

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta humanitních studií

Institut základů vzdělanosti



Bakalářská práce

Výdaje na zdravotnictví z hlediska kulturních hodnot obyvatelstva

Mezinárodní srovnání

Autor bakalářské práce:

Ivona Raszková

Vedoucí bakalářské práce:

Ing. Inna Čábelková Ph.D.

Praha 2010

Prohlašuji, že jsem práci vypracoval/a samostatně s použitím uvedené literatury a souhlasím s jejím eventuálním zveřejněním v tištěné nebo elektronické podobě.

V Praze dne 24.6.2010

.....
podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala Ing. Inně Čábelkové, Ph.D., vedoucí mé bakalářské práce, za pomoc a podporu, za věnovaný čas a podnětné připomínky, které byly nápomocné při vypracování této bakalářské práce.

OSNOVA

| | |
|--|-----------|
| Úvod..... | 7 |
| 1 Zdravotnictví..... | 10 |
| 1.1 Zdraví..... | 10 |
| 1.1.1 Determinanty zdraví..... | 10 |
| 1.2 Definice zdravotnictví..... | 11 |
| 1.2.1 Druhy systémů zdravotnictví..... | 11 |
| 1.2.1.1 Systém zdravotnictví ve Spojených státech amerických..... | 12 |
| 1.3 Výdaje na zdravotnictví..... | 15 |
| 1.3.1 Determinanty výdajů na zdravotnictví..... | 15 |
| 1.3.1.1 Výzkum Josepha Newhouse (1977)..... | 16 |
| 1.3.1.2 Theo Hitiris a John Posnett (1992)..... | 18 |
| 2 Kultura a kulturní dimenze..... | 20 |
| 2.1 Definice kultury..... | 20 |
| 2.2 Kultura podle Hofstedeho..... | 21 |
| 2.3 Kulturní dimenze podle Hofstedeho..... | 23 |
| 2.3.1 Dimenze vzdálenosti moci (PDI)..... | 25 |
| 2.3.2 Dimenze individualismus a kolektivismus (IDV)..... | 26 |
| 2.3.3 Dimenze maskulinita a femininita (MAS)..... | 27 |
| 2.3.4 Dimenze vyhýbání se nejistotě (UAI)..... | 29 |
| 2.4 Další koncepty pojetí kulturních hodnot..... | 29 |
| 2.4.1 Koncept Milтона Rokeache..... | 30 |
| 2.4.2 Koncept Ronalda Ingleharta..... | 31 |
| 2.4.3 Koncept Shaloma H. Schwarzze..... | 33 |
| 2.5 Zdravotnictví jako instituce versus kulturní hodnoty obyvatelstva..... | 34 |
| 3 HDP..... | 36 |
| 3.1 Definice HDP..... | 36 |
| 3.2 Výdaje na zdravotnictví z hlediska HDP..... | 37 |
| 4 Data..... | 38 |
| 4.1 Výběr vzorku..... | 38 |
| 4.2 Výdaje na zdravotnictví..... | 38 |
| 4.2.1 Zdroj a kvalita dat..... | 39 |
| 4.3 Kulturní dimenze..... | 40 |
| 4.3.1 Zdroj a kvalita dat..... | 41 |

| | |
|--|-----------|
| 4.4 HDP..... | 43 |
| 4.4.1 Zdroj a kvalita dat..... | 44 |
| 5 Metoda vyhodnocování a interpretace získaných dat..... | 46 |
| 5.1 Regresní analýza..... | 46 |
| 6 Stanovení hypotéz..... | 50 |
| 6.1 Zdůvodnění hypotéz..... | 50 |
| 6.1.1 Vztah mezi HDP a výdaji na zdravotnictví..... | 50 |
| 6.1.2 Vztah mezi PDI a výdaji na zdravotnictví..... | 51 |
| 6.1.3 Vztah mezi IDV a výdaji na zdravotnictví..... | 51 |
| 6.1.4 Vztah mezi MAS a výdaji na zdravotnictví..... | 52 |
| 6.1.5 Vztah mezi UAI a výdaji na zdravotnictví..... | 52 |
| 7 Analýza..... | 53 |
| 7.1 Výsledky regresní analýzy: výdaje na zdravotnictví na osobu versus HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech)..... | 53 |
| 7.2 Výsledky regresní analýzy: výdaje na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) a PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci) po odstranění odlehlého pozorování..... | 58 |
| 7.3 Výsledky regresní analýzy: výdaje na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) a IDV (individualismus – kolektivismus) po odstranění odlehlého pozorování..... | 62 |
| 7.4 Výsledky regresní analýzy: výdaje na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) a MAS (maskulinita – femininita) po odstranění odlehlého pozorování..... | 66 |
| 7.5 Výsledky regresní analýzy: výdaje na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) a UAI (vztah k nejistotě –vyhýbání se nejistotě) po odstranění odlehlého pozorování..... | 70 |
| 7.6 Analýza multikolinearity..... | 74 |
| 8 Omezení výzkumu..... | 77 |
| 8.1 Kritika Hofstedeho..... | 78 |

| | |
|--|----|
| 8.2 Etické a politické otázky..... | 79 |
| 9 Závěr..... | 80 |
| Bibliografii..... | 82 |
| Přílohy..... | 87 |
| Příloha č. 1 Tabulka P-1: Data souboru 61 zemí z celého světa..... | 87 |
| Příloha č. 2 Hofstedeho dotazník z výzkumu v IBM..... | 89 |
| Příloha č. 3 Graf P-3.1, Tabulka P-3.2, Tabulka P-3.3..... | 94 |
| Příloha č. 4 Graf P-4.1, Tabulka P-4.2, Tabulka P-4.3..... | 95 |
| Příloha č. 5 Graf P-5.1, Tabulka P-5.2, Tabulka P-5.3..... | 96 |
| Příloha č. 6 Graf P-6.1, Tabulka P-6.2, Tabulka P-6.3..... | 97 |

Úvod

Každý člověk je jedinečná bytost. Jedná se nejen o fyzický vzhled člověka, ale také o charakterové vlastnosti a schopnosti. Žije v nějaké společnosti, která je charakteristická svou kulturou. Giddens (2005) uvádí, že pojmy „kultura“ a „společnost“ se od sebe sice dají rozlišit, ale jsou mezi nimi velmi úzké vazby. Společnost je systém vzájemných vztahů spojující jednotlivce. Bez společnosti nemůže existovat žádná kultura. Platí to ale i naopak. (Giddens 2005)

Je také obecně známo, že lidé z jiných společností se chovají jinak. Mohl si to zažít každý, kdo někdy vydal za hranice vlastní společnosti. Brzo zjistil, že lidé se tam chovají poněkud jinak. To je pro člověka zajímavé zjištění. Takový člověk, který se dostal do konfrontace s jinou společností a její kulturou, může zažít takzvaný kulturní šok. Giddens (2005) uvádí, že lidské kultury se vyznačují neobyčejnou mnohotvárností. Hodnoty a normy jednotlivých kultur jsou velmi rozmanité. Každá kultura má své jedinečné vzorce chování, které se lidem pocházejícím z jiného kulturního prostředí zdají podivné. Kultura tvoří hodnoty, k nimž se lidé hlásí, normy, které dodržují, a hmotné statky, které vytvářejí. Hodnoty jsou abstraktní ideály, zatímco normy jsou konkrétní principy či zásady, o kterých se očekává, že se jimi lidé budou řídit. Normy představují „příkazy“ a „zákazy“ společenského života. Proces vývoje od stádia bezmocného novorozence až po osobu, která si dobře uvědomuje sebe sama a orientuje se ve své vlastní kultuře, označujeme jako socializaci. Socializace vytváří spojení mezi jednotlivými generacemi. Skutečnost, že od narození až do smrti vstupujeme do interakcí s jinými, má určitě vliv na naše osobnosti, na hodnoty, které vyznáváme, i na naše jednání. Socializace však také pokládá základy naší vlastní individuality a svobody. V průběhu socializace dospívá každý z nás k procesu sebeuvědomění a vytváří si schopnost samostatně myslet a jednat. (Giddens 2005)

Ivan Nový a Alois Surynek (2007: 67) uvádí: „socializace je proces, ve kterém se společnost promítá do člověka. Je to proces, ve kterém si lidé osvojují, resp. internalizují množství sociálně akceptovaných norem, hodnot, vzorů chování, atd. kultury, ve které žijí. Socializace je celoživotním procesem sociálního učení.“ Dále, uvádí, že v kultuře každé společnosti jsou některé skutečnosti zdůrazněny (hodnoty) a jiné potlačeny. Obecně uznávané hodnoty člověk socializací přijímá a částečně i pozměňuje, přitom ale zachovává jejich základní obecné vymezení. (Nový a Surynek 2007)

Lidé tedy žijí ve společnostech, které mají své charakteristické kultury. Pro mou práci je důležitým předpoklad, že se kulturní odlišnosti dají měřit. Ivan Nový a Alois Surynek (2007)

uvádí, že porovnání kultur je možní jenom v tom smyslu, že srovnáváme, na co se daná kultura orientuje a co zdůrazňuje ve vztahu ke konkrétnímu chování člověka. Jednotlivé kultury se mohou adekvátně porovnávat na úrovni obecných tendencí v chování příslušníků té které kultury. Tyto základní tendence v chování příslušníků kultury se nazývají dimenze kultury. Vystupují zpravidla jako určité kvality měřitelné v konkrétních společenstvích na základě chování jedinců. (Nový a Surynek 2007) Tímto se zabývali američtí sociologové A. Inkelas a Levinson (Hofstede 2006). Na ně navázal Geert Hofstede (2006), který prováděl svůj výzkum ve světových pobočkách firmy IBM. Na jeho výzkum byla provedena řada replikací, které uskutečnil například Hoppe, Shane nebo Meritt. Výzkumem kulturních hodnot se zabýval například i Donald Inglehart nebo Shalom H. Schwarz. (Hofstede 2006)

Kultura ovlivňuje zásadním způsobem život v celé společnosti. Každá společnost má rovněž instituce, mezi nimiž existují jisté podobnosti a odlišnosti. Inglehart a Welzl (2007: 4) uvádí: „Rozmanitost základním kulturních hodnot pomáhá vysvětlit obrovské rozdíly, které existují v tom, jak působí instituce ve společnostech po celém světě.“ Vitold Morawski (2005) uvádí, že instituce mají základy v hodnotách, morální angažovanosti a loajálnosti, které zabezpečují fungování institucí jako samoregulačních mechanismů. (Morawski 2005) Jan Keller (2005: 69) uvádí: „Instituce znamená ustavené, stereotypizované, rutinní způsoby jednání běžné v určité skupině či kultuře. Jde o jednání, jež je očekáváno od všech.“ Malinowski (Goldschmidt 1966) představil funkcionalismus, který zdůvodňuje účelnou podstatu institucí ve společnosti, ale účel je odvozený z určité kultury dané společnosti, která je zcela jedinečná.

Ve svém výzkumu se ale budu zabývat pouze institucí zdravotnictví – přesněji řečeno výdaji na zdravotnictví. Zdravotnictví je v poslední době velmi diskutované téma. Diskutuje se o něm nejen v rámci národů, ale i v mezinárodním měřítku. Důvodem je skutečnost, že současný model financování zdravotnictví je neudržitelný kvůli zdražování zdravotní péče a stárnutí populace. V centru zájmu stojí zdravotnické reformy, především snaha o efektivní zdravotnictví - jak zlepšit zdravotnické služby ke spokojenosti pacienta, vznikají programy na podporu zdraví (např. prevence zdraví), vznikají mezinárodní organizace, které se tímto zabývají - především efektivnějším financováním zdravotnictví. Velmi důležitá je tedy finanční stránka. S tím souvisí výše výdajů na zdravotnictví.

Tématem reformy zdravotnictví se zabývá například Hana Brixí (2009a), která pracuje ve Světové bance a jako poradkyně pro Světovou zdravotnickou organizaci a Dětský fond OSN. Posledních 15 let studuje a pomáhá reformovat veřejné finance, sociální politiku a státní správu v zemích Evropy, Asie a Jižní Ameriky. Hana Brixí (2009a) uvádí, že jsou 3 základní

kritéria, podle kterých můžeme posuzovat fungování zdravotnického systému: 1) Dostupnost péče pro všechny na základě individuálních potřeb, 2) Kvalita – nejúčinnější a nejmodernější péče, která je celosvětově k dispozici a 3) Udržitelnost nákladů z pohledu veřejných financí a národního hospodářství. Pro žádnou zemi už není finančně udržitelné prosadit celosvětově nejmodernější a nejdražší péči pro každého na základě jeho potřeb. Tedy nelze splnit všechna 3 kritéria na maximum. Které z těchto 3 kritérií upřednostnit je důležitá otázka pro veřejnou diskuzi. (Bixi 2009a)

Bixi (2009b) uvádí, že je nesporné, že ekonomický výzkum v posledních letech dokázal podrobně popsat a teoreticky i empiricky vysvětlit fungování zdravotního systému. Ekonomové se také snaží vysvětlit, jakými konkrétními změnami ve financování, odměňování, organizaci a regulaci ve zdravotním systému je možno zlepšit kvalitu a dostupnost zdravotní péče, zvýšit produktivitu a snížit náklady, a přispět tak ke zdraví, finanční jistotě a spokojenosti občanů. Díky ekonomům dnes existuje spousta studií s důkazy proč některé zdravotní systémy fungují lépe a jiné hůře podle různých hledisek jako například kvalita, dostupnost a náklady péče a spokojenost pacientů. (Bixi 2009b)

Zdravotnické systémy mají v zemích OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) rostoucí rozsah a význam. Zpráva OECD uvádí, že výdaje na zdravotní péči spotřebovávají stále rostoucí podíl národního důchodu že nebyly ještě nikdy tak vysoké. (OECD 2005) Na růst podílu výdajů na zdravotnictví na celkovém HDP varovně poukazuje řada výzkumníků. (např. už výše zmíněná Hana Bixi). Výdaji na zdravotnictví se zabývá například i Pavel Vepřek (2005). Ten uvádí, že reforma zdravotnictví musí být rozložena v čase tak, aby se na ni většina prvků ve zdravotnictví stačila adaptovat. Jejím cílem není nová definice celého zdravotnictví, ale úprava pravidel jeho fungování tak, aby se zdravotnictví stalo autonomním systémem schopným učit se ze svých chyb. (Vepřek 2005)

Jaroslav Borovička (2009) uvádí: „To, že podíl zdravotnictví na HDP roste, není překvapující. S tím, jak roste míra materiálního nasycení, jsou lidé ochotni relativně více investovat i do delší doby dožití a kvalitnějšího stáří.“ (Borovička 2009)

1 Zdravotnictví

1.1 Zdraví

Prokopec (1975) uvádí, že lidské zdraví je první a základní podmínkou toho, aby člověk mohl svůj jediný a neopakovatelný život prožít v pohodě a štěstí, aby mohl plně rozvinout a uplatnit všechny své tvořivé schopnosti. Pro člověka – a posléze pro celou společnost – představuje život v jistém smyslu absolutní, neměřitelnou a neporovnatelnou hodnotu, neboť každý člověk je ve své jedinečnosti a osobitosti nenahraditelný. (Prokopec 1975). Ústav zdravotní statistiky a informatiky uvádí ve své zprávě (2004), že zdraví je pro člověka určitě důležité, důležité je ale i pro celou společnost. Je považováno nejen za hodnotu individuální ale zároveň za hodnotu společenskou. Sociální prostředí vytváří podmínky pro život, a tedy i pro zdraví, každého člověka. Tyto podmínky jsou charakterizovány rodinnými a komunitními vazbami, kontakty v zaměstnání, zapojením se do občanské společnosti či komunikací s veřejnými institucemi. Úroveň těchto sociálních podmínek k životu bývá společně nazývána sociálním kapitálem. (ÚZIS 2004) I Hana Brixí (2008), česká ekonomka a poradkyně Světové zdravotnické organizace, mluví o tom, že bysme si měli pěstovat svůj lidský kapitál: „Náš lidský kapitál, tedy zdraví, vědomosti a schopnosti, nám do značné míry určují naši životní a pracovní dráhu.“ (Brixí 2008)

K nejčastěji citovaným definicím zdraví patří odstavec z Ústavy Světové zdravotnické organizace: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnosti nemoci nebo vady.“ (SZO 2008) Obvykle se uvádí, že hodnota zdraví je v zásadě dvojitá, a to individuální a sociální. Individuální hodnota zdraví je spojena s pudem sebezáchovy. Sociální hodnota zdraví vychází z poznání, že každý populační celek, má-li přežít, musí věnovat pozornost zdraví lidí. (SZO 2008)

Zdraví obyvatelstva je ovlivňováno mnoha faktory: biologií člověka, životním prostředím, životním stylem a systémem zdravotní péče. (Lalonde 1975)

1.1.1 Determinanty zdraví

Jan Šťastný (2005) uvádí, že determinanty zdraví jsou faktory, které působí na potenciál zdraví a mohou jej ovlivnit. Existují přímé a nepřímé determinanty zdraví. Nepřímé determinanty nepůsobí přímo na organismus, přesto však mají vliv na zdravotní stav, zejména celé populace. Patří sem například kulturní tradice a hierarchie hodnot, politicko-ekonomický systém, demografická situace, sociální stratifikace, role jednotlivce a sociální prostředí. Mezi

přímé determinanty zdraví, tedy takové determinanty, které působí přímo na lidský organismus patří životní prostředí, genetický základ, zdravotnictví a životní styl. (Šťastný 2005)

Pro mne je důležité hlavně zdravotnictví (jeden z přímých determinantů). Jan Šťastný (2005) uvádí, že vliv úrovně zdravotnického systému může být různý. Obecně se uvádí, že má zdravotnictví 15% vliv na zdravotní stav. (Šťastný 2005)

1.2 Definice zdravotnictví

Velký sociologický slovník (1996) definuje zdravotnictví jako: „Souhrn specializovaných zařízení poskytujících profesionální služby v oblasti péče o zdraví, které vyvíjí činnost v příslušném legislativním, ekonomickém a sociálním rámci. Zásady a regulace zdravotnické soustavy jsou vytvářeny tzv. zdravotní politikou, která se utváří v rámci zdravotní politiky. Zdravotnictví jako společenská instituce vznikalo postupně, v závislosti na vývoji lékařských věd a na ekonomických možnostech společnosti. Zdravotnictví je odvětvovým profesionálním segmentem širší sféry péče o zdraví, která dále zahrnuje dobrovolné iniciativy zaměřené na ozdravení různých aspektů životního stylu, sféru péče o životní prostředí, služby osobní hygieny, přírodní léčitelství aj. Soustava zdravotnických institucí se skládá z ambulantních zařízení primární péče, nemocnic, specializovaných léčebných a rehabilitačních ústavů, útvarů vykonávajících dozor nad veřejným zdravím, výzkumných a výukových institucí atd. Vlastníky a (nebo) provozovateli zdravotnických institucí mohou být stát, obec, církev, fyzické či právnické osoby. Činnosti zdravotnických zařízení bývají funkčně členěny na podporu a ochranu zdraví, prevenci vzniku onemocnění, diagnostiku, léčení a rehabilitaci.“ (Petrusek 1996)

Václav Prošek (1959: 76) definuje zdravotnictví jako: „Souhrn, soustavu činností, opatření, institucí a zařízení, vytvářených a vykonávaných společností k ochraně zdraví obyvatelstva, tj. k prevenci a léčení nemocí, zachování a rozvoji fyzické i duševní zdatnosti, pracovní schopnosti, k prodloužení života, k zabezpečení zdravého vývoje nových generací a zlepšení vlastností lidského rodu.“ (Prošek 1959)

1.2.1 Druhy systémů zdravotnictví

V této kapitole uvedu stručnou charakteristiku druhů systémů zdravotnictví. V empirické části svého vlastního výzkumu ale nebudu druhy systémů zdravotnictví brát v úvahu. Následující odstavec tedy slouží pro orientaci v daném tématu.

Velký sociologický slovník (1996) uvádí, že tradičně se zdravotní péče soustřeďovala na léčení v nemocnicích. V současné době sílí tendence přesouvat těžiště zdravotních služeb do

oblasti ochrany a podpory zdraví, prevence nemocí a ambulantní primární péče. Ve vyspělých společnostech dnes existují v zásadě tři různé **systemy řízení a financování zdravotnictví**: **1)** systém založený na dobrovolném soukromém zdravotním pojištění, doplněný soustavami péče o vybrané ohrožené skupiny populace, které jsou financovány ze státního rozpočtu (USA), **2)** systém povinného zdravotního pojištění (Německo, Rakousko, Francie), **3)** systém národního zdravotního systému financovaného ze státního rozpočtu (Velká Británie, Španělsko, Itálie). (Petrušek 1996)

1.2.1.1 Systém zdravotnictví ve Spojených státech amerických

Giddens (2005) uvádí, že téměř všechny průmyslové země s výjimkou Spojených států disponují systémem veřejné zdravotní péče, která je poskytována všem jejich obyvatelům. Jako příklad lze uvést britskou Národní zdravotní službu (National Health Service, NHS), která byla vytvořena v roce 1948. Jejím základním smyslem je, aby přístup ke zdravotní péči byl dán potřebami jedince, a ne jeho schopností platit. (Giddens 2005)

Giddens (2005) uvádí, že jiný způsob zdravotní péče lze nalézt ve Spojených státech. Ty každoročně vynakládají na zdravotní péči ohromné sumy; i v přepočtu na hrubý domácí produkt (HDP) je procento vynakládané na zdravotnictví výrazně vyšší než v kterékoli jiné zemi. Americké zdravotnictví se opírá především o soukromá pojištění, doplněná o vládní programy Medicare (pro staré lidi) a Medicaid (Pro nemajetné). Americký zdravotní systém je daleko diferencovanější než ve většině vyspělých zemí, v nichž existuje centrálně řízený a jednotný systém státního zdravotnictví. Například nemocnice ve Spojných státech mohou být majetkem federální vlády, jednotlivých států, měst a okresů, soukromých společností, nadací, církví a řádů – a vyskytují se různé kombinace. Navzdory svému bohatství a značnému objemu prostředků investovaných do zdravotnictví nemají Spojené státy nijak oslnivé výsledky, pokud jde o základní ukazatele zdravotního stavu obyvatel, jakými jsou střední délka života nebo kojenecká úmrtnost. V obou těchto ukazatelích totiž zaostávají z většinou zemí západní Evropy. Jednou z příčin je skutečnost, že asi 37 milionů obyvatel USA nemá ani soukromé zdravotní pojištění, ani přístup k veřejné zdravotní péči, tj. nárok na podporu z programů Medicare a Medicaid. Americký systém vychází z tržní logiky, podle které vede konkurence vždy ke zlevnění služeb, protože si spotřebitel může vybírat podle ceny. Spotřebitel si ale stěží může vybírat, je-li nemocen, a většinou ani nedokáže odhadnout odbornou kvalitu nabízené zdravotní péče. Osoby, jejichž zdravotní péče je plně kryta pojištěním, zase nemají žádnou motivaci hledat lacinější péči. Proto je americký zdravotnický systém tak nákladný, přitom neposkytuje služby všem obyvatelům. (Giddens 2005)

Jak už jsme uvedla v úvodu, tématem zdravotnictví (a jeho financování) se zabývá Hana Brixi (2009c). Ta uvádí, že V USA je hlavním problémem snížení nákladů a zlepšení dostupnosti lékařské péče. Podle ní potřebuje reformu čtvrtina Američanů. Nemají totiž přístup ke spolehlivému zdravotnímu pojištění. Každý pátý Američan mladší 65 let (celkem 48 milionů) je úplně bez zdravotního pojištění. Připadá jim příliš drahé a mnozí si to ani nemohou dovolit. Bez pojištění mají nárok jen na akutní péči a v odděleních akutní péče stojí fronty. Za srovnatelných podmínek trpí o 40% vyšší úmrtností než ostatní. Studie uveřejněná nedávno v American Journal of Public Health odhaduje, že každý rok v USA kvůli nedostatku pojištění zbytečně zemře 45000 osob. Dalších 30 milionů Američanů nemá přístup k daňově zvýhodněnému pojištění přes zaměstnavatele a závisí na méně regulovaných individuálních plánech. Pojistné se jim mění podle věku a zdravotního stavu. Úhrady nákladů péče jsou neprůhledně omezeny. Vypovězení pojistky ve chvíli, kdy pojištěnec potřebuje drahou léčbu, je hrůznou zkušeností desetitisíců Američanů každý rok. A chronická onemocnění nebo jiné rizikové faktory činí miliony Američanů nepojistitelnými. Většina Američanů ji ale „nepotřebuje“. Jsou buď kryti regulovaným „skupinovým“ zdravotním pojištěním přes zaměstnavatele nebo starší 65 let za ně péči automaticky hradí stát. (Hana Brixi 2009c)

Hana Brixi (2009c) dále uvádí, že polovina Američanů požívá výhod zaměstnaneckého zdravotního pojištění. Pokud jim nehrozí dlouhodobější pracovní neschopnost nebo ztráta zaměstnání a v takových případech i automatická ztráta pojištění (což letos s rostoucí nezaměstnaností potkalo několik milionů Američanů), jsou s krytím i péčí spokojeni. Senioři (45 milionů Američanů starších 65 let) jsou spokojeni s krytím přes státní program Medicare. Poskytovaná péče je často zbytečná, sloužící poskytovatelům jako zdroj příjmů a ochrana před žalobami za nedostatečnou péči. Srovnatelná péče je v USA dražší než jiných zemích (například základní prohlídka magnetickou rezonancí stojí v USA 1500 dolarů oproti 100 dolarům v Japonsku). Soukromé zdravotní pojišťovny v USA spotřebují v průměru 20-30% příjmů na administrativu a marketing (ve srovnání se 4% u Medicare nebo pojišťoven ve Francii). U individuálních plánů dosahuje tento podíl podle Council of Affordable Health Insurance až 50 procent příjmů. Daňové výhody a netransparentnost pojišťovnam umožňují zvedat pojistné rychleji než rostou mzdy. Benevolence státu jim dovoluje zbavit se drahých nemocných pojištěnců a zlepšovat tak svoje zisky. Výrobci v USA na rozdíl od Evropské Unie nemusí prokazovat lepší účinnost nových léků a techniky a s využitím mediální reklamy stupňují poptávku po svých drahých produktech. Poptávce přispívá také konkurence zdravotnických zařízení, které na moderní vybavení získávají pacienty. Právníci těží každoročně z desetitisíce žalob s nárokem milionových kompenzací za chyby zdravotníků.

Třetina žalob bývá úspěšná a právníci obdrží polovinu kompenzace. (Hana Brixí 2009c)

Američané mají nejkvalitnější zdravotní péči na světě. Jenže ne každý si může dovolit být pojištěn a platit náklady, které s lékařskou péčí souvisejí. Na rozdíl od Evropy nemá v USA zdravotní pojištění každý, protože jeho sjednání je dobrovolné. Platí rovněž, že je jen na pojišťovnách koho pojistí a koho nikoli. Zdravotní pojistky se tak jedna od druhé liší, a to nejen cenou, výší spoluúčasti, procentem hrazených nákladů či rozsahem krytých úkonů. Jde zkrátka o komerční pojištění nabízené na neregulovaném trhu. Americké zdravotnictví se může pochlubit nejlepšími světovými lékaři, působí zde nejvíce nositelů Nobelovy ceny, přichází se zde na většinu důležitých lékařských objevů, pacientům jsou k dispozici nejlépe vybavené kliniky. Přichází sem lidé z celého světa, kteří nenajdou pomoc jinde, nebo kteří by museli na transplantace a operace doma čekat příliš dlouho. Američtí kritici tamního zdravotnictví ovšem namítají, že cena za tyto výsledky je příliš vysoká. Spojené státy utrácejí za zdravotnictví nejvíce na světě, a to jak z pohledu procenta HDP, tak při přepočtu na hlavu. Podle poslední ročenky Světové zdravotní organizace (WHO) vydali v roce 2003 Američané za zdravotní péči 15,2 procenta HDP. Mezi důležité faktory, které zdravotní péči v Americe prodražují, patří například tyto:

- Dobrovolnost pojištění znamená i to, že ti, kdo jsou pojištěni, **platí náklady za nepojištěné**. Protože nikomu nesmí být v USA odepřeno ošetření třeba kvůli platební neschopnosti, tvoří si nemocnice fondy, z kterých platí péči nepojištěným pacientům. Do těchto fondů nepřímo tečou peníze od pojištěných, a jejichž pojistky se proto zdražují.
- Mnozí odborníci v diskuzi nad nákladností amerického systému upozorňují na to, že nejdražší výzkum a vývoj v oblasti medicíny a zdravotních technologií provádějí, a proto také platí Američané. Evropané se často jen "vezou" a americké poznatky využívají, aniž by se podíleli na hrazení nákladů.
- **Rozdíl v ceně lékařských zákroků** v USA a Evropě ovlivňují platy zdravotního personálu. Například francouzští doktoři vydělávají jen třetinu toho, co lékaři v USA. Studie hrazená britskou vládou z roku 2004 zjistila, že evropští lékaři vydělávají ročně 60 000 až 120 000 dolarů, zatímco američtí kolegové 200 000 - 300 000 dolarů (plat amerických praktických lékařů se pohybuje kolem 150 000 dolarů, specialisté jsou pak v průměru odměňováni 400 000 dolarů ročně).

