení. U vysokoškoláků ještě méně a to pouhými 13 % (1).

Hypotéza č.2 tedy přesně neodpovídá předpokládanému počtu 60 % negativního hodnocení minulého zdravotního systému ze strany zdravotníků a tudíž s rozdílem 5 % potvrzena nebyla. Nicméně v porovnání kladného a záporného hodnocení pak jasně převládá negativnější (kritičtější) náhled na předchozí zdravotnické zřízení ve srovnání se situací dnes.

H 3: Předpokládám, že občané hodnotící svůj zdravotní stav jako dobrý, jsou alespoň v 60 % spokojenější s kvalitou zdravotní péče.

Graf č. 36 : H3: Spokojenost s kvalitou ZP – občané hodnotící svůj ZS jako špatný



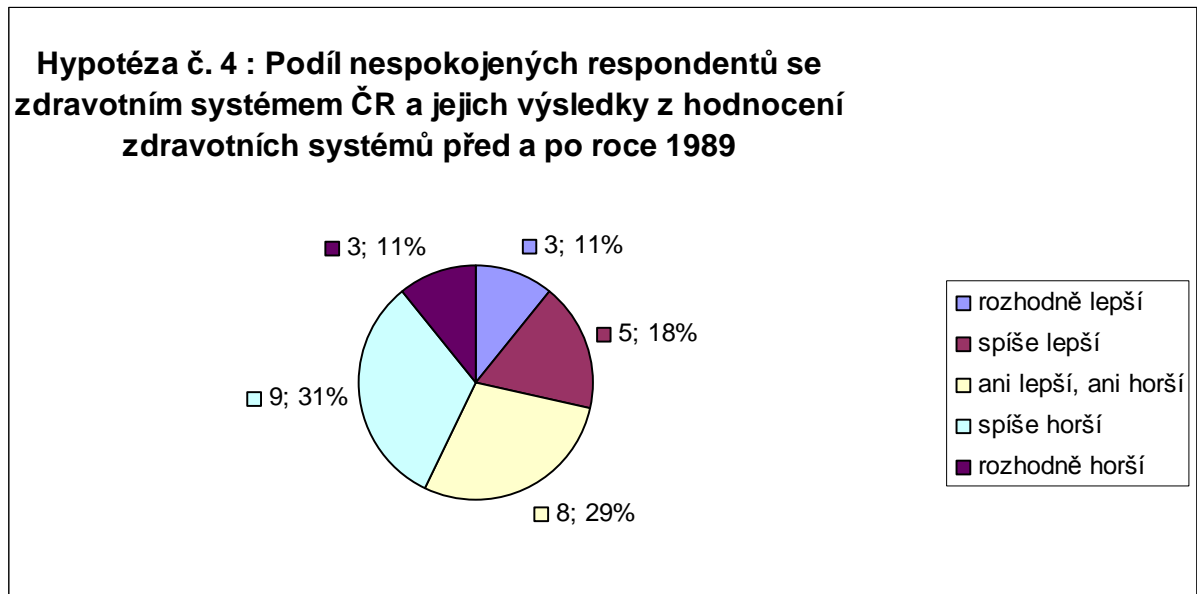
Je zřejmé, že občané s lepším (pozitivním) vnímáním svého zdraví jsou spokojenější s kvalitou poskytované zdravotní péče za uplynulý rok. Po sečtení odpovědí v pozitivním spektru získáme hodnotu 38 % (23), oproti tomu u horšího hodnocení se skupina respondentů s dobrým zdravím vyjádřila o 10 % méně (tedy 28 % / 17). Nezanedbatelná je však i složka, že se v posledním roce kvalita zdravotní péče vůbec nezměnila 34 % (21) odpovědí. Naopak jedinci se subjektivně hůře vnímaným stavem zdraví hodnotí v 57 % (4), že se zhoršila a pouze 14 % (1) z této skupiny respondentů jí hodnotí jako lepší (středová odpověď „nezměnila se“ se pak u obou skupin liší rozdílem 5 % a to ve prospěch respondentů s dobrým zdravím).

Hypotéza č. 3 tak byla vzhledem k předem stanovenému 60 % přesvědčení o spokojenosti s kvalitou zamítnuta, nicméně se potvrzuje fakt, že respondenti, kteří pozitivněji vnímají svůj zdravotní stav jsou pak i spokojenější s kvalitou poskytované péče a naopak.

H 4: Předpokládám, že občané jsou alespoň ve 30 % obecně spokojeni se současným zdravotním systémem ČR a občané, kteří udávají nespokojenost pak častěji (alespoň ve 40 %) uvádějí tvrzení, že systém zdravotní péče před rokem 1989 byl lepší.

Spokojenost se současným systémem zdravotnictví se objevila u 35 % (29) dotázaných. Počet nespokojených je pak jen o 1 % dotázaných nižší 34 % (28). Vyjádření ani spokojen, ani nespokojen pak bylo vyjádřeno u zbývajících 31 % (27) respondentů. První část hypotézy se sice prokázala jako pravdivá, nicméně s rozdílem mezi poměrem spokojenosti a nespokojenosti pouze 1 %, což je v podstatě rozdíl zanedbatelný (viz graf č. 15 – Spokojenost se zdravotním systémem ČR, str. 95)

Graf č. 37 : H4: Podíl nespokojených respondentů se zdravotním systémem při hodnocení spokojenosti zdravotních systémů před a po roce 1989



Z řad nespokojených respondentů (34 %) se systémem současného zdravotnictví při srovnání s odpověďmi o zlepšení či zhoršení současného zdravotnictví od roku 1989, se přiřadilo pouze 29 % (8) z oněch nespokojených respondentů, kteří hodnotí minulé zdravotnictví jako lepší. Převládá tak rovněž celkové tvrzení, že zdravotní systém před rokem 1989 bylo horší a to u 42 % (12) nespokojených.

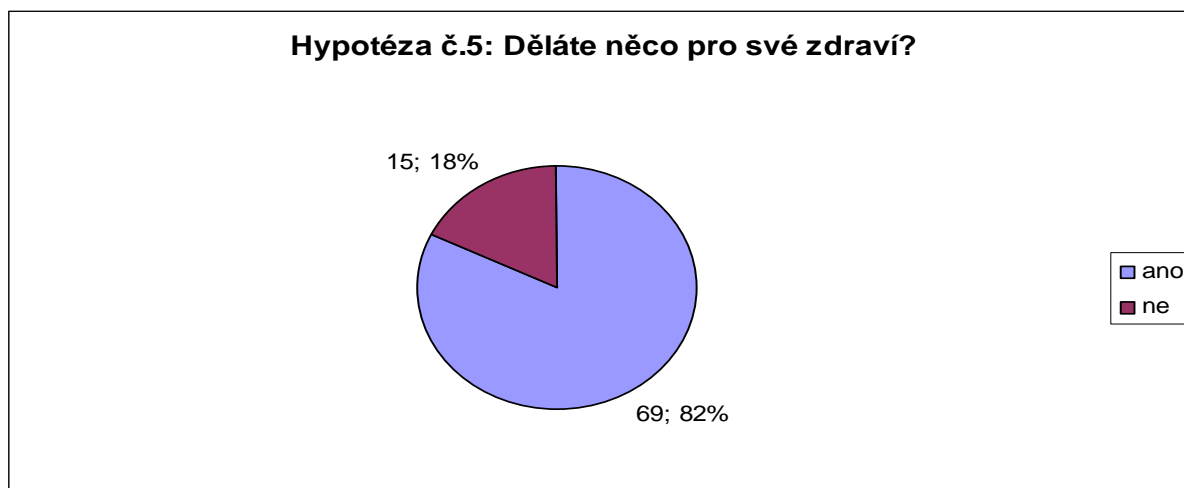
U obecně spokojených respondentů se zdravotním systémem nynější doby, se ke zlepšení situace zdravotnictví od roku 1989 přiklonilo 38 % (11) respondentů což je hodnota, která zároveň udává stejný počet (38 %) hodnocení minulé zdravotnictví jako horší. Dopočet pak tvoří odpověď ani lepší, ani horší.

Druhá část hypotézy se tedy neprokázala vůbec a není tudíž pravdou, že respondenti, kteří jsou nespokojení se současným systémem zdravotnictví se při hodnocení dřívějšího (socialistického) zdravotního systému přikláněli k hodnocení minulé zdravotnictví jako „lepšího“. Zaměřili bychom-li se důkladněji můžeme potvrdit opačnou teorii a to takovou, kdy respondenti, hodnotící současnou spokojenost se zdravotním systémem se při vyjadřování o zlepšení zdravotního systému po roce 1989 přiklánějí ve 38 % (11) k názoru, že dřívější zdravotní systém byl lepší. Procentuální rozdíl mezi lepším hodnocením minulé systému od současného je tak mezi současně spokojenými (38 % /11) a současně nespokojenými (29 % / 8) v rozmezí 9 % (ve prospěch současně spokojených).

Závěrem by bylo možné říci, že Ti, co jsou nespokojení nyní hodnotí i minulé zdravotnictví jako horší než ti, kteří jsou současně se zdravotnictvím spokojeni tak i předchozí systém hodnotí jako ve srovnání s nespokojenými lepší.

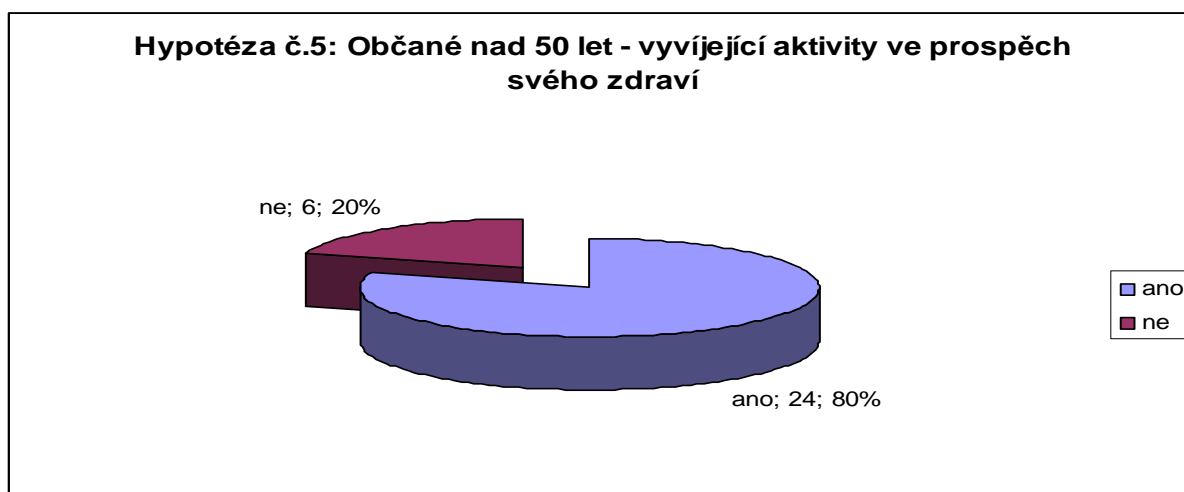
H 5: Předpokládám, že více než 80 % obyvatel ČR se dnes aktivně podílí na svém zdraví a nejnižší procentuelní zastoupení je pak ve věkové skupině starších 50 let.

Graf č. 38 : H5: Dělají občané něco pro své zdraví?



Občané se v 82 % (69) aktivně podílí na svém zdraví. První část hypotézy byla potvrzena.

Graf č. 39 : H5: Občané nad 50 let a aktivity směřující k podpoře zdraví



Z populace nad 50 let se aktivně podílí na svém zdraví 80 % (24), v porovnání se skupinou obyvatel mladších 50 let, která se na zdraví podílí 83 % (45), potvrzuje sice hypotézu, že nejnižší zastoupení mají obyvatelé starší 50 let, ale je to zanedbatelné s ohledem na počet respondentů.

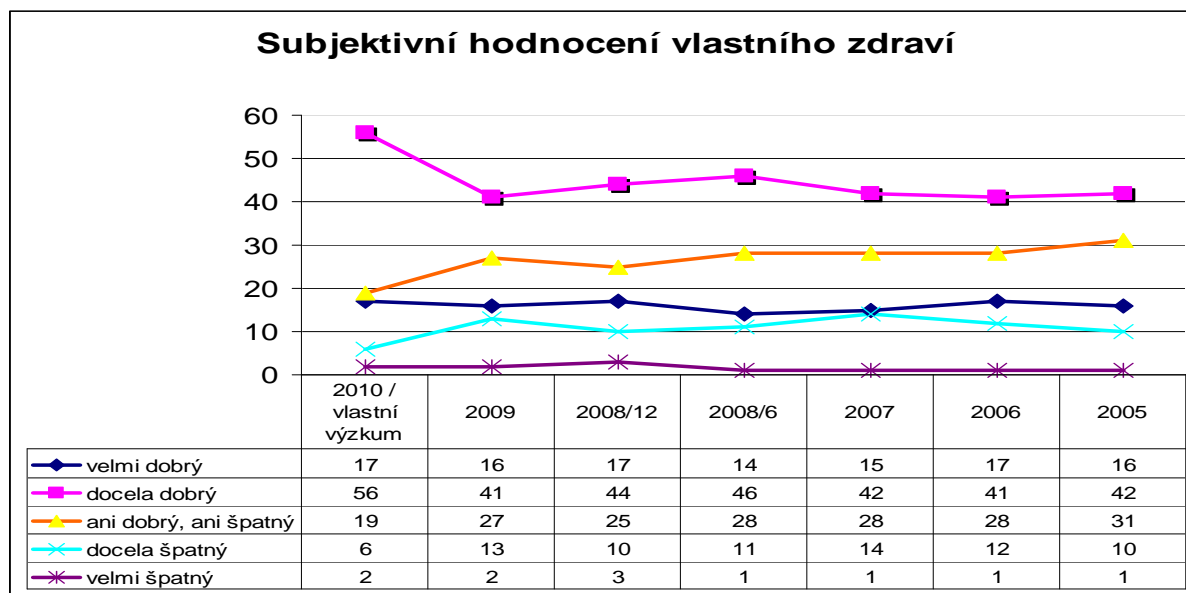
7. Komparace dosažených výsledků s ostatními studiiemi

Z výše uvedených teoretických souvislostí, které vyplývají z dlouhodobých poznatků vývoje systému a stavu zdravotnictví a na základě výsledků předešlých výzkumů mohou začít srovnávat vývoj postojů obyvatel ke zdraví a zdravotní péči u obyvatel ČR. Hlavní výzkumné srovnání se v mé práci týká šesti níže uvedených oblastí, kdy mnou zadané otázky ve vlastním dotazníkovém šetření vycházely v těchto šesti bodech právě ze stejného znění otázek, uvedených v předchozích výzkumech a to za účelem sledování vývoje změn u jednotlivých typů odpovědí. Výzkumy v hlavních šesti případech jsou srovnávané s jinými výzkumy za posledních 5 let maximálně. Zbylé oblasti pak již nejsou objektivně zcela srovnatelné, neboť jsou buď výrazně starší, nebo se liší zadáním jednotlivých otázek a výběru odpovědí. Tyto ostatní, však vzájemně si podobné výzkumy, pak slouží především k doplnění celkových informací o vývoji postojů obyvatel ke zdraví, zdravotní péči či všeobecně ke zdravotnictví a jeho problematickým oblastem.

7.1. Hlavní srovnávané oblasti výzkumu

7.1.1. Subjektivní hodnocení vlastního zdraví - srovnání

Graf č. 40 : Subjektivní hodnocení vlastního zdraví – časové srovnání



Ze srovnání hodnocení subjektivního zdraví za posledních 5 let (od roku 2005 kdy začala existovat středová odpověď ani dobrý, ani špatný) je patrné, že procentuální výskyt odpovědí se mění jen pozvolna a tak jsou hodnoty vždy velmi podobné. Porovnám-li vlastní dotazníkové

šetření s předešlými výzkumy vidím následující rozdíly: za nejvyšší odchylku s předešlými roky lze brát navýšení hodnoty odpovědí u hodnocení zdraví respondenty jako „docela dobré“ (56 %) v porovnání s předchozím rokem je toto navýšení 15 % a i od nejvyšší dosažené hodnoty v předešlých letech se liší nárůstem o 10 % (z předchozích šetření bylo nejvyšší procento této odpovědi v roce 2008 (červen) a to celkem 46 %. Další významnější diferencí vyplývající ze srovnání výzkumů je 8 % snížení oproti minulému roku u odpovědi „ani dobrý ani špatný“ a to z předchozích 27 % odpovědí (2009) oproti současným 19 %. Tato odpověď měla největší zastoupení v roce 2005 a to 31 %, což svědčí o 12 % snížením v porovnání s rokem 2010. Třetí hlavní rozdíl byl pozorován u odpovědi „docela špatný“. Současných 6 % výskytu u této odpovědi ukazuje snížení o 7 % v porovnání s rokem 2009 a 8 % s rokem 2007 (kdy měla tato odpověď nejvyšší výskyt). Srovnáme-li poslední dvě možné odpovědi a to odpověď „velmi dobrý“ a „velmi špatný“ zjistíme, že křivky v podstatě kopírují předešlý trend a pohybuje se v obou případech s rozdílem 1-3 %. Přičemž hodnocení velmi dobrý se vyskytuje průměrně v 16 % odpovědí a hodnocení velmi špatné pak v průměru odpovědí přibližně 1,6 %.

Sledujeme-li celkové hodnocení subjektivně vnímaného zdraví s postupem času zjistíme, že se snižuje počet odpovědí vyskytujících se u hodnocení zdraví jako ani dobré, ani špatné, mírně se snižuje hodnocení zdraví celkově jako špatné a pozitivní nárůst je pak zaznamenán v hodnocení zdraví jako všeobecně dobré. Vlastní výsledky z dotazníkového šetření však nemohou zajistit přesná, relevantní data vzhledem k nízkému počtu respondentů.

