

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra Veřejné a sociální politiky

Kateřina Michlová

**Vývoj zdravotního systému ČR
z pohledu občanů**

Diplomová práce

Praha 2014

Autor práce: **Bc. Kateřina Michlová**

Vedoucí práce: **MUDr. Petr Háva, CSc.**

Oponent práce:

Datum obhajoby: **2014**

Hodnocení:

Bibliografický záznam

MICHLOVÁ, Kateřina. Vývoj zdravotního systému ČR z pohledu občanů. Praha: Karlova univerzita, Fakulta sociálních věd, Veřejná a sociální politika, 2014. 126 s. Vedoucí diplomové práce MUDr. Petr Háva, CSc.

Abstrakt

Diplomová práce „Vývoj zdravotního systému v České republice z pohledu občanů“ se věnuje stavu zdravotnictví a zdravotního systému tak, jak jej vnímají občané, kteří jsou hlavní cílovou skupinou zdravotní politiky, přičemž hlavním cílem zdravotního systému je zlepšení jejich zdravotního stavu. Pomocí kvantitativních i kvalitativních metod (dotazníkové šetření, expertní a polostrukturované rozhovory) práce zjišťuje, zda současný funkční stav českého zdravotního systému odpovídá požadavkům občanů, s ohledem na informovanost a v porovnání s očekáváním. Teoretická a empirická část se věnuje širším souvislostem problematiky role občanů v současné společnosti a uplatňování a dodržování jejich práv. Důraz je kladen na aktivní účast občanů na tvorbě zdravotní politiky a je zde vyzdvihnuta důležitost lidských práv se vztahem ke zdraví. Výsledky výzkumného šetření ukázaly problém nedostatečné informovanosti občanů o lidských právech se vztahem ke zdraví i o novinkách ze zdravotnictví, která brání v efektivní občanské participaci na tvorbě a realizaci zdravotní politiky, ale také v plnění role a odpovědnosti státu při artikulaci veřejných zájmů. Jedním ze zásadních deficitů na straně občanů je hluboká neznalost lidských práv se vztahem ke zdraví a další poznatkové deficity o principech fungování zdravotního systému. Zjevnou příčinou je nedostačující výchova k občanství včetně znalostí lidských práv a možností občanské participace v demokracii (tvorbě a realizaci zdravotní politiky).

Abstract

Diploma thesis „Health care system development from the perspective of citizens“ deals with the current state of Czech healthcare system, how is perceived by the citizens who are the target population of health policy and the main goal of health system is to improve their health. The main goal of this thesis is to find out, if the current state of Czech healthcare system meets with the requirements of citizens, having regard to the citizen's information and compared with the expectations. Qualitative and quantitative research methods (questionnaire, expert and semi structured interviews) were used to achieve the objectives. Theoretical and empirical part of the thesis is focused on the wider context of the role of citizens in the society and enforcement and respect of their human rights. There is emphasized the participation of citizens on health policy

and importance of the human rights related to health in the thesis. Results of the survey show the lack of awareness of the human rights related to health and of news in healthcare that does not allow effective participation on creation and implementation of health policy and fulfillment of the role and responsibilities of the state in enforcement of the public interest. One of the biggest weaknesses of citizens is the lack of knowledge about the human rights related to health and how the health care system works. The reason is missing education of citizenship, missing education about human rights and low knowledge about options of participation in democracy.

Klíčová slova

Zdravotnictví, zdravotní systém, občané, pacienti, občanství, participace, lidská práva se vztahem ke zdraví

Keywords

Health, health care, citizens, patients, evaluation, citizenship, participation, human rights related to health

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti pro účely výzkumu a studia.

V Praze dne 19. 5. 2014

Kateřina Michlová

Poděkování

Ráda bych poděkovala své rodině a svému příteli za trpělivost, pomoc a podporu během psaní diplomové práce. Poděkování patří také všem, se kterými jsem dělala rozhovory a především MUDr. Marii Nejedlé a Ing. Josefu Mrázkovi, CSc. za čas, který mi věnovali. V neposlední řadě bych ráda poděkovala svému vedoucímu, MUDr. Petru Hávovi, CSc.



TEZE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta sociálních věd

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

PŘEDPOKLÁDANÝ NÁZEV DIPLOMOVÉ PRÁCE: Zdravotná systém
ČR z pohledu občanů a jeho vývoj

DIPLOMANT: Kateřina Michlová

KONZULTANT: MUDr. Petr Háva, CSc.

1. Kontext problematiky a strukturace výzkumného problému

Zdravotnictví na celém světě prochází výraznými změnami a reformami, již od 80. let 20. století. Rozmach nových druhů nemocí, demografické změny jako stárnutí populace, nové technologie i politické a společenské změny měly velký vliv na rozmach a transformaci zdravotnictví. Ze společenských změn se jedná především o změnu role trhu a státu v poskytování zdravotní péče, což je spojeno s politickým převratem 90. let. [Saltman, Figueras 1997] Podstatný vliv na utváření zdravotního systému mají také začínající snahy o odstátnění, neboli privatizaci zdravotnictví a prosazování tržních mechanismů, což vede k oddělení plátců a poskytovatelů zdravotnických služeb: „*Takový vývoj umožnil na jedné straně větší flexibilitu v jednání subjektů, ale současně je vystavil také požadavkům na odpovědné jednání vůči společnosti a navzájem.*“ [Háva, Mašková – Hanušová 2009: 15] Tyto proměny jsou typické pro země střední a východní Evropy, Českou republiku nevyjímaje. Můžeme zde říci, že dochází k prosazování role trhu na úkor státu. V důsledku rozvoje svobody, demokracie a společenské participace, dochází také ke zvýšení počtu zdravotníků a občanů podílejících se na tvorbě zdravotní politiky a účasti na významných rozhodnutích, které se k ní váží. V závislosti na volný trh začíná být ve zdravotní politice kladen důraz na zvýšení kvality i výkonosti služeb, navíc s přidáním možnosti volby pro pacienta. [Háva, Mašková – Hanušová 2009, Saltman, Figueras 1997] Zdravotní systém se tak začíná více zaměřovat na jedince a jeho potřeby, kde je dán prostor pro jeho vyjádření a vlastní volby. [Rokosová, Háva a spol. 2005] Pro vývoj zdravotnického systému v České republice, který máme nyní, je nejstěžejnější polistopadový vývoj země, kdy dochází k obnově občanství, sociálních práv a k transformaci sociální struktury. V ekonomice nastávají změny vlastnických vztahů, dochází k obnově práva na soukromé vlastnictví, k zabránění státu přímo intervenovat do ekonomiky a k restrukturalizaci hospodářství. [Ferge 1993] Privatizace zde hraje klíčovou roli a týká se mnoha sfér – primární zdravotní péče, farmaceutického průmyslu a lékáren, lázeňských zařízení a podobně. [Rokosová, Háva a spol. 2005] Další podstatná změna nastala ve financování zdravotní péče, což je spojeno s transformací trhu. Bylo zavedeno vícezdrojové financování, které zahrnuje i veřejné zdravotní pojištění. Při rozhodování o podobě zdravotního pojištění sehrála roli historická zkušenost s Bismarkovským typem pojištění, které se stalo základem pro současnou podobu. Jedním z důvodů pro zavedení tohoto typu pojištění bylo také zachování solidarity a motivace občanů k péči o své zdraví. [Gladkij 2003] Dalším důvodem byla snaha zvýšit tok zdravotních prostředků do zdravotnictví s podmínkou, aby toto

financování bylo co nejméně závislé na státním rozpočtu a aby zároveň docházelo k hospodářskému růstu. [Kutzin, Cashid, Jakab 2010] Pro Českou republiku a další postkomunistické státy, které mají podobné historické pozadí, jsou charakteristické určité společné rysy implementace novodobé finanční reformy zdravotnictví. Jedná se o jasně vymezené politické cíle, které mají funkci hodnotících kritérií; funkcionálně zaměřený rámec pro popis systémů financování zdravotnictví a jeho reformy a v neposlední řadě identifikace a analýza faktorů, které mají dopad na jednotlivé varianty reformy. [Kutzin, Cashid, Jakab 2010]

Podstatným prvkem demokratizace byly legislativní změny. V roce 1991 došlo ke schválení zákona o Všeobecném zdravotním pojištění, který garantuje částečné, nebo plné hrazení zdravotní péče tímto pojištěním [Zákon č. 550/1991 Sb.]. K tomu byl přidán ještě druhý zákon o Veřejné zdravotní pojišťovně, která se stala klíčovou institucí při sjednávání a financování zdravotního pojištění [Zákon č. 551/1991 Sb.]. Tyto zákony mají zásadní význam pro zdravotnictví doposud.

Ekonomické i politické změny nutně vedly k reorganizaci zdravotní péče a ke vzniku nového systému zdravotní péče. Dochází tak k institucionálním změnám – rekonstrukci zdravotnických zařízení a orgánů. Vznikají různé zdravotnické organizace, jako je Lékařská komora, Svaz stomatologů a podobně. [Rokosová, Háva a spol. 2005] Vzniká nový oficiální typ zdravotní péče, kterým je domácí péče, či léčba. Pacienti jsou v určitých případech propouštěni do domácího léčení a nemusí striktně zůstat v nemocnicích. Nový systém zdravotní péče je založen na několika principech – solidaritě, vícezdrojovém financování s převažujícím podílem veřejného zdravotního pojištění. Tento systém má vysoký podíl samosprávy, princip svobodné volby lékaře, zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny, v rámci veřejného zdravotního pojištění a princip stejné dostupnosti poskytovaných služeb pro všechny pojištěnce. [Dobiášová a kol. 2004]

Od roku 1990 se tedy České zdravotnictví výrazně reformovalo, ovšem síla dalších reforem postupně upadá. Moderní zdravotní systém, který odpovídá potřebám občanů je přitom předpokladem pro dobrý zdravotní stav obyvatel daného státu a vede k silnému státu, který se může dále rozvíjet. Jednotlivé země by tak měly dbát na názory a potřeby svých občanů, jelikož ti vidí problémy „odspodu“, což je pro jejich řešení nezbytné.