Vysoké náklady ovšem nejsou jediným záporem, který se americkému zdravotnictví vytýká. Za jeden z hlavních nedostatků považují jeho kritici velké množství nepojištěných osob. (penice.cz 2010)

1.3. Výdaje na zdravotnictví

Udržitelné systémy zdravotní péče jsou postavené na spolehlivém přístupu k lidským, kapitálovým a materiálovým zdrojům. Aby toto bylo zajištěno, je potřeba finančních zdrojů k tomu, aby mohly být zaplacené investice do staveb, vybavení, aby se mohl zaplatit zdravotnický personál a aby se mohlo zaplatit za léky a jiné spotřební zboží. To, jak jsou tyto finanční zdroje uspořádány a řízeny, je pro zákonodárce významné a důležité. Většina zemí pocítuje neustálý tlak, protože výdaje se pořád zvětšují a zdroje jsou omezené. Zákonodárci mají tři možnosti: potlačit náklady, zvýšit finanční podporu zdravotních služeb nebo obojí. Zájem o krizi, co se týče nákladů spojených se zdravotní péčí, vedlo k zavedení důležitých změn v tom, jak je zdravotní péče zorganizována a financována. (European Observatory on Health Care Systems 2002) Omezování nákladů vyvolávalo v industrializovaných zemích diskuzi o zdravotní politice už v sedmdesátých letech. (Mossialos a Le Grand 1999)

Adam Wagstaff a Eddy van Doorslaer (1992) uvádí, že zdravotní péče je obvykle financována prostřednictvím kombinace čtyř zdrojů: z daní, příspěvků na sociální pojištění, soukromého pojištění a plateb v hotovosti. Přesná kombinace se země od země liší. Mezi zeměmi, které mají státní zdravotní pojištění, existuje rozdíl mezi systémy, které jsou financovány z daní (Dánsko, Irsko, Portugalsko a Spojené království) a systémy zdravotního pojištění (Francie, Nizozemsko a Španělsko). Několik zemí má soukromé veřejné výdaje: jenom ve Švýcarsku a Spojených státech převyšuje kombinace soukromého pojištění a plateb v hotovosti 50%. (Wagstaff a Doorslaer 1992)

1.3.1 Determinanty výdajů na zdravotnictví

Výdaje na zdravotnictví byly zkoumány z různých hledisek. Jedním ze zkoumaných faktorů je hrubý domácí produkt. Newhouse (1977) upozornil na silný kladný vztah mezi výdaji na zdravotnictví na osobu a hrubým domácím produktem na osobu. Zjistil, že více jak 90 procent rozdílů mezi zeměmi ve výdajích na lékařskou péči na osobu může být vysvětleno rozdíly v hrubém domácím produktu na osobu. (Newhouse 1977) Řada dalších studií přezkoumala základní výsledky analýz Newhouse a předložila úpravy výchozí metodologie. Například Leu (1986) prováděl průřezovou analýzu 19 zemí OECD okolo roku 1974. Zkoumal roli HDP a jiných nefinančních činitelů. Výsledky jeho výzkumu podpořily závěry Newhouse.

(Leu 1986) Tyto výsledky přezkoumal i Theo Hitiris a John Posnett (1992). Použili ale větší vzorek. Výsledky rovněž potvrdily důležitost hrubého domácího produktu jako rozhodujícího činitele zdravotních výdajů. Důležitost některých nefinančních proměnných byla také potvrzena, i když přímý vliv těchto činitelů se zdá být malý, jak naznačil i Newhouse. Jako nefinanční proměnnou bylo například použito procento obyvatel starších 65-ti let. (Hitiris T., Posnett J. 1992) Jonsson, Gerdtham, Sogaard a Andersson (1992) se zabývali státními výdaji na zdravotnictví¹. V článku v časopise *Journal of Health Economics* uvádí: „Analýzy 19-ti industrializovaných zemí ukázaly, že státní výdaje na zdravotnictví jsou závislé na HDP na osobu, stupni urbanizace, příspěvcích státu a pacientů na zdravotní péči a na druhu odměny za doručené služby.“ (Jonsson et al. 1992) Alcalde-Unzu J., Ezcurra R. a Pascual P. (2009) se také zabývali analýzou rozdílů mezi zeměmi, co se týče výdajů na zdravotnictví na osobu. Měli k dispozici data pro 21 zemí OECD a pro období mezi roky 1975-2003. Podle nich se na tom podílí různé faktory: výdaje na zdravotnictví vyjádřené jako podíl HDP, produktivita práce, zaměstnanost, míra aktivity a podíl obyvatel v produktivním věku k celkové populaci. Výsledky jejich výzkumu ukázaly, že mezinárodní rozdíly v podílu HDP věnovanému na výdaje na zdravotnictví a produktivita práce jsou hlavními determinanty, které vysvětlují pozorované odlišnosti ve výdajích na zdravotnictví jednotlivých zemí. Zejména na konci zkoumaného období (tedy blíže k roku 2003) odpovídaly oba zmíněné faktory za zhruba 60% celkových rozdílů ve výdajích na zdravotnictví. Naopak stupeň disperze, co se týče zaměstnanosti, míry aktivity a podílu obyvatel v produktivním věku k celkové populaci hrály v tomto kontextu méně důležitou roli. (Alcalde-Unzu J., Ezcurra R. a Pascual P. 2009)

1.3.1.1 Výzkum Josepha Newhouse (1977)

Newhouse (1977) se zabýval ve svém výzkumu tím, co určuje množství prostředků, které určitá země věnuje na lékařskou péči. To je důležité kvůli významu, který mají výdaje na zdravotnictví pro blahobyt, i když povaha vztahu mezi službami lékařské péče a blahobytem není chápána správně. Příslušná literatura k tomuto tématu se věnuje srovnávání a zhodnocování nastavení institucí pro poskytování služeb lékařské péče, které můžeme nalézt v různých zemích. Tímto tématem se zabýval například Anderson (1972), Glaser (1970) nebo White (1975). Proměnné jako například stupeň centralizace při poskytování lékařské péče a krytí výdajů poskytovatelů jsou v těchto studiích velmi důležité. Newhouse však raději, než

¹ Já se však budu zabývat celkovými výdaji na zdravotnictví na osobu v paritě kupní síly. Toto uvádím jen pro orientaci, jak zkoumali výdaje na zdravotnictví jiní autoři.

aby použil tyto proměnné, zkoumá vztah mezi výdaji na zdravotnictví jednotlivých zemí a jejich příjmy. (Newhouse 1977)

Jako proměnné používá Newhouse (1977) hrubý domácí produkt na osobu v amerických dolarech, výdaje na zdravotnictví na osobu v amerických dolarech a výdaje na zdravotnictví jako procento z hrubého domácího produktu. K dispozici má data pro třináct rozvinutých zemí. Ty použil pro svůj výzkum z toho důvodu, aby byla převládající nemoc v dané zemi a suma lékařských vědomostí přibližně stejná. Navzdory dobře známým problémům spojeným s děláním mezinárodních srovnání, přes devadesát procent rozdílů ve výdajích na zdravotnictví v těchto zemích může být vysvětleno rozdílnou výší hrubého domácího produktu na osobu.² Data, která jsou použita ve výzkumu Kleimana (1974) a která zahrnují soubor šestnácti jiných zemí (mnohem chudší území), rovněž podporují zjištění, že příjem může vysvětlit velkou většinu rozdílů ve výdajích na zdravotnictví. (Newhouse 1977)

Výsledky výzkumu Newhouse (1977) ukazují, že elasticita příjmů lékařské péče je větší než jedna³; z čehož lze minimálně vyvodit, že je lékařská péče luxusním zbožím.⁴ Takovýto závěr mluví proti konvenčnímu zdravému rozumu, ale data z různých období rovněž podporují toto zjištění. Je dobře známo, že ve skutečnosti v každé rozvinuté zemi má podíl HDP, který země věnuje na lékařskou péči, tendenci se během času zvyšovat. (Simanis 1973, Maynard 1975) Tvrzení, že zdravotní péče je luxusní zboží (tvrzení, které je založeno na teorii mikroekonomie), je v rozporu s dřívějšími studii, která používají mikroekonomická data. V těch byly odhadované elasticity příjmu nízké a skoro vždy menší než jedna. (Andersen a Benham 1970) Nicméně možným vysvětlením pro tento rozpor je, že „cena pravděpodobně není důležitým poměřujícím faktorem v mnoha zemích v jednom časovém okamžiku, ale je to naopak důležité v porovnání napříč zeměmi a v různých časových úsecích. Newhouse (1977) naznačil, že existuje závěr, který vychází z těchto zjištění, co se týče toho, jaká část lékařské péče se nakupuje. Aby tak učinil, použil dva předpoklady. Prvním je, že země opravdu používají reálnější zdroje, když více utrácejí a neplatí prostě vyšší výrobní ceny. Druhým je, že „část lékařské péče“ nezpůsobuje zlepšení duševního zdraví. (Newhouse 1977) Druhým hlavním závěrem, který byl učiněn a který se opírá o důležitou vysvětlující moc příjmu na osobu v těchto regresních analýzách, je, že jiné faktory, o kterých se předpokládá, že ovlivňují výdaje na zdravotnictví (například ceny, způsob odměňování lékařů a další rysy systémů poskytování zdravotní péče), nemají žádný kvantitativní význam. (Parkin 1986)

² V mém výzkumu jsem vysvětlila přesně 90% rozdílů ve výdajích na zdravotnictví rozdílnou výší hrubého domácího produktu na osobu. K dispozici jsem měla data pro 61 zemí z celého světa.

³ Je tedy významná.

⁴ Bohatší země (měřeno HDP) mají větší výdaje na zdravotnictví. Mohou si to totiž dovolit.

Jiná studie přijala většinu těchto implikací – implicitně či explicitně. Nicméně určité návrhy ohledně centralizovaných a decentralizovaných systémů byly převážně nahrazeny obecnějším tvrzením, že organizace prostředků poskytování lékařské péče není významná pro určování množství poskytované lékařské péče. (Culyer 1982)

Newhouse (1977) uvádí: „To, že příjem na osobu může vysvětlit velkou část mezinárodních rozdílů ve výdajích, také dává podnět k tomu, aby země našly způsoby, kterými budou poskytovat služby s ohledem na příjem dané země a to navzdory rozdílům, které existují v cenách (při placení v hotovosti), které platí spotřebitelé v různých zemích, nebo aby země našly alternativní způsoby, jak odměňovat lékaře.“

1.3.1.2 Theo Hitiris a John Posnett (1992)

Dřívější studie, která se zabývala mezinárodními rozdíly, co se týče výdajů na zdravotnictví, byla omezená na relativně malé vzorky průřezových dat. Cílem výzkumu Hitirise a Posnetta bylo přezkoumat výsledky dřívějších prací. Použili k tomu vzorek 560-ti pozorování z různých časových období (zahrnujících 28 let mezi lety 1960-87) a z 20zemí OECD. Výsledky potvrzují, že hrubý domácí produkt je důležitý jako determinant výdajů na zdravotnictví. Výsledky ale rovněž potvrzují, že země OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development)⁵ by neměly být pokládány za jednotnou stejnorodou skupinu. Rovněž byla potvrzena důležitost některých nefinančních proměnných (procento obyvatel starších 65-ti let, demografická struktura), i když se zdá, že je přímý vliv těchto faktorů malý. (Hitiris a Posnett 1992)

Pozdější spisy [Parkin, McGuire a Yule (PMY 1987), Gerdtham a Jönsson (1991a, b)] upozornily na důležitost proměnných činitelů, který byly použity proto, aby umožnily srovnání mezi výdaji, které jsou vyjádřeny v národních měnách. Na základě vzorku 23 zemí OECD pro rok 1980, PMY ukazují, že pokud jsou odlišní proměnní činitele (kurz měny a zdravotní péče v paritě kupní síly – PPP), vede to k různým výsledkům s ohledem na odhadovanou elasticitu příjmu výdajů na zdravotnictví a obzvláště ukazují, že používání údajů o

⁵ OECF – Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj). Mezinárodní organizace založená v roce 1961 jako nástupnická organizace OEEC (Organizace pro evropskou hospodářskou spolupráci, anglicky Organization for European Economic Cooperation; založená v roce 1948 jako stálý orgán, který zajišťoval realizaci programu evropské obnovy (Marshallův plán) s cílem liberalizovat vzájemný obchod a podpořit růst ekonomik západní Evropy. Členy byly evropské státy, které přijaly americkou pomoc: Belgie, Dánsko, Francie, Irsko, Island, Itálie, Lucembursko, Nizozemí, Norsko, Portugalsko, Rakousko, Řecko, Švédsko, Švýcarsko, Turecko, od roku 1949 SRN a od roku 1959 i Španělsko); sídlí v Paříži. Hlavním cílem je liberalizace mezinárodního obchodu a financí. Každoročně vydává ekonomickou analýzu a hodnocení hospodářských výsledků jednotlivých zemí.

zdravotnictví v paritě kupní síly snižuje elasticitu příjmu pod hodnotu jedna (0.9). Na druhé straně Gerdtham a Jönsson (1991a) podávají výsledky z podobného vzorku, který činí 22 zemí OECD pro rok 1985, které naznačují, že hodnota odhadované elasticity příjmu je neměnná s ohledem na to, že byl použit hrubý domácí produkt nebo zdravotní péče v paritě kupní síly, zatímco když se přizpůsobí měny tak, že se použije směnný kurz, vede to k mírnému snížení odhadované elasticity. Jedním z problémů, které jsou spojené s dřívějšími studii, je jejich spoléhání se na poměrně malou velikost vzorku: „Zdá se nám překvapující, že výsledky tohoto přístupu byly převzaty tak rychle a nekriticky do povědomí zdravotní ekonomiky, když jsou založené na tak prostém ekonomickém modelování tak malého souboru dat (PMY 1987: 115-116). V analýzách, které uvádí Hitiris a Posnett (1992) překonává použití poměrně velkého souboru dat některá z omezení z předchozích studií.

2 Kultura

2.1 Definice kultury

Slovo kultura pochází z latinského slova *colo*, které znamená vzdělávat, obdělávat, pěstovat. Kultura je potom pěstování nebo vzdělávání. (Petrušek 1996)

Jandourek (2001) definuje kulturu jako souhrn životních forem, hodnotových představ a životních podmínek obyvatel na časově a prostorově omezeném úseku. Pojem kultura naznačuje, že lidé nežijí pouze podle pravidel daných přírodními zákonitostmi. Slovo kultura je mnohoznačné a někdy se v tomtéž významu používá označení civilizace. Kultura znamená 1) Souhrn postojů v dané společnosti, které jsou dalším generacím zprostředkovány symboly, získávají podobu v nástrojích a výrobcích a lidé si je uvědomují ve svých představách a idejích. 2) Souhrn vzorců chování v konkrétní sociální skupině bez ohledu na její velikost a trvání. 3) Souhrn symbolických systémů a obsahů v dané společnosti (náboženství, umění, vědění) v protikladu k její materiální výbavě (civilizace). 4) V psychologii souhrn sociálně přípustných forem uspokojování pudů. 5) U některých kulturních antropologů sociální struktura nebo sociální systém. 6) Oblast vysoké kultury, tedy literatury, umění a vědy, které je připisován prvořadý význam. 7) V německé ideologii 19. a 20. století – kulturní nacionalismus – protiklad západní „úpadkové“ civilizace. (Jandourek 2001)

Vznik kultury je podle Bohumila Geista (1992) vysvětlován dvěma typy teorií. Jednou z nich je teorie monogenetická, která předpokládá, že kultura vznikla na jednom místě, odkud se rozšiřovala (migrací, válkami atp.) do jiných oblastí – odtud také její název difúzní teorie. Tuto teorii zastává například G. E. Smith nebo W. J. Perry. Druhou teorií je teorie polygenetická, která vychází z hypotézy, že lidé na celém světě si byli podobní – doktrína psychické stejnosti – takže kultura vznikala na mnoha místech relativně současně. (Geist 1992)

V literatuře lze nalézt velké množství definic kultury. Ty se liší podle toho, z jakého teoretického základu autor vychází. Například Tylor (Tylor v Geist 1992:198) uvádí: „Kultura neboli civilizace je komplexní celek, zahrnující poznání, víru, umění, morálku, zákony, obyčeje a ostatní způsobilosti a zvyklosti, získané člověkem jako členem společnosti.“ Murphy (2004: 32) zase uvádí: „Kultura je celistvý systém významů, hodnot a společenských norem, kterými se řídí členové dané společnosti a které prostřednictvím socializace předávají dalším generacím.“ Lawless uvádí (1996: 39): „Jednotlivá kultura je specifický způsob života určité vymezené skupiny nebo společnosti lidí. Ten je dán vzorci chování členů společnosti, tj. zjevnými postupy chování a jednání, které může vnější pozorovatel sledovat.“

Giddens (2005) uvádí: „V sociální antropologii se slovo „kultura“ užívá jako souhrnný název pro rozmanité způsoby myšlení, cítění a jednání. Nejsou to jenom ty činnosti, které zjemňují ducha, ale také běžné a velmi obyčejné prvky života, jako zdravení se, způsoby u stolu, předvádění nebo skrývání pocitů, udržování určité fyzické vzdálenosti od druhých, milování či udržování osobní hygieny.“

2.2 Kultura podle Hofstede

Hofstede (2006) uvádí, že každá osoba v sobě nese vzorce myšlení, cítění a potenciálu pro jednání, které se naučila v průběhu svého života. Většina toho byla osvojena během raného dětství, neboť v tom věku se člověk nejsnáze učí a přizpůsobuje. Takové vzorce myšlení, pocitování a jednání nazývá Hofstede mentálními programy, nebo „*software myslí*“. Lidské chování je ale mentálními programy určeno jen zčásti: člověk má základní schopnost odchýlit se od programů. „Software myslí“ pouze ukazuje, jaké reakce jedince jsou pravděpodobné či srozumitelné, známe-li jeho (její) minulost. Zdroje mentálního programování jedince pocházejí z jeho (jejího) sociálního prostředí, ve kterém vyrostl(a) a ve kterém sbíral(a) své životní zkušenosti. Programování začíná v rodině; pokračuje v bezprostředním sociálním okolí, ve škole, v partě mladistvých a v životě obecně. Mentální programy se liší stejně jako sociální prostředí, v nichž byly osvojeny. Zavedený termín, jímž se takový mentální program označuje, je *kultura*. (Hofstede 2006)

Hofstede (2006: 14) uvádí: „*Kultura je vždy jevem kolektivním, neboť je vždy alespoň z části sdílena lidmi, kteří žijí nebo žili ve stejném společenském prostředí, v němž si ji osvojili. Kultura pozůstává v nepsaných pravidlech sociálního ovlivňování. Je to kolektivní programování myslí, které odlišuje příslušníky jedné skupiny nebo kategorie lidí od druhých.*“ Kultura se učíme, není vrozená, je dána naším sociálním prostředím, ne našimi geny. Jak píše Hofstede (2006), kulturu musíme na jedné straně odlišit od lidské přirozenosti a na straně druhé od osobnosti jednotlivce. Lidská přirozenost je to, co mají společné všechny lidské bytosti. Lidská přirozenost představuje univerzální úroveň lidského mentálního softwaru. Je vrozená, založená v genech. Schopnost člověka pociťovat hněv, strach či radost patří k této úrovni mentálního programování. Avšak to, co jedinec s těmito pocity udělá, jak vyjádří třeba svůj strach či radost, je ovlivněno kulturou. Osobnost jednotlivce je na druhé straně jeho (jejím) jedinečným osobním souborem mentálních programů, které nesdílí s žádným jiným lidským jedincem. Je založená na rysech, které jsou zčásti zděděny, dány pro daného jednotlivce jedinečným souborem jeho (jejích) genů a zčásti jsou naučené. „Naučené“ znamená

modifikované jak vlivem kolektivního programování (kulturou), tak jeho (její) osobní zkušeností. (Hofstede 2006)

Podle Hofstedeho (2006) se rozdíly kultur projevují různými způsoby. Kulturu tvoří symboly, hrdinové, rituály a hodnoty. To vše lze zobrazit jako slupky cibule, jak lze vidět na obrázku 2.1. Symboly jsou nejpoprchnějšími a hodnoty nejzákladnějšími projevy kultury. Symboly jsou slova, gesta, obrazy či předměty a mají pro ty, kdo se na dané kultuře podílejí, konkrétní významy. Hrdinové jsou osoby žijící či zesnulé, skutečné či vymyšlené, které mají charakteristiky v dané kultuře vysoce ceněné. Rituály jsou kolektivní činnosti, které jsou vzhledem k dosažení požadovaného výsledku věcně zbytečné, jsou však společensky považovány za podstatné: samy jsou proto důvodem toho, aby byly prováděny. Symboly, hrdinové a rituály jsou souhrnně označeny jako projevy praxe (viz obrázek 2.1). Jádrem kultury jsou podle obrázku 2.1 hodnoty. Jsou to všeobecné tendence k dávání přednosti určitým stavům skutečnosti před jinými. Hodnoty jsou pocity, které mají směr: mají kladnou a zápornou stranu (např. zlé vůči dobrému). Kulturní změna může být rychlá ve svrchních vrstvách cibulového diagramu, označených jako praktiky. Praktiky jsou viditelnou částí kultur. Nové praktiky si můžeme osvojit v průběhu života. Změna kultury je pomalá v jádru cibule, kde se týká hodnot. Hodnoty jsme si osvojili v dětském věku od svých rodičů, kteří si je rovněž osvojili od svých rodičů. Tato posloupnost zajišťuje značnou stabilitu v základních hodnotách, a to i když dochází k náhlým změnám praktik. Tyto základní hodnoty se týkají především rodové, národní a snad i regionální vrstvy kultury. Nikdy nevěřte politikům, když vyhlašují, že napraví národní hodnoty. Národní hodnoty by měly být považovány za základní fakta o zemi, jako je její zeměpisná poloha a podnebí. (Hofstede 2006)

Hofstede (2006) uvádí, že současný svět vykazuje překvapující rozmanitost kultur, a to jak vyjádřenou pomocí hodnot, tak pomocí rozdílů uplatňovaných praktik. Ke změnám kultur docházelo jednak v důsledku významných přírodních jevů, jednak v důsledku vlivů lidí samotných. Prvním důvodem pro rozrůznění kultur bylo přizpůsobení novým přírodním podmínkám. (Hofstede 2006)

Každá skupina nebo kategorie lidí je, jak říká Hofstede (2006), vybavena sadou sdílených mentálních programů, které vytvářejí její kulturu. Protože vlastně každý z nás patří současně do mnoha různých sociálních skupin a kategorií, nevyhnutelně v sobě neseme několik vrstev mentálního programování, odpovídajícím různým úrovním kultury. Jde o úrovně: národní, regionální, úroveň rodu, generace atd. (Hofstede 2006) Já se ve svém výzkumu budu pohybovat na národní úrovni.

Jak uvádí Hofstede (2006), objev „národů“, tj. politických útvarů, do nichž je rozdělen celý svět a zároveň lidé, protože každý z nich musí do jednoho patřit, se udál v poměrně nedávné době. Dříve zde byly státy, ale ne každý do některého z nich patřil nebo se s jedním z nich identifikoval. Systém národů byl celosvětově zaveden teprve v polovině dvacátého století. Národy nelze ztotožňovat se společenstvími. Společenství (resp. společnosti), jsou formy sociální organizace, které se přirozenou cestou historicky vyvinuly. Nicméně, mnohé národy tvoří celky, které es vytvořily v průběhu historických procesů, byť jsou jejich součástí zjevně odlišné skupiny a menšiny, které nejsou s celkem plně integrovány. V národech, které již existují po delší dobu, působí významné síly, které podporují ještě větší integraci. Obvykle tím bývá jeden národní jazyk, národní systém vzdělávání, národní politický systém atd. Soudobé národy nedosahují toho stupně vnitřní sourodosti, jakou mají izolované a zpravidla nevzdělané společnosti, jsou však zdrojem pozoruhodného rozsahu mentálního programování svých občanů. Při výzkumu kulturních rozdílů tedy musí být národnost posuzována obezřetně. Často je to však jediné použitelné hledisko, podle kterého se můžeme řídit. Užívání národnosti jako rozlišujícího kritéria, je příhodné, neboť je mnohem snazší získat údaje o národech než o přirozených sourodých společenstvích. Národní státy poskytují nejrozličnější soubory statistických údajů o svých občanech. Výsledky z průzkumů pomocí dotazníků, dotazujících se lidí na jejich kulturu, jsou také většinou získávány prostřednictvím národních sítí. Významným důvodem pro to, aby se údaje získávaly na národní úrovni, je skutečnost, že jedním z důvodů pro zkoumání rozdílů mezi kulturami je pomoc rozvoji spolupráce mezi národy. (Hofstede 2006)

2.3 Kulturní dimenze podle Hofstedeho

V první polovině dvacátého století dospěla sociální antropologie k přesvědčení, že všechny společnosti, moderní i tradiční, řeší stejné základní problém; jejich řešení jsou však odlišná. Američtí antropologové, zejména Ruth Benedictová a Margareta Meadová, tento názor široce zpopularizovali. Dalším krokem byl pokus sociálních vědců určit, které problémy jsou společné všem společnostem. Sociolog Axel Inkeles a psycholog Daniel Levinson publikovali rozsáhlou studii anglicky psané literatury o národní kultuře. Na tomto základě navrhli následující okruhy, představující podle nich obecné základní problémy, které mají důsledky pro fungování společností či skupin uvnitř těchto společností a pro jednotlivce v těchto skupinách na celém světě.

1. Vztah k autoritě.
2. Sebepojetí jedince, a to zejména:

- a) vztah mezi jedincem a společností,
 - b) individuální chápání mužskosti a ženskosti.
3. Způsoby zacházení konflikty, včetně zvládání agrese a vyjadřování citů.
(Inkeles, Levinson 1969)

O dvacet let později studoval Geert Hofstede (2006) rozsáhlý soubor výsledků výzkumu hodnot lidí z více než padesáti zemí z celého světa. Tito lidé pracovali v místních pobočkách jediné velké národní korporace – IBM. Může se zdát překvapující, že by zaměstnanci multinacionální korporace mohli posloužit ke stanovení rozdílů systémů národních hodnot. Na druhé straně tito lidé představují téměř dokonale srovnatelné vzorky, jsou si podobní ve všech ohledech až na národnost, díky čemuž vystupují v jejich odpovědích národnostní rozdíly neobyčejně zřetelně. Statistická analýza průměrů zemí v odpovědích týkajících se hodnot vzájemně srovnatelných zaměstnanců IBM v různých zemích odhalila společné problémy, jejichž řešení se však od země k zemi liší a to v následujících oblastech:

1. Sociální nerovnost, včetně vztahu k autoritě.
2. Vztah mezi jednotlivcem a skupinou.
3. Pojetí mužskosti a ženskosti: tedy důsledky toho, že se někdo narodí jako chlapec nebo jako dívka.
4. Způsoby nakládání s nejistotou a nejasností, která se ukázala být ve vztahu ke zvládání agrese a vyjadřování citů.

(Hofstede 2006)

Hofstede (2006) uvádí, že protože hodnoty, a nikoli praktiky, jsou stálou charakteristikou kultur, srovnávací výzkum kultur předpokládá měření hodnot. Založit systematický výzkum hodnot na usuzování z lidských činů by bylo těžkopádné a vedlo by k nejasnostem. Proto byla vyvinuta řada dotazníků typu tužka-papír, v nichž jsou lidé dotazováni na to, kterým možnostem z nabízených alternativ dávají přednost. Odpovědi nemohou být brány zcela doslovně: ve skutečnosti nebudou lidé vždy jednat tak, jak odpověděli dotazníku. Přesto tyto dotazníky přinášejí použitelné informace, neboť ukazují rozdíly v odpovědích mezi skupinami nebo kategoriemi respondentů. (Hofstede 2006)

Empirické výsledky, kterých dosáhl Hofstede (2006), se překvapivě dobře shodují s okruhy, předpověděnými Inkelesem a Levinsonem o dvacet let dříve. Souhlas empirických výsledků Hofstedeho s předpovědí Inkelese a Levinsona výrazně podpořil teoretický význam toho, co bylo empiricky zjištěno. Čtyři základní problémové oblasti, definované Inkelesem a

Levinsonem a empiricky doložené ve výzkumu v IBM, představují dimenze kultur. Dimenze je aspekt kultury, který může být ve vztahu k jiným kulturám měřen. (Hofstede 2006)

Hofstede (2006) vytvořil nejprve čtyři dimenze. Jsou jimi PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci), UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě), IND (individualismus - kolektivismus) a MAS (maskulinita - feminita).⁶ Tyto čtyři dimenze dohromady vytvářejí čtyřrozměrný (4D) model rozdílů mezi národními kulturami. Každá země je v tomto modelu charakterizována čtyřmi skóry, jedním v každé dimenzi. Jednotlivé dimenze seskupují množství jevů, u nichž bylo empiricky ověřeno, že se vyskytují společně, byť mnohdy nelze na první pohled odhalit logický důvod, proč by měly být vzájemně spjaty. Logika společností však není totéž jako logika jednotlivce, který je pozoruje. Seskupení různých aspektů dimenze je vždy založeno na statistickém vztahu, tj. na *tendenci* těchto jevů objevovat se společně a ne na nějakém ocelově pevném poutu. Protože dimenze jsou určeny pomocí statistických metod, mohou být určeny jen na základě porovnatelných údajů o určitém počtu zemí – dejme tomu alespoň deseti. V případě výzkumu u IBM měl Geert Hofstede příležitost získat srovnatelná data o kulturně determinovaných hodnotách z padesáti zemí a tří mnohonárodnostních regionů, což umožnilo, aby dimenze, určené na základě rozdílů mezi nimi, vynikly. Skóry jednotlivých zemí na jedné dimenzi mohou být zobrazeny jako body na přímce. (Hofstede 2006)

2.3.1 Dimenze vzdálenosti moci (PDI)

Hofstede (2006: 45) definuje vzdálenost moci jako: „*rozsah, v němž méně mocní členové institucí a organizací v dané zemi předpokládají a přijímají skutečnost, že moc je rozdělována nerovnoměrně.*“ Vzdálenost moci je tak vysvětlena na základě hodnotových systémů těch, co mají méně moci. To, jak je ve společnosti moc rozdělována, se zpravidla vysvětluje pomocí chování těch členů společnosti, kteří mají moci více, podle vůdců spíše než podle vedených. (Hofstede 2006)

Hofstede (2006) uvádí, že ve společnosti, kde je větší vzdálenost moci, autorita bývá tradiční. Moc je považována za základní společenský fakt ve společnosti. Není podstatné, zda moc je legitimní. Síla převažuje nad právem. Každému, kdo sledoval například světové zdravotnictví, musí být ihned zřejmé, že různé země zacházejí s rozdíly v moci mezi státem a občany velmi odlišnými způsoby a že se také velmi liší v přesvědčení, jaké způsoby zacházení s těmito rozdíly jsou vhodné. Způsoby zacházení s mocí v dané zemi jsou hluboce zakořeněny v myslích velké části jejich obyvatel. (Hofstede 2006)

⁶ Viz kapitola 2.3 Kulturní dimenze podle Hofstedeho.

Příjmy jsou v zemích s velkou vzdáleností moci rozděleny nerovnoměrně mezi hrstku velmi bohatých a mnoho velmi chudých lidí. Navíc daně chrání bohaté, takže nerovnost se daněmi může ještě zvětšit. (Hofstede 2006)

V zemích s malou vzdáleností moci musí být užití moci podřízeno zákonům. Nerovnost je považována za nežádoucí. Zdanění zde slouží k redistribuci příjmů. Závislost podřízených na vedoucím je omezena a je dáвана přednost konzultativnímu stylu, a tedy vzájemné závislosti vedoucího a podřízeného. Emocionální vzdálenost mezi nimi je relativně malá: podřízení se na vedoucího obrací snadno a stejně snadno mu odporují. V zemích s velkou vzdáleností moci jsou podřízení do značné míry na vedoucích závislí. Podřízení se s tím buď vyrovnají, nebo to zcela odmítnou. V těchto zemích je zjevná polarizace mezi závislostí a jejím odmítáním. (Hofstede 2006)

V zemích s malou vzdáleností moci jsou malé rozdíly v příjmech ve společnosti dále zmenšovány daňovým systémem. Politické spektrum vykazuje silný střed a slabé pravé a levé křídlo. Všichni mají mít stejná práva. Pluralistické vlády se opírají o výsledky voleb. Oproti tomu v zemích s velkou vzdáleností moci velké rozdíly v příjmech ve společnosti ještě zvětšuje daňový systém. Politické spektrum, pokud se může projevit, vykazuje slabý střed a silná křídla. Jsou zde autokratické nebo oligarchické vlády, které jsou založené na korupci a mocní mají mít privilegia. (Hofstede 2006)

Hofstede (2006) také uvádí, že růst bohatství zvyšuje vzdálenost moci. V zemích, kde ekonomický růst stagnuje, tj. většinou v zemích, které jsou již tak jako tak velmi chudé, nelze očekávat redukci ve vzdálenosti moci a může dojít i k jejímu růstu. (Hofstede 2006)

2.3.2 Dimenze individualismus a kolektivismus (IDV)

Hofstede (2006: 66) definuje tuto dimenzi následovně: *„Individualismus přísluší společnostem, v nichž jsou svazky mezi jedinci volné: předpokládá se, že každý se stará sám o sebe a svou nejbližší rodinu. Kolektivismus jako jeho opak, přináleží ke společnostem, ve kterých jsou lidé od narození po celý život integrováni do silných a soudržných skupin, které je v průběhu jejich životů chrání výměnou za jejich věrnost.“* Slovo kolektivismus zde není míněno v politickém slova smyslu. Vztahuje se k moci skupiny, ne k moci státu nad jednotlivcem.

Hofstede (2006) uvádí, že v zemích, ve kterých převládají kolektivistické hodnoty, je kladen důraz na „my“. Převládá široká rodina a je sdílen stejný uznávaný názor. „My“ vystupuje proti „oni“. Lidé uznávají obecné pravdy a vlastní názor není tolerován. Nutné je se přizpůsobit, To, co stanoví stát, lidé uznávají a nezpochybňují. (Hofstede 2006)

V zemích, ve kterých převládají individualistické hodnoty, je ve středu „já“. Převládají malé nukleární rodiny. Většinou mají tyto země i malou vzdálenost moci (platí čím větší je individualismus, tím je menší vzdálenost moci). Ceněn je vlastní názor, který tvoří charakter. Člověk se rozhoduje jako individuum, stará se hlavně o sebe. Lidé v individualistických společnostech skórují ve společenskosti výše. Je to proto, že právě v situaci, kdy kultura vztahy mezi lidmi nepředepisuje, je vědomé rozhodnutí se být spolu důležitější. Lidé z těchto společností nemají dány přátele, hledají a vybírají si je sami. (Hofstede 2006)

Jelikož převládá v individualistické společnosti nukleární rodina a jedinec je veden k tomu, aby se osamostatnil a staral se o sebe sám, v případě nemoci se o takového jedince musí postarat stát. V zemích kolektivistických by se v případě potřeby o nemocného člověka postarala početná rodina. I kdyby vydělával jen jeden člen rodiny, plat rozdělí mezi její členy. Invalidní jedinci jsou považováni za hanbu rodiny a stigma jejích členů (v individualistických společnostech se je snaží začlenit do společnosti). (Hofstede 2006)

Hofstede (2006) uvádí, že v kolektivistických společnostech je na zdravotní péči vydáván menší díl veřejných i soukromých prostředků. V individualistických společnostech je na zdravotní péči vydáván větší díl veřejných i soukromých prostředků. (Hofstede 2006)

Tato dimenze podle Hofstedeho (2006) koreluje s hrubým domácím produktem (HDP, který vyjadřuje bohatství zemí. Domnívá se, že není pravda, že čím je větší individualismus, tím je větší HDP. Vztah je negativní, opačný – čím země více bohatnou, tím se stávají individualističtějšími. Negativní korelace je rovněž mezi vzdáleností moci a individualismem – čím je větší individualismus, tím je menší vzdálenost moci. Nemůžeme však tyto dimenze spojit v jednu, protože obě dimenze korelují s HDP. (Hofstede 2006)

2.3.3 Dimenze maskulinita a femininita (MAS)

Rozhodujícím důvodem, proč byla tato dimenze označena jako „maskulinita versus femininita“, bylo to, že tato dimenze je jediná v níž muži a ženy, zaměstnaní u IBM, konzistentně skórovali rozdílně (vyjma zemí, které se nacházejí na femininním okraji dimenze). (Hofstede 2006)

Hofstede (2006: 97) definuje tuto dimenzi následovně: *„maskulinita se vztahuje na společnosti, ve kterých jsou sociální rodové role jasně odlišeny (tj., od mužů se předpokládá, že budou průbojní, drsní a budou se zaměřovat na materiální úspěch, zatímco od žen se očekává, že budou spíše mírné, jemné a orientované na kvalitu života); femininita se vztahuje na společnosti, ve kterých se sociální rodové role překrývají (tj., jak o mužích, tak i o ženách, se předpokládá, že budou nenároční, jemní a orientovaní na kvalitu života).*

Jednou z příčin, proč se uznání dimenze maskulinita – femininita setkává s nechtí, je to, že není v žádném vztahu k národnímu bohatství. U všech ostatních tří dimenzí z výzkumu u IBM tomu tak je. V řadě výzkumných projektů začal být účinek MAS patrný, teprve když byl vliv bohatství vyloučen.⁷ Hodnoty MAS byly vypočítány nejen pro země, ale také zvlášť v každé ze zemí pro muže a ženy. Zjistilo se, že od nejvíce femininních (jemných) zemí až po ty nejvíce maskulinní (drsné), se hodnoty mužů i žen stávají drsnějšími, přitom však tento rozdíl je u mužů výraznější než u žen. V nejvíce femininních zemích (Švédsko, Norsko) nebyl mezi skóry mužů a žen žádný rozdíl a obojí vyjadřovaly jemné a podporující hodnoty. V nejvíce maskulinních zemích (Japonsko, Rakousko) muži skórovali jako drsní, ale ženy skórovaly také jako dosti drsné; přitom byl rozdíl mezi hodnotami mužů a žen v těchto zemích největší. (Hofstede 2006)

Hofstede (2006) uvádí, že v maskulinních společnostech je muž vůdčí, jde mu o pokrok. Žena se stará o pocity, o rodinu, je pečovatelka. Ve femininních společnostech není velký rozdíl mezi mužem a ženou. Oba se starají jak o fakta, tak o pocity a péči o druhé. Je očekávána skromnost a pomoc druhým. Lidé z maskulinních společností se více zaměřují na úspěch – třeba studenti usilují o skvělé známky. Studenti z femininních společností chtějí hlavně projít. K cíli být výtečný by se nikdo otevřeně nehlásil. V maskulinních společnostech se i od dětí požaduje vysoký výkon. Ve femininních společnostech o sobě lidé nemluví v superlativech, bylo by to považováno za chvástání. V maskulinních společnostech lidé více nakupují, také dražší věci. Jejich heslem je: „Žít, abys mohl pracovat.“ Tedy hodně pracují, čímž mají i větší HDP (bohatší země). V femininních je jejich heslem: „Pracovat, abys mohl žít.“ Lidé z femininních společností by raději pracovali méně – kratší dobu za stejný plat, a měli více odpočinku. Maskulinní by raději pracovaly stejně dlouho za stejný plat. Tak toho vyprodukuje více. (Hofstede 2006)

Rodina ve femininní společnosti socializuje děti k úměrnosti a solidaritě a v těchto společnostech mohou, ale nemusí, mít ambice a usilovat o kariéru jak muži, tak ženy. V maskulinních společnostech usilují o kariéru muži, ženy většinou ne. Ve femininních společnostech se klade větší důraz na vzájemnou pomoc. Je prosazována rovnost, je zde velká sociální podpora, sociální citění, tolerance vysokých daní. Hlavní je zajistit minimální kvalitu života pro každého (např. dobrá lékařská péče pro všechny). Když je někdo nemocný v maskulinních společnostech, je to jeho problém, má o sebe pečovat. Více voličů nachází svou

⁷ V mém výzkumu však nebyl vztah mezi výdaji na zdravotnictví na osobu a MAS potvrzen ani po vyřazení HDP na osobu z analýzy.

pozici ve středu politického spektra. Ve femininních společnostech nalevo od středu. (Hofstede 2006)

2.3.4 Dimenze vyhýbání se nejistotě (UAI)

Hofstede (2006) uvádí, že pocity nejistoty nejsou jen osobní, ale mohou být do jisté míry sdíleny s jinými členy téže společnosti. Pocity nejistoty jsou získané a naučené. Tyto pocity a způsoby, jak s nimi zacházet, patří ke kulturnímu dědictví společnosti a jsou přenášeny a upevňovány základními institucemi, jako jsou rodina, škola a stát. Nacházejí svůj odraz v hodnotách, které kolektivně vyznávají členové dané společnosti. (Hofstede 2006)

Hofstede (2006: 131) definuje vyhýbání se nejistotě jako: „*stupeň, v němž se příslušníci dané kultury cítí ohroženi nejistotou nebo neznámými situacemi.*“ Tento pocit je, kromě jiného, vyjadřován nervovým napětím a potřebou předvídatelnosti, a tedy také potřebou psaných i nepsaných pravidel. (Hofstede 2006)

Společnosti s vysokým indexem vyhýbání se nejistotě se vyznačují větší úzkostí, což způsobuje větší procento sebevražd. Naopak v zemích s nízkým UAI je úroveň úzkosti nízká. Lidé z těchto společností neventilují stres, což způsobuje srdeční potíže. Vyhýbání se nejistotě ale není vyhýbání se riziku. Lidé, kteří mají obavu z nejistého, mohou klidně podstupovat velká rizika, která jim jsou ovšem známá. (Hofstede 2006)

Lidé ze společností s větším UAI jsou více opatrní (až úzkostliví). Mají pevnější systém norem a pravidel, svět je podle nich nebezpečné místo a učí se chránit před prožíváním neznámých situací. Jsou i více emocionální – více vyjadřují pocity, a mají méně dětí. Dělají si starosti ohledně svých peněz a svého zdraví. Rovněž preferují více strukturu, která je přesně daná. Oblibují pravidla a zákony. Lidé ze zemí s nízkým UAI mají hrůzu z pravidel. Paradoxně jsou v těchto zemích předpisy méně posvátné, jsou ale zpravidla více dodržovány. V zemích s vysokým UAI se zákony mění pomaleji, také jejich uplatnění trvá déle. Občané mají menší kompetence. V zemích s nízkým UAI jsou občané přesvědčeni, že mají přímý vliv na politické rozhodování na nejnižší, místní úrovni. Jsou více připraveni k protestům proti vládním rozhodnutím, méně respektují vládu. Tyto země jsou liberálnější a mají kladný postoj k politice i k zemi jako celku (hrdost, větší ochota bojovat za svou zemi). Lidé ze zemí s vysokým UAI mají menší zájem o politiku, jsou s ní více nespokojeni a jsou více konzervativní. V těchto zemích je více zákonů a pravidel, ale potom je lidé nechtějí dodržovat – protože musí. (Hofstede 2006)

2.4.1 Další koncepty pojetí kulturních hodnot

Kulturní hodnoty však nezkoumal pouze Hofstede. Vznikají další koncepty zkoumání Kulturních hodnot. Já zde uvedu tři další, které vytvořil Milton Rokeache, Donald Inglehart a Shalom H. Schwartz.

2.4.1 Koncept Milтона Rokeache

Milton Rokeache (1973) přišel na počátku sedmdesátých let dvacátého století se snahou o zkoumání hodnot samotných o sobě. Orientoval se na empiricky uchopitelný přístup. Rokeach chápal hodnoty jako: „*trvalé přesvědčení o tom, že specifický způsob jednání nebo cílového stavu existence je osobně i společensky výhodnější než opačný či protilehlý způsob jednání nebo cílový stav existence. Toto přesvědčení převyšuje postoje k objektům a postoje k situacím, ideologii, prezentaci sebe k druhým, hodnocení, posuzování, ospravedlňování, srovnání sebe s ostatními a pokušení se ovlivňovat druhé.*“ (Rokeache v Prudký a kol. 2007: 40)

Hodnoty pro Rokeache (1973) představují rozsáhlou tendenci preferovat jistý stav věcí před ostatními. Jsou těsně svázány se zájmy, představami a cíli uskutečňovanými (naplňovanými) v procesech preferenčních voleb. Jde o (Rokeach 1973: 20) kognitivní reprezentanty a výsledky transformace potřeb: člověk je jediný tvor, který je schopen těchto reprezentací a převodů – v rovině sankcionovaného jazyka. Jde o (podle Havlanové, 2002: 17) nové chápání hodnot jako kvalit, které jsou základem pro porozumění lidskému chování a mohou být definovány, standardizovány a dokonce měřeny. Mají jak subjektivní (ve smyslu škály možností, volby pro osobní rozvoj), tak objektivní (ve smyslu žití) dimenzi. Rokeach (1973) vymezuje tři složky hodnot, které se vzájemně doplňují:

- Složku kognitivní (hodnota je poznání žádoucího, člověk ví, jak se má správně chovat, k jakým cílům má směřovat, oč usilovat);
- Složku afektivní (jde o citový vztah k objektu, souhlasný či nesouhlasný, přijímající či odmítající...);
- Složku behaviorální (hodnota jako intervenující proměnná, jako aktivátor, motiv, zdroj intencionality).

Rokeach (1973: 25) také vymezuje základní funkce hodnot:

- Hodnoty jako standarty;
- Hodnoty jako obecné projekty pro řešení konfliktů a rozhodování;
- Hodnoty jako motivy;
- Hodnoty jako adaptátor, zdroj adjustace, vlastně i podklad komunikace;

- Hodnoty jako zdroj sebeobrany;
- Hodnoty jako zdroj sebeaktualizace.

(Prudký a kol. 2007)

Přijetí hodnoty nás podle Rokeache (1973) vedou a řídí v našich činnostech, určují zacílení v zaujímání pozic v sociálních vztazích a tématech, upřednostňují směr určité náboženské a politické ideologie, pomáhají nám rozumově zdůvodnit svá přesvědčení, víru, postoje a činnosti tak, aby byly sociálně a individuálně žádoucí. Rozpoznává dva druhy hodnot: cílové (terminální) a instrumentální. Cílové hodnoty definují vlastně konečný stav, tedy to, o co má smysl usilovat. Instrumentální hodnoty pak prostředky a možnosti dosažení, tedy způsoby chování, jednání. (Rokeach v Prudký a kol. 2007)

Hodnotový systém je pak podle Rokeache (1973) tvořen trvalou organizací hodnot podle stupně relativní důležitosti, resp. priority, která člověku umožňuje volbu způsobu jednání, ve smyslu nacházení výhodnějších cest k dosažení cílem voleb činností či rozhodování, tedy i možností jak vyřešit konflikt. Hodnotový systém se stabilizuje socializací v dané kultuře: mění se v souladu se změnami v kultuře, ve společnosti a na základě nových osobních zkušeností. Hodnotový systém je relativně stálý a každá nová, sociální, individuální, kulturní zkušenost či změna může vyvolat změnu v uspořádání hodnot. (Rokeach v Prudký a kol. 2007)

2.4.2 Koncept Ronalda Ingleharta

Inglehart (Inglehart v Prudký a kol. 2007) ve svém konceptu hodnot navazuje na podobná východička jako Rokeach a také přímo na Rokeachovy postupy. Staví v zásadě na Maslowově konceptu potřeb jako zdrojů motivace. Jeho základní teze pro charakteristiku „tiché revoluce“ vychází z přesvědčení, že v americké společnosti (a dalších společnostech přecházejících ze stavu industriální společnosti do dalších etap modernizace) došlo v zásadě k zabezpečení dvou skupin z nejzákladnějších životních potřeb, a to potřeby obživy a potřeby bezpečnosti. Rozdělení potřeb (a následně i hodnot) podle Maslowa chápe Inglehart jako východisko pro rozdělení hodnot do dvou skupin (vlastně materialistických a postmaterialistických), které ovšem chápe nejen v návaznosti – tedy, že nejprve musí dojít k uspokojování materialistických potřeb, aby bylo možno naplňovat potřeby „vyšší úrovně“ – ale také v dualitě, protichůdnosti. Při tom chápe jako materialistické hodnoty nejen takové hodnoty, které mají ryze hmotnou podobu, ale zahrnuje do nich i hodnoty zabezpečení, bezpečí, jistot a trvalosti řádu. Mezi postmaterialistické hodnoty řadí naplňování sociálních a

seberealizačních potřeb, včetně podílení se na moci, svobodu projevu, participaci na řízení v zaměstnání, bližší (osobnější) mezilidské vztahy, apod. (Inglehart v Prudký a kol. 2007)

Podle Ingleharta (Inglehart v Prudký a kol. 2007) roste v západních civilizacích váha hodnot vážících se k uspokojování jiných než materialistických hodnot. Ty už byly uspokojeny. Následně mají být uspokojeny hodnoty postmaterialistické. Fakt této změny činí základním východiskem procesu společenských proměn, které souhrnně označuje jako „tichou revoluci“. Na tomto základě formuloval Inglehart dvě základní hypotézy. První hypotézou je hypotéza vzácnosti: období ekonomického dostatku a bezpečí vede k přesunu potřeb k relativně vzácnějším hodnotám, jako jsou seberealizace, vyšší participace, rozsáhlejší a bohatší sociálně – politická existence. A opačně – období úpadku vyvolává vyšší orientaci na ekonomické a další materiální hodnoty. (Prudký a kol. 2007)

Druhá skupina hypotéz vychází z váhy naučeného při tvorbě hodnot, především v období adolescence. Zkušenost s převahou materialistických či postmaterialistických hodnot v období adolescence je podle Ingleharta stěžejní pro vytvoření hodnotových struktur dospívajících. Toto je tedy „hypotéza socializace“. Hypotéza vzácnosti implikuje vztah mezi ekonomickou prosperitou a bezpečností a tendencemi k postmaterialistickým hodnotám, naproti tomu z hypotézy socializace lze vyvozovat představu o relativně vysoké stabilitě hodnotových struktur ve společnosti. Později doplňuje Inglehart původní materialistickou a postmaterialistickou dichotomii o dichotomii tradičních a náboženských hodnotových orientací (konzervativní pól), proti nim stojí racionalistické a sekularizační orientace (pól moderní racionality). Také vytvořil třetí dichotomii, která charakterizuje výběry mezi autoritářskou, uzavírající se tendencí a proto ní stojící demokratizační, otevřenou orientací. Nejčastěji však Inglehart používá dichotomii materialistické versus postmaterialistické hodnoty, protože výše zmíněné koncepty nebyly tolik jednoznačné a jejich vyjádření bylo poměrně komplikované. (Prudký a kol. 2007)

Hofstede (2006) uvádí, že koncepce Ingleharta nebyla původně založena na paradigmatu dimenzí kultur, avšak má přímé důsledky pro klasifikaci národních kultur. Inglehart vedl Světový výzkum hodnot (World Value Survey). Ten našel dvě klíčové kulturní dimenze, které Inglehart nazval blahobyt versus přežití a světská-rozumová versus tradiční autorita. Tyto dimenze významně korelovaly s dimenzemi IBM. (Hofstede 2006)

V knize Modernizace, kulturní změna a demokracie, uvádí Inglehart a Welzel (2007), že zásadní změny se objevují v systémech přesvědčení u národů po celém světě. Ukazují, jak jsou tyto změny formovány vzájemným působením mezi silami socioekonomického rozvoje a přetrvávajících kulturních tradic. Inglehart a Welzl (2007) použili data z reprezentativních

národních průzkumů z osmdesáti společností, na nich demonstrují, že změna masových hodnot vytváří rostoucí tlak na organizaci a posilování demokracie. Kultura se ve velkém rozsahu přenáší z jedné generace na druhou. Ale základní hodnoty lidí odráží nejen to, čemu byli naučeni, ale také jejich přímé zkušenosti. Přesto navzdory globalizaci se svět nestává homogenním a otisk kulturních tradic nemizí. Systémy hodnot různých společností zůstávají, aby zavedly silná omezení na sebevyjádření. Rozmanitost základním kulturních hodnot pomáhá vysvětlit obrovské rozdíly, které existují v tom, jak působí instituce ve společnostech po celém světě. (Inglehart a Welzel 2007)

2.4.3 Koncept Shaloma H. Schwartz

Schwarz (1992) vlastně pracuje se shodným východiskem jako Inglehart. Pohlíží na hodnoty jako na jeden ze základních stavebních kamenů možného porozumění společnosti. Pracuje s hodnotami jako kritérii užívanými lidmi pro výběr a ospravedlnění činností a pro oceňování lidí (včetně sebe sama) a událostí. (Prudký a kol. 2007)

Schwartz vymezil tři typy cílů. Uvádí, že cíle hrají podstatnou roli a slouží také jako zdroje koncipování typů různých obsahů hodnot. V této souvislosti formuloval tři velké skupiny cílů (tři univerzální požadavky lidské existence):

- Vycházející z přírodní povahy jednotlivce jako biologického organismu.
- Z potřeb koordinace či směřování k rovnováze sociálních interakcí,
- Z potřeb přežití a zabezpečení zájmů skupin.

(Prudký a kol. 2007)

Výsledkem bylo nejprve, podle Schwartz (1992) osm podob motivačních typů hodnot. Později, když provedl další empirické výzkumy, přidal další podoby motivačních typů hodnot, jejichž celkový počet se poté zvýšil na jedenáct. Nové změny vedly k formulaci nových hypotéz a posléze i teorie. *„Tak hodnoty, které slouží primárně individuálním zájmům (moc, úspěch, požitkářství, stimulace, samostatnost) tvoří souvislou oblast, která leží proti jiné souvislé oblasti, tvořené třemi typy hodnot sloužícím primárně kolektivním zájmům (benevolence, tradice, konformismus). Univerzalismus a bezpečnost slouží oběma zájmům a jsou umístěny na hranicích mezi těmito oblastmi. Nejpravděpodobnější oblast spirituálního typu je někde v kolektivní oblasti, snad mezi benevolencí a tradicí, možné je umístění i mezi benevolencí a univerzalizmem.“* (Prudký a kol. 2007: 52)

Názvy hodnot, neříkají nic o použitých stupních jejich přijetí, ale to, že vždy jde o měření míry přijetí této hodnoty a daného motivačního typu ve vztahu k jiným, je samozřejmé. Na celý problém nahlíží Schwarz v dimenzi slučitelnosti či konfliktu. Kombinací těchto dvou

hledisek vznikají přístupy ke konstrukci souhrnných agregátů a zároveň základní obecné hypotézy. Schwarz předpokládá devět sestav porovnávání slučitelnosti: například moc a úspěch (obojí vyjadřují sociální nadřazenost a respekt) nebo konfliktu: například spiritualita a požitkářství (těch jsou celkem čtyři sestavy). Velké množství poznatků přinesla aplikace modelu ve 20 zemích (na 36 souborech). Jejich zpracování pracuje s dvourozměrnou analýzou založenou na testování nejmenších vzdáleností mezi indikátory v daném prostoru.

Schwarz (1992) uvádí, že ve výzkumech jeho týmu vytvořený, ověřený a aplikovaný postup zkoumání hodnot je vystihující a umožňuje srovnávání uvnitř národů a kultur i mezi nimi. (Schwarz v Prudký a kol. 2007)

Hofstede (2006) uvádí, že Schwartzovo pojetí je nejpropracovanější a také nejlépe podložené výzkumem. Na základě studia odborné literatury Schwarz vytvořil seznam padesáti šesti hodnot. Získal skóry od vzorku vysokoškolských studentů v padesáti čtyřech zemích a učitelů základních škol z padesáti šesti zemí. Na základě svých dat rozlišil sedm dimenzí: konzervatismus, hierarchii, mistrovství, citovou autonomii, intelektuální autonomii, oddanost rovnosti a harmonii. Podle výsledků, které Schwarz publikoval v roce 1994, jeho skóry zemí významně korelují se skóry z IBM (výzkum Hofstedeho). (Hofstede 2006)

2.5 Zdravotnictví jako instituce versus kulturní hodnoty obyvatelstva

V knize *Culture's consequences* se Geert Hofstede (2001) zabývá rozdíly v národních kulturách. Jeho výzkum ukáže rozdíly a podobnosti kulturních vzorců daných zemí. Hofstede uvádí, že musí ve společnostech existovat mechanismus, který umožňuje udržování stálosti kulturních vzorců po mnoho generací. Ústřední jsou společenské normy, které se skládají ze systémů hodnot (mentální software – viz kapitola teorie kulturních dimenzí), které sdílí většinové skupiny obyvatelstva. Společenské normy vedly k rozvoji a zachování struktury institucí ve společnosti, která má určitou strukturu a fungování. Instituce mohou být změněny, ale to nutně neovlivní společenské normy a ty když zůstanou nezměněny, trvalý vliv většinového hodnotového systému trpělivě ovlivňuje nové instituce, dokud se jejich struktura a fungování nepřizpůsobí společenským normám. (Hofstede 2001) Malinovski představil funkcionalismus, který zdůvodňuje účelnou podstatu institucí ve společnosti, ale účel je odvozený z určité kultury dané společnosti, která je zcela jedinečná. (Goldschmidt v Hofstede 2001) Inglehart a Welzl (2007: 4) uvádí: „Rozmanitost základním kulturních hodnot pomáhá vysvětlit obrovské rozdíly, které existují v tom, jak působí instituce ve společnostech po celém světě.“ Montesquieu (1989) tvrdil, že existuje něco jako „všeobecný duch národů“ (čili to, co bychom dnes nazvali kulturou) a že „Zákonodárce se musí řídit duchem národa...“ Hofstede

(2006) z toho vyvozuje, že instituce vycházejí z mentálních programů a ve výkonu svých funkcí se přizpůsobují kultuře. Stejně zákony fungují v různých zemích odlišně. Institucím nelze porozumět, aniž bychom vzali současně v úvahu i danou kulturu. (Hofstede 2006)

Z teoretického hlediska tedy instituce souvisí s kulturními hodnotami obyvatelstva. Jednou z institucí je i zdravotnictví. Existují jisté podobnosti i odlišnosti v institucích zdravotnictví v různých zemích, rovněž ve způsobech financování těchto institucí. Jak vyplývá z dat, různé země mají i různé výdaje na zdravotnictví. Mým záměrem bude v empirické části této práce zjistit, jestli je mezi výdaji na zdravotnictví a kulturními hodnotami obyvatelstva souvislost. Různá míra financování zdravotnictví může mít různé důvody. Jedním z nich je i bohatství zemí (měřené HDP). Každá země má jiné prostředky na financování zdravotnictví. Samotný fakt, že má jistá země dostatek prostředků na financování zdravotnictví neznamena, že tyto finanční prostředky bude investovat právě do zdravotnictví. Může je vynaložit na jiné účely. Toto rozhodnutí může souviset s kulturními hodnotami obyvatelstva. Každá společnost má systémy hodnot. Ty nejsou ve všech společnostech totožné. (viz kapitola Kultura podle Gerta HofstedeHofstede). Tyto hodnoty ovlivňují jednání členů společnosti. Mohly by tedy ovlivnit i rozhodnutí, kolik bude společnost investovat do zdravotnictví – tedy vyšší výdajů na zdravotnictví.

Významným faktorem, který rovněž souvisí s výdaji na zdravotnictví je bohatství zemí (působit mohou i jiné faktory, jak jsem uvedla v kapitole Determinanty výdajů na zdravotnictví). Bohaté země mají finanční prostředky, které mohou vynaložit na zdravotnictví. Chudé země by třeba rády investovaly více do zdravotnictví, nedostatek financí jim to ale neumožňuje. Souvislostí bohatství zemí – měřeného hrubým domácím produktem se již zabývali někteří badatelé, jak jsem uvedla v úvodu. Ústav zdravotnických informací a statistiky (2004) však uvádí: „Nelze zjednodušeně konstatovat, že obecně ekonomicky silnější země si mohou dovolit vydat na zdravotnictví relativně výše, zatímco země hospodářsky slabší musí výdaje pečlivě zvažovat. Řecko a Portugalsko, tedy státy nám ekonomickým výkonem nejbližší, vynakládají na zdravotnictví přes 9% HDP.“ (ÚZIS 2004) Dá se tedy předpokládat, že to, kolik budou jednotlivé země investovat do zdravotnictví nezáleží nejen na HDP.

3 HDP

Ve svém výzkumu používám jako indikátor bohatství HDP na osobu (v paritě kupní síly v amerických dolarech). HDP je obecně srozumitelným a mezinárodně porovnatelným ukazatel. Jeho další výhodou je skutečnost, že se měří pravidelně a téměř ve všech zemích světa. Hofstede (2001) uvádí, že je domácí produkt ukazatelem, podle něhož můžeme posoudit výkonnost ekonomiky.

3.1 Definice HDP

Zemánek (2008) uvádí, že domácí produkt představuje množství veškerého zboží a služeb, které je společnost schopna vyprodukovat za určitou dobu na určitém území. Pod pojmem veškeré zboží a služby se skrývají jak spotřební statky (potraviny, nábytek, spotřební elektronika, služby cestovních kanceláří, filmová produkce), tak kapitálové statky, (výrobní linky, traktory, software pro architekty, automobily pro potřeby podnikání, vzdělání). Domácí produkt je v podstatě jakýmsi ukazatelem ekonomické výkonnosti jednotlivých zemí, krajů, popřípadě nadnárodních regionů (EU, OECD, svět). Čím vyšším domácím produktem přepočteným na jednoho obyvatele daná země disponuje, tím bývá považována za ekonomicky vyspělejší. V zemi A, disponující dvojnásobným domácím produktem na osobu než země B, bude proto životní úroveň obyvatelstva přinejmenším o několik procent (ne-li desítek procent) vyšší než v zemi B. Souvislosti mezi výší domácího produktu a životní úrovní si lze všimnout například v analýze, věnující se hledání nejvyspělejších zemí naší planety, neboť 8 zemí s nejvyšším domácím produktem (na osobu) na světě skončilo zároveň v první desítce světově nejvyspělejších zemí. (Josef Zemánek, 2008)

Pokud ekonomové hovoří o domácím produktu, mají na mysli velmi pravděpodobně hrubý domácí produkt (HDP) a nikoliv tzv. čistý domácí produkt (ČDP). A to z jednoho prostého důvodu: Hrubý domácí produkt je lépe měřitelný. Představuje totiž množství vyprodukovaného zboží, služeb a kapitálu za určité období, zatímco čistý domácí produkt nám říká, jaké množství zboží, služeb a kapitálu ve společnosti ve stejném období skutečně přibylo. (Josef Zemánek, 2008)

I když má čistý domácí produkt z ekonomického i společenského pohledu větší vypovídající hodnotu než hrubý domácí produkt, příliš se nepoužívá. Hlavním důvodem je velká nepřesnost dat, způsobená komplikacemi, spojenými s jejich sběrem. Kdyby zaměstnanci statistického úřadu chtěli pracovat s přesnějšími daty, museli by se doslova a do písmene přehrabovat v odpadu (na skládkách, ve spalovnách...). Do toho se jim samozřejmě příliš

nechce (ani nikomu jinému), nezbyvá jim proto nic jiného, než údaje o opotřebení a o složení odpadu velmi nepřesně odhadovat. (Josef Zemánek, 2008)

Český statistický úřad (2010) uvádí, že hrubý domácí produkt (HDP) je peněžním vyjádřením celkové hodnoty statků a služeb nově vytvořených v daném období na určitém území; používá se pro stanovení výkonnosti ekonomiky. Může být definován, resp. spočten třemi způsoby: (1) produkční metodou, (2) výdajovou metodou a (3) důchodovou metodou. (ČSÚ 2010)

3.2 Výdaje na zdravotnictví z hlediska HDP

Výdaji na zdravotnictví a HDP jsme se již zabývala v kapitole 1.3.3 Determinanty výdajů na zdravotnictví. Mnoho autorů, které v oné kapitole uvádím, se zabývalo výdaji na zdravotnictví a HDP. Souvislost HDP a výdajů na zdravotnictví byla potvrzena (rovněž i v mém výzkumu).⁸

HDP je tedy důležitým determinantem výdajů na zdravotnictví. Bohaté země mají finanční prostředky, které mohou vynaložit na zdravotnictví. Chudé země by třeba rády investovaly více do zdravotnictví, nedostatek financí jim to ale neumožňuje.

HDP je častým ukazatelem bohatství zemí. Rovněž ústav zdravotnických informací a statistiky (2004) uvádí, že HDP je často užívaným ukazatelem ekonomického výkonu a představuje souhrn hodnot přidaných zpracováním ve všech odvětvích v činnostech považovaných v systému národního účetnictví za produktivní, včetně služeb tržní i netržní povahy. (ÚZIS 2004) Zemánek (2007) uvádí: „Všeobecně se předpokládá, že čím vyšší má země HDP na jednoho obyvatele podle parity kupní síly, tím je ekonomicky vyspělejší.“

Mojmír Helísek (2000) dále uvádí, že makroekonomický produkt slouží jako jeden z řady ukazatelů stavu a vývoje daného národního hospodářství. Absolutní výše produktu, vytvořená za určité období, bývá často užívána jako ukazatel tzv. ekonomické síly dané země. Relativní výše produktu, tj. produkt vztažený nejčastěji k celkovému počtu obyvatel, vyjadřuje ekonomickou úroveň dané země. (Helísek 2000)

Jaroslav Borovička (2009) uvádí: „To, že podíl zdravotnictví na HDP roste, není překvapující. S tím, jak roste míra materiálního nasycení, jsou lidé ochotni relativně více investovat i do delší doby dožití a kvalitnějšího stáří.“ (Borovička 2009)

⁸ Ve svém výzkumu jsem použila výdaje na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech).

4 Data

V této kapitole se budu zabývat popisem dat, která jsem pro svůj výzkum použila. K dispozici mám vzorek 61 zemí, pro které jsem našla data⁹. Pro těchto 61 zemí jsem získala data o výdajích na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) a kulturní dimenze, které vytvořil Hofstede. Jsou jimi PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci), UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě), IND (individualismus - kolektivismus) a MAS (maskulinita - femininita).¹⁰

4.1 Výběr vzorku

Vzorek států, které jsem použila pro svůj výzkum jsem vybrala tak, aby ke každé zemi byla dostupná data (výdaje na zdravotnictví, HDP a kulturní dimenze UAI, PDI, MAS a IND). Ze svého výzkumu jsem musela vyřadit země, ke kterým nebyla nalezena data. Rovněž jsem vyřadila například Arabský svět, východní či západní Afriku. Pod jednotlivými pojmy bylo zahrnuto více zemí. Vyřazení bylo nutné, protože kdybych hodnoty jednotlivých zemí, skrývajících se pod daným pojmem, sečetla, výsledky by nebyly přesné. Rovněž jsem vyřadila kulturní index LTO (Long-Term Orientation = dlouhodobá orientace), protože u jednotlivých zemí chyběla data. Touto cestou jsem došla k výsledné sumě dat uvedených v tabulce v příloze číslo 1. Celkový počet zemí, které pro svůj výzkum použiji, je tedy 61.

4.2 Výdaje na zdravotnictví

Doorslaer (1992) uvádí, že zdravotnictví je obvykle financováno prostřednictvím kombinace čtyř zdrojů: z daní, příspěvků na sociální pojištění, soukromého pojištění a plateb v hotovosti. Přesná kombinace se země od země liší. Mezi zeměmi, které mají státní zdravotní pojištění, existuje rozdíl mezi systémy, které jsou financovány z daní (Dánsko, Irsko, Portugalsko a Spojené království) a systémy zdravotního pojištění (Francie, Nizozemsko a Španělsko). Několik zemí má soukromé veřejné výdaje: jenom ve Švýcarsku a Spojených státech převyšuje kombinace soukromého pojištění a plateb v hotovosti 50%. (Doorslaer 1992)

Já však ve své empirické části nebudu typ systémů zdravotnictví zemí, které ve svém výzkumu zkoumám (vzorek 61 zemí), brát v úvahu. Bude mne zajímat především výše výdajů na zdravotnictví jednotlivých zemí (mého vzorku 61 zemí). Seznam těchto zemí a jejich výdajů na zdravotnictví můžete nalézt v příloze č. 1.

⁹ Viz Příloha č. 1.

¹⁰ Viz kapitola 2.3 Kulturní dimenze podle Hofstedeho.

Ve svém výzkumu používám výdaje na zdravotnictví na osobu (v paritě kupní síly v amerických dolarech). Číním tak z toho důvodu, že provádím mezinárodní srovnání. Srovnávám 61 zemí z celého světa. Není vhodné použít celkové výdaje na zdravotnictví daných zemí, protože existují malé i velké země, které mají různý počet obyvatel. Údaj, který by se vztahoval k celé zemi, by byl neobjektivní. Některé menší země mohou mít více obyvatel než země větší. Z tohoto důvodu použiji pro svůj výzkum výdaje na zdravotnictví na osobu, aby tak byla data objektivnější a měla větší výpovědní hodnotu.

Ze stejného důvodu použiji výdaje na zdravotnictví v amerických dolarech. Číním tak proto, že provádím mezinárodní srovnání (61 zemí). Tyto země nemají všechny stejnou měnu. Proto je nutné převést všechny měny na jednu. Touto měnou je v mém případě americký dolar. Ten se pro mezinárodní srovnání používá často, je proto pro můj výzkum vhodný. Rovněž data, která mám k dispozici jsou v amerických dolarech. Také používám paritu kupní síly (purchasing power parity). Holman (2002) definuje paritu kupní síly: „ Parita kupní síly znamená, že lze za tuto měnu koupit stejné množství zboží a služeb doma i v zahraničí. Měna má stejnou kupní sílu doma i v zahraničí.“ Teorie parity kupní síly se ale netýká ceny jednoho zboží, ale týká se cenových hladin ve různých zemích. (Holman 2002). Abych tedy mohla porovnávat výdaje na zdravotnictví v různých zemích, budou všechny v paritě kupní síly v amerických dolarech.

Pro svůj výzkum používám celkové výdaje na zdravotnictví (jak veřejné tak soukromé). V mém případě mám k dispozici data výdajů na zdravotnictví, které představují součet veřejných a soukromých výdajů (za podmínky paritní kupní síly v amerických dolarech) rozdělených do populace. Výdaje na zdravotnictví obsahují zásoby zdravotnictví (preventivní a léčebné), aktivity rodinného plánování, vyživovací aktivity a pomocné akce navržené pro zdraví, ale vyjma zásob vody a hygienických opatření. Výdaje jsou počítány na osobu v amerických dolarech. Data jsou za rok 2003.

Hindls (2007) uvádí, že regresní funkce plně odpovídá údajům, ze kterých byla konstruována. Proto je důležité dbát na správnost vstupních dat. Data musí rovněž pocházet ze stejného roku. (Hindls, Hronová, Seger 2007) Proto jsou všechna má data z roku 2003 (viz příloha č. 1).

4.2.1 Zdroj a kvalita dat

Data o výdajích na zdravotnictví na osobu (v paritě kupní síly v amerických dolarech) jsem čerpala ze stránek Human development report (HDR). Jedná se o výroční publikaci Rozvojového programu OSN (UNDP – United Development Programme). Tento rozvojový

program OSN každoročně vydává zprávu Human Development Report. Zpráva poprvé vyšla v roce 1990. Jejím autorem byl světový renomovaný ekonom Mahbub ul Haq. Jejím cílem bylo postavit lidi do centra procesu rozvoje v rámci ekonomické debaty, politiky a obhajoby. Rozvoj byl charakterizován poskytnutím možnosti volby a svobody rozhodování, což mělo za následek široké rozšíření výsledků tohoto opatření. Human Development Report je autonomní zpráva, která vznikla z pověření UNDP a je vytvořená vybraným týmem čelných vědců, odborníků na rozvoj a členů úřadu Human Development Report z UNDP. Tato zpráva je překládána do mnoha jazyků a každoročně vychází ve více než 140 zemích. Human Development Report se zaměřuje na klíčové oblasti a zajišťuje jak metodiku měření, tak analýzu dat. Data OSN využívá více institucí, proto i já se na tyto data budu spoléhat a použiji je pro svůj výzkum.

Musíme ale počítat s tím, že nelze vždy přesně spočítat data o výdajích na zdravotnictví pro jednotlivé země. Problematické je hlavně spočítat soukromé výdaje na zdravotnictví, které jsou součástí celkových výdajů na zdravotnictví. Zjistit se také nedá například domácí léčitelství. Zde může patřit domácí výroba různých masťů či jiných produktů. Navíc rozdíl v zdravotní péči může být jak kvantitativní, tak kvalitativní. Příkladem může být ajurvédická medicína v Indii a jiné alternativní způsoby léčby.

Z toho vyplývá, že výdaje na zdravotnictví na osobu (v paritě kupní síly v amerických dolarech) nejsou zcela exaktním údajem. Nicméně pro náš výzkum jsou dostačujícím údajem, pokud chceme porovnávat jednotlivé země z celého světa. Pokud chceme provádět mezinárodní srovnání, musíme vždy počítat s rozdíly, které mezi jednotlivými zeměmi existují. Nicméně pokud tato srovnání chceme provádět, musíme použít nějaká data, která jsou alespoň co nejpřesnější. Nemůžeme počítat s tím, že data budou zcela přesná. Výdaje na zdravotnictví na osobu (v paritě kupní síly v amerických dolarech), které pro svůj výzkum použiji, pocházejí však z uznávaného a často používaného zdroje (Human Development Report). Jedná se tedy o důvěryhodný zdroj.

4.3 Kulturní dimenze

Ve svém výzkumu používám čtyři kulturní dimenze, které vytvořil Hofstede (2006). V kapitole 2 jsem již uvedla, jaké existují koncepce kulturních dimenzí. Rovněž jsem popsala jednotlivé dimenze, které vytvořil Hofstede.

Oněmi čtyřmi dimenzemi, které ve svém výzkumu použiji, jsou - PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci), UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě), IND (individualismus - kolektivismus) a MAS (maskulinita - femininita). Hofstede však identifikoval pět univerzálních kulturních dimenzí. Čtyři z nich (PDI, IND, MAS a UAI) byly objeveny na základě šetření

zaměstnanců IBM. Pátá, dlouhodobá orientace (LTO), byla získána z čínského výzkumu hodnot. Tuto dimenzi jsem ale musela ze svého výzkumu vyřadit, protože u jednotlivých zemí chyběla data.

Hofstede (2006) na dimenze přišel tak, že studoval rozsáhlý soubor výsledků výzkumu hodnot lidí z více než padesáti zemí z celého světa. Tito lidé pracovali v místních pobočkách jediné velké národní korporace – IBM. Může se zdát překvapující, že by zaměstnanci multinacionální korporace mohli posloužit ke stanovení rozdílů systémů národních hodnot. Na druhé straně tito lidé představují téměř dokonale srovnatelné vzorky, jsou si podobní ve všech ohledech až na národnost, díky čemuž vystupují v jejich odpovědích národnostní rozdíly neobyčejně zřetelně. Statistická analýza průměrů zemí v odpovědích týkajících se hodnot vzájemně srovnatelných zaměstnanců IBM v různých zemích odhalila společné problémy, jejichž řešení se však od země k zemi liší. Na základě zmíněné analýzy definovat kulturní dimenze - PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci), UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě), IND (individualismus - kolektivismus) a MAS (maskulinita - femininita). Poté přiřadil ke každé zemi jistou výši indexu, která charakterizuje její postavení mezi dvěma póly jedné dimenze a určuje její relativní postavení. Všechny dimenze jsou tedy bipolární, jsou měřeny indexy, které mohou nabývat hodnoty v rozmezí 0 – 100. Z toho důvodu, že některé země byly přidány později, mohou být některé hodnoty vyšší než 100. Dotazník, který vyplňovali členové IBM, můžete nalézt v příloze č. 2. (Hofstede 2006)

U dat kulturních dimenzí není uvedený rok, protože Hofstede předpokládá, že se data v jednotlivých zemích nebudou měnit. Pokud by se postupem let změnila situace, ovlivnila by jednotlivé země přibližně stejně. (Hofstede 2006)

4.3.1 Zdroj a kvalita dat

Data o kulturních dimenzích jsem získala ze stránek Gerta Hofstedeho (Itim International). Své výsledky publikoval poprvé v roce 1980 v knize *Culture's Consequences*, která ho proslavila po celém světě. Od té doby se našlo hodně zastánců i odpůrců jeho práce.¹¹

Ve svém výzkumu porovnávám země (národy). Ty však nejsou zcela homogenní a všichni lidé se nechovají podle hodnot přisouzených dané zemi. Hofstede (2006) uvádí, že objev „národů“, tj. politických útvarů, do nichž je rozdělen celý svět a zároveň lidé, se udál v poměrně nedávné době. Systém národů byl zaveden teprve v polovině dvacátého století. Národy nelze ztotožňovat se společenstvími. Společenství jsou formy sociální organizace, které

¹¹ Podrobnější rozbor kritiky Hofstedeho podávám v kapitole 8.1 Kritika Hofstedeho.

se přirozenou cestou historicky vyvinuly. Soudobé národy nedosahují toho stupně vnitřní sourodosti, jakou mají izolované a zpravidla nevzdělané společnosti. (Hofstede 2006)

Hofstede (2006) prováděl svůj empirický výzkum tak, že zjišťoval odpovědi zaměstnanců společnosti IBM. To měli vyplnit standardizovaný dotazník, který se týkal jejich hodnot. Jedná se tedy o kvantitativní vyjádření abstraktních veličin. Nevýhodou takového průzkumu je, že se lidé vždy nechovají tak, jak uvedli v dotazníku. Když interpretujeme výpovědi lidí o jejich hodnotách, je důležité rozlišovat mezi žádoucím a požadovaným; jaký si lidé myslí, že by svět měl být oproti tomu, co by si přáli pro sebe. To je dáno povahou norem, které v daném případě působí. U každé z dimenzí můžeme popsat dva její extrémy, které odpovídají jakýmsi ideálními typům. Ovšem většina skutečných případů se nachází někde mezi těmito dvěma ideálními typy. (Hofstede 2006)

To, že se replikace výzkumu v IBM zdařily, neznamená nutně, že se kultury zemí od časů výzkumu v IBM nezměnily. Jestliže se však změnily, měnily se společně, a tak jejich relativní pozice zůstávají stejné. Také bylo třeba doložit, jaké praktické důsledky mají pro konkrétní země jejich skóry na dimenzích. To bylo provedeno kvantitativně pomocí výpočtu korelací skóru na dimenzích s jinými mírami, o nichž se dalo logicky předpokládat, že odrážejí stejné kulturní rozdíly. Tato kvantitativní ověřování byla doplněna kvalitativními popisnými informacemi o daných zemích. Tak byl proveden proces validizace. Výhodou dimenzionálního modelu je, že dává možnost studované případy jednoznačně zařadit – na rozdíl od typologie. (Hofstede 2006)

Souhlas empirických výsledků Hofstedeho (2006) s předpovědí Inkelese a Levinsona rovněž výrazně podpořil teoretický význam toho, co bylo empiricky zjištěno. (Hofstede 2006) V pozdějších letech mnoho lidí aplikovalo dotazník IBM, jeho části či jeho pozdější zdokonalené verze, označené jako Value Survey Module (VSM), při výzkumech s jinými skupinami respondentů. Význam replikací rostl s počtem zemí, zahrnutých do výzkumů. Do konce roku 2002 bylo kromě mnoha menších studií uskutečněno šest replikačních výzkumů, z nichž každý pokrýval nejméně čtrnáct zemí z původní databáze IBM. Tyto replikační výzkumy uskutečnil například Hoppe, Shane, Mouritzen nebo Merritti. Analýza devatenácti menších replikací, provedená dánským výzkumníkem Michaelem Sondergaardem, ukázala, že společně statisticky potvrzují všechny čtyři dimenze. Nejsilněji byl potvrzen individualismus. Většina menších replikací pocházela ze Spojených států, které ve výzkumu v IBM skórovaly v individualismu nejvýše. Proto každé srovnání jiné země s USA s velkou pravděpodobností vykáže jasný rozdíl v individualismu. K porovnání replikací a původních skóru z výzkumu IBM byla použita statistická metoda korelace. (Hofstede 2006)

Hofstede (2006) vnesl do klasifikace národních kultur nové paradigma. Pozdější výzkumy Hofstedeho závěry potvrdily, byla provedena řada replikací. Považuji tedy dimenze, které vytvořil Hofstede za vhodný způsob, jak porovnávat kultury.

4.4 HDP

Ve svém výzkumu používám hrubý domácí produkt na osobu v paritě kupní síly v amerických dolarech. Data jsou z roku 2003 – stejně jako data o výdajích na zdravotnictví na osobu (v paritě kupní síly). Činím tak proto, abych zmíněná data mohla porovnávat. Hindls uvádí, že regresní funkce plně odpovídá údajům, ze kterých byla konstruována. Proto je důležité dbát na správnost vstupních dat. Data musí rovněž pocházet ze stejného roku. (Hindls, Hronová, Seger 2007) Proto jsou všechna má data z roku 2003 (viz příloha č. 1).

Nejčastěji používaným ukazatelem bohatství zemí je hrubý domácí produkt (HDP). Výpočty bohatství zemí založené na usuzování z hrubého domácího produktu na osobu v paritě kupní síly v amerických dolarech provádí například Mezinárodní měnový fond nebo Světová banka. Výsledky získané z různých organizací, které se vztahují k jedné zemi, mají tendenci se lišit, někdy i podstatně. Rovněž ústav zdravotnických informací a statistiky (2004) uvádí, že HDP je často užívaným ukazatelem ekonomického výkonu a představuje souhrn hodnot přidaných zpracováním ve všech odvětvích v činnostech považovaných v systému národního účetnictví za produktivní, včetně služeb tržní i netržní povahy. (ÚZIS 2004)

HDP na jednoho obyvatele je daleko přesnějším indikátorem prosperity než údaje o HDP celé ekonomiky. Většina z deseti států s největším HDP na jednoho obyvatele¹² patří k vyspělým průmyslovým či postindustriálním společnostem. (Anglissová et al. 2001)

Ve svém výzkumu tedy používám HDP na osobu (v paritě kupní síly v amerických dolarech). Činím tak z toho důvodu, že provádím mezinárodní srovnání. Srovnávám 61 zemí z celého světa. Není vhodné použít celkové HDP daných zemí, protože existují malé i velké země, které mají různý počet obyvatel. Údaj, který by se vztahoval k celé zemi, by nebyl zcela objektivní. Některé menší země mohou mít více obyvatel než země větší. Z tohoto důvodu použiji pro svůj výzkum HDP na osobu, aby tak byla data objektivnější a měla větší výpovědní hodnotu.

Ze stejného důvodu použiji HDP v amerických dolarech. Činím tak proto, že provádím mezinárodní srovnání (61 zemí). Tyto země nemají všechny stejnou měnu. Proto je nutné

¹² Mezi tyto státy s největším HDP na obyvatele patří Lucembursko, Japonsko, Norsko, Lichtenštejnsko, Spojené státy americké, Nauru, Švýcarsko, Dánsko, Island a Švédsko. Výjimku zde tvoří Nauru, jehož nepočtené obyvatelstvo žije v blahobytu založeném na obrovských příjmech z těžby nerostů.

převést všechny měny na jednu. Touto měnou je v mém případě americký dolar. Ten se pro mezinárodní srovnání používá často, je proto pro můj výzkum vhodný. Rovněž data, která mám k dispozici jsou v amerických dolarech. Také používám paritu kupní síly (purchasing power parity). Holman (2002) definuje paritu kupní síly: „ Parita kupní síly znamená, že lze za tuto měnu koupit stejné množství zboží a služeb doma i v zahraničí. Měna má stejnou kupní sílu doma i v zahraničí.“ Teorie parity kupní síly se ale netýká ceny jednoho zboží, ale týká se cenových hladin ve různých zemích. (Holman 2002). Abych tedy mohla porovnávat HDP v různých zemích, bude v paritě kupní síly v amerických dolarech.

„Všeobecně se předpokládá, že čím vyšší má země HDP na jednoho obyvatele podle parity kupní síly, tím je ekonomicky vyspělejší.“ (Zemánek J., 2007)

Mojmír Helísek (2000) uvádí, že k přepočtu HDP jednotlivých zemí na můžeme použít aktuální nominální měnový kurz k určitému datu, případně jeho průměr za určité období. Výsledky však nemusí být vždy smysluplné, neboť měnový kurz odráží řadu vlivů. Výkyvy kursu (např. jako regulační opatření s cílem stimulace exportu) budou spojeny se změnami ukazatele ekonomické úrovně, vyjádření ve společné měnové jednotce, bez ohledu na produkční schopnosti dané ekonomiky. V čase pak může dojít k velkým výkyvům v tomto ukazateli v důsledku kursových výkyvů, aniž by tyto změny měl základ v vývoji reálného produktu. Proto často bývá pro měnový přepočet používán přepočet podle parity (tj. rovnosti) kupní síly národních měn. (Helísek 2000)

Helísek (2000) dále uvádí, že v posledních letech je ve statistických přehledech preferován HDP před HNP z důvodu užšího spojení s vývojem dané ekonomiky. HNP je hrubý národní produkt. Představuje výsledek fungování výrobních faktorů ve vlastnictví rezidentů dané země. HDP (hrubý domácí produkt je oproti tomu výsledkem fungování výrobních faktorů umístěných v dané zemi („doma“), bez ohledu na to, kdo je jejich vlastníkem. (Helísek 2000)

4.4.1 Zdroj a kvalita dat

Data o HDP na osobu (v paritě kupní síly v amerických dolarech) jsem čerpala ze stránek Nation Master. Tato stránka byla vytvořena společností Rapid Intelligence. Jedná se o společnost zabývající se webovými technologiemi. Tato společnost sídlí v Sydney, Austrálii. Všechny statistiky, které se na stránce nacházejí, pocházejí z jiných zdrojů. Má data o HDP na osobu (v paritě kupní síly) pocházejí z databáze World Development Indicators a CIA World Factbook. The World Factbook je publikací společnosti Central Intelligence Agency. Ta byla založena v roce 1947 podepsáním dokumentu National Security Act (Zákon o národní

bezpečnosti) prezidentem Harry S. Trumanem.¹³ Databáze World Development Indicators je databází Světové banky (The World Bank).

Jak už jsem uvedla, výpočty bohatství zemí založené na usuzování z hrubého domácího produktu na osobu v paritě kupní síly v amerických dolarech provádí například Mezinárodní měnový fond nebo Světová banka. Výsledky získané z různých organizací, které se vztahují k jedné zemi, se ale mají tendenci lišit, někdy i podstatně. I v tomto případě, stejně jako u výdajů na zdravotnictví na osobu (v paritě kupní síly v amerických dolarech), se tedy nedá určit přesná hodnota HDP na osobu (v paritě kupní síly v amerických dolarech).