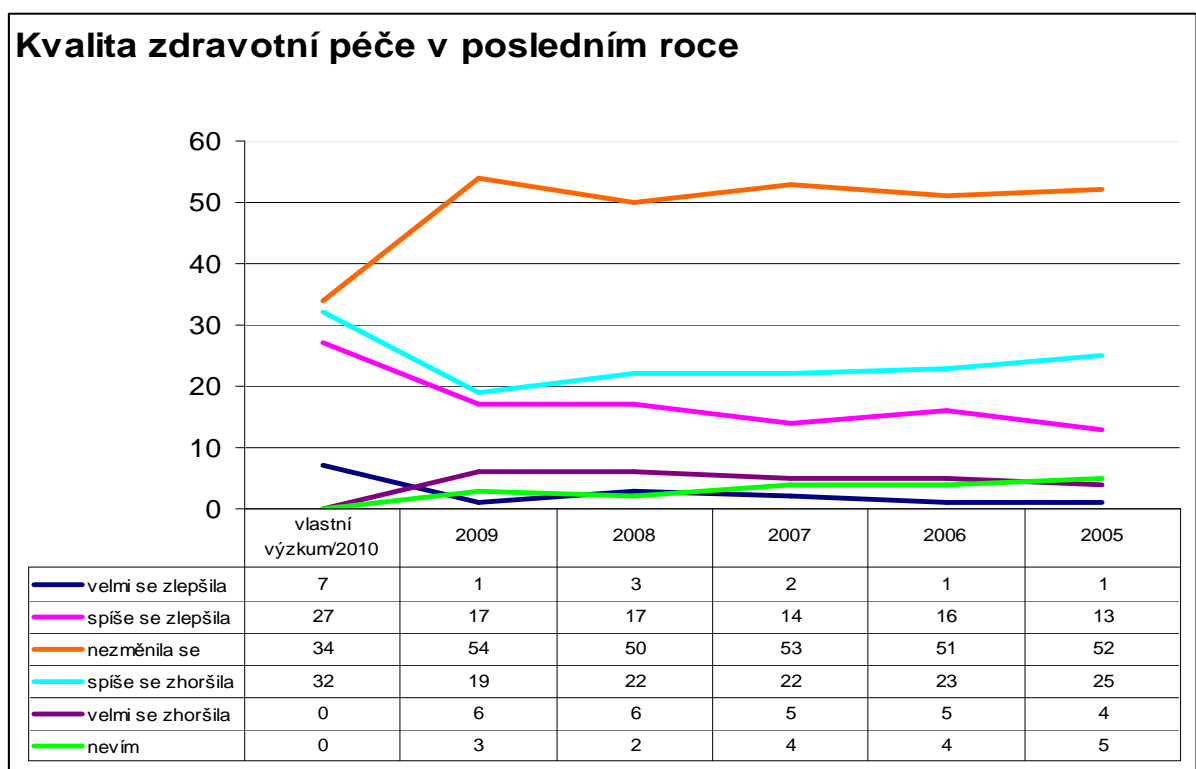
Sociodemografické analýzy této otázky byly zaznamenány shodně při hodnocení vlastního výzkumu i podle analýz CVVM. Je zřejmé, že osoby přicházející do staršího věku začínají subjektivně hodnotit své zdraví jako horší na rozdíl od skupin věkově mladších. Rozdíl je též zřejmý podle stupně dosaženého vzdělání a to ve výsledku, kdy občané s nižšími formami vzdělání hodnotí své zdraví jako horší, než občané, kteří dosáhli vzdělání alespoň středoškolského.

7.1.2. Hodnocení kvality zdravotní péče v posledním roce - srovnání

Hodnocení kvality zdravotní péče za uplynulý rok, se ukázalo podle mého průzkumu jako výrazně odlišné. Zatímco v předešlých výzkumech, do roku 2009, se trend změn vyvíjel pozvolna, či udržoval stagnující tendenci, po mnou provedeném šetření vypadá následovně: největší změnou je v roce 2010 navýšení o 23 % tvrzení, že se kvalita péče spíše zhoršila (oproti roku 2009, kdy byl zaznamenán největší sestup této odpovědi vůbec na 19 %) a je tedy

pravým opakem očekávaného předchozího vývoje. Dalším skokem je pak snížení odpovědí o 20 % v hodnocení respondentů, že se nezměnila (v roce 2010 dosáhla 34 % zatímco v roce 2009 54 %). Rozdíl navýšení o 10 % od předešlého roku byl pak patrný v odpovědi „spíše se zlepšila“ (v roce 2009 tuto variantu zvolilo 17 % respondentů). Tato odpověď zvýrazňuje pozitivní růst, s ohledem na předchozí léta. Nulového zastoupení se v mém šetření (2010) dostalo odpovědím „velmi se zhoršila“ a odpovědi „nevím“ (odpověď nevím nebyla však v mém dotazníku zprostředkována. Vycházím však z předpokladu, že v každém dotazníku byla odpověď uvedena, protože respondenti byli hned v úvodu informováni, že nebudou-li nějakou otázkou vědět, rozumět, či na ni nebudou chtít odpovědět, nechají ji jednoduše nezodpovězenou. Proto jsem označila jako nulové procento zastoupení ve svém dotazníku odpověď „nevím“). Nulové zastoupení u odpovědi „nevím“, tak zvýraznilo postupný trend jejího snižování v čase. Naopak nulové zastoupení u odpovědi „velmi se zhoršila“ je pravým opakem předchozího postupně rostoucího vývoje.

Graf č. 41 : Kvalita zdravotní péče – časové srovnání

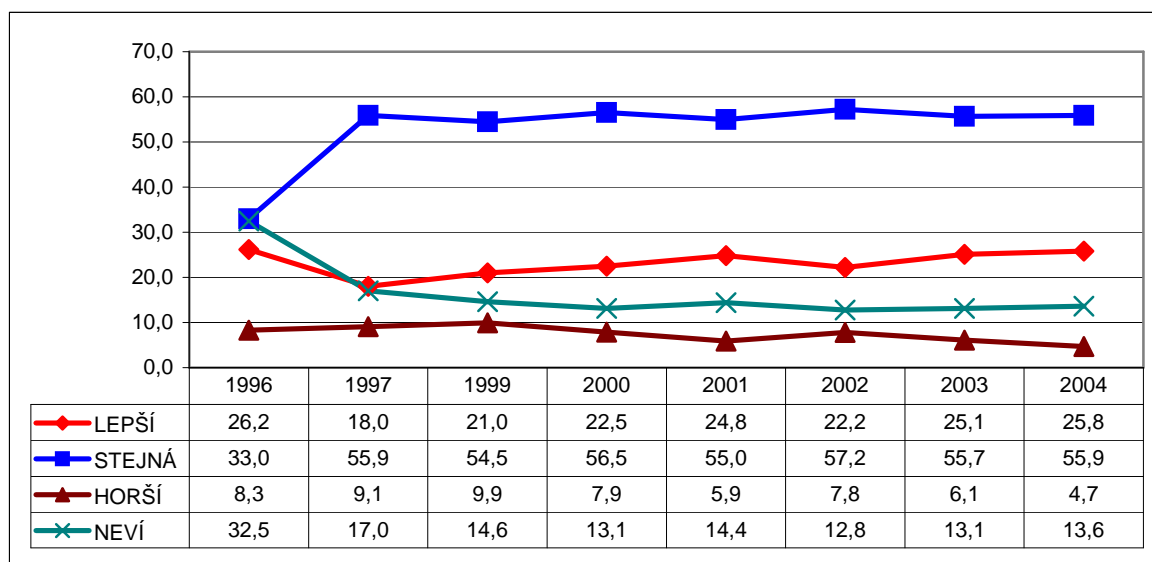


Potvrdili se rovněž předchozí analýzy a to sice, že občané, kteří hodnotí subjektivně vnímané zdraví jako dobré, vykazují ve větším zastoupení - 38 % že se zlepšila a s rozdílem nižším o 10 %, že se kvalita v uplynulém roce nezlepšila. Současně i občané s vyšším vzděláním (středoškolské, vyšší odborné, vysokoškolské) u nichž lze očekávat přiměřeně

dobrou životní úroveň, vykazují rozdíl v hodnocení zlepšení kvality. Zatímco u analýzy výzkumů CVVM se potvrdilo, že lidé uvádějící dobrou životní úroveň se ve větší míře domnívají, že se péče v posledním roce zlepšila a v menší míře, že se zhoršila tak analýza z mého výzkumu ukazuje na shodné, 34 % zastoupení vykazující zlepšení jak u nižšího, tak u vyššího vzdělání. Opačný názor této analýzy je již opět shodný a to, že lidé deklarující špatnou životní úroveň (v mém případě nižší vzdělání) se potvrdila s rozdílem 10 % ve prospěch nižšího vzdělání, kteří jsou ve 40 % přesvědčeni, že se zhoršila.

Jako doplňující může také sloužit obdobný výzkum agentury INRES-SONES probíhající v letech 1995-2004.

Graf č. 42 : Kvalita poskytované lékařské péče – občané



(zdroj: agentura INRES-SONES, 2004)

Budeme-li, pro náš účel, považovat na stejné úrovni odpověď „nezměnila se“ z výzkumu CVVM a odpověď „stejná“ z výzkumu agentury INRES-SONES, zjistíme, že v obou grafech a ve většině letech se křivka blíží přibližně 50 % zastoupení této středové odpovědi. Výjimku tvoří rok 1996 kdy jakou „stejnou“ hodnotilo kvalitu zdravotní péče za uplynulý rok 33 % respondentů. Poté následovalo ono v průměru přibližně 50 % zastoupení, které by v domyšleném protnutí obou grafů trvalo až do roku 2010, kdy z výsledků mého vlastního šetření se tato hodnota opět přiblížila k 34 %. Rozdíly v těchto výzkumech jsou jasně patrné u odpovědi „nevím“. V letech 1996-2004 (u výzkumu agentury INRES-SONES) se průměrné hodnoty této odpovědi pohybovaly okolo 16 % z uvedených odpovědí (v roce 1996 dokonce dosáhli 32,5 %), zatímco v letech 2005-2010 byly hodnoty této odpovědi výrazně nižší a tvořili

pak v průměru 3 %. Hodnocení lepší a horší není v letech 1996-2004 více specifikováno a tak se po sečtení hodnot velmi zlepšila, spíše se zlepšila (používaných od roku 2005 v CVVM) dostáváme na průměrné hodnoty 23 % v období 1996-2004 (u agentury INRES-SONES) a následujícím období 2005-2010 pak na průměrnou hodnotu přibližně 20 %. Představíme-li si spojenou křivku za obě období, bude z ní vycházet patrný mírný průměrný pokles pro pozici lepšího hodnocení kvality zdravotní péče za každý předešlý rok. Naopak při zjišťování horší kvality za poslední rok, by byl vidět mírný nárůst této negativní odpovědi od roku 1996 až do roku 2010 (po součtu hodnot v obou grafech, kdy se mezi lety 1996-2004 dostaneme na průměrnou hodnotu 7,4 % v odpovědi „horší“ a v letech 2005-2010 pak na průměrnou hodnotu 8,4 % po sečtení odpovědí „spíše se zhoršila, velmi se zhoršila“).

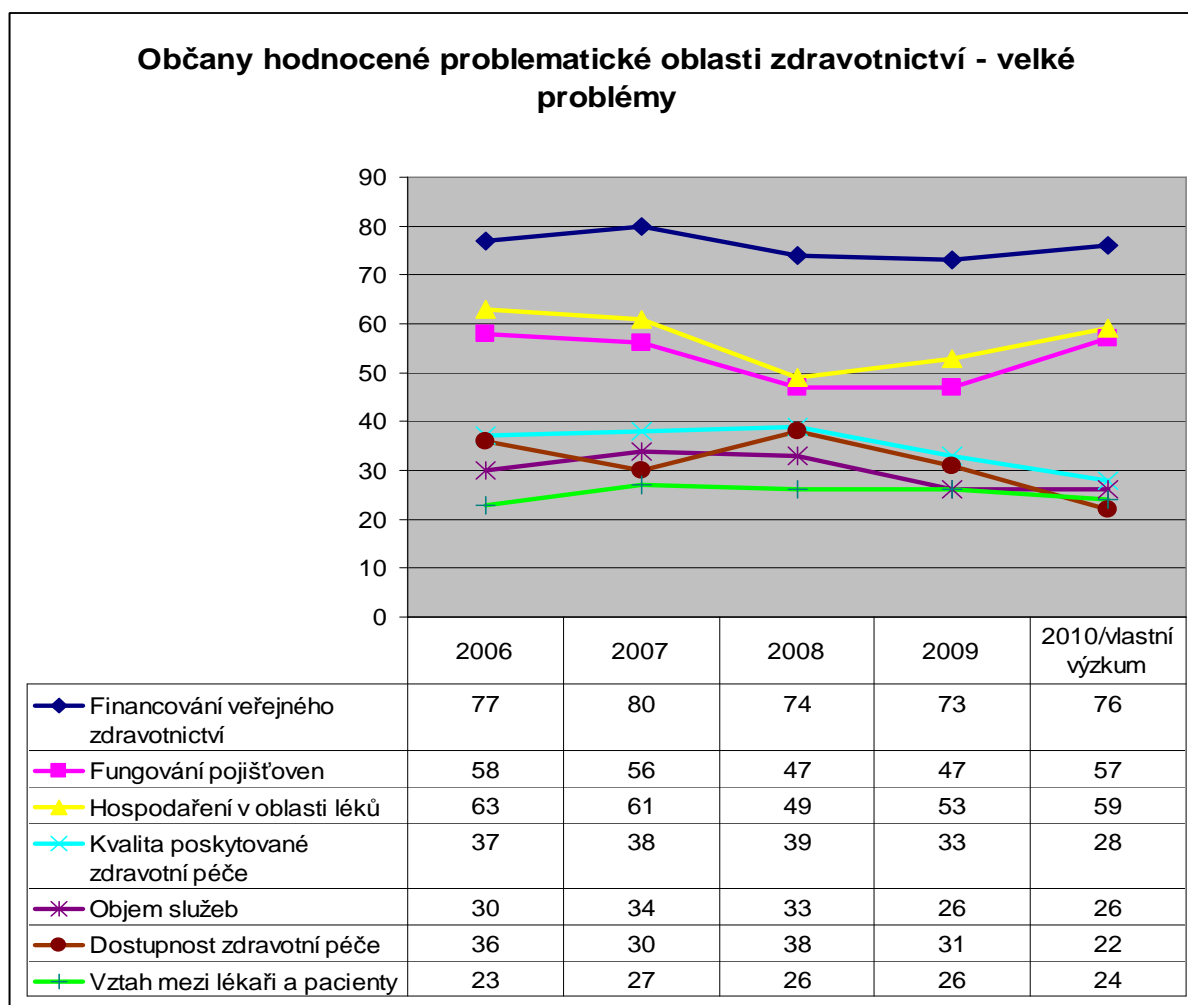
V závěru lze tedy říci, že občané hodnotí nejčastěji kvalitu v uplynulém roce, tak že se nezměnila. Sestupný trend mělo, s výjimkou mnou provedeného výzkumu, hodnocení kde občané uváděli, že se za poslední rok zhoršila. vzestupný i když mírný trend pak lze zaznamenat v případě zlepšování kvality.

7.1.3. Problematické oblasti zdravotnictví - srovnání

V této oblasti se již tradičně objevují nejčastější odpovědi ve smyslu výskytu velkých problémů u oblastí: financování veřejného zdravotnictví, fungování pojišťoven a hospodaření v oblasti léků. Výskyt menších problémů pak občané tradičně prezentují u oblastí: kvality zdravotní péče, dostupností péče, objemem služeb (myšleno celkově jako služby poskytované veřejným sektorem) a vztahem mezi lékaři a pacienty.

Podle časového srovnání z grafu č. 43 je evidentní, že největším rostoucím trendem se jeví hospodaření v oblasti léků. Od roku 2006 sice začalo docházet k postupnému snižování, ale od roku 2008 má opět rostoucí směr. Podobně tuto křivku kopíruje i oblast problematiky fungování pojišťoven. Největší problém se dlouhodobě občanům jeví v oblasti financování veřejného zdravotnictví. Od roku 2006 převyšuje stále ¾ negativních odpovědí. Pozitivní pohled se nám vyskytuje při sledování ostatních oblastí. Respondenti ji vnímají dlouhodobě jako oblast s menšími problémy a výsledkem toho je, že křivka problematičnosti v těchto oblastech, na rozdíl od výše zmíněných, klesá.

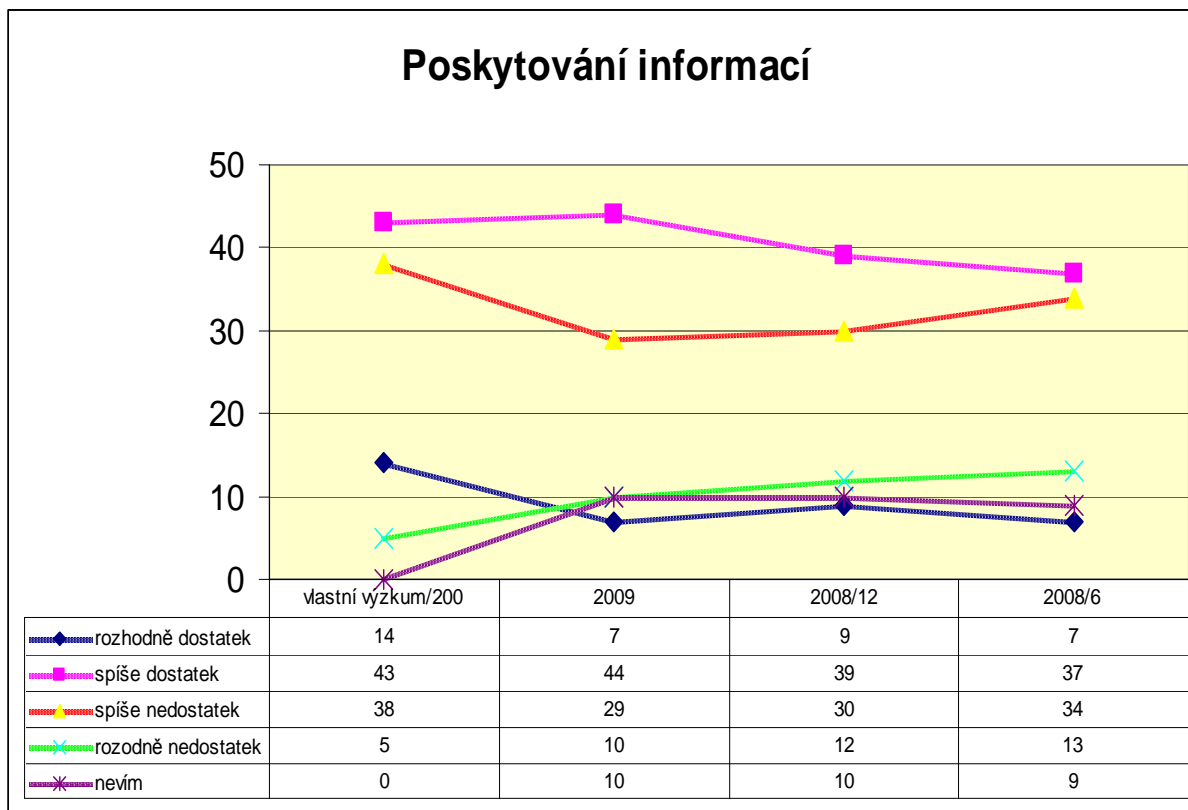
Graf č. 43 : Problematické oblasti zdravotnictví – časové srovnání



Ostatní výzkumy, zabývající se problematickými oblastmi ve zdravotnictví, nelze porovnat jednoznačně, protože se některé typy otázek i odpovědí různí. Nicméně vezmeme-li stejné znění otázek zjistíme, že podle agentury Inres – Sones (2004) občané ČR hodnotí jako nejproblematictější oblast českého zdravotnictví rovněž financování a to v 73 %. Po porovnání s vývojovým trendem, které vyplývá z výše uvedené tabulky, je toto hodnocení prakticky totožné a může tak bez většího výkyvu doplnit stagnující křivku za rok 2004. Také u problematiky fungování zdravotních pojišťoven, které je podle výzkumu za rok 2004 zastoupeno ve 45 % odpovědí, se projevuje obdobný vývojový trend jako v předcházející tabulce. Nejvíce se tím přibližuje roku 2008 a 2009 kdy podle výsledků CVVM dosáhla oblast fungování pojišťoven 47 % odpovědí (od respondentů domnívajících se, že v této oblasti jsou velké problémy). Rovněž s celkově stávajícím a obdobným pozitivním trendem je hodnocena v tomto výzkumu agentury INRES-SONES úroveň lékařské péče a přístup lékařů a ostatního personálu k pacientům.