Výzkumný problém a jeho vstupní struktura

Zdravotní systém ČR po roce 1990 prošel řadou změn, které byly utvořeny zainteresovanými aktéry v kontextu společenského dění. Změnou prošlo řízení zdravotnictví, financování zdravotnictví, formulace cílů zdravotní politiky i jejich plnění, technologické změny nevyjímaje. Přestože jsou pacienti a občané hlavními cílovými skupinami zdravotní politiky a hlavním cílem zdravotního systému je zlepšení jejich zdravotního stavu, tak se tato skupina aktérů podílí na tvorbě a realizaci zdravotní politiky v rozhodně menší míře než skupiny aktérů, reprezentované zástupci poskytovatelů zdravotních služeb, výrobci a obchodníky s léčivy a prostředky zdravotní techniky, včetně aktérů, zajišťujících funkce financování prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění. Výsledkem jsou znepokojivé problémy s kvalitou zdravotní péče, s efektivitou hospodaření v rámci zdravotního systému, alokace zdrojů, s hodnotou (užitkem), která koresponduje s vloženými finančními zdroji. Příčiny jsou spatřovány v nevyváženém uplatnění integrujících a řídicích mechanismů ve společnosti: jednostranná převaha ekonomického přístupu (tržně orientované reformy zdravotního systému) a myšlení, deficity v oblasti institucionálního vývoje, fungování demokracie, dostupnost poznatků a nezávislý výzkum a hodnocení vývoje. Zdůvodnění těchto změn vychází z předpokladu jaksi automaticky fungující racionality jednotlivých občanů a pacientů, z kterých se v tržně pojatém prostředí zdravotního systému stávají spotřebitelé s důrazem na svobodu spotřebiteli volby. Tento předpoklad však v podmínkách výrazné informační asymetrie pacientů a občanů, liberalizace cen a narůstající komplexnosti fungování zdravotních systémů zjevně nefunguje. Vznikají tak vážné pochybnosti ohledně svobody rozvoje občanů, možností jejich občanské participace v demokratických procesech. V konkrétní rovině dochází ke značnému omezení občanské participace na tvorbě zdravotní politiky, diskusi cílů a funkcí zdravotního systému.

Otázkou tak zůstává, zda současný stav zdravotního systému odpovídá požadavkům a očekávání občanů ČR.

2. Teoretická východiska dimenze

Teoretická východiska

- Zdravotní politika
- Veřejná politika
- Veřejné zdraví
- Kvalita života

Základní dimenze:

- Zdravotní systém, jeho funkce a výsledky
- Demokratický systém a prvky občanské participace
- Zdravotní politika a její cíle
- Lidská práva a práva se vztahem ke zdraví
- Kvalita zdravotní péče
- Aktéři zdravotní politiky a jejich odpovědnosti
- Informovanost, která se bude prolínat se všemi ostatními dimenzemi.

3. Předpokládané cíle diplomové práce a výzkumné otázky

Hlavním cílem celé práce bude zjistit, jak občané České republiky vnímají zdravotní systém a jeho proměny, s ohledem na informovanost a porovnání s očekáváním, neboli jaký je rozdíl mezi zdravotním systémem a názory občanů ČR na něj. Dalším cílem bude zjistit, zda současný zdravotní systém odpovídá požadavkům občanů ČR a jak se jejich názor utvářel v průběhu let. K dosažení těchto cílů pak budou sloužit tyto výzkumné otázky (inspirováno Knobloch, Rokosová 2006):

- Jaký je v současné době zdravotní systém v ČR?
- Jaká je kvalita poskytované zdravotní péče? Jak jsou dostupní jednotliví specialisté, pediatři a další odborníci?
- Jaká je dostupnost zdravotní péče? Jaký je vliv finančního zapojení občanů na zdravotnictví, má vliv na dostupnost?
- Jak je zdravotnictví financováno?
- Jaká je informovanost občanů ČR o zdravotnictví? Jsou pro ně informace dostupné? Jaké jsou jejich znalosti?
- Jaké je korupční klima ve společnosti a ve zdravotnictví?

4. Metody

V metodologické části bude využito konceptu *mixed methods*, neboli kombinace kvalitativních a kvantitativních technik [Fiala, Schubert 2000]. Z **kvantitativních metod** bude využita sekundární analýza dat, kterou bude zjišťován vývoj pohledu občanů na zdravotní systém v ČR. K analýze budou využita data z pravidelného dotazníkového šetření agentury Inres Sones, která provádí pravidelná šetření o názoru občanů ČR na

zdravotní systém. Tato data budou dále doplněna o šetření Eurobarometru a o výzkumy, zabývající se zdravím z dalších organizací (například CVVM, ISS a podobně).

Z kvalitativních technik [Silverman 2005] bude využito metody expertních a polostrukturovaných rozhovorů s vybranými zástupci z řad občanů pacientů a odborníků (zaměstnanci ministerstev, spřátelených organizací a organizací zastupující občan). Získané poznatky budou zasazeny do kontextu kvantitativních dat a společenských změn tak, aby vznikl ucelený pohled na problematiku i s hlubším porozuměním.

6. Předpokládaná struktura diplomové práce

- 1) Úvod
- 2) Teoretická východiska
- 3) Metody
- 4) Deskriptivní část
- 5) Analytická část
- 6) Závěry

7. Základní literatura k tématu

- Saltman, R. B., Figueras, J. *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press 1998.
- Saltman, R.B., Figueras, J. *European health care reform. Analysis of current strategies*. WHO regional publications, 1997.
- Fiala, P., Schubert, K. *Moderní analýza politiky. Uvedení do teorií a metod policy analysis*. Brno: Barrister a Princípál 2000.
- Silverman, D. *Jako robiť kvalitatívny výzkum*. Bratislava: Ikar, 2005. 327 s. ISBN 80-551-0904-4
- Ferge, Z. Sociální změna ve východní Evropě – sociální občanství v nových demokraciích. *Sociologický časopis*. 1993. 2/29. str. 149-166
- Knobloch, F. Rokosová, M. Názory občanů na vybrané problémy zdravotní péče v České republice. *Zdravotnictví v České republice*. 2006. 1/9. str. 30-36S
- Kutzin, J. Cashid, K. Jakab, M. Implementing health financing reform. *European observatory on health system and policies*. World health organization: 2010. ISBN 978 92 890 4211 6
- Gladkij, I. *Management ve zdravotnictví*. Brno : Nakladatelství Computer Press, 2003, s. 38.
- Rokosová M, Háva P, Schreyögg J, Busse R. *Health care systems in transition: Czech Republic*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.
- Háva, P., Mašková - Hanušová, P. Zdravotní politika viszehradských zemí I, II. *Zdravotnictví v České republice* 2009, 12(1): 12-21; 2009, 12(2): 70-79
- Háva, P. Mašková, P. Teršová, T. České zdravotnické právo po roce 1990 v kontextu lidských práv se vztahem ke zdraví. *Zdravotnictví v České republice*. 2011. 3/14.
- Dobiášová, K. a kol. *Průvodce systémem zdravotní péče České republiky*. Institut zdravotní politiky a ekonomiky. Kostelec nad Černými lesy: 2004. ISBN 80-86625-22-2

- WHO. *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva 2000. ISBN 92 4 156198 X
- Walt, G. *Health Policy. An Introduction to Process and Power*. People, governments and international agencies – who drives policy and how it is made. London: Zed Books 1994.
- Šimek, J., Špalek, V. Etické aspekty regulace zdravotnictví in *Zdravotnictví v České republice*, č. 4, roč. 1, 1998.

Zákony

Zákon č.550/1991 Sb. o Všeobecném zdravotním pojištění

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

V Praze dne

Konzultant:

Podpis:

Diplomant:

Podpis:

Obsah

ÚVOD.....	2
1. VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU.....	5
2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	7
3. POUŽITÉ METODY.....	8
3.1 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	9
3.2 SBĚR DAT A JEJICH ZPRACOVÁNÍ.....	11
4. ZÁKLADNÍ TEORETICKÉ KONCEPTY A VĚCNÁ VÝCHODISKA DIPLOMOVÉ PRÁCE..	15
4.1 OBČANSKÁ PARTICIPACE V DEMOKRATICKÉM SYSTÉMU.....	16
4.2 OBČANSTVÍ	17
4.3 FORMÁLNÍ A NEFORMÁLNÍ SÍTĚ AKTÉRŮ	20
4.4 ROLE OBČANŮ VE VEŘEJNÉ POLITICE A TEORIE LEGITIMITY	22
4.4.1 <i>Teorie legitimacy</i>	23
4.5 ZDRAVOTNÍ POLITIKA A VEŘEJNÉ ZDRAVÍ.....	24
4.5.1 <i>Veřejné zdraví</i>	25
4.6 LIDSKÁ PRÁVA SE VZTAHEM KE ZDRAVÍ	27
4.7 ZDRAVOTNÍ SYSTÉM A ZDRAVOTNICKÉ PRÁVO V ČESKÉ REPUBLICE	30
4.7.1 <i>Období transformace a začátků privatizace 1990-1993</i>	31
4.7.2 <i>Období revize nastavených změn a pokračující privatizace 1994-1997</i>	33
4.7.3 <i>Období přípravy na vstup do EU (1998-2006)</i>	35
4.7.4 <i>Období reformního úsilí (2007 až současnost)</i>	36
4.8 SHRNUTÍ.....	38
5. JAK OBČANÉ VNÍMAJÍ ZDRAVOTNÍ SYSTÉM A ZDRAVOTNÍ PÉČI – PŘEHLED VYBRANÝCH VÝSLEDKŮ VÝZKUMU VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ.....	39
5.1 VÝZKUMY VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ ZAMĚŘENÉ NA ZDRAVOTNICTVÍ	40
5.2 NÁZORY OBČANŮ ČR NA ZDRAVOTNICTVÍ.....	41
5.2.1 <i>Shrnutí výsledků výzkumů veřejného mínění</i>	46
6. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	47
6.1 EXPERTNÍ ŠETŘENÍ A FORMULACE HYPOTÉZ	47
6.2 NÁZORY OBČANŮ PODLE DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ A POLO-STRUKTUROVANÝCH ROZHOVORŮ.....	53
6.2.1 <i>Směřování zdravotnictví (H1)</i>	54
6.2.2 <i>Systém pojišťovnictví (H2)</i>	55
6.2.3 <i>Veřejné zdraví (H3)</i>	57
6.2.4 <i>Problémy ve zdravotnictví (H4)</i>	59
6.2.5 <i>„Value for money“ (H5)</i>	61
6.2.6 <i>Lidská práva se vztahem ke zdraví (H7)</i>	62
6.2.7 <i>Participace na tvorbě zdravotnictví (H7)</i>	64
6.2.8 <i>Současné nastavení zdravotního systému (H8)</i>	66
6.2.9 <i>Další výsledky z kvantitativního šetření</i>	67
6.3 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ	71
ZÁVĚR	74
SUMMARY	77
POUŽITÁ LITERATURA.....	79
SEZNAM PŘÍLOH.....	84
PŘÍLOHY	85

Úvod

Zdravotnictví na celém světě prochází dlouhodobým historickým vývojem v závislosti na řadě faktorů (nemocnost, poznatky, technologie, sociální, politický a ekonomický kontext, demografické změny) [Porter 2006]. Z hlediska naší české současnosti jsou významné transformační změny, ke kterým dochází po roce 1990. Tyto transformační změny a potažmo celý polistopadový vývoj je významně ovlivněn evropským kontextem a neoliberálním přístupem [WHO 2014; Háva, Mašková, Teršová 2009]. Ze společenských změn se jedná především o změnu role trhu a státu v poskytování zdravotní péče, což je spojeno s politickým převrácením v 90. letech. [Saltman, Figueras 1997] Podstatný vliv na utváření zdravotního systému měly také začínající snahy o odstátnění, neboli privatizaci zdravotnictví a prosazování tržních mechanismů, což vede k oddělení plátců a poskytovatelů zdravotnických služeb: „*Takový vývoj umožnil na jedné straně větší flexibilitu v jednání subjektů, ale současně je vystavil také požadavkům na odpovědné jednání vůči společnosti a navzájem.*“ [Háva, Mašková – Hanušová 2009: 15] Tyto proměny jsou v daném období charakteristické také pro země střední a východní Evropy, Českou republiku nevyjímaje. Můžeme zde říci, že dochází k prosazování role trhu, na úkor státu. Po roce 1990 tedy dochází ke změnám, jako je větší rozvoj svobody, demokracie a růst možností společenské participace. [Saltman, Figueras 1997]