Hlavním problémem, který je spojen s výpočtem HDP je skutečnosti, že existuje stínová ekonomika. Martin Fassmann (2000) uvádí, že stínovou ekonomiku můžeme charakterizovat jako ty příjmy, resp. činnosti, jejichž nejbytostnějším zájmem je, aby zůstaly skryty (alespoň před orgány státního represivního aparátu), dále neformální aktivity nebo transakce, které nezahrnují platby a které jsou určeny ušetřit nákupy a konečně ty činnosti, které v konečném důsledku sice vedou k oficiálním příjmům, ale jejichž samotný zdroj, či lépe řečeno cesta jejich nabytí je v rozporu s platnými zákonnými pravidly, nařízeními a dohodami. Stínovou ekonomiku lze členit do tří podmnožin – černá ekonomika, šedá ekonomika a domácí produkce. Černá ekonomika je kriminální činnost, jejíž podstata je nelegální (pašování drog, obchod s bílým masem a zbraněmi, podvody, defraudace, krádeže či tisk falešných bankovek). Šedá ekonomika zahrnuje činnosti svojí podstatou legální, ale které jsou skrývány před úřady. Důvodem jsou snahy vyhnout se zdanění nebo regulacím (práce na černo, daňové úniky, prodej nekolkovaného alkoholu nebo cigaret, všechny druhy licencovaných činností prováděných bez licence). Domácí činnost zahrnuje činnosti prováděné členy domácností doma či ve svém okolí, zpravidla bezplatně nebo na bázi barteru. Jsou určeny k tomu, aby ušetřily nákupy (úklid domácnosti, péče o oděvy, dům či byt, drobná pěstitelská a chovatelská činnost, svépomocné činnosti či sousedská výpomoc). Tyto činnosti jsou zcela legální a neškodné. (Fassmann 2000)

¹³ Viz jejich internetové stránky: <https://www.cia.gov/about-cia/index.html>.

| | |
|------------------------|---------------------------------------|
| x_1, x_2, \dots, x_n | nezavislé (vysvětlující) proměnné |
| b_1, b_2, \dots, b_n | regresní koeficienty |
| b_0 | průměrník osy Y, nebo konstantní člen |
| ξ | chyba (náhodná složka) |

Pokud tento vzorec aplikujeme na konkrétní problém této práce, dostaneme následující regresní modely:

$$HE = b_0 + b_1HDP + b_2PDI + \xi \quad (\text{rovnice č. 5.1.2})$$

$$HE = b_0 + b_1HDP + b_2IDV + \xi \quad (\text{rovnice č. 5.1.3})$$

$$HE = b_0 + b_1HDP + b_2MAS + \xi \quad (\text{rovnice č. 5.1.4})$$

$$HE = b_0 + b_1HDP + b_2UAI + \xi \quad (\text{rovnice č. 5.1.5})$$

| | |
|-----|--|
| HE | výdaje na zdravotnictví na osobu (v paritě kupní síly v amerických dolarech) |
| PDI | vztah k autoritě - vzdálenost moci |
| IDV | individualismus - kolektivismus |
| MAS | maskulinita - femininita |
| UAI | vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě |

Pro můj výzkum je důležité, že regresní analýza umožňuje přidání více proměnných. Z toho vyplývá, že mohu uvažovat vliv více nezávislých proměnných na závislou proměnnou. To mi umožní odfiltrout vliv dalších faktorů. Omezím tím také možná zkreslení výsledků. Korelační analýza přidání třetí proměnné neumožňuje, zkreslení výsledků je tedy větší. (Hendl 2006) V mém výzkumu jsou závislou proměnnou výdaje na zdravotnictví na osobu (v paritě kupní síly v amerických dolarech). Díky regresní analýze mohu uvažovat více nezávislých proměnných, které působí na výši výdajů na zdravotnictví na osobu. Jednou z těchto nezávislých proměnných je HDP na osobu (v paritě kupní síly v amerických dolarech). K této nezávislé proměnné mohu přidat další proměnné a zjistit, jak se vztah mezi proměnnými změní. Jako další nezávislé proměnné používám ve svém výzkumu PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci), UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě), IND (individualismus - kolektivismus) a MAS (maskulinita - femininita).¹⁶

¹⁶ Viz kapitola 2.3 Kulturní dimenze podle Hofstedeho.

Regresní analýza nám také umožňuje grafické znázornění zjištěných vztahů. V regresní analýze se především zajímáme o změny podmíněných průměrů vysvětlované (závisle proměnné) při změnách vysvětlujících proměnných (nezávisle proměnných). Graficky je snadné znázornit i průběh podmíněných průměrů jedné proměnné k různým hodnotám jiné proměnné. To nám umožňuje identifikovat odlehlé pozorování a z analýzy ho vyřadit, protože odlehlá pozorování mohou výrazně zkreslit zjištěné výsledky. (Hindls, Hronová, Seger 2007)

Na základě regresní funkce můžeme odhadovat průměrné hodnoty závislé proměnné při zvolených hodnotách nezávisle proměnných. Při regresní analýze je důležité dbát na správnost vstupních dat. Data musí rovněž pocházet ze stejného roku. (Hindls, Hronová, Seger 2007) Já mám k dispozici data k výdajům na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu (v paritě kupní síly v amerických dolarech) – obojí za rok 2003, aby se data dala porovnávat. Důležitá je rovněž velikost zkoumaného vzorku. (Hindls, Hronová, Seger 2007) Ve svém výzkumu mám k dispozici data pro 61 zemí.

Podle Hindlse (2007) není snaha přidávat další a další vysvětlující proměnné do modelu účelná. Jednak takový model je někdy už jenom velmi obtížně interpretovatelný, jednak do něho můžeme „zanést“ silnou multikolinearitu a tím jej znehodnotit. Dá se říci, že vysvětlující proměnná, která silně koreluje s jinou vysvětlující proměnnou, víceméně jen opakuje informaci, která je již v modelu obsažena, ale zato rychle snižuje naději modelu na kvalitní odhad jeho parametrů. (Hindls 2007) Na druhou stranu ale, pokud do modelu nedáme proměnnou, která tam patří, výsledné koeficienty a P hodnoty mohou být zkreslené. V mém výzkumu je nejdůležitější nezávislou proměnnou, která souvisí s výdaji na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu. Tento vztah byl již zkoumán a potvrzen.¹⁷ Jako další nezávislé proměnné používám PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci), UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě), IND (individualismus - kolektivismus) a MAS (maskulinita - femininita).¹⁸ Pokud zvolíme více proměnných, může se stát, že mezi vysvětlující proměnné zahrneme i činitele, kteří nejsou podstatní a mohou výslednou analýzu zkomplikovat.

Hindls, Hronová, Seger (2007) uvádějí, že při používání vícenásobné regrese je nutno přihlížet také k multikolinearitě – závislosti mezi vysvětlujícími proměnnými. Vysvětlující proměnné regresního modelu (někdy se jim také souhrnně říká *regresory*) mohou být vzájemně nezávislé nebo mezi nimi může existovat závislost. Případná multikolinearita může ovlivnit kvalitu a vypovídající schopnost regresního modelu. Důležitým indikátorem multikolinearity je hodnota determinantu korelační matice. Jsou-li všechny dvojice vysvětlujících proměnných

¹⁷ Viz kapitola 1.3.1 Determinanty výdajů na zdravotnictví.

¹⁸ Viz kapitola 2.3 Kulturní dimenze podle Hofstedeho.

párově nekorelované, tj. všechny korelační koeficienty jsou rovny nule a multikolinearita neexistuje, pak má matice podobu:

$$\mathbf{R} = \begin{bmatrix} 1 & 0 & \dots & 0 \\ 0 & 1 & \dots & 0 \\ 0 & 0 & \dots & 0 \\ \dots & \dots & \dots & \dots \\ 0 & 0 & \dots & 1 \end{bmatrix}$$

(rovnice č. 5.1.6)

A její determinant je roven 1. Věcně je taková situace zcela výjimečná. To samé můžeme říct o úplné formě multikolinearity, kdy je korelace mezi vysvětlujícími proměnnými rovna 1.

Doporučení pro to, jak identifikovat, kdy rozměr multikolinearity již překročil únosnou mez, je celá řada. Jedno z nich uvádí, že je multikolinearita v zásadě škodlivá, když některý z korelačních koeficientů vysvětlujících proměnných překročí hodnotu cca 0,75. (Hindls, Hronová, Seger 2007) Tato metoda je ale pouze orientační, statisticky korektní metoda je například použití VIF (variance inflation factor neboli metoda rozptylového faktoru), jehož hodnota nesmí u žádné vysvětlující proměnné překročit 5 (Allison 1999)

VIF statisticky ukazují, jak multikolinearita, která v daném modelu přítomná, zvýší variabilitu regresních koeficientů v porovnání s případem, kdy jsou vysvětlující proměnné lineárně nezávislé. VIF lze vypočítat ve třech krocích. Nejprve si vypočítáme hodnotu spolehlivosti R , kterou zjistíme z regresní analýzy dvou nezávisle proměnných. Poté spočítáme VIF podle vzorce:

$$\mathbf{VIF} = \frac{1}{1 - R_i^2} \quad (\text{rovnice č. 5.1.7})$$

Posledním krokem, který musíme udělat je porovnat výsledek této rovnice s hodnotou 5. Platí, že hodnota VIF musí být menší než 5. (Allison 1999)

Dalším doporučení, jak identifikovat, kdy rozměr multikolinearity již překročil únosnou mez, je už exaktnější a nese název Farrarův-Glauberův test. Ten však někdy bývá založen na obtížně splnitelných předpokladech. (Hindls, Hronová, Seger 2007)

6 Stanovení hypotéz

Mou centrální hypotézou je, že výdaje na zdravotnictví na osobu souvisí s kulturními hodnotami obyvatelstva, jejichž indikátorem jsou v mém výzkumu kulturní dimenze podle Hofstedeho (2006). Ve svém výzkumném projektu jsem použila čtyři kulturní dimenze, které definoval Hofstede. Jedná se o PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci), UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě), IND (individualismus - kolektivismus) a MAS (maskulinita - femininita).¹⁹

Dílní hypotézy jsou

- čím je větší PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci), tím jsou menší výdaje na zdravotnictví
- čím je větší UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě), tím jsou větší výdaje na zdravotnictví
- čím je větší IND (individualismus - kolektivismus), tím jsou větší výdaje na zdravotnictví
- čím je větší MAS (maskulinita - femininita), tím jsou menší výdaje na zdravotnictví

Předpokládám, že výdaje na zdravotnictví budou také souviset s bohatstvím zemí, které budu měřit hodnotou HDP na osobu. Další dílní hypotéza se tedy bude týkat hrubého domácího produktu.

- čím je větší HDP, tím jsou větší výdaje na zdravotnictví

6.1 Zdůvodnění hypotéz

6.1.1 Vztah mezi HDP a výdaji na zdravotnictví

Bohaté země mají finanční prostředky, které mohou vynaložit na zdravotnictví. Chudé země by třeba rády investovaly více do zdravotnictví, nedostatek financí jim to ale neumožňuje. Souvislostí bohatství zemí – měřeného hrubým domácím produktem se již zabývali někteří badatelé, jak jsem uvedla v kapitole 1.2. Ústav zdravotnických informací a statistiky však uvádí: „Nelze zjednodušeně konstatovat, že obecně ekonomicky silnější země si mohou dovolit vydat na zdravotnictví relativně výše, zatímco země hospodářsky slabší musí výdaje pečlivě zvažovat. Řecko a Portugalsko, tedy státy nám ekonomickým výkonem nejbližší, vynakládají na zdravotnictví přes 9% HDP.“ (ÚZIS 2004) Dá se tedy

¹⁹ Viz kapitola 2.3 Kulturní dimenze podle Hofstedeho.

předpokládat, že to, kolik budou jednotlivé země investovat do zdravotnictví nezáleží pouze na HDP.

To, že podíl zdravotnictví na HDP roste, není překvapující. S tím, jak roste míra materiálního nasycení, jsou lidé ochotni relativně více investovat i do delší doby dožití a kvalitnějšího stáří.

6.1.2 Vztah mezi PDI a výdaji na zdravotnictví

Hofstede (2006) uvádí, že v zemích s malým PDI musí být užití moci podřízeno zákonům. Ve společnosti je široká střední třída a nerovnost je považována za nežádoucí. Proto se právě ony budou snažit o stejné podmínky pro všechny. (Hofstede 2006) Z toho jsem předpokládala, že budou tedy usilovat i o stejný přístup k zdravotní péči. Proto měly mít tyto země podle mé hypotézy větší výdaje na zdravotnictví než země, ve kterých je PDI vysoké. Důležité je však také HDP, tedy bohatství zemí.

6.1.3 Vztah mezi IND a výdaji na zdravotnictví

Podle Hofstedeho (2006) je v individualistických zemích ve středu zájmu „já“, je ceněn vlastní názor a člověk se rozhoduje jako individuum. Člověk se tedy stará hlavně o sebe a své zdraví. Takový člověk rovněž chce být úspěšný v práci. Aby ale mohl pracovat, musí být zdravý. Proto bude investovat do svého zdraví. To je nezaměnitelným statkem, který se nedá darovat. Hofstede (2006) také uvádí, že v individualistické kultuře převládá nukleární rodina a jedinec je veden k tomu, aby se osamostatnil a staral se o sebe sám. V případě nemoci se o takého jedince musí postarat stát, proto by měly být větší i výdaje na zdravotnictví. Hofstede uvádí (2006), že v zemích kolektivistických je kladen důraz na „my“ – skupinu, rodiny jsou široké, „my“ vystupuje proti „oni“. I kdyby vydělával jen jeden člen rodiny, plat rozdělí mezi její členy. (Hofstede 2006) V případě potřeby by se o nemocného člověka postarala početná rodina.

Tato dimenze podle Hofstedeho (2006) koreluje s hrubým domácím produktem (HDP, který vyjadřuje bohatství zemí. Domnívá se, že není pravda, že čím je větší individualismus, tím je větší HDP. Vztah je negativní, opačný – čím země více bohatnou, tím se stávají individualističtějšími. Negativní korelace je rovněž mezi vzdáleností moci a individualismem – čím je větší individualismus, tím je menší vzdálenost moci. Nemůžeme však tyto dimenze spojit v jednu, protože obě dimenze korelují s HDP. (Hofstede 2006)

6.1.4 Vztah mezi MAS a výdaji na zdravotnictví

Hofstede (2006) uvádí, že v zemích s větší MAS (maskulinita - femininita) panuje menší solidarita, každý se má o sebe postarat sám. Také je menší ochota pomoci. (Hofstede 2006) Proto jsem předpokládala, že budou investovat do zdravotnictví méně. Podle Hofstedeho (2006) je ve femininní společnosti naopak velká sociální podpora, sociální cítění a tolerance vysokých daní. Snahou je zajistit minimální kvalitu života pro každého. (Hofstede 2006) Proto podle mne tyto země měly usilovat o dobrou lékařskou péči pro všechny, tudíž měly mít větší výdaje na zdravotnictví. Tato má hypotéza ale nebyla potvrzena. Podle Hofstedeho (2006) se ale maskulinní společnosti zase orientují na výkon a úspěch. Z toho bychom mohli vyvodit, že se budou lidé z těchto společností starat výhradně o sebe a o své zdraví. Takže mohou být vysoké pouze soukromé výdaje na zdravotnictví, což může ovlivnit celkovou výši na zdravotnictví. Podle Hofstedeho (2006) se tedy lidé z maskulinních společností orientují na výkon. Aby ale byli ve své práci úspěšní, musí být zdraví. Proto budou pravděpodobně investovat do svého zdraví více. I v tomto případě je důležitý hlavně vztah mezi výdaji na zdravotnictví a HDP na osobu (bohatství země).

6.1.5 Vztah mezi UAI a výdaji na zdravotnictví

Hofstede (2006) uvádí, že země s větším UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě) mají nízkou ochotu operovat s nejistotou. Vytváří velké množství striktních pravidel a upřednostňují stabilní sociální vztahy a pevné normy. (Hofstede 2006) Aby se tedy vyhnuly nejistotě, mohou dávat více peněz do zdravotnictví (vyšší výdaje na zdravotnictví). Naopak země s malým UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě) jsou podle Hofstedeho (2006) mnohem více soutěživé. Konflikt je přijímán jako běžná součást života. Lidí jsou tolerantnější, snadněji přijímají změny a jsou ochotní více riskovat. V těchto společnostech je méně stresu, neboť nejistota a nejasnost je brána jako běžná součást života. (Hofstede 2006) Proto nebudou podle mne tolik investovat do zdravotnictví. Nebudou se tak úzkostně obávat o své zdraví. I zde bude statisticky významné bohatství země měřené výší HDP.

7 Analýza

V této části práce uvádím výsledky regresní analýzy, na jejíž základě interpretuji výsledky. Pro tuto práci zvolím hladinu významnosti 5%. To znamená, že aby byl vztah mezi proměnnými statisticky významný na zvolené hladině významnosti, musí být relativní hodnota P menší než 0,05.

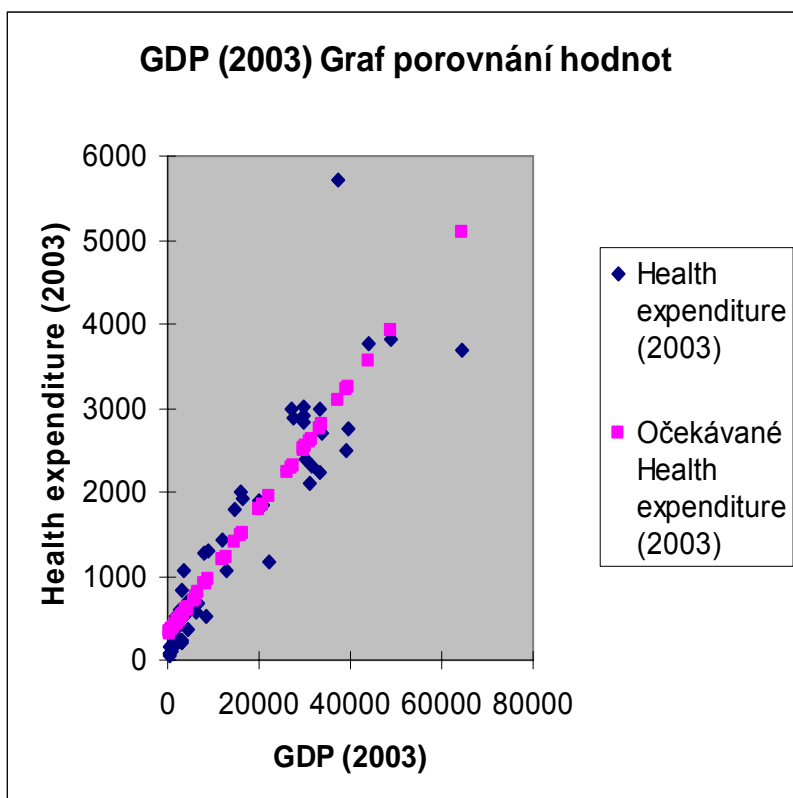
Následující grafy a tabulky zobrazují výsledky regresní analýzy, k nimž jsem dospěla aplikováním zmíněného analytického vzorce na výchozí data.

Nejprve uvádím regresní analýzu výdajů na zdravotnictví na osobu (na jedné straně jako závislá proměnná) a HDP na osobu (na druhé straně jako nezávislá proměnná) - oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech. Vzhledem k tomu, že Spojené státy americké se ukázaly jako odlehlé pozorování (mají příliš vysoké výdaje na zdravotnictví vzhledem k HDP), musela jsem je v dalším kroku z analýzy vyřadit. Dále tedy uvádím výsledky regresní analýzy bez Spojených států. Poté jsem k této regresní analýze výdajů na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu (obojí v paritě kupní síly), ze které byly vyřazeny Spojené státy jako odlehlé pozorování, postupně přidávala kulturní dimenze podle Hofstedeho (2006). Těmito dimenzemi jsou PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci), IDV (individualismus - kolektivismus), MAS (maskulinita - femininita) a UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě).²⁰

7.1 Výsledky regresní analýzy: výdaje na zdravotnictví na osobu versus HDP na osobu (obojí v paritě kupní síly v amerických dolarech)

Graf 7.1.1. Výdaje na zdravotnictví na osobu versus HDP na osobu (obojí v paritě kupní síly v amerických dolarech)

²⁰ Viz kapitola 2.3 Kulturní dimenze podle Hofstedeho.



Zdroj: výpočty autorky

Graf 7.1.1 ukazuje vztah mezi výdaji na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech). V tomto grafu má regresní přímka rostoucí průběh. To znamená, že čím větší bude HDP, tím jsou větší výdaje na zdravotnictví.²¹

Podíváme-li se na graf 7.1.1, je třeba upozornit na bod, který se nachází u hodnoty 6000. Ten představuje hodnotu výdajů na zdravotnictví ve Spojených státech amerických. V této zemi jsou výdaje na zdravotnictví na osobu vysoké. Jedná se tedy o hodnotu, která může výsledný charakter regresní přímky výrazně ovlivnit a může být vnímána jako odlehlé pozorování.

²¹ Statistická analýza samotná však neprokazuje směr vztahu. Ten může být opačný – čím budou větší výdaje na zdravotnictví, tím bude větší HDP.

Tabulka 7.1.2 Výsledky regresní analýzy výdajů na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) – regresní statistika

| <i>Regresní statistika</i> | |
|-----------------------------------|---------|
| Násobné R | 0,917 |
| Hodnota spolehlivosti R | 0,842 |
| Nastavená hodnota spolehlivosti R | 0,839 |
| Chyba stř. hodnoty | 497,815 |
| Pozorování | 61 |

Z tabulky 7.1.2 můžeme vyčíst, že hodnota spolehlivosti R je 0,842. S použitím jedné nezávislé proměnné (HDP na osobu) jsem tedy vysvětlila 84% závislé proměnné (výdaje na zdravotnictví na osobu).²²

Tabulka 7.1.3 Výsledky regresní analýzy výdajů na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech)

| | <i>Koeficienty</i> | <i>Chyba stř. hodnoty</i> | <i>t stat</i> | <i>Hodnota P</i> |
|------------|--------------------|---------------------------|---------------|------------------|
| Hranice | 288,573 | 88,369 | 3,266 | 0,002 |
| GDP (2003) | 0,074 | 0,004 | 17,70 | 0,00 |

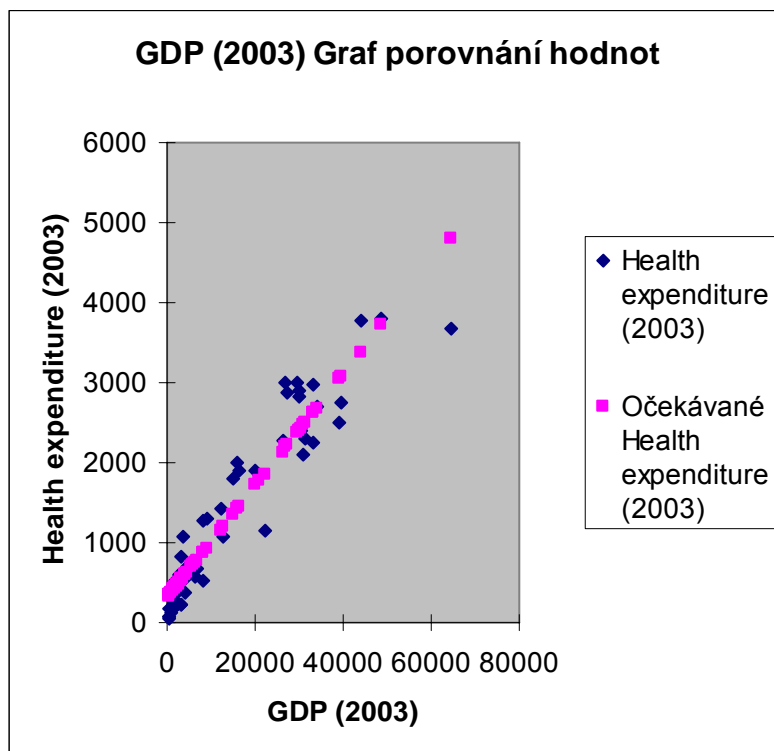
Tabulka 7.1.3 ukazuje odhad regresních koeficientů. Rovněž z ní lze vyčíst, že hodnota P naší nezávislé proměnné (HDP na osobu) je 0,00. Je tedy menší než 0,05. Vztah mezi výdaji na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu je tedy statisticky významný na hladině významnosti 5%. Kladné znaménko před koeficientem znamená, že čím větší bude HDP, tím větší budou výdaje na zdravotnictví.²³

Jak už jsem zmínila na začátku, v grafu 7.1.1 se vyskytuje odlehlé pozorování. Jedná se o hodnotu výdajů na zdravotnictví ve Spojených státech. Proto provedu regresní analýzy výdajů na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu znovu, ale tentokrát z analýzy vyřadím Spojené státy.

²² Po přidání další nezávislé proměnné se však může hodnota spolehlivosti změnit.

²³ Statistická analýza samotná však neprokazuje směr vztahu. Ten může být opačný – čím budou větší výdaje na zdravotnictví, tím bude větší HDP.

Graf 7.1.4 Výdaje na zdravotnictví na osobu versus HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) po odstranění odlehlého pozorování



Zdroj: výpočty autorky

Graf 7.1.4 zobrazuje výslednou regresní přímku vztahu výdajů na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu po odebrání odlehlých pozorování. Přímka má stále rostoucí průběh.

Tabulka 7.1.5 Výsledky regresní analýzy výdajů na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) po odstranění odlehlého pozorování – regresní statistika

| <i>Regresní statistika</i> | |
|-----------------------------------|---------|
| Násobné R | 0,949 |
| Hodnota spolehlivosti R | 0,90 |
| Nastavená hodnota spolehlivosti R | 0,899 |
| Chyba stř. hodnoty | 354,835 |
| Pozorování | 60 |

Z tabulky 7.1.5 můžeme vyčíst, že hodnota spolehlivosti R je 0,90. S použitím jedné nezávislé proměnné (HDP na osobu) jsem tedy nyní vysvětlila 90% mojí závislé proměnné (výdaje na zdravotnictví na osobu).²⁴ Po odstranění odlehlého pozorování se hodnota spolehlivosti R zvedla o 6% (v regresní analýze výdajů na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu byla hodnota spolehlivosti R 0,842 – i se Spojenými státy). Souvislost výdajů na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu byla tedy potvrzena na hladině významnosti 5%.

Tabulka 7.1.6 Výdaje na zdravotnictví na osobu versus HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) po odstranění odlehlého pozorování

| | <i>Koeficienty</i> | <i>Chyba stř. hodnoty</i> | <i>t stat</i> | <i>Hodnota P</i> |
|------------|--------------------|---------------------------|---------------|------------------|
| Hranice | 309,234 | 63,046 | 4,905 | 0,00 |
| GDP (2003) | 0,07 | 0,003 | 22,869 | 0,00 |

Hodnoty v tabulce 7.1.5 i nadále prokazují existenci vztahu mezi těmito dvěma proměnnými. Koeficient (HDP na osobu) je stále větší než nula a hodnota P (HDP na osobu) je stále velmi malá.

7.1.7 Závěr regresní analýzy výdajů na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech)

Výsledky regresní analýzy tedy ukázaly, že země, které mají větší HDP, mají také větší výdaje na zdravotnictví. Tato statistická závislost se ukázala jako významná. Vycházela jsem přitom ze statistické významnosti 5%. V grafu 7.1.1 jsem upozorovala jedno odlehlé pozorování. Byla jím hodnota výdajů na zdravotnictví ve Spojených státech. Proto jsem je z další regresní analýzy výdajů na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu vyřadila. Statistická závislost mezi oběma proměnnými byla stále významná. Mohu tedy konstatovat, že HDP na osobu je důležitá proměnná, kterou musím ve svém výzkumu vždy brát v úvahu. Tím byla potvrzena moje hypotéza, která říká, že čím větší je HDP na osobu, tím jsou větší výdaje na zdravotnictví.

²⁴ Po přidání další nezávislé proměnné se však může hodnota spolehlivosti změnit.

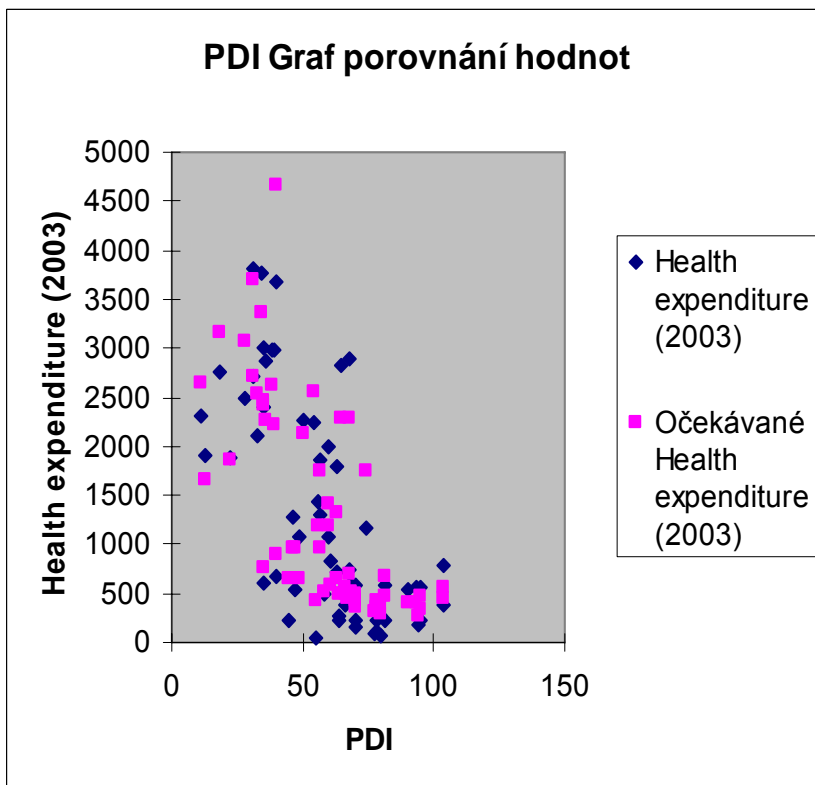
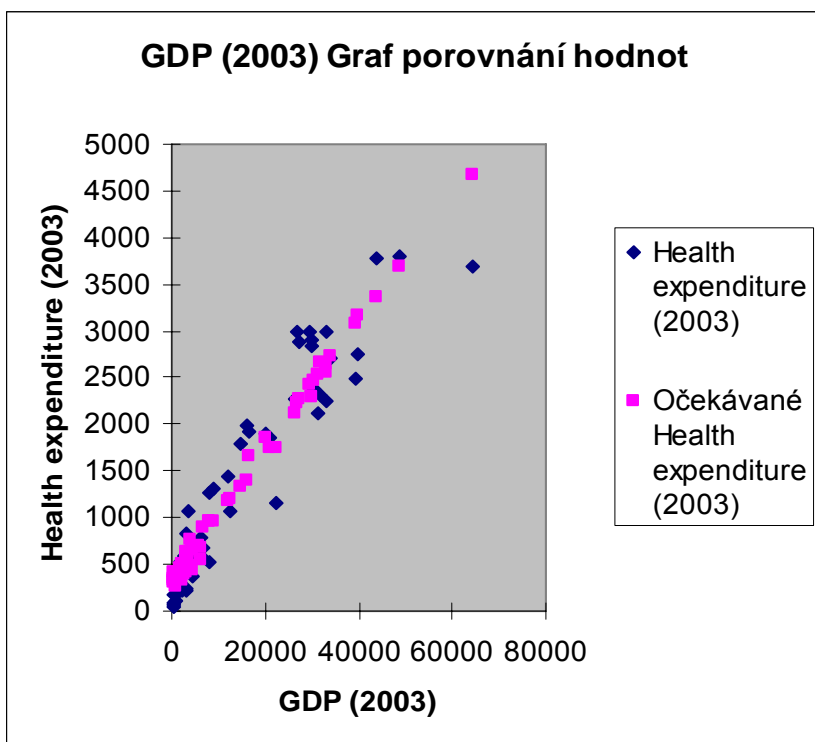
Bohaté země mají finanční prostředky, které mohou vynaložit na zdravotnictví. Chudé země by třeba rády investovaly více do zdravotnictví, nedostatek financí jim to ale neumožňuje. Souvislostí bohatství zemí – měřeného hrubým domácím produktem se již zabývali někteří badatelé, jak jsem uvedla v kapitole 1.2. Ústav zdravotnických informací a statistiky však uvádí: „Nelze zjednodušeně konstatovat, že obecně ekonomicky silnější země si mohou dovolit vydat na zdravotnictví relativně výše, zatímco země hospodářsky slabší musí výdaje pečlivě zvažovat. Řecko a Portugalsko, tedy státy nám ekonomickým výkonem nejbližší, vynakládají na zdravotnictví přes 9% HDP.“ (ÚZIS 2004) Dá se tedy předpokládat, že to, kolik budou jednotlivé země investovat do zdravotnictví nezáleží pouze na HDP.

7.2 Výsledky regresní analýzy: výdaje na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) a PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci) po odstranění odlehlého pozorování

V kapitole 7.1 jsem zkoumala souvislost mezi výdaji na zdravotnictví na osobu (závislá proměnná) a nezávislou proměnnou HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech). Tato statistická závislost se ukázala jako významná. Nyní k této analýze přidám druhou nezávislou proměnnou PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci), abych tak zjistila, jestli se vztah mezi proměnnými nějak změní.

Rovněž jsem rovnou z regresní analýzy vyřadila Spojené státy, protože předchozí analýza ukázala, že se jedná o odlehlé pozorování, které by mohlo výrazně ovlivnit výsledný charakter regresní přímky. Spojené státy totiž mají vysoké výdaje na zdravotnictví na osobu. Udělala jsem tedy regresní analýzy výdajů na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) a PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci). Z analýzy jsem odstranila Spojené státy. Získala jsem následující regresní přímku dle grafu 7.2.1.

Graf 7.2.1 Výdaje na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) a PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci) po odstranění odlehlého pozorování



Zdroj: výpočty autorky

Tabulka 7.2.2 Výsledky regresní analýzy výdajů na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) a PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci) po odstranění odlehlého pozorování – regresní statistika

| <i>Regresní statistika</i> | |
|-----------------------------------|---------|
| Násobné R | 0,95 |
| Hodnota spolehlivosti R | 0,91 |
| Nastavená hodnota spolehlivosti R | 0,902 |
| Chyba stř. hodnoty | 348,336 |
| Pozorování | 60 |

Z tabulky 7.2.2 můžeme vyčíst, že hodnota spolehlivosti R je 0,91. S použitím dvou nezávislých proměnných (HDP na osobu a PDI) jsem tedy vysvětlila 91% závislé proměnné (výdaje na zdravotnictví na osobu). Se dvěma nezávislými proměnnými se hodnota spolehlivosti R zvedla o 1% (v regresní analýze výdajů na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu po odstranění odlehlého pozorování byla hodnota spolehlivosti R 0,90).

Tabulka 7.2.3 Výsledky regresní analýzy výdajů na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) a PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci) po odstranění odlehlého pozorování

| | <i>Koeficienty</i> | <i>Chyba stř. hodnoty</i> | <i>t stat</i> | <i>Hodnota P</i> |
|------------|--------------------|---------------------------|---------------|------------------|
| Hranice | 647,072 | 199,18 | 3,249 | 0,002 |
| GDP (2003) | 0,065 | 0,004 | 16,724 | 0,00 |
| PDI | -4,689 | 2,628 | -1,784 | 0,08 |

Tabulka 7.2.3 ukazuje odhad regresních koeficientů. Rovněž z ní lze vyčíst, že hodnota P naší nezávislé proměnné (HDP na osobu) je 0,00. Je tedy menší než 0,05. Vztah mezi výdaji na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu je tedy stále statisticky významný na hladině významnosti 5%. Kladné znaménko před koeficientem znamená, že čím je větší HDP, tím jsou větší výdaje na zdravotnictví.²⁵

²⁵ Statistická analýza samotná však neprokazuje směr vztahu. Ten může být opačný.

Hodnota P nezávislé proměnné PDI je 0,08. Je tedy větší než 0,05. To znamená, že vztah mezi výdaji na zdravotnictví na osobu a PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci) je statisticky nevýznamný na hladině významnosti 5%.

Tento vztah mezi výdaji na zdravotnictví na osobu a PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci) jsem zkoumala i samostatně – bez HDP na osobu a po odstranění odlehlého pozorování (Spojených států). Výsledný graf a tabulky můžete nalézt v příloze č. 3. Zmíněný graf má klesající průběh. To znamená, že čím větší je PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci), tím jsou menší výdaje na zdravotnictví.²⁶ Hodnota P nezávislé proměnné PDI je 0,00. Je tedy menší než 0,05. Vztah mezi výdaji na zdravotnictví na osobu a PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci) je tedy statisticky významný na hladině významnosti 5%. Záporné znaménko před koeficientem znamená, že čím větší je hodnota PDI, tím menší jsou výdaje na zdravotnictví na osobu.²⁷ Nicméně poté, co jsem přidala do regresní analýzy i HDP na osobu, PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci) bylo prokázáno jako statisticky nevýznamné na hladině významnosti 5%. Co se týče výdajů na zdravotnictví, je tedy důležité především HDP. To je důležitým determinantem výdajů na zdravotnictví. PDI bylo potvrzeno jako statisticky nevýznamné.

7.2.4 Závěr regresní analýzy výdajů na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly) a PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci) po odstranění odlehlého pozorování

Výsledky regresní analýzy tedy potvrdily, že země, které mají větší HDP, mají také větší výdaje na zdravotnictví – a to i po přidání druhé nezávislé proměnné PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci). Tato statistická závislost se ukázala jako významná. Vycházela jsem přitom ze statistické významnosti 5%. Z regresní analýzy jsem rovnou vyřadila Spojené státy, protože předchozí analýza prokázala, že se jedná o odlehlé pozorování.

Naopak nezávislá proměnná PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci) byla prokázána jako statisticky nevýznamná. Statisticky významná byla jen tehdy, když jsem nebrala v úvahu nezávislou proměnnou HDP na osobu. Moje hypotéza, která uvádí, že čím je větší PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci), tím jsou menší výdaje na zdravotnictví, se tedy potvrdila jen tehdy, když jsem nebrala v úvahu HDP na osobu. Tato hypotéza se

²⁶ Statistická analýza samotná však neprokazuje směr vztahu. Ten může být opačný.

²⁷ Statistická analýza samotná však neprokazuje směr vztahu. Ten může být opačný.

nepotvrdila, když vezmeme v úvahu HDP na osobu, což znamená, že výše HDP na osobu je důležitější proměnnou než PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci). Bohatší země (měřeno HDP na osobu) tedy mají vyšší výdaje na zdravotnictví.

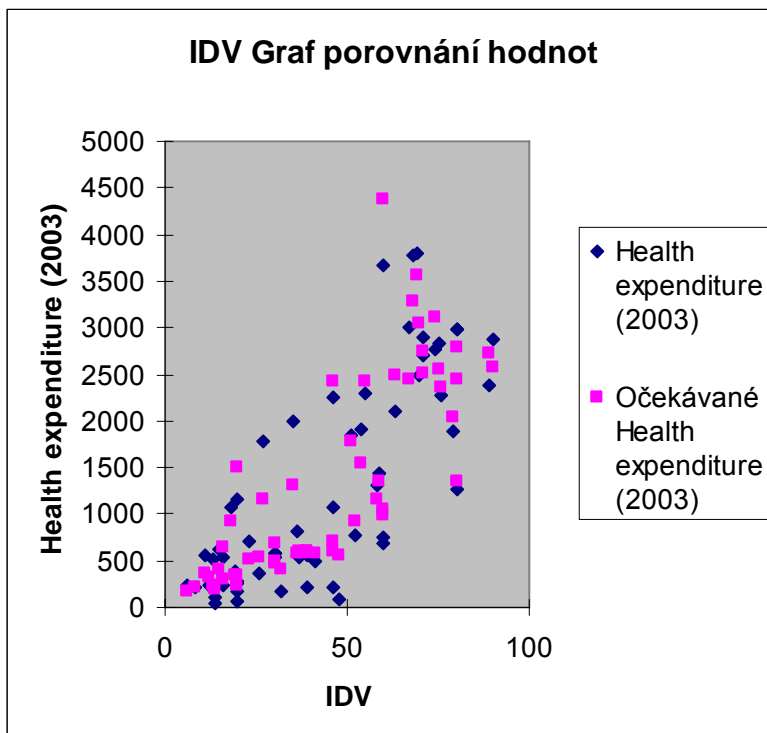
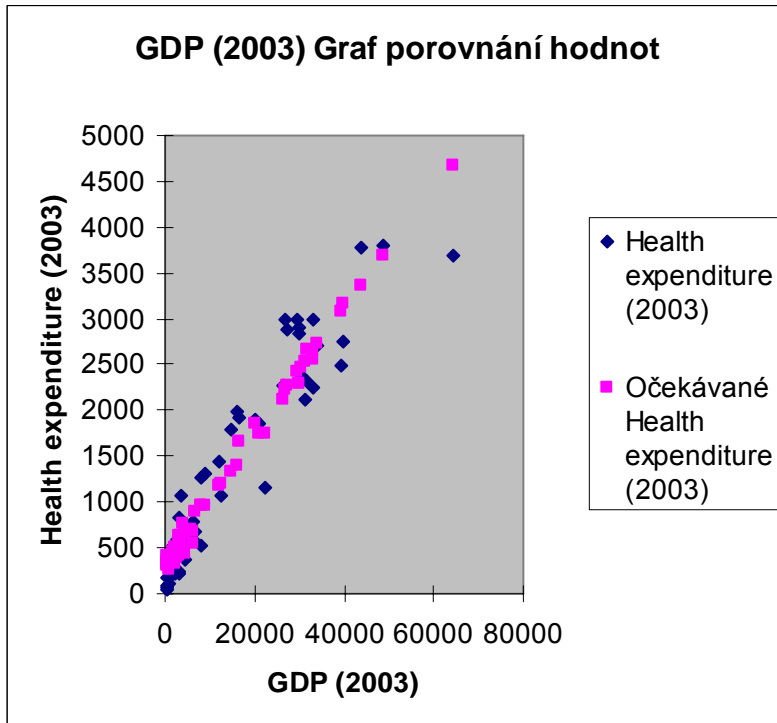
Hofstede (2006) uvádí, že v zemích s malým PDI musí být užití moci podřízeno zákonům. Ve společnosti je široká střední třída a nerovnost je považována za nežádoucí. Proto se právě ony budou snažit o stejné podmínky pro všechny. (Hofstede 2006) Z toho jsem předpokládala, že budou tedy usilovat i o stejný přístup k zdravotní péči. Proto měly mít tyto země podle mé hypotézy větší výdaje na zdravotnictví než země, ve kterých je PDI vysoké. Tato hypotéza však byla potvrzena pouze tehdy, když jsem nebrala v úvahu bohatství zemí (měřené HDP na osobu). Bohatství zemí je tedy rozhodující proměnná.

7.3 Výsledky regresní analýzy: výdaje na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) a IDV (individualismus - kolektivismus) po odstranění odlehlého pozorování

V kapitole 7.1 jsem zkoumala souvislost mezi výdaji na zdravotnictví na osobu (závislá proměnná) a nezávislou proměnnou HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech). Tato statistická závislost se ukázala jako významná. Nyní k této analýze přidám druhou nezávislou proměnnou IDV (individualismus - kolektivismus), abych tak zjistila, jestli se vztah mezi proměnnými nějak změní.

Rovněž jsem rovnou z regresní analýzy vyřadila Spojené státy, protože předchozí analýza ukázala, že se jedná o odlehlé pozorování, které by mohlo výrazně ovlivnit výsledný charakter regresní přímky. Spojené státy totiž mají vysoké výdaje na zdravotnictví na osobu. Udělala jsem tedy regresní analýzy výdajů na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) a IDV (individualismus - kolektivismus). Z analýzy jsem odstranila Spojené státy. Získala jsem následující regresní přímku dle grafu 7.3.1.

Graf 7.3.1 Výdaje na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) a IDV (individualismus - kolektivismus) po odstranění odlehlého pozorování



Zdroj: výpočty autorky

Tabulka 7.3.2 Výsledky regresní analýzy výdajů na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) a IDV (individualismus - kolektivismus) po odstranění odlehlého pozorování – regresní statistika

| <i>Regresní statistika</i> | |
|-----------------------------------|---------|
| Násobné R | 0,965 |
| Hodnota spolehlivosti R | 0,93 |
| Nastavená hodnota spolehlivosti R | 0,929 |
| Chyba stř. hodnoty | 297,695 |
| Pozorování | 60 |

Z tabulky 7.3.2 můžeme vyčíst, že hodnota spolehlivosti R je 0,93. S použitím dvou nezávislých proměnných (HDP na osobu a IDV) jsem tedy vysvětlila 93% závislé proměnné (výdaje na zdravotnictví na osobu). Se dvěma nezávislými proměnnými se hodnota spolehlivosti R zvedla o 3% (v regresní analýze výdajů na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu po odstranění odlehlého pozorování byla hodnota spolehlivosti R 0,90).

Tabulka 7.3.3 Výsledky regresní analýzy výdajů na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) a IDV (individualismus - kolektivismus) po odstranění odlehlého pozorování

| | <i>Koeficienty</i> | <i>Chyba stř. hodnoty</i> | <i>t stat</i> | <i>Hodnota P</i> |
|------------|--------------------|---------------------------|---------------|------------------|
| Hranice | -5,994 | 81,912 | -0,073 | 0,94 |
| GDP (2003) | 0,058 | 0,004 | 16,268 | 0,00 |
| IDV | 11,203 | 2,223 | 5,04 | 0,00 |

Tabulka 7.3.3 ukazuje odhad regresních koeficientů. Rovněž z ní lze vyčíst, že hodnota P naší nezávislé proměnné (HDP na osobu) je 0,00. Je tedy menší než 0,05. Vztah mezi výdaji na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu je tedy stále statisticky významný na hladině významnosti 5%. Kladné znaménko před koeficientem znamená, že čím větší je HDP, tím větší jsou výdaje na zdravotnictví.²⁸

Hodnota P nezávislé proměnné IDV je 0,00. Je tedy menší než 0,05. To znamená, že vztah mezi výdaji na zdravotnictví na osobu a IDV (individualismus - kolektivismus) je statisticky významný na hladině významnosti 5%.

²⁸ Statistická analýza samotná však neprokazuje směr vztahu. Ten může být opačný.

Tento vztah mezi výdaji na zdravotnictví na osobu a IDV (individualismus - kolektivismus) jsem zkoumala i samostatně – bez HDP na osobu a po odstranění odlehlého pozorování (Spojených států). Výsledný graf a tabulky můžete nalézt v příloze č. 4. Zmíněný graf má rostoucí průběh. To znamená, že čím větší je IDV (individualismus - kolektivismus), tím jsou větší výdaje na zdravotnictví na osobu.²⁹ Hodnota P nezávislé proměnné IDV je 0,00. Je tedy menší než 0,05. Vztah mezi výdaji na zdravotnictví na osobu a IDV (individualismus - kolektivismus) je tedy statisticky významný na hladině významnosti 5%. Kladné znaménko před koeficientem znamená, že čím větší je hodnota IDV, tím větší jsou výdaje na zdravotnictví na osobu.³⁰ Dokonce i poté, co jsem přidala do regresní analýzy i HDP na osobu, IDV (individualismus - kolektivismus) bylo prokázáno jako statisticky významné na hladině významnosti 5%. HDP je tedy důležitým determinantem výdajů na zdravotnictví, nicméně nemůžeme opominout ani IDV, které rovněž souvisí s výdaji na zdravotnictví. IDV bylo prokázáno jako statisticky významné.

7.3.4 Závěr regresní analýzy výdajů na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly) a IDV (individualismus - kolektivismus) po odstranění odlehlého pozorování

Výsledky regresní analýzy tedy potvrdily, že země, které mají větší HDP, mají také větší výdaje na zdravotnictví – a to i po přidání druhé nezávislé proměnné IDV (individualismus - kolektivismus). Tato statistická závislost se ukázala jako významná. Vycházela jsem přitom ze statistické významnosti 5%. Z regresní analýzy jsem rovnou vyřadila Spojené státy, protože předchozí analýza prokázala, že se jedná o odlehlé pozorování.

Nezávislá proměnná IDV (individualismus - kolektivismus) byla prokázána jako statisticky významná. Statisticky významná byla i potom, co jsem vzala v úvahu nezávislou proměnnou HDP na osobu.

Tím byla potvrzena moje hypotéza, která uvádí, že čím je větší IND (individualismus - kolektivismus), tím jsou větší výdaje na zdravotnictví. Humana (1992) ve svém článku uvádí, že lidé z individualistických kultur investují do svého zdraví více než lidé z kolektivistických zemí. Ty země, které mají vyšší příjmy a mají individualističtější kulturu, utrácejí větší množství svých veřejných a soukromých finančních zásob na zdravotní péči.

²⁹ Statistická analýza samotná však neprokazuje směr vztahu. Ten může být opačný.

³⁰ Statistická analýza samotná však neprokazuje směr vztahu. Ten může být opačný.

(Humana 1992) Rovněž Hofstede (2006) uvádí, že lidé z kultur s vysokým IDV, kteří jsou tolik zaměřeni na sebe, se zjevně více věnují péči o své zdraví, než je tomu v kulturách s nízkým IDV. Omezíme-li naši analýzu jen na země s vyššími příjmy, kde můžeme předpokládat, že plné zdravotní zajištění je k dispozici, zjistíme, že lidé ze zemí s vyšším IDV vydají větší část svých osobních příjmů na své zdraví. Rovněž vlády těchto zemí věnují větší díl rozpočtu na zdravotní péči. (Hofstede 2006) Z teoretického hlediska se dá tedy předpokládat, že bohatší země (měřeno výší HDP na osobu) budou mít větší výdaje na zdravotnictví.

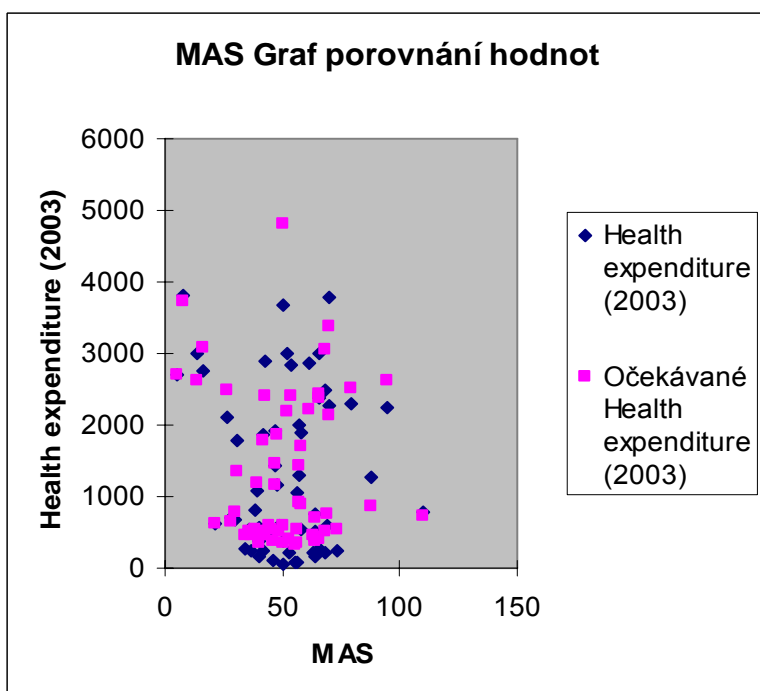
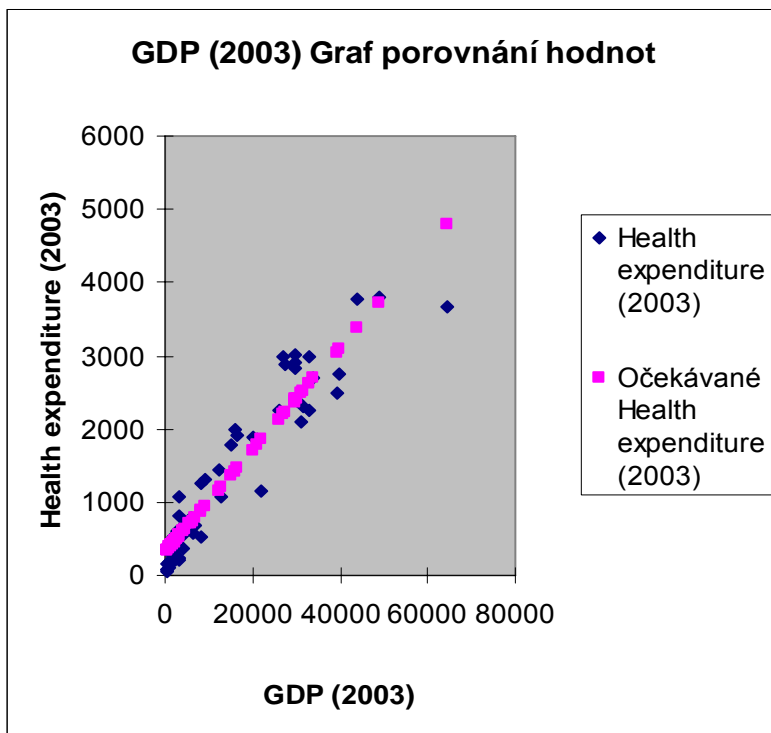
Podle Hofstedeho (2006) je v individualistických zemích ve středu zájmu „já“, je ceněn vlastní názor a člověk se rozhoduje jako individuum. Člověk se tedy stará hlavně o sebe a své zdraví. Takový člověk rovněž chce být úspěšný v práci. Aby ale mohl pracovat, musí být zdravý. Proto bude investovat do svého zdraví. To je nezaměnitelným statkem, který se nedá darovat. Hofstede (2006) také uvádí, že v individualistické kultuře převládá nukleární rodina a jedinec je veden k tomu, aby se osamostatnil a staral se o sebe sám. V případě nemoci se o takého jedince musí postarat stát, proto by měly být větší i výdaje na zdravotnictví. Hofstede uvádí (2006), že v zemích kolektivistických je kladen důraz na „my“ – skupinu, rodiny jsou široké, „my“ vystupuje proti „oni“. I kdyby vydělával jen jeden člen rodiny, plat rozdělí mezi její členy. (Hofstede 2006) V případě potřeby by se o nemocného člověka postarala početná rodina.

7.4 Výsledky regresní analýzy: výdaje na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) a MAS (maskulinita - femininita) po odstranění odlehlého pozorování

V kapitole 7.1 jsem zkoumala souvislost mezi výdaji na zdravotnictví na osobu (závislá proměnná) a nezávislou proměnnou HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech). Tato statistická závislost se ukázala jako významná. Nyní k této analýze přidám druhou nezávislou proměnnou MAS (maskulinita - femininita), abych tak zjistila, jestli se vztah mezi proměnnými nějak změní.

Rovněž jsem rovnou z regresní analýzy vyřadila Spojené státy, protože předchozí analýza ukázala, že se jedná o odlehlé pozorování, které by mohlo výrazně ovlivnit výsledný charakter regresní přímky. Spojené státy totiž mají vysoké výdaje na zdravotnictví na osobu. Udělala jsem tedy regresní analýzy výdajů na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) a MAS (maskulinita - femininita). Z analýzy jsem odstranila Spojené státy. Získala jsem následující regresní přímku dle grafu 7.4.1.

Graf 7.4.1 Výdaje na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) a MAS (maskulinita - femininita) po odstranění odlehlého pozorování



Zdroj: výpočty autorky

Tabulka 7.4.2 Výsledky regresní analýzy výdajů na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) a MAS (maskulinita - femininita) po odstranění odlehlého pozorování – regresní statistika

| <i>Regresní statistika</i> | |
|-----------------------------------|---------|
| Násobné R | 0,949 |
| Hodnota spolehlivosti R | 0,90 |
| Nastavená hodnota spolehlivosti R | 0,897 |
| Chyba stř. hodnoty | 357,894 |
| Pozorování | 60 |

Z tabulky 7.4.2 můžeme vyčíst, že hodnota spolehlivosti R je 0,90. S použitím dvou nezávislých proměnných (HDP na osobu a MAS) jsem tedy vysvětlila 90% závislé proměnné (výdaje na zdravotnictví na osobu). Se dvěma nezávislými proměnnými jsem tedy vysvětlila stejné procento variability závislé proměnné (v regresní analýze výdajů na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu po odstranění odlehlého pozorování byla hodnota spolehlivosti R rovněž 0,90).

Tabulka 7.4.3 Výsledky regresní analýzy výdajů na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) a MAS (maskulinita - femininita) po odstranění odlehlého pozorování

| | <i>Koeficienty</i> | <i>Chyba stř. hodnoty</i> | <i>t stat</i> | <i>Hodnota P</i> |
|------------|--------------------|---------------------------|---------------|------------------|
| Hranice | 323,34 | 139,29 | 2,32 | 0,024 |
| GDP (2003) | 0,07 | 0,003 | 22,59 | 0,00 |
| MAS | -0,27 | 2,383 | -0,114 | 0,91 |

Tabulka 7.4.3 ukazuje odhad regresních koeficientů. Rovněž z ní lze vyčíst, že hodnota P naší nezávislé proměnné (HDP na osobu) je 0,00. Je tedy menší než 0,05. Vztah mezi výdaji na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu je tedy stále statisticky významný na hladině významnosti 5%. Kladné znaménko před koeficientem znamená, že čím větší je HDP, tím větší jsou výdaje na zdravotnictví.³¹

³¹ Statistická analýza samotná však neprokazuje směr vztahu. Ten může být opačný.

Hodnota P nezávislé proměnné MAS je 0,91. Je tedy větší než 0,05. To znamená, že vztah mezi výdaji na zdravotnictví na osobu a MAS (maskulinita - femininita) je statisticky nevýznamný na hladině významnosti 5%.

Tento vztah mezi výdaji na zdravotnictví na osobu a MAS (maskulinita - femininita) jsem zkoumala i samostatně – bez HDP na osobu a po odstranění odlehlého pozorování (Spojených států). Výsledný graf a tabulky můžete nalézt v příloze č. 5. Zmíněný graf má klesající průběh. To znamená, že čím větší je MAS (maskulinita - femininita), tím jsou menší výdaje na zdravotnictví.³² Hodnota P nezávislé proměnné MAS je 0,53. Je tedy větší než 0,05. Vztah mezi výdaji na zdravotnictví na osobu a MAS (maskulinita - femininita) je tedy statisticky nevýznamný na hladině významnosti 5%. I potom, co jsem přidala do regresní analýzy HDP na osobu, MAS (maskulinita - femininita) byla prokázána jako statisticky nevýznamná na hladině významnosti 5%. Co se týče výdajů na zdravotnictví, je tedy důležité především HDP. To je důležitým determinanem výdajů na zdravotnictví. MAS bylo potvrzeno jako statisticky nevýznamné.

7.4.4 Závěr regresní analýzy výdajů na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly) a MAS (maskulinita - femininita) po odstranění odlehlého pozorování

Výsledky regresní analýzy tedy potvrdily, že země, které mají větší HDP, mají také větší výdaje na zdravotnictví – a to i po přidání druhé nezávislé proměnné MAS (maskulinita - femininita). Tato statistická závislost se ukázala jako významná. Vycházela jsem přitom ze statistické významnosti 5%. Z regresní analýzy jsem rovnou vyřadila Spojené státy, protože předchozí analýza prokázala, že se jedná o odlehlé pozorování.

Naopak nezávislá proměnná MAS (maskulinita - femininita) byla prokázána jako statisticky nevýznamná. Statisticky významná nebyla ani tehdy, když jsem nebrala v úvahu nezávislou proměnnou HDP na osobu. Nebyla tedy potvrzena moje hypotéza, která říká, že čím bude větší MAS (maskulinita - femininita), tím budou menší výdaje na zdravotnictví.

Hofstede (2006) uvádí, že v zemích s větší MAS (maskulinita - femininita) panuje menší solidarita, každý se má o sebe postarat sám. Také je menší ochota pomoci. (Hofstede 2006) Proto jsem předpokládala, že budou investovat do zdravotnictví méně. Podle Hofstedeho (2006) je ve femininní společnosti naopak velká sociální podpora, sociální cítění a

³² Statistická analýza samotná však neprokazuje směr vztahu. Ten může být opačný.

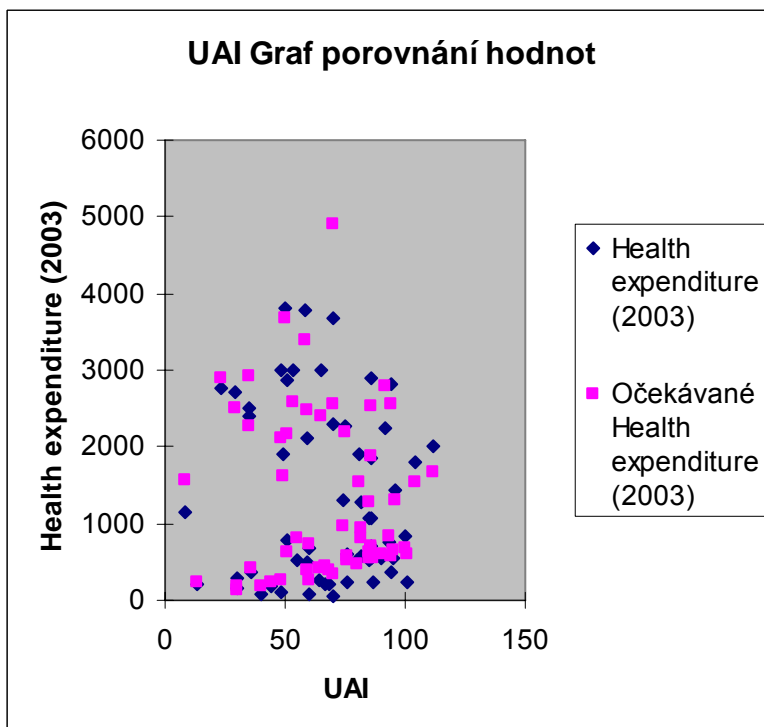
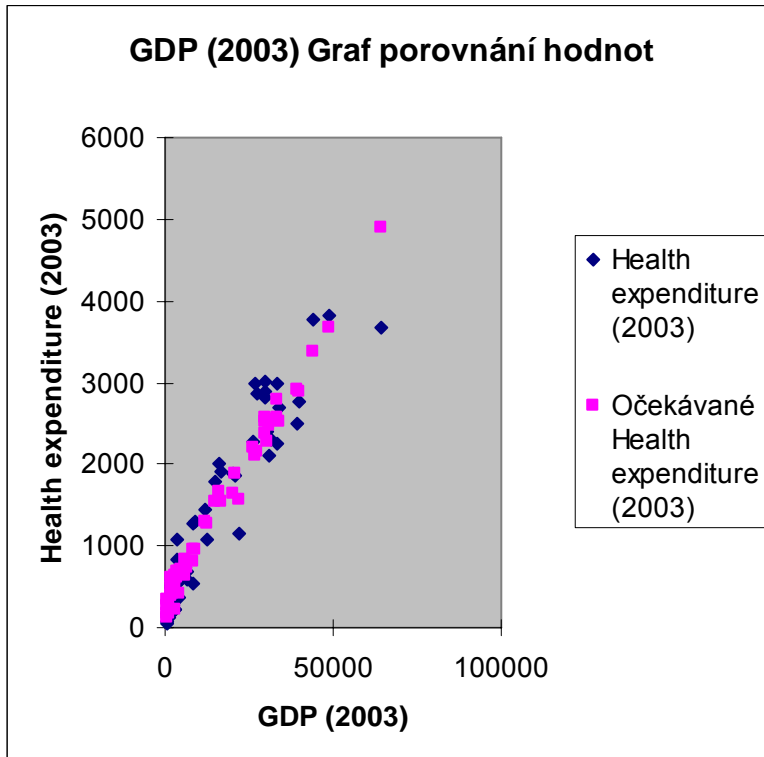
tolerance vysokých daní. Snahou je zajistit minimální kvalitu života pro každého. (Hofstede 2006) Proto podle mne tyto země měly usilovat o dobrou lékařskou péči pro všechny, tudíž měly mít větší výdaje na zdravotnictví. Tato má hypotéza ale nebyla potvrzena. Podle Hofstedeho (2006) se ale maskulinní společnosti zase orientují na výkon a úspěch. Z toho bychom mohli vyvodit, že se budou lidé z těchto společností starat výhradně o sebe a o své zdraví. Takže mohou být vysoké pouze soukromé výdaje na zdravotnictví, což může ovlivnit celkovou výši na zdravotnictví. Podle Hofstedeho (2006) se tedy lidé z maskulinních společností orientují na výkon. Aby ale byli ve své práci úspěšní, musí být zdraví. Proto budou pravděpodobně investovat do svého zdraví více. I v tomto případě je důležitý hlavně vztah mezi výdaji na zdravotnictví a HDP na osobu (bohatství zemí).

7.5 Výsledky regresní analýzy: výdaje na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) a UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě) po odstranění odlehlého pozorování

V kapitole 7.1 jsem zkoumala souvislost mezi výdaji na zdravotnictví na osobu (závislá proměnná) a nezávislou proměnnou HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech). Tato statistická závislost se ukázala jako významná. Nyní k této analýze přidám druhou nezávislou proměnnou UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě), abych tak zjistila, jestli se vztah mezi proměnnými nějak změní.

Rovněž jsem rovnou z regresní analýzy vyřadila Spojené státy, protože předchozí analýza ukázala, že se jedná o odlehlé pozorování, které by mohlo výrazně ovlivnit výsledný charakter regresní přímky. Spojené státy totiž mají vysoké výdaje na zdravotnictví na osobu. Udělala jsem tedy regresní analýzy výdajů na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) a UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě). Z analýzy jsem odstranila Spojené státy. Získala jsem následující regresní přímku dle grafu 7.5.1.

Graf 7.5.1 Výdaje na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) a UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě) po odstranění odlehlého pozorování



Zdroj: výpočty autory

Tabulka 7.5.2 Výsledky regresní analýzy výdajů na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) a UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě) po odstranění odlehlého pozorování – regresní statistika

| <i>Regresní statistika</i> | |
|-----------------------------------|---------|
| Násobné R | 0,955 |
| Hodnota spolehlivosti R | 0,91 |
| Nastavená hodnota spolehlivosti R | 0,91 |
| Chyba stř. hodnoty | 334,893 |
| Pozorování | 60 |

Z tabulky 7.5.2 můžeme vyčíst, že hodnota spolehlivosti R je 0,91. S použitím dvou nezávislých proměnných (HDP na osobu a UAI) jsem tedy vysvětlila 91% závislé proměnné (výdaje na zdravotnictví na osobu). Se dvěma nezávislými proměnnými se hodnota spolehlivosti R zvedla o 1% (v regresní analýze výdajů na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu po odstranění odlehlého pozorování byla hodnota spolehlivosti R 0,90).

Tabulka 7.5.3 Výsledky regresní analýzy výdajů na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech) a UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě) po odstranění odlehlého pozorování

| | <i>Koeficienty</i> | <i>Chyba stř. hodnoty</i> | <i>t stat</i> | <i>Hodnota P</i> |
|------------|--------------------|---------------------------|---------------|------------------|
| Hranice | -70,479 | 145,987 | -0,483 | 0,63 |
| GDP (2003) | 0,072 | 0,003 | 24,29 | 0,00 |
| UAI | 5,253 | 1,844 | 2,848 | 0,006 |

Tabulka 7.5.3 ukazuje odhad regresních koeficientů. Rovněž z ní lze vyčíst, že hodnota P naší nezávislé proměnné (HDP na osobu) je 0,00. Je tedy menší než 0,05. Vztah mezi výdaji na zdravotnictví na osobu a HDP na osobu je tedy stále statisticky významný na hladině významnosti 5%. Kladné znaménko před koeficientem znamená, že čím větší je HDP, tím větší jsou výdaje na zdravotnictví.³³

³³ Statistická analýza samotná však neprokazuje směr vztahu. Ten může být opačný.

Hodnota P nezávislé proměnné UAI je 0,006. Je tedy menší než 0,05. To znamená, že vztah mezi výdaji na zdravotnictví na osobu a UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě) je statisticky významný na hladině významnosti 5%.

Tento vztah mezi výdaji na zdravotnictví na osobu a UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě) jsem zkoumala i samostatně – bez HDP na osobu a po odstranění odlehlého pozorování (Spojených států). Výsledný graf a tabulky můžete nalézt v příloze č. 6. Zmíněný graf má klesající průběh. To znamená, že čím větší je UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě), tím jsou menší výdaje na zdravotnictví.³⁴ Hodnota P nezávislé proměnné UAI je 0,50. Je tedy větší než 0,05. Vztah mezi výdaji na zdravotnictví na osobu a UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě) je tedy statisticky nevýznamný na hladině významnosti 5%. Záporné znaménko před koeficientem znamená, že čím by byla větší hodnota UAI, tím menší by byly výdaje na zdravotnictví na osobu.³⁵ Avšak poté, co jsem přidala do regresní analýzy i HDP na osobu, UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě) bylo prokázáno jako statisticky významné na hladině významnosti 5%. HDP je tedy důležitým determinantem výdajů na zdravotnictví, nicméně nemůžeme opominout ani UAI, které rovněž souvisí s výdaji na zdravotnictví. UAI bylo prokázáno jako statisticky významné poté, co jsem přidala do regresní analýzy i HDP. Přidání další proměnné do regrese je užitečné, aby nedocházelo ke zkreslení výsledků.

7.5.4 Závěr regresní analýzy výdajů na zdravotnictví na osobu, HDP na osobu (oboje v paritě kupní síly) a UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě) po odstranění odlehlého pozorování

Výsledky regresní analýzy tedy potvrdily, že země, které mají větší HDP, mají také větší výdaje na zdravotnictví – a to i po přidání druhé nezávislé proměnné UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě). Tato statistická závislost se ukázala jako významná. Vycházela jsem přitom ze statistické významnosti 5%. Z regresní analýzy jsem rovnou vyřadila Spojené státy, protože předchozí analýza prokázala, že se jedná o odlehlé pozorování.

Nezávislá proměnná UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě) byla prokázána jako statisticky významná. Statisticky významná byla tehdy, když jsem brala v úvahu

³⁴ Statistická analýza samotná však neprokazuje směr vztahu. Ten může být opačný.

³⁵ Statistická analýza samotná však neprokazuje směr vztahu. Ten může být opačný.

nezávislou proměnnou HDP na osobu. Byla tedy potvrzena moje hypotéza, která říká, že čím je větší UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě), tím jsou větší výdaje na zdravotnictví.

Hofstede (2006) uvádí, že země s větším UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě) mají nízkou ochotu operovat s nejistotou. Vytváří velké množství striktních pravidel a upřednostňují stabilní sociální vztahy a pevné normy. (Hofstede 2006) Aby se tedy vyhnuly nejistotě, mohou dávat více peněz do zdravotnictví (vyšší výdaje na zdravotnictví). Naopak země s malým UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě) jsou podle Hofstedeho (2006) mnohem více soutěživé. Konflikt je přijímán jako běžná součást života. Lidí jsou tolerantnější, snadněji přijímají změny a jsou ochotní více riskovat. V těchto společnostech je méně stresu, neboť nejistota a nejasnost je brána jako běžná součást života. (Hofstede 2006) Proto nebudou podle mne tolik investovat do zdravotnictví. Nebudou se tak úzkostně obávat o své zdraví. I zde bude statisticky významné bohatství zemí měřené výší HDP.

7.6 Analýza multikolinearity

Hindls, Hronová, Seger (2007) uvádějí, že při používání vícenásobné regrese je nutno přihlížet také k multikolinearitě – závislosti mezi vysvětlujícími proměnnými. Vysvětlující Případná multikolinearita může ovlivnit kvalitu a vypovídající schopnost regresního modelu.

Nejprve si musím vypočítat párové korelační koeficienty mezi vysvětlujícími proměnnými. Poté ještě provedu výpočet VIF (variance inflační faktor).

7.6.1 Korelační koeficienty

Multikolinearita je v zásadě škodlivá, když některý z korelačních koeficientů vysvětlujících proměnných překročí hodnotu cca 0,75. (Hindls, Hronová, Seger 2007) V následující tabulce jsou znázorněny korelační koeficienty všech mých nezávislých proměnných – HDP na osobu (v paritě kupní síly v amerických dolarech), PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci), UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě), IND (individualismus - kolektivismus) a MAS (maskulinita - femininita).³⁶

| | <i>GDP (2003)</i> | <i>PDI</i> | <i>IDV</i> | <i>MAS</i> | <i>UAI</i> |
|------------|-------------------|------------|------------|------------|------------|
| GDP (2003) | 1 | | | | |
| PDI | -0,65 | 1 | | | |
| IDV | 0,70 | -0,62 | 1 | | |
| MAS | -0,07 | 0,16 | 0,09 | 1 | |
| UAI | -0,23 | 0,20 | -0,23 | -0,02 | 1 |

³⁶ Viz kapitola 2.3 Kulturní dimenze podle Hofstedeho.

Jak vidíme tabulce, všechny korelační koeficienty jsou menší než 0,75. Můžeme tedy konstatovat, že multikolinearita není natolik vysoká, aby ovlivnila kvalitu a vypovídající schopnost regresního modelu.

V následující tabulce jsme opět vypočetala korelační koeficienty mých nezávislých proměnných - HDP na osobu (v paritě kupní síly v amerických dolarech), PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci), UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě), IND (individualismus - kolektivismus) a MAS (maskulinita - femininita). Nyní jsem ale vyřadila Spojené státy, protože analýza ukázala, že se jedná o odlehlé pozorování.

| | <i>GDP (2003)</i> | <i>PDI</i> | <i>IDV</i> | <i>MAS</i> | <i>UAI</i> |
|------------|-------------------|------------|------------|------------|------------|
| GDP (2003) | 1 | | | | |
| PDI | -0,64 | 1 | | | |
| IDV | 0,69 | -0,62 | 1 | | |
| MAS | -0,08 | 0,17 | 0,07 | 1 | |
| UAI | -0,21 | 0,19 | -0,21 | -0,01 | 1 |

7.6.2 VIF (variance inflační faktor)

VIF statisticky ukazují, jak multikolinearita, která v daném modelu přítomná, zvýší variabilitu regresních koeficientů v porovnání s případem, kdy jsou vysvětlující proměnné lineárně nezávislé.

VIF spočítáme podle vzorce:

$$VIF = \frac{1}{1 - R_i^2} \quad (\text{rovnice č. 5.1.7})$$

Nejprve si vypočítáme hodnotu R_i^2 – to je hodnota spolehlivosti vypočítaná z analýzy mezi regresorem X_i a zbývajícími vysvětlujícími proměnnými - PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci), UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě), IND (individualismus - kolektivismus) a MAS (maskulinita - femininita).³⁷ Hodnoty R_i^2 výše zmíněných proměnných vyšly takto:

$$R_{PDI}^2 = 0,417741624$$

$$R_{IDV}^2 = 0,494882624$$

³⁷ Viz kapitola 2.3 Kulturní dimenze podle Hofstedeho.

$$R_{MAS}^2 = 0,004$$

$$R_{UAI}^2 = 0,051$$

VIF (variance inflační faktor) pro vysvětlující proměnné - PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci), UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě), IND (individualismus - kolektivismus) a MAS (maskulinita - femininita) jsem spočítala takto:

$$VIF_{PDI} = 1,717$$

$$VIF_{IDV} = 1,98$$

$$VIF_{MAS} = 1,004$$

$$VIF_{UAI} = 1,054$$

Posledním krokem, který musíme udělat je porovnat výsledek této rovnice s hodnotou 5. Platí, že hodnota VIF musí být menší než 5. (Allison 1999) Všechny výše uvedené hodnoty VIF jsou menší než 5. Multikolinearita tedy není tak vysoká, aby ovlivnila kvalitu a vypovídající schopnost regresního modelu.

VIF pro jednotlivé vysvětlující proměnné PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci), UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě), IND (individualismus - kolektivismus) a MAS (maskulinita - femininita) jsem spočítala ještě jednou. Tentokrát jsem ale vyřadila spojené státy jakožto odlehlé pozorování:

$$R_{PDI}^2 = 0,412$$

$$VIF_{PDI} = 1,70$$

$$R_{IDV}^2 = 0,475$$

$$VIF_{IDV} = 1,91$$

$$R_{MAS}^2 = 0,007$$

$$VIF_{MAS} = 1,007$$

$$R_{UAI}^2 = 0,044$$

$$VIF_{UAI} = 1,046$$

I po vyřazení odlehlého pozorování (Spojených států), jsou hodnoty VIF vysvětlujících proměnných - PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci), UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě), IND (individualismus - kolektivismus) a MAS (maskulinita - femininita) stále menší než 5.

8 Omezení výzkumu

Ve svém výzkumu porovnávám země (národy). Ty však nejsou zcela homogenní a všichni lidé se nechovají podle hodnot přisouzených dané zemi. Hofstede (2006) uvádí, že objev „národů“, tj. politických útvarů, do nichž je rozdělen celý svět a zároveň lidé, se udál v poměrně nedávné době. Systém národů byl zaveden teprve v polovině dvacátého století. Národy nelze ztotožňovat se společenstvími. Společenství jsou formy sociální organizace, které se přirozenou cestou historicky vyvinuly. Soudobé národy nedosahují toho stupně vnitřní sourodosti, jakou mají izolované a zpravidla nevzdělané společnosti. (Hofstede 2006) Giddens (2005) také uvádí: „Malá společenství (například lovci a sběrači) bývají většinou kulturně uniformní, ale průmyslové společnosti se většinou vyznačují také vnitřní kulturní rozmanitostí a mívají řadu rozličných subkultur. Keith F. Punch (2008) uvádí, že různá sociální zkušenost je obvykle spojena s příslušností do různých sociálních kategorií. Všichni jsme členy různých sociálních kategorií – například kategorie země narození (Anglie, Česko atd.). Stanovisko Rosenberga je takové, že příslušnost k dané sociální kategorii je spojena s různým typem sociální zkušenosti. (Punch 2008)

Když interpretujeme výpovědi lidí o jejich hodnotách, je důležité rozlišovat mezi žádoucím a požadovaným; jaký si lidé myslí, že by svět měl být oproti tomu, co by si přáli pro sebe. To je dáno povahou norem, které v daném případě působí. U každé z dimenzí můžeme popsat dva její extrémy, které odpovídají jakýmsi ideálním typům. Ovšem většina skutečných případů se nachází někde mezi těmito dvěma ideálními typy. (Hofstede 2006)

To, že se replikace výzkumu v IBM zdařily, neznamená nutně, že se kultury zemí od časů výzkumu v IBM nezměnily. Jestliže se však změnily, měnily se společně, a tak jejich relativní pozice zůstávají stejné. Také bylo třeba doložit, jaké praktické důsledky mají pro konkrétní země jejich skóry na dimenzích. To bylo provedeno kvantitativně pomocí výpočtu korelací skóru na dimenzích s jinými mírami, o nichž se dalo logicky předpokládat, že odrážejí stejné kulturní rozdíly. Tato kvantitativní ověřování byla doplněna kvalitativními popisnými informacemi o daných zemích. Tak byl proveden proces validizace. Výhodou dimenzionálního modelu je, že dává možnost studované případy jednoznačně zařadit – na rozdíl od typologie. (Hofstede 2006)

Hrubý domácí produkt taky není zcela přesným údajem. Důvodem je šedá ekonomika, práce v domácnosti a další faktory. Výpočet výdajů na zdravotnictví je taky problematický. Výdaje na soukromé zdravotnictví se nedají přesně spočítat. Zjistit se také nedá například

domácí léčitelství. Navíc rozdíl v zdravotní péči může být jak kvantitativní, tak kvalitativní. Příkladem může být ajurvédická medicína v Indii a jiné alternativní způsoby léčby.³⁸

Kanavos a Mosialos (1999) uvádí, že mezinárodní srovnání údajů o výdajích na zdravotnictví představuje několik metodologických problémů. Mezi ně patří vymezení hranic mezi zdravotní péčí a sociální péčí, standardizování definic pro různé země, metody sběru dat a odlišnosti, které se týkají organizace. Problémy jsou také spojené s měřením a prezentováním výdajů jako procenta z hrubého domácího produktu (HDP), protože odhady se mohou lišit a nemusí odpovídat za neoficiální oblast ekonomie nebo neoficiální oblast zdravotní péče v jižní Evropě, země CEE³⁹ a FSU⁴⁰. Jiné možnosti jako například použití směnného kurzu a parity kupní síly, když budeme srovnávat výdaje na zdravotnictví na osobu, rovněž přinášejí jisté obtíže. Například kurs měny kolísá a ceny spotřebního koše zboží a služeb, které tvoří paritu kupní síly jsou zaujaté vůči léčivům. (Kanavos a Mossialos 1999) Proto by se měly údaje o výdajích interpretovat s jistou opatrností.

8.1 Kritika Hofstedeho

Mnoho badatelů argumentuje, že průzkum není vhodným prostředkem k přesnému určení a měření kulturních rozdílů. To je obzvláště patrné, když proměnnou, která je měřena, je hodnota, která je subjektivní a kulturně vnímaná. (Schwarz 1999) Hofstede se brání tím, že průzkumy nejsou jediná metoda, která byla použita. (Hofstede 2001)

Nasif a další (1991) dále kritizují Hofstedeho za to, že předpokládá, že obyvatelstvo tvoří homogenní skupinu. Dorfman a Howell (1988) zase tvrdí, že má Hofstede sklon k ignorování významu společenství a rozdílů v jejich vlivu. McSweeney (2000) uvádí, že národy nejsou vhodnými jednotkami pro rozbor, stejně jako kultury nejsou nutně svázány s hranicemi. Podle DiMaggia (1997) je kultura ve skutečnosti roztržštěná za hranice národů. Hofstede (2001) poukazuje na to, že národní identity jsou jedinými prostředky, které máme na určení a měření kulturních rozdílů.

Hofstedemu, je rovněž vytýkáno, že své závěry založit na výzkumu zaměstnanců jediné společnosti. Graves (1986) tvrdí, že na základě tohoto výzkumu nemůže charakterizovat celou kulturu. Hofstede (2001) argumentuje, že zkoumání zaměstnanců jedné mezinárodní společnosti vyloučí vliv korporační politiky a praktik řízení různých společností, které různým

³⁸ Podrobnější omezení dat u jednotlivých proměnných jsem již uvedla v kapitole 4 Data.

³⁹ CEE (Central and Eastern Europe) – střední a východní Evropa – oblast zahrnující bývalé země východního bloku.

⁴⁰ FSU (Former Soviet Union) – bývalá sovětská unie - zde patří Bělorusko, Estonsko, Kazachstán, Litva, Arménie, Ázerbájdžán, Gruzie, Lotyšsko, Moldávie, Ukrajina a Uzbekistán.

způsobem ovlivňují chování. Hofstedemu je dále vytýkána zastaralost dat nebo malé množství dimenzí, které nemůže vypovídat o kulturních rozdílech. (Jones 2007)

8.2 Etické a politické otázky

Hofstede mluví o mentálním programování neboli kultuře. Kultuře se učíme, není vrozená. Je dána našim sociálním prostředím, ne našimi geny. Kulturu musíme na jedné straně odlišit od lidské přirozenosti a na straně druhé od osoby jednotlivce. Osobnost jednotlivce je jeho (jejím) jedinečným osobním souborem mentálních programů, které nesdílí s žádným jiným lidským jedincem. (Hofstede 2006) Lidi tedy nemůžeme posuzovat jen na základě jejich kultury či země, ve které žijí. Navíc žádné hodnoty nemohou být posuzovány jako ty dobré a jiné jako ty špatné. Hofstede říká, že cizí kultury jsou často hodnoceny morálně, tj. jako lepší či horší. Neexistují však žádné vědecky podložené příznaky, na jejichž základě by bylo možné považovat způsoby myšlení, pocitování a jednání jedné skupiny za principálně nadřazené, či naopak horší než způsoby jiných lidí. Národnost musí být posuzována obezřetně. Často je to ale jediné použitelné hledisko, podle kterého se můžeme řídit. (Hofstede 2006)

9. Závěr

Cílem empirické části mé práce bylo statistické ověření vztahu mezi výdaji na zdravotnictví a kulturními hodnotami obyvatelstva. Každá společnost má určitý systém hodnot, které ovlivňují jednání jejích členů. Větší diskuzi na toto téma čtenář najde v kapitole Teorie kulturních dimenzí. Giddens (2005) uvádí, že lidské kultury se vyznačují neobyčejnou mnohotvárností. Hodnoty a normy jednotlivých kultur jsou velmi rozmanité. (Giddens 2005) Lidé tedy žijí ve společnostech, které mají své charakteristické kultury. Pro mou práci je důležitým předpoklad, že se kulturní odlišnosti dají měřit. Pro svůj výzkum jsem použila kvantitativní přístup, konkrétně statistickou metodu regresní analýzu. Šlo mi totiž o mezinárodní srovnání a k dispozici jsem měla kvantitativní data.

Kultura ovlivňuje zásadním způsobem život v celé společnosti. Každá společnost má rovněž instituce, mezi nimiž existují jisté podobnosti a odlišnosti. Inglehart a Welzl (2007: 4) uvádí: „Rozmanitost základním kulturních hodnot pomáhá vysvětlit obrovské rozdíly, které existují v tom, jak působí instituce ve společnostech po celém světě.“ Ve svém výzkumu se ale zabývám pouze institucí zdravotnictví – přesněji řečeno výdaji na zdravotnictví.

Významným faktorem, který souvisí s výdaji na zdravotnictví je také bohatství zemí (působit mohou i jiné faktory, jak jsem uvedla v kapitole 1.3.3 Determinanty výdajů na zdravotnictví). Bohaté země mají finanční prostředky, které mohou vynaložit na zdravotnictví. Chudé země by třeba rády investovaly více do zdravotnictví, nedostatek financí jim to ale neumožňuje. Souvislostí bohatství zemí – měřeného hrubým domácím produktem se již zabývali někteří badatelé, jak jsem uvedla ve výše zmíněné kapitole. Můj výzkum rovněž potvrdil, že HDP⁴¹ je důležitým determinantem výdajů na zdravotnictví. Proto ho musíme vždy brát v úvahu.

V mém výzkumu se ale rovněž potvrdilo, že výdaje na zdravotnictví souvisí rovněž s kulturními dimenzemi IDV (individualismus - kolektivismus) a UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě), které se ukázaly jako statisticky významné. Byla potvrzena moje hypotéza, která uvádí, že čím je větší IND (individualismus - kolektivismus), tím jsou větší výdaje na zdravotnictví.⁴² Humana (1992) ve svém článku uvádí, že lidé z individualistických kultur investují do svého zdraví více než lidé z kolektivistických zemí. Ty země, které mají vyšší příjmy a mají individualističtější kulturu, utrácejí větší množství svých veřejných a soukromých finančních zásob na zdravotní péči. (Humana 1992) Rovněž Hofstede (2006)

⁴¹ Ve svém výzkumu používám HDP na osobu a výdaje na zdravotnictví na osobu (oboje v paritě kupní síly v amerických dolarech).

⁴² Statistická analýza samotná však neprokazuje směr vztahu. Ten může být opačný.

uvádí, že lidé z kultur s vysokým IDV, kteří jsou tolik zaměřeni na sebe, se zjevně více věnují péči o své zdraví, než je tomu v kulturách s nízkým IDV. Rovněž byla potvrzena má hypotéza, která uvádí, že čím je větší UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě), tím jsou větší výdaje na zdravotnictví.⁴³ Na tuto souvislost se však musí pohlížet jako na jeden z mnoha vlivů. Zásadním determinantem výdajů na zdravotnictví je HDP (bohatství země). Kulturní dimenze PDI a MAS byly prokázány jako statisticky nevýznamné. Kulturní faktory ale nemůžeme zcela opominout.

⁴³ Statistická analýza samotná však neprokazuje směr vztahu. Ten může být opačný.

Bibliografie

Literatura

- Alan Maynard. Health Care in the European Community. Pittsburg: University of Pittsburg Press, 1975.
- Alcalde-Unzu, Jorge, Ezcurra, Roberto, Pascual, Pedro. 2009. „Cross-country disparities in health-care expenditure: a factor decomposition“ Health Economics 18, č. 4, 479-485.
- Allison, P.D. *Vícenásobná regresní: primer*, Str. 142. Pine Forge Press: Thousand Oaks, C.A. 1999.
- Andersen, R. a L. Benham, 1970, Factors affecting the relationship between family income and medical care consumption, v: H. Klarman, ed., Empirical studies in health economics (Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD).
- Culyer, A. J., 1982, The NHS and the market, v: G. McLachlan a A. Maynard, eds., The public/private mix for health (Nuffield Provinciál Hospitále Trust, London).
- DiMaggio, P. 1977. „Culture and Cognition.“ Annual Review of Sociology 23(1): 263-287.
- Dorfman, P. W. a J. P. Howell. 1988. „Dimension of National Culture and Effective.“
- Leadership Patterns: Hofstede revisited.“ Advances in International Comparative Management 3: 127-150.
- European Observatory on Health Care Systems Series. 2002. Funding health care: options for Europe. Buckingham: Open University Press.
- Fassmann, M., 2000. Stínová ekonomika I., Úvod do studia, Praha: Českomoravská konfederace odborových svazů.
- Geist, Bohumil. 1992. Sociologický slovník. Olomouc: Victoria Publishing, a.s.
- Gerdtham, U-G a B. Jönsson, 1991a, Conversion factor instability in international comparisons of health care expenditure, Journal of Health Economics 10, 227-234.
- Gerdtham, U-G a B. Jönsson, 1991b, Price and quantity in international comparisons of health care expenditure, Applied Economics 23, 1519-1528.
- Giddens, Antony. 2005. *sociologie*. Praha: Argo.
- Graves, D. 1986. Comparete Culture – Diagnosis and Change: Auditing and changing the cultute of oirganizations. London, Frances Pointer.
- Havlanová, P., 2002. Teoretické metodologické problémy zkoumání hodnot, hodnotových orientací adolescentů. Disertační práce, FSV UK Praha.

- Hendl, J., 2006. Přehled statistických metod zpracování dat. Portál, s. r. o. Praha.
- Hindls, R., Hronová, S., Deger, J., Fischer, J., 2007. Statistika pro ekonomy. Professional Publishing, Praha.
- Hirits, Theo a Posnett, John. 1992. „The determinants and effects of health expenditure in developed countries“ *Journal of Health Economics* 11, 173-181.
- Hofstede, Geer a Hofstede, Jan, Gern. 2006. *Kultury a organizace Software lidské mysli*. Praha: Linde.
- Hofstede, Geer a Hofstede, Jan, Gern. 2006. *Kultury a organizace Software lidské mysli*. Praha: Linde.
- Hofstede, Geer. 2001. *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations*. Londýn: Sage Publications.
- Holman, Robert. 2002. *Ekonomie*, 3. aktualizované vydání. Praha: nakladatelství C. H. Beck.
- Humana, C. (1992). *World human rights guide* (3. ed.). New York: Oxford University Press.
- Inkeles, A., Levinson, D. J., National character: the study of modal personality and sociocultural systems, v Lindzey, G., Aranson, E., *The handbook of Social Psychology*, s. 4, Reading MA: Addison-Wesley, 1969.
- Inlehart, Ronald a Welzel, Christian. 2007. *Modernization, Cultural Change, and Democracy. The Human Development Sequence*. 5. vydání. New York: Cambridge University Press.
- Jandourek, Jan. 2001. *Sociologický slovník*. Praha: Portál.
- Jones, M. L. 2007. Hofstede – Culturally questionable? Faculty of Commerce – Papers, University of Wollongong.
- Jonsson, Bengt, Gerdtham, Ulf-G., Sogaard, Jes, Andersson, Fredrik. 1992. „An econometric analysis of health care expenditure: a cross-section study of the OECD countries“ *Journal of Health Economics* 11, č. 1, 63-84.
- Joseph C. Simanis. „Medical Care Expenditures in Seven Countries.“ *Social Security Bulletin* 36 (březen 1973): 39-42.
- Kanavos, P. a Mossialos, E. (1999) International comparisons of health care expenditures: what we know and what we do not know, *Journal of Health Services Research and Policy*, 4(2): 122-6.
- Keller, Jan. 2005. *Úvod do sociologie*, 5. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Kerr L. White. “International Comparisons of Medical Care.” *Scientific American* 233 (srpen 1975): 17-25.

- Kleiman, J., 1974, The determinants of national outlay on health, v: M. Perlman, ed., The economics of health and medical care (Macmillian, London/Basingstoke).
- Lalonde, M. A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document. Ottawa, Canada: Information Canada, 1975.
- Lawless, Robert. 1996. Co je to kultura. Olomouc: Votobia.
- Leu, R., 1986. The public-private mix and international health care cista, v: A.J. Culyer a B. Jonsson, eds., Public and private health services (Basil Blackwell, Oxford).
- McSweeny, B. 2000. The Fallacy of National Culture Identification. 6th Interdisciplinary Perspectives on Accounting Konference, Manchester, UK.
- Montesquieu. 1989. De l' esprit des lois. Vol. 1. Paris: GF-Flammarion.
- Morawski, Witold. 2005. Ekonomická sociologie. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Mossialos, E. a Le Grand, J. (1999) Health Care and Cost Containment in the European Union. Aldershot: Ashgate.
- Murphy, F. Robert. 2004. Úvod do kulturní a sociální antropologie. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Nasif, E. G., H. Al-Daeaj, B. Ebrahimi a M. S. Thibodeaux. 1991. „Methodological problems in Cross-Cultural Research: An Updat.“ Management International Review 31(1): 79.
- Nelásek, Mojmír. 2000. Makroekonomie, Základní kurz. Praha: Melandrium.
- Newhouse, J., 1977, Medical care expenditure: A cross-national survey , Journal of Human Resources 12, 115-125.
- Nový, Ivan, Surynek, Alois a kol. 2007. Sociologie pro ekonomy a manažery 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Odin Anderson. Health Care: Can There Be Equity? The United States, Sweden, and England. New York: John John Wiley & Sons, 1972.
- Organization for Economic Co-operation and Developmen. 2005. Stručný pohled na zdraví: ukazatele OECD – vydání 2005. Praha: OECD.
- Parkin, D., 1986. „Aggregate health care expenditures and national income: Is health care luxury good?“ Journal of Health Economics 6, 109-127.
- Petrusek, Miloslav. 1996. Velký sociologický slovník. Praha: Universita Karlova, vydavatelství karolinum.
- Prokopec, Jaroslav. 1975. *Zdraví a společnost*. Praha: Avicenum Zdravotnické nakladatelství

Prošek, Václav a kol. 1959. *Nauka o zdravotnictví*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství P. N.

- Prudký, Libor. 2007. *Přístupy k sociologickému empirickému zkoumání hodnot*. Praha: CESES FSV UK.
- Punch, F. Keith. 2008. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál.
- Rokeache, Milton. 1973. *The Nature of Human Values*. New York: Free Press.
- Schwarz, S. H. 1999. „A Theory of Cultural Values and Some Implications for Work“ *Applied Psychology* 48(4):23-47.
- Schwarz, S. H., 1992. *Universále in the content and structure of values: theoretical advances and empirical tests in 20centuries*. In *Advances in experimental social psychology*, č. 25, str. 1-65.
- Státní zdravotní ústav. 2008. *Podpora veřejného zdraví: teorie a praxe. Podpora zdraví a její teoretická východiska*. Brno: Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví JF MU
- Šťastný, Jan. 2005. „Zdravotnictví a determinanty zdraví.“ Praha.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2004. *Hrubý domácí produkt v členských zemích EU, výdaje na zdravotnictví v zemích EU a zdroje jejich financování*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2004. *Světové šetření o zdraví (13. díl). Cíle zdravotnictví a sociální kapitál*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Wagstaff, Adam a Eddy van Doorslayer. 1992. „Equity in the finance of health care: Some international comparisons.“ *Journal of Health Economics* 11, 361-387.
- William a. Glaser. *Paying the Doctor*. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1970.

Internetové zdroje

- Borovička, Jaroslav. 2009. „Jaký podíl na HDP může dosáhnout sektor zdravotnictví?“ Dostupné na: <http://www.pinus.bloguje.cz/795180-jaky-podil-na-hdp-muze-dosahnout-sektor-zdravotnictvi.php> (9.3.2010)
- Brixí, Hana. 2008. „Ekonomická pravidla pro normální žití.“ Dostupné na: <http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/hana-brixí.php?itemid=5291> (15.1.2010)
- Brixí, Hana. 2009a. „Poznámky k reformě zdravotnictví“. Dostupné na: <http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/hana-brixí.php?itemid=7539> (15.1.2010)

- Brixi, Hana. 2009b. „Reforma zdravotnictví podle ekonomů?“ Dostupné na: <http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/hana-brixi.php?itemid=7162> (15.1.2010)
- Brixi, Hana. 2009c. „Politický boj o zdravotnictví – v Americe.“ Dostupné na: <http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/hana-brixi.php?itemid=7724> (15.6.2010)
- Český statistický úřad. [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/hruby_domaci_produk_t_\(hdp\)](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/hruby_domaci_produk_t_(hdp)) (29.5.2010)
- Peníze.cz. http://www.penize.cz/pojisteni/29425-zdravotnictvi-usa-zdravi-k-nezaplacen_i (15.6.2010)
- Vepřek, Pavel. 2005. „Zdravotnictví řízené občanem, II. Kolo reformy zdravotnictví.“ Dostupné na: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:nAAUkC4I3FoJ:www.sdruzeniobcan.cz/files/reforma_obcan_05a.doc+reforma+zdravotnictv%C3%AD&cd=6&hl=cs&ct=clnk&gl=cz (13.6.2010)
- Zemánek J., *Domácí produkt*, Euroekonom.cz, Dostupné na <http://www.euroekonom.cz/ekonomie-clanky.php?type=lekce12> (2. 5. 2010)

Zdroje dat

- Human Developments Reports. <http://hdr.undp.org/hdr2006/statistics/indicators/> (15. listopad 2007)
- Itim International. http://www.geert-hofstede.com/hofstede_dimensions.php (15. listopad 2007)
- Nation Master. http://www.nationmaster.com/graph/eco_gdp_percap-economy-gdp-nominal-per-capita&date=2003 (15. listopad 2007)

Přílohy

Příloha č. 1

Tabulka P-1: Data souboru 61 zemí z celého světa (skóry označené hvězdičkou byly přidány dodatečně). Země jsou seřazeny abecedně.

| | Country | GDP (2003) | Health expenditure (2003) | PDI | IDV | MAS | UAI |
|----|-----------------------|------------|---------------------------|-----|-----|-----|-----|
| 1 | Argentina | 3409,989 | 1,067 | 49 | 46 | 56 | 86 |
| 2 | Australia | 27356,116 | 2,874 | 36 | 90 | 61 | 51 |
| 3 | Austria | 31556,752 | 2,306 | 11 | 55 | 79 | 70 |
| 4 | Bangladesh* | 379,344 | 68 | 80 | 20 | 55 | 60 |
| 5 | Belgium | 29867,966 | 2,828 | 65 | 75 | 54 | 94 |
| 6 | Brazil | 2787,897 | 597 | 69 | 38 | 49 | 76 |
| 7 | Bulgaria* | 2548,76 | 573 | 70 | 30 | 40 | 85 |
| 8 | Canada | 27021,224 | 2,989 | 39 | 80 | 52 | 48 |
| 9 | Colombia | 1795,646 | 522 | 67 | 13 | 64 | 80 |
| 10 | Costa Rica | 4193,652 | 616 | 35 | 15 | 21 | 86 |
| 11 | Czech Republic* | 8949,173 | 1,302 | 57 | 58 | 57 | 74 |
| 12 | Denmark | 39706,904 | 2,762 | 18 | 74 | 16 | 23 |
| 13 | Ecuador | 2227,945 | 220 | 78 | 8 | 63 | 67 |
| 14 | El Salvador | 2264,945 | 378 | 66 | 19 | 40 | 94 |
| 15 | Estonia* | 6790,042 | 682 | 40 | 60 | 30 | 60 |
| 16 | Finland | 31135,723 | 2,108 | 33 | 63 | 26 | 59 |
| 17 | France | 29923,04 | 2,902 | 68 | 71 | 43 | 86 |
| 18 | Germany | 29582,401 | 3,001 | 35 | 67 | 66 | 65 |
| 19 | Greece | 15925,55 | 1,997 | 60 | 35 | 57 | 112 |
| 20 | Guatemala | 2073,703 | 235 | 95 | 6 | 37 | 101 |
| 21 | Hungary* | 8208,481 | 1,269 | 46 | 80 | 88 | 82 |
| 22 | Chile | 4620,029 | 707 | 63 | 23 | 28 | 86 |
| 23 | China* | 1273,643 | 278 | 80 | 20 | 66 | 30 |
| 24 | India | 565,393 | 82 | 77 | 48 | 56 | 40 |
| 25 | Indonesia | 1105,942 | 113 | 78 | 14 | 46 | 48 |
| 26 | Iran, Islamic Rep. of | 2039,548 | 498 | 58 | 41 | 43 | 59 |
| 27 | Ireland | 39290,838 | 2,496 | 28 | 70 | 68 | 35 |
| 28 | Israel | 16488,886 | 1,911 | 13 | 54 | 47 | 81 |
| 29 | Italy | 26164,051 | 2,266 | 50 | 76 | 70 | 75 |
| 30 | Jamaica | 3130,976 | 216 | 45 | 39 | 68 | 13 |
| 31 | Japan | 33129,103 | 2,244 | 54 | 46 | 95 | 92 |
| 32 | Korea (South Korea) | 12709,667 | 1,074 | 60 | 18 | 39 | 85 |
| 33 | Luxemburg* | 64426,455 | 3,68 | 40 | 60 | 50 | 70 |
| 34 | Malaysia | 4255,546 | 374 | 104 | 26 | 50 | 36 |
| 35 | Malta* | 12181,606 | 1,436 | 56 | 59 | 47 | 96 |

| | | | | | | | |
|----|----------------------|-----------|-------|-----|----|-----|-----|
| 36 | Mexico | 6326,512 | 582 | 81 | 30 | 69 | 82 |
| 37 | Moricci* | 1520,557 | 218 | 70 | 46 | 53 | 68 |
| 38 | Netherlands | 33135,96 | 2,987 | 38 | 80 | 14 | 53 |
| 39 | New Zealand | 20165,12 | 1,893 | 22 | 79 | 58 | 49 |
| 40 | Norway | 48784,815 | 3,809 | 31 | 69 | 8 | 50 |
| 41 | Pakistan | 554,774 | 48 | 55 | 14 | 50 | 70 |
| 42 | Panama | 4146,41 | 555 | 95 | 11 | 44 | 86 |
| 43 | Peru | 2264,01 | 233 | 64 | 16 | 42 | 87 |
| 44 | Philippines | 1009,487 | 174 | 94 | 32 | 64 | 44 |
| 45 | Poland* | 5669,3 | 745 | 68 | 60 | 64 | 93 |
| 46 | Portugal | 14866,091 | 1,791 | 63 | 27 | 31 | 104 |
| 47 | Romania* | 2736,973 | 540 | 90 | 30 | 42 | 90 |
| 48 | Russian Federation* | 2984,017 | 551 | 93 | 39 | 36 | 95 |
| 49 | Singapore | 22155,871 | 1,156 | 74 | 20 | 48 | 8 |
| 50 | Slovakia | 6071,986 | 777 | 104 | 52 | 110 | 51 |
| 51 | Spain | 20973,515 | 1,853 | 57 | 51 | 42 | 86 |
| 52 | Sweden | 33959,993 | 2,704 | 31 | 71 | 5 | 29 |
| 53 | Switzerland | 43969,021 | 3,776 | 34 | 68 | 70 | 58 |
| 54 | Thailand | 2263,376 | 260 | 64 | 20 | 34 | 64 |
| 55 | Trinidad and Tobago* | 8241,206 | 532 | 47 | 16 | 58 | 55 |
| 56 | Turkey | 3399,364 | 528 | 66 | 37 | 45 | 85 |
| 57 | United Kingdom | 30304,213 | 2,389 | 35 | 89 | 66 | 35 |
| 58 | United States | 37545,133 | 5,711 | 40 | 91 | 62 | 46 |
| 59 | Uruguay | 3276,547 | 824 | 61 | 36 | 38 | 100 |
| 60 | Venezuela | 3253,194 | 231 | 81 | 12 | 73 | 76 |
| 61 | Vietnam* | 487,881 | 164 | 70 | 20 | 40 | 30 |

Příloha č. 2

Hofstedeho dotazník z výzkumu v IBM

VALUES SURVEY MODULE 1994

QUESTIONNAIRE: English version

**MAY BE FREELY USED FOR RESEARCH PURPOSES FOR
REPRODUCTION IN COMMERCIAL PUBLICATIONS, PERMISSION
IS NEEDED**

Copyright © Geert Hofstede BV

Please think of an ideal job, disregarding your present job, if you have one. In choosing an ideal job, how important would it be to you to...

- 1 = of utmost importance
- 2 = very important
- 3 = of moderate importance
- 4 = of little importance
- 5 = of very little or no importance

1. have sufficient time for your personal or family life
2. have good physical working conditions (good ventilation and lighting, adequate work space, etc.)
3. have a good working relationship with your direct superior
4. have security of employment

5. work with people who cooperate well with one another
6. be consulted by your direct superior in his/her decisions
7. have an opportunity for advancement to higher level jobs
8. have an element of variety and adventure in the job

In your private life, how important is each of the following to you?

9. Personal steadiness and stability

10. Thrift

11. Persistence (perseverance)

12. Respect for tradition

13. How often do you feel nervous or tense at work?

1. never
2. seldom
3. sometimes
4. usually
5. always

14. How frequently, in your experience, are subordinates afraid to express disagreement with their superiors?

1. very seldom
2. seldom
3. sometimes
4. frequently
5. very frequently

To what extent do you agree or disagree with each of the following statements?

1 = strongly agree

2 = agree

3 = undecided

4 = disagree

5 = strongly disagree

15. Most people can be trusted

16. One can be a good manager without having precise answers to most questions that subordinates may raise about their work

17. An organization structure in which certain subordinates have two bosses should be avoided at all costs

18. Competition between employees usually does more harm than good

19. A company's or organization's rules should not be broken, not even when the employee thinks it is in the company's best interest

20. When people have failed in life it is often their own fault

INTERNATIONAL QUESTIONNAIRE (VSM 94)

Some information about yourself (for statistical purposes):

21. Are you:

1. male

2. female

22. How old are you?

1. Under 20
2. 20-24
3. 25-29
4. 30-34
5. 35-39
6. 40-49
7. 50-59
8. 60 or over

23. How many years of formal school education (or their equivalent) did you complete (starting with primary school)?

1. 10 years or less
2. 11 years
3. 12 years
4. 13 years
5. 14 years
6. 15 years
7. 16 years
8. 17 years
9. 18 years or over

24. If you have or have had a paid job, what kind of job is it / was it?

1. No paid job (includes full-time students)
2. Unskilled or semi-skilled manual worker
3. Generally trained office worker or secretary
4. Vocationally trained craftsperson, technician, informatician, nurse, artist or equivalent
5. Academically trained professional or equivalent (but not a manager of people)
6. Manager of one or more subordinates (non-managers)

7. Manager of one or more managers

25. What is your nationality?

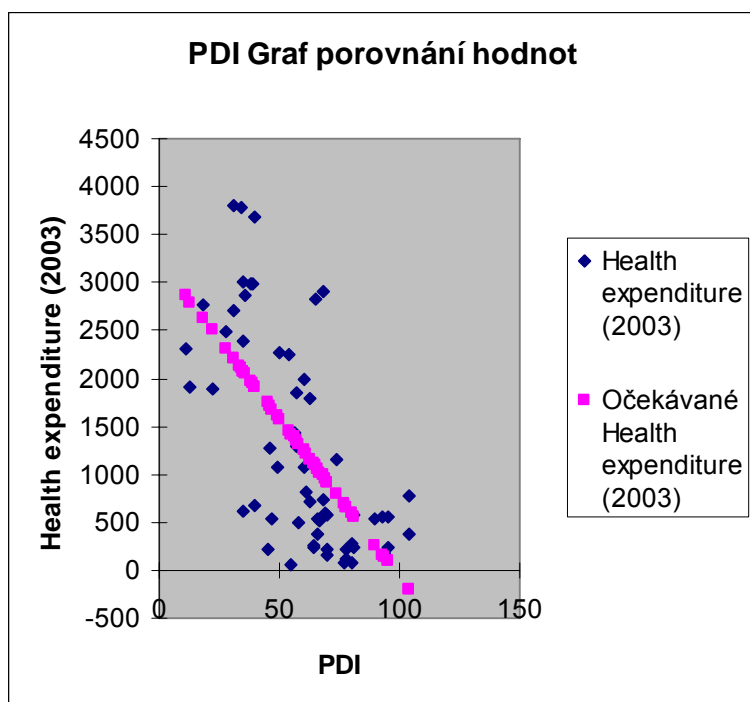
26. What was your nationality at birth (if different)?

Thank you very much for your cooperation!

Zdroj: <http://www.cospe-egypt.org/questionnaireEN> (25. ledna 2010)

Příloha č. 3

Graf P-3.1: Výdaje na zdravotnictví na osobu versus PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci) po odstranění odlehlého pozorování



Zdroj: výpočty autorky

Tabulka P-3.2: Výdaje na zdravotnictví na osobu versus PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci) po odstranění odlehlého pozorování – regresní statistika

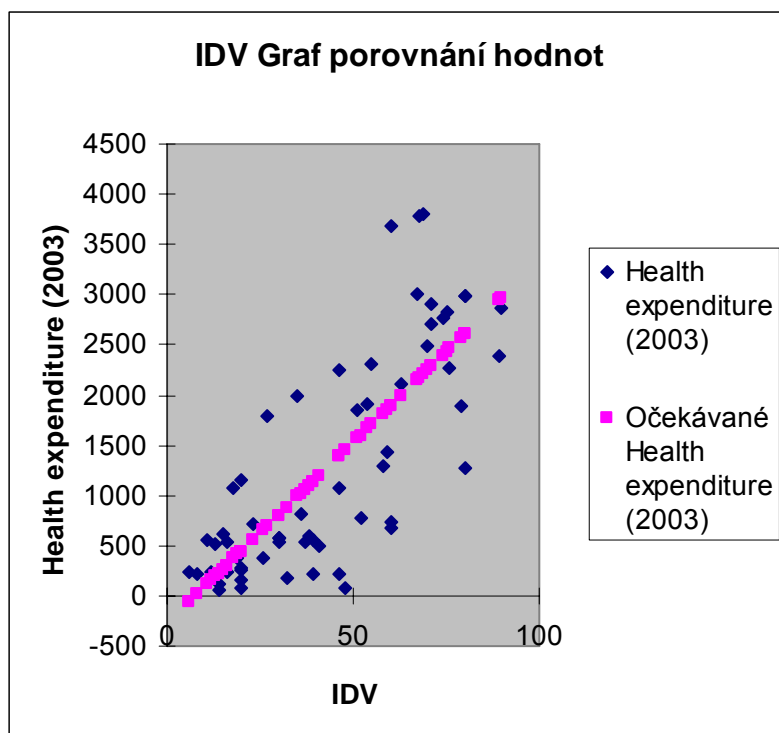
| <i>Regresní statistika</i> | |
|-----------------------------------|--------|
| Násobné R | 0,66 |
| Hodnota spolehlivosti R | 0,44 |
| Nastavená hodnota spolehlivosti R | 0,43 |
| Chyba stř. hodnoty | 839,29 |
| Pozorování | 60 |

Tabulka P-3.3: Výdaje na zdravotnictví na osobu versus PDI (vztah k autoritě - vzdálenost moci) po odstranění odlehlého pozorování

| | <i>Koeficienty</i> | <i>Chyba stř. hodnoty</i> | <i>t stat</i> | <i>Hodnota P</i> |
|---------|--------------------|---------------------------|---------------|------------------|
| Hranice | 3223,97 | 304,12 | 10,60 | 0,00 |
| PDI | -32,882 | 4,856 | -6,77 | 0,00 |

Příloha č. 4

Graf P-4.1: Výdaje na zdravotnictví na osobu versus IDV (individualismus - kolektivismus) po odstranění odlehlého pozorování



Zdroj: výpočty autorky

Tabulka P-4.2: Výdaje na zdravotnictví na osobu versus IDV (individualismus - kolektivismus) po odstranění odlehlého pozorování – regresní statistika

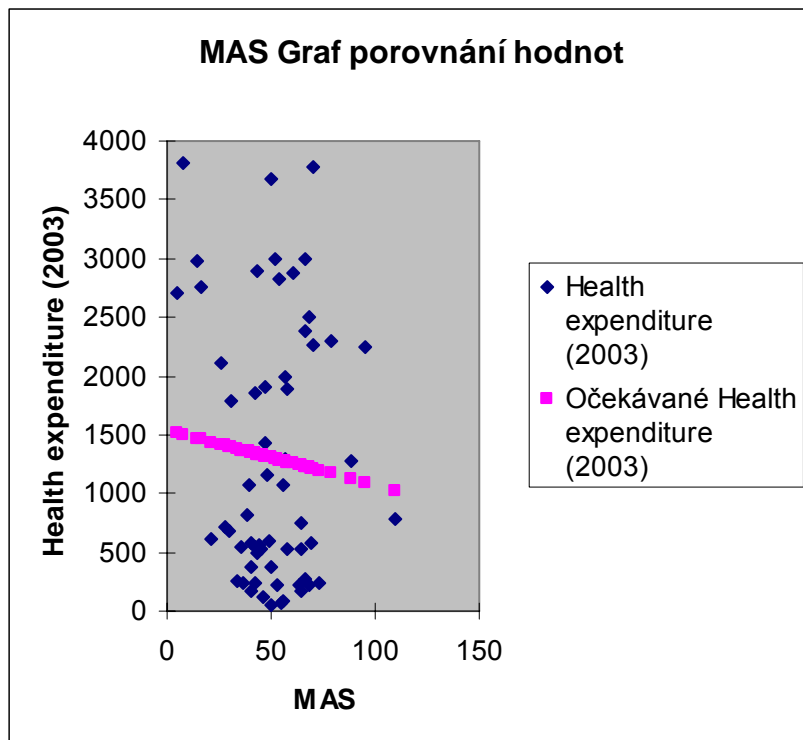
| <i>Regresní statistika</i> | |
|-----------------------------------|--------|
| Násobné R | 0,78 |
| Hodnota spolehlivosti R | 0,61 |
| Nastavená hodnota spolehlivosti R | 0,60 |
| Chyba stř. hodnoty | 701,06 |
| Pozorování | 60 |

Tabulka P-4.3: Výdaje na zdravotnictví na osobu versus IDV (individualismus - kolektivismus) po odstranění odlehlého pozorování

| | <i>Koeficienty</i> | <i>Chyba stř. hodnoty</i> | <i>t stat</i> | <i>Hodnota P</i> |
|---------|--------------------|---------------------------|---------------|------------------|
| Hranice | -279,326 | 188,796 | -1,48 | 0,14 |
| IDV | 36,137 | 3,792 | 9,53 | 0,00 |

Příloha č. 5

Graf P-5.1: Výdaje na zdravotnictví na osobu versus MAS (maskulinita - femininita) po odstranění odlehlého pozorování



Zdroj: výpočty autorky

Tabulka P-5.2: Výdaje na zdravotnictví na osobu versus MAS (maskulinita - femininita) po odstranění odlehlého pozorování – regresní statistika

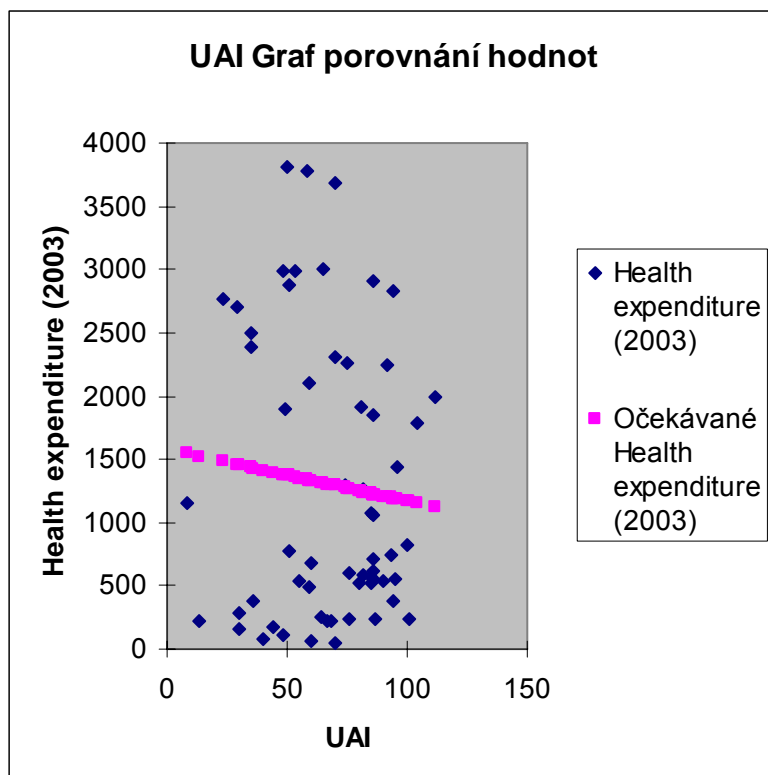
| <i>Regresní statistika</i> | |
|-----------------------------------|---------|
| Násobné R | 0,082 |
| Hodnota spolehlivosti R | 0,007 |
| Nastavená hodnota spolehlivosti R | -0,01 |
| Chyba stř. hodnoty | 1119,29 |
| Pozorování | 60 |

Tabulka P-5.3: Výdaje na zdravotnictví na osobu versus MAS (maskulinita - femininita) po odstranění odlehlého pozorování

| | <i>Koeficienty</i> | <i>Chyba stř. hodnoty</i> | <i>t stat</i> | <i>Hodnota P</i> |
|---------|--------------------|---------------------------|---------------|------------------|
| Hranice | 1534,1 | 402,077 | 3,815 | 0,00 |
| MAS | -4,637 | 7,428 | -0,624 | 0,535 |

Příloha č. 6

Graf P-6.1: Výdaje na zdravotnictví na osobu versus UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě) po odstranění odlehlého pozorování



Zdroj: výpočty autorky

Tabulka P-6.2: Výdaje na zdravotnictví na osobu versus UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě) po odstranění odlehlého pozorování – regresní statistika

| <i>Regresní statistika</i> | |
|-----------------------------------|---------|
| Násobné R | 0,089 |
| Hodnota spolehlivosti R | 0,008 |
| Nastavená hodnota spolehlivosti R | -0,009 |
| Chyba stř. hodnoty | 1118,58 |
| Pozorování | 60 |

Tabulka P-6.3: Výdaje na zdravotnictví na osobu versus UAI (vztah k nejistotě – vyhýbání se nejistotě) po odstranění odlehlého pozorování

| <i>Koeficienty</i> | <i>Chyba stř. hodnoty</i> | <i>t stat</i> | <i>Hodnota P</i> |
|--------------------|---------------------------|---------------|------------------|
|--------------------|---------------------------|---------------|------------------|

| | | | | |
|---------|---------|--------|-------|-------|
| Hranice | 1577,09 | 431,79 | 3,65 | 0,00 |
| UAI | -4,104 | 6,024 | -0,68 | 0,498 |