7.1.4. Poskytování informací - srovnání

Graf č. 44 : Hodnocení poskytování informací – časové srovnání



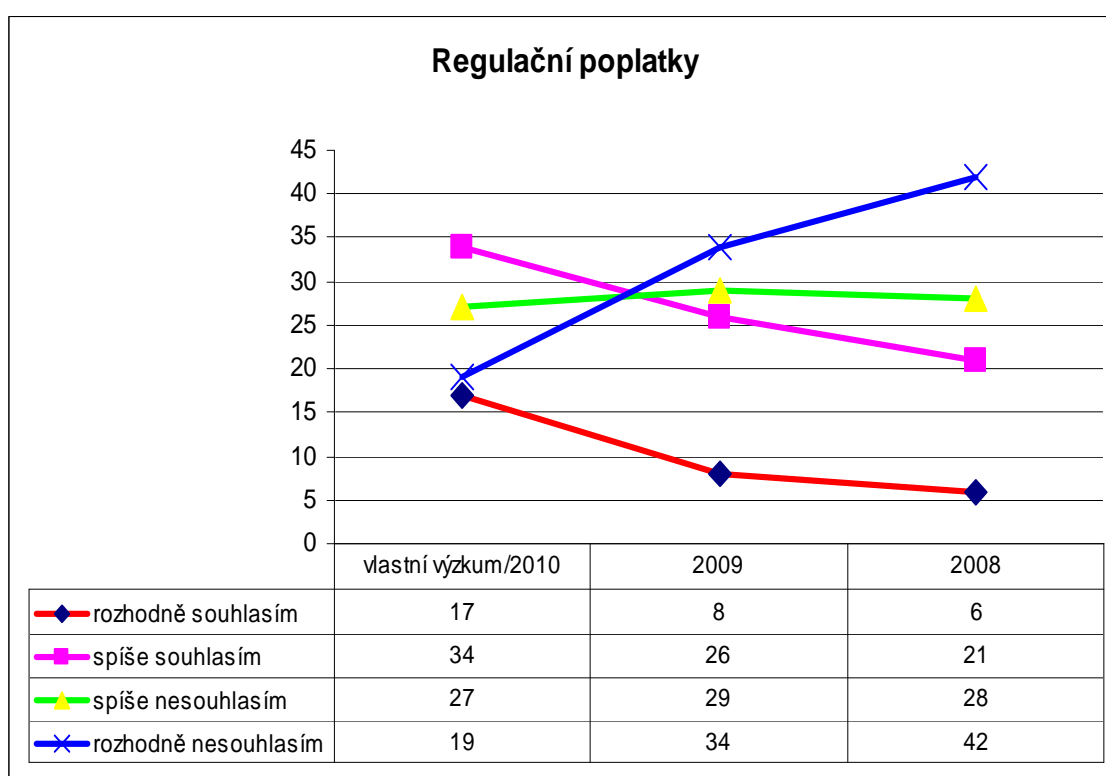
Nejvýraznějším rozdílem za poslední rok se stalo navýšení o 9 % v odpovědi „spíše nedostatek“. Z předchozích 29 % a po navýšení na 43 % tak přerušil postupně klesající trend výskytu této pro zdravotníky negativní odpovědi. Zvýšilo se však i procentuální zastoupení u odpovědi „rozodně dostatek“. Tento nárůst byl o 7 % (z původních 7 % v roce 2009 na současných 14 %). Jednoprocentní pokles pak zaznamenala od minulého roku odpověď „spíše dostatek“, která se však v dlouhodobém horizontu dosud jevila jako přirozeně stoupající. Nespokojenost v odpovědi „rozodně nedostatek“ vyjádřili respondenti nejvíce v červnu 2008 a od té doby postupně klesají (v roce 2010 pak zaznamenaly pouze 5 % výskyt což svědčí o snížení výskytu této odpovědi od roku 2009 o 5 %). Sečteme-li celkově pocit dostatku a nedostatku informací poskytovaných pacientům od zdravotního personálu převládá v roce 2010 v 57 % názor, že informace jsou dostačující. Od roku 2009 tvoří pak tato hodnota nárůst o 6 %, od roku 2008 (prosinec) pak 9 %. Lze tedy soudit, že v dlouhodobém hledisku roste pozitivní hodnocení pacientů a dostatečné informovanosti ze strany zdravotníků.

V mém vlastním výzkumu se rovněž ukázal rozdíl v hodnocení dostatku a nedostatku informací podle současného hodnocení zdravotního stavu. Osoby, které hodnotí svůj zdravotní

stav hůře pak ve 14 % svých odpovědí uvedli, že pocítují nedostatek informací ze strany zdravotníků, oproti tomu osoby s lepším subjektivně vnímaným zdravím pak nedostatek informací uvedli pouze v 5 %. Stejně jako předchozí se potvrzuje analýza uvedená také ve výsledcích CVVM a to, že na tuto oblast má vliv i maximální dosažené vzdělání. Osoby s nižším vzděláním hodnotí kladněji dostatek informací od zdravotníků (70 %) zatímco osoby vzdělanější jen v 52 % svých odpovědí.

7.1.5. Regulační poplatky - srovnání

Graf č. 45 : Souhlas se zaváděním regulačních poplatků – časové srovnání



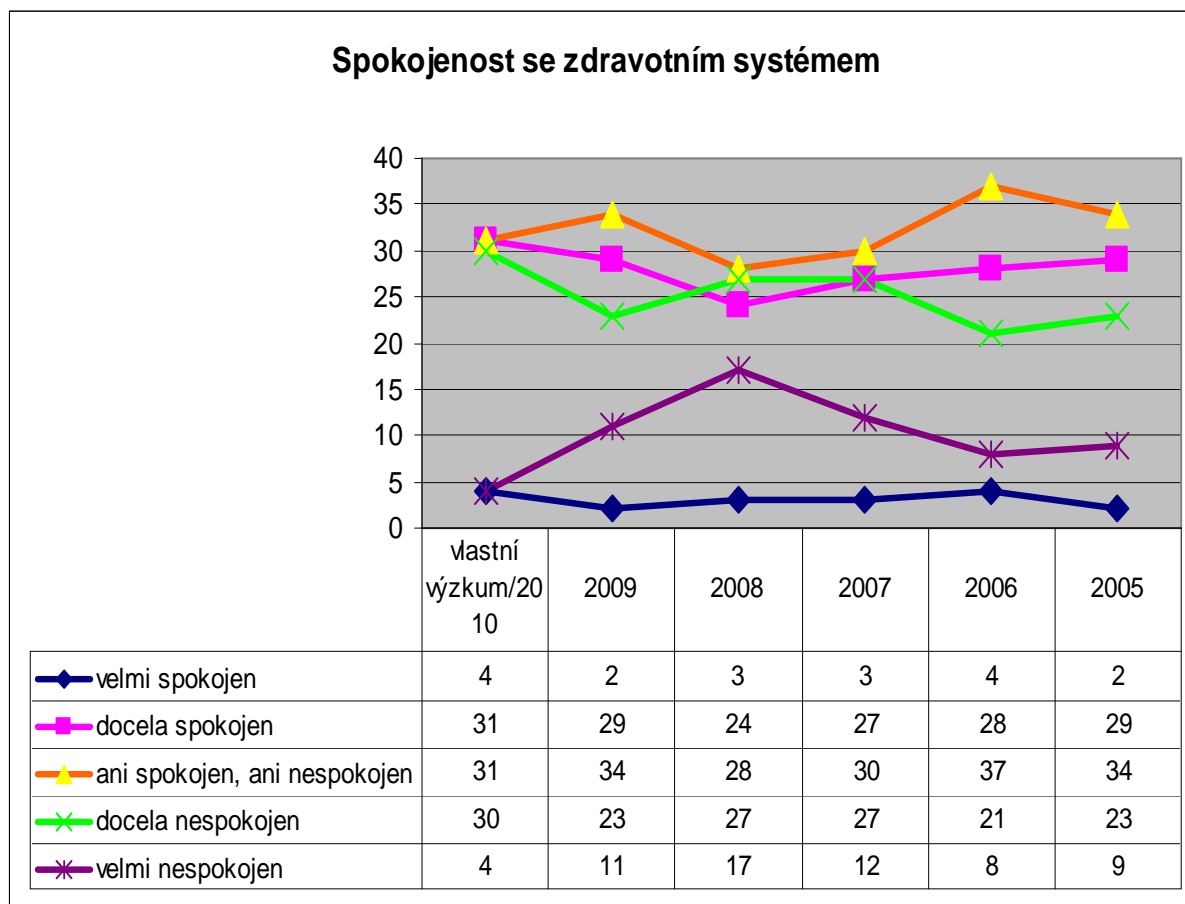
Z výsledků tohoto grafu je patrný zřejmý trend ústupu od negativního postoje, který regulační poplatky na začátku svého zavedení do praxe u většiny obyvatel vyvolaly. Nejvýrazněji klesá odpověď „rozhodně nesouhlasím“. Z původních 42 % v roce 2008 se dostala na současných 19 %. Propad tohoto tvrzení je tedy více než poloviční. V odpovědi „rozhodně souhlasím“ je pak nárůst od roku 2008 do současnosti zhruba 14 % procent. Odpověď „spíše souhlasím“ se objevila v porovnání s rokem 2008 častěji ve 13 % odpovědí (za rok 2010). Sečteme-li poměry celkových zastoupení u odpovědí souhlasím/nesouhlasím. Zjistíme, že postupně narůstající souhlas se zavedením regulačních poplatků ve zdravotnictví, pak vytlačuje přímou měrou procento nesouhlasných odpovědí s jejich zaváděním do praxe.

Zhodnotíme-li sociodemografické analýzy dojdeme k závěru, že vliv na souhlas se zaváděním regulačních poplatků má věk i vzdělání. Osoby starší projevují spíše nesouhlas, zatímco respondenti mladší generace počítají častěji i do budoucna ještě s možným zvýšením takové, nebo jí podobné spoluúčasti. Lidé s nižším vzděláním se pak obecněji rovněž staví s větším nesouhlasem k zavádění jakýchkoli forem finanční spoluúčasti, než osoby s vyšším vzděláním a v tom případě také s předpokládaným vyšším životním zázemím.

Podle výsledků agentury STEM, která pozorovala v době vstupu (leden 2008) platnosti regulačních poplatků do praxe, názory občanů na to, co regulační poplatky přinesou, je možné následující stručné tvrzení: pouze 2/5 respondentů se domnívají, že zavedení poplatků ohrozí dostupnost zdravotní péče. Dále se 49 % respondentů domnívalo, že zavedením poplatků za léky sníží jejich plýtváním. Celkem 81 % obyvatel je přesvědčeno, že zavedení poplatků za pobyt v nemocnici nepovede ke zkvalitnění lékařské péče v nemocnicích.

7.1.6. Spokojenost se zdravotním systémem ČR - srovnání

Graf č. 46 : Spokojenost občanů se zdravotním systémem ČR – časové srovnání



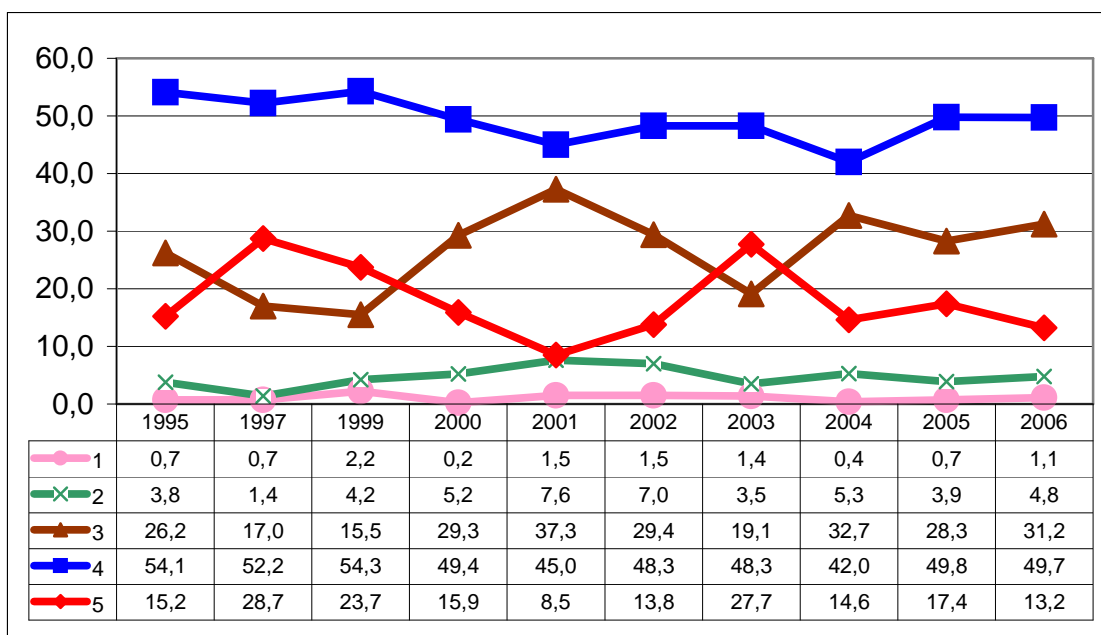
Výsledky grafu č. 46 vyjadřují v roce 2010 podíl spokojených (35 %) a nespokojených (34 %) a znázorňují tak v porovnání se stavem spokojených (31 %) a nespokojených (34 %) z roku 2009 stejné procentuální zastoupení u odpovědí nespokojených a 4 % nárůst spokojených respondentů se současným systémem zdravotnictví. Dále je patrné, že se od roku 2008, kdy byl podíl velmi nespokojených 17 % snížilo toto hodnocení v roce 2010 na doposud nejnižší hodnotu (4 %). Zároveň však vykazuje postupnou rostoucí tendenci odpověď docela nespokojen. V roce 2010 se tato odpověď zvedla z 23 % (2009) na 30 %. Od nejnižšího výskytu této odpovědi v roce 2006 činí tento rozdíl 9 %. Procento velmi spokojených respondentů se nám oproti loňskému zvýšilo o 2 %. Nicméně si stále zachovává průměr této spokojenosti přibližně okolo 3 %. Přibývá rovněž procento docela spokojených. Od nejnižšího počtu docela spokojených, který klesl v roce 2006 na 24 % má za následující dva roky opět vzrůstající směr (29 % / 2009 a 31 % / 2010).

Analýzy potvrdili, že větší procento spokojených deklaruje častěji občané s nižším vzděláním. Tito respondenti se také častěji než k odpovědi nespokojen přikláněli spíše k volbě středové odpovědi „ani spokojen, ani nespokojen“. Naopak osoby s vyšším vzděláním a předpokládanou dobrou životní úrovní hodnotí tuto oblast zdravotnictví kritičtěji. Podle výše věku stoupá nespokojenost se zdravotním systémem. Osoby ve věku 36-51 let jsou v oblasti spokojenosti se zdravotním systémem méně kritické, než osoby z ostatních věkových kategoriích. Respondenti, kteří dosáhli věku 65 let a více jsou však již ve svých odpovědích výrazněji kritičtější než všichni ostatní.

Agentura INRES-SONES se této oblasti rovněž obdobně věnovala ve výzkumu v letech 1995-2006. Porovnání výsledků výzkumu se stavem v minulých letech ukázalo, že v posledním uvedeném roce (2006) došlo ve srovnání s rokem 2005 k mírnému snížení kritičnosti v nazírání na celkový stav zdravotnictví. Nejvýrazněji kritická pak byla veřejnost v letech 2003 a 1997. Je možné, že svoji úlohu v roce 1997 mohl sehrát možný vliv změny výkonového (bodového) systému za kapitační a z toho vyplývající vystupňovaná nedůvěra pacientů v lékaře, kteří domněle „jen sbírají body“.

Výsledky z jednotlivých výzkumů tak poukazují na střídání převažující spokojenosti a nespokojenosti (dost pravděpodobně podle toho, zdali se ve zkoumaném roce, provedlo nějaké významné právní opatření, reforma, či regulace zdravotní péče). Nicméně se dá říci, že především v posledních letech přibývá procento nespokojených.

Graf č. 47 : Vývoj hodnocení stavu zdravotnictví v letech 1995 – 2006

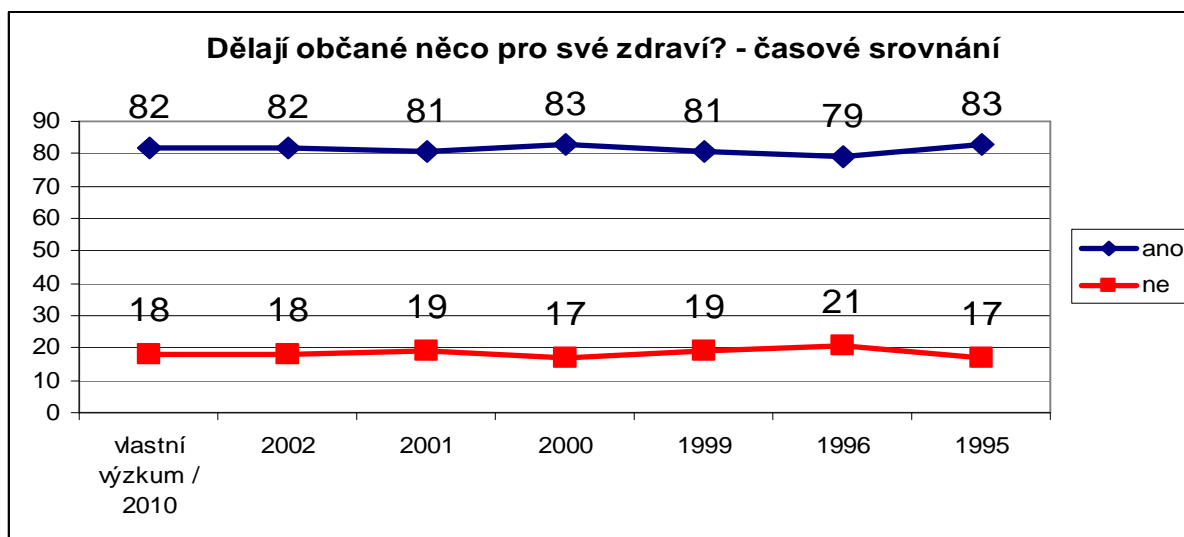


Legenda: 1 – bez problémů; 2 – drobné problémy; 3 – ojediněle vážné problémy; 4 – řada vážných problémů; 5 – hrozí zhroucení celého systému .
(zdroj: STEM 2006)

7.2. Srovnání dat z doplňujících výzkumů

7.2.1. Intervence občanů k podpoře zdraví

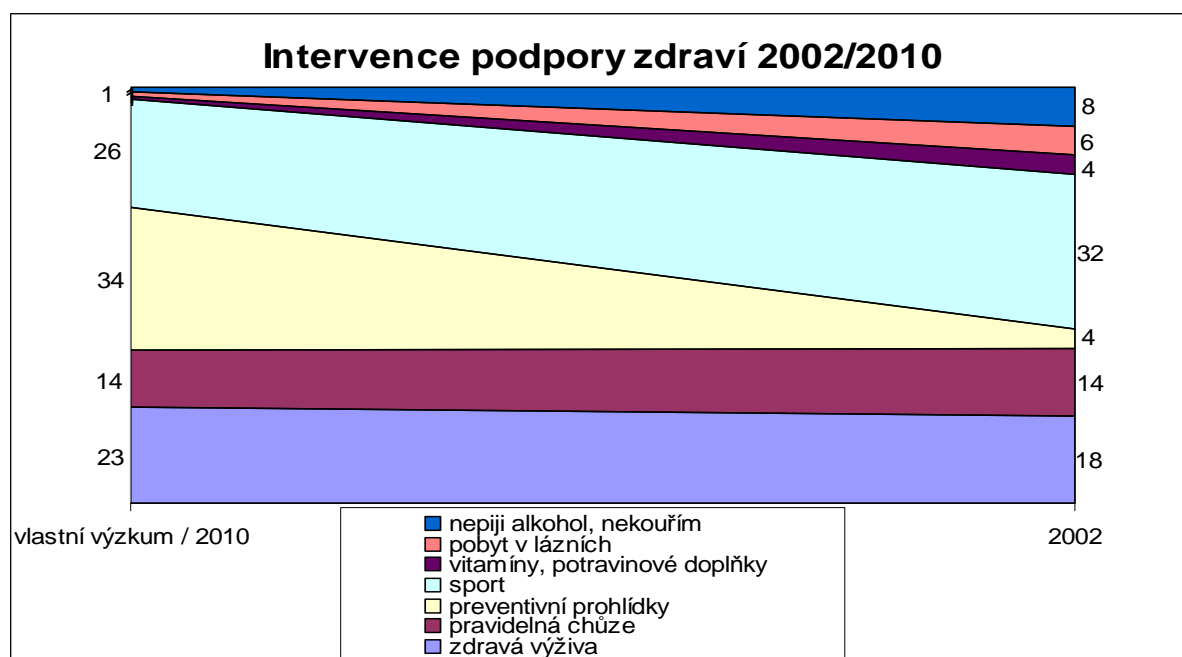
Graf č. 48 : Dělalí občané něco pro své zdraví – časové srovnání



Z hodnot výsledků CVVM z roku 2002 existuje sedmileté srovnání vývoje postojů obyvatel, které vyjadřuje míru pozornosti a jednotlivé aktivity sloužící k podpoře vlastního zdraví občanů. Do roku 2002 existovaly tři možnosti odpovědi (ano pravidelně, ano občas,

vůbec ne). V mém dotazníku jsem volila pouze variantu odpovědí ano/ne. Po součtu odpovědí ano občas a ano pravidelně z předchozího dotazníku, jsem pak získala potřebné údaje, které jak se následně ukázaly kopírují s přesnými hodnotami rok 2002. V časovém srovnání se tak potvrzuje, že zhruba 4/5 (80 %) respondentů pro své zdraví nějaké aktivity vyvíjí. Průměr hodnot které znázorňují, že občané pro své zdraví žádné aktivity nevyvíjejí se pak v tomto časovém horizontu pohybuje okolo 20 %. Výrazné výkyvy v nárůstu nebo snížení těchto intervencí se od roku 1995 do současnosti podle těchto výsledků tedy nejeví.

Graf č. 49 : Intervence podpory zdraví občanů – časové srovnání



V závislosti na druhu vyvíjených intervencí měly občané možnost volby z 9 odpovědí. V mém dotazníku tato otázka byla zvolena formou otevřené odpovědi. Občané měli sami jmenovat jaký druh aktivit nejčastěji pro podporu svého zdraví vyvíjejí. Odpovědi byly rozděleny podle častosti výskytu do sedmi oblastí, které se shodovali právě v těchto sedmi bodech s typy odpovědí z předešlého výzkumu. Podle grafu pak můžeme srovnat vývoj těchto oblastí za rok 2002 a 2010. Stejný počet 14 % si v obou srovnávaných letech udržela pozice „pravidelná chůze“. Vzestup o 5 % zaznamenala v roce 2010 oblast „zdravé výživy“, které v tomto roce byla zmíněna ve 23 % odpovědí. Vzestup o 30 % zaznamenaly „preventivní prohlídky“. Tento vzestupný trend je pro nás nadmíru uspokojivý, protože pacienti přestávají podceňovat přínos pravidelných lékařských prohlídek. Naopak mírný (5 %) pokles zaznamenala intervence v oblasti sportu a to z 32 % (2002) na současných 26 %. Nicméně tento druh aktivit zůstává v průměru nejpočetněji zastávanou intervencí občanů (u přibližně 1/3

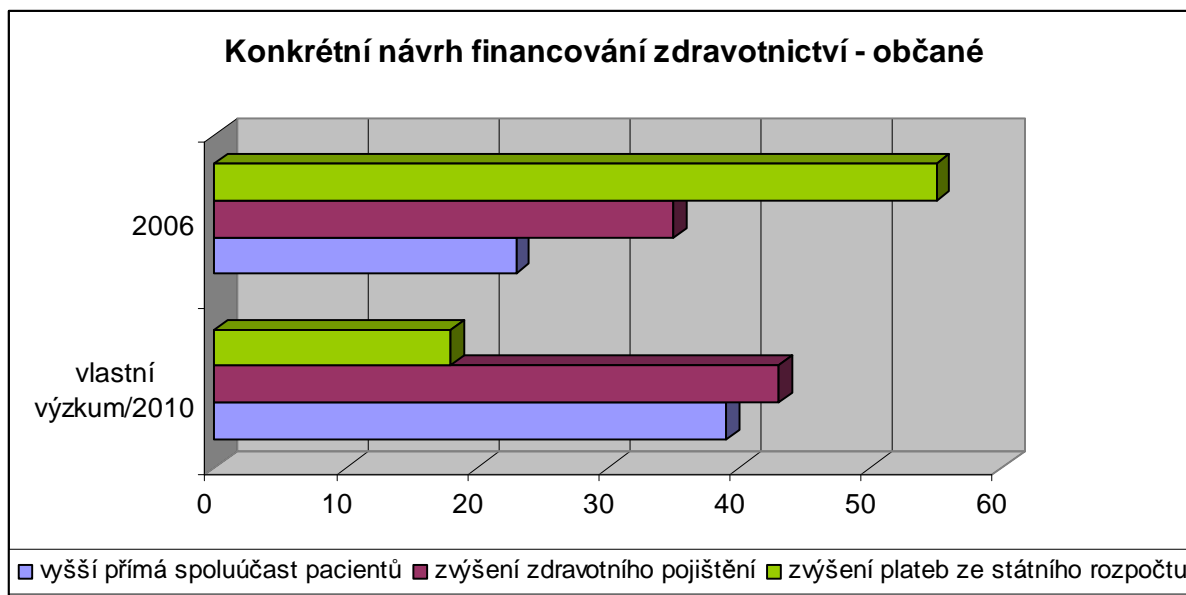
dotázaných). Pokles na současné 1 % pak zaznamenaly intervence typu: pobyt v lázních (6 % / 2002), vitamíny, potravinové doplňky (4 % / 2002) a nepiji alkohol, nekouřím (8 % / 2002). Především u těchto odpovědí musíme mít na paměti, že rozdíl v jejich hodnotách s největší pravděpodobností vychází z důvodu možnosti dvou různých typů odpovědí (nabízených - 2002 a otevřených - 2010).

7.2.2. Optimální model financování zdravotnictví

V mém výzkumném šetření byla nejprve uložena otázka, jaký model financování zdravotnictví se ve ČR aktuálně uplatňuje. Poměr celkových chybných odpovědí (tržní model zdravotnictví, model státního zdravotnictví) byl s ohledem na odpověď správnou (model národního zdravotního pojištění) 45 % : 55 %. V druhé mnou kladené otázce se občané měli vyjádřit s jakým modelem financování zdravotní péče by nejvíce souhlasili. Podle většiny respondentů je za optimální model financování považován současný systém všeobecného zdravotního pojištění. Jako druhý nejčastější způsob financování by pak byly různé metody spoluúčasti a financování státem z daní by pak zvolila necelá 1/5 respondentů.

V roce 2006 zjišťovalo CVVM rovněž konkrétní návrhy financování zdravotní péče. Hlavní rozdíl v porovnání s mým výzkumem je ten, že v roce 2006 se více než 1/2 respondentů přiklonila k možnosti zvýšit platbu státu ze státního rozpočtu (i za cenu zvýšení jiných daní). Další 35 % respondentů by také souhlasilo se zvýšením plateb ze státního rozpočtu (což však na druhé straně odmítá ale více než polovina občanů). Převládající nesouhlas se pak nejvýrazněji projevil u možnosti zvýšit přímou spoluúčast pacientů (u více než 3/4 občanů).

Graf č. 50 : Konkrétní návrh financování zdravotnictví – časové srovnání

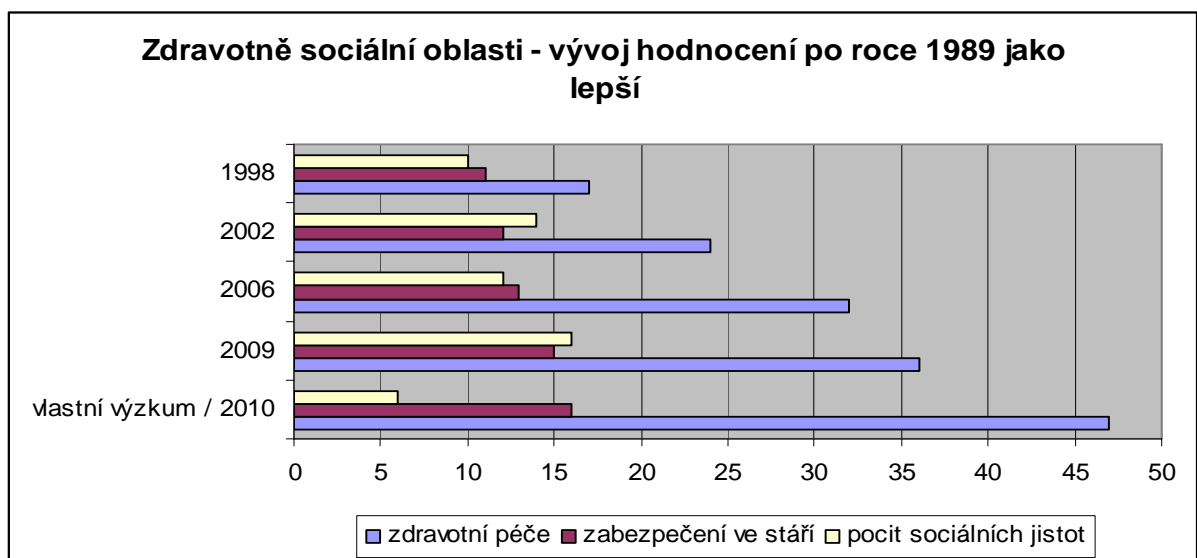


Z těchto dvou výzkumů jsem sestavila graf č. 50, který jasně ukazuje vývojový trend jednotlivých finančních návrhů. Protože možnosti odpovědí byly v obou výzkumech pokládány jinak, sečetla jsem souhlasné procento odpovědí u výzkumu z roku 2006 (rozhodně souhlasím, spíše souhlasím) a procentuální zastoupení u jednotlivých odpovědí v mém výzkumu. Oblast vyšší přímé spoluúčasti v mém výzkumu kombinují odpovědi, které význam této odpovědi kopírují a jsou to: „část nákladů hrazena občany, část ze zdravotního pojištění“, „část zdravotní péče hrazena z komerčního pojištění“ a „jiné“ (které zahrnují také metody spoluúčasti).

7.2.3. Sociální a zdravotní služby – srovnání před a po roce 1989

Z mého výzkumu a výzkumu realizovaného agenturou STEM od roku 1998 - 2009 lze porovnat tři oblasti „zdravotně-sociálních“ služeb a to ve smyslu, jestli se po roce 1989 změnilo k lepšímu nebo k horšímu.

Graf č. 51 : Vývoj hodnocení zdravotně sociálních oblastí po roce 1989



Z grafu č. 51 je vidět pomalý, ale přesto stoupající trend hodnocení těchto oblastí ve srovnání s rokem 1989, jako současně lepší. Stále jsou však tyto oblasti, jako jedny z mála, občany vnímány nejméně ve vývoji pozitivně. V převažující většině se totiž domnívají, že tyto oblasti byly za socialismu „lepší“ než nyní. Pro nás je pozitivní především nejrychleji stoupající hodnota k lepšímu v odvětví „zdravotní péče“. Ta se z roku 1998 (17 %) vyšplhala až na současných 47 %. Od roku 2009 (16 %), opět po vzestupu z roku 2006 (12 %), znovu pokleslo lepší hodnocení sociálních jistot. Tentokrát na dosud vůbec nejnižších 6 %.

Zabezpečení ve stáří si udržuje sice nejpomalejší, ale za to stabilní rostoucí trend ve smyslu lepšího současného vnímání.

7.2.4. Vývoj a postavení lidských hodnot

Ve svém výzkumu jsem se snažila zmapovat, jaké hodnoty obyvatelé ČR upřednostňují. Stejně tak i CVVM v roce 2004 provedlo analýzu hodnot podle důležitosti pro respondenta. Srovnání těchto dvou výzkumů však není prakticky možné, neboť v obou případech byly nastaveny jiné hodnoty, a tak i když některé nesou alespoň podobné názvy, nemůžeme je přesto objektivně porovnat. A to z důvodu neschopnosti porovnat skutečné pořadí těchto hodnot v případě jejich sloučení, protože se v jednom či druhém výzkumu liší sestava těchto hodnot podle jejich „významnosti“. Hodnoty celkově vyšší, nazvěme je kupříkladu hodnotami tzv. vyššího řádu jsou právě uváděny v průzkumu CVVM (solidarita s potřebnými, vlastenectví, humanita, pravda, spravedlnost sociálních rozdílů, svoboda jednotlivce, vzájemná odpovědnost, rovnost mezi lidmi). Zatímco ve svém výzkumu se zabývám hodnotami vycházejícími spíše z „praktického“ života (zdravotní stav, bydlení, charakter práce, životní prostředí, mezilidské vztahy, trávení volného času, osobní bezpečnost, sociální jistota, občanské svobody). Postavíme-li proti sobě pořadí hodnot tak, jak je volili respondenti v jednotlivých výzkumech, získáme následující pohled:

Tab. č. 13: : Postavení lidských hodnot – časové srovnání

Hodnoty - vlastní výzkum 2010		Hodnoty - CVVM 2004	
1.místo	zdravotní stav	svoboda jednotlivce	1.místo
2.místo	mezilidské vztahy	pravda	2.místo
3.místo	sociální jistota	humanita	3.místo
4.místo	bydlení	spravedlnost sociálních rozdílů	4.místo
5.místo	osobní bezpečnost	vzájemná odpovědnost	5.místo
6.místo	charakter práce	rovnost mezi lidmi	6.místo
7.místo	občanské svobody	solidarita s potřebnými	7.místo
8.místo	životní prostředí	vlastenectví	8.místo
9.místo	trávení volného času		

Dalo by se říci, že v podobném významu zaznamenal největší rozdíl, mezi těmito výzkumy, svoboda jednotlivce (CVVM), které respondenti přisoudili nejvyšší význam a občanské svobody, které však v mém výzkumu skončili až na sedmém místě. Na obou stranách tabulky č. 13 se však také zaznamenal rozdíl postavení hodnot sociální jistota (můj výzkum) a solidarita s potřebnými (CVVM). Sociální jistota se v mém výzkumu umístila na třetím pořadí, zatímco ve výzkumu CVVM tato hodnota zaujala předposlední místo. Z těchto dvou postavení obdobných významových vlastností srovnávaných hodnot se lze domnívat, že

respondenti ve výzkumu CVVM byli výrazně individualističtější. Za hodnotu, která by mohla zrcadlit tento rozdíl zájmů, by bylo možné pak považovat vlastenectví, které respondenty ve výzkumu CVVM oslovovalo nejméně. Je tedy možné konstatovat, že občané přestávají vnímat stát jako paternalistický symbol zřízení, ale do popředí svých hodnot pak staví individuální svobody nad státními, či společnými zájmy. Naopak respondenti v mém výzkumu se vyjadřovali spíše sociálně a to v tom smyslu, že než individuální svobody jsou pro ně důležitější hodnoty sociální jistoty a mezilidských vztahů.

7.2.5. Zdroje informací nejčastěji ovlivňující názory a postoje obyvatel

Srovnání dat z výzkumu CVVM a mého šetření se opět na první pohled ukazuje vzhledem k formulaci otázek jako zdánlivě odlišné. Budeme-li ale s těmito daty zacházet obecně a předpokládat, že občané se v této otázce vyjadřují především na základě svého podvědomí, můžeme se i tak pokusit určit nejčastější zdroje informací ovlivňující naše názory a postoje. Ještě jednou zmiňuji, že toto srovnání nejvíce podléhá vysoké míře „zobecnění“.

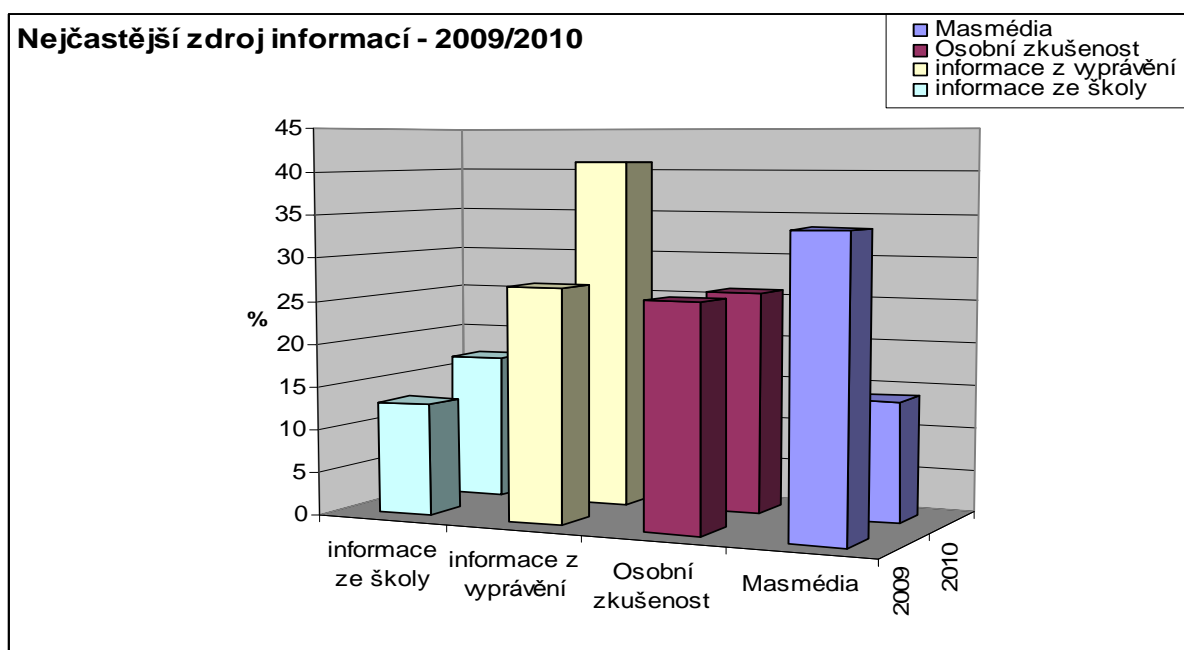
CVVM nabídlo svým respondentům možnost výběru z pěti odpovědí: (1) informace z médií – televize, rozhlas, noviny, (2) informace z filmů a knih, (3) informace z vyprávění, (4) osobní vzpomínky, (5) informace ze školy. Ve svém výzkumu jsem pak měla možnost na výběr ze šesti různých odpovědí a jedna odpověď byla ještě formou odpovědi otevřené „jiný“ (tato otevřená odpověď však ve výsledku tvořila přibližně 2 % získaných odpovědí a jednalo se především o kombinaci výše zmíněných. Proto ji do následujícího srovnání nebudu zahrnovat). Abych mohla data použít, musela jsem zobecnit odpovědi do jednotlivých kategorií tak, aby ve významu tvořili určitou podobu. Při sjednocování odpovědi jsem postupovala takto: Masmédia ve výzkumu CVVM byla navíc rozdělena do dvou kategorií a to film+knihy nebo televize+rozhlas+noviny (v mém výzkumu byla možnost všeobecně masmédií – televize, noviny, internet). Proto jsem při srovnání výzkumu volila z výzkumu CVVM výběr pouze kategorie masmédií, kde byla zahrnuta televize, rozhlas a noviny. Osobní zkušenost byla v obou šetření realizována prakticky stejnou formou odpovědi a nebylo tak nutné ji dále upravovat. Podobně tomu bylo také u informací ze školy (takhle byla odpověď formulována v CVVM). V mém šetření pak nesla název „studijní obor“ a ještě navíc byla rozšířena o životní profese. Větší potřebu úpravy pak zahrnovala odpověď „informace z vyprávění“. Ve výzkumu CVVM byla formulována takto jednoduše. Já jsem ve svém výzkumu tuto odpověď rozdělila do kategorií: názor uznávané autority, rodina – okruh nejbližších a zájmové skupiny - větší okruh známých lidí. Po sečtení těchto tří možností odpovědí tak dostávám přibližnou hodnotu,

kteřou zahrnu do srovnání informací získaných zprostředkovaně, tedy z vyprávění. Nakonec tedy získávám kategorii čtyř různých odpovědí zastoupených takto:

Tab. č. 14: Využívané zdroje informací – časové srovnání

Nejčastěji využívané zdroje informací - srovnání	2009	Vlastní výzkum / 2010
Masmédia	34 %	14 %
Osobní zkušenost	26 %	26 %
Informace z vyprávění	27 %	41 %
Informace ze školy	13 %	17 %

Graf č. 52 : Nejčastější zdroje informací – časové srovnání



Prohlédnuli si dobře graf č. 52 je patrné, že využívané zdroje informací se odlišují nejvíce ve srovnávaných letech ve využití masmédií – 34 % (2009) a 14 % (2010) a dále pak při přijímání informací z vyprávění – 27 % (2009) a 41 % (2010). Ostatní využití jednotlivých oblastí, jako zdrojů informací, je pak již velmi podobné. Vezmeme-li však v úvahu, že u obou kategorií, kde data dosáhla největších rozdílů, se musely slučovat a upravovat možnosti zastoupených odpovědí je pravděpodobné, že by v případě relevantních dat byly i tyto hodnoty nakonec podobné. Skutečný rozdíl by pak snad mohl jen nastat v případě masmédií, kdy i přesto, že byla jedna z možností odpovědi odebrána (filmy+knihy u výzkumu CVVM) byla v porovnání s rokem 2010 kategorie masmédií skutečně zastoupena nejméně. Upozorňovat to třeba může na to, že lidé přestávají tolik využívat (vnímat) tento pasivní druh informací a ke svému utváření názorového obrazu pak začínají využívat i informace objektivnější.

ZÁVĚR

Je zajímavé sledovat jak se mění názory a postoje lidí nejen v oblastech celospolečenských, ale právě i v odvětví zdravotnictví a péče o zdraví. Nejzajímavější pak jsou tyto změny, zasadíme-li je do historických souvislostí, v našem konkrétním případě tedy do období socialistického zdravotnictví před rokem 1989 a období následujícím, až po současnost. Odborně zdravotnická veřejnost hodnotí v převážném měřítku systém minulého zdravotnictví jako horší, co se týká celkové zdravotní péče i vývoje zdravotního stavu obyvatelstva. Lze se s jistotou domnívat, že nepřišla-li by ona významná historická událost na konci minulého století, mohl by se pokračující systém neproduktivního socialistického zdravotnictví nakonec podepsat na vývoji zdravotního stavu obyvatelstva velkou tragédií. Sametová revoluce, pak i přes počáteční nevědomost a neohrabanost v některých legislativních krocích, kterých se její představitelé v průběhu transformace dopouštěli (dopouštějí), nakonec však odstartovala změnu, kterou dnes většina obyvatel vnímá jako jednoznačně pozitivní. Pro naši společnost byla tato změna zcela zásadní. Přeneseme-li se již do současné podoby našeho zdravotního systému, lze souhlasit s odborníky ve zdravotnictví, že systém minulého zdravotnictví by byl ve větší míře pro další vývoj neuspokojivý. V takové podobě, kterou nesl dříve, by v dnešní době jednoduše nemohl obstát. Občané si již odvykli slepě a pasivně naslouchat příkazy lékaře, ale dovolávají se svých patientských práv, zvýšené informovanosti a absolutní svobodě v rozhodování v průběhu péče o své zdraví. Lze přepokládat, že se náročnost na množství informací bude v budoucnu vyvíjet ještě mnohem intenzivněji.

Vývoj lidských postojů se mění v závislosti na změně hodnot, které daná společnost zastává. Postoje obyvatel ke zdraví a zdravotní péči tak za uplynulých dvacet let zaznamenaly od politického převratu stejné výrazné změny, které nastaly v celé společnosti. Zatímco v prvních pár letech po sametové revoluci, se na rozdíl od ostatních společenských odvětví, změně systému zdravotnictví od občanů nedostávalo příliš velké důvěry, v ostatních pak bylo výrazně patrnější zastávání individuálních principů nad principy rovnostářskými. A není se čemu divit, vždyť přibližně 40 let nadvlády komunistické strany se po jejím rozpadu nemohlo projevit jinak, než preferencí individuálních svobod jednotlivce. V oblasti zdravotnictví se občané zpočátku obávaly, zda privatizace jednotlivých zdravotnických zařízení, nakonec nepovede k omezení zdravotní péče, či se jim bude alespoň dostávat stále takových služeb, jaké jim byly poskytovány v dřívějším „přídělovém“ systému. Nicméně převažující individualistické cítění 90. let se zanedlouho přeneslo i do oblasti zdravotnictví. Privatizace jednotlivých zdravotnických zařízení přestala být pro obyvatele neznámým zstrašujícím

fantomem a stala se i přes počáteční nesrovnalosti nakonec pozitivním prvkem transformace. V průběhu let si lidé začali uvědomovat, jaké nesporné výhody má „soukromé“ vlastnictví zdravotnických zařízení. Zvýšilo se totiž i pacientovo postavení ve zdravotnických institucích a vyrovnal se i zdánlivě nepřekonatelný rozdíl pacient/lékař. Pacient v dnešním zdravotnictví má stanovena nezaměnitelná práva, stává se účastníkem v procesu léčby a ne již pouhým pasivním konzumentem.

Změna zdravotnického systému sebou přinesla především změnu některých důležitých společenských hodnot a během vývoje i názory obyvatel na celou oblast zdravotnictví i postoje k vlastnímu zdraví. V oblasti péče o vlastní zdraví prodělali obyvatelé velký krok kupředu. Díky důrazu na absolutní informovanost a nezatajování skutečných údajů o zdravotním stavu i možnostech poskytované zdravotní péči, převládl nakonec ve společnosti tento prvek dobré erudovanosti a informovanosti pacientů i široké veřejnosti a tím vzrostl i zájem o vytváření aktivit, vedoucí k podpoře vlastního zdraví. Lidé se postupně přestávají spoléhat pouze na odbornou pomoc, ale vyvíjejí i samočinné aktivity. Tento vývoj se v posledních sledovaných letech výrazně nezměnil. Následující vývoj pak bude zřejmě ještě delší čas velmi podobný. Alespoň do doby realizace dalšího reformního kroku, kdy by se obyvatelé s příkladným (zdravým) životním stylem a zvýšeným pocitem odpovědnosti za vlastní zdraví pak zvýhodnili v systému zdravotního pojištění během čerpání zdravotnických služeb, jak tomu například bývá v některých vyspělých západních státech.

Přestože občané hodnotí jako optimální model zdravotnictví současný systém všeobecného zdravotního pojištění, objevují se na druhé straně i kritické ohlasy na jeho neúčelnost. V řadě pacientů totiž přetrvává zakořeněná podoba minulého systému, a tak se i dnes často někteří pacienti snaží využít ze systému maximální služby, které jim mohou být bez přímé úhrady nabízeny. Tento problém se týká především věkově starších ročníků, kteří se v podstatné části také častěji odvolávají na pozitivní výhody socialistického zdravotnictví a jsou nejčastějšími kritiky celé současné společnosti. Tyto jejich postoje, se právě výrazně promítají i do oblasti financování zdravotní péče. Většina občanů starších 50 let tak v dnešní době příliš nesouhlasí se zaváděním nejen regulačních poplatků, ale i dalších forem přímé spoluúčasti při financování zdravotní péče. Oproti tomu věkově mladší ročníky jsou již ve větší míře připraveny na různé formy takových finančních spoluúčastí a jejich role, co by konzumentů péče ve stáří, se v dnešní době obrací i na potřebu zajistit si vlastní finanční prostředky, se kterými bude moci ve stáří disponovat a tak se nejen spoléhat na pomoc státu, protože jeho postavení, coby plátce za „státní pojištěnce“, není do budoucna vůbec jisté. Jestliže se uzákoní dosud plánovaná podoba standardní a nadstandardní péče, bude

předpokládám následovat opět negativní prvotní ovace ze strany široké veřejnosti. Naopak u zdravotníků se domnívám, že tento dlouho očekávaný způsob diferenciací zdravotních služeb ve větší míře uvítají. I podle různorodosti názorů, týkající se problematiky financování zdravotní péče, je jasné, že česká veřejnost reformu zdravotní péče v budoucnu očekává.

Nepostradatelnou, snad základní změnou, která po roce 1989 zakotvila ve veřejném mínění našich odborníků i obyvatel je odpovědnost jednotlivce nebo naopak míra odpovědnosti státu za zdraví a zdravotní péči. Tato otázka se tak stala typickým dalším znakem změněného postoje od počátku 90. let. V dnešní době člověk ví, že chce-li uspět (ne-li přežít), musí vynaložit vlastní úsilí a nespolehat se pouze na oporu státu či jeho sociální zázemí. Výsledkem toho je, že v dnešní době lidé začínají pociťovat, že oblast sociálních jistot není ničím jiným než projevem solidarity, která v té míře, kterou ji máme možnost pozorovat ve vlastní společnosti, pramení pravděpodobně právě z jejího minulého historického uspořádání. Lidé se v podstatě nechtějí vzdát pocitu sociálních jistot, představuje pro ně jakýsi bod záchrany v případě, že v dnešním světě neuspějí. Státní garanci proto vyžadují i při poskytování zdravotní péče. Občané dnes už sice počítají s tím, že v budoucnu si budou pravděpodobně v péči o zdraví muset přispívat z vlastní kapsy, nicméně je patrná i vysoká míra požadavků právě na spolufinancování ze strany státu. Jednoduše se občané nechtějí vzdát jistoty, kterou jim stát svým přičiněním v této oblasti zaručuje. Celkově je oblast zdraví a zdravotnictví vnímána na rozdíl od ostatních resortů „jinak“. Zatímco v ostatních oblastech preferujeme svobodu a hodnotíme vlastní přičinění jednotlivce, v oblasti péče o zdraví se snažíme odstraňovat všemožné nerovnosti, které vyplývají z celkových společenských poměrů dnešní doby. Nasvědčuje tomu také preference v zastávaných hodnotách společnosti. Hodnota zdraví (či oblast zdravotnictví) v hierarchii hodnot většiny obyvatel zaujímá i přes vysokou míru dnešního postavení ostatních „subjektivistických kvalit života“ přední příčku. Po zjištění těchto skutečností můžeme říci, že Česká republika tak podle zastávaných hodnot svých obyvatel bude i v budoucnu výrazně sociálním státem a metody spoluúčasti se tak budou vyvíjet, alespoň v začátcích, velmi pozvolna. Předpokládám však také, že jakmile vymizí současné věkově starší generace, budou formy finančních spoluúčastí ve veřejném sektoru přijímány již mnohem přirozeněji.

Většinu problémů vidí občané v dnešním zdravotnictví především ve veřejném financování. Nelíbí se jim tedy často odvádět pevnou sazbu za zdravotní pojištění a určitá (nemalá) skupina obyvatel by naopak preferovala možnost pouze přímých plateb. Tato skutečnost je pak ovšem v kontrastu se zvýšenou poptávkou po sociálním zázemí. Nutno podotknout, že se však podle sociodemografických analýz jedná především o osoby s dobrým

životním zázemím, vyšším vzděláním a o osoby věkově mladší, kteří také častěji hodnotí své zdraví jako dobré. V závěru lze tedy podle současného společenského trendu přistupovat ke kompromisnímu řešení a zvýšit pouze podíl finančních spoluúčastí. Zavedení regulačních poplatků se z počátku nepromítlo ve světle společnosti pozitivně. Nakonec však můžeme konstatovat, že si občané na tuto skutečnost již zvykli a odpadá tak procento těch, kteří s nimi nesouhlasí. Tato, pro veřejnost nepříznivá opatření, se rovněž prolínají do hodnocení spokojenosti se zdravotním systémem. Od prezentace skutečnosti, že české zdravotnictví již nemůže být, alespoň do stejné míry, financováno pouze z prostředků zdravotního pojištění, ale začne se na něm podílet i přímo sám pacient, začali lidé projevovat výraznější nespokojenost se zdravotním systémem dnešní doby. To se i mírně odrazilo v hodnocení zhoršení kvality zdravotní péče. I z toho důvodu veřejnost zvyšuje ve svých požadavcích potřebu sociálních jistot a státní garanci těchto služeb. Příčinou tohoto problému může být nedokonalá osvěta o finančních tocích ve zdravotnictví, kterému nasvědčuje i neschopnost přiřadit konkrétní model financování zdravotnictví k našemu současnému systému. Tím smutnější, že větší procento chybných odpovědí se vyskytlo u odborné zdravotnické veřejnosti. Do budoucna by tedy měla být nejen široká veřejnost, ale i zdravotníci připravenější na nové reformní kroky. Varovným důkazem nám může být právě zavedení regulačních poplatků do praxe, kdy nejen veřejnost ale bohužel i zdravotníci z počátku nedokázali pochopit smysl takového opatření a tak docházelo k nejasnostem a ukvapeným závěrům, jež byly ještě vystupňovány totální rozepří jednotlivých vládních stran a jejich představitelů. Následující vývoj tak bude pravděpodobně ještě dlouho opisovat tento dekadentní trend. Nejméně do doby, kdy bude přesně stanoven a přijat směr, kterým se bude koncepce českého zdravotnictví ubírat a nebude tedy vycházet, jako doposud, pouze z preferencí vítězné vládní strany a z pouze krátkodobého výhledu, ale svůj pohled bude obracet naopak do budoucnosti.

Srovnáme-li hodnocení zdravotnictví před listopadem 1989 a dnes zjistíme, že zdravotníci jsou ještě více kritičtější, než široká veřejnost. Zdravotníci téměř ve všech oblastech hodnotí zlepšení ve prospěch současného systému. Hodnotí zlepšení jak celku, tak i zlepšení v jeho jednotlivých (základních) oblastech. Poněkud propad zaznamenali zdravotníci ve zhoršení přístupu pacientů k nim, což ale zřejmě jen nasvědčuje o odbourání dlouhodobého paternalistického modelu, na který si mají zdravotníci s dlouholetou praxí problém jednoduše zvyknout. V této oblasti předpokládám, že nastupující generace zdravotníků, již bude připravena s pacienty více spolupracovat a komunikovat. Nebude brát totiž jako přítěž pacientovu zvýšenou potřebu informovanosti, protože bude vědět, že právě (pouze) dobře

informovaný pacient usnadňuje celý proces poskytování zdravotní péče a tak se stává spolupracujícím partnerem.

V případě subjektivního hodnocení zdraví, zaznamenáváme pozitivní trend, kdy obyvatelé (a zdravotníci pak častěji) hodnotí převážně své zdraví jako dobré. Naopak přirozeně klesá zastoupení odpovědí, kdy respondenti své zdraví vnímají jako špatné. Rozdíl v odpovědích potvrzuje všeobecný předpoklad, kdy věkově starší ročníky inklinují k horšímu hodnocení svého zdraví. Tato odpověď je v podstatě přirozená, nicméně pro další vývoj by neměla být zase tak uspokojující. Jestliže je světovým cílem odstraňovat nerovnosti nejen ve zdraví, ale i v oblastech ostatních, pak by se v případě zlepšení kvalit života a adekvátního životního standartu seniorů mohl i tento negativní trend postupně snižovat. Tato problematika panuje podle mého názoru především kvůli nedostatečné provázanosti zdravotně-sociální péče poskytované právě dnešním seniorům. V našich podmínkách je tato situace zcela nevyřešena. Základem je, že chybí jakékoli zásadnější legislativní opatření, jehož „opozdění“ je vzhledem k demografickému vývoji obyvatelstva již dnes alarmující. A tak postavení dnešních seniorů ve společnosti není nikterak uspokojivé a do budoucna by se veřejný zájem měl zabírat právě touto komplikovanou situací.

Při stanovování hypotéz jsem vycházela z všeobecně známých otázek i aktuálních společenských témat, jejichž průkaznost mě ve výsledku nejednou velmi překvapila. První hypotéza o nesouhlasu věkově starších skupin (nad 50 let) na zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví se potvrzuje a v další své části rovněž specifikuje, že tato věková skupina sice ne zvolila většinou jako neoptimálnější předpokládanou formu financování státem z daní, ale přiklonila se stejně jako skupiny věkově mladší k současné a nejčastěji zmiňované formě všeobecného zdravotního pojištění. Na druhou stranu však tato skupina volila podstatně méně než skupina věkově mladší různé formy finanční spoluúčasti, a tak při úvaze, že se v případě financování z daní a současném typu všeobecného zdravotního pojištění jedná stále o pasivní formu financování, která zvýhodňuje právě věkově starší skupiny obyvatelstva, nemůžeme divit tomu, proč osoby ve vyšším věku nesouhlasí s různými formami finanční spoluúčasti, ale naopak preferují pasivní formy státní a všeobecné solidarity. Při hodnocení druhé hypotézy docházíme k závěru, že zdravotníci s dlouholetou praxí se shodují na tom, že systém zdravotnictví před rokem 1989 v porovnání s podobou nynějšího zdravotnického systému byl nadpoloviční většinou zdravotníků pokládán za horší. Hodnocení kvality zdravotní péče v závislosti na subjektivním vnímání zdravotního stavu ověřovala třetí hypotéza. Tato hypotéza nebyla potvrzena vzhledem k vysoce stanovené procentuelní hranici přesvědčujících odpovědí (60 %). Celkově byla tato odpověď zastoupena méně, i tak však potvrzuje, že respondenti,

kteří pozitivněji vnímají svůj zdravotní stav jsou pak i spokojenější s kvalitou poskytované péče a naopak. Čtvrtá hypotéza potvrzuje, že u dotázaných respondentů nepatrně převládá předpokládaná odpověď o obecné spokojenosti se současným zdravotnickým systémem na druhé straně však zcela zamítá druhou část hypotézy ze které nakonec vyplývá, že respondenti, kteří jsou nespokojeni se současným systémem zdravotnictví se při hodnocení dřívějšího (socialistického) zdravotního systému přiklánějí k hodnocení minulého zdravotnictví rovněž jako horšího. Z tohoto zkoumání lze vytvořit jednoduchou teorii kdy respondenti, kteří hodnotí současné zdravotnictví jako horší, hodnotí i předchozí zdravotnický systém jako horší na rozdíl od těch, kteří ho pozitivně vnímají teď, nebo značně méně negativně hodnotí zdravotnický systém dříve. Poslední hypotéza se zajímá o aktivní podílení respondentů na vlastním zdraví, včetně péče vynakládané respondenty staršími 50 let. Obě části hypotézy se potvrzují a je tedy zřejmá pozitivní skutečnost, že se obyvatelé na svém zdraví vlastním úsilím pozitivně přičiňují a u věkově starších ročníků, i když je tento trend jen nepatrně nižší a potvrzuje tak hypotézu, svědčí i v tomto případě o dobrém přístupu ke zdraví.

Podíváme-li se také na souvislosti, které v minulých 20 letech provázeli změnu těchto i jiných postojů a názorů zjistíme značné odlišnosti ve výkladu minulého a současného režimu. S pohledem na celospolečenskou a zvláště politickou situaci současné doby jsou často proklamována řešení, která by byla pravým opakem postojů minulých, zde míním hlavně těch z dob socialistické společnosti před rokem 1989. Automaticky se nabízí otázka, proč se takové zatvrzelé postoje v dnešní, moderní společnosti stále upevňují? Tvoří totiž neodmyslitelnou součást historického dědictví naší společnosti a naším úkolem by mělo být se s nimi seznámit a rovněž umět vypořádat s jejich obsahem. Nicméně je nutné věnovat pozornost těmto informacím a nezlehčovat jejich důležitost. Nejen s ohledem do historie, ale právě naopak s pohledem do budoucnosti. Všechny významné události, společenské seskupení i všechny politické režimy, které se promítly v naší historii totiž napomohly vypěstovat soudobé lidské společenství a její postoje až k současné podobě. Jak se vyvíjela společnost, vyvíjely se i postoje jejích členů. To co před několika staletími bylo nepřijatelné, se dnes pokládá za normální, na druhou stranu se však může stát, že toho, čeho se dnes obáváme nebo co kritizujeme může být za pár desetiletí prohlašováno za přínosné.

Vrátím-li se k předlistopadové, politicko-sociální situaci a pokusím se ohlédnout a srovnat její hlavní životní aspekty s filozofií dnešní doby, dostanu se k rozporuplným závěrům. Pro moji i ostatní mladší generace jsou informace o tomto sice nedávném, byť dnes již historickém rozhraní České republiky, pouze zprostředkované, přejaté od generací znalých tehdejších poměrů. Je všestranně rozšířené tvrzení, že generace starší, mnohdy nechápou

chování generací mladších. S tímto tvrzením se společnost již postupně smířila a tak se v dnešní, postmoderní době, generace věkově starší nesnaží již tolik moralizovat své nástupce, jako tomu bývalo v předchozích pokoleních. Tento prostý příklad rovněž potvrzuje vyžívání společenského chápání a životního vědomí. Informace týkající se minulého režimu velmi často vyznívají s akcentem příkoří a životního nenaplnění jedinců žijících v tehdejší době. Kde tedy najít hranici jakým způsobem prezentovat tento druh informací, je úkolem nanejvýš obtížným. Jedinec přijímající tyto informace, by měl být dnes již osobou nanejvýš liberální, schopnou zhodnotit negativa, ale i některá nepopiratelná pozitiva minulého režimu. K vývoji naší společnosti tak už bude předchozí režim vždy patřit. Nelze ho proto z naší historie vymanit a sociologové dobře vědí, že tento režim se výrazně podepsal na utváření dnešních společenských (lidských) postojů. Můžeme se snad oprávněně domnívat, že jakmile vymizí generace, které na vlastní kůži pocítili tíhu totalitního komunistického režimu, vznikne prostor pro nové otázky a třeba i jiné odpovědi, stejně jak tomu bylo v souvislosti s plynutím času celé historie lidstva. A zároveň také další vývoj a směřování lidské společnosti, již bude pravděpodobně vystaveno opět na jiných hodnotách než je tomu dnes. Důkazem toho je další zjištění z mého dotazníkového šetření, kdy generace, které dnes dosahují nejvíce produktivního věku (36-50 let), hodnotí srovnání současných situací s předchozím režimem jako ve větší míře horší. Na rozdíl od respondentů věkově starších, nebo kupodivu i mladších. Lze se tedy domnívat, že tato skupina respondentů, která byla v revoluční době skupinou „mladší“ (o 20 let), pak v podstatě uvěřila vítězům sametové revoluce více, než generace starší, nebo generace, které přišli po nich.

Na druhou stranu, byť občané dnes opěvují, jakou svobodu jim polistopadové změny přinesly, jak dalece je pro občany přínosná volná ekonomika trhu, tak oblast zdravotnictví těmto změnám příliš nepřizpůsobily. Celé oblasti zdravotnictví (včetně sociálních služeb), jako by přisoudili stigma toho jediného spravedlivého, rovného, neuplatitelného atd. Tedy vlastně na něj transformovaly všechno to, čeho bychom se jako společnost na sobě i druhých neměli dopouštět. Je nemožné přisuzovat zdravotnictví a zdravotníkům vlastnosti, které se vyskytují v celé společnosti. Snad i z toho důvodu, se nejčastěji dnešní občané dovolávají po sociálních jistotách a ti občané, kteří poznali minulé státní uskupení, pak na takovém přesvědčení staví své postoje ke zdraví a zdravotní péči. Sáhodlouze nezbyvá nic jiného než provádět společenskou osvětu o tom, že tak jak se změnila poměry ve společnosti, změnila se i poměry v oblasti zdravotnictví. Ovšem všeobecně k lepšímu. Zdravotnictví a jeho pracovníci tak budou vždy takoví, jaká je jejich společnost a budou v něm panovat i takové poměry, které panují v celé společnosti.

Doporučení pro další vývoj zdravotní politiky v ČR se týkají hlavně zvýšeného požadavku na nutnost informovat širokou i odbornou veřejnost o fungování zdravotnického systému, o skutečných cenách za jednotlivé služby, s předstihem zasvětit občany o zaváděných i plánovaných reformních změnách, zvyšovat odpovědnost jednotlivce za své zdraví a zvýhodnit pak jeho postavení při čerpání prostředků (služeb) financovaných ze všeobecného zdravotního pojištění. Zároveň by bylo velkým přínosem eliminovat nevhodnou alokaci finančních zdrojů ve zdravotnictví, odstraňovat byrokratické uspořádání jednotlivých zdravotnických institucí a v dohledné době začít uplatňovat systém standardní a nadstandardní péče. Své názory by měli občané pravidelně sdělovat v průzkumech veřejného mínění a z těchto výsledků by se pak v průběhu tvorby zdravotní politiky mělo vycházet. Velká pozornost by rovněž měla být věnována oblastem, které slouží jako zdroje těchto informací. Dbát především na to, aby hlavní informace byly poskytovány pouze v seriózních médiích a zabránilo se tak zkreslování při sdělování informací. Z toho rovněž vyplývá zvyšovat stále požadavek na informovanost jednotlivců i celých skupin, poněvadž pouze dobře erudovaný občan, může být participujícím členem při formulování aspektů zdravotní péče a péče o zdraví. Budoucí výzkumy by měly nadále mapovat názory obyvatel v oblastech zdravotnictví a provést standardizovaná šetření tak, aby bylo možné pozorovat vývoj těchto postojů v čase. Zaměřit by se měly jak na názory laické, tak i odborné zdravotnické veřejnosti a porovnat rozdílnost těchto odpovědí. Orientovat by se měly především na hodnocení kvality předávaných informací od zdravotníků pacientům, zda a jak jim laická veřejnost rozumí a hodnotí jako dostatečné. Dále by se podle mého názoru měl mapovat postoj obyvatel k přijímání odpovědnosti za vlastní zdraví a nespolehat se pouze na intervence ze strany poskytovatelů zdravotní péče. Podstatou sdělování informací o zdravotnictví by se pak mělo stát pravidlem i veřejné sdělování o činnosti jednotlivých zdravotnických zařízení, zdravotních pojišťoven a farmaceutických firem. Stát by měl i nadále sloužit jako garant zdravotní péče a sledovat pravidelně úroveň kvality poskytované zdravotní péče.

V průběhu výzkumu jsem měla možnost nahlédnout do různých průzkumů veřejného mínění a přesvědčit se, jak důležité je pravidelně provádět výzkumná šetření a sledovat vývoj postojů obyvatel tak, jak se během jednotlivých společenských událostí mění. Budoucností takových výzkumů pak budou právě šetření srovnávací, která budou stavět na několika sériích zkoumání a neustálého porovnávání. Jedině takové závěry mohou být objektivní a pro budoucnost přínosné. Po zmapování předešlých průzkumů veřejného mínění ke zdraví a zdravotní péči a komparací s výsledky vlastního výzkumu, přičemž jsem se navíc zaměřila i na názory obyvatel i odborné zdravotnické veřejnosti na systém zdravotnictví před rokem

1989 byl tedy cíl mé práce splněn. Potvrzena byla přesně polovina hypotéz, druhá byla zamítnuta, i když ve dvou případech byla zamítnuta jen s nepatrným rozdílem, kdy byla spíše zvolena neadekvátně vysoká míra procentuálního předpokladu při formulaci hypotézy, než jak tomu nakonec odpovídal skutečný výskyt této odpovědi. Nejzajímavější je tak fakt, že i když při sledování odpovědí o spokojenosti občanů se současným zdravotnictvím nejsou odpovědi respondentů jednoznačné, při srovnání s minulou podobou zdravotnictví se projevují jako optimističtější. A přestože vidí respondenti největší problémy v oblasti financování veřejného zdravotnictví, při možnosti výběru optimálního modelu financování zdravotní péče pro ČR, by většina dotázaných opět zvolila současný model všeobecného zdravotního pojištění. O způsobu myšlení české veřejnosti (samozřejmě s nadhledem) tak nejvíce vypovídá zjištění, kdy jestliže jsou občané nespokojeni se zdravotnictvím dnes, projevovali nespokojení i dříve, a tak dost pravděpodobně bude velká většina vlastně nespokojena i v budoucnosti, ať už bude mít zdravotnický systém jakoukoli podobu. Jedná se opět o zastávanou celkovou hodnotovou orientaci obyvatel naší společnosti, kde se vždy projevovalo a i v budoucnu bude projevovat především působení významných západních a východních společenských kultur, které na občany naší země nepopíratelně velkou měrou působí i díky tomu, že jsou vůči takovým vlivům dostatečně vnímaví.

Soupis bibliografických citací:

Literatura

1. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přeprac. a dop. vyd. Praha : Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
2. DRBAL, Ctibor. *Politika pro zdraví*. 2. nepřepracované vydání. Praha : IPVZ, 1998. 59 s. v edici školy veřejného zdravotnictví.
3. DRBAL, Ctibor. *Česká zdravotní politika a její východiska*. Vyd. 1. Praha : Galén, 2005. 96 s. ISBN 80-7262340-0.
4. DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Vyd. 1. Praha : Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.
5. GLADKIJ, Ivan. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. Druhé, nezměněné vydání. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2000. 177 s. ISBN 80-244-0176-2.
6. GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Brno : Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
7. GLADKIJ, Ivan; STRNAD, Ladislav. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. Vyd. 1. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 111 s. ISBN 80-244-0500-8.
8. JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
9. KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Vyd. 1. Praha : Academica, nakl. AV ČR, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
10. NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Vyd. 2. rozš. a přeprac. Praha : Academica, 2009. 488 s. ISBN 978-80-200-1679-9.
11. PAPEŠ, Zdeněk. *Zdravotnické instituce*. Vyd. 1. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 55 s. ISBN 80-244-0543-1.
12. Pracovní tým Kulatého stolu k budoucnosti financování zdravotnictví České republiky. *Přehled průzkumů veřejného mínění ke zdraví a zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v České republice, 2008a. 6 s. ID: MED00164085.
13. SCHVARZ, Norbert; BOHNER, Gerd. *Intrapersonal Processes*. Vyd.1. Oxford, UK: Blackwell, 2001, [kap.] The Construction of Attitudes. 436-457 s. ISBN: 978-0-631-21033-7.
14. STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette. *Community/Public health nursing*. Vyd. 2. rozš. a přeprac. St.Luise, Missouri, Mosby 2004, [kap.] Transformation. 50-65 s. ISBN 0323-02240-5.
15. ÚZIS ČR. *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989*. Praha : ÚZIS ČR, 2010. 53 s. Dostupné také z WWW: <www.uzis.cz>. ISBN 978-80-7280-900-4.

Elektronické zdroje:

1. Institut zdravotní politiky a ekonomiky. *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*. IZPE [online]. Kostelec nad Černými lesy 2003. 7.11.2009, [cit. 2010-10-03]. Dostupné z WWW: <http://www.izpe.cz/files/vysledky/ceske_perexy/66.htm>.
2. MALINA, Antonín. Úvod do veřejného zdravotnictví. In *Úvod do veřejného zdravotnictví* [online]. Praha : Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva, 9.12.2009, [cit. 2010-10-03]. Dostupné z WWW:<http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod_do_vz.pdf>.
3. OPRŠÁLOVÁ, Jana. *Vývoj postojů veřejnosti k sociálně-politickým tématům v ČR* [online]. Brno, 2006. 90 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Ekonomicko správní fakulta. [cit. 2010-12-05]. Dostupné z

WWW:<http://is.muni.cz/th/62983/esf_m/Diplomova_prace_J._Oprsalova.pdf>.

4. Pracovní tým Kulatého stolu k budoucnosti financování zdravotnictví České republiky. *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví* [online]. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v České republice, 2008b. 17. 6. 2008. 299 s. [cit. 2010-12-08]. Dostupné z WWW:<http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava+o+stavu_WEB.pdf>.

Výzkumné zprávy:

1. *Závěry reprezentativních sociologických výzkumů z let 1995-2004 Lékařské informační centrum a agentura INRES – SONES. Výzkum názorů a postojů občanů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života* [on-line]. Praha, 2005. 12.12.2010 [cit. 2010-12-13]. Dostupné z WWW:
<http://www.helplic.cz/files/24_TOCZODTLLxhMftJoHswZMJCXtLnjwzQijuFzar/ZDRAVI04.doc>.
2. *Reprezentativní výzkum realizovaný agenturou STEM* [on-line]. Praha. 10.12.2010 [cit. 2010-12-13]. Dostupné z <<http://www.stem.cz>>.
STEM – Poplatky ve zdravotnictví, 30.1. 2008
STEM – Postavení soukromých nemocnic, 27.3. 2006
3. *Tiskové zprávy Centra pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR* [online]. Dostupné z <<http://www.cvvm.cas.cz>>. Tiskové zprávy:
CVVM - Občané a zdraví, ze dne 3.ledna 2003
CVVM – Názory občanů na zdravotní péči v ČR, ze dne 26. ledna 2010
CVVM – Česká veřejnost o zdravotnictví, ze dne 11.ledna 2010
CVVM – Reforma zdravotnictví: Názory veřejnosti na problémy zdravotnictví a jeho financování, ze dne 6. dubna 2006
CVVM – Srovnání dnešního života a života před listopadem 1989, ze dne 3. listopadu 2009
CVVM – Hodnotové orientace české veřejnosti, ze dne 7. ledna 2004
CVVM – Jaké hodnoty jsou pro nás důležité?, ze dne 11. června 2008
CVVM - Pluralita paměti a komunistická minulost: Česká veřejnost a její reflexe roku 1989 a polistopadového vývoje, ze dne 7. září 2009

Prameny práva

1. zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči poskytované v nestátních zdravotnických zařízeních.
2. zákon č. 290/2002 Sb., o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků České republiky na kraje a obce, občanská sdružení působící v oblasti tělovýchovy a sportu a o souvisejících změnách a o změně zákona č. 157/2000 Sb., o přechodu některých věcí, práv a závazků z majetku České republiky, ve znění zákona č. 10/2001 Sb., a zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.
3. zákon č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi.
4. zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.
5. zákon č. 548/1991 Sb. České národní rady, kterým se mění a doplňuje zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění zákona České národní rady č. 210/1990 Sb. a zákona České národní rady č. 425/1990 Sb.
6. zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění.
7. zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

8. zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.
9. zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů.
10. vyhláška Ministerstva financí č. 549/2004 Sb., Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 505/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro účetní jednotky, které jsou územními samosprávnými celky, příspěvkovými organizacemi, státními fondy a organizačními složkami státu, ve znění vyhlášky č. 477/2003 Sb.

Seznam zkratk

CVVM – centrum pro výzkum veřejného mínění

č. – číslo

ČSSD – Česká strana sociálně demokratická

ČR – Česká republika

dcl – decilitr

EU – Evropská unie

H1, 2, 3, 4, 5 – hypotéza číslo 1,2,...5

HDP – hrubý domácí produkt

IZPE – Institut zdravotní politiky a ekonomiky

KSČM – Komunistická strana Čech a Moravy

KÚNZ – Krajský ústav národního zdraví

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Např. – například

ODS – Občanská demokratická strana

OECD – organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (z angl. Organisation for economic Co-operation and development)

OÚNZ – Okresní ústav národního zdraví

příp.- případně

příl. - přílohy

SDŽ – střední délka života

SoÚ AV ČR – sociologický ústav Akademie věd České republiky

SSSR – Svaz sovětských socialistických republik

STEM – středisko empirických výzkumů

SZ – Strana zelených

str. – strana

TBC – tuberkulóza

tj. – to jest

tzv. – takzvaný

ÚNZ – Ústav národního zdraví

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

VB – Velká Británie

WHO – Světová zdravotnická organizace (z angl. World health organization)

ZP – zdravotní péče

ZS – zdravotní stav

Seznam tabulek:

- Tab. č. 1: Vývoj subjektivního hodnocení vlastního zdravotního stavu v letech 1996-2002
Tab. č. 2: Problémy ve zdravotnictví – časové srovnání 2006 - 2009
Tab. č. 3: Názory občanů na poplatky ve zdravotnictví v roce 2008 a 2009
Tab. č. 4: Dělají občané něco pro své zdraví?
Tab. č. 5: Intervence vyvíjené ve prospěch vlastního zdraví
Tab. č. 6: Modely financování zdravotní péče
Tab. č. 7: Konkrétní návrhy finanční spoluúčasti
Tab. č. 8: Pořadí hodnot podle důležitosti pro respondenta
Tab. č. 9: Informační zdroje
Tabulka č.10: Zdravotníky hodnocené problematické oblasti zdravotnictví
Tabulka č. 11: Respondenti uvádějící více než jednu intervenci podporující jejich zdraví
Tabulka č. 12: Postavení hodnot
Tabulka č. 13: Postavení lidských hodnot – časové srovnání
Tabulka č. 14: Využívané zdroje informací – časové srovnání

Seznam grafů:

- Graf č. 1 Výdaje na zdravotnictví veřejné a soukromé (1990-2009)
Graf č. 2 Vývoj subjektivního hodnocení zdravotního stavu v letech 2003-2009
Graf č. 3 : Kvalita zdravotní péče v posledním roce –vývoj v letech 2002-2009
Graf č. 4 : Problematické oblasti zdravotnictví – 2009
Graf č. 5 : Hodnocení dostatku/nedostatku informací poskytovaných nemocným o jejich zdravotním stavu a možnostech léčby ze strany lékařů a zdravotnického personálu
Graf č. 6 : Názory na zavádění poplatků ve zdravotnictví
Graf č. 7 : Souhlas se zavedením regulačních poplatků
Graf č. 8 : Spokojenost se zdravotním systémem 2002-2009
Graf č. 9 : Pohlaví
Graf č. 10 :Věk
Graf č. 11 : Nejvyšší dosažené vzdělání
Graf č. 12 : Praxe ve zdravotnictví
Graf č. 13 : Zájem občanů o problematiku zdravotnictví
Graf č. 14 : Subjektivní hodnocení vlastního zdraví
Graf č. 15 : Hodnocení kvality zdravotní péče v uplynulém roce
Graf č. 16 : Problematické oblasti zdravotnictví
Graf č. 17 : Jiná problematická oblast zdravotnictví
Graf č. 18 : Hodnocení dostatečného poskytování informací
Graf č. 19 : Souhlas se zavedením regulačních poplatků
Graf č. 20 : Určení modelu zdravotnictví
Graf č. 21 : Zdravotníci – určení modelu zdravotnictví ČR
Graf č. 22 : Spokojenost se zdravotním systémem ČR
Graf č. 23 : Optimální způsob financování zdravotní péče
Graf č. 24 : Věková rozdílnost u možnosti financování zdravotní péče
Graf č. 25 : Hodnocení zdravotního systému před rokem 1989
Graf č. 26 : Hodnocení poměrů ve společnosti – široká veřejnost
Graf č. 27 : Hodnocení poměrů ve společnosti – zdravotníci
Graf č. 28 : Náročnost ošetrovatelské péče
Graf č. 29 : Zdravotníci – nevýhody současného systému zdravotnictví

- Graf č. 30 : Dělalí občané něco pro své zdraví?
 Graf č. 31 : Intervence občanů k podpoře zdraví
 Graf č. 32 : Zdroje informací
 Graf č. 33 : H1: Nesouhlas se zavedením regulačních poplatků u osob nad 50 let
 Graf č. 34 : H1: Nejčastější způsob financování zdravotní péče u osob nad 50 let
 Graf č. 35 : H2: Hodnocení zdravotnictví před rokem 1989 – odborná zdravotnická veřejnost
 Graf č. 36 : H3: Spokojenost s kvalitou ZP – občané hodnotící svůj ZS jako špatný
 Graf č. 37 : H4: Podíl nespokojených respondentů se zdravotním systémem při hodnocení spokojenosti zdravotních systému před a po roce 1989
 Graf č. 38 : H5: Dělalí občané něco pro své zdraví?
 Graf č. 39 : H5: Občané nad 50 let a aktivity směřující k podpoře zdraví
 Graf č. 40 : Subjektivní hodnocení vlastního zdraví – časové srovnání
 Graf č. 41 : Kvalita zdravotní péče – časové srovnání
 Graf č. 42 : Kvalita poskytované lékařské péče – občané
 Graf č. 43 : Problematické oblasti zdravotnictví – časové srovnání
 Graf č. 44 : Hodnocení poskytování informací – časové srovnání
 Graf č. 45 : Souhlas se zaváděním regulačních poplatků – časové srovnání
 Graf č. 46 : Spokojenost občanů se zdravotním systémem ČR – časové srovnání
 Graf č. 47 : Vývoj hodnocení stavu zdravotnictví v letech 1995 – 2006
 Graf č. 48 : Dělalí občané něco pro své zdraví – časové srovnání
 Graf č. 49 : Intervence podpory zdraví občanů – časové srovnání
 Graf č. 50 : Konkrétní návrh financování zdravotnictví – časové srovnání
 Graf č. 51 : Vývoj hodnocení zdravotně sociálních oblastí po roce 1989
 Graf č. 52 : Nejčastější zdroje informací – časové srovnání

Seznam příloh:

Příloha 1 : Grafy

- Příloha 1.A : Vývoj základních složek sociálně zdravotního systému
 Příloha 1.B : Průměrné náklady VZP na zdravotní péči
 Příloha 1.C : Věkové složení obyvatelstva v letech 1989 až 2009
 Příloha 1.D : Vývoj počtu živě narozených podle věku matky
 Příloha 1.E : Vývoj počtu UPT a samovolných potratů a užívání lékařsky sledované antikoncepce u žen ve věku 15-49 let
 Příloha 1.F : Struktura standardizované úmrtnosti
 Příloha 1.G : Vývoj počtu hlášených onemocnění TBC na 100 000 obyvatel
 Příloha 1.H : Vývoj standardizované úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy (1989-2009)
 Příloha 1.I : Případy hospitalizace v nemocnicích podle příčin

Příloha 2 : Tabulky

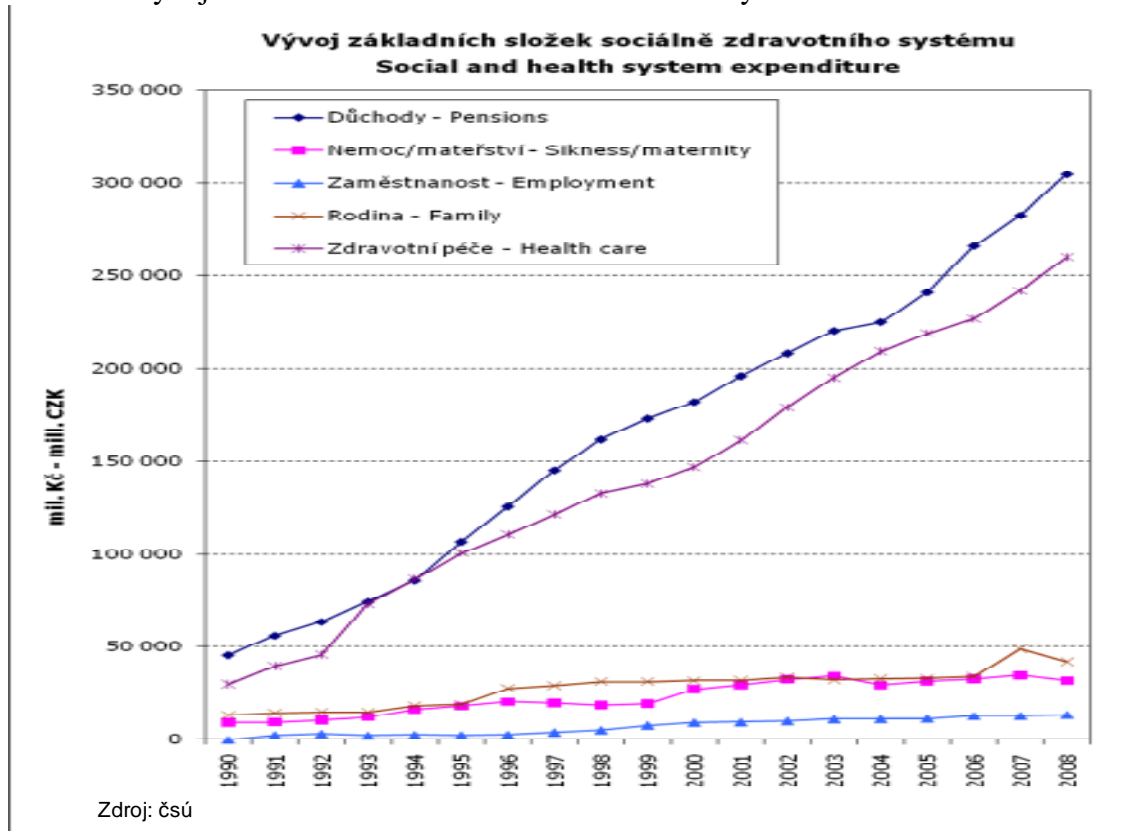
- Příloha 2.A : Vývoj střední délky života
 Příloha 2.B : Vybraná duševní onemocnění
 Příloha 2.C : Srovnání dnešního života a života před listopadem 1989 v různých oblastech – časové srovnání od roku 1998 – 2009
 Příloha 2.D : Důležitost různých hodnot 1990-2008

Příloha 3 : Dotazník

Přílohy

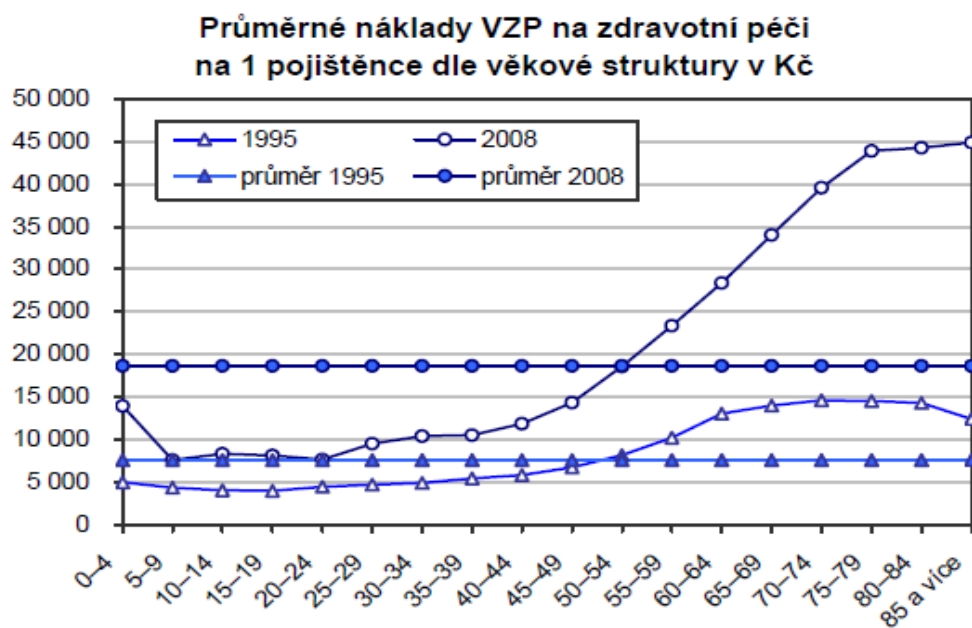
Příloha 1: GRAFY

Příloha 1.A : Vývoj základních složek sociálně zdravotního systému



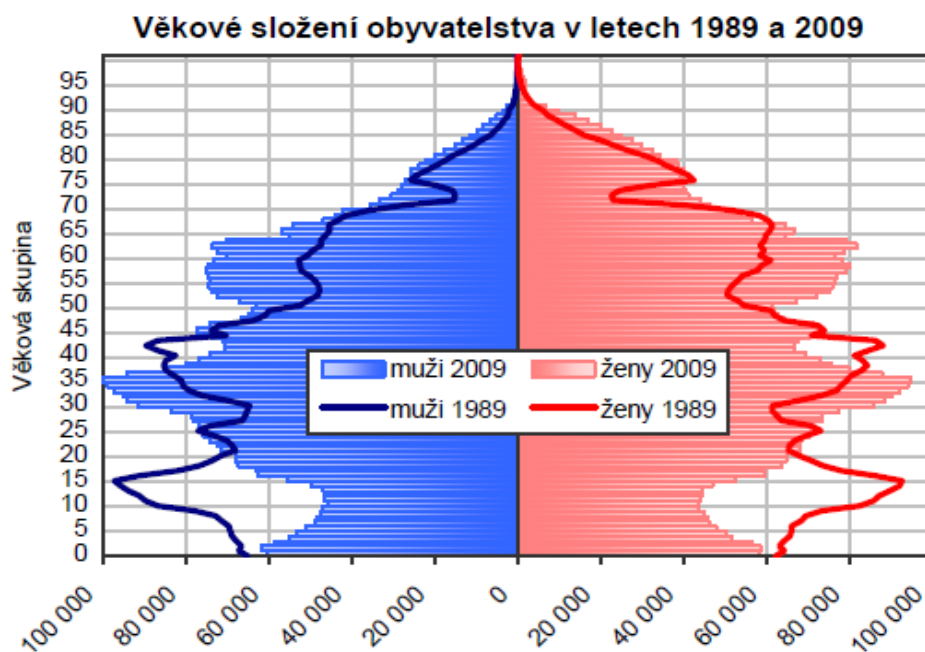
(ZDROJ: ČSÚ 2008)

Příloha 1.B : Průměrné náklady VZP na zdravotní péči



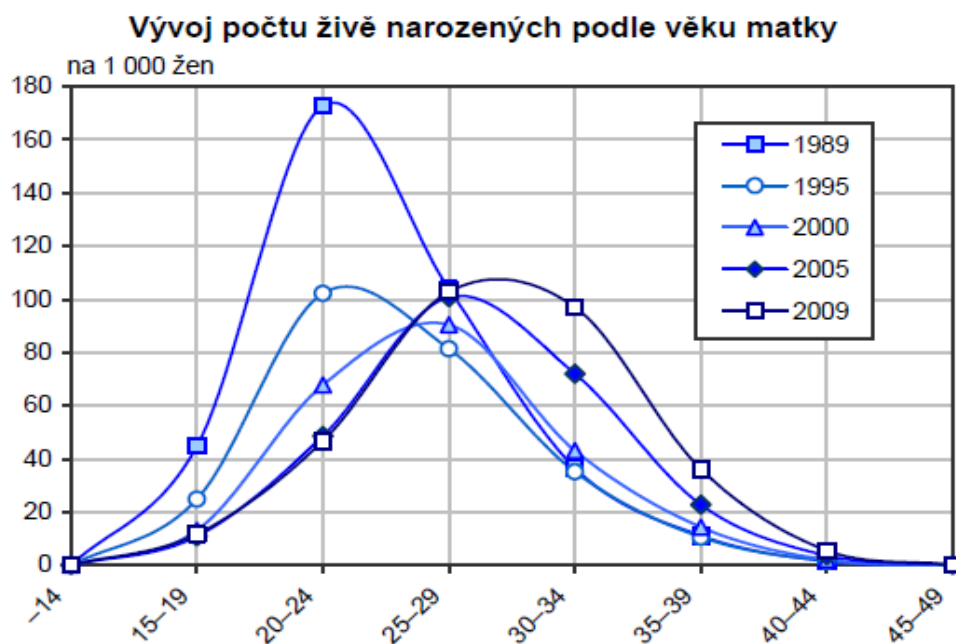
(ZDROJ: ÚZIS 2010)

Příloha 1.C : Věkové složení obyvatelstva v letech 1989 až 2009



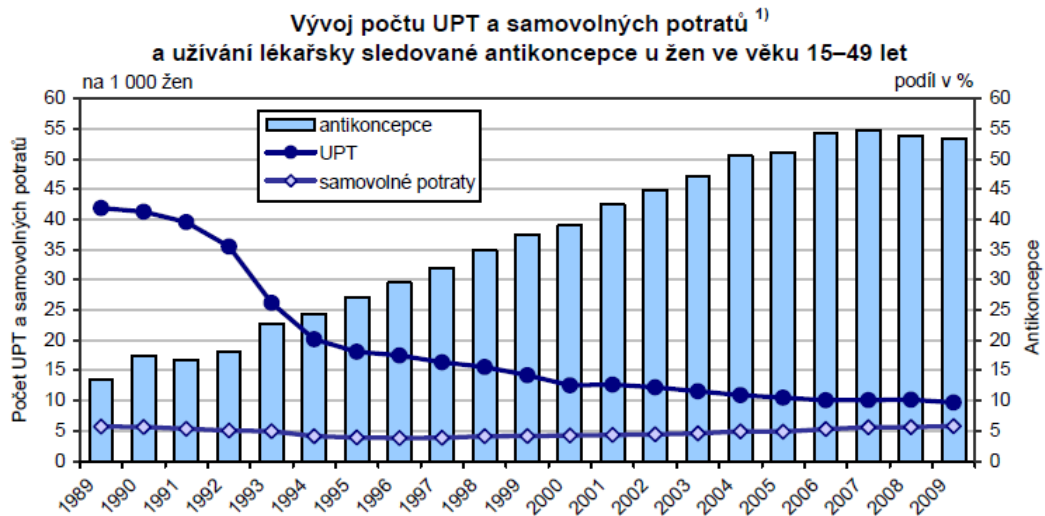
(ZDROJ: ÚZIS 2010)

Příloha 1.D : Vývoj počtu živě narozených podle věku matky



(ZDROJ: ÚZIS 2010)

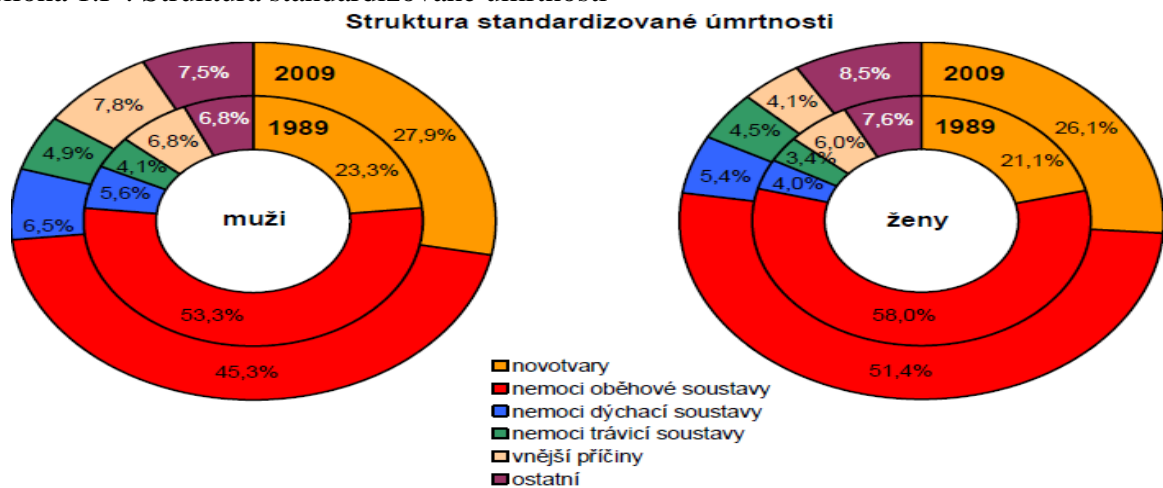
Příloha 1.E : Vývoj počtu UPT a samovolných potratů a užívání lékařsky sledované antikoncepce u žen ve věku 15-49 let



¹⁾ Do roku 2000 potraty pouze za ženy s českou státní příslušností (tuzemky), od roku 2001 včetně potratů cizinek

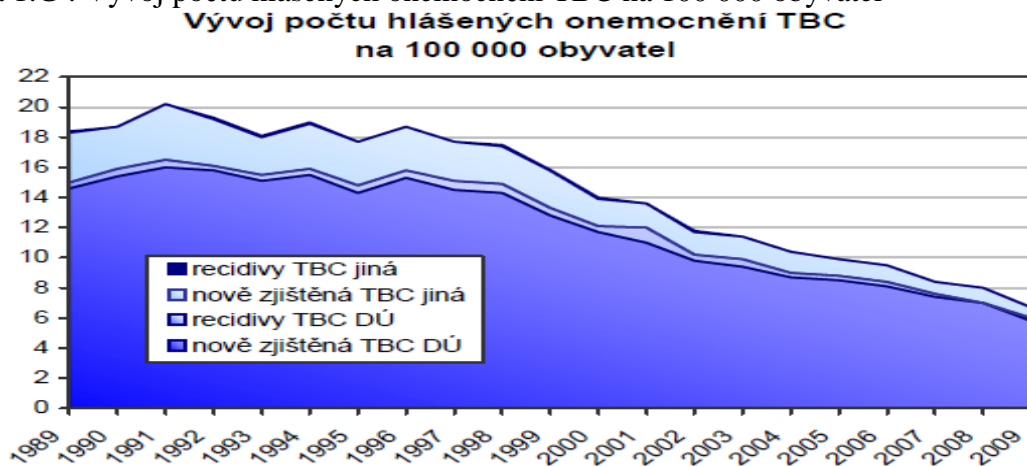
(ZDROJ: ÚZIS 2010)

Příloha 1.F : Struktura standardizované úmrtnosti



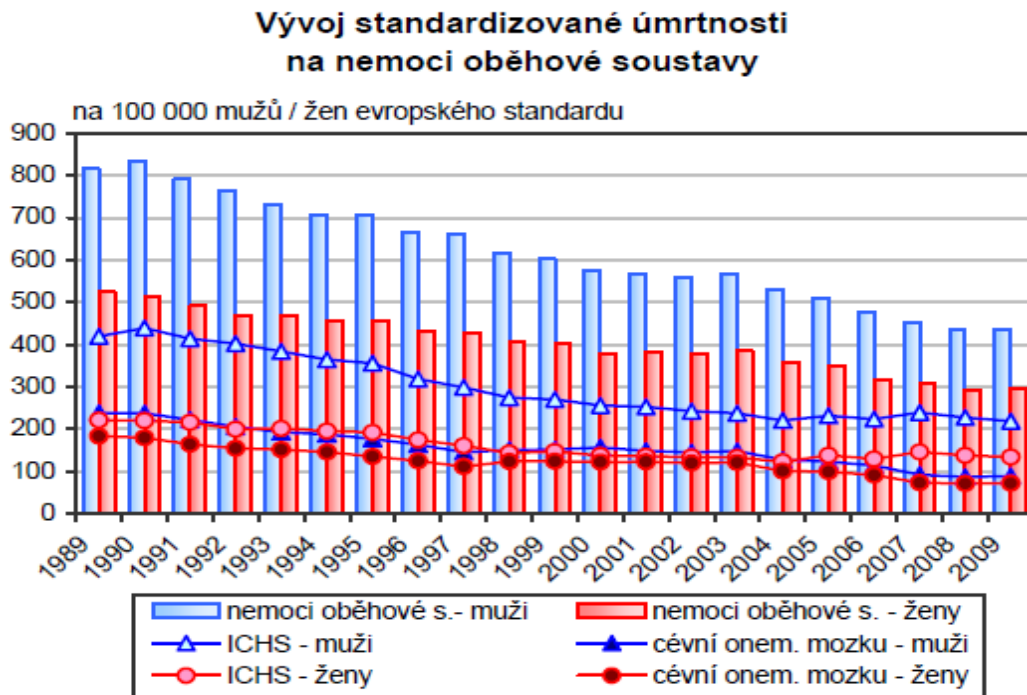
(ZDROJ: ÚZIS 2010)

Příloha 1.G : Vývoj počtu hlášených onemocnění TBC na 100 000 obyvatel



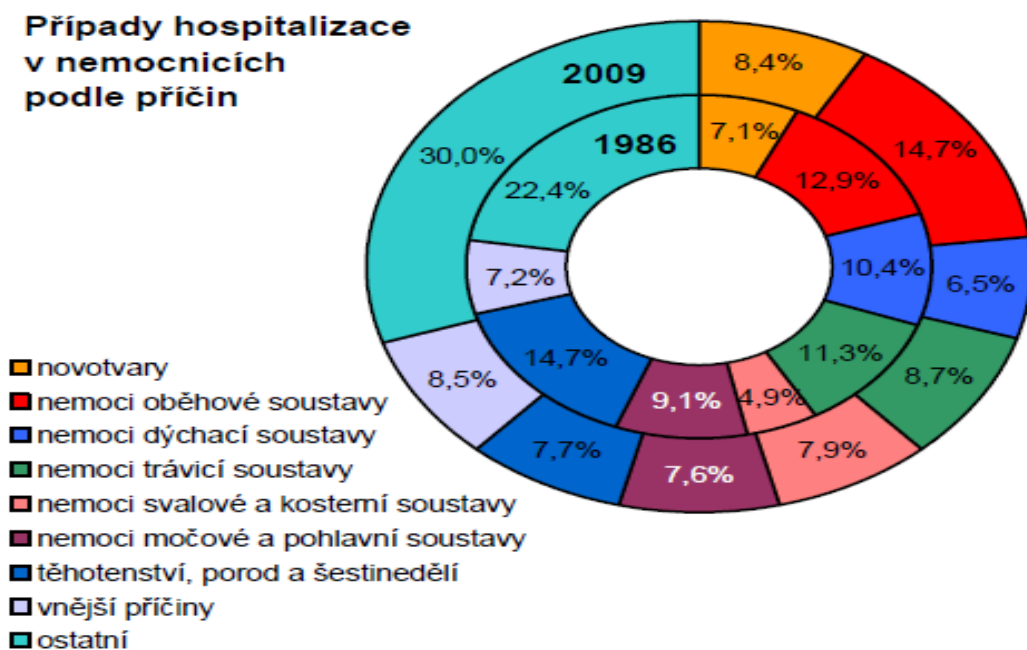
(ZDROJ: ÚZIS 2010)

Příloha 1.H: Vývoj standardizované úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy (1989-2009)



(ZDROJ: ÚZIS 2010)

Příloha 1.I: Případy hospitalizace v nemocnicích podle příčin



(ZDROJ: ÚZIS 2010)

Příloha 2 : TABULKY

Příloha 2.A : Vývoj střední délky života

Rok	Vývoj střední délky života							
	Střední délka života							
	při narození		ve věku 15 let		ve věku 45 let		ve věku 65 let	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
1989	68,10	75,40	54,20	61,20	26,20	32,10	11,70	15,10
1995	69,70	76,60	55,60	62,40	27,60	33,30	12,70	16,00
2000	71,65	78,35	57,19	63,81	28,92	34,60	13,72	17,09
2005	72,88	79,10	58,32	64,48	29,89	35,19	14,38	17,55
2009	74,19	80,13	59,57	65,47	30,96	36,14	15,17	18,33

(ZDROJ: ÚZIS 2010)

Příloha 2.B : Vybraná duševní onemocnění

	1989	1995	2000	2005	2009	
55	Vybraná duševní onemocnění - ambulantně léčení pacienti					
56	Organické duševní poruchy (F00-F09)	.	25 649	34 229	50 717	53 458
57	Schizofrenie (F20-F29)	.	28 849	35 586	41 135	41 223
58	Afektivní poruchy (F30-F39)	.	37 054	62 532	90 503	93 215
59	Neurotické poruchy (F40-F48, F50-F59)	.	95 412	133 079	177 673	192 668
60	Mentální retardace (F70-F79)	.	14 058	15 178	17 051	18 235

(ZDROJ: ÚZIS 2010)

Příloha 2.C : Srovnání dnešního života a života před listopadem 1989 v různých oblastech – časové srovnání od roku 1998 – 2009

	Srovnání dnešního života a života před listopadem 1989 v různých oblastech - časové srovnání											
	03/1998			01/2002			10/2006			09/2009		
	L	L/H	H	L	L/H	H	L	L/H	H	L	L/H	H
přístup k informacím	65	23	5	68	21	4	74	17	4	80	14	3
možnost cestovat	67	14	13	76	13	8	76	13	7	77	13	6
možnost svobodně žít	63	29	6	66	29	3	64	30	3	72	20	6
možnost otevřeně říkat své názory	59	28	10	58	29	12	60	29	8	65	22	9
přístup ke kultuře	35	36	25	41	37	18	42	35	20	55	31	11
životní úroveň	28	28	43	36	29	33	38	34	28	51	22	26
Váš soukromý život	31	45	23	37	45	17	37	43	17	45	35	18
Váš život celkově osobní pohodu	-	-	-	-	-	-	39	36	25	45	32	22
volný čas	31	35	32	37	38	24	38	37	24	44	32	23
možnost ovlivňovat život v místě, kde žijete	26	38	29	31	36	28	31	36	26	39	33	22
péče o zdraví	21	45	22	29	48	17	31	48	12	38	42	12
pocit osobní perspektivy	17	36	46	24	39	36	32	39	29	36	31	32
možnost ovlivňovat politický život v naší zemi	20	21	44	26	25	37	26	29	31	32	24	32
společenské postavení	21	39	25	22	47	21	23	47	18	31	41	18
pracovní uplatnění	22	41	24	26	46	20	24	44	21	30	39	20
pocit bezpečí	20	24	37	25	22	37	24	24	36	28	19	40
pocit sociální jistoty	9	18	72	13	24	62	16	23	61	24	26	49
mezilidské vztahy	10	14	74	14	19	66	12	23	64	16	20	63
zabezpečení ve stáří	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	26	56
	11	18	61	12	25	56	13	23	56	15	24	54

Pozn.: Dopočet do 100 % tvoří odpovědi neví/netýká se. Názory lidí, kterým bylo v roce 1989 15 a více let.

(ZDROJ: CVVM 2009)

Příloha 2.D : Důležitost různých hodnot 1990-2008

Důležitost různých hodnot 1990-2008

	1990	1994	1999	2004	2006	2008
mít přátele, se kterými si dobře rozumí	96	96	95	97	95	97
žít v hezkém prostředí	97	96	94	96	95	97
žít ve spokojené rodině	97	98	97	97	95	96
pomáhat své rodině a přátelům	96	96	97	97	95	95
žít ve zdravém životním prostředí	98	96	95	96	95	95
žít podle svého přesvědčení	94	94	94	95	94	94
žít zdravě, starat se o své zdraví	96	93	94	95	91	94
mít zajímavou práci	88	81	82	92	89	92
pracovat v kolektivu sympatických lidí	86	77	79	89	87	90
mít práci, která má smysl, je užitečná	90	81	79	91	90	88
pomáhat těm, kdo pomoc potřebují	86	79	77	89	83	87
vydělávat hodně peněz	80	74	65	88	85	87
mít vždy své nerušené soukromí	83	78	79	83	85	86
být oblíbený mezi lidmi	82	82	78	86	80	85
žít příjemně, užívat si	67	69	71	80	82	84
mít přátele, kteří mohou být užiteční	73	68	66	81	81	81
mít čas hlavně na své koníčky a zájmy	67	69	70	76	77	80
podávat perfektní profesionální výkon	79	70	71	83	80	79
mít všeobecný přehled	71	66	70	78	73	73
podílet se na zlepšování života v místě bydliště	70	55	53	77	74	73
být dobře informován o dění u nás a ve světě	81	65	71	80	75	72
mít jakoukoli práci	59	46	56	74	70	71
mít práci, která umožňuje zkoušet nové věci	58	51	50	71	67	67
aktivně se podílet na ochraně přírody	-	61	59	75	70	66
žít zajímavý, vzrušující život	54	52	53	62	64	63
pomáhat rozvoji demokracie ve společnosti	69	51	54	73	64	61
dosáhnout významného postavení ve společnosti	36	35	33	54	45	46
mít vlastní firmu, kde mohu být svým pánem	28	29	31	46	39	40
mít hezké věci, které nemá každý	38	39	33	38	41	38
mít práci, která umožňuje řídit činnost jiných lidí	30	29	26	41	37	34
žít podle náboženských zásad	37	28	29	39	28	29
prosazovat politiku své strany, hnutí	31	32	22	40	33	28

Pozn.: Součet odpovědí velmi důležité a spíše důležité. Dopočet do 100 % v každém políčku tabulky tvoří součet odpovědí spíše nedůležité, zcela nedůležité a neví. Položky jsou v tabulce seřazeny podle výše skóru velmi + spíše důležité v roce 2008.

(ZDROJ: CVVM 2008)

Příloha 3: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Klára Burišková a jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia, oboru Všeobecná sestra, na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Tímto se na Vás obracím s žádostí o vyplnění níže uvedeného dotazníku, jehož výsledky budou použity pouze ke zpracování bakalářské práce na téma: „Vývoj postojů obyvatel České republiky ke zdraví a zdravotní péči“. Dotazník je zcela anonymní a účast ve studii je dobrovolná. Má-li být ale studie úspěšná, je důležité, abyste odpovídali uvážlivě a upřímně. Pokud nechcete na nějakou otázku z různých důvodů odpovídat, nechte ji prostě nezodpovězenou. Odpovědi, prosím, zaškrtnete do Vámi zvoleného okénka, popřípadě doplňte. Pokud není uvedeno jinak, volte prosím vždy jednu odpověď. Na vyplnění dotazníku nebudete potřebovat více jak 10 minut. Za vyplnění dotazníku předem děkuji.

Klára Burišková

DOTAZNÍK

1) Pohlaví

Muž Žena

2) Věk

≤20 21 – 35 36 – 50 51 – 64 ≥ 65

3) Nejvyšší dosažené vzdělání

základní vyučen s maturitou vyšší odborné
 vyučen středoškolské vysokoškolské

4) Pracujete nebo jste někdy dříve pracoval/a v oblasti zdravotnictví? (např. jako zdravotní sestra, ošetřovatel,..)

ANO NE

Pokud ano, uveďte počet let praxe.....

5) Zajímáte se o problematiku zdravotnictví v ČR?

ANO NE

6) Jak byste hodnotil svůj zdravotní stav? Jako...

velmi dobrý ani dobrý, ani špatný velmi špatný
 docela dobrý docela špatný

7) Kvalita zdravotní péče v České republice se podle Vašeho názoru v posledním roce...

velmi zlepšila nezměnila se velmi se zhoršila
 spíše se zlepšila spíše se zhoršila

8) Jsou nebo nejsou podle Vás problémy ve vybraných oblastech zdravotnictví?

V každé, ze sedmi oblastí označte, nebo zakřížkujte jedno „okénko“, podle stupně problematičnosti.

Oblast problému	Velmi velké	Velké	Nevím, nemám názor	Malé	Žádné
Financování veřejného zdravotnictví					
Fungování pojišťoven					
Hospodaření v oblasti léků					
Kvalita poskytované zdravotní péče					
Objem služeb					
Dostupnost zdravotní péče					
Vztah mezi lékaři a pacienty					

8.1.) Napadá Vás nějaká další problematická oblast, která se ve zdravotnictví vyskytuje, ale v tabulce není uvedena?

ANO

Pokud ano, stručně definujte o kterou oblast se jedná.....

NE

9) Poskytují podle Vašeho názoru lékaři a zdravotnický personál nemocným dostatek nebo nedostatek informací o jejich zdravotním stavu a možnostech léčby?

rozhodně dostatek spíše nedostatek

spíše dostatek rozhodně nedostatek

10) Souhlasíte nebo nesouhlasíte se zavedením regulačních poplatků ve zdravotnictví?

rozhodně souhlasím spíše nesouhlasím

spíše souhlasím rozhodně nesouhlasím

11) Který model zdravotnictví se z pohledu financování aktuálně uplatňuje v České republice?

Tržní model zdravotnictví – kdy je financování zdravotnictví zajištěno na základě výkonových plateb (platba za výkon)

Model národního zdravotního pojištění s více zdravotními pojišťovnami – zdroje financování jsou vybírané formou pojistného jako povinné platby ze zákona

Model státního zdravotnictví – znamená financování ze státního rozpočtu, resp. z veřejných zdrojů (neexistuje fond zdravotního pojištění jako samotný okruh financování), zdrojem není pojistné ale daně

12) Jak jste obecně spokojen se zdravotním systémem v České republice?

velmi spokojen ani spokojen, ani nespokojen

velmi nespokojen

docela spokojen docela nespokojen

13) S jakým modelem financování zdravotní péče byste nejvíce souhlasil/a?

Zdravotní péče hrazena státem z daní

Zdravotní péče hrazena z povinného zdravotního pojištění

Část nákladu na zdravotní péči hrazena občany, část hrazena ze zdravotního pojištění

- Část zdravotní péče hrazena z komerčního připojištění
 Jiný, napište, prosím jaký:.....

14) Jaký byl, podle Vašeho názoru, zdravotnický systém před rokem 1989 v porovnání se zdravotnickým systémem, který je v České republice uplatňován dnes?

- rozhodně lepší ani lepší, ani horší rozhodně horší
 spíše lepší spíše horší

15) Když porovnáte níže uvedené oblasti se situací před rokem 1989 a se situací dnes, řekl/a byste, že jsme na tom lépe nebo hůře? Tabulka č. 1 je určena pro širokou veřejnost, Tabulka č.2 je určena pro odbornou zdravotnickou veřejnost. Vyplňte prosím jen jednu tabulku, v závislosti na tom, do které z výše uvedené skupiny patříte.

tabulka č.1. Široká veřejnost

V každé z níže uvedených oblastí označte, nebo zaškrtněte jedno „okénko“ podle vlastního názoru.

	Rozhodně k lepšímu	Spíše k lepšímu	Ani lepší, ani horší	Spíše k horšímu	Rozhodně k horšímu	Netýká se mě
Zdravotní péče						
Zabezpečení ve stáří						
Preventivní (péče) programy v péči o zdraví						
Pocit sociálních jistot						
Odborná úroveň zdravotních sester						
Přístup sester k pacientům						
Zdravotní stav populace						

tabulka č.2 Odborná zdravotnická veřejnost

V každé z níže uvedených oblastí označte, nebo zaškrtněte jedno „okénko“ podle vlastního názoru.

	Rozhodně k lepšímu	Spíše k lepšímu	Ani lepší, ani horší	Spíše k horšímu	Rozhodně k horšímu	Netýká se mě
Vzdělávání (všeobecně ve zdravotnictví)						
Odborný výcvik a nové obory na SZŠ						
Postoje (chování) pacientů ke zdravotnickému personálu						
Finanční ohodnocení						
Kontrola, řízení, supervize ze strany nadřízených						
Personální složení ošetrovací jednotky (počet sester, sanitářů)						
Kariérové postupy						
Preventivní (péče) programy v péči o zdraví						
Seberealizace v rámci profese						
Následná péče						
Postavení sester ve společnosti						
Zdravotní péče						
Zdravotní stav populace						

15.1.) Otázky a) a b) jsou určeny pouze pro zdravotníky:

a) Je podle Vás poskytovaná ošetrovatelská péče dnes náročnější, než péče poskytovaná před rokem 1989?

- ANO

- NE
- NEVÍM, NEMOHU POROVNAT

b) Když byste měl/a jmenovat jednu věc, která Vám, ve srovnání se stavem zdravotnictví před listopadem 1989, vadí v dnešním systému zdravotnictví, napadne Vás

.....

16) Děláte něco pro své zdraví? (např. zdravá výživa, sport, pravidelná chůze, dodržuji preventivní prohlídky, atd.)

- ANO

Pokud ano, uveďte hlavní činnosti podporující vaše zdraví.....

.....

- NE

17) Očíslujte níže uvedené „kvality života“ čísly 1. – 9. podle toho, jak jsou pro Váš život důležité. (číslo 1. značí nejvyšší stupeň priority, číslo 9. pak nejnižší stupeň priority)

Životní prostředí	č.
Zdravotní stav	č.
Bydlení	č.
Mezilidské vztahy	č.
Trávení volného času	č.
Charakter práce	č.
Osobní bezpečnost	č.
Sociální jistota	č.
Občanské svobody	č.

18) Jaký druh podnětů, stimulů, či zdroj informací dokáže nejbezpečněji ovlivnit Vaše názory, postoje na zdravý životní styl, péči o zdraví, atd.?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> pouze vlastní zkušenost | <input type="checkbox"/> masmédia (televize, noviny, internet) |
| <input type="checkbox"/> názor uznávané autority | <input type="checkbox"/> rodina, okruh nejbližších přátel |
| (nadřazený v práci, oblíbená osobnost) | <input type="checkbox"/> zájmové skupiny, větší okruh známých lidí |
| <input type="checkbox"/> životní profese, studijní obor | <input type="checkbox"/> jiný (uveďte)..... |

Děkuji za Váš čas