Pro vývoj zdravotnického systému v České republice, který máme nyní, je nejtěžejnější polistopadový vývoj země, který se orientuje prozápadním směrem – směrem k demokracii. Zvolna dochází ke znovu-nastolení občanství, sociálních práv a k transformaci sociální struktury. V ekonomice nastávají změny vlastnických vztahů, dochází k obnově práva na soukromé vlastnictví, k zabránění státu přímo intervenovat do ekonomiky a k restrukturalizaci hospodářství. [Ferge 1993] Tyto změny jsou velmi obtížné a pro jejich řádné nastolení je zapotřebí i smýšlení a vůle občanů - „*Vytvořit otevřenou společnost, v níž se jak politici, tak řadoví občané chovají demokraticky, je přitom nesmírně obtížné.*“ [Pehe 2003]

Klíčovou roli hraje privatizace a týká se mnoha sfér – primární zdravotní péče, farmaceutického průmyslu a lékáren, lázeňských zařízení a podobně, které se vracely do rukou občanů. [Rokosová, Háva a spol. 2005] Další podstatná změna nastala ve financování zdravotní péče, což je spojeno s transformací trhu. Bylo zavedeno vícezdrojové financování, které zahrnuje i veřejné zdravotní pojištění. Při rozhodování o podobě zdravotního pojištění sehrála roli historická zkušenost s Bismarkovským typem

pojištění, které se stalo základem pro jeho současnou podobu. Jedním z důvodů pro zavedení tohoto typu pojištění bylo také zachování solidarity a motivace občanů k péči o své zdraví. [Ústava ČR - Listina základních práv a svobod, čl. 31. o zdraví a zdravotní péči; Gladkij 2003] Dalším důvodem byla snaha zvýšit tok zdravotních prostředků do zdravotnictví s podmínkou, aby toto financování bylo co nejméně závislé na státním rozpočtu a aby zároveň docházelo k hospodářskému růstu. [Kutzin, Cashid, Jakab 2010]. Pro Českou republiku a další postkomunistické státy, které mají podobné historické pozadí, jsou charakteristické určité společné rysy implementace novodobé finanční reformy zdravotnictví. Jedná se o jasně vymezené politické cíle, které mají funkci hodnotících kritérií; funkcionálně zaměřený rámec pro popis systémů financování zdravotnictví a jeho reformy a v neposlední řadě identifikace a analýza faktorů, které mají dopad na jednotlivé varianty reformy. [Kutzin, Cashid, Jakab 2010] Tvůrci zdravotní politiky by však neměli zapomínat na to, jak má být vlastně zdravotní systém koncipován: *„Zdravotnický systém má být koncipován tak, aby při sladění zájmů všech podstatných subjektů směřoval k naplnění svého nejvlastnějšího cíle, jímž je zajištění zdravotní péče o obyvatelstvo na základě zdravotnických potřeb.“* [Křížová 1998: 7] Zajištění zdravotní péče je jedním z lidských práv, je jednou z priorit státní politiky, která je zároveň veřejnou věcí. Zajištění zdravotní péče je tak společenským úkolem, jehož řešení by mělo probíhat v zájmu a především pak ve prospěch občana i společnosti jako celku. [Křížová 1998: 13]

Podstatným prvkem rozvoje demokratizace byly legislativní změny (Ústava a další zákony a jejich uvedení do praxe; kultura, svoboda rozvoje jedinců, rozvoj občanství). V roce 1991 došlo ke schválení zákona o Všeobecném zdravotním pojištění, který garantuje částečné, nebo plné hrazení zdravotní péče tímto pojištěním [Zákon č. 550/1991 Sb.]. K tomu byl přidán ještě druhý zákon, o Veřejné zdravotní pojišťovně, která se stala klíčovou institucí při sjednávání a financování zdravotního pojištění [Zákon č. 551/1991 Sb.]. Tyto zákony mají zásadní význam pro zdravotnictví doposud.

Ekonomické i politické změny nutně vedly k reorganizaci zdravotní péče a ke vzniku nového systému zdravotní péče. Dochází tak k institucionálním změnám – rekonstrukci zdravotnických zařízení a orgánů. Vznikají různé zdravotnické organizace, jako je Lékařská komora, svaz stomatologů a podobně. [Rokosová, Háva a spol. 2005] Vzniká nový oficiální typ zdravotní péče, kterým je domácí péče, či léčba. Pacienti jsou v určitých případech propouštěni do domácího léčení a nemusí striktně zůstat v nemocnicích. Nový systém zdravotní péče je založen na několika principech – solidaritě, vícezdrojovém financování s převažujícím podílem veřejného zdravotního pojištění.

Má vysoký podíl samosprávy, princip svobodné volby lékaře, zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny (v rámci veřejného zdravotního pojištění) a princip stejné dostupnosti poskytovaných služeb pro všechny pojištěnce. [Dobiášová a kol. 2004]

Od roku 1990 se tedy České zdravotnictví výrazně reformovalo, pokud jde o změny jeho organizačního uspořádání a změny ve financování, avšak nedošlo ke srovnatelné modernizaci, pokud jde o promítnutí lidských práv se vztahem ke zdraví do českého zdravotnického práva. S tím také souvisí vývoj podmínek občanské participace na zdravotní politice a možností pro další kulturní vývoj (informovanost občanů o zdraví a jeho determinantech, vzdělání ke zdraví a podpora veřejného zdraví). Za dvacet let došlo k dominantnímu uplatnění medicínského paradigmatu na úkor populačního přístupu, podpory zdraví, ale také pokud jde o občanskou participaci. [Háva, Mašková, Teršová 2009; Tambakaki 2010] Moderní zdravotní systém, který odpovídá potřebám občanů je přitom předpokladem pro dobrý zdravotní stav obyvatel daného státu a vede k silnému státu, který se může dále rozvíjet. Jednotlivé země by tak měly dbát na názory a potřeby svých občanů, jelikož ti vidí problémy „odspodu“, což je pro jejich řešení nezbytné.

1. Vymezení výzkumného problému

Zdravotnický systém je v prvé řadě sociálním systémem, jehož aktéry jsou lidé/občané a kde platí základní sociologická pravidla [Křížová 1998: 6]. Jako aktér má člověk také svá práva a očekávání, jako je spravedlnost, dostupnost služeb, rovnost v přístupu ke službám, funkčnost služeb a obecně dodržování lidských práv. Tato očekávání ovšem nejsou vždy plněna, otázkou tak zůstává, do jaké míry je občan stále plnohodnotným aktérem.

Zdravotní systém si po roce 1990 prošel řadou změn, které byly tvořeny v kontextu společenského dění. Změnou prošlo řízení zdravotnictví, financování zdravotnictví, definování cílů zdravotnictví i jejich plnění, technologické změny nevyjímaje. **Na jedné straně tak máme politicky a ekonomicky orientované změny systému a na druhé straně občany a pacienty a jejich názor na tyto změny a jejich očekávání, která do nich vždy vkládali. Otázkou zůstává, zda současný stav zdravotního systému odpovídá požadavkům a očekávání občanů ČR.**

Pro větší přehled zkoumané problematiky jsou níže uvedeny dvě tabulky. V první je znázorněn přehled faktorů, které mají na tvorbu zdravotního systému vliv, v druhé jsou uvedeny negativní dopady neboli sociální důsledky, které můžeme již nyní v rámci zdravotního systému a zdravotnictví pozorovat.

Sociální důsledky směru vývoje zdravotního systému jsou rozděleny do třech hlavních bodů. Nerovnost/dostupnost zdraví, pod kterou spadají nerovnosti v přístupu ke zdravotní péči, způsobené především nutností finančního zapojení při čerpání zdravotních služeb a omezení dostupnosti kvalitní, respektive té nejkvalitnější péče, opět z finančních důvodů, důsledkem rozdělení služeb na standard a nadstandard. Druhým bodem je omezování či nemožnost občanské participace, kdy se pacient začíná stávat konzumentem dostupných služeb, spíše než aktivním občanem. Posledním je porušování či omezování práv pacientů, což je převážně v důsledku mezer v informovanosti.

<u>Sociální důsledky</u>				
Nerovnost/dostupnost zdraví		Omezování/nemožnost občanské participace		Porušování či omezování práv
Přístup ke zdravotní péči	Omezení dostupnosti	Nedostatečná informovanost	Nastavení společnosti	Nedostatečná informovanost

Vlivy na stav zdravotnictví jsou rozděleny také na tři základní okruhy: celosvětové, uvnitř ČR ale mimo zdravotní systém a uvnitř zdravotního systému v rámci ČR. Mezinárodní vliv je převážně v rámci organizací, kterých je ČR členem a které se ke zdravotnictví vážou, ale také celkové společenské změny a nastavení směřování současné společnosti. Tato práce se mezinárodním vlivem blíže nezabývá, pouze čerpá z mezinárodních poznatků. Uvnitř ČR a zároveň mimo zdravotní systém jsou to také společenské změny, spojené s politickým převratem v roce 1989 – prosazování demokracie, tržního systému a s tím spojené privatizace, která se nedotkla pouze zdravotnictví. Opomenout nelze ani legislativní změny, které jsou ale vlastně důsledkem společenské situace a společenského nastavení. Posledním okruhem jsou změny uvnitř samotného zdravotního systému, které jsou ovlivněny postupnými změnami v důsledku celospolečenského nastavení, ale také finanční situací a tokem financí do oboru zdravotnictví.

<u>Vlivy na podobu zdravotního systému v ČR</u>					
V rámci zdravotního systému		V rámci ČR a mimo zdrav. systém		Mimo ČR	
Postupné utváření a vývoj	Přísun financí	Společenská transformace	Legislativní vývoj	Organizace	Ekonomické změny
Věda Privatizace	Státní rozpočet Dotace EU	Tržní orientace Demokracie Privatizace	Zákony Přepisy Vyhlášky	EU WHO OSN ACDC	

2. Cíle práce a výzkumné otázky

Hlavním cílem celé práce je zjistit, jak občan **vnímá a interpretuje** vývoj českého zdravotnictví po roce 1990 až do současnosti, s ohledem na informovanost a porovnání s očekáváním. Čili zjistit, zda je směřování reformních změn ve zdravotní politice v souladu s očekáváním a požadavky občanů a pacientů. Důležitou roli zde přitom hraje participace občana na tvorbě zdravotní politiky, zda se občané nějakým způsobem zapojují do samotné tvorby politiky, či zda je na jejich názory a potřeby brán zřetel.

Dalšími cíle je pak zjistit, jak pacienti vnímají konkrétní oblasti:

- Systém zdravotní péče
- Kvalita poskytované zdravotní péče
- Dostupnost zdravotní péče
- Znalost svých práv
- Hodnocení vývoje zdravotnictví

Definovaným cílům následně odpovídají výzkumné otázky:

1. Jak pacient/občan vnímá současný zdravotní systém v České republice?
 - a. Identifikace hlavních problémů současného zdravotnictví – kde občané vidí nejpálčivější problémy, které se musí řešit co nejdříve?
2. Jaký je rozdíl mezi vývojem zdravotního systému a názory občanů ČR na něj?
3. Jak je hodnocen vývoj zdravotního systému a jaký výhled do budoucna občané mají? Porovnání několika období zdravotní politiky
4. Co lidé od zdravotního systému očekávají?
 - a. Jaká je kvalita poskytované zdravotní péče? (Jak jsou dostupní jednotliví specialisté, pediatři, ortopedi a další odborníci?)
 - b. Jaká je dostupnost zdravotní péče? (Jaký je vliv finančního zapojení občanů na zdravotnictví, má vliv na dostupnost?)
 - c. Jaká je informovanost občanů ČR o zdravotnictví? (Jsou pro ně informace dostupné? Jaké jsou jejich znalosti?)
5. Zainteresovanost státu o veřejné zdraví – zda si za své zdraví odpovídá sám jedinec, nebo jestli vidí odpovědnost za své zdraví u státu?
6. Znalost práv se vztahem ke zdraví a informovanost občanů – zda jsou občané informováni o svých právech a povinnostech se vztahem ke zdraví

3. Použité metody

Výzkumný design empirické části je založen na konceptu *mixed methods approach*, neboli kombinace kvalitativních a kvantitativních technik [Creswell 2009, Loučková 2010]. Kombinace těchto metod s sebou přináší jak pozitiva, tak negativa, kterých si je autorka vědoma [srov. Veisová, 2009]

Nejprve jsou zmapovány již proběhlé výzkumy na stejné, či podobné téma. Výsledky těchto výzkumů slouží v první řadě jako podklad pro samostatný výzkum. Jsou zjištěny největší problémy a nedostatky ve zdravotním systému tak, jak je vidí občané, porovnané v čase. Pro vlastní sběr dat slouží také jako forma kontroly neboli je součástí triangulace. Analyzovaná data jsou veřejně dostupná v datovém archivu sociologického ústavu Nesstar.

Na základě identifikovaných hlavních problémů z přehledu výsledků sekundárních dat a z rozhovorů s experty byly formulovány hypotézy [Hendl 2006: 21], které ověřil krátký **dotazník**. Vlastním sběrem dat vytvořený dotazník zjišťuje a ověřuje nejpalcivější problémy zkoumané problematiky na reprezentativní skupině obyvatel ČR. Jako výzkumný nástroj byl zvolen dotazník s kombinací uzavřených a otevřených otázek, v délce vyplňování kolem 2 minut.

Z kvantitativních metod je v práci využito expertního šetření a hloubkových rozhovorů. K oběma metodám byl využit polostrukturovaný scénář, vymezující základní okruhy a otázky dané problematiky. **Expertního šetření**, konkrétně expertních rozhovorů, bylo využito jakožto doplňkové metody pro získání hlubšího vhledu do problematiky a zjištění hlavních témat, na jejichž základě mohl být proveden samotný sběr dat. Pro expertní rozhovory je typické to, že výzkumníka (tazatele) nezajímá dotazovaná osoba sama o sobě, ale její postoje a názory jakožto odborníka na danou problematiku. V tomto případě na problematiku zdravotnictví a zdravotního systému ČR. Rozhovory se podařilo uskutečnit se čtyřmi experty většinou z různých oblastí.

Druhou kvalitativní metodou jsou hloubkové rozhovory s občany - pacienty. Rozhovory byly provedeny pomocí polostrukturovaných dotazníků s vybranými jedinci. **Polostrukturované rozhovory** můžeme označit jako střední cestu v kvalitativním dotazování. Rozhovory mají sice předem definovaný účel i osnovu, ale zároveň jsou i flexibilní, jelikož dovolují výzkumníkovi měnit pořadí otázek i přidávat otázky nové, podle aktuálního vývoje dotazování. Obecně jsou velkou výhodou otevřené otázky, které umožňují získání subjektivních pohledů a názorů respondentů. Dalším pozitivem tohoto typu výzkumného nástroje je možnost pokládat také otázky, které se váží k minulosti

respondenta. Vzhledem k výzkumnému problému této práce je možnost ptát se „co bylo“ pro zjištění relevantních a úplných informací klíčová. Na druhou stranu tento typ nástroje vyžaduje určité dovednosti ze strany tazatele – jistou formu empatie a schopnost přizpůsobit pořadí otázek jednotlivým respondentům. V základní literatuře o metodách kvalitativního dotazování se můžeme setkat s různým označením polostrukturovaných rozhovorů, například Hendl je ve své učebnici uvádí jako „rozhovory s návodem“, které definuje následovně: „*Návod k rozhovoru představuje seznam otázek či témat, jenž je nutné v rámci interview probrat.*“ [Hendl 2005: 174] Struktura, osnova či návod rozhovoru usnadňují analýzu, i případné pozdější srovnání. [Hendl 2005: 161 – 166, Silverman 2005: 101 – 103, Denzin 2005]

Získané poznatky jsou zasazeny do kontextu kvantitativních dat a společenských změn, aby vznikl ucelený pohled na problematiku s hlubším porozuměním.

3.1 Výzkumný soubor

Účast na výzkumu byla dobrovolná, jak v kvalitativní, tak v kvantitativní části. Všichni uvedení respondenti (kvalitativní část) poskytli svolení se zpracováním a zveřejněním jejich odpovědí v diplomové práci.

Respondenti z kvantitativní části jsou členy panelu respondentů, který spravuje výzkumná agentura NMS Market Research. Členství v tomto panelu je dobrovolné a je podmíněno několika základními požadavky: členové musí být státními příslušníky ČR, minimální věk pro členství je 15 let, nesmí pracovat v oblasti výzkumu trhu nebo pro organizaci, který se výzkumem trhu zabývá a každá osoba může mít v panelu pouze jednu registraci. Panel byl vytvořen jako reprezentativní odraz populace. V tabulce (příloha č. 1) je uvedena struktura našeho výzkumného souboru podle základních sociodemografických údajů. Získaná data jsou anonymní a nejsou přímo spojována se jménem konkrétního člena panelu.

Pro rozmanité zastoupení osob v expertních rozhovorech byli osloveni zástupci z řad organizací zastupujících pacienty, zaměstnanci Státního zdravotního ústavu a zaměstnanci ministerstva zdravotnictví. Ze sedmi oslovených expertů se podařilo uskutečnit rozhovory se čtyřmi z nich. Všichni odborníci se aktivně podílejí na tvorbě zdravotnictví v České republice, přičemž každý z nich se hlouběji věnuje jiné problematice. Představení jednotlivých odborníků:

- Ing. Josef MRÁZEK, CSc., viceprezident Svazu pacientů – vystudovaný elektrotechnik do roku 1996, pracoval v oboru fyzika dielektrik a atmosférických výbojů. Od roku 1995

se aktivně zajímá o zdravotnictví z pohledu pacientů. Byl zástupcem pacientů za ČR v mnoha mezinárodních organizacích a doposud je delegátem za ČR ve Světovém sdružení pacientů. Ze své pozice viceprezidenta Svazu pacientů se účastí řady jednání s vládou na téma zdravotnictví a sepsal na toto téma řadu článků.

- Mgr. et Mgr. Jan Alexa, analytik Ministerstva zdravotnictví, bývalý člen správní rady VOZP – vystudoval bezpečnostní studia a ekonomii na UK v Praze. Pracoval jako analytik ve vojenské zdravotní pojišťovně, jako analytik zdravotní politiky byl velvyslancem v OECD a nyní pracuje jako analytik na ministerstvu zdravotnictví.

- MUDr. Marie Nejedlá, vedoucí Centra podpory veřejného zdraví SZÚ – vystudovaná lékařská fakulta hygienická (současná 3. LF). Na současné pozici vedoucí je po dobu dvou let, předtím pracovala jako zástupkyně ředitele na jedné střední lékařské škole.

- MUDr. Hana Janatová, CSc., vedoucí Oddělení podpory zdraví SZÚ – vystudovaná 3. lékařská fakulta. Ve Státním zdravotním ústavu pracuje s přestávkou již od roku 1983. Na současné pozici je od roku 2003, předtím pracovala 4 roky jako vedoucí odboru životního prostředí na Praze 6.

Respondenti do polostrukturovaných rozhovorů byli vybráni také úsudkem a následně i nabalováním¹ tak, aby byly postihnuty všechny věkové kategorie a bylo zastoupeno obojí pohlaví. Výběr dotazovaných probíhal z okolí autorky podle toho, jak byli respondenti ochotni spolupracovat a měli časové možnosti. Vzhledem k tomu, že zpracování dat bylo anonymní tak, jak bylo respondentům garantováno, jsou pracovně označeni jako R (R1 až R6). Níže je uvedena tabulka se sociodemografickými charakteristikami.

Označení	Věk	Pohlaví	Vzdělání	Zaměstnání	Zdravotní stav
R1	24let	Žena	VŠ	student	1
R2	53let	Muž	VŠ	Obchodní zástupce	3
R3	46let	Žena	SŠ s mat.	učitelka	2-
R4	72let	Muž	VŠ	důchodce	3
R5	22let	Žena	SŠ s mat.	student	2
R6	63let	Žena	vyučena	důchodce	3

¹ Metoda známá také jako Snow-ball, kdy jeden respondent doporučí dalšího.

3.2 Sběr dat a jejich zpracování

Sběr dat probíhal následovně - nejprve byla zmapována dostupná data a provedeny expertními rozhovory tak, aby byly stanoveny základní problematické okruhy, které byly následně zkoumány v dotazníkovém šetření. Zjištěné výsledky z dotazníkového šetření byly ještě více rozvinuty a doplněny o vysvětlení v následných hloubkových rozhovorech. Postup sběru dat je znázorněn na následujícím schématu:



Zdroj – autorka

V dostupných datech byly nejprve hledány okruhy otázek se vztahem ke zdraví a zdravotnictví a vytvořen přehled toho, co se ve výzkumu veřejného mínění zkoumá a jaké jsou obecně výsledky na opakující se otázky v čase. Po vytvoření tohoto přehledu bylo zpracováno několik základních otázek, které reprezentují pohled a hodnocení zdravotnictví občany v ČR. Konkrétně byly zpracovány vývojové grafy za následující otázky:

- Hodnocení zdravotního systému obecně
- Naléhavost řešení problematiky zdravotnictví
- Hodnocení problematičnosti vybraných dimenzí zdravotnictví (co vidí občané jako problém)

Pro lepší pochopení problematiky a snazšího proniknutí do tématu byla zvolena kvalitativní metoda expertního šetření s vybranými odborníky, kteří jsou zainteresovaní ve zdravotnictví, a tvorba zdravotní politiky se jich také týká. Rozhovory probíhaly současně se zjišťováním vybraných výsledků již sebraných dat a osnova těchto rozhovorů je tedy výzkumy ovlivněna. Rozhovory se uskutečnily v zaměstnání respondentů nebo na místě, které si zvolili sami odborníci. Během rozhovorů byly pořizovány terénní zápisky a rozhovor trval mezi 40 – 60 minutami. Konkrétně byly zjišťovány odpovědi na následující okruhy otázek:

- současný zdravotní systém a jeho specifika,

- identifikace a zhodnocení největších kladů a záporů současného nastavení zdravotní péče,
- zhodnocení vývoje zdravotního systému s výhledem do budoucnosti
- identifikace a zhodnocení problémů (včetně zhodnocení problému z výzkumů veřejného mínění)
- role veřejného zdraví
- informovanost občanů a znalost práv se vztahem ke zdraví

Přesná podoba osnovy pro expertní rozhovory je v příloze č. 2. Pro zpracování kvalitativních dat z expertních rozhovorů bylo využito tematické analýzy. Vzhledem k připravené osnově rozhovorů a k předem stanoveným výzkumným otázkám práce, se tato metoda nabízela jako nejvhodnější. Pro tematickou analýzu je charakteristické hledání předem zvolených témat v celém datovém souboru – v tomto případě v jednom rozhovoru. Tato témata se následně stávají kategoriemi pro samotnou analýzu. Analýza se skládá ze šesti kroků: seznámení se s daty, na základě dat se vytvoří počáteční kódy, mezi těmito kódy se hledají témata, přezkoumávají se a následně se definují a pojmenovávají. Poslední částí je sepsání zprávy neboli závěrů analýzy – závěry analýzy jsou v tomto případě součástí analytické části diplomové práce. V tomto případě byla zvolena teoretická tematická analýza, pro které je specifické zvolení výzkumné otázky dopředu. [Braun, Clarke: 2006]

Další metodou sběru dat je dotazník, který byl vytvořen na základě studia literatury a zjištění ze sekundárních dat již uskutečněných výzkumů, zabývajících se zdravotnictvím. Celkem měl dotazník 13 otázek, přičemž převládaly otázky uzavřené. Cílem bylo prozkoumat a zjistit názory občanů na následující okruhy, které byly dále rozpracovány do konkrétních otázek²:

- hodnocení vývoje zdravotního systému,
- identifikace klíčových problémů,
- zjištění spokojenosti se zdravotním systémem a zdravotními službami,
- znalost a informovanost občanů o svých právech,
- otestování konceptu „value for money“,
- vize budoucího vývoje,
- participace.

² Konečná podoba testovaného dotazníku je v příloze č. 3

Kvantitativní sběr dat proběhl za pomoci agentury NMS Market Research, která umožnila přidat krátký dotazník do omnibusového šetření. NMS Market Research je agentura zabývající se výzkumem převážně v oblasti trhu, a je také členem výběrového sdružení agentur působících v oblasti výzkumu trhu SIMAR, MSPA a prostřednictvím svých zástupců i ESOMARU. Členstvím v těchto organizacích je agentura zavázána dodržovat etiku výzkumu a výzkumné standardy tak, aby byly výsledky objektivní a kvalitní. Samotný sběr dat pobíhal online, prostřednictvím vlastního panelu respondentů agentury od 21. 3. 2014 do 24. 3. 2014. Panel respondentů byl vytvořen jako reprezentativní podoba populace ČR. Celková návratnost byla 76% a po pročištění souboru je výsledné N=707 respondentů. Pročištění a úprava dat proběhla ve statistickém programu SPSS. Následně byly vytvořeny základní tabulky s absolutními a relativními četnostmi pro každou otázku. Bylo zvoleno několik třídících proměnných - demografické ukazatele: věk, pohlaví, velikost bydliště a příjem, z ostatních otázek byla zvolena otázka na celkové hodnocení zdravotního systému. V Excelu byly všechny otázky protříděny a pro zjištění síly vztahu mezi proměnnou a třídícími proměnnými bylo zvoleno znaménkové schéma, jako ukazatel statistické významnosti. Pokud je tedy v textu hovořeno o statisticky významné četnosti některé odpovědi u konkrétní třídící proměnné, pak je tento vliv brán na hladině významnosti 0,01.

Poslední metodou sběru dat jsou polostrukturované rozhovory s občany pacienty, díky kterým byly zjištěny podrobnosti o nedostacích ve zdravotním systému a celkový názor občanů na zdravotnictví – co si o něm myslí a proč. Osnova rozhovorů kopíruje okruhy z dotazníků, ovšem jednotlivé problematiky jsou zde probírány více do hloubky a vždy je zjišťováno detailní vysvětlení „proč“. Konkrétní podoba osnovy je k nalezení v příloze č. 4. Okruh otázek je následující:

- Systém zdravotní péče – zkoumání celkového hodnocení zdravotního systému, se zaměřením na jednotlivé zdravotní služby. Identifikace hlavních problémů, řešení dostupnosti a kvality zdravotnictví.
- Pojišťovnictví – hledání kladů a záporů jedné či více pojišťoven.
- Znalost práv se vztahem ke zdraví – znalost jednotlivých pojmů, včetně hodnocení potřeby jejich znalosti a dostupnosti informací. Otázka na porušování lidských práv, včetně konkrétních příkladů.
- Veřejné zdraví – znalost pojmu, zhodnocení kdo má za zdraví nést zodpovědnost a jaká je a měla by být role státu.

- Participace či aktivita jedince – zjišťování aktivity jedince, včetně možností na zapojení se do procesů tvorby zdravotnictví. Hledání cest jak možno participovat.
- Vývoj zdravotnictví – zhodnocení jednotlivých vývojových etap, se zaměřením na jejich klady a zápory.
- Socio-demografie a zdravotní stav – subjektivní hodnocení zdravotního stavu pro analýzu předchozích odpovědí.

Rozhovory se uskutečnily na předem domluvených místech, nejčastěji v kavárnách a restauračních zařízeních v okolí místa bydliště respondentů. Respondenti si sami zvolili místo dotazování, aby jim prostor vyhovoval a cítili se uvolněněji. Před začátkem rozhovoru proběhlo krátké představení účelu výzkumu, a jakým způsobem budou sebraná data použita.

Po prvních dvou dotaznících bylo pozměněno pořadí otázek, jelikož bylo zjištěno, že začít rozhovor obecným dotazem na zdravotnictví je pro respondenty obtížné. Jako lepší varianta se ukázalo nejprve zhodnotit konkrétní zdravotní služby a tím se lehce vpravit do tématu. Samotné otázky byly pro respondenty srozumitelné a neměli problém s jejich zodpovězením. Obecně je toto téma pro většinu osob zajímavé a důležité, proto i po ukončení oficiální části rozhovoru s většinou respondentů probíhala ještě neformální debata nad některými problémy. Nejčastěji chtěli vědět, o čem jsou zákony a koncepce z části III. Všichni respondenti podepsali informovaný souhlas, jehož podoba je k nalezení v příloze č. 5 (originály podepsaných souhlasů jsou k dispozici u autorky). Rozhovory byly se souhlasem nahrávány na diktafon a v průběhu byly také pořizovány terénní zápisky.

4. Základní teoretické koncepty a věcná východiska diplomové práce

Relevantní poznatkový (teoretický) rámec, ze kterého vychází zkoumaný problém, spatřuji v několika nosných teoriích, jež uvádím v následujícím tabulkovém přehledu.

DIMENZE PROBLÉMU	KNIHY	ČLÁNKY A ELEKTR. PUBLIKACE	PRÁCE STUDENTŮ
Občanská participace v demokratickém systému, občanská společnost	Muller 2002 Dahl 1995 Pehe 2003	Vlachová, Lebeda 2006	Pecková 2010
Občanství	Mead, L. 1986 Skovajsa 2010 Bellamy 2008	Turner, B. S. 1990, Řeháková a Rakušanová 2006	Dopita 2008
Lidská práva se vztahem ke zdraví, jejich vývoj a uplatnění v praxi na národní úrovni	Blahož 2005 Šišková 2008 Šturma 2013 Donnelly 2013	Háva, Mašková, Teršová, 2011 Gruskin, Tarantola 2004	Mášová 2007
Formální a neformální sítě aktérů	Rhodes 2006; Buse 2005;	Frič 2008	Hastík 2012
Veřejné mínění	Šubrt 1998; McCombs 2009	Gill 2009	
Zdravotnický systém, jeho funkce a cíle, zdravotnické právo	Figueras, McKee 2012 WHO 2000	Háva, P. Mašková, P. Teršová, T. 2011 Knobloch, Rokosová 2006	Eim 2008
Zdravotní politika Veřejné zdraví	Buse, May Walt 2005 Parvanta, Nelson, Parvanta, Harner 2010	Evropská komise 2013 SZÚ Walt série článků v Health Policy	
Veřejná politika a role občana, legitimizace	Potůček 2005 Howlet a Ramesh 1995	Šafr 2013	
Hodnocení zdravotnických systémů	Figueras, McKee 2011	Murray 2000 WHO Bulletin Assessment framework	

Výše uvedený přehled je zpracován na následujících stránkách se vztažením k problematice vývoje zdravotního systému v ČR z pohledu občanů a pacientů. Nejprve je prostor věnován teorii občanství a občanské participaci, jakožto hlavním východiskům práce. Občanství deklaruje práva a povinnosti jedinců žijících v určité společnosti, nejčastěji na určitém území. Podstatnou součástí občanství je také aktivní prvek účasti na životě v této společnosti – občanská participace. Občanská participace je ovšem také nedílnou součástí demokracie – tedy formy vládnutí v České republice. Participace občanů probíhá na úrovni formálních či neformálních institucí a sítí, z toho důvodu je podstatné vycházet také ze základů teorie sítí a přiblížit, jak je s ní v dané problematice pracováno.

Následuje představení role občanů ve veřejné politice a zmínka o legitimitě, jakožto podstatném prvku demokratického systému. Role občana je představena také v samotné zdravotní politice a v teorii veřejného zdraví, která je v empirické části dále zkoumána. Podpora veřejného zdraví se zaměřuje na zlepšení zdraví a podmínek života především prostřednictvím předcházení nemocem, tedy prostřednictvím prevence. Neopomenutelnou součástí problematiky jsou lidská práva se vztahem ke zdraví, která vymezují práva a povinnosti pacientů, v teoretickém i právním pojetí.

V závěru části je popsán vývoj zdravotního systému v ČR od roku 1990, přičemž si autorka zúžila zkoumanou oblast na změny a opatření, jejichž zavedením jsou občané či pacienti přímo ovlivněni (jedná se především o změny s finančním kontextem).

4.1 Občanská participace v demokratickém systému

Česká republika je typem zřízení parlamentní demokracií. Řídí se demokratickými principy, což by mělo platit také pro postavení občanů a jejich zapojování do politických procesů. Pokud tedy chceme pochopit fungování jakéhokoli systému v České republice, nevyhneme se krátké zmínce o demokracii samotné.

Demokracie, jakožto forma vládnutí je velmi starým konceptem, jehož kořeny sahají až do antického Řecka. Již vlastní název nám napovídá, že vládnutí, jakožto i správa věcí veřejných, je v rukou lidu, neboli v rukou právoplatných občanů dané země³. Veškerá politická moc nejenže z lidu vychází, ale zároveň je mu i odpovědna, tedy je odpovědna občanům dané země. Z modernějších teoretických diskursů demokracie je pro tuto práci nejuchopitelnější participativní model demokracie Roberta Dahla, jelikož tato teorie považuje politickou participaci v demokraciích za klíčovou. Řada teorií, které se participací také zabývají, ji chápou pouze jako prostředek k dosažení určitých cílů, participace zde není považována za předpoklad dobře fungující občanské společnosti, jako u participační teorie demokracie. [Vlachová, Lebeda 2006]

Podle Roberta Dahla se dá spravedlivého systému docílit jedině tak, že závazná rozhodnutí budou vytvářet ti, jenž jsou těmto závazným rozhodnutím sami podřízeni. Jediné omezení v participativním chování, které autor připouští, je věk ve vztahu k volebnímu právu. Jak pasivnímu, tak aktivnímu. Demokratický systém tak musí zahrnovat všechny lid, bez rozdílů. „Podle Dahla není nikdo kvalifikován více než jiní a není žádný důvod, proč by někomu jinému mělo být svěřeno rozhodování. Pro naplnění

³ Demokracie = demos(lid) + kratein(vláda), čili vláda lidu

tohoto předpokladu ale musí být zaručeno principu rovnosti a spravedlnosti: pokud rovnost a spravedlnost není splněna, nejedná se o demokratický politický proces.“ [Pecková 2013: 32] Podle uvedeného principu jsou si lidé schopni vládnout sami a přijímat kolektivní rozhodnutí. [Dahl 1995]

Mezi demokratickým systémem a občanskou participací je tedy velmi úzký vztah, jelikož *„demokratický politický systém je postaven na možnosti občana přímou participací ovlivňovat věci veřejné.“* [Rakušanová, Řeháková 2006: 16] Občanská participace je také jednou z významných funkcí občanské společnosti, jelikož se jedná o prvek, který přispívá ke společenské integraci. Pokud se hovoří o občanské participaci, pak převážně jako o součásti občanské společnosti. Občanská společnost je často zaměňována s neziskovým sektorem, což je ovšem jen podmnožinou občanské společnosti jako celku (viz příloha č. 7). Občanská společnost je prostor mezi vlastními, soukromými zájmy občanů a zájmy státu. Jedná se v podstatě o oblast, ve které dochází k dobrovolnému sdružování mimo sféru státu, trhu i soukromého života občana. Podle autorek Rakušanové a Řehákové si v této oblasti uvědomujeme společnou provázanost našeho světa [Rakušanová, Řeháková 2006: 20]. Participace je podstatným prvkem demokracie i občanské společnosti, který by neměl být upozaděn politickými mocenskými boji.

4.2 Občanství

Klíčovým konceptem pro tuto práci je teorie občanství, pomocí jejíž perspektivy je na problematiku vývoje zdravotního systému pohlíženo. Na následujících řádcích jsou představeny základní informace o této teorii, se zaměřením na dílčí pojetí občanství, které jsou pro práci samotnou nejpodstatnější.

Občanství můžeme chápat jako členství jedince v určitém politickém společenství, vážící se ke konkrétnímu státu či pouze jako členství v politickém společenství. Ve vědeckém diskursu jsou tak různé skupiny autorů - někteří autoři vnímají občanství jako příslušnost k určitému státu [Bauböck, Perchinik, Sievers 2009], podle jiných však občanství není tolik závislé na příslušnosti k danému státu, jedná se o získání politických práv. Je možné mít státní příslušnost a nemít v dané zemi občanství, stejně jako je možné mít politická práva a nebýt přitom příslušníkem daného státu. [Kane, Poweller 2008; Dopita a kol. 2008]

Občanství zahrnuje určitá politická práva a povinnosti, spjaté s udržováním kolektivního soužití. V současné době dochází k tomu, že množství povinností, které jsou

s občanstvím spojeny (dodržování práv, placení daní a podobně) občany zaměstnávají natolik, že se více věnují kolektivním zájmům, než svým vlastním. [Bellamy 2008]

V České republice se občanství (nazýváno státní) dá nabýt několika způsoby, jako je narození, osvojení, udělení a podobně. [více viz zákon č.40/1993 Sb.] Občanství zahrnuje dvě dimenze, které se k němu váží již od do antiky – odlišení občanů od „neobčanů“ prostřednictvím určitých práv a povinností a záruku specifické ochrany ze strany státu, která je poskytována zpravidla právě občanům. [Skovajsa 2010: 72] K občanství se váží práva a povinnosti, která nezahrnují pouze pasivní příslušnost k danému státu, ale také aktivní prvek možnosti participace a podílení se na věcech veřejných. Právě aktivní participace je pro občanství typická a je s ním historicky spjata. Občanská práva jsou uvedena v Listině základních lidských práv a svobod, jedním ze základních práv je přístup ke zdravotní péči – zde hraje občanství velmi důležitou roli. Člověk jako občan má právo podílet se na tvorbě politiky, tedy i zdravotní. [Turner 1990] Práva a povinnosti nemusí být pouze legálního charakteru, ale mohou být i morální. Tento typ práv nebývá spojován se vztahem ke státu, ale jednotlivec je v takových případech členem různých společenství a komunit a toto členství mu přináší morální typ práv a povinností. [Skovajsa 2010: 72]

Dominantním konceptem občanství zůstává Marshallův koncept, který samozřejmě prošel řadou obměn a diskuzí. Marshall považoval občanství za prvek, díky kterému se ve společnosti zmírní společenské (třídní) rozdíly. Aby existovala společnost, kde jsou si všichni víceméně rovni, je podstatné, aby měl každý jedinec svá občanská, politická a sociální práva. Pokud nejsou dodržována občanská práva, především právo shromažďovací a sdružovací, pak je ohrožena celá občanská společnost. [Skovajsa 2010: 73] Proti tomuto pohledu byla vznesena řada připomínek, podle kterých jsou příliš zdůrazňována práva a oprávnění na úkor povinností a odpovědnosti, které jsou neméně důležité pro správné definování občanství⁴. Z Marshallových i Meadových tezí je pro tuto práci podstatná myšlenka, že občané by měli mít právo podílet se na tvorbě politik.

Také Meadovo pojetí bylo předmětem mnoha kritik, přičemž jedním z kritiků je i Bryan Turner, pro kterého je v teorii občanství velmi podstatná participace. Participaci považuje za základní charakteristiku aktivního přístupu k občanství, proto je její zkoumání podmínkou pro analýzu charakteru moderního občanství. Turner přichází s formulací čtyř forem občanství, která jsou důsledkem dvou základních dimenzí občanství – jeho

⁴ srov. Mead, L. Beyond Entitlement: the Social Obligation of Citizenship, 1986

charakteru (aktivní či pasivní) a vztahem mezi soukromou a veřejnou sférou (soukromé versus veřejné). Konkrétně se jedná o občanství revoluční, liberální pluralismus, pasivní demokracii a autoritární formu demokracie. Na následujícím znázornění jsou velmi dobře patrné jejich společné rysy:

Turnerovo pojetí občanství

Zdola	Shora	
Revoluční kontext občanství	Pasivní demokracie	Veřejná sféra
Liberální pluralismus	Plebiscitní autoritářský režim	Soukromá sféra

Zdroj: Turner 1990: 200

Revoluční občanství kombinuje aktivní občanství, budované zdola, tedy na základě účasti v aktivních participačních institucích a důraz na veřejnou sféru – demokratická práva. Toto pojetí vychází z francouzské tradice. *Liberální pluralismus* naopak vychází z americké tradice a kombinuje také aktivní občanství budované zdola, ale s důrazem na sféru soukromou – občanská práva. Na druhé straně jsou pasivní demokracie a plebiscitní autoritářské režimy, které se budují shora – státem. *Pasivní demokracie* je typická pro vývoj občanství v zemích Commonwealthu, které uznávají funkce zastupitelských institucí, soudů a sociálního státu, ale bez tradičního boje za občanská práva. *Autoritární forma demokracie* je typický pro Německo v období fašismu, kdy stát kontroluje jak sféru soukromou, tak veřejnou, ovšem občané si mohou v určených intervalech zvolit své vedení, které je zastupuje. [Turner 1990: 199-201; Řeháková, Rakušanová 2006:21] Podle uvedených charakteristik je možné pojetí občanství v České republice brát jako pasivní demokracií, s drobnými prvky revolučního kontextu občanství.

Současní teoretikové se také zabývají studiem podmínek pro vytvoření občanské rovnosti ve společnosti. Bellamy ve své analýze došel k závěru, že různým propojením tří základních složek občanství dojde k vytvoření podmínek občanské rovnosti. Konkrétně se jedná o členství ve společnosti s demokratickou politikou, o soubor kolektivních práv a povinností spjatých s občanstvím a o možnost participace na politických, ekonomických a sociálních procesech. [Bellamy 2008: 12]

Zsuzsan Ferge si ve svém článku o sociálním občanství v nových demokraciích pokládá velmi dobré otázky: „*Demokracie a trh nemohou fungovat bez svobodných*

a (relativně) samostatných občanů. Co však nové demokracie⁵ rozumějí pod pojmem občanství? Vytvářejí dostatečné podmínky pro to, aby se z jednotlivých členů společnosti stali „občané“ v plném významu tohoto slova?“ [Ferge 1993: 153]. Pokud se podíváme na vývoj a formování občanství na území České republiky, jedná se o dlouhodobý proces, který doposud nebyl ukončen. Tradiční modely občanství byly založeny na jednotném národním rámci, spojujícím občanství, práva i identity. Postupným vývojem, kdy se začínají do popředí dostávat především lidská práva, začal jednotný národní rámec upadat a rozdíly mezi občany a „neobčany“ daného státu jsou stále více zastírány. Občanství a lidská práva nejsou totiž synonymem, ale nejsou ani v protikladu – existuje mezi nimi jisté napětí. Toto napětí je však žádoucí. Pokud by bylo potíráno, pak tím riskujeme ochuzení a oslabení demokracie, jelikož dojde k redukci jednoho z jejích základních principů. Jak ve své knize uvádí Paulina Tambakaki (2010), musíme se nyní věnovat zdůraznění role občanství, které začíná být lidskými právy zastíňováno. Autoři se tak zabývají způsoby, jak „naučit občanství“ – jak naučit být aktivním občanem a občankou, který cítí příslušnost k dané komunitě či společenství. [Brown, Fairbass 2009]

4.3 Formální a neformální sítě aktérů

Aktivita a interakce mezi jedinci či aktéry (například participace občanů na veřejném dění) se mohou uskutečňovat prostřednictvím formálních či neformálních institucí. Tyto formální a neformální instituce pak tvoří formální či neformální sítě, ve kterých se mohou občané organizovat a usilovat o své zájmy, či v rámci kterých může vzniknout samotná tvorba politiky. Politika je v tomto pojetí utvářena v rámci proměnlivé sítě vztahů mezi aktéry, kteří ji utvářejí, ovlivňují či jiným způsobem do ní zasahují. Vznikají tak politické sítě, v nichž se realizuje tvorba politik. [Fiala, Schubert 2000: 86 – 98] Politické sítě jsou různého typu a různých charakteristik, na jejichž zjištění se uplatňují tři typy kritérií – (1) úroveň institucionalizace, určující míru stability sítě, (2) rozsah uspořádání tvorby politiky, neboli zda se odehrává na sektorální, nebo transsektorální úrovni a (3) počet skupin účastníků, kteří zjišťují otevřenost či uzavřenost sítí. [Hastík 2012: 28]

Co se týče vlivu neformálních sítí, v postkomunistických státech, jako je Česká republika, je zde velmi silný vliv neformálních sítí na transformační procesy. Abychom lépe pochopili prostřednictvím čeho, a jak lidé nejčastěji participují, představíme si ve stručnosti sítě, které jsou v našich podmínkách nejtypičtější a čím je to způsobeno.

⁵ Pod pojem nové demokracie spadají postkomunistické státy střední a východní Evropy, včetně České republiky (pozn. Autora)

„Sítě jsou považovány za další základní formu organizace (po příbuzenských vztazích, hierarchii a trhu), která redefinovala charakter současných společností.“ [Frič 2008:299] Sítě mohou být jak formální, tak neformální. Formální sítě jsou oficiálně uznávané a mají formální mandát. Neformální sítě se obecně vymykají přímé kontrole formálních institucí, ale ví se o nich. Nemají sice formální mandát, ale mohou alespoň částečně kontrolovat zdroje formálních organizací. Jedná se o množinu různých aktérů, kteří jsou propojeni recipročními vztahy. [Frič 2008: 299] Jak Frič uvádí, základními předpoklady fungování neformálních sítí je:

- reciproční transakce (směna zdrojů a služeb) mezi těmito aktéry probíhají na bázi vzájemně důvěry a solidarity;
- průběh těchto transakcí je normativně regulován, tj. chování členů (aktérů) v síti podléhá spontánní sociální kontrole;
- tyto neformální sítě pozitivně či negativně ovlivňují své okolí jako kolektivní sociální aktéři;
- sítě mají své specifické obecně sdílené programové zaměření, resp. jejich členové sdílejí určitou kolektivní identitu.

V naší společnosti převažuje pocit negativního vlivu sociálních sítí, který prezentují korupční vlivy ekonomických neformálních sítí na instituce veřejné správy. Příkladem takového vlivu je chování některých aktérů ve zdravotnictví, kteří se mylně začali domnívat, že „zdravotnictví se stalo nikým nekontrolovaným zlatým dolem.“ [MZ 2004: 7] Neformální sítě tvoří paralelní mocenské struktury sítím formálních – až takovým způsobem je vnímáno, že se v postkomunistických společnostech usídlily. Je to dáno komunistickou minulostí, ve které formální a neformální sítě v podstatě splynuly do jednoho: „Efektivnost formálních institucí byla v socialistických společnostech nakonec závislá na vůli iniciativně zájmově úzce orientovaných neformálních sítí.“ [Frič 2008: 305] Po politickém převratu v roce 1990 se s procesem privatizace opět otevřely dveře pro negativní působení sítí. Negativnímu vlivu institucí se v našem prostředí daří z toho důvodu, že formální instituce a formální sítě nejsou v dobrém stavu a nefungují tak, jak by měly. [Frič 2008]

Vše samozřejmě není jednotvárné a existují světlé výjimky, jako jsou sítě občanské angažovanosti, které mají vliv pozitivní, přestože se jedná také o sítě neformální. Pro moderní společnosti, které se snaží o co největší otevřenost, se tyto „staré“ ať už formální, či neformální sítě nehodí, jelikož jsou příliš uzavřené. Budoucnost

je spatřována v otevřených sítích, které budou zároveň založeny na slabých vazbách – tzv. volně propojené sítě⁶.

Formální i neformální sítě jsou nedílnou součástí společnosti, jelikož jejich prostřednictvím se mohou lidé angažovat a participovat na tvorbě společnosti a v jejichž prostředí může vnikat samotná veřejná politika.

4.4 Role občanů ve veřejné politice a teorie legitimacy

Veřejná politika je poměrně novou vědní disciplínou, interdisciplinární a multi-metodologickou vědu, která se začala formovat v USA od 60. let 20. století. Tato věda se snaží porozumět „*specifickým politickým problémům, faktorům ovlivňujícím jednotlivé politiky a vztahům mezi politikami a jejich společenskými důsledky.*“ [Peters 1993: 4] Základní charakteristikou veřejné politiky je její interdisciplinární povaha a praktická uplatnitelnost. Veřejná politika má praktické uplatnění při řešení konkrétních sociálních problémů, kdy se snaží o poskytování takových informací, které by přispěly k jejich vyřešení. [Potůček 2005: 9 - 14]

Pokud chceme definovat veřejnou politiku, setkáváme se s problémem neexistence jedné obecně přijímané definice. Existuje ale řada definic, které jsou obecně uznávány. Jednou z nich je definice B. Guy Peterse, který definuje veřejnou politiku jako „*souhrn činností vlády přímo nebo nepřímo působících na občany, operující na třech úrovních: politická rozhodnutí, produkty politiky a důsledky politiky.*“ [Potůček 2005: 9] Jak uvádí Potůček, další pohled na veřejnou politiku vymezil již v 30. letech 20. století Dewey, podle kterého se zaměřuje na veřejnost a její problémy. Podle Deweyeho pojetí jsou občané a jejich problémy pro veřejnou politiku nezbytností, jsou jádrem veřejné politiky. Veřejná politika se dívá na problémy z pohledu politického, jelikož se snaží porozumět nejen společnosti, ale právě i politice. Ve veřejné politice můžeme tedy vidět dvě prolínající se roviny – kdy se věnuje problémům politickým, které jsou ale zároveň také často problémy společenskými. [Potůček 2005: 9 - 14]

Pokud se podíváme na klasický model tvorby veřejné politiky podle Howleta a Rameshe (příloha č. 8), jako první fází je identifikace a uznání sociálního problému. Tyto sociální problémy se formují uvnitř společnosti, pokud se překročí sociálně přijatelné hranice mezi žádoucím a reálným takovým způsobem, který vážně narušuje život občanů,

⁶ Loosely coupled networks

nebo významných sociálních skupin. Problém se tedy formuje na úrovni lidí žijících v dané společnosti, na úrovni občanů. [Potůček 2005: 28 – 29]

4.4.1 Teorie legitimacy

„Jednou z nutných podmínek fungující demokracie je otevřená diskuse o legitimitě tvorby politiky a tvorby práva. Tak zásadní změny ve zdravotnictví by měly být evidentně posuzovány z hlediska většinové podpory a to nejen politické na úrovni parlamentů, ale i široké veřejnosti.“ [Háva, kvf, str. 6]

Pokud má jakýkoli politický systém oprávněně fungovat, pak je nutná jeho podpora „zdola“, od občanů. Zdravotní systém není výjimkou – aby mohl řádně sloužit občanům, pak musí mít jejich podporu – být legitimní. „*Legimita představuje přesvědčení o spravedlivosti a náležitosti určitého, nejčastěji politického uspořádání. Je odpovědí na otázku, proč si rád zaslouhuje loajalitu členů společnosti. Lidé přijímají a uznávají politické instituce, protože věří, že jsou to ty nejlepší možné. K dosažení legitimacy působí procesy zdůvodňování a ospravedlňování, které nazýváme legitimizace.*“ [Šafr 2013].

Žijeme ve společnosti, kde jsou společenské vztahy regulovány vynutitelnými pravidly chování – zákony. Jak bylo uvedeno i v předchozích kapitolách, nezbytnou podmínkou pro vývoj občanské společnosti je právě právní stát – právo má pro naši společnost tedy nepochybně velký význam. Jak ale ve své knize uvádí Müller – legalita, tedy právo, nefunguje bez legitimacy, na druhou stranu legitimitu bez legality označuje za anarchii. [Müller 2002: 61 – 63] Pokud tedy předpokládáme, že žijeme v občanské společnosti, pak legitimita, stejně jako legalita, musí být nedílnou součástí našeho života.

Otázkou pak zůstává, zda nastavení zdravotního systému tak, jak je nyní, má potřebnou legitimitu od občanů, či nikoli. Podle dat výzkumu CVVM z roku 2012 je s lékařskou péčí spokojeno⁷ 41% dotázaných, 36% z dotázaných zaujímá k lékařské péči neutrální postoj a 22% je s ní vysloveně nespokojeno. Z těchto dat tak můžeme soudit, že názor české společnosti na zdravotní systém a zdravotní služby se nedá označit jako rozhodně spokojený.

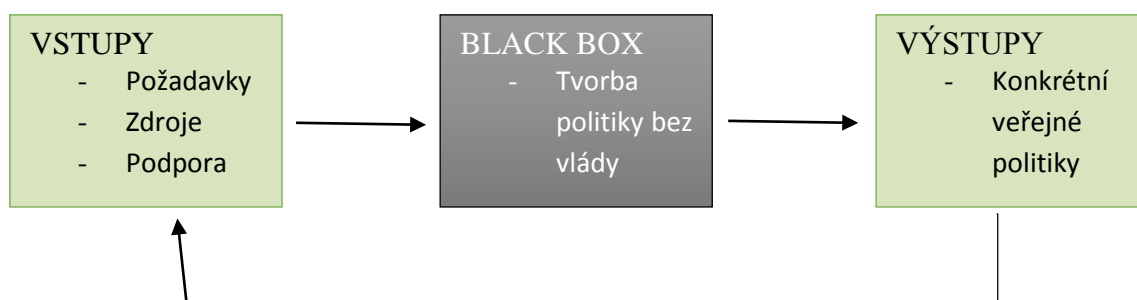
⁷ Jako spokojené jsou bráni respondenti, kteří uvedli, že jsou s lékařskou službou rozhodně spokojeni (5%) a spíše spokojeni (36%).

4.5 Zdravotní politika a veřejné zdraví

Jednou z veřejných, respektive sociálních politik je i zdravotní politika. Zdravotní politika je nejčastěji chápána jako rozhodovací proces na úrovni zdravotnických systémů a v rámci společenského kontextu, realizovaný aktéry zdravotní politiky. Předmět rozhodovacích procesů je samotná tvorba a následná praktická realizace zdravotní politiky v každodenní praxi. [Potůček 2005] Mezi aktéry zdravotní politiky patří jednotlivci, skupiny i organizace. Tito aktéři jsou na různých úrovních – lokálních, národních i regionálních a často tvoří součást sítě konzultantů či politických tvůrců na všech uvedených úrovních.

Jedním z aktérů jsou také občané, jejichž požadavky mají být formulovány do podoby „vstupů“ do politického procesu. Může se jednat o zvýšení výdajů na zdravotní péči, o požadavky na cenově dostupnější či bezplatnou péči, zájem o lepší služby a podobně. Tyto požadavky jsou dále předávány politickým činitelům či občanům s rozhodovacím právem. [Buse, May, Walt 2005]. Tímto procesem by měli být občané do tvorby zdravotní politiky zapojováni, ovšem reálné procesy nemusí vždy odpovídat schémátům politických procesů.

Schéma popsánoho politického procesu:



Zdroj: Easton 1965 in Buse, May Walt 2005, upraveno

Občané navíc přicházejí do kontaktu se zdravotním sektorem jako pacienti či klienti zdravotnických zařízení, nebo jako jejich zaměstnanci. Zdravotnictví a zdravotní politika má tak specifickou pozici, jelikož přímo ovlivňuje život občanů. [Buse, May Walt 2005] Občané se také významně podílí na veřejné správě péče o zdraví. Zvolení občané jsou členy různých veřejnoprávních korporací (kraje, města, obce, veřejné zdravotní pojišťovny, správní a dozorčí rady nemocnic) a odpovídají se svým voličům obdobně jako je tomu na centrální úrovni. Na rozdíl od centrální úrovně je však občanská participace na politice nižších stupňů víceúrovňového vládnutí „blíže“ všem, ostatním občanům. Dalšími příležitostmi pro občany jsou četné poradní orgány, advokační aktivity v nestátním

neziskovém sektoru. Příkladem takové občanské participace je v ČR např. Sdružení pacientů ČR. Pokud jde o veřejné zdraví a podporu zdraví, prostorem pro občanskou participaci jsou např. programy zdravé město.

Určitým problémem současnosti je klesající míra občanské participace ve veřejné politice [Turner 1990]. V praxi se více uplatňuje model „ekonomického občanství“, spočívající na využití ekonomických nástrojů. Méně jsou využity modely politického a sociálního občanství – tvorba sociálního kapitálu [Isin 2003].

Zdravotní politika má velmi blízko k veřejnému zdraví, kde je však kladen větší důraz na analýzu zdravotních problémů. Jedná se o dvě samostatné vědní disciplíny, které k sobě však mají velmi blízko a do značné míry se i překrývají. [Potůček 2005: 311 - 352]

4.5.1 Veřejné zdraví

Definice veřejného zdraví a co pod něj spadá tak, jak je v této práci chápáno a používáno, upravuje zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, konkrétně v § 2 – vymezení základních pojmů. „*Veřejné zdraví zahrnuje zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin, který je určován souhrnem pracovních, přírodních a životních podmínek jedince, stejně tak samotným způsobem života.*“ [zákon č. 258/2000 Sb.] Zásadní součástí veřejného zdraví je jeho podpora a ochrana, skládající se ze souhrnu činností a opatření, které vytváří a chrání zdravé životní a pracovní podmínky a také se zasazují o zabránění šíření infekčních a hromadně se vyskytujících chorob. [zákon č. 258/2000 Sb.] Podpora zdraví je v podstatě procesem, který umožňuje občanům zvyšovat kontrolu nad determinantami svého zdraví, čímž mohou zlepšovat svůj zdravotní stav. [MZ 2004]

V České republice se podpoře veřejného zdraví věnuje především státní příspěvková organizace Státní zdravotní ústav, konkrétně Centrum podpory veřejného zdraví. To na webových stránkách svou činnost definuje jako: „*Souhrn činností pomáhajících fyzickým osobám posilovat a zlepšovat své zdraví a zvyšovat kontrolu nad faktory ovlivňujícími zdraví. Zahrnuje činnosti k zajištění sociálních, ekonomických a environmentálních podmínek pro rozvoj individuálního i veřejného zdraví, zdravotního stavu a zdravého životního stylu.*“ [SZÚ, 2014] Podpora veřejného zdraví zahrnuje mnoho aktivit, kterým se právě SZÚ věnuje: podpora správné pohybové aktivity, správná výživa a stravovací návyky, zvládání stresu a stresových situací, zdravotně rizikové chování (jako je například kouření a pití alkoholu), ale i snižování nerovností ve zdraví a podobně. Účinné programy pro podporu veřejného zdraví jsou podporovány informovanou veřejností, jedním z úkolů SZÚ je tedy také informovat občany o tom, jak mají nemocem předcházet

a jak se mají nejlépe o své zdraví starat. [SZÚ, 2014] Bohužel počty zaměstnanců a finanční prostředky od státu se za posledních dvacet let rapidně snížily [Nejedlá 2004 – rozhovor]. Jak je uvedeno v návrhu Koncepce péče o zdraví v ČR v letech 2004 – 2009, Česká republika doposud nedokázala efektivně využít rozvoje poznání v oblasti veřejného zdraví: „*Potřebujeme hledat nové cesty, které by překonaly četné existující bariéry v oblasti státní správy, dalšího vzdělávání, informovanosti široké veřejnosti, rozvoje výzkumu a především pak praktického využití všech nových poznatků na krajské a místní úrovni.*“ [MZ 2004: 6]

Podpoře veřejného zdraví se věnuje také Evropská unie, jelikož zdraví obyvatel EU je její klíčovou prioritou. Hlavním cílem je zajistit všem občanů přístup ke kvalitní zdravotní péči. EU respektuje vnitřní politiky členských států, a pouze je doplňuje. Sleduje evropské trendy v oblasti zdraví a pomáhá také financovat projekty podpory zdraví vždy na určité období – v současné době je to na období 2014 – 2020. Členské státy si mohou zažádat o tuto finanční podporu formou grantů. Za ČR o ně žádá také právě SZÚ. [Evropská komise, 2013] Koordinace zdravotní politiky v rámci EU byla po roce 2000 realizována v rámci Lisabonské strategie s využitím metody otevřené koordinace (Open Method of Coordination). Při zachování rámcového principu subsidiarity je současně uplatněna tato „měkká“ koordinační metoda, využívající tvorby konsensu na úrovni cílů a společné hodnocení dosahovaných výsledků. Ke komunikačním nástrojům patří Národní programy reformem a jejich hodnotící zprávy. Samostatně je takto hodnocen vývoj v oblasti dlouhodobé zdravotní a sociální péče. Tyto aktivity pokračují po roce 2010 v rámci strategie Evropa 2020.

Kromě EU je veřejné zdraví jednou z agend Světové zdravotnické organizace (WHO), podle které se veřejné zdraví týká všech organizovaných opatření, jejichž cílem je zabránit nemocnosti, podporovat zdraví a prodlužovat život populaci jako celku. Veřejné zdraví se tedy nezaměřuje na jednotlivce, ale na populaci jako celek. WHO definuje tři klíčové oblasti veřejného zdraví:

- posuzování a monitoring zdravotního stavu populace a tím i včasná identifikace zdravotních problémů,
- formulace veřejných politik, jejichž cílem je řešit identifikované národní zdravotní problémy
- zajištění přístupu ke zdravotní péči pro všechny obyvatele, stejně jako definuje EU. [WHO, 2014]

Veřejné zdraví je nedílnou součástí péče o zdraví občanů, proto je důležité, aby o něm občané věděli a nejlépe, aby se řídili radami a doporučeními, které vydává. Podstatná

je zde komunikace – způsob předávání informací o problémech veřejného zdraví směrem k občanům a pacientům. Kolektiv autorů C. Parvanta, Nelson, S. Parvanta a Harner dokonce vypracoval „návod“ jakým způsobem nejlépe komunikovat v návaznosti na to, jak jsou jednotlivci a skupiny schopni pochopit a reagovat na informace, které se týkají zdraví. Základním předpokladem je znát komu jsou informace určeny, dále se postupuje dle jedenáctibodového návodu. Smyslem tohoto „návodu“ je podávat informace z oblasti veřejného zdraví takovým způsobem, aby byly pro veřejnost co nejsmysluplnější. [Parvanta, Nelson, Parvanta, Harner 2010]

4.6 Lidská práva se vztahem ke zdraví

Lidská práva jsou základním nástrojem integrace jednání ve společnosti každé demokratické země [Blahož 1998, 2005]. Vysvětlení vývoje moderního systému lidských práv je předmětem četných teoreticky změřených publikací z oblasti politické a právní filosofie a historie [Hunt 2007; Donnelly 2013; Alston 2013; Nickel 2014]. Vývojové fáze lidských práv jsou obvykle spojeny s řešením významných problémů ve společnosti (osvícenectví, zkušenosti z druhé světové války). Stávající mezinárodní systém lidských práv je tvořen třemi základními dokumenty: Charta lidských práv (1948), Mezinárodní pakt o občanských a politických právech (vstoupil pro ČR v platnost v roce 1976) a Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech (vstoupil pro ČR v platnost v roce 1976 a byl vyhlášen ve Sbírce zákonů pod č. 120/1976 Sb.) [Flégl 1998]. Klíčovým článkem Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech je čl. 12., vymezující lidská práva se vztahem ke zdraví.

Principy a práva, obsažené v mezinárodních dokumentech lidských práv se postupně staly součástí ústavních systémů evropských států [Klokočka 2006]. Ve druhé polovině 20. Století došlo také k výraznému rozvoji mechanismů na ochranu lidských práv [Sišková 2008; Alston 2013]. Rozvoj této významné institucionální a soudní struktury v rámci aktivit Spojených národů a jejích členských států umožnil efektivněji reagovat v průběhu 90. let minulého století na významné události, které ovlivnily vývoj vztahů mezi lidskými právy se vztahem ke zdraví (čl. 12.) a zdravotnického práva jednotlivých států v dalších desetiletích. V Africe došlo v 90. letech k tragické nedostupnosti léčiv pro zvládnutí zátěže nemocí HIV/AIDS. I přes aktivní přístup WHO se nepodařilo prolomit bariéry ze strany farmaceutického průmyslu, avšak tato zkušenost v dalších letech vedla k upřesnění výkladu čl. 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech. Spojené národy vypracovaly protokol s měřitelnými kritérii pro hodnocení stavu

implementace čl. 12. na úrovni jednotlivých států, které tento Mezinárodní pakt ratifikovaly [Gruskin 2004] Jedním z mála států, které tak neučinily, jsou USA, což v jejich praxi zdravotní politiky umožňuje existenci poměrně komplