

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Studium humanitní vzdělanosti



Bakalářská práce

Genderové rozdiely v ochote priplácania si v
zdravotníctve Českej republiky

Praha 2020

Autor : Samuel Džoganík
Vedúca práce : Ing. Inna Čábelková, Ph.D.

Prehlasujem, že som túto bakalársku prácu s názvom „Genderové rozdiely v ochote priplácania si v zdravotníctve Českej republiky“ vypracoval samostatne a v zozname zdrojov uviedol všetky použité pramene a literatúru. Práca nebola využitá k získaniu iného alebo rovnakého titulu.

V Prahe dňa ...

.....
Podpis

Podakovanie

Vďaka patrí predovšetkým pani doktorke Ing. Inne Čábelkovej, Ph.D. za jej ochotu, trpezlivosť a pomoc pri vedení tejto bakalárskej práce.

Anotácia :

Táto bakalárska práca sa zameriava na genderové rozdiely v ochote priplácania si v zdravotníctve Českej republiky. Presnejšie práca overuje existenciu takýchto rozdielov a skúma, ktoré z pohlaví si je v systéme verejného zdravotníctva viac ochotné priplácať.

Prvá, teoretická časť práce obsahuje okrem základného prehľadu fungovania verejného zdravotníctva v ČR taktiež princípy a príklady štandardnej a nadštandardnej starostlivosti ponúkanej týmto systémom. Ďalej poskytuje prierez finančnými štatistikami výdajov českých mužov a žien v rôznych odvetviach zdravotníctva a charakteristiku genderových odlišností v prístupe k zdravotnej diagnostike a vyhľadávaniu či využívaniu zdravotnej starostlivosti. Teoretická časť naznačuje, že ženy si budú za zdravie ochotnejšie priplácať ako muži.

Druhá, empirická časť práce sekundárne analyzuje dáta predstavujúce priame postoje mužov a žien českej spoločnosti k ich ochote priplácania si v zdravotnom sektore, a pomocou porovnania súvislosti týchto postojov s vybranými indikátormi pohlavie, vek, vzdelanie a osobný príjem otestuje stanovené hypotézy. Podľa prevedenej analýzy sa overila len jediná hypotéza, a tak štatisticky významný rozdiel medzi mužmi a ženami v Českej republike existuje, podľa použitých dát, len v ochote platby jednotného poplatku za recept.

Vzhľadom na výsledok empirického výskumu sa odvíja záver tejto práce a síce zistenie, že predpokladané genderové rozdiely v ochote k priplácaniu si za zdravie medzi mužmi a ženami sa, až na jednu výnimku, nepreukázali ako štatisticky významné. Ženy majú už v dôsledku ich biologických, genetických a imunologických predispozícií v priemere vyšší podiel výdavkov na zdravie ako muži, a tak si nie sú za služby zdravotníctva významne ochotnejšie dodatočne priplácať.

Kľúčové slová : Gender, genderové rozdiely, zdravotná starostlivosť, verejné zdravotníctvo, zdravotné výdaje, ochota príplatku

Annotation :

This bachelor thesis is focused on gender differences in willingness to pay extra in the Czech Republic's system of health care. The thesis deals particularly with proving existence of this differences and examines, which gender is more willing to pay extra in the system of universal health care.

First, theoretical part of the thesis contains basic summary of functioning of universal health care system in the Czech Republic and shows options and principles of standard and premium health care services provided by this system. Then, it displays financial statistics of Czech men and women's spendings in different health departments plus characteristics of gender-based differences in health diagnostics and health care seeking and utilization. Theoretical part indicates that women are more willing to pay extra in health department than men.

Second, empirical part of the thesis executes secondary data analysis, and by comparing relation of attitudes of Czech men and women on their willingness to pay extra in the health department with indicators such as gender, age, education and personal income examines defined hypotheses. According to executed analysis, only one hypothesis was confirmed, meaning the statistical difference between men and women in the Czech Republic exists, according to used data, only in their willingness to pay a universal payment for prescription.

The conclusion of this thesis is formulated according to the results of empirical data analysis and states, that assumed gender differences in willingness to pay extra in health care system were, with the exception of one case, not proved as statistically notable. Average health expenses rate is already higher for women than for men due to their biological, immunological and genetical predispositions and as a result, they are not significantly more willing to additionally pay extra in health department.

Keywords : Gender, gender differences, health care, universal health care, health expenditures, willingness to pay extra

Obsah :

| | |
|--|----|
| Úvod | 1 |
| I. Teoretická časť | 3 |
| 1. Model zdravotnej starostlivosti Českej republiky | 3 |
| 1.1 - Vymedzenie pojmu verejné zdravotníctvo | 4 |
| 1.2 - Financovanie zdravotnej starostlivosti v Českej republike..... | 4 |
| 1.3 - Náklady na zdravotnú starostlivosť | 6 |
| 1.4 - Súkromný sektor poskytovania zdravotnej starostlivosti | 7 |
| 1.5 - Zdravotná prevencia | 8 |
| 2. Štandard a nadštandard v zdravotnej starostlivosti Českej republiky..... | 9 |
| 2.1 - Hranica medzi štandardnou a nadštandardnou starostlivosťou | 9 |
| 2.2 - Princíp platieb za nadštandard | 11 |
| 2.3 - Nadštandard pre ženy | 12 |
| 2.4 - Nadštandard pre mužov | 15 |
| 2.5 - Univerzálny nadštandard | 16 |
| 2.6 - Užívanie liekov a priplácanie za lieky | 17 |
| 2.7 - Muži, ženy a alternatívne formy medicíny..... | 20 |
| 3. Finančná štatistika zdravotných výdajov mužov a žien v Českej republike | 21 |
| 3.1 - Európske zisťovanie o zdraví v Českej republike - EHIS 2008 | 22 |
| 3.2 - Genderové rozdiely vo výdajoch na stomatologickú starostlivosť | 23 |
| 3.3 - Genderové rozdiely vo výdajoch u praktického lekára a špecialistu..... | 24 |
| 3.4 - Genderové rozdiely vo výdajoch na iné druhy starostlivosti | 24 |
| 3.5 - Genderové rozdiely v celkových výdajoch na zdravie | 25 |
| 4. Genderové rozdiely v prístupe k zdravotnému systému | 26 |
| 4.1 - Genderové rozdiely v zdravotnej diagnostike | 27 |
| 4.2 - Genderové rozdiely vo vyhľadávaní zdravotnej starostlivosti | 29 |
| 4.3 - Genderové rozdiely v zdravotnej prevencii | 31 |
| Zhrnutie teoretickej časti | 32 |
| II. Empirická časť | 34 |
| 5. Cieľ práce | 34 |
| 5.1 - Stratégia výskumu a zozbieranie dát | 34 |
| 5.2 - Etické otázky výskumu | 35 |
| 5.3 - Výber indikátorov výskumu | 35 |
| 5.4 - Pracovné hypotézy výskumu | 38 |
| 5.5 - Metóda otestovania platnosti hypotéz | 39 |
| 6. Výsledky ordinálnych regresných analýz | 41 |
| 6.1 - Výsledky ordinálnej regresie pre závislé premenné : Súhlas so zvýšeným priplácaním na lieky a so zavedením jednotného poplatku za recept | 41 |

| | |
|--|----|
| 6.2 - Výsledky ordinálnej regresie pre závislé premenné : Súhlas so zavedením poplatku za návštevu lekára a poplatku za návštevu špecialistu bez predošlého doporučenia | 44 |
| 6.3 - Výsledky ordinálnej regresie pre závislé premenné : Súhlas s priplácaním na stravu a lôžko pri pobyte v nemocnici a s rozdelením zdravotnej starostlivosti na štandardnú a nadštandardnú | 47 |
| 6.4 - Zhrnutie výsledkov ordinálnych regresných analýz dát | 50 |
| 7. Diskusia | 51 |
| 8. Záver | 54 |
| 9. Hodnotenie kvality výskumu | 56 |

ÚVOD

Zdravie je tou najcennejšou vecou v živote človeka. Niet preto divu že zdravotníctvo, ako organizácia systému zdravotnej starostlivosti, tvorí veľmi dôležitú časť modernej spoločnosti. Zdravotná politika a jej strategické ciele, zmeny či úpravy sú neustále súčasťou spoločenského diania a sú vďačnou témou médií a odbornej ale i laickej verejnosti. Dostupné finančné zdroje na uhrádzanie zdravotných potrieb jedincov ale nie sú neobmedzené, a v dnešnej dobe ani adekvátne cenám, ktoré je za tieto potreby nutné uhrádzať. Technologický pokrok a objavy s nim spojené obohacujú životy ľudí takmer vo všetkých jeho sférach a zdravie nie je žiadnou výnimkou. Moderné prístroje, nové diagnostické a liečebné postupy či kvalitnejšie liečivá ale predstavujú nákladnú komoditu, pri ktorej financovaní naráža súčasný zdravotný systém Českej republiky na problémy. Poskytnúť najlepšiu dostupnú zdravotnú starostlivosť občanom krajiny bezplatne prostredníctvom verejného zdravotného poistenia nie je finančne možné, a tak sa tento systém spolieha na solidaritu, rovnosť a spravodlivosť pri prerozdeľovaní zdravotnej starostlivosti a techniky medzi ľuďmi. To, že si štát najmodernejšiu zdravotnú techniku nemôže dovoliť bezplatne poskytovať v rámci verejného zdravotného poistenia ale neznamená, že si ju ľudia nemôžu zo svojich vlastných prostriedkov zaplatiť, ak sa pre ňu rozhodnú. Táto ochota mužov a žien k rozhodnutiu priplatiť si za zdravie predstavuje ústrednú tému mojej práce, presnejšie overenie jej existencie a miery, do akej sa u oboch pohlaví odlišuje.

Moja práca sa skladá z teoretickej a empirickej časti. Jej prvá, teoretická časť sa zameria v kapitole č.1 na základy fungovania verejného zdravotníctva v Českej republike a v kapitole č.2 na princípy a možnosti starostlivosti poskytovanej týmto systémom. A to či už štandardnej alebo nadštandardnej. Kapitola č.3 predstaví finančné štatistiky priamych výdavkov mužov a žien v rôznych odvetviach zdravotníctva ČR, ako napríklad všeobecnom lekárstve či stomatológii a porovná ich rozdiely. Detailne sa na genderové rozdiely mužov a žien pri zdravotnej diagnostike, vyhľadávaní starostlivosti a zdravotnej prevencii zameria následne kapitola č.4. Kapitola priblíži biologické i spoločensko-kultúrne vplyvy, ktoré sa môžu odraziť na ochote mužov a žien vynakladať za zdravie viac súkromných finančných prostriedkov.

Empirická časť ponúkne prieskum priamych postojov opýtanej vzorky obyvateľstva Českej republiky v ochote k priplácaniu si v zdravotníctve, a prevedie rozbor súvislosti tejto ochoty s premennými ako pohlavie, vek, vzdelanie či osobný príjem respondentov. Ako výskumnú metódu sekundárnej analýzy dát využijem ordinálnu

regresnú analýzu. Konkrétne použijem dáta z výskumného projektu zozbieraného Centrom pre výskum verejnej mienky Českej republiky (CVVM) v roku 2016 s názvom „Naše spoločnosť - prosinec 2016“ a batériu otázok z časti s názvom „Názory na poplatky ve zdravotnictví a jiná vybraná opatření“. Pomocou dát zozbieraných touto inštitúciou vo forme dotazníka porovnam odlišné postoje všetkých 1028 zúčastnených respondentov. V dotazníku sa uvádzajú okrem pohlavia aj už spomínané faktory vek, vzdelanie a navyše aj osobný príjem. Pomocou ordinálnej regresnej analýzy tak otestujem vplyv nielen genderu na ochotu priplácania si za zdravie, ale aj súvislosť ostatných dôležitých premenných.

I. Teoretická časť

1. Model zdravotnej starostlivosti Českej republiky

Zdravotná starostlivosť predstavuje v modernej spoločnosti podľa Janečkovej a Hnilicovej (2009) komplexný sociálny systém, v rámci ktorého sú poskytované zdravotnícke služby, uspokojované zdravotné potreby, zaisťovaná ochrana zdravia občanov a prevencie vzniku chorôb v kontexte sociálnej solidarity, rovnosti a spravodlivosti. Súčasný model zdravotnej starostlivosti v ČR je podľa autoriek typu národného verejného zdravotného poistenia, založený na zákonnej povinnosti každého občana (s určitými výnimkami) platiť zdravotné poistenie ako definovaný podiel zo svojho mesačného príjmu. Zákonné zdravotné poistenie je povinné pre všetkých občanov a má charakter povinnej zdravotnej dane. Z výnimiek, ktoré predstavujú takzvaní neplatiči do štátnej kasy na zdravotné poistenie tvoria napríklad občania v povinnej školskej dochádzke, študenti do 26 rokov, osoby na dôchodku, osoby vo väzení či na materskej dovolenke a podobne. Za týchto občanov ktorí nie sú ekonomicky aktívny hradí poistné podľa zákonom stanovených pravidiel štát. Takmer všetky zdravotnícke zariadenia majú uzatvorenú zmluvu o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti s poisťovňami a poskytujú ju ich poistencom bez priamej úhrady. Hovoríme teda o verejnom zdravotníctve v tom zmysle, že ide o združenie zariadení, ktoré čerpajú prostriedky verejných financií a poskytujú za nich starostlivosť občanom podľa zákona o zdravotnom poistení. Pri popise systému zdravotnej starostlivosti sú najdôležitejšími faktormi jej spôsob financovania (z akých zdrojov je platená a aká je miera solidarity), jej organizácie (dostupnosť, komplexnosť, kvalita služieb), rola ktorú v nej hrá štát (miera centralizácie, decentralizácie, zodpovednosť, miera spoluúčasti poistencov) a jednotlivec-poistenec (Janečková a Hnilicová, 2009).

Význam zdravia, úrovne zdravotnej starostlivosti a zaistenie jej štandardu v náväznosti na ekonomickú a sociálnu úroveň obyvateľa-človeka patrí ako hovorí Dolanský (2008) k rozhodujúcim aspektom životnej úrovne a kvality ľudského života. Úroveň štandardu zdravia by mala neustále narastať a v budúcnosti by mala predstavovať prioritu vyspelej spoločnosti, štátu a občanov (Dolanský, 2008).

1.1 Vymedzenie pojmu verejné zdravotníctvo

Verejné zdravotníctvo je na základe práce Hnilicovej (2009) multidisciplinárny vedecký odbor, ktorý má svoju teoretickú základňu aj praktickú aplikáciu a využíva poznatky mnohých prírodných a spoločenských vied. Jeho podstata spočíva v tvorbe a realizácii štátnej zdravotnej politiky v závislosti na zdravotnom stave populácie a širších sociálno-ekonomických podmienkach života ľudí v danej krajine (Hnilicová, 2009). Predmetom verejného zdravotníctva je sledovanie uspokojovania zdravotných potrieb celkového obyvateľstva a venuje sa tiež problematike nerovností v zdravotníctve, ktorá je rozhodujúcou pre moju prácu. Alternatívnym názvom pre verejné zdravotníctvo je podľa slov Dolanského (2008) tiež termín starostlivosť o verejné zdravie, pod ktorým sa chápe zdravotný stav obyvateľstva ako celku a ktorý je ovplyvnený pôsobením prírodných, životných a pracovných podmienok a taktiež životným štýlom jednotlivcov (Dolanský, 2008).

1.2 Financovanie zdravotnej starostlivosti v Českej republike

Janečková a Hnilicová (2009) popisujú financovanie zdravotnej starostlivosti na základe troch subjektov :

- Užívateľ (príjemca) zdravotnej starostlivosti čiže pacient
- Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (nemocnica, praktický lekár, hospic)
- Platiteľ zdravotnej starostlivosti (štát, poisťovňa)

Pacienti zverujú, ako pokračujú autorky, svoje financie v podobe daní do rúk štátu alebo poisťovní a očakávajú, že v prípade potreby sa im dostane adekvátnej starostlivosti a zachádzania bez nároku na ich finančnú spoluúčasť. Štát alebo poisťovne potrebujú poskytovateľov-profesionálov, ktorí majú príslušné schopnosti liečiť pacientov, materiálne zdroje potrebné k liečbe a dostatočné financie. Zdravotné poisťovne v ČR vznikli ako verejnoprávne inštitúcie, ktorých úlohou je plne uhrádzať náklady pacientov na zdravotnej starostlivosti alebo čiastočne na základe zmluvy so zdravotníckymi zariadeniami. Rozsah zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotníctva je presne definovaný zákonom č 48/1997 Sb (Janečková a Hnilicová, 2009).

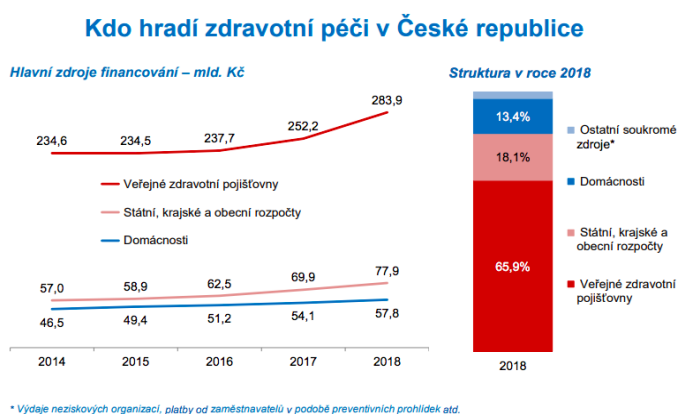
Němec (2008) dopĺňa, že v Českej republike je zdravotných poisťovní niekoľko. Najväčšia z nich, Všeobecná zdravotná poisťovňa Českej republiky, je zriadená na základe

samostatného zákona a má tak zo zákona niektoré zvláštne úlohy. Tieto úlohy súvisia s administráciou celého systému verejného zdravotného poistenia a sú to napríklad vedenie registrov všetkých poistených osôb. Ostatné takzvané zamestnanecké zdravotné poisťovne získavajú licencie na svoju činnosť od Ministerstva zdravotníctva po splnení určitých stanovených podmienok (Němec J., 2008).

Podľa slov Trávise, Meltzera a Howertona (2010) ale samotné poistenie ešte nie je zárukou pohotového prístupu k náležitej starostlivosti a poisťné plány a plnenia sa líšia v tom čo pokrývajú a v ďalších nákladoch spoluúčasti, ktoré už ale musia ísť z vrecka poistenca. Poisťovne nemusia pokryť náklady spojené s i keď pre poistenca vhodnejšími, ale neštandardnými zdravotnými postupmi (Travis, Meltzer a Howerton, 2010).

Janečková a Hnilicová potvrdzujú, že prakticky vo všetkých krajinách EU už verejné zdroje, či už zo štátnych daní alebo verejného poistenia, takpovediac nestačia držať krok a pokrývať všetky výdaje pacientov. Zavádzajú sa preto rôzne formy spoluúčasti pacientov na úhrade týchto výdajov ako napríklad doplatky, regulačné poplatky či platby za nadštandardnú starostlivosť. Pacient, za ktorého určitú časť zaplatí poisťovňa si tak priplatí ešte navyše určitú časť z vlastných finančných zdrojov v hotovosti alebo pomocou súkromného poistenia (Janečková a Hnilicová, 2009).

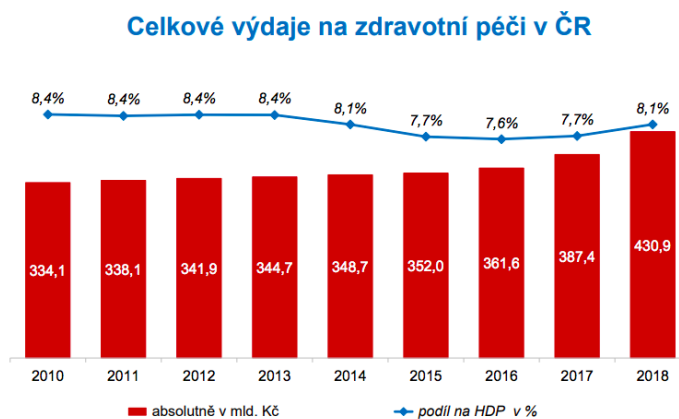
Kalnická a Chodounská (2020) ale v aktuálnej správe tlačovej konferencie Českého štatistického úradu informujú, že v Českej republike je ešte stále dominantná časť nákladov v zdravotníctve hradená verejnými zdravotnými poisťovňami. Tie pokrývali v roku 2018 celkom 65,9 percent celkových nákladov. Súkromné výdaje domácností tvorili okolo 18 percent. Zvyšné náklady sú platené zo štátneho rozpočtu. Vzájomný pomer týchto jednotlivých zdrojov sa v priebehu rokov mení no na grafe z obrázku č.1 vidíme, že podiel súkromných výdajov domácností rastie každým rokom (Kalnická a Chodounská, 2020).



Obr.1. - Kto hradí zdravotnú starostlivosť v ČR, Zdroj : Kalnická a Chodounská (2020)

1.3 Náklady na zdravotnú starostlivosť

K najvýznamnejším trendom vo vývoji verejného zdravotného systému tak patrí už spomínaný rast nákladov na zdravotníctvo a snaha o jeho reguláciu. Ako hovorí tlačový hovorca Českého štatistického úradu Cieslar (2020) : “Náklady na zdravotní péči v Česku rastou a tento rúst už tretí rok v rade nabírá väčší obrátky. V roce 2018 dosáhly úrovně 430,9 mld. Kč a meziročně se zvýšily o 11 %. Největší podíl na nárůstu mají výdaje zdravotních pojišťoven a výdaje ze státního rozpočtu” (Cieslar, 2020, str.1). Obrázok č.2 nám ponúka grafické znázornenie rastu výdajov na zdravotnú starostlivosť počas posledných rokov.

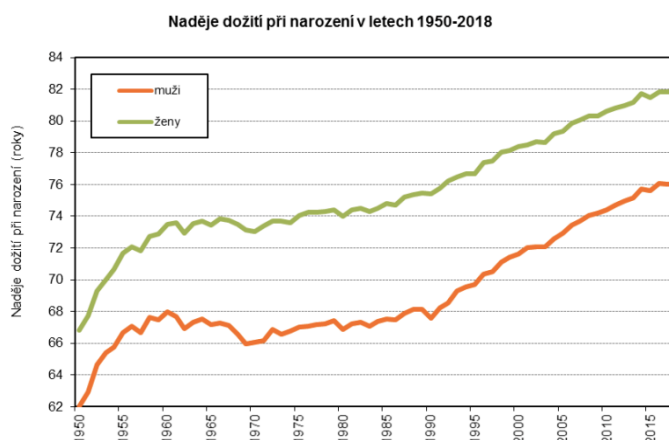


Obr.2. - Celkové výdaje na zdravotnú starostlivosť v ČR, Zdroj : Kalnická a Chodounská (2020)

Tento rast je podľa Dolanského (2008) spôsobený technologickým pokrokom v medicíne a zvyšovaním sa dostupnosti drahších technológií a liekov pre pacientov. Narastajúci počet nových liečebných a diagnostických postupov, rozvoj vedy, výskumu, a nové objavy či technológie v medicíne a farmaceutickom priemysle sa podľa autora rapídne podpisujú na vzraste nákladov na zdravotnú starostlivosť. Tieto náklady sa následne dostávajú do rozporu s možnosťami poisťovní uhrádzať ich celkový objem a u pacientov tak dochádza k rozhodovaniu, aké sú ich limity pri investovaní do zdravia a ochota si za lepšiu starostlivosť, mimo tej štandardnej, doplatiť (Dolanský, 2008).

Prudký rast nákladov v zdravotníctve za posledných dvadsať rokov potvrdzuje aj Hnilicová (2009). Tá sa zamerala na fakt, že tento rast je zapríčinený starnutím populácie a vyšším dožívaním sa jej členov (Obr. 3), ale tiež infláciou zdravotnej starostlivosti.

Praktickou úlohou zdravotnej politiky vo všetkých vyspelých krajinách je podľa autorky regulácia nákladov a udržanie ich celkovej výšky na akceptovateľnej úrovni (Hnilicová, 2009).



Obr. 3. - Nádeje dožitia Čechov pri narodení v rokoch 1950-2018, Zdroj : ČSÚ (2018)

Práve preto je ako potvrdzujú Janečková a Hnilicová (2009) reakciou štátu na takýto rast zavedenie regulácii za účelom ich kontroly. Pod štátnymi reguláciami sa chápe napríklad zavedenie redukovania rozsahu starostlivosti hradenej štátom (napr. presun štandardnej zubnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia do súkromného sektoru), zavádzanie rôznych foriem finančnej spoluúčasti (u nás regulačných poplatkov), kontrolovanie predpisov praktických lekárov a špecialistov, zavádzanie limitov na úhradu nákladných úkonov, materiálov a podobne. K dôležitým témam preto patrí zamedzenie plytvania a zaťažovania pacientov nadbytočnými výkonmi, neadekvátnou liečbou, nadmerným užívaním liekov a čo je najhlavnejšie, šírenie osvedčenej o dôležitosti a potrebe prevencie (racionálne, efektívne a predčasné využitie technológií k diagnostike a liečbe) (Janečková a Hnilicová, 2009).

1.4 Súkromný sektor poskytovania zdravotnej starostlivosti

Veľmi dôležitou súčasťou systému zdravotnej starostlivosti v ČR sa tak kvôli jej zvyšujúcim sa nákladom stáva súkromný sektor, ktorý poskytuje starostlivosť už nie na základe zdravotného poistenia, ale za podmienky priamych platieb pacientov. Takéto súkromné zariadenia, ktoré stoja mimo systém verejného zdravotného poistenia predstavujú dokonalú alternatívu pre občanov ochotných si za nadštandard v zdravotnej starostlivosti priplatiť. Medzi súkromné zdravotnícke zariadenia patria tie, ktoré sú vedené

súkromnými fyzickými alebo právnickými osobami. Jedná sa tak predovšetkým o zariadenia primárnej starostlivosti čiže ordinácie praktických lekárov, stomatólogov či gynekológov, ale tiež aj niektoré špecializované zdravotnícke zariadenia ako napríklad estetické medicíny, súkromné nemocnice a dokonca i lekárne alebo preventívne programy a liečenia.

Investícia do zdravia sa v spoločnosti stáva trendom a ako dokazujú obrázky č.1 a č.4., každým rokom sa podiel súkromnej spoluúčasti domácností na zdravotnej starostlivosti rozširuje. Tendencia k zväčšovaniu sa podielu zdravotnej starostlivosti platenej pacientom a rozlišovaniu nadštandardnej starostlivosti je teda zrejmalá. Platby pacientov za nadštandard predstavujú široké spektrum možností. Priplatiť sa dá napríklad za doplatky na lieky, lepšiu nemocničnú starostlivosť, zdravotnícke pomôcky a materiály, výkony či antistresové a preventívne nadštandardné programy. Diskusia o možnostiach definície štandardnej a nadštandardnej starostlivosti prebieha podľa Janečkovej a Hnilicovej (2009) nielen v politických a laických kruhoch, ale aj lekárskejších pričom každá z týchto strán zaujíma iné stanovisko a je preto otázne odhadnúť aký vývoj bude nasledovať. Je však faktom, že navzdory snahám o decentralizáciu a odštátnenie ostáva štátu stále významná úloha pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v ČR vyplývajúca z Ústavy ČR ktorá hovorí, že štát má povinnosť vytvoriť dostupnú zdravotnú starostlivosť pre každého občana a chrániť jeho zdravie (Janečková a Hnilicová, 2009).

1.5 Zdravotná prevencia

Už spomínaným rozširovaním poznania medicíny a liečebných či diagnostických postupov sa upriamuje pozornosť spoločnosti aj na starostlivosť o riziká vzniku chorôb, a síce ich prevenciu. Preventívne zameranie zdravotníctva znamená podľa Hnilicovej (2009) zahŕňanie väčšieho množstva preventívnych procedúr do základného balíka služieb ponúkaných pre poistencov, motiváciu k ich využívaniu, a investície do celonárodných kampaní. K moderným spôsobom prevencie patria napríklad rôzne onkologické screeningové programy, kontroly hladiny cholesterolu, programy na včasné zastavenie obezity, podporu zdravej výživy či antifajčiarska propaganda. Snahou prevencie je včasná detekcia chorôb a ich včasná liečba, čo zvyšuje liečebnú i ekonomickú efektivitu terapie. Témy, týkajúce sa podpory a zachovania zdravia, zdravého životného štýlu či rizikových faktorov z hľadiska zdravia sa postupne stávajú súčasťou spoločenskej diskusie a čím ďalej tým viac sa pripomína, že najlepšie investované finančné zdroje do zdravotnej starostlivosti sú tie, ktoré smerujú predovšetkým k predchádzaniu ochorenia alebo k

oddialeniu jeho zhoršenia či rozšírenia (Hnilicová, 2009). Práve preto predstavuje aj skúmanie rozdielov mužov a žien v ich ochote investície do prevencie dôležitú premennú pri výskume genderových rozdielov v ochote investície do zdravotnej starostlivosti.

2. Štandard a nadštandard v zdravotnej starostlivosti Českej republiky

V zdravotníctve sa tak kvôli rozdielnym predstavám ľudí o úrovni kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti a ich zvýšenej ochote k využívaniu jej kvalitnejších foriem rozlišujú takzvané „základné varianty“ (čiže štandardné) a „finančne náročnejšie varianty“ (nadštandardné) zdravotníckej služby.

2.1 Hranica medzi štandardnou a nadštandardnou starostlivosťou

Ako uvádza Šrajbrová (2017), štandardná zdravotná starostlivosť je jasne definovaný základný nárok na riešenie, ktoré je hrazené z verejného zdravotného poistenia a je dostatočne kvalitné, efektívne a účinné (Šrajbrová,2017). Verejné zdravotné poistenie musí byť zo zákona schopné poskytnúť svojim poistencom bezplatnú štandardnú zdravotnú starostlivosť. Takáto plne hrazená starostlivosť poisťovňou zahŕňa na základe IZPE (2003) :

- Ambulantnú a lôžkovú (nemocničnú) liečebnú starostlivosť.
- Pohotovostnú a záchrannú službu.
- Preventívnu starostlivosť.
- Dispenzárnú starostlivosť.
- Poskytovanie štandardných liečiv, prostriedkov zdravotníckej techniky (napr. prístroje používané pri diagnostike, ale aj liečebné a pomocné prostriedky ako napr. pomôcky pre nepočujúcich, obvazy a iné) a stomatologických výrobkov.
- Kúpeľnú starostlivosť, starostlivosť v odborných detských zariadeniach a ozdravovniach.
- Závodnú preventívnu starostlivosť.
- Dopravu chorých, náhradu cestovných nákladov.
- Posudkovú činnosť (len do určitej miery).
- Prehliadku zosnulého a pitvu.

Liečebné výkony lekárov, ktorí majú podľa inštitútu uzavretú zmluvu s niektorou zo zdravotných poisťovní, či už v ambulantných službách alebo nemocniciach, sú týmito poisťovňami plne hrazené a zmluvní lekári nie sú od poistených pacientov oprávnení požadovať akékoľvek poplatky. Náklady na štandardné liečivá a prostriedky zdravotníckej techniky počas nemocničnej liečby sú taktiež hrazené v plnej výške (IZPE, 2003).

Vedľa týchto štandardných, bezplatných úkonov a starostlivosti sú ale pre ľudí k dispozícii aj ich nadštandardné, alternatívne formy. Je dôležité povedať, že to základné, lacnejšie nie je automaticky horšie, a to lepšie, drahšie kvalitnejšie.

Inštitút zdravotnej politiky a ekonomiky ČR (2003) delí nadštandardnú zdravotnú starostlivosť na dve typy. Tú, kde je prítomná pacientova finančná spoluúčasť, a na starostlivosť výhradne hrazenú pacientom. Podľa slov inštitútu sa poisťenci oficiálne podieľajú na spoluúčasť hlavne pri úhradách liečiv. Časť liekov je poisťovňami hrazená úplne, u tej druhej sa pacienti finančne podieľajú určitou platbou. V každej skupine liečiv ale musí byť najmenej jedno, ktoré predstavuje štandard a je poisťovňou hrazené kompletne. U ostatných je lekár povinný pacienta vopred upozorniť na povinnosť doplatku pri prevzatí lieku v lekárni. Verejné zdravotné poistenie sa naopak nevzťahuje vôbec na výkony a prostriedky zdravotníckej techniky, ktoré sú nad rámec stanovený zákonom. Tie si je potrebné uhradiť priamo. Sú to napríklad plastické operácie a podobné zákroky estetického charakteru, vybrané stomatologické výkony, materiály či akupunktúra alebo aj určité časti kúpeľnej starostlivosti. Z prostriedkov verejného zdravotného poistenia sa v princípe nehradia výkony, vyšetrenia a pomôcky, ktoré sú vykonávané a využívané čisto v osobnom záujme poistenca alebo inej osoby, ktoré nemajú priamo liečebný charakter, nie sú nevyhnutné a ich cieľom nie je priame zachraňovanie či zlepšenie zdravotného stavu poistenca (IZPE,2003).

Príkladom môže byť podľa Šrajbrovej (2017) ľahčená sadra. Človek s ňou má oproti sadre klasickej na ruke o kilogram váhy menej. Je ale nutné brať v úvahu že to, čo je základný nárok ponúkaný poistením (sadra klasická) je niečo čo je dostatočne účinné, kvalitné a primerané problému, ktorý človek má. Ďalším typickým príkladom je podľa autorky očná šošovka, pri ktorej systém dôsledne trvá na tom, že hradí jedine tú monofokálnu (umožňuje vidieť, no len na jednu vzdialenosť). Je to asi logické, pretože je dostatočne účinná na šedý zákal, ktorý sa tým lieči. Ale pokiaľ chce pacient z nejakého dôvodu bifokálnu alebo trifokálnu šošovku, odmietat' mu úhradu by bolo asi nevhodné. Akú ma teda v dnešnej dobe takýto pacient, ktorý chce inú ako základnú šošovku,

možnosť? Dnešný zdravotný systém formálne neumožňuje možnosť doplatku za rozdiel. Hovorí, že ak chce človek bifokálnu šošovku, musí si potom zaplatiť celý výkon. Pacient by mal ale z princípu mať možnosť voľby, no systém mu to neumožňuje a núti ho chcieť niečo, čo on sám vlastne nechce (Šrajbrová M., 2017).

Podľa Doc.Skorkovskej (2018) hrá zrak v našich životoch nezanedbateľnú úlohu, a práve spomínaná multifokálna šošovka dokáže vydržať svojmu nositeľovi až do konca života bez nutnosti výmeny. *„Čím ďalej pacient se chce během jednoho nitroočního zákroku rovnou zbavit krom šedého zákalu i dioptrií či astigmatismu, aby neztráceli čas střídáním různých dioptrických brýlí. Velké množství našich pacientů žije i ve vyšším věku velmi aktivním životem: čtou, luští křížovky, pracují na počítači, věnují se práci na zahradě, procházkám nebo nějakému sportu. Po operaci proto chtějí fungovat bez brýlí“* uzatvára docentka (Skorkovská,2018,str.1).

Rozdiel medzi starostlivosťou, ktorú dokážu zaplatiť poisťovne, a súčasnými modernými postupmi približuje aj týždenník Ekonom (Hníková ,Vokurková a Fišerová, 2015) ktorý vraví, že čím ďalej tým viac je tento rozdiel citeľný napríklad v obore stomatológie. Podľa zubárov je v súčasnej dobe dostačujúca komplexná starostlivosť o chrup "na poisťovňu" v podstate nemožná a ľudia sa preto obzerajú po súkromných ambulanciách dentálnej hygieny. Zo zdravotného poistenia sa hradia len preventívne a dočasné zákroky, ktoré riešia akútne bolesti a čiastočne sa poisťovne podieľajú aj na úhrade protéz zo základných materiálov. To už ale dnes nestačí (Hníková, Vokurková, a Fišerová, 2015).

2.2 Princíp platieb za nadštandard

Možnosť priplatiť si za nadštandard v kombinácii so starostlivosťou pokrývanou poisťovňou zrušil Ústavný súd ČR v roku 2013. Šrajbrová (2018) informuje, že tak rozhodol kvôli čisto formálnym nedostatkom úpravy a rozdelenia na štandardnú a nadštandardnú starostlivosť. To ale neznamená, že si pacienti v skutočnosti za nadštandardy nepriplácajú napríklad za už spomínané lepšie implantované šošovky. Podľa autorky je takýchto ciest niekoľko. Minister zdravotníctva Adam Vojtěch (za ANO) po svojom nástupe ako spomína Šrajbrová (2018) zistil, že päť ministerstvom riadených nemocníc – dve v Prahe, dve v Brne a jedna v Hradci Králové – má zmluvu s nadačným fondom Lidé sobě, pomocou ktorého vyberajú nemocnice od pacientov rozdiel medzi bežným a nadštandardným materiálom. Vojtěch vidí nedostatky v súčasných zákonoch. *"Ty pacientovi neumožňují doplácení za variantu zdravotnického materiálu, který není*

hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Takže tisíce pacientů, kteří mají zájem o nehrazenou variantu zejména nitroočních čoček, jsou nuceny dávat dary do nadací," (Šrajbrová, 2018, str.1) popísal minister. Nadácia Lidé sobě, vybrala len v roku 2017 od pacientov 11 milionov korún. Niektoré súkromné zariadenia sa ale zaobídu aj bez nadácii. Riaditeľ očných kliník NeoVize a DuoVize Petr Kocian umožňuje pacientom zaplatiť rozdiel v cene šošoviek priamo. "Pojišťovně naučtujeme základní péči a pacient zaplatí částku za přidanou funkci, kterou získá po operaci," (Šrajbrová, 2018, str.1) popísal Kocian. Pri operácii šedého zákalu prepláca poisťovňa len použitie základnej šošovky. Ak ale lekár použije tú lepšiu, môže pacientovi nielen odstrániť zákal, ale zároveň mu vylepší videnie tak, aby vôbec nemusel nosiť okuliare. Kocian je presvedčený, že týmto prístupom zákon neporušuje. Odborník na zdravotnícke právo Peter Šustek z Právnickej fakulty UK taktiež nepovažuje vyberanie doplatkov za nezákonné. Nemocnice a kliniky podľa neho narážajú hlavne na nastavenie úhrad od zdravotných poisťovní, ktoré nevedia rozlíšiť materiál od výkonu (Šrajbrová M., 2018).

Podľa Pavlíkovej (2010) je až takmer polovica Čechov ochotná si za nadštandard priplatiť, pokiaľ doplatí len rozdiel medzi štandardom a nadštandardom. Ak by sa vláde podarilo novú reformu zdravotníctva a návrat doplatkov za nadštandard presadiť, 38 percent pacientov, ktorí si doteraz za nadštandard nepriplácali, si priplácať začnú, a 55 percent tých, ktorí si priplácali, plánuje priplácať viac. Doposiaľ si na nadštandard priplácalo 20 percent ľudí. Z toho viac ženy (22 percent) ako muži (17 percent) (Pavlíková, 2010).

V ich spoločenskom hodnotení dopĺňujú Kubálková a Čáslavská (2010), že z hľadiska zákonnej úpravy majú ženy v Českej republike prístup ku komplexnej zdravotnej starostlivosti za úplne rovnakých podmienok ako muži. Nie sú tak známe žiadne bariéry pri čerpaní zdravotnej starostlivosti ani žiadne významné oblasti, ktoré by ňou neboli pokryté. Nedá sa však ale vylúčiť, že sú to práve ženy kto má špecifické zdravotné potreby či lepšie povedané predstavy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktoré súčasný verejný zdravotnícky systém uspokojuje horšie ako potreby mužov (Kubálková a Čáslavská, 2010).

2.3 Nadštandard pre ženy

Jednou z takýchto situácií spojených s odlišnými predstavami sa spája napríklad čisto ženská záležitosť, a síce pôrod. Beňová (2013) uvádza, že pôrod nie je v dnešnej dobe žiadnou lacnou záležitosťou. Budúce mamičky si čoraz častejšie priplácajú za nadštandardné služby, ktoré nemocnice ponúkajú. V závislosti od regiónu sú ženy za

pôrodnú starostlivosť ochotné zaplatiť aj od 500 do 1 000 eur. Nemocnice si spoplatňujú napríklad nadštandardné bývanie, prítomnosť partnera pri pôrode či výber lekára. Čo je to vlastne nadštandard neurčuje žiadna legislatíva a nemocnice si tak tieto služby určujú samy. „*Budúce mamičky si môžu vybrať, kde chcú priviesť dieťa na svet, akým spôsobom a kto bude pri ich pôrode. Viaceré nemocnice umožňujú aj prítomnosť manžela, matky, kamarátky či asistentky, rodička môže mať vlastnú izbu s televízorom aj toaletou, môže rodiť v polosede či do vody, alebo si môže vybrať bezbolestný pôrod. Najčastejšie chcú mať ženy pri sebe partnera, záujem je aj o výber pôrodníka mimo služby, epidurálnu anestéziu či vlastnú izbu. Nemocnice to považujú za nadštandardné služby a účtujú si za ich poskytovanie poplatky*“ (Beňová,2013,str.1). Hovorkyňa ministerstva zdravotníctva Zuzana Čížmáriková ďalej dodala, že služby si vyberá pacientka sama. „*Ak ich nechce, tak nemusí, zariadenie ju prijme aj bez toho. Pacientky tieto služby ale vítajú a sú žiadané,*“ dodala hovorkyňa (Beňová, 2013,str.1).

Matuščíková (2017) zasa priblížila situáciu s formou pôrodu nazývanou cisársky rez. S cisárskym rezom sú podľa jej slov spojené viaceré komplikácie a preto by ho mali lekári využívať len v nevyhnutných prípadoch. Ženy si však túto formu pôrodu často vyberajú pre jej komfort a sú si za ňu ochotné priplatiť. „*Ženy chcú pri pôrode komfort a sú ochotné zaplatiť veľmi vysoké poplatky, len aby ho mali,*“ (Matuščíková,2017,str.1) vysvetľuje prednosta gynekologicko-pôrodníckej kliniky v Martine Ján Danko. „*Na Slovensku im často nevyhovejú, v zahraničí im väčšinou urobia všetko podľa predstáv.*“ (Matuščíková,2017,str.1) dopĺňa Danko. Zatiaľ čo v roku 2015 bol počet takýchto prípadov 152, v roku 2017 už narástol na 219. Najčastejšie miera ženy do Česka a Rakúska pričom sa im náklady výrazne zvýšia, keďže im Slovenské poisťovne preplatia len to, čo hradia tunajším nemocniciam (Matuščíková, 2017).

Vyšší komfort v oblasti reprodukčnej a intímnej medicíny je vďaka technologickým pokrokom dostupný už aj pri samotnom oplodňovaní žien. Problémy s otehotnením ich postihujú stále vo väčšom množstve, a tak do tejto intímnej otázky stále častejšie vstupujú kliniky asistovanej reprodukcie. V poslednej dobe sa stáva umelé oplodnenie viac a viac populárnejšou metódou.

Podľa Českej Tlačovej Kancelárie (ČTK, 2019) absolvovali páry v roku 2018 na klinikách v ČR na základe predbežných odhadov 39 tisíc cyklov umelého oplodnenia. To je zhruba o tisíc viac ako v roku 2017. Podobný nárast je podľa kancelárie v posledných rokoch pravidelný. V tlačovej správe o tom informoval David Rumpík, predseda sekcie asistovanej reprodukcie Českej gynekologicko-pôrodníckej spoločnosti s názvom : České lekárske spoločnosti Jana Evangelisty Purkyně. „*Každým rokom se zvyšuje přibližně o půl*

roku věk pacientek, které na kliniku přicházejí, a Česká republika tak kopíruje trend ve vyspělých zemích Evropy a USA. To je samozřejmě populačně nedobré, ideální věk prvorodiček by se měl pohybovat kolem 25 let," vyjadril sa David Rumpík (ČTK, 2019, str.1). Zdravotné poisťovne platia momentálne ako uvádza ČTK (2016) tri až štyri pokusy otehotnieť a to u žien do 39 rokov, pričom jeden stojí približne 26 tisíc Kč. Za ďalšie súvisiace úkony a lieky už ale páry doplácajú zo svojho vrecka, a to priemerne 17 a pol tisíc Kč k tomu, čo zaplatí poisťovňa. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO), ktorá ale podľa kancelárie doposiaľ charakterizovala nedobrovoľnú neplodnosť ako chorobu, zvažuje jej prekvalifikovanie. To by mohlo viesť k tomu, že umelé oplodnenie by prestalo byť hrazené z verejného zdravotného poistenia (ČTK, 2019).

Vo verejnej diskusii o využívaní rozličných nadštandardných foriem zdravotnej starostlivosti pokračuje aj týždenník Hospodárskych Novin s názvom Ekonom. Hníková, Vokurková a Fišerová (2015) predstavili pre Ekonom prehľad najčastejších lekárskeho zákrokov, operácií a terapií, ktoré si pacienti nemusia, ale môžu uhradiť z vlastného vrecka a uvádzajú taktiež príklady na finančne najdostupnejšie kliniky ale aj také, kde je nutné si poriadne priplatiť.

Podľa Hníkovej, Vokurkovej a Fišerovej (2015) postihuje rakovina prsníkov v Česku každoročne cez päť tisíc žien pričom s touto chorobou ich navyše často postihne aj amputácia prsníka. Onkologické pacientky síce môžu využiť poisťovňami hrazené modelácie nového prsníka, no úhrada sa vzťahuje len na tie najlacnejšie varianty implantátov a na zákroky sa čaká aj niekoľko rokov. Množstvo žien si preto radšej zaplatí rýchlejší zákrok a lepšie silikónové náhrady. Cena za modeláciu jedného prsníka začína na 10 000 Kč. Ako jedna z najlacnejších kliník ju za 13 tisíc Kč ponúka klinika Sanus v Hradci Králové. *"Modelace prsu tak, aby se esteticky co nejvíce podobal druhému, stojí v Perfect Clinic od 15 tisíc do 20 tisíc korun,"* (Hníková, Vokurková a Fišerová, 2015, str.1) hovorí vedúci lekár pražskej kliniky Perfect Clinic Roman Kufa. Cena za takúto modeláciu sa ale môže vyšplhať aj na viac ako 30 tisíc Kč. Napríklad taká Medicom Clinic ponúka túto procedúru za 32 800 Kč. *"Klientky si mohou vybrat mezi jednolůžkovým a trojlůžkovým pokojem. Na pokojích jsou mobilní monitorovací přístroje,"* (Hníková, Vokurková a Fišerová, 2015, str.1) doplňuje Roman Kufa. Nadštandardom v súkromných klinikách je aj možnosť výberu chirurga. V cene operácie býva aj odvoz z kliniky domov. Pri ženách autorky ostávajú a hovoria, že hlavne pre tie po pôrode ale i tie, ktorým sa podarilo výrazne zhodiť váhu, sú časté problémy s ovisnutou brušnou kožou. Aj takáto

chyba krásy sa ale dá za peniaze vyriešiť. Takzvaná miniabdominoplastika sa vykonáva aj v lokálnej anestézii a ideálna je v kombinácii s liposukciou spodného brucha. Cenové rozpätie tak môže byť široké. Fakultná nemocnica Kráľovské Vinohrady vykonáva tento zákrok aj na náklady poisťovne. Komu sa ale nechce čakať rok či dva, môže si nové brucho za zhruba 30 000 Kč kúpiť. Maximálna cena za procedúru presahuje aj 41 tisíc a pacienti majú opäť na výber medzi viac než stovkou chirurgov vrátane luxusných súkromných kliník s individuálnym prístupom (Hníková, Vokurková a Fišerová, 2015).

Krčové žily sú jedným z najrozšírenejších civilizačných ochorení. Ako spomína Grácová (2020), *“Krčové žily postihujú viac ako 50 % populácie, pričom ženy trápia varixy štyrikrát častejšie ako muži”* (Grácová, 2020, str.1). Dnes už však existujú účinné metódy, ako sa ich bezbolestne a rýchlo zbaviť. Zadarmo to ale nie je. V súčasnej dobe ju ponúkajú ako v nemocniciach, tak aj v špecializovaných klinikách, informujú Hníková, Vokurková a Fišerová (2015). Laserová metóda nie je doposiaľ zahrnutá medzi výkony hradené zo zdravotného poistenia. Mnohokrát sa ale vyplatí, keďže do pár dní po zákroku je pacient opäť schopný naplno fungovať. Ak by podstúpil bežný mechanický zákrok, bol by päť až šesť týždňov pracovne neschopný. Zohnať pracovisko, kde by krčové žily odoperovali laserom za cenu pod 10 tisíc Kč je výnimkou. Štandardne sa ceny podľa autoriek pohybujú okolo 16 tisíc (Hníková, Vokurková a Fišerová, 2015).

2.4 Nadštandard pre mužov

Dokonca aj cena zdanlivo jednoduchého chirurgického zákroku mužskej obriezky sa môže vyšplhať na tisíce. Pokiaľ je vykonávaný z kozmetických či náboženských dôvodov, nie je hradený zo zdravotného poistenia. Rozdiely v cenách medzi jednotlivými ambulanciami sú ako hovoria Hníková, Vokurková a Fišerová (2015) výrazné. Konkrétna čiastka závisí na metóde, rozsahu a na tom, či zákrok prebieha v celkovej alebo lokálnej anestézii. Množstvo súkromných kliník robí obriezku za 5 až 15 tisíc korún. Cena ale väčšinou nezahŕňa anestéziu ani hospitalizáciu, ktorá by po nej mala nasledovať. Konečný účet tak býva spravidla ešte o pár tisíc vyšší. Na klinikách, ktoré ponúkajú drahší zákrok "all inclusive", sa tak dá vo výsledku ušetriť. Napríklad v pražskej Perfect Clinic rovnako ako vo Fakultnej Nemocnici Motol stojí obriezka 18 500 Kč. Cena zákroku môže tiež výrazne vzrásť ak ho vykonáva skúsený chirurg (Hníková, Vokurková a Fišerová, 2015).

Ďalším častým zákrokom chirurgov je úprava nosa, alebo inak odborne nazývané jeho augmentácia. Takáto procedúra je stále častejšia a obľúbenejšia práve u mužov a niet sa čomu čudovať. Nos je dominantou tváre a muži si čím ďalej tým viac dávajú záležať na

jej estetickom vzhľade. Nový nos je ale hrađený zdravotnými poisťovňami jedine ak má pacient vrodenú vadu ako je napríklad rászštep podnebia, alebo ak má pacient problémy s dýchaním. Ak dôjde k jeho deformácii vlastným zavinením ako napríklad u mužov často pri úrazoch a športe, alebo ak sa nos pánov geneticky odlišuje od ich ideálu krásy, musia si naň našetriť. Podľa slov Kofroňovej (2017) si pacient za výkon priplatí, no stojí to zato. Korekcia nosu sa v plastickej chirurgii považuje, ako vraví autorka, za najprestížnejší zákrok, ktorý môže vykonávať len naozaj skúsený chirurg. Od toho sa odvíja následná cena, ktorá zvyčajne začína na 17 tisíc Kč (Kofroňová, 2017).

2.5 Univerzálny nadštandard

Odstránenie materských znamienok, výrastkov či bradavíc je tiež zákrokom, ktorý väčšinou nie je preplácaný poisťovňou. Pacient neplatí len ak je kožný nález podozrivý a potenciálne nebezpečný pre jeho zdravie. Takýto útvar sa odstraňuje chirurgicky a následne sa posielajú na histológiu. Ak má odstránenie kožných výrastkov len estetický dôvod, musí si zaň pacient zaplatiť zo svojho vrečka. Ceny zákrokov sa líšia od spôsobu odstránenia, veľkosti útvaru ale tiež aj od kliniky výkonu a chirurga.

Okrem nadštandardných zákrokov a výkonov je tiež veľmi dôležité spomenúť aj úroveň stravy a ubytovania v nemocniciach. Tie majú v Českej republike neslávnu povest' nie veľmi vysokej úrovne, no aj v tejto oblasti sa už v dnešnej dobe rozdeľuje na štandard a nadštandard, a za kvalitu si je možné priplatiť.

Príkladom je Uherskohradištská nemocnica (2020), ktorá rozšírila ponuku nadštandardnej stravy pre pacientov či ich doprovod na všetky svoje oddelenia. Pacienti, ktorým to zdravotný stav dovoľí, si môžu podľa stránok nemocnice vybrať zo špeciálneho jedálneho lístka. V ponuke nadštandardnej stravy je za 150 Kč za deň (250 pre doprovod) päť druhov raňajok plus výber nápojov a ovocia, päť druhov predjedla či polievok, päť druhov obedov, múčnikov a taktiež večerí. Pacienti môžu navyše za túto službu platiť nielen v hotovosti ale aj kartou (NEMUH, 2020).

Aj Nemocnica TGM Hodonín (2018) ponúka už od 1. Októbra 2018 takúto zaujímavú možnosť stravovania, ktorou chce podľa svojich slov spríjemniť svojim hospitalizovaným pacientom pobyt vo svojom zdravotníckom zariadení. Pokiaľ pacientov nezaujíma klasický nemocničný jedálniček, môžu si za príplatok a po doporučení lekára vybrať raňajky, obed alebo večeru. Objednať si môžu nielen jednotlivé jedlá, ale tiež zostaviť si celodenné menu priamo podľa svojej chuti. *„Naši motiváci je nejen snaha zpříjemnit pobyt pacientům, ale také jim nabídnout službu navíc formou zdravého*

stravování. A to za velmi vstřícný příspěvek k tomu, co za stravu hradí běžně pojišťovna. Pokud si pacient objedná všechna tři jídla včetně moučnicku, připlatí si za celodenní nadstandardní stravování pouze 196 korun,“ uviedol riaditeľ Nemocnice TGM Ing. Antonín Tesařík (NEMHO, 2018).

Nemocníc ponúkajúcich takéto nadštandardné stravovacie služby je v Českej republike podľa Frolovej (2015) už niekoľko. Tie ju na svojich stránkach ponúkajú a propagujú. Podľa autorky je o túto službu zo strany pacientov zvyšujúci sa záujem (Frolová, 2015).

Nadštandardné ubytovanie počas pobytu v nemocnici prináša taktiež množstvo výhod. Jednou z jeho predností je podľa Kundrhaltovej (2016) napríklad to, že návštevy nie sú nijak obmedzené. Takéto lôžka preto ocenia hlavne tí, ktorí sú hospitalizovaní dlhší čas. K dispozícii je tu vlastné sociálne zariadenie, druhé lôžko pre blízku osobu, televízor, chladnička, mikrovlnka či rýchlovarná kanvica. Napríklad v Nemocnici Pelhřimov priblížila situáciu s nadštandardným ubytovaním vrchná sestra interného oddelenia Hana Dandová : *„Těší nás velký zájem pacientů o nadstandardní pokoj, který je téměř stále využíván. Pacienti si chválí nejen vybavení pokoje, ale především soukromí, které jim tento pokoj skýtá,*“ (Kundrhaltová,2016,str.1). Podľa nemocnice by špeciálnych izieb malo v budúcnosti len pribúdať. Pacienti si ich podľa hovorkyne Nemocnice Pelhřimov často žiadajú aj v dotazníkoch a dokonca rezervujú s predstihom. *„V dalších letech bychom rádi zřídili nadstandardní pokoj na každém oddělení,*“ priblížila plány nemocnica (Kundrhaltová, 2016,str.1).

Ponuka nadštandardného nemocničného ubytovania naprieč Českou republikou je podľa aktuálnych stránok nemocníc veľmi rozšírená a dá sa tak predpokladať, že aj obľúbená. Ceny za takéto nadštandardné formy ubytovania v nemocniciach sa menia v závislosti na lokalite. Spomínaná nemocnica v Pelhřimove si za deň strávený v nadštandardnej izbe účtuje 400Kč. V Pražskej nemocnici Motol sa ale cena za takúto službu šplhá podľa aktuálneho cenníka až k 1200 Kč.

2.6 Užívanie liekov a priplácanie za lieky

Užívanie liekov, či už predpísaných alebo nepredpísaných, obvykle smeruje k riešeniu zdravotných ťažkostí, prípadne k ich prevencii či zmierneniu príznakov. Výskum EHIS (2008) sledoval, či jeho respondenti užívali behom posledných dvoch týždňov nejaké predpísané ale aj nepredpísané lieky a ak áno, akého boli typu a ako sa pre mužov a ženy percentuálne líšili ich platby a užívanie. Pojmom lieky sú v tejto otázke myslené

akékoľvek pilulky, tabletky, kapsle, kvapky, krémy, masti, náplasti či spreje s liečebným účinkom, ale i potravinové doplnky, minerály, vitamíny, bylinné prípravky a pod., ktoré sú určené k zmierneniu príznakov, prevencii chorôb či zlepšeniu zdravotného stavu a ktoré sa obvykle kupujú v lekární. Okrem liekov predpísaných lekárom priamo na recept mali byť zahrnuté tiež lieky, ktoré lekár respondentovi len odporučil a ten si ich potom na základe tohto odporúčenia bez receptu zadovážil. Všetky tieto podrobné špecifikácie týkajúce sa použitých pojmov boli uvedené v pokynoch pre tázateľov. Celkovo užívala podľa výskumu nejaké lekárom predpísané lieky v posledných dvoch týždňoch viac ako polovica respondentov (52 %), pričom medzi mužmi bolo toto percento (41,5 %) nižšie než medzi ženami (62,3 %). Tento rozdiel bol spôsobený hlavne zahrnutím antikoncepčných piluliek a hormónov medzi lieky u žien. Ak by sa antikoncepčné pilulky a hormóny nezarátavali, získame u žien 52% podiel tých, ktoré v posledných dvoch týždňoch užívali nejaké lieky. I po očistení vplyvu veku a po eliminácii žien, ktoré neužívali iné lieky ako antikoncepciu a hormóny, logistická regresia štatisticky potvrdzuje významný rozdiel medzi mužmi a ženami. Ženy užívajú lieky zhruba 1,4-krát častejšie v porovnaní s mužmi, čo odpovedá vyššej prevalencii chronických chorôb u žien. Z hľadiska pohlaví zaznamenávame rozdiely v užívaní liekov na bolesti, ako sú bolesti kĺbov, krku a chrbta, migrénu a iné. pri týchto ťažkostiach užívali ženy lieky častejšie ako muži, čo opäť odpovedá vyššej prevalencii ako vybraných zdravotných problémov (problémy s krčnou chrbticou, migréna), tak bolestí obecné u žien. Častejšie u žien boli taktiež lieky na príznaky alergie, depresie a úzkostné duševné poruchy, ďalej lieky na spanie a iné.

EHIS (2008) uvádza, že v rovnakom referenčnom období uviedlo platbu za lieky zhruba 34% všetkých respondentov, pričom u mužov bol tento podiel nižší (27 %) ako u žien (41 %). Zo všetkých respondentov, ktorí platili za predpísané lieky, ich necelé 4 % zaplatili len 30 Kč, teda max. vo výške regulačného poplatku za položku na recepte. Naopak viac než 150 Kč zaplatilo celkom 69 % tých, ktorí za lieky platili a to častejšie ženy (71,4%) ako muži (65%) (vid Tab 6.27 - Zdroj EHIS 2008). Priemerná výška nákladov predstavovala 408 Kč, pričom u žien bola vyššia (433 Kč) ako u mužov (367 Kč).

Tab. 6.27: Rozdelení respondentů podle celkových nákladů na předepsané léky (v %)

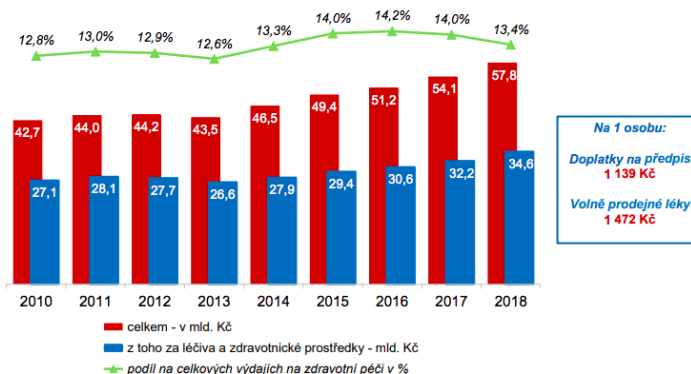
| Náklady v Kč | 1–30 | 31–60 | 61–150 | 151–500 | 501–1 000 | 1 001+ |
|--------------|------|-------|--------|---------|-----------|--------|
| Muži | 5,5 | 7,3 | 22,3 | 46,3 | 15,2 | 3,5 |
| Ženy | 2,6 | 9,0 | 17,0 | 42,9 | 24,8 | 3,7 |
| Celkem | 3,7 | 8,3 | 19,0 | 44,2 | 21,1 | 3,6 |

Okrem výdajov respondentov na predpísané lieky boli dotazníkom EHIS (2008) sledované aj ich doplatky na lieky bez lekárskeho predpisu. Tieto lieky užívalo v posledných dvoch týždňoch 40 % opýtaných mužov a 52 % žien, pričom tento rozdiel bol potvrdený ako štatisticky významný aj po odstránení vplyvu odlišnej vekovej štruktúry. Priemerné náklady na lieky bez lekárskeho predpisu sú si dosť podobné. Muži zaplatili v priemere 277 Kč, ženy 280 Kč. V tabuľke 6.28 (EHIS,2008) môžeme vidieť, že minúť na nepredpísané lieky viac ako 150 Kč bolo ochotných 58,8% žien a 58,2% mužov.

Tab. 6.28: Rozdelení respondentů podle celkových nákladů na nepředepsané léky (v %)

| Náklady v Kč | 1–30 | 31–60 | 61–150 | 151–500 | 501–1 000 | 1 001+ |
|--------------|------|-------|--------|---------|-----------|--------|
| Muži | 3,6 | 10,3 | 27,9 | 45,6 | 8,8 | 3,8 |
| Ženy | 2,8 | 7,1 | 31,3 | 49,0 | 7,4 | 2,4 |
| Celkem | 3,1 | 8,4 | 29,9 | 47,6 | 8,0 | 2,9 |

Výdaje domácností na zdravotní péči



Obr. 4. - Výdaje domácností na zdravotnú starostlivosť - Zdroj : Kalnická a Chodounská (2020)

Aktualizovanejšie údaje súkromných výdavkov na zdravotnú starostlivosť za posledné roky nám prináša tlačový hovorca Českého statistického úradu Cieslar (2020) v tlačovej správe Čsú. Tá dopĺňa, ako môžeme vidieť na obrázku 4., aj výdavky za spomínané predpísané a nepredpísané lieky na jednu osobu. Priemerne sú v porovnaní s rokom 2008 vyššie o 80% pri liekoch bez predpisu a o 64% pri liekoch na predpis. Môžeme sa teda domnievať, že rozdiel v pomere ochoty mužov a žien sa v posledných rokoch taktiež dramaticky zvýšil. V praktickom výskume mojej práce budú preto zahrnuté

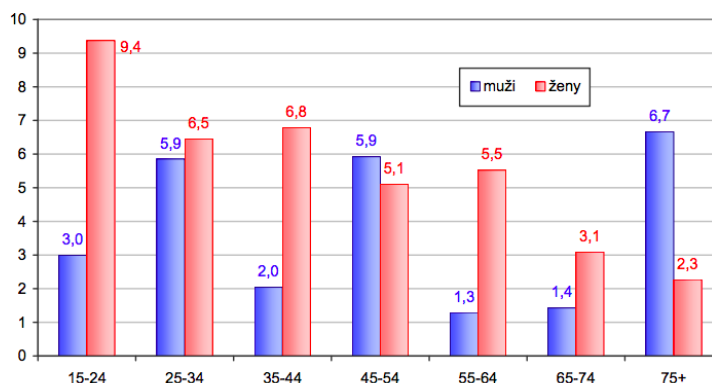
aj otázky respondentov do akej miery sú ochotní si viac priplácať za lieky a taktiež otázka na ich ochotu poplatku za recept. Tlačová správa ďalej hovorí, že zdroje financovania zdravotnej starostlivosti reprezentujú v českom prostredí hlavne domácnosti, ktoré v roku 2018 zaplatili 58 mld. Kč, teda 13 % celkových výdavkov na zdravotnú starostlivosť, zo svojich vlastných zdrojov. „Polovina výdajů na zdraví z kapes domácností padne na léky. Za doplatky na léky na recept zaplatili lidé v roce 2018 přes 12 miliard a za volně prodejně léky skoro 16 miliard korun. Meziročně tak výdaje českých domácností za léky stouply o 8,4 % a každý obyvatel tak v průměru za léky zaplatil 2 611 korun,“ (Cieslar,2020,str.1) uvádza Vladimíra Kalnická z oddelenia štatistiky vzdelávania, zdravotníctva, kultúry a sociálneho zabezpečenia ČSÚ. Skoro tretinu výdavkov na zdravie, 18 mld. Kč, platia ľudia v ambulanciách, predovšetkým u zubárov (Cieslar J., 2020).

2.7 Muži, ženy a alternatívne formy medicíny

Oplatí sa tiež spomenúť, že podľa Kubáľkovej a Čáslavskej vyhľadávajú ženy tiež častejšie súkromne platených poskytovateľov alternatívnej medicíny. Takmer 6% žien podľa ich práce navštívilo v poslednom roku homeopata, akupunkturistu či iného poskytovateľa alternatívnej medicíny oproti 3,6% mužov. Obzvlášť nápadný je rozdiel medzi mladými ženami, kde až 9,3% vyhľadalo v posledných 12 mesiacoch alternatívnu liečbu (Kubáľková a Čáslavská, 2010).

Rozdiel medzi pohlaviami je v tejto oblasti podľa EHIS (2008) štatisticky významný. Pravdepodobnosť návštevy poskytovateľa alternatívnej medicíny je približne o 2/3 vyššia u žien ako u mužov. Ako vidno na grafe 6.7 poskytnutom EHIS (2008), najčastejšie sú ochotné sa zveriť do starostlivosti poskytovateľov alternatívnej medicíny mladé ženy vo veku 15–24 rokov.

Graf 6.7: Podíl respondentů s návštěvou poskytovatele alternativní medicíny v posledních 12 měsících podle věku a pohlaví (v %)



O ponuku nadštandardných zdravotníckych možností dnes ako vidieť nie je v širokom spektre zdravotníctva núdza. Muži a ženy majú veľa možností, ako si okrem základnej starostlivosti ponúkanej ich poistením priplatiť na či už lepší prístup, materiál alebo dokonca komfort, pokiaľ sa tak rozhodnú.

Podľa Doc.Skorkovskej (2018) je dobrou správou, že Česi sa do kvality zdravia a života učia investovať. Česi si ako informuje docentka uvedomujú, že zdravie je to posledné, na čom by mali v dnešnej dobe šetriť (Skorkovská, 2018).

Pre účely mojej práce bude preto jej empirický výskum obsahovať práve otázky respondentov na ich ochotu rozdeliť zdravotnú starostlivosť na štandardnú a nadštandardnú a taktiež konkrétne či sú ochotní si okrem iného viac priplácať za stravu a lôžko v nemocniciach.

Priame postoje českej verejnosti v otázke rozdelenia starostlivosti na štandardnú a nadštandardnú, ale i ochoty príplatku za lepší prístup lekára zisťoval napríklad aj týždenník Ekonom (2016). Celkovo by podľa jeho prieskumu uvítala zavedenie metódy nadštandardnej príplatkovej starostlivosti do ponuky zdravotníckych služieb väčšina opýtaných. Prístup lekárov by mal ale podľa opýtaných ostať v oboch prípadoch profesionálny, a ku každému by mali byť rovnako ústretový. Podľa verejnosti v ČR je najdôležitejšie, aby takáto možnosť nevedla k zníženiu úrovne štandardu. Základná starostlivosť musí podľa opýtaných Čechov a Češiek ostať pre všetkých rovnaká (Ekonom,2016).

3. Finančná štatistika zdravotných výdavkov mužov a žien v Českej republike

Ženy majú v priemere vyšší podiel výdavkov na zdravie ako muži. To uvádzajú údaje OECD-Organisation for Economic Co-operation and Development (2016) z Českej republiky, Kórey a Holandska a konkretizujú, že 56% celkových výdavkov na zdravotnú starostlivosť spotrebovala populácia žien. Sú to napríklad výdavky v oblasti duševného zdravia, ktoré môžu byť vysvetlené tým, že ženy častejšie a od mladšieho veku vyhľadávajú pomoc pri problémoch napríklad s depresiou či výdaje spojené s tehotenstvom a pôrodom. Zvýšený výskyt ťažkostí spojených s pohybovou sústavou u žien taktiež ukazuje na významný rozdiel s vyššími výdajmi žien v oblastiach ako osteoporóza, artritída či pri problémoch s chrbticou. Dlhšia dĺžka života ženskej populácie (vid obr. č.3), ktorá vedie k ich predĺženej starostlivosti taktiež prispieva k tomuto rozdielu oproti mužom. Zatiaľ čo ženy zodpovedajú za vyššie celkové výdaje za zdravie, je zaujímavosťou, že muži majú naopak tendenciu venovať väčšiu časť financií na poplatky

za pohotovostnú starostlivosť. Je to spôsobené ich zvýšeným počtom úrazov a zranení ale aj napríklad akútnymi ťažkosťami obehového systému (OECD, 2016).

Obrázok číslo 5. poskytnutý Čsú (2019) potvrdzuje túto skutočnosť pre ČR. Modrou farbou sú zvýraznené zvýšene hodnoty priemerných výdajov mužov na poplatky za pohotovosť oproti ženám za posledné roky (ČSÚ, 2019).

Spomenutý fakt spájajú autori Travis, Meltzer a Howerton (2010) so skutočnosťou že možnosti, ktoré sú pre mužov k dispozícii na preukázanie ich maskulinity sú často práve nezdravého či nebezpečného charakteru. Páni tak majú tendenciu k riskantnejším presvedčeniam a angažujú sa v rizikovejších situáciách ako ženy (Travis, Meltzer a Howerton, 2010).

ZDRAVÍ **HEALTH**

2 - 20. Výdaje na regulační poplatky za pohotovost podle věku a pohlaví
Expenditure on emergency regulation fees by age and sex

Pramen: ČSÚ Source: CZSO

v tisících Kč CZK thousand

| Věková skupina (v letech) Age group (years) | 2008 | | 2010 | | 2014 | | 2015 | | 2017 | |
|--|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|
| | ženy Females | muži Males | ženy Females | muži Males | ženy Females | muži Males | ženy Females | muži Males | ženy Females | muži Males |
| 0-4 | 10 121 | 12 244 | 11 282 | 13 524 | 10 699 | 12 705 | 10 212 | 12 124 | 10 882 | 12 675 |
| 5-9 | 5 965 | 7 020 | 6 495 | 7 593 | 7 415 | 8 504 | 7 727 | 8 820 | 8 311 | 9 243 |
| 10-14 | 4 162 | 5 011 | 4 320 | 4 949 | 4 396 | 4 788 | 4 803 | 5 197 | 5 400 | 5 802 |
| 15-19 | 5 984 | 6 336 | 6 207 | 6 395 | 5 135 | 4 909 | 5 329 | 4 945 | 5 693 | 5 118 |
| 20-24 | 7 481 | 7 861 | 7 911 | 7 938 | 8 103 | 7 687 | 8 006 | 7 565 | 8 394 | 7 457 |
| 25-29 | 7 439 | 8 272 | 7 652 | 7 795 | 7 524 | 7 392 | 7 754 | 7 427 | 8 220 | 7 788 |
| 30-34 | 7 926 | 9 014 | 8 575 | 8 848 | 7 199 | 7 206 | 7 257 | 7 170 | 7 603 | 7 229 |
| 35-39 | 5 709 | 6 771 | 7 357 | 7 761 | 7 632 | 8 142 | 7 729 | 8 118 | 7 592 | 8 141 |
| 40-44 | 4 761 | 5 673 | 5 165 | 5 766 | 5 795 | 6 564 | 6 443 | 7 189 | 6 943 | 7 584 |
| 45-49 | 3 947 | 4 505 | 4 640 | 5 085 | 4 392 | 4 920 | 4 743 | 5 124 | 5 158 | 5 525 |
| 50-54 | 4 512 | 4 642 | 4 481 | 4 587 | 4 013 | 4 149 | 4 416 | 4 567 | 4 563 | 4 721 |
| 55-59 | 4 251 | 4 194 | 4 684 | 4 610 | 3 970 | 3 939 | 4 009 | 4 015 | 4 430 | 3 989 |
| 60-64 | 3 633 | 3 442 | 4 300 | 3 999 | 3 893 | 3 709 | 4 071 | 3 888 | 4 148 | 3 948 |
| 65-69 | 2 600 | 2 197 | 3 182 | 2 712 | 3 616 | 3 174 | 3 882 | 3 417 | 4 099 | 3 475 |
| 70-74 | 2 222 | 1 589 | 2 407 | 1 826 | 2 853 | 2 199 | 3 051 | 2 404 | 3 213 | 2 574 |
| 75-79 | 2 353 | 1 512 | 2 418 | 1 610 | 2 254 | 1 498 | 2 411 | 1 636 | 2 464 | 1 773 |
| 80-84 | 1 897 | 1 069 | 2 002 | 1 160 | 2 073 | 1 259 | 2 129 | 1 354 | 2 026 | 1 282 |
| 85+ | 1 207 | 621 | 1 471 | 737 | 1 848 | 996 | 1 930 | 1 055 | 1 884 | 1 128 |
| Celkem/ Total | 86 171 | 91 974 | 94 548 | 96 696 | 92 811 | 93 740 | 95 903 | 96 016 | 101 024 | 99 452 |
| Celkový součet/ Total sum | 178 145 | | 191 444 | | 186 551 | | 191 919 | | 200 476 | |

Obr.5. Výdaje na regulačné poplatky za pohotovosť podľa pohlavia a veku - Zdroj ČSÚ (2019)

3.1 Európske zisťovanie o zdraví v Českej republike - EHIS 2008

Zisťovanie informácií o zdravotnom stave obyvateľov EHIS sa v ČR vykonáva už od roku 1993. Prostredníctvom tohto výskumu sa získavajú cenné údaje, ktoré nie je možné zistiť z iných zdrojov. Tieto údaje pomáhajú doplniť bežne zbierané dáta o fungovaní zdravotníckeho systému a využívaní zdravotnej starostlivosti. Najnovší zber dát v rámci tohto výskumu prebiehal od júla 2019 až do konca decembra 2019. Súhrne výsledky tohto výskumu budú dostupné približne na konci roka 2020 na internetových stránkach ÚZIS ČR a preto budem čerpať údaje z poslednej dostupnej a kompletnej

publikácie Európskeho zisťovania o zdraví, ktorá bola vykonaná v Českej republike v roku 2008 na vzorke 1955 respondentov a to vo veku 15 a viac rokov. Výskum prostredníctvom dotazníka sledoval informácie z oblastí zdravotného stavu, využitia zdravotnej starostlivosti a zdravotných determinant respondentov. K zmapovaniu financovania zdravotnej starostlivosti zo súkromných zdrojov boli v dotazníku zahrnuté otázky na priame výdaje respondentov na túto starostlivosť.

3.2 Genderové rozdiely vo výdajoch na stomatologickú starostlivosť

Vrátíme sa teda k Európskemu zisťovaniu o zdraví EHIS (2008) z kapitoly o výdajoch mužov a žien na lieky a tentoraz sa pozrieme na ich výdavky u zdravotníkov. Vo výskume sa v súvislosti s využívaním zdravotnej starostlivosti sledovali a analyzovali takzvané out-of-pocket výdaje, čiže také, ktoré respondent hradil priamo a neboli mu, ani spätne, preplatené poisťovňou. Priamymi výdajmi sú myslené všetky výdaje, ktoré respondent musel uhradiť sám zo svojich vlastných prostriedkov, vrátane všetkých dobrovoľných odmien a darov (úplatkov) pre zdravotnícky personál. Respondent mal v otázkach uviesť celkové financie, ktoré boli zaplatené za poskytnutie zdravotnej starostlivosti pre neho samotného, za predpísané a nepredpísané, doporučené lieky a za akékoľvek zdravotné pomôcky pre neho samotného.

S počtom návštev zubára rástli podľa EHIS (2008) aj náklady respondentov. Priemerný počet návštev u respondentov, ktorí navštívili stomatológa za posledné štyri týždne bol 1,5. U žien bol vyšší (1,8) ako u mužov (1,25). Priemerná výška nákladov na stomatologickú starostlivosť predstavovala pre obe pohlavia celkom 350 Kč, u mužov bola celková čiastka nižšia ako u žien. Viac ako 150 Kč platilo u zubára 29 % mužov a 32,5 % žien (vid Tab. 6.23 - EHIS 2008).

Tab. 6.23: Rozdělení respondentů podle celkových nákladů na péči stomatologa (v %)

| Náklady v Kč | 0 | 1–30 | 31–60 | 61–150 | 151–500 | 501–1 000 | 1 001+ |
|--------------|------|------|-------|--------|---------|-----------|--------|
| Muži | 14,0 | 44,0 | 6,1 | 7,0 | 11,8 | 7,6 | 10,4 |
| Ženy | 14,5 | 41,5 | 6,9 | 4,7 | 18,4 | 8,6 | 5,5 |
| Celkem | 14,2 | 42,8 | 6,5 | 5,9 | 15,0 | 7,5 | 7,5 |

3.3 Genderové rozdiely vo výdajoch u praktického lekára a špecialistu

U praktického lekára alebo lekára špecialistu bolo za posledné štyri týždne 33 % mužov a 49 % žien, celkovo teda 802 respondentov. Ženy boli u niektorých z týchto lekárov častejšie v porovnaní s mužmi. Priemerný počet návštev praktika či špecialistu u osôb za posledné štyri týždne pred rozhovorom bol pre obe pohlavia 2,1 návštev. Celkovo zhruba 3/4 respondentov nezaplatilo za starostlivosť praktika či špecialistu viac ako 60 Kč, naopak 13 % opýtaných zaplatilo viac než 150 Kč. Podiel tých, ktorí minuli viac než 500 Kč bol minimálny, celkom zhruba 2 %, čo je výrazne menej než v prípade starostlivosti stomatologickej. Podiel osôb, ktoré vydali na tento typ starostlivosti viac než 150 Kč bol u mužov prekvapivo vyšší (16 %) ako u žien (11 %) (vid. Tab. 6.25, EHIS, 2008). Priemerná výška nákladov na jednu návštevu bola 51 Kč. U mužov bola mierne vyššia ako u žien. V priemere minula jedna žena na starostlivosť praktika či lekára špecialistu 83 Kč, u mužov to bolo trochu viac, a síce 106 Kč (EHIS, 2008).

Tab. 6.25: Rozdelení respondentů podle celkových nákladů na péči praktického lékaře a specialisty (v %)

| Náklady v Kč | 0 | 1–30 | 31–60 | 61–150 | 151–500 | 501–1 000 | 1 001+ |
|--------------|------|------|-------|--------|---------|-----------|--------|
| Muži | 14,2 | 40,4 | 17,6 | 11,8 | 12,7 | 2,6 | 1,0 |
| Ženy | 16,6 | 37,7 | 19,3 | 15,0 | 9,9 | 1,2 | 0,3 |
| Celkem | 15,6 | 38,8 | 18,6 | 13,7 | 11,0 | 1,7 | 0,5 |

Pre aktuálne overenie finančnej ochoty mužov a žien na lekársku starostlivosť bude výskum empirickej časti mojej práce formulovať okrem iných aj otázku na respondentov do akej miery sú ochotní platiť za návštevu u lekára a taktiež ako sú ochotní si priplatiť za špecialistu bez predošlého doporučenia od svojho praktického lekára.

3.4 Genderové rozdiely vo výdajoch na iné druhy starostlivosti

Prehľad o priamych nákladoch na zdravotnú starostlivosť dopĺňa dotazník EHIS (2008) tiež položkou sledujúcou či mali respondenti za posledné štyri týždne pred rozhovorom nejaké výdaje na ďalšie, iné druhy zdravotnej starostlivosti mimo stomatológov, praktikov a špecialistov (iné, než uvedené typy zdravotníckych služieb, teda napr. hospitalizáciu, rehabilitáciu a pod.). Viac ako 150 Kč utratilo v poslednom mesiaci pred rozhovorom 52 % respondentov, ktorí nejaké z takýchto nákladov mali. Výdavky nad 500 Kč uviedlo 17 % mužov a 25 % žien. V kategórii výšky nákladov 500–1000+ Kč je viditeľný vyšší podiel žien (24,5%), ktoré boli ochotné takúto sumu utrátiť. U mužov to

bolo 17,3% (vid. Tab. 6.29, EHIS,2008) V priemere sa výdaje medzi pohlaviami príliš nelíšia a ich priemerná výška predstavovala zhruba 393 Kč.

Tab. 6.29: Rozdelení respondentů podle celkových nákladů na další zdravotní péči (v %)

| Náklady v Kč | 1–30 | 31–60 | 61–150 | 151–500 | 501–1 000 | 1 001+ |
|--------------|------|-------|--------|---------|-----------|--------|
| Muži | 11,6 | 18,1 | 22,6 | 30,3 | 8,1 | 9,3 |
| Ženy | 9,1 | 17,3 | 19,2 | 29,9 | 17,0 | 7,5 |
| Celkem | 10,0 | 17,6 | 20,5 | 30,1 | 13,5 | 8,2 |

3.5 Genderové rozdiely v celkových výdajoch mužov a žien na zdravie

Celkové náklady respondentov na zdravotnú starostlivosť a zdravotnícke potreby za rok 2008 je možné zhrnúť súčtom všetkých vyššie uvedených samostatných nákladov. Pre tento účel sa vypočítali ukazatele určujúce celkové náklady v priebehu posledných štyroch týždňov s tým, že ukazatele, ktoré boli sledované s dvojtýždenným referenčným obdobím (náklady na predpísané a nepredpísané lieky) sa vynásobili dvoma (EHIS,2008).

Tab. 6.31: Rozdelení respondentů podle celkových nákladů na zdraví (v %)

| Náklady v Kč | 0 | 1–30 | 31–60 | 61–150 | 151–500 | 501–1 000 | 1 001+ |
|--------------|------|------|-------|--------|---------|-----------|--------|
| Muži | 37,6 | 8,1 | 3,6 | 9,9 | 21,2 | 10,9 | 8,8 |
| Ženy | 23,7 | 5,7 | 3,3 | 9,5 | 24,9 | 18,7 | 14,2 |
| Celkem | 30,4 | 6,9 | 3,4 | 9,7 | 23,1 | 14,9 | 11,6 |

Takto koncipovaný ukazateľ, ktorý zahŕňa aj osoby bez nákladov na zdravotnú starostlivosť vypovedá ako o jej cene, tak aj o miere jej využitia oboma pohlaviami. Je preto logicky možné súdiť, že ženy využívajú zdravotnú starostlivosť častejšie a tým pádom sú ich náklady vyššie. Podľa tabuľky 6.31 poskytnutej EHIS (2008) zaplatilo zhruba 14 % žien behom posledného mesiaca viac ako 1 000 Kč, zatiaľ čo medzi mužmi to bolo len 9 %. Nulové náklady malo 38 % mužov a len 24 % žien. Priemer sa u oboch pohlaví taktiež líšil, a to 391 Kč u mužov a 531 Kč u žien, čo je čiastočne ovplyvnené aj ich staršou vekovou štruktúrou. Podiel osôb, ktoré mesačne minuli viac na zdravotnú starostlivosť ako 150 Kč predstavoval u žien zhruba 58 % a bol o 18% vyšší ako u mužov. Po odstránení vplyvu vekovej štruktúry bol rozdiel potvrdený ako štatisticky významný a dospelo sa k záveru, že ženy majú mesačne v porovnaní s mužmi zhruba dvojnásobnú pravdepodobnosť zaplatiť za zdravie viac ako 150 Kč (EHIS, 2008).

4. Genderové rozdiely v prístupe k zdravotnému systému

Finančné štatistiky z predchádzajúcich kapitol ukázali, že ženy míňajú na zdravie v priemere viac prostriedkov ako muži. Dôvodov prečo je tomu tak môže existovať viacero. Okrem už spomínaných biologických a genetických faktorov, ako sú napríklad odlišné potreby žien súvisiace s graviditou, ich v porovnaní s mužmi odlišná náchylnosť k určitým chorobám či nižšia odolnosť voči rizikám prostredia, sa zameriame na ďalšiu dôležitú premennú pri určovaní rozdielnosti ochoty pohlaví vo finančnej dotácii zdravia. Bližšie sa pozrieme na rozdiely, ktoré nemajú biologický základ, ale pramena z role muža a ženy zo spoločenského a kultúrneho hľadiska, ich osobného presvedčenia a individuálneho životného štýlu.

Travis, Meltzer a Howerton (2010) sa zaoberajú práve skutočnosťou, že gender jedincov a ich takzvané tradičné genderové stereotypy (feminita u žien, maskulinita u mužov) sa viažu s odlišným prístupom pohlaví k zdravotnému systému. Hovoria, že sú zodpovedné napríklad za rozdiely v ochote zdravotnej kontroly a konzultácie so špecialistom alebo všeobecným lekárom, výbere kvality ošetrovania a starostlivosti, využívaní preventívnych zdravotných služieb či dokonca odlišnom prístupe k nákupu liečiv a koniec koncov v ich ochote investície do zdravia. Niekedy spôsobujú genderové stereotypy zvýšený dopyt po starostlivosti, inokedy naopak nevôľu či ostych pri vyhľadávaní pomoci (Travis, Meltzer a Howerton, 2010).

Vplyv genderu potvrdzuje vo svojej práci aj Maria Sanchez-Lopez (2010). Čím viac informácií máme podľa nej v rukách tým je jasnejšie, že je v zdravotníckom výskume a praxi potreba zaviesť ako premenné analýzu pohlaví a genderovú analýzu. Ak pod pojmom „pohlavie“ rozumieme biologické rozdiely medzi mužmi a ženami a pod pojmom „gender“ sociálne a kultúrne rozdiely mužov a žien, potom nám údaje ukazujú, že obe tieto reality hlboko ovplyvňujú stanovenie zdravotného stavu. Pohlavie môže v skutočnosti podmieňovať diferenciálne sklony k určitým stavom zdravia alebo choroby, rôznym rizikovým faktorom a rozdielnym potrebám starostlivosti. Gender môže podmieňovať rôznu mieru vystavenia určitým rizikám, rôzne spôsoby vyhľadávania zdravotnej starostlivosti, alebo odlišné dopady sociálnych a ekonomických faktorov ovplyvňujúcich zdravie. Čím ďalej, tým viac prevláda myšlienka, že zložitá genderová štruktúra, vzájomné pôsobenie pohlaví a biologických či imunologických rozdielov vytvára zdravotné podmienky, situácie a problémy, ktoré sú odlišné pre ženy a pre mužov ako jednotlivcov

ale aj ako skupiny. Medzi zdravím, pohlavím a genderom teda existuje blízky vzťah (Sanchez- Lopez , 2010).

Zdravie človeka je teda podľa definície Pan-Americkéj Zdravotníckej Organizácie, PAHO (2011) počas jeho života formované na jednej strane biologickými predispozíciami, ktoré máme každý geneticky dané a na tej druhej rôznymi spoločensko-kultúrnymi vplyvmi s ktorými sa stretávame. Je dokázané, že rozdielna biologická stavba muža a ženy má zásadný vplyv na zdravie jedinca, no stále sa zväčšujúce množstvo dôkazov nám svedčí o významnom vplyve iných faktorov na prístup k nášmu zdraviu a zdravotnému systému. Je to napríklad vplyv spoločenskej role človeka, jeho spoločenského statusu, životného štýlu, hodnôt či chovania (PAHO-WHO, 2011).

4.1 Genderové rozdiely v zdravotnej diagnostike

Addis a Mahalik (2003) uvádzajú, že populárne spoločenské stereotypy zobrazujú mužov napríklad ako jedincov s nevôľou žiadajúcich pokyny ak sa stratia, majúcich problémy so zdieľaním svojich intímnych pocitov s priateľmi a rodinou alebo vyhýbajúcich sa hľadaniu pomoci od odborníkov. Pochopenie, že prístup mužov k zdravotnej socializácii a spôsoby, ako vyhľadávajú pomoc je produktom ich maskulínnej genderovej identity vytvára alternatívu k rozdielom založeným na biologických odlišnostiach jedincov. Paradigmy rodovej socializácie začínajú predpokladom, že muži a ženy sa učia svojím genderovým rolám a správaniu z kultúrnych hodnôt, noriem a ideológií o tom, čo to znamená byť mužmi a ženami. Napríklad veľa úloh spojených s hľadaním pomoci od zdravotníckeho personálu, ako je spoliehanie sa na iných, priznanie potreby pomoci či rozpoznanie a označenie emocionálneho problému je v rozpore s odkazmi o dôležitosti samostatnosti, fyzickej tvrdosti a emocionálnej kontrole, ktoré sa mužom počas života vstúpajú spoločnosťou (Addis a Mahalik, 2003).

Renzetti a Curran (2003) sa pridávajú s tvrdením, že muži na sebe síce môžu pozorovať rovnaké množstvo príznakov ako ženy ba dokonca i viac, no nevšímajú si ich. Takéto chovanie je v súlade s ich už spomínanými genderovými rolami : muži sú vyrovnaní a fyzicky silní, zatiaľ čo ženy sú krehké a potrebujú pomoc. Muži odhaľujú svoje potreby a pocity zraniteľnosti menej než ženy a majú sklon podceňovať rozsah svojej choroby a menej často využívať služby zdravotníckej starostlivosti (Renzetti a Curran, 2003).

Spoločenská predstava mužov ako mužných až neohrozených jedincov má ako dopĺňajú Addis a Mahalik (2003) za následok ich zdržanlivosť a sebaovládanie v prejavoch

bolesti, choroby či v ochote deliť sa so svojimi problémami s okolím. Aj keď už bolesť priznajú svojim blízkym, u lekára môžu situáciu nadľahčovať aby pred autoritatívnou osobou nepôsobili slabšie či menej mužne. Neochota k odkrytiu svojej citlivej stránky je taktiež spájaná s ich všeobecným zvykom nehovoriť o svojich emóciách a potlačovať ich prejavy. Relatívna neochota mužov vyhľadať pomoc je podľa nich ale v ostrom kontraste s rozsahom a závažnosťou problémov, ktoré ich ovplyvňujú. Napríklad muži v Spojených štátoch zomierajú na pätnásť hlavných príčin smrti vo vyššej miere a v priemere takmer o sedem rokov mladší ako ženy (Addis M., Mahalik.J, 2003). Vyššia úmrtnosť mužov je každoročne štatisticky prítomná aj v Českej republike ako sme sa už mohli presvedčiť na obrázku č.3 poskytnutom archívom grafov populačného vývoja Českého Štatistického úradu (ČSÚ, 2018).

Renzetti a Curran (2003) vysvetľujú, že vyššia priemerná životnosť žien je jedným z najstabilnejších štatistických rozdielov prejavujúcich sa medzi pohlaviami, ktorý je v súčasných priemyslovo vyspelých spoločnostiach možné pozorovať. Vysvetliť rozdiel medzi pohlaviami v predpokladanej dĺžke života sa pokúšalo mnoho teórii. Aspoň čiastočne je tento rozdiel určite zapríčinený biologickými faktormi kde hrá rolu genetika, no významným komponentom rozdielu v otázke predpokladanej dĺžky života sú práve rozdiely v chovaní medzi pohlaviami. Konkrétne môžeme vypočítavať vzťah medzi predpokladanou dĺžkou života a konformitou k tradičným genderovým stereotypom. Tieto stereotypy sú takzvanými zjednodušujúcimi popismi toho, ako sa má v spoločnosti prezentovať a pôsobiť „maskulínny muž,, a „feminínna žena,,. Dodržiavanie tradičnej maskulínnej genderovej role má preto podľa autorov dokázateľne zhubný vplyv na zdravie mužov (Renzetti a Curran, 2003).

Na rozdiel od mužov majú dámy naopak podľa Trávise, Meltzera a Howertona (2010) sklon hlásiť lekárovi svoje symptómy vo väčšom množstve a častejšie. Ženy sú pri charakteristike svojich ťažkostí zdatnejšie a efektívnejšie a vedia ich popísať detailnejšie, keďže je pre ne takýto prejav krehkosti spoločensky akceptovateľnejší ako u mužov. Javiť sa ako slabší či akokoľvek znevýhodnený jedinec má pre ženy menší dopad ako pre mužov, keďže tým pre seba a svoju maskulinitu vytvárajú značnú ujmu. Potvrďuje to aj fakt, že počet vydaných lekárskeho predpisov na osobu naprieč národnostnými štatistikami je vo všeobecnosti značne vyšší pre ženské pohlavie ako pre to mužské. Okrem toho, sú to práve ženy, matky kto navštevuje zdravotnícke zariadenia so svojimi malými deťmi a konzultuje s lekárom nielen ich ale zároveň preventívne aj svoj zdravotný stav. Ženy tak dohliadajú na zdravie nielen svojich maloletých ale aj ostatných už dospelých členov rodiny. Povzbudzujú manželov a partnerov k vyhľadaniu starostlivosti či kontrolujú

zdravie rodičov a súrodencov. Dozerajú takpovediac na celkové zdravie rodiny (Travis, Meltzer a Howerton, 2010).

4.2 Genderové rozdiely vo vyhľadávaní zdravotnej starostlivosti

Addis a Mahalik (2003) a veľký počet vykonaných empirických výskumov prezentovaných v ich knihe podporujú populárne presvedčenia, že muži sa na rozdiel od žien zdráhajú vyhľadať odbornú pomoc a to obzvlášť tú od zdravotníkov. U mužov je menšia pravdepodobnosť, že budú hľadať pomoc pri zdravotných problémoch, ako sú napríklad depresia, zneužívanie návykových látok, telesné postihnutie či rôzne stresové životné udalosti. (Husaini, Moore, a Cain, 1994; McKay, Rutherford, Cacciola, a Kabasakalian-McKay, 1996; Padesky a Hammen, 1981; Thom, 1986; Weissman a Klerman, 1977). James R. Mahalik v tomto spise o mužoch a ich zdravotnej ochote konštatuje, že posledné tri desaťročia skúmalo mnoho štúdií rozdiely vo frekvencii, s akou muži a ženy vyhľadajú pomoc a to pri rôznych zdravotných a duševných problémoch a pri problémoch s užívaním návykových látok. Zistenia boli prekvapivo jednotné a ukázali, že ako skupina muži rôzneho veku (Husaini, 1994), národností (D'Arcy & Schmitz, 1979) či etnického a rasového pôvodu (Neighbors & Howard, 1987) vyhľadávajú odbornú pomoc menej často ako ženy. Niekoľko ďalších štúdií taktiež zistilo, že muži menej často navštevujú svojich všeobecných lekárov a iných zdravotných špecialistov (Griffiths, 1992; Gijbers Van Wijk, Kolk, Van den Bosch, a Van den Hoogen, 1992; Jackson, 1991; Neighbors a Howard, 1987; Rafuse, 1993) (Addis a Mahalik, 2003).

Ako ďalej dokazuje Muller (1990), porovnávanie vzťahov oboch pohlaví a ich využívania zdravotnej starostlivosti nám zo štatistického hľadiska ukazuje, že vo všeobecnosti majú s poskytovateľmi tejto starostlivosti aktívnejší styk ženy ako muži. Okrem toho návštevy žien u lekárov sú zriedkakedy ich prvou a poslednou, keďže doktori majú často tendenciu ženám po vyšetrení odporučiť návrat pre následnú kontrolu ich stavu (Muller, 1990).

Na obrázku číslo 6. môžeme vidieť údaje Českej republiky za posledné roky dostupné z Českého štatistického úradu (2019). Priemerný počet návštev lekárskeho ambulancii je pre ženy vyšší a zvýraznený červenou farbou. Ich využívanie služieb obvodných lekárov ale i špecialistov sa ako sme už zistili od mužov líši. Veľké percento žien navštevuje doktora preventívne či kvôli kontrole už vyliečených problémov. Ženy taktiež, odhliadnúc od pôrodných zákrokov, využívajú viac nemocničnej starostlivosti ako

muži a štatisticky pre ČR to môžeme vidieť na obrázku číslo 7. poskytnutom rovnomennou publikáciou (Čsú, 2019).

Podľa Mullera (1990) tak panuje všeobecná predstava, že ženy využívajú služby zdravotníctva častejšie ako muži. Presnejšie povedané, že sa o svoj zdravotný stav viac starajú a tiež viac vyhľadávajú preventívnu starostlivosť. (Muller, 1990). Aktualizované údaje Českého štatistického úradu túto jeho predpokladanú predstavu potvrdzujú. Ukazujú, že muži a ženy majú odlišný pomer návštevnosti ambulantných zdravotníckych zariadení, využitia nemocničnej starostlivosti a ako uvidíme v ďalšej kapitole aj odlišný pomer návštevnosti svojich praktických lekárov za účelom kontroly a prevencie.

ZDRAVÍ

HEALTH

2-6. Počet návštev ambulantných zdravotníckych zariadení v prepčtu na 1 obyvateľa České republiky
Number of visits to out-patient health facilities per capita in the Czech Republic

Pramen: ÚZIS ČR

Source: IHS CR

Počet návštev ambulantných zdravotníckych zariadení na 1 obyvateľa ČR

Number of outpatient department visits per capita in the Czech Republic

| | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | | 2018 | |
|--|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|
| | Ženy Females | Muži Males | Ženy Females | Muži Males | Ženy Females | Muži Males | Ženy Females | Muži Males | Ženy Females | Muži Males | Ženy Females | Muži Males | Ženy Females | Muži Males | Ženy Females | Muži Males | Ženy Females | Muži Males |
| Celkem Total | 11,17 | 7,70 | 11,23 | 7,76 | 11,39 | 7,87 | 11,54 | 7,99 | 11,56 | 8,06 | 12,22 | 8,69 | 12,23 | 8,75 | 12,20 | 8,75 | 12,48 | 8,99 |
| Praktický lékař pro dospělé General practitioner for adults | 1,14 | 0,94 | 1,22 | 0,98 | 1,34 | 1,06 | 1,39 | 1,09 | 1,28 | 1,03 | 1,79 | 1,46 | 1,85 | 1,52 | 1,86 | 1,54 | 1,94 | 1,62 |
| Praktický lékař pro děti a dorost Practitioner for children and adolescents | 0,42 | 0,45 | 0,42 | 0,45 | 0,44 | 0,45 | 0,43 | 0,44 | 0,42 | 0,43 | 0,42 | 0,43 | 0,42 | 0,44 | 0,43 | 0,44 | 0,43 | 0,45 |
| Praktický zubní lékař General dentist | 1,64 | 1,37 | 1,67 | 1,39 | 1,66 | 1,40 | 1,66 | 1,39 | 1,67 | 1,41 | 1,71 | 1,44 | 1,71 | 1,45 | 1,71 | 1,45 | 1,71 | 1,45 |
| Ambulantní specialisté celkem Outpatient specialists, total | 7,09 | 4,34 | 7,03 | 4,32 | 7,05 | 4,35 | 7,15 | 4,44 | 7,24 | 4,55 | 7,35 | 4,70 | 7,29 | 4,69 | 7,23 | 4,67 | 7,38 | 4,80 |
| Sestra domácí zdravotní péče Home health-care nurse | 0,08 | 0,04 | 0,09 | 0,04 | 0,08 | 0,04 | 0,08 | 0,05 | 0,09 | 0,05 | 0,09 | 0,05 | 0,09 | 0,05 | 0,09 | 0,06 | 0,10 | 0,06 |
| Rehabilitace (fyzioterapeut) Physiotherapist for rehabilitation | 0,79 | 0,56 | 0,81 | 0,57 | 0,81 | 0,57 | 0,82 | 0,58 | 0,85 | 0,59 | 0,85 | 0,60 | 0,87 | 0,61 | 0,88 | 0,60 | 0,91 | 0,62 |

Obr.6 - Počet návštev ambulantných zariadení na 1 obyvateľa ČR, Zdroj : ČSÚ (2019)

ZDRAVÍ

2-3. Hospitalizovaní v nemocniciach podľa vekových skupín a pohlaví v roke 2018
Hospitalised patients in hospitals by age and by sex in 2018

Pramen: ÚZIS ČR

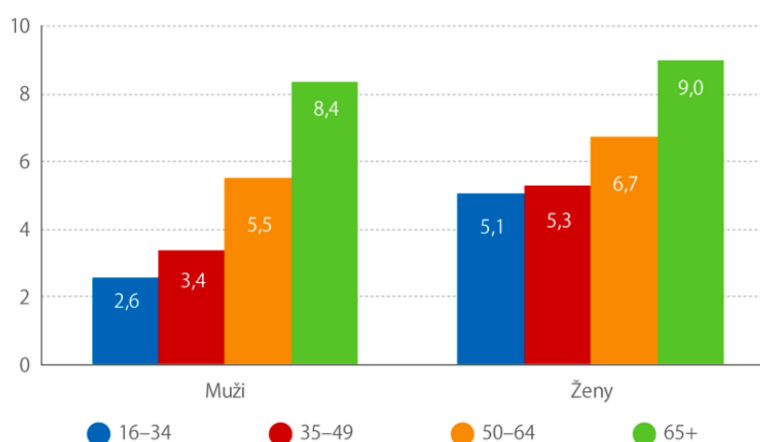
Source: IHS CR

| Veková skupina (v letech) Age group (years) | Počet prípadů Number of cases | | | | Průměrná ošetrovací doba Average duration of treatment | |
|---|----------------------------------|----------------|---------------------------------------|-----------------|---|---------------|
| | absolutně Absolute value | | na 100 000 Per 100 000 inhabitants | | ženy Females | muži Males |
| | ženy Females | muži Males | ženy Females | muži Males | | |
| Celkem Total | 1 212 916 | 987 330 | 22 477,8 | 18 876,9 | 6,1 | 6,2 |
| 0 | 66 431 | 72 533 | 119 306,4 | 124 287,6 | 4,7 | 4,8 |
| 1-4 | 24 868 | 32 714 | 11 348,1 | 14 175,2 | 3,0 | 2,9 |
| 5-9 | 20 480 | 27 610 | 7 255,3 | 9 321,2 | 3,1 | 3,0 |
| 10-14 | 19 808 | 21 213 | 7 545,2 | 7 666,9 | 4,1 | 3,6 |
| 15-19 | 31 433 | 21 072 | 13 917,6 | 8 824,4 | 4,0 | 3,8 |
| 20-24 | 43 081 | 18 300 | 17 269,4 | 6 986,5 | 3,7 | 4,3 |
| 25-29 | 83 237 | 23 773 | 25 370,3 | 6 892,0 | 3,8 | 4,3 |
| 30-34 | 96 134 | 27 649 | 27 389,9 | 7 402,5 | 3,7 | 4,5 |
| 35-39 | 74 801 | 34 660 | 19 266,8 | 8 381,2 | 3,7 | 4,6 |
| 40-44 | 62 798 | 46 571 | 13 798,3 | 9 689,9 | 3,9 | 4,9 |
| 45-49 | 50 706 | 46 337 | 13 638,7 | 11 824,6 | 4,5 | 5,2 |
| 50-54 | 53 102 | 55 168 | 15 534,1 | 15 590,3 | 4,9 | 5,8 |
| 55-59 | 53 278 | 62 676 | 17 110,2 | 20 129,0 | 5,5 | 6,2 |
| 60-64 | 71 142 | 91 970 | 19 976,2 | 27 666,3 | 6,2 | 6,7 |
| 65-69 | 93 859 | 112 619 | 25 654,2 | 35 612,3 | 6,9 | 7,1 |
| 70-74 | 110 061 | 114 865 | 33 783,8 | 45 245,8 | 7,8 | 7,4 |
| 75-79 | 92 740 | 81 848 | 42 197,9 | 54 071,8 | 8,9 | 8,0 |
| 80-84 | 74 847 | 51 723 | 51 741,4 | 62 144,7 | 10,6 | 8,9 |
| 85+ | 90 110 | 44 029 | 63 686,9 | 72 430,4 | 12,2 | 10,1 |

Obr. 7. - Hospitalizovaní v nemocniciach podľa pohlavia v roku 2018, Zdroj : ČSÚ (2019)

4.3 Genderové rozdiely v zdravotnej prevencii

Čo sa týka prevencie zdravia a toho, ako sa o seba starajú obe pohlavia v prípade zdravotných ťažkostí, mesačník Českého statistického úradu s názvom Statistika&my - Zdraví a životní styl Čechů z Juna 2018 sa presnejšie zamerl na tieto údaje. Ako sa píše na str.1: *“Zjišťovalo se, kolikrát respondenti za posledních 12 měsíců navštívili praktického lékaře (včetně preventivních prohlídek), kolikrát navštívili specializovaného lékaře (například oční, ortoped, ORL, gynekolog) a kolikrát navštívili zubaře či ortodontistu. S přibývajícím věkem docházejí lidé k lékaři pochopitelně výrazně častěji. Zatímco mladší ženy do 34 let navštěvují lékaře 2krát častěji než stejně staří muži (5,1 návštěv oproti 2,6 návštěvám za rok), u seniorů nad 65 let tento poměr neplatí (v průměru 9 návštěv za rok u žen oproti 8,4 návštěvám u mužů)”* (vid' obrázok č.8) (Statistika&my, 06/18, str.1). Trocha odlišná situácia je u zubárov.



Obr. 8. - Početnosť návštev praktických lekárov a špecialistov podľa pohlavia a veku za rok 2018, Zdroj : Statistika&my (06/2018)

Priemerný počet návštev u stomatológa podľa Statistika&my (06/2018) predstavuje za rok 1,7 u mužov a 1,9 u žien, pričom z hľadiska veku respondentov sa tento počet nijak výrazne nelíši. V náväznosti na to sa u respondentov zisťovalo, či navštívili lekára stále keď to potrebovali, a v prípade, že tomu tak nebolo, mali uviesť hlavný dôvod prečo. Tieto dôvody sa diametrálne líšia medzi zubármi, praktickými lekármi a špecialistami. Najčastejším dôvodom pre vynechanie kontroly u zubára sú u žien vysoké náklady na starostlivosť a liečbu a u mužov je to strach z ošetrenia. Každá štvrtá žena uviedla, že je to príliš drahé, naopak každý štvrtý muž priznal, že má zo zubára strach. Dlhú čakaciu dobu na objednanie, ktorá odradila respondenta od návštevy stomatológa, uviedla necelá

desatina všetkých opýtaných. *“Častou výmluvou je také záměr vyčkávat, zda se zdravotní problém sám nevyřeší nebo nezlepší. Pokud jde o důvody, proč respondenti nenavštívili svého praktika či lékaře specialistu, i když ho potřebovali, jednoznačně převažuje odkládání návštěvy na později. Jako častý důvod také uváděli překážku, že se nemohli uvolnit z práce, a to častěji muži (14,7 %) než ženy (7,3 %), a více než 15 % všech dotazovaných zvolilo jiný, blíže neurčený důvod.”* Doplnuje mesačník (Statistika&my,06/18, str.1).

Zaujímavé informácie taktiež priniesol Statistika&my z Mája 2017 ktorý hovorí, že ženy sú aktívnejšie aj v on-line objednávaní k lekárom. V 1. štvrtroku 2016 využilo podľa článku takúto možnosť on-line objednania k lekárovi 8 % Čechov. Údaje z Ústavu zdravotníckych informácií a štatistiky ČR (ÚZIS ČR) dokumentujú, že z celkového počtu lekárov ich ponúkalo túto službu 9 % a niektorí z nich ju aj spoplatňovali. Najvyšší podiel lekárov, ktorí túto službu umožňovali, bol medzi gynekológmi : v roku 2015 to bol každý piaty. Najmenej ju ponúkali zubári (3,5 %). V porovnaní s ostatnými krajinami Európskej únie využívajú Česi on-line objednanie k lekárovi menej ako je celoeurópsky priemer (13 %). Pritom v Dánsku túto službu využíva 49 % a vo Fínsku 35 % osôb. Napriek tomu, že väčšinu činností na internete vykonávajú častejšie muži ako ženy, v prípade činností spojených so zdravím je tomu naopak. To sa týka i on-line objednávaní k lekárom. V Európskej únii využilo túto službu v poslednom skúmanom období 15 % žien a 12 % mužov (Statistika&my 05/2017).

Annandele a Hunt (2000) dopĺňajú, že ženy využívajú telefonickú komunikáciu s doktormi 80% častejšie ako muži (Annandele a Hunt, 2000).

Zhrnutie teoretickej časti

Teoretická časť mojej práce ukázala, že prístup mužov a žien k zdravotnému systému predsa len nie je rovnaký, a ich využívanie služieb poskytovaných zdravotníctvom sa odlišuje. Rozdiely medzi mužmi a ženami v tejto organizácii začínajú už pri vyhľadávaní starostlivosti a zdravotnej diagnostike. Ženy sú v takýchto úkonoch aktívnejšie a preukazujú väčšiu systematickosť a serióznosť v starostlivosti o svoje zdravie ako muži. Táto skutočnosť predstavuje dôležitý oporný bod pre výskumnú otázku mojej práce, a síce aký je vzťah medzi genderom a ochotou k priplácaniu si za zdravotnícke potreby a zdravotnú starostlivosť. Predpokladám, že aj v tejto ochote budú ženy aktívnejšie ako muži.

Zistili sme, že okrem štandardných foriem starostlivosti poskytovanej verejným zdravotným poistením v Českej republike, za ktoré si muži a ženy nemusia významne priplácať, je pre nich v dnešnej dobe dostupné taktiež množstvo možností starostlivosti nadštandardnej. Za tú sú si už síce nútení priplatiť, no aj napriek tomu je o jej využívanie podľa dostupných zdrojov zvyšujúci sa záujem. Poskytnuté finančné štatistiky EHIS 2008 o celkových nákladoch pohlaví na zdravie prezrádzajú, že ženy sú zaň ochotné vydávať v priemere vyššie sumy ako muži. Od týchto faktov sa budú odrážať pracovné hypotézy empirickej časti mojej práce, počnúc jej centrálnou hypotézou, ktorá znie : Existujú rozdiely medzi mužmi a ženami v ochote priplácania si za zdravotnícke potreby a zdravotnú starostlivosť.

Podľa teórie predstavenej v kapitolách 1 až 4 usudzujem, že sa takéto rozdiely v spoločnosti Českej republiky môžu vyskytovať. Ostatne rovnako ako pri všetkých genderových nerovnostiach v spoločnosti je aj pri týchto dôležité, aby sa preukázala ich existencia a aby sa na ne upozornilo. Otestovaním hypotéz empirickej časti mojej práce túto existenciu overím a pokúsim sa vyvodiť závery. Dotazník Centra pre výskum verejnej mienky ČR, z ktorého budem čerpať dáta, je zameraný na priame postoje vzorky Českej spoločnosti k ochote priplácania si za zdravie. Ak by sa tieto predpokladané rozdiely potvrdili ako štatisticky významné, v budúcnosti by to mohlo prispieť k napríklad cielenejšiemu genderovo-špecifickému prerozdeľovaniu technológie či financií medzi poistencov verejného zdravotného poistenia.

II. Empirická časť

5. Cieľ práce

Cieľom výskumu empirickej časti tejto práce je preukázanie existencie genderových rozdielov v ochote priplácania si v zdravotnom systéme Českej republiky. Existenciu týchto rozdielov overia výsledky sekundárnej analýzy dát, ktorá porovná súvislosť priamych postojov príslušníkov spoločnosti ČR k ich zvýšenej ochote priplácania si za zdravie s faktormi ako pohlavie, vek, vzdelanie a osobný príjem. Zdrojom pre túto sekundárnu analýzu budú už spomínané dáta zozbierané dotazníkom Centra pre výskum verejnej mienky Českej republiky z roku 2016, a jej metódou bude ordinálna regresná analýza. Výsledky tejto analýzy tak otestujú platnosť centrálnej hypotézy mojej práce. Centrálna hypotéza : *Existujú rozdiely medzi mužmi a ženami v ochote priplácania si za zdravotnícke potreby a zdravotnú starostlivosť.*

5.1 Stratégia výskumu a zozbieranie dát

Vzhľadom k skúmaniu genderového rozdielu v ochote priplácania si v zdravotníctve Českej republiky, a teda potrebe väčšieho vzorku opýtaných, zvolím kvantitatívnu výskumnú stratégiu, pomocou ktorej dokážeme porovnať závislosť viacerých premenných ovplyvňujúcich postoje veľkého počtu opýtaných. Platnosť hypotéz mojej práce tak bude otestovaná na celkovom počte 1028 opýtaných osôb pomocou sekundárnej analýzy zozbieraných dát, a síce prameňov, ktoré vznikli nezávisle na mojom výskume.

Konkrétne dáta, z ktorých budem vychádzať pochádzajú z Centra pre výskum verejnej mienky (CVVM) Sociologického ústavu Akadémie vied v ČR. Zber dát prebehol v období 28.11 až 5.12 2016 pomocou štandardizovaných rozhovorov v podobe priamej interakcie tazateľov s opýtanými. Získané dáta boli následne spracované a zverejnené dňa 27. 2. 2017 v Českom sociálnovednom dátovom archíve na webovej stránke: <http://archiv.soc.cas.cz>, [stiahnuté dňa 14.4.2020]. Konkrétne použijem dáta z výskumného projektu s názvom „*Naše společnost - prosinec 2016*“ a batériu otázok z časti s názvom „*Názory na poplatky ve zdravotnictví a jiná vybraná opatření*“.

Tieto prieskumy, z ktorých čerpám informácie, boli vykonané celkovým počtom 254 školených tazateľov z Centra pre výskum verejnej mienky a to formou štandardizovaných interview. Dotazníky vyplnilo celkovo 1028 osôb reprezentujúcich

obyvateľstvo ČR starších ako 15 rokov, z toho 499 mužov a 528 žien. Kvótnymi znakmi opýtaných boli na základe údajov CVVM (2016) ich pohlavie, vek, vzdelanie a osobný príjem. „Územná reprezentatívnosť súboru je dodržaná samotnou konštrukciou tázateľskej siete, kde sú kontrolovanými znakmi veľkosť miesta bydliska a regióny (bývalé kraje). Parametre súboru zodpovedajú štruktúre obyvateľov Českej republiky v členení podľa sociodemografických charakteristík (pohlavie, vzdelanie, vek, príjem) i podľa územia. Celkovo tak môžeme konštatovať, že súbor opýtaných je reprezentatívny, pretože jeho zloženie odpovedá základnej populácii (s toleranciou minimálnych odchýliek)” (CVVM,2016,str.1). Vďaka spomínanom širokom zábere opýtaných a jeho reprezentatívnosti tak budú výsledky výskumu schopné generalizácie a aplikovateľnosti na celkovú populáciu Českej republiky.

5.2 Etické otázky výskumu

Všetci účastníci štandardizovaných interview uskutočňovaných CVVM podpísali informovaný súhlas s daným výskumom a podstúpili konkrétne rozhovory dobrovoľne a anonymne. Aktéri týchto interview boli riadne poučení a informovaní o cieľoch a priebehu výskumu, ale taktiež aj o možných dôsledkoch ich účasti na tomto výskume. Dáta z Českého sociálnovedného archívu sú dostupné len za podmienok, že nebudú použité na komerčné účely výskumu. Tieto dáta sú ďalej dostupné len užívateľom s vytvoreným a prihláseným kontom. Informácie z dátového archívu som neposkytol ďalším stranám.

5.3 Výber indikátorov výskumu

Na základe centrálnej hypotézy svojej práce, som pre overenie jej platnosti v spoločnosti Českej republiky vybral z projektu „*Naše společnost - prosinec 2016*“, konkrétne z jeho časti s názvom : „*Názory na poplatky ve zdravotnictví a jiná vybraná opatření*” nasledujúce otázky tázateľov, a odpovede respondentov :

1. Souhlas - více připlácet na léky

Doslovné znenie otázky v dotazníku: „*Do jaké míry souhlasíte s návrhem více připlácet na léky v závislosti na jejich ceně ?*“

2. Souhlas - jednotný poplatek za recept

Doslovné znenie otázky v dotazníku: „*Do jaké míry souhlasíte s návrhem platit jednotný poplatek za recept v lékárně ?*“

3. Souhlas - bez doporučení praktického lékaře platit u specialisty

Doslovné znenie otázky v dotazníku: „*Do jaké míry souhlasíte s návrhem platit za návštěvu u specialisty, pokud jeho návštěva nebyla doporučena praktickým lékařem ?*“

4. Souhlas - připlácet v nemocnici na stravu a lůžko

Doslovné znenie otázky v dotazníku: „*Do jaké míry souhlasíte s návrhem připlatku na stravu a lůžko při pobytu v nemocnici ?*“

5. Souhlas - platit za návštěvu u lékaře

Doslovné znenie otázky v dotazníku: „*Do jaké míry souhlasíte s návrhem poplatku za návštěvu u lékaře ?*“

6. Souhlas - rozdělit péči na standard a nadstandard

Doslovné znenie otázky v dotazníku: „*Do jaké míry souhlasíte s návrhem rozdělit zdravotní péči na tzv. standard, tedy péči hrazenou ze zdravotního pojištění, a nadstandard, na který si pacient připlácí ?*“

Respondenti odpovedali na vyššie uvedené otázky dotazníka na škále vyjadrujúcej úroveň akceptácie rôznych typov poplatkov od 1 až po 4 takto : 1-*rozhodně souhlasí*, 2-*spíše souhlasí*, 3-*spíše nesouhlasí*, 4-*rozhodně nesouhlasí*. Ostatné odpovede : 9-*neví*, 0-*bez odpovědi* a 7-*odmítl odpovědět* nebudem pre účely tohto výskumu používať, keďže pre tento výskum nie sú významné. Z dotazníka som taktiež vyradil otázky, ktoré sa týkajú počtu špecializovaných zdravotníckych pracovísk, počtu poisťovní, počtu lôžok v nemocničných zariadeniach a poistenia pre rizikové skupiny obyvateľstva, keďže primárnym záujmom môjho výskumu sú len údaje zahŕňajúce poplatky v zdravotníctve. Vyradené otázky dotazníka z výskumu sú :

1. Souhlas - jedna veřejná zdravotní pojišťovna

Doslovné znenie otázky v dotazníku: „*Do jaké míry souhlasíte s návrhem zřídit pouze jednu veřejnou zdravotní pojišťovnu?*“

2. Souhlas - zvýšit rizikovým skupinám zdravotní pojištění

Doslovné znenie otázky v dotazníku: „*Do jaké míry souhlasíte s opatřením zvýšit zdravotní pojištění rizikovým skupinám např. kuřákům, alkoholikům, lidem s výraznou nadváhou?*“

3. Souhlas - snížení počtu specializovaných zdravotních pracovišť

Doslovné znenie otázky v dotazníku: „*Do jaké míry souhlasíte s následujícími návrhem ušetřit snížením počtu specializovaných zdravotnických pracovišť?*“

4. Souhlas - snížit počet lůžek v nemocnicích

Doslovné znenie otázky v dotazníku: „*Do jaké míry souhlasíte s návrhem snížit počet lůžek v nemocnicích?*“

Závislost' odpovedí respondentov na vybraných šest' súhlasov otestujem v súvislosti so štyrmi indikátormi poskytnutými sociodemografickou batériou otázok dotazníka CVVM (2016), konkrétne :

IDE.8 - Pohlaví

- Doslovné znenie otázky : „*Dotázaný je ?*“
- Na otázku respondenti odpovedali na škále 1 až 2, kde 1-*muž* a 2-*žena*

IDE_2 - Věk

- Doslovné znenie otázky : „*Kolik vám je let?*“
- Odpoveďou respondentov bol číselný údaj vyjadrujúci ich vek.

t_VZD - Vzdělání

- Doslovné znenie otázky : „*Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?*“
- Respondenti si mohli vybrať z nasledujúcej škály odpovedí : nedokončené základní, dokončené základní, vyučení, strední bez maturity, strední odborné s maturitou, strední

všeobecné s maturitou, vyšší odborné, vysokoškolské bakalářské, vysokoškolské magisterské/inženýrské, postgraduální vzdělání/vědecká příprava. Táto premenná bola transformovaná do štyroch kategórií, aby sa redukovali menej dôležité informácie a odpovede zastúpené nízkym počtom respondentov : 1. (neúplné) základní, 2. střední bez maturity a vyučení, 3. střední s maturitou a 4. vysokoškolské a VOŠ.

IDE.10A - Osobní čistý měsíční příjem

- Doslovné znenie otázky v dotazníku : „*Jaký je Váš celkový čistý měsíční příjem, tj. příjem pouze Vaší osoby? Pokud nevíte přesně, odhadněte prosím alespoň přibližnou částku.*“
- Odpoveďou bol číselný údaj.

Dotazník vyplnil celkový počet 1028 respondentov, pričom jeho výsledky boli očistené o nekonkrétne odpovede *neviem, odmietol odpovedať* či *bez odpovede*. Po očistení nám ostalo pre každú z vybraných otázok v priemere 728 platných odpovedí.

5.4 Pracovné hypotézy výskumu

Pre sekundárnu analýzu dát je ešte pred jej vykonaním potrebné rozdeliť centrálnu hypotézu práce podľa daných otázok dotazníka na detailnejšie, pracovné hypotézy. Tie budú pre každú otázku dve, a síce hypotéza alternatívna (H1) a hypotéza nulová (H10).

Alternatívna hypotéza predpokladá existujúci vzťah medzi premennými. Nulová hypotéza naopak predpokladá, že vzťah premenných neexistuje a dané premenné na sebe nie sú závislé. Ak sa preukáže, že hypotéza alternatívna neplatí, neznamená to automaticky platnosť hypotézy nulovej. Znamená to, že nemôžeme zamietnuť platnosť nulovej hypotézy.

Pracovné hypotézy výskumu tejto práce :

H1: Existujú rozdiely medzi mužmi a ženami v ochote priplácať si za lieky.

H10 : Neexistujú rozdiely medzi mužmi a ženami v ochote priplácať si za lieky.

H2: Existujú rozdiely medzi mužmi a ženami v ochote platby jednotného poplatku za recept.

H20: Neexistujú rozdiely medzi mužmi a ženami v ochote platby jednotného poplatku za recept.

H3: Existujú rozdiely medzi mužmi a ženami v ochote platby za návštevu lekára.

H30: Neexistujú rozdiely medzi mužmi a ženami v ochote platby za návštevu lekára.

H4: Existujú rozdiely medzi mužmi a ženami v ochote platby za špecialistu bez predošlého odporúčenia od všeobecného lekára.

H40: Neexistujú rozdiely medzi mužmi a ženami v ochote platby za špecialistu bez predošlého odporúčenia od všeobecného lekára.

H5: Existujú rozdiely medzi mužmi a ženami v ochote priplácať si za stravu a lôžko počas návštevy nemocnice.

H50: Neexistujú rozdiely medzi mužmi a ženami v ochote priplácať si za stravu a lôžko počas návštevy nemocnice.

H6: Existujú rozdiely medzi mužmi a ženami v ochote rozdeliť zdravotnú starostlivosť na štandardnú - hradenú zdravotným poistením a nadštandardnú - hradenú súkromnými financiami.

H60: Neexistujú rozdiely medzi mužmi a ženami v ochote rozdeliť zdravotnú starostlivosť na štandardnú - hradenú zdravotným poistením a nadštandardnú - hradenú súkromnými financiami.

5.5 Metóda otestovania platnosti hypotéz

Zozbierané dáta budem testovať štatisticko-analytickým softvérom, a sice programom IBM-SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Metóda analýzy dát bude už spomínaná ordinálna regresná analýza, ktorá slúži na porovnanie miery interakcie viacerých dátových súborov.

Svoje hypotézy budem testovať na hranici štatistickej významnosti 5% (0,05). Hodnota *p* (Sig.) nezávislej a kontrolných premenných bude určovaná na základe ich vzťahu k závislej premennej. Ak bude pre určitú premennú $p > 0,05$, nemôžeme výsledok

považovať za štatisticky významnú. Ak bude naopak $p < 0,05$, preukáže sa jej štatistická významnosť.

Vzorec výpočtu ordinálnej regresnej analýzy : $y = \text{logit} (b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n) + \xi$

Pričom platí : y = závislá premenná

x_1, x_2, \dots, x_n = nezávislé premenné

b_1, b_2, \dots, b_n = regresné koeficienty

b_0 = priesečník osy Y , alebo konštantný člen

ξ = chyba (náhodná zložka)

Závislou premennou v mojej regresnej analýze dát budú odpovede na šesť otázok dotazníka zameraných na poplatky v zdravotníctve. Tie vyjadrujú stupeň súhlasu s danou otázkou a sú, ako už bolo spomenuté, na škále od 1- najviac súhlasí po 4- súhlasí najmenej: 1.rozhodne súhlasí, 2.Skôr súhlasí, 3.Skôr nesúhlasí, 4.Rozhodne nesúhlasí.

Gender bude predstavovať premennú nezávislú. Odpovede na otázku pohlavia sú na škále od 1-2 pričom 1-muž a 2-žena. Platné odpovede na vybrané otázky vyplnilo v priemere 343 mužov (47,2%) a 384 žien (52,8%).

Taktiež budú uvedené kontrolné premenné, a síce vek, vyjadrený číselným údajom vyjadrujúcim vek respondenta v čase prieskumu, osobný mesačný čistý vyjadrený číselným údajom približne zodpovedajúcim mesačnému príjmu respondenta v českých korunách a premenná vzdelanie. Tá bude usporiadaná do štyroch kategórii : 1- neúplné, základné vzdelanie, 2- stredné vzdelanie bez maturity, 3- stredné vzdelanie s maturitou, 4- vysokoškolské (bakalárske a vyššie vzdelanie) a VOŠ. Na vybrané otázky uviedlo platné odpovede priemerne 144 respondentov so základným vzdelaním (20%), 241 so stredným vzdelaním bez maturity (33%), 235 so stredným vzdelaním s maturitou (32%) a 107 ľudí s vysokoškolským, bakalárskym a VOŠ vzdelaním (15%).

6. Výsledky ordinálnych regresných analýz

Nasledujúce kapitoly budú obsahovať výsledky šiestich takýchto ordinálnych regresných analýz (jedna pre každý súhlas z dotazníka CVVM). Závislú premennú budú v týchto analýzach predstavovať už spomínané odpovede ľudí ohľadom ich ochoty k rozličným formám zvýšenej finančnej dotácie zdravia, gender bude zastupovať premennú nezávislú a kontrolnými premennými budú vek, vzdelanie a osobný čistý príjem respondentov.

6.1 Výsledky ordinálnej regresie pre závislé premenné : Súhlas so zvýšeným priplácaním na lieky a so zavedením jednotného poplatku za recept.

Hypotézy ordinálnych regresných analýz :

H1: Existujú rozdiely medzi mužmi a ženami v ochote priplácať si za lieky.

H2: Existujú rozdiely medzi mužmi a ženami v ochote platby jednotného poplatku za recept.

Tabuľka č.1 - Zastúpenie respondentov pre závislé premenné : Súhlas so zvýšeným priplácaním na lieky a s platbou jednotného poplatku za recept.

| Závislá premenná | | Lieky | | Poplatok za recept | |
|-----------------------------------|--------------------|-------|---------------------|--------------------|---------------------|
| | | N | Marginal Percentage | N | Marginal Percentage |
| Súhlas – priplácať si / platiť za | Rozhodne súhlasí | 32 | 4,4 % | 51 | 7,0 % |
| | Skôr súhlasí | 104 | 14,3 % | 158 | 21,6 % |
| | Skôr nesúhlasí | 271 | 37,3 % | 221 | 30,2 % |
| | Rozhodne nesúhlasí | 320 | 44,0 % | 301 | 41,2 % |

Prehľadná tabuľka č.1 nám ukazuje zastúpenie účastníkov výskumu pri jeho jednotlivých otázkach a odpovediach. Údaj N predstavuje počet respondentov, ktorí odpovedali na vybranú závislú premennú danou odpoveďou, a hodnota Marginal Percentage predstavuje tento údaj vyjadrený v percentách z celkového počtu odpovedí respondentov. Ako môžeme vidieť, viac odpovedí sa prikláňalo pri oboch závislých premenných skôr k nesúhlasu. Pre ochotu v priplácaní za lieky to bolo 81,3% odpovedí (Skôr nesúhlasí a rozhodne nesúhlasí) a pre ochotu platby jednotného poplatku za recept

71% odpovedí (Skôr nesúhlasí, rozhodne nesúhlasí). V priemere sa tak sa s týmito dvoma súhlasmi k priplácaniu si v zdravotníctve nestotožňovalo takmer 3/4 opýtaných.

Tabuľka č. 2 - Výsledky ordinálnej logickej regresie pre závislé premenné : Súhlas so zvýšeným priplácaním na lieky a so zavedením jednotného poplatku za recept.

| Závislá premenná | | Lieky | | Poplatok za recept | |
|------------------------------------|---------------------------------|------------------------|------|-----------------------|------|
| N | | 727 | | 731 | |
| Model fitting info. (significance) | | .002* | | .015* | |
| | | Estimate | Sig. | Estimate | Sig. |
| Threshold | = 1 | -2,305 | ,000 | -2,102 | ,000 |
| | = 2 | -,689 | ,030 | -,413 | ,182 |
| | = 3 | 1,060 | ,001 | ,884 | ,004 |
| Location | Vek | ,013* | ,001 | ,005 | ,185 |
| | Osobný čistý príjem | -2,88*10 ⁻⁶ | ,762 | 5,31*10 ⁻⁷ | ,955 |
| | Pohlavie - muž | -,149 | ,294 | -,301* | ,030 |
| | (neúplné) základné vzdelanie | ,412 | ,139 | ,714* | ,009 |
| | Stredné bez maturity a vyučenia | ,545* | ,017 | ,522* | ,019 |
| | Stredné s maturitou | ,257 | ,246 | ,342 | ,115 |

Závislá premenná je na stupnici od 1 do 4, pričom tieto číselné hodnoty predstavujú odpovede respondentov : 1.Rozhodne súhlasí - 4.Rozhodne nesúhlasí. Referenčnou premennou je pre indikátor pohlavia žena a pre indikátor vzdelanie respondentov je ňou zasa vysokoškolské, bakalárske a VOŠ vzdelanie. Hviezdičkou * sú označené kategórie, ktoré sú štatisticky významné pre danú závislú premennú na základe našej určenej hladiny významnosti 5 % (Pre Sig. menej ako hladina alfa - 0,05).

Tabuľka č.3 - Pseudo R-square hodnoty / Pseudo R-Square

| | | |
|---------------|-------|-------|
| Cox and Snell | 0,028 | 0,021 |
| Nagelkerke | 0,031 | 0,023 |
| McFadden | 0,012 | 0,009 |

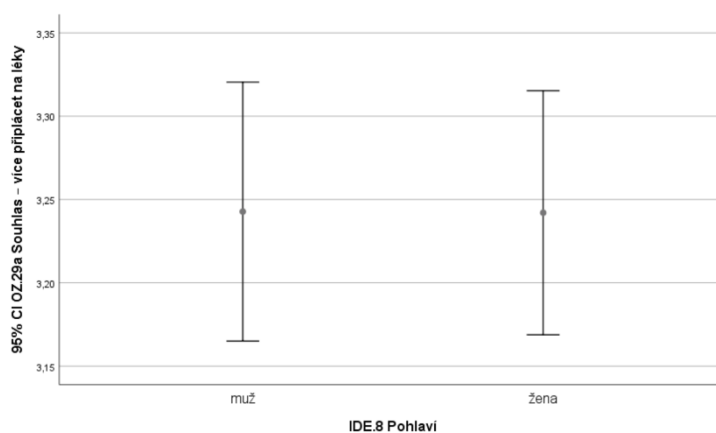
Tabuľka č.2 nám už ponúka detailnejší prehľad údajov prevedenej analýzy. Keďže vidíme, že hodnota Sig. je pri indikátore pohlavia pre závislú premennú súhlas so zvýšeným priplácaním za lieky vyššia ako 0,05 môžeme konštatovať, že sa nepodarilo potvrdiť platnosť alternatívnej hypotézy *H1*. Rozdiely medzi mužmi a ženami v ich ochote priplácať si za lieky tým pádom nie sú potvrdené ako štatisticky významné, no zároveň je

dôležité povedať, že sa tým nepopiera ich existencia. Pre túto závislú premennú sa ale ako štatisticky významný, podľa hodnoty Sig., ukázal indikátor vzdelanie. Konkrétne to bolo stredné vzdelanie bez maturity a vysvedčenia. Na základe kladného koeficientu Estimate v tejto kategórii môžeme potvrdiť, že u respondentov s týmto stupňom dosiahnutého vzdelania je štatisticky významne nižšia ochota priplácať si za lieky ako u respondentov s vysokoškolským, bakalárskym a VOŠ vzdelaním. Aj indikátor vek sa preukázal pre túto závislú ako štatisticky významný. Z analýzy vyplýva, že čím vyšší bol vek respondenta, tým menej súhlasil so zvýšeným priplácaním za lieky.

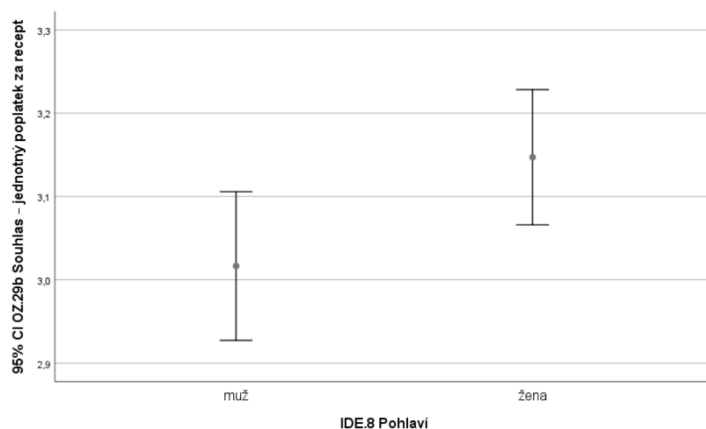
Z výsledkov analýzy dát pre závislú premennú súhlas s platbou jednotného poplatku za recept vidíme, že sa alternatívna hypotéza *H2* potvrdila (Sig. pre indikátor pohlavie < 0,05). Indikátor pohlavie sa v tejto ochote prejavil ako štatisticky významný a môžeme tak konštatovať, že muži a ženy sa preukázateľne odlišujú v ich ochote platby za recept. Záporná hodnota koeficientu Estimate určuje, že muži budú prekvapivo viac ochotnejší platiť za recept ako ženy. Indikátor vzdelanie respondentov sa taktiež preukázal pri tejto závislej premennej ako štatisticky významný v kategóriách (neúplné) základné a stredné vzdelanie bez maturity. Kladná hodnota koeficientu Estimate značí, že pre tieto dve úrovne dosiahnutého vzdelania bude ochota platby za recept v štatisticky nižšej miere ako pre vzdelanie vysokoškolské, bakalárske a VOŠ.

Grafy č.1 a č.2 ponúkajú grafické zobrazenie priemerov a 95% konfidenčných intervalov pre súhlasy z ordinálnej regresnej analýzy kapitoly 6.1. Horizontálna os grafov predstavuje pohlavie, vertikálna stupnicu hodnôt 1-4 Threshold (odpovede dotazníka).

Graf č.1 - Priemery a 95% konfidenčné intervaly pre súhlas - viac priplácať na lieky - Indikátor Pohlavie.



Graf č.2 - Priemery a 95% konfidénčné intervaly pre súhlas - Zavedenie jednotného poplatku za recept - Indikátor Pohlavie.



6.2 Výsledky ordinálnej regresie pre závislé premenné : Súhlas so zavedením poplatku za návštevu lekára a poplatku za návštevu špecialistu bez predošlého doporučenia.

Hypotézy ordinálnych regresných analýz :

H3: Existujú rozdiely medzi mužmi a ženami v ochote platby za návštevu lekára.

H4: Existujú rozdiely medzi mužmi a ženami v ochote platby za špecialistu bez predošlého doporučenia od všeobecného lekára.

Tabuľka č.4 - Zastúpenie respondentov pre závislé premenné : Súhlas so zavedením poplatku za návštevu lekára a poplatku za návštevu špecialistu bez predošlého doporučenia.

| Závislá premenná | | Návšteva lekára | | Návšteva špecialistu | |
|--------------------|--------------------|-----------------|---------------------|----------------------|---------------------|
| | | N | Marginal Percentage | N | Marginal Percentage |
| Súhlas – platiť za | Rozhodne súhlasí | 17 | 2,3 % | 54 | 7,5 % |
| | Skôr súhlasí | 72 | 9,7 % | 176 | 24,3 % |
| | Skôr nesúhlasí | 214 | 28,7 % | 207 | 28,6 % |
| | Rozhodne nesúhlasí | 443 | 59,4 % | 286 | 39,6 % |

Tabuľka č.4 opäť rozdeľuje odpovede respondentov dotazníka, tentoraz však pre závislé premenné súhlas s platbou za návštevu lekára a súhlas s platbou za lekára špecialistu bez predošlého doporučenia. Ako môžeme vidieť, negatívnejší postoj k ochote

platby za lekára (Odpovede skôr nesúhlasí a rozhodne nesúhlasí) malo až 657 respondentov, čo predstavuje 88,1% všetkých odpovedí na danú otázku. Pri súhlase platby za špecialistu bez predošlého doporučenia bolo negatívne priklonených 68,2% odpovedí (Skôr nesúhlasí, rozhodne nesúhlasí) . Pozrime sa teda na výsledky ordinálnej regresnej analýzy týchto dát a vplyvy našich vybraných indikátorov na odpovede dotazníka.

Tabuľka č.5 - Výsledky ordinálnej logickej regresie pre závislé premenné : Súhlas so zavedením poplatku za návštevu lekára a poplatku za návštevu špecialistu bez predošlého doporučenia.

| Závislá premenná | | Návšteva lekára | | Návšteva špecialistu | |
|------------------------------------|---------------------------------|------------------------|------|------------------------|------|
| N | | 746 | | 723 | |
| Model fitting info. (significance) | | .000* | | .025* | |
| | | Estimate | Sig. | Estimate | Sig. |
| Threshold | 1 | -3,003 | ,000 | -2,267 | ,000 |
| | 2 | -1,227 | ,000 | -,497 | ,110 |
| | 3 | ,437 | ,183 | ,707 | ,023 |
| Location | Vek | ,006 | ,166 | ,001 | ,880 |
| | Osobný čistý príjem | -2,18*10 ⁻⁶ | ,824 | -3,98*10 ⁻⁶ | ,673 |
| | Pohlavie - muž | -,220 | ,139 | -,170 | ,220 |
| | (neúplné) základné vzdelanie | 1,013* | ,000 | ,540* | ,048 |
| | Stredné bez maturity a vyučenia | ,955* | ,000 | ,627* | ,005 |
| | Stredné s maturitou | ,549* | ,014 | ,210 | ,338 |

Závislá premenná je na stupnici od 1 do 4, pričom tieto číselné hodnoty predstavujú odpovede respondentov : 1.Rozhodne súhlasí - 4.Rozhodne nesúhlasí. Referenčnou premennou je pre indikátor pohlavie žena a pre indikátor vzdelanie respondentov je ňou zasa vysokoškolské, bakalárske a VOŠ vzdelanie. Hviezdičkou * sú označené kategórie, ktoré sú štatisticky významné pre danú závislú premennú na základe našej určenej hladiny významnosti 5 % (Pre Sig. menej ako hladina alfa - 0,05).

Tabuľka č.6 - Pseudo R-square hodnoty / Pseudo R-Square

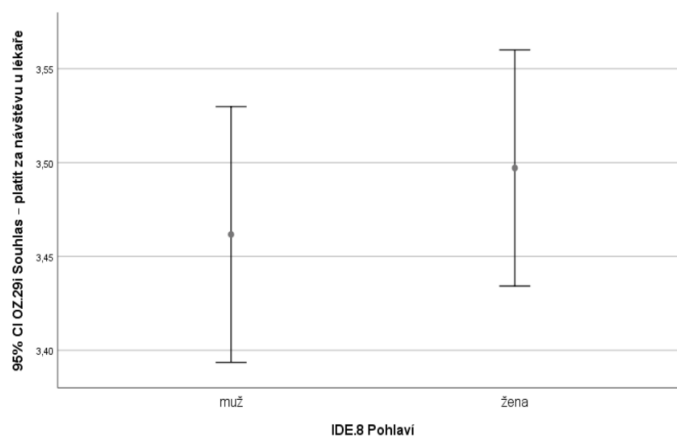
| | | |
|---------------|-------|-------|
| Cox and Snell | 0,036 | 0,020 |
| Nagelkerke | 0,042 | 0,022 |
| McFadden | 0,019 | 0,008 |

Podľa hodnôt výsledkov z tabuľky č.5 môžeme konštatovať, že sa nám nepotvrdila alternatívna hypotéza *H3* a dokonca ani alternatívna hypotéza *H4*. Hodnota Sig. je pri

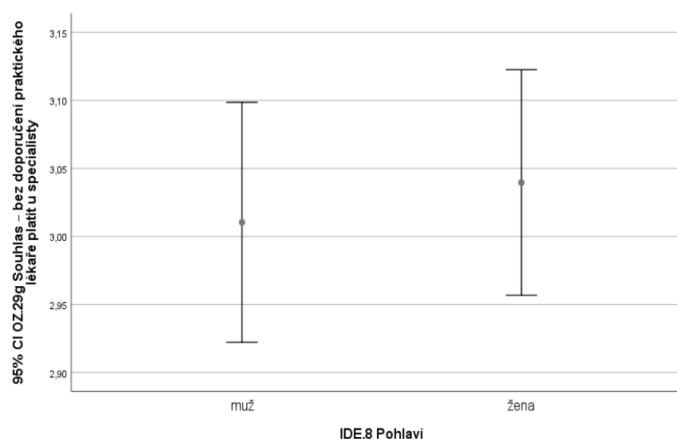
indikátoroch pohlavia vyššia ako 0,05, a preto sa pohlavie neprejavilo ako štatisticky významný faktor vplyvu na dané ochoty súhlasu. Ako štatisticky významné faktory sa nám pre obe závislé premenné ale potvrdila kontrolná premenná vzdelanie, a síce jej kategórie (neúplné) základné, stredné vzdelanie bez maturity a vysvedčenia a pre závislú premennú ochota platby za návštevu lekára aj stredné vzdelanie s maturitou. To znamená, že respondenti s vysokoškolským, bakalárskym a VOŠ vzdelaním si boli štatisticky ochotnejší platiť za návštevu lekára i špecialistu ako respondenti so stupňami dosiahnutého vzdelania, pri ktorých bola hodnota Sig. menšia ako hladina alfa 0,05.

Grafy č.1 a č.2 ponúkajú grafické zobrazenie priemerov a 95% konfidenčných intervalov pre súhlasy z ordinálnej regresnej analýzy kapitoly 6.2. Horizontálna os grafov predstavuje pohlavie, vertikálna stupnicu hodnôt 1-4 Threshold (odpovede dotazníka).

Graf č.3 - Priemery a 95% konfidenčné intervaly pre súhlas - Platba za návštevu lekára - Indikátor Pohlavie.



Graf č.4 - Priemery a 95% konfidenčné intervaly pre súhlas - Platba za návštevu špecialistu bez doporučenia - Indikátor Pohlavie.



6.3 Výsledky ordinálnej regresie pre závislé premenné : Súhlas s priplácaním na stravu a lôžko pri pobyte v nemocnici a s rozdelením zdravotnej starostlivosti na štandardnú a nadštandardnú.

Hypotézy ordinálnych regresných analýz :

H5: Existujú rozdiely medzi mužmi a ženami v ochote priplácať si za stravu a lôžko počas návštevy nemocnice.

H6: Existujú rozdiely medzi mužmi a ženami v ochote rozdeliť zdravotnú starostlivosť na štandardnú - hradenú zdravotným poistením a nadštandardnú - hradenú súkromnými financiami.

Tabuľka č.7 - Zastúpenie respondentov pre závislé premenné : Súhlas s priplácaním na stravu a lôžko pri pobyte v nemocnici a s rozdelením zdravotnej starostlivosti na štandardnú a nadštandardnú.

| Závislá premenná | | Strava a lôžko v nemocnici | | Rozdelenie na štandard a nadštandard | |
|---|--------------------|----------------------------|---------------------|--------------------------------------|---------------------|
| | | N | Marginal Percentage | N | Marginal Percentage |
| Súhlas – viac si priplácať / rozdeliť starostlivosť | Rozhodne súhlasí | 84 | 11,5 % | 84 | 11,9 % |
| | Skôr súhlasí | 199 | 27,1 % | 225 | 31,9 % |
| | Skôr nesúhlasí | 213 | 29,1 % | 184 | 26,1 % |
| | Rozhodne nesúhlasí | 237 | 32,3 % | 213 | 30,2 % |

Údaje tabuľky č.7 tentoraz ukazujú rozdelenie odpovedí dotazníka pre závislé premenné súhlas s priplácaním za stravu a lôžko v nemocnici a súhlas s rozdelením zdravotnej starostlivosti na štandardnú a nadštandardnú. Prijateľnejšiu odpoveď (skôr súhlasí, rozhodne súhlasí) by si pri súhlase príplatku za stravu a lôžko v nemocnici zvolilo až 38,6% opýtaných. S rozdelením zdravotnej starostlivosti na štandardnú a nadštandardnú by súhlasilo (odpovede skôr súhlasí a rozhodne súhlasí) až 43,8% respondentov. Preukážu sa ale v týchto zvýšených ochotách ako štatisticky významné rozdiely medzi pohlaviami a potvrdia sa alternatívne hypotézy *H5* a *H6* ?

Tabuľka č.8 - Výsledky ordinálnej logickej regresie pre závislé premenné : Súhlas s priplácaním na stravu a lôžko pri pobyte v nemocnici a s rozdelením zdravotnej starostlivosti na štandardnú a nadštandardnú.

| Závislá premenná | | Priplácanie na stravu a lôžko v nemocnici | | Rozdelenie na štandard a nadštandard | |
|------------------------------------|---------------------------------|---|------|--------------------------------------|------|
| N | | 733 | | 706 | |
| Model fitting info. (significance) | | .000* | | .000* | |
| | | Estimate | Sig. | Estimate | Sig. |
| Threshold | 1 | -1,615 | ,000 | -1,095 | ,001 |
| | 2 | ,010 | ,974 | ,717 | ,022 |
| | 3 | 1,253 | ,000 | 1,852 | ,000 |
| Location | Vek | ,004 | ,272 | ,014* | ,000 |
| | Osobný čistý príjem | -1,79*10 ⁻⁵ | ,050 | -7,89*10 ⁻⁶ | ,396 |
| | Pohlavie - muž | ,023 | ,868 | -,219 | ,116 |
| | (neúplné) základné vzdelanie | ,888* | ,001 | ,818* | ,003 |
| | Stredné bez maturity a vyučenia | ,683* | ,002 | ,853* | ,000 |
| | Stredné s maturitou | ,412 | ,055 | ,384 | ,077 |

Závislá premenná je na stupnici od 1 do 4, pričom tieto číselné hodnoty predstavujú odpovede respondentov : 1.Rozhodne súhlasí - 4.Rozhodne nesúhlasí. Referenčnou premennou je pre indikátor pohlavie žena a pre indikátor vzdelanie respondentov je ňou zasa vysokoškolské, bakalárske a VOŠ vzdelanie. Hviezdičkou * sú označené kategórie, ktoré sú štatisticky významné pre danú závislú premennú na základe našej určenej hladiny významnosti 5 % (Pre Sig. menej ako hladina alfa - 0,05).

Tabuľka č.9 – Pseudo R-square hodnoty / Pseudo R-Square

| | | |
|---------------|-------|-------|
| Cox and Snell | 0,043 | 0,053 |
| Nagelkerke | 0,046 | 0,057 |
| McFadden | 0,016 | 0,020 |

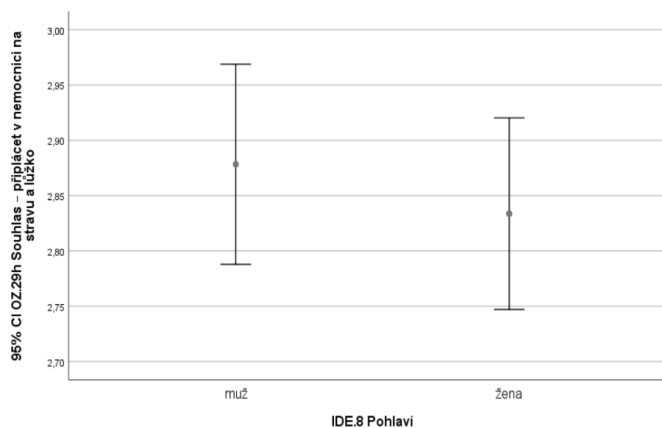
Ani v prípade závislých premien súhlas s priplácaním si na stravu a lôžko v nemocnici a súhlas s rozdelením zdravotnej starostlivosti na štandardnú a nadštandardnú sa nám alternatívne hypotézy H_5 a H_6 , ako vidíme podľa hodnôt Sig. pre indikátor pohlavie v tabuľke č.8, nepotvrdili. Rozdiel medzi mužmi a ženami v ich ochotách priplácania si za tieto služby sa preto nedá považovať za štatisticky významný.

Čo sa týka kontrolných premenných, na ochotu priplácania si za stravu a lôžko v nemocnici vplýva opäť štatisticky významne vzdelanie respondentov. Kladný koeficient Estimate pre úroveň vzdelania (neúplné) základné a stredné bez maturity a vysvedčenia naznačuje, že respondenti s týmto vzdelaním budú štatisticky menej ochotní si za danú službu priplácať viac prostriedkov ako respondenti s vysokoškolským, bakalárskym a VOŠ vzdelaním.

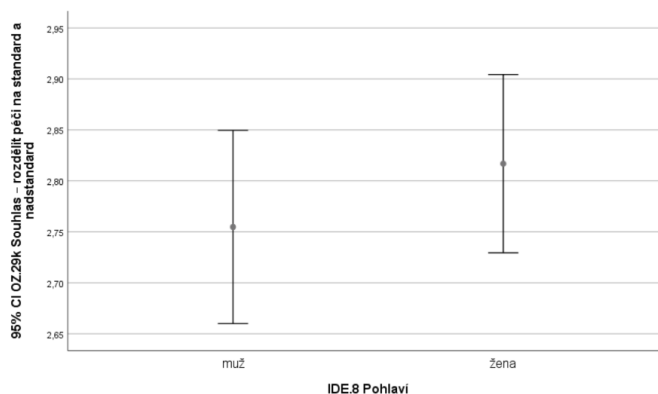
To isté platí podľa údajov aj pre závislú premennú súhlas s rozdelením starostlivosti na štandardnú a nadštandardnú. Vysokoškolsky vzdelaní respondenti si za túto službu boli ochotní priplácať štatisticky viac ako tí s dosiahnutým vzdelaním stredným bez maturity a vyučenia či základným (neúplným). Pre túto závislú premennú sa ale ako štatisticky významný potvrdil aj indikátor vek (Hodnota Sig. < 0,05). Kladný koeficient Estimate značí, že čím vyšší bol vek respondenta dotazníka, tým menej ochotní bol rozdeliť zdravotnú starostlivosť na štandard a nadštandard.

Grafy č.1 a č.2 ponúkajú grafické zobrazenie priemerov a 95% konfidenčných intervalov pre súhlasy z ordinálnej regresnej analýzy kapitoly 6.3. Horizontálna os grafov predstavuje pohlavie, vertikálna stupnicu hodnôt 1-4 Threshold (odpovede dotazníka).

Graf č.5 - Priemery a 95% konfidenčné intervaly pre súhlas - Priplácanie si na stravu a lôžko v nemocnici
Indikátor Pohlavie.



Graf č.6 - Priemery a 95% konfidenčné intervaly pre súhlas - Rozdelenie zdravotnej starostlivosti na štandardnú a nadštandardnú - Indikátor Pohlavie.



6.4 Zhrnutie výsledkov ordinálnych regresných analýz dát

Kompletné výsledky všetkých vykonaných ordinálnych regresných analýz ponúka tabuľka č.10. Týmito analýzami sme overili, do akej miery prebieha interakcia medzi skúmanými dátovými súbormi a ako sa navzájom ovplyvňujú. Otázky dotazníka, ktoré predstavovali závislé premenné sú v tabuľke č.10 zoradené na vertikálnej osi. Nezávislá premenná pohlavie a kontrolné premenné vek, vzdelanie a príjem respondentov, ktoré vystupovali ako indikátory, sú zoradené na osi vertikálnej. Červenou farbou je označená prítomnosť štatisticky významného rozdielu medzi indikátormi, pričom šípky naznačujú pre ktorú skupinu respondentov bola ochota daného súhlasu zvýšená, či znížená vzhľadom k referenčnej premennej daného indikátora.

Hlavným cieľom tohto praktického výskumu bolo preukázať prítomnosť štatisticky významného rozdielu medzi závislými premennými a indikátorom pohlavie, a potvrdiť tak platnosť stanovených alternatívnych hypotéz. Ako môžeme vidieť, to sa podarilo len pre hypotézu *H2*. Štatisticky významný rozdiel tak existuje medzi mužmi a ženami v Českej republike, na základe dát tohto výskumu, len v ochote platby jednotného poplatku za recept. Táto ochota je dokonca vyššia u mužov než u žien.

Vzdelanie respondentov sa naopak preukázalo ako najvýznamnejšia štatistická premenná. V tabuľke č.10 vidíme detailne popísané kategórie vzdelania respondentov, pre ktoré sa prejavil štatisticky významný rozdiel v ich ochote priplácať si v zdravotníctve vzhľadom k referenčnej premennej vysokoškolské, bakalárske a a VOŠ vzdelanie.

Aj kontrolná premenná vek sa preukázala v dvoch prípadoch ako štatisticky významný faktor pre ochotu priplácania si za zdravie. Podľa tabuľky č.10 môžeme konštatovať, že so stúpajúcim vekom boli respondenti menej ochotní si priplácať za lieky a taktiež menej ochotní rozdeliť zdravotnú starostlivosť na štandardnú a nadštandardnú.

Kontrolná premenná osobný čistý príjem respondentov sa nepreukázala ako štatisticky významná ani v jednom prípade.

Tabuľka č. 10 – Kompletné výsledky ordinálnych regresných analýz výskumu.

| | Pohlavie | Vek | Vzdelanie | Osobný čistý príjem |
|--|-------------------------|--|--|---------------------|
| Súhlas / Ochota viac si priplácať za lieky | X | Áno ↑ mladší ↓ starší respondenti | Áno ↓ respondenti so stredným vzdelaním bez maturity a vyučenia | X |
| Súhlas / Ochota platiť jednotný poplatok za recept | Áno ↑ muži ↓ ženy | X | Áno ↓ respondenti s nižším vzdelaním ako stredoškolské s maturitou | X |
| Súhlas / ochota platiť za návštevu lekára | X | X | Áno ↓ respondenti s nižším vzdelaním ako vysokoškolské / BC / VOŠ | X |
| Súhlas / Ochota platiť za návštevu špecialistu bez doporučenia praktika | X | X | Áno ↓ respondenti s nižším vzdelaním ako stredoškolské s maturitou | X |
| Súhlas / Ochota priplácať si v nemocnici za stravu a lôžko | X | X | Áno ↓ respondenti s nižším vzdelaním ako stredoškolské s maturitou | X |
| Súhlas / Ochota rozdeliť zdravotnú starostlivosť na štandard a nadštandard | X | Áno ↑ mladší ↓ starší respondenti | Áno ↓ respondenti s nižším vzdelaním ako stredoškolské s maturitou | X |

7. Diskusia

Hypotézy empirického výskumu tejto práce vychádzali z predpokladu, že ochota mužov a žien k priplácaniu si v systéme verejného zdravotníctva Českej republiky je odlišná, konkrétne že ženy si sú za svoje zdravie ochotné priplácať viac ako muži. Teoretická časť naznačovala, že ženy častejšie a ochotnejšie prichádzajú do kontaktu so zdravotným sektorom ako muži, a majú tak k nemu bližší vzťah.

Ako sme sa dozvedeli z kapitoly č.3, podľa OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2016), majú ženy v priemere vyšší podiel výdavkov na zdravie ako muži (OECD,2016). Detailné prehľady o zdravotných výdavkoch mužov a žien v Českej republike prinieslo Zisťovanie informácií o zdravotnom stave obyvateľov EHIS (2008) ktoré ukázalo, že podiel osôb, ktoré priemerne minuli na zdravotnú

starostlivosť počas skúmaného mesiaca viac ako 150 Kč predstavoval u žien zhruba 58 %, čo bolo o 18% viac ako u mužov. Za celkové náklady na zdravie behom skúmaného mesiaca zaplatilo viac ako 1 000 Kč podľa EHIS (2008) zhruba 14 % žien, zatiaľ čo medzi mužmi to bolo len 9 %. Nulové náklady malo 38 % mužov a len 24 % žien. Priemerné celkové náklady na zdravie za skúmaný mesiac sa u oboch pohlaví taktiež líšili, a to 391 Kč u mužov a 531 Kč u žien (EHIS, 2008).

V kapitole č.4 sme zistili, že muži odhaľujú podľa slov Renzettiho a Currana svoje potreby a pocity zraniteľnosti menej než ženy a majú dokonca sklon podceňovať rozsah svojej choroby a menej často využívať služby zdravotníckej starostlivosti (Renzetti a Curran, 2003). Spoločenská predstava mužov ako mužných až neohrozených jedincov má tak ako dopĺňajú Addis a Mahalik (2003) za následok ich zdržanlivosť a sebaovládanie v prejavoch bolesti, choroby či v ochote deliť sa so svojimi problémami s okolím. Naopak dámy majú podľa Trávise, Meltzera a Howertona (2010) sklon hlásiť lekárovi svoje symptómy vo väčšom množstve a častejšie. Ženy sú podľa autorov pri charakteristike svojich ťažkostí zdatnejšie a efektívnejšie a vedia ich popísať detailnejšie, keďže je pre ne takýto prejav krehkosti spoločensky akceptovateľnejší ako u mužov. Travis, Meltzer a Howerton (2010) dopĺňajú, že aj počet vydaných lekárskeho predpisov na osobu naprieč národnostnými štatistikami je vo všeobecnosti značne vyšší pre ženské pohlavie ako pre to mužské. (Travis, Meltzer a Howerton, 2010). EHIS (2008) doplnil, že ženy užívajú lieky zhruba 1,4 krát častejšie v porovnaní s mužmi (EHIS,2008). Čo sa týka liekov bez predpisu, čiže nadštandardných foriem liekov, tie užívalo v posledných dvoch skúmaných týždňoch podľa EHIS (2008) 40 % opýtaných mužov a 52 % žien.

Teória z kapitoly č.2 zameraná na nadštandardné formy zdravotnej starostlivosti, ich využívanie a formy čerpala predovšetkým z verejnej spoločenskej diskusie. Aj v tej sa viac skloňovali nadštandardné formy starostlivosti prevažne určené pre ženy ako pre mužov. Podľa Kubáľkovej a Čáslavskej (2010) sú to práve ženy, kto má špecifické zdravotné potreby či lepšie povedané predstavy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktoré súčasný verejný zdravotnícky systém uspokojuje horšie ako potreby mužov (Kubalkova a Čáslavská, 2010). Pavlíková (2010) priblížila situáciu s nadštandardom a štandardom v ČR. Podľa slov autorky si je až takmer polovica Čechov ochotná za nadštandard priplatiť, pokiaľ doplatí len rozdiel medzi štandardom a nadštandardom. Doposiaľ si za nadštandard priplácalo 20 percent ľudí, z toho viac ženy ako muži (Pavlíková, 2010).

Práve vďaka týmto skutočnostiam, prezentovaným teoretickou časťou práce, sa zdal genderový rozdiel v ochote finančnej dotácie zdravia ako zjavný výsledok odlišných

prístupov pohlaví k využívaniu a vyhľadávaniu zdravotnej starostlivosti. Výskum empirickej časti mojej práce ale priniesol trochu iné výsledky ako sa očakávalo.

Z hypotéz *H1-H6*, predpokladajúcich existenciu genderového rozdielu v ochote priplácania si v zdravotnom systéme, sa potvrdila iba jedna, a síce alternatívna hypotéza *H2*. Muži a ženy v Českej republike sa tak podľa dát môjho výskumu líšia štatisticky významne jedine v ochote platby jednotného poplatku za recept. Pre mužov bola dokonca táto ochota zavedenia jednotného poplatku za recept vyššia ako pre ženy. Dôvodov, prečo je tomu tak, môže byť viacero. Osobne sa ale domnievam, že príčinou bude opäť takzvaná praktickosť mužského postoja k vyhľadávaniu a využívaniu zdravotnej starostlivosti. Poplatok za vydanie receptu môžu páni vnímať ako motivačný efekt k zníženiu nadmerných návštev lekárov a zamedzeniu plytvania v zdravotnom systéme. Indikátor pohlavie sa nepreukázal ako štatisticky významný pri žiadnej inej závislej premennej.

Dochádzame tak k záveru, že predpokladané genderové rozdiely v ochote k priplácaniu si v zdravotnom sektore sa, s výnimkou jedného prípadu, nepreukázali ako štatisticky významné. Ženy majú už prirodzene v priemere vyšší podiel výdavkov na zdravie ako muži, a to sa zjavne odráža aj na ich neochote k významnejšiemu dodatočnému priplácaniu si v zdravotnom sektore. Zvýšená finančná dotácia zdravia, ktorá je podľa teoretickej časti prisudzovaná ženám, nemá základ v ich ochote k takejto činnosti, ale v ich biologických, imunologických či genetických predispozíciách a potrebách, ktorým sú počas svojho života vystavované. Ženy síce viac využívajú služby zdravotníctva a mŕňajú na zdravie viac financií, no nie je to preto že sú ochotné takúto činnosť vykonávať či vyhľadávať v štatisticky vyššej miere ako muži ale preto, že sú k tomu nútené. Ich odlišné zdravotné potreby a s nimi súvisiace úkony, ich v porovnaní s mužmi odlišná náchylnosť k určitým chorobám či nižšia odolnosť voči rizikám prostredia a bolesti, ale dokonca aj ich vyšší vek dožitia majú spolu za následok, že ženy mŕňajú na zdravie viac peňazí. Toto tvrdenie sa opiera aj o prácu OECD (2016) ktorá informuje, že ženy majú oproti mužom častejšie a od mladšieho veku výdavky spojené napríklad s duševným zdravím, či spomínaným tehotenstvom a pôrodom. Zvýšený výskyt ťažkostí spojených s pohybovou sústavou u žien taktiež ukazuje na významný rozdiel s vyššími výdajmi žien v oblastiach ako osteoporóza, artritída či pri problémoch s chrbticou. Dlhšia dĺžka života ženskej populácie, ktorá vedie k ich predĺženej starostlivosti taktiež prispieva k tomuto rozdielu oproti mužom. Z hľadiska pohlaví boli zaznamenané rozdiely podľa EHIS (2008) aj v užívaní špecifických druhov liekov na bolesti, ako sú bolesti kĺbov, krku a chrbta, migrénu a iné. Pri týchto ťažkostiach užívali ženy lieky častejšie ako muži, čo opäť odpovedá vyššej prevalencii ako vybraných zdravotných problémov (problémy s

krčnou chrbticou, migréna), tak bolesti u žien všeobecne. Častejšie boli u žien taktiež lieky na príznaky alergie, depresie a úzkostné duševné poruchy, ďalej lieky na spanie a iné (EHIS,2008).

Indikátor vzdelanie sa naopak preukázal ako štatisticky významný faktor pre všetky závislé premenné. Z výsledkov analýzy preto môžeme konštatovať, že respondenti dotazníka s dosiahnutým stupňom vzdelania, u ktorého sa prejavila štatistická významnosť, sú si v zdravotníctve ochotní priplácať menej ako respondenti s referenčným vysokoškolským, bakalárskym a VOŠ vzdelaním. Tieto údaje potvrdzujú teóriu z teoretickej časti ako napríklad tvrdenie Skorkovskej (2018) že Česi sa do kvality zdravia a života učia investovať (Skorkovská, 2018). Prieskum, ktorý vykonal týždenník Ekonom (2016), na vzorke vzdelaných a vyššie postavených ľudí priniesol rovnaký výsledok, a síce že opýtaní by uvítali zavedenie možnosti výberu nadštandardnej príplatkovej starostlivosti do ponuky zdravotníckych služieb (Ekonom, 2016).

Aj kontrolná premenná vek sa v dvoch prípadoch ukázala ako štatisticky významná. Išlo o závislé premenné súhlas s vyšším priplácaním si za lieky a súhlas s rozdelením zdravotnej starostlivosti na štandard a nadštandard. Potvrdili sa tak údaje Zisťovania informácií o zdravotnom stave obyvateľov EHIS (2008), podľa ktorého sú najčastejšie ochotní využívať starostlivosť poskytovateľov alternatívnych foriem medicíny mladí ľudia, hlavne ženy vo veku 15–24 rokov (EHIS,2008).

Analýza zozbieraných dát obsahovala aj faktor osobný čistý príjem, keďže príjmy mužov a žien sa ešte stále aj v dnešnej dobe vo veľkej miere odlišujú. Očakával som preto, že sa tento faktor odrazí aj na ich rozdielnej ochote k priplácaniu si za zdravie. Ako štatisticky významný sa ale tento faktor nepreukázal ani v jednej kategórii.

8. Záver

Hlavnou témou tejto bakalárskej práce bolo preukázanie existencie genderových rozdielov v ochote priplácania si v zdravotníctve Českej republiky.

Prvá kapitola teoretickej časti predstavila a charakterizovala zdravotníctvo Českej republiky, ako prostredie skúmanej problematiky. Kapitola druhá popísala štandardnú starostlivosť poskytovanú verejným zdravotným poistením, a postavila vedľa nej jej nadštandardné formy za ktoré si ľudia môžu priplatiť, ak sa tak rozhodnú. Tretia kapitola priniesla, pre predstavu prístupu mužov a žien k míňaniu financií v zdravotnom sektore ČR, štatistické analýzy ich výdavkov v rôznych odvetviach zdravotníctva. Boli to údaje o množstve financií minutých či už za poplatky u stomatólogov, všeobecných lekárov alebo

celkové výdavky na zdravie v skúmanom období, pričom pre ženy boli tieto zaznamenané zdravotné výdavky priemerne vo vyšších sumách ako pre mužov. Štvrtá, posledná kapitola teoretickej časti popísala genderové odlišnosti v prístupe nielen k zdravotnej diagnostike ale aj k vyhľadávaniu a využívaniu zdravotnej starostlivosti. V tejto kapitole sa ukázalo, že ženy majú v princípe aktívnejší vzťah s vyhľadávaním a využívaním zdravotnej starostlivosti a berú svoje zdravie serióznejšie ako muži. Teória prezentovaná teoretickou časťou tak viedla k predpokladu, že odlišné genderové prístupy k zdraviu a zdravotnej starostlivosti sa odrazia aj v odlišnej genderovej ochote k priplácaniu si za tieto služby.

Snahou empirickej časti tejto práce preto bolo preukázať štatisticky významnú rozdielnosť medzi ochotou mužov a žien k priplácaniu si za zdravie v Českej republike, a to potvrdením šiestich alternatívnych hypotéz stanovených na základe sekundárne zozbieraných dát. Dáta s ktorými výskum pracoval boli zozbierané Centrom pre výskum verejnej mienky ČR formou dotazníka na vzorke 1028 respondentov spoločnosti Českej republiky. Tieto dáta boli spracované štatisticko-analytickým softvérom, a overené metódou s názvom ordinálna regresná analýza. Okrem indikátora pohlavie obsahovala ordinálna regresná analýza aj kontrolné premenné vek, vzdelanie a osobný príjem respondentov, keďže aj od týchto faktorov sa očakávala ich závislosť.

Konečné výsledky ordinálnych regresných analýz potvrdili platnosť iba jednej zo šiestich stanovených alternatívnych hypotéz. Podľa dát výskumu tak existuje štatisticky významný rozdiel medzi mužmi a ženami v ČR len v ich ochote platby jednotného poplatku za recept. U mužov je táto ochota vyššia ako u žien. Významne sa ale preukázala súvislosť vzdelania respondentov s ich ochotou priplácania si za zdravie, a to vo všetkých šiestich alternatívnych hypotézach. V štatisticky významných kategóriách si boli respondenti s daným dosiahnutým vzdelaním ochotní priplácať za zdravie menej ako respondenti s vysokoškolským, bakalárskym a VOŠ vzdelaním. V dvoch prípadoch sa preukázal ako štatisticky významný faktor aj vek, pričom mladší respondenti si boli v danej kategórii ochotnejší priplatiť a ochotnejší rozdeliť zdravotnú starostlivosť na štandardnú a nadštandardnú. Osobný čistý príjem sa nepreukázal ako štatisticky významný faktor.

Záverečný výsledok práce, ku ktorému som dospel prepojením výsledkov empirickej a poznatkov teoretickej časti práce, som formuloval v kapitole č.7.

9. Hodnotenie kvality výskumu

Výskum empirickej časti tejto práce priniesol prekvapivý výsledok. Kvantitatívne dáta, z ktorých práca čerpala, boli zozbierané Centom pre výskum verejnej mienky ČR čo predstavovalo veľkú časovú aj finančnú výhodu pre jej výskum. Výhodou zozbieraných dát bola aj ich rozsiahlejšia, a reprezentatívnejšia vzorka opýtaných, ako by bola napríklad pri mojom súkromnom terénnom výskume. Tieto dáta tak boli schopné generalizácie a aplikovateľnosti na celkovú populáciu Českej republiky.

Výskum s takouto povahou dát so sebou ale prináša aj niekoľko nevýhod. Za hlavný nedostatok považujem skreslenie týchto dát. Osobne som do priebehu dotazníka, formy či počtu jeho otázok a výberu respondentov nemohol zasiahnuť. Myslím si, že výsledky mojej práce by s formuláciou detailnejších a presnejšie cielenejších otázok na ešte vyšší počet respondentov mohli priniesť spoľahlivejšie a korektnejšie údaje a výsledky.

Zdroje :

Addis Michael E., Mahalik, James R. Men, Masculinity, and the Contexts of Help Seeking, (2003), (online), American Psychologist Vol.58(1):5-14, [citované 13.2.2020]. Dostupné z https://www.researchgate.net/publication/10822409_Men_Masculinity_and_the_Contexts_of_Help_Seeking

Annandale Ellen, Hunt Kate, Gender inequalities in health, (2000), Buckingham: Open University Press.

Beňová Zlatica, Denník Pravda, Za pôrod sú ochotné ženy zaplatiť aj tisíc eur, (2013), online, [citované 14.2.2020]. Dostupné z: <https://spravy.pravda.sk/domace/clanok/296115-za-porod-su-ochotne-zeny-zaplatit-aj-tisic-eur/>

Cieslar Jan, ČSÚ, Čechy stojí zdraví stále více - Tisková zpráva,(2020), online, [citované 25.3.2020]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cechy-stoji-zdravi-stale-vice>

Česká Tisková Kancelář, ČTK, (2019), Portál tyden.cz, Počty umělých oplodnění v Česku rostou o tisíce, online, [cit. 10.4.2020]. Dostupné z : https://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/pocty-umelych-oplodneni-v-cesku-rostou-o-tisice_512082.html

ČSÚ - Český statistický úrad, (2018), Grafy populačního vývoje 1950-2018, Naděje dožití při narození v letech 1950-2018, online, [cit. 5.3.2020]. Dostupné z : <https://www.czso.cz/csu/czso/nadeje-dozeni-pri-narozeni-v-letech-1950-2018>

ČSÚ - Český statistický úrad, (2019), Zaostřeno na ženy a muže 2019 - Publikácia Českého štatistického úradu, online, [cit. 5.3.2020]. Dostupné z : <https://www.czso.cz/csu/czso/2-zdravi-0xkz12iewf>

CVVM - Centrum pro výskum veřejného mínění ČR - Sociologický ústav (Akademie věd ČR), Naše společnost 2016 - Prosinec, Ver. 2.0, Praha: Český sociálněvědní datový archiv, 2017, online, [cit. ze 14.4.2020]. Dostupné z : <http://nesstar.soc.cas.cz/webview/>

Dolanský Hynek MUDr., Ph.D, (2008), Veřejné zdravotnictví, Opava, Slezská univerzita v Opavě.

Ekonom, Týždenník Hospodárskych Novin, (2016), Vadilo by vám legální a přehledné rozdělení zdravotní péče na placený nadstandard a bezplatný standard? Připlatili byste si za lepší přístup lékařů?, Vydanie z 18/05/16, online, [cit. 10.4.2020]. Dostupné z : <https://ekonom.ihted.cz/byznys-echo/c1-65297160-vadilo-by-vam-legalni-a-prehledne-rozdeleni-zdravotni-pece-na-placeny-nadstandard-a-bezplatny-standard-priplatili-byste-si-za-lepsi-pristup-lekaru>

Frolová Irena, (2015), Portál zlin.cz, Uherskohradištská nemocnice nabízí pacientům za příplatek nadstandardní stravu, online, [cit.10.4.2020]. Dostupné z : <https://zlin.cz/zpravy/520889n-uherskohradistska-nemocnice-nabizi-pacientum-za-priplatek-nadstandardni-stravu/>

Grácová Ivana, (2020), Portál info-zdravie.sk, Nepodceňujte klíčové žily, môžu viesť k tromboze a embólii,online, [cit. 27.3.2020]. Dostupné z : <https://www.info-zdravie.sk/kosti-a-klby/nepodcenujte-krcove-zily-mozu-viest-k-tromboze-a-embolii/>

Hníková Eva, Vokurková Kateřina, Fišerová Markéta, (2015), Týždenník Ekonom, číslo 08/10/2015, online, [cit. 15.2.2020]. Dostupné z: <https://ekonom.ihned.cz/c1-64719200-kolik-stoji-lepsi-zdravi>

Hnilicová Helena, (2009) Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva, Úvod do studia zdravotnických systémů, online, [cit. 15.2.2020]. Dostupné z : http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod_do_zs.pdf

IZPE - Institut zdravotní politiky a ekonomiky ČR, (2003),Rozsah péče hrazené zdravotními pojišťovami, online, [cit. 22.3.2020]. Dostupné z : <https://www.domavcr.cz/rady-pro-zivot-v-ceske-republice/zdravi-a-lekarska-pece/rozsah-pece-hrazene-zdravotnimi-pojistovami>.

Janečková, H. a Hnilicová, H. (2009), Úvod do veřejného zdravotnictví. Praha: Portál

Kalnická V., Chodounská H.,(2020), Tisková konference Českého statistického úradu, Výdaje na zdravotní péči,online, [cit. 27.3.2020]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/134700476/csu_tk_zdravotni_pece_prezentace.pdf/5c97a7a2-0df7-4b8b-a122-76689fd17f7f?version=1.0

Kofroňová Kateřina, (2017), Portál styl.instory.cz, Plastická operace nosu: jedna z mála která má vždycky smysl, online, [cit. 15.3.2020]. Dostupné z : <https://styl.instory.cz/1327-plasticka-operace-nosu-jedna-z-mala-ktera-ma-vzdycky-smysl.html>.

Kubálková Petra, Wennerholm Čáslavská Tereza ; autorský tým Michaela Appeltová : Ženy a česká společnost : hodnocení implementace Pekingské akční platformy na národní a mezinárodní úrovni., (2010), online, Praha : Otevřená společnost - Centurm ProEquality, [cit. 12.3.2020]. Dostupné z: <https://books.google.sk/books?id=id7eU1uCT-wC&printsec=frontcover&hl=sk#v=onepage&q&f=false>

Kudrhaltová Jana, (2016), Portál pelhrimovsky.denik.cz, Soukromý pokoj v nemocnici si lidé zamlouvají i dopředu, online, [cit.10.4.2020]. Dostupné z : https://pelhrimovsky.denik.cz/zpravy_region/soukromy-pokoj-v-nemocnici-si-lide-zamlouvaji-i-dopredu-pe16.html

Matuščíková Zuzana, (2017), Hospodárske Noviny, Matky sú ochotné zaplatiť aj stovky eur. Toto sú najlepšie pôrodnice na Slovensku, online, [cit. 18.3.2020]. Dostupné z : <https://slovensko.hnonline.sk/1001510-matky-su-ochotne-zaplatit-aj-stovky-eur-toto-su-najlepsie-porodnice-na-slovensku>

Muller, Ch.F. (1990). Health care and gender. Russel Sage Foundation.

Němec Jiří, (2008), Princípy zdravotního pojištění, Grada Publishing.

Nemocnice TGM Hodonín, NEMHO, (2018), Lososa či panenku za „sedmdesát“? Spouštíme výběrové stravování pro pacienty!, online, [cit. 10.4.2020]. Dostupné z : <https://www.nemho.cz/novinky/lososa-ci-panenku-za-sedmdesat-spoustime-vyberove-stravovani-pro-pacienty>

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development, Health Spending - Expenditures by disease, age and gender. (2016), online, [cit. 18.3.2020]. Dostupné z : <https://www.oecd.org/health/Expenditure-by-disease-age-and-gender-FOCUS-April2016.pdf>

PAHO/WHO - Pan American Health Organization - Gender Equality in Health: Improving Equality & Efficiency in Achieving Health for All - příručka, (2011), online, [cit. 20.3.2020]. Dostupné z : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4633:2011-gender-equality-health-improving-equality-efficiency-achieving&Itemid=3582&lang=en

Pavlíková Olga, (2010), portál ZAM - Zdravotníci a Medicína, Téměř polovina Čechů je ochotna si připlatit na nadstandard, online, [cit. 20.3.2020]. Dostupné z : https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/z-domova/temer-polovina-cechu-je-ochotna-si-priplatit-na-nadstandard-453682?seo_name=3Dmlada-%252525252525253D

Renzetti Claire M., Curran Daniel J., (2003), *Ženy, muži a společnost. Praha: Karolinum.*

Sanchez-Lopez,Pillar Maria, (2010), Zdraví a gender - Škola a zdraví 21. Výchova ke zdraví: mezinárodní zkušenosti, online, [cit. 9.3.2020]. Dostupné z : <http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2011/36/36/texty/cze/sanchezlopez.pdf>

Skorkovská Šárka Doc., (2018), portál [Ordinace.cz](http://www.ordinace.cz), *Lepší zrak se dá koupit. Za co je dobré připlatit?.*, online, [cit. 15.3.2020]. Dostupné z : <https://www.ordinace.cz/clanek/lepsi-zrak-se-da-koupit-za-co-je-dobre-priplatit/>

Statistika&my, Měsíčník Českého statistického, 05/2017, online, [cit. 5.3.2020]. Dostupné z : <https://www.statistikaamy.cz/2017/05/jak-se-cesi-objednavaji-k-lekari/>

Statistika&my, Měsíčník Českého statistického, 06/2018, online,[cit. 5.3.2020].Dostupné z : <https://www.statistikaamy.cz/2018/06/zdravi-a-zivotni-styl-cechu/>

Šrajbrová Markéta, (2017), Portál [aktualne.cz](http://www.aktualne.cz), S nadstandardy bude zdravotnictví spravedlivější. Rovná péče je jen na papíře, říká právník, online,[cit. 16.3.2020]. Dostupné z : <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/expert-na-zdravotnicke-pravo-s-nadstandardy-bude-system-spra/r~45494e7851a711e7a83b0025900fea04/>

Šrajbrová Markéta, (2018), Hospodářské Noviny, Připlácení za nadstandard v nemocnici pojišťovny neznají, přesto k němu dochází. Nechceme pacienty připravit o léčbu, kterou chtějí, říká ministr v demisi, online,[cit. 16.3.2020]. Dostupné z : <https://archiv.ihned.cz/c1-66099680-zdravotni-pojistovny-nadstandard-neznaji-pacienti-ale-za-kvalitnejsi-peci-a-vetsi-komfort-presto-doplaceji>

Travis CH.B, Meltzer A.L.,Howerton D.M, Gender and Health Care Utilization, (2010), online, [cit. 7.3.2020]. Dostupné na : https://www.researchgate.net/publication/251142360_Gender_and_Health_Care_Utilization

Uherskohradištská nemocnice, NEMUH, (2020), Nadstandardní strava pro pacienty, online, [cit.10.4.2020]. Dostupné z : <https://www.nemuh.cz/doc/nadstandardni-strava-pro-pacienty-1>

UZIS - Ústav Zdravotnických Informací a Statistiky České republiky, (2008), Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008, online,[cit. 7.3.2020]. Dostupné z : <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ehis2008cz.pdf>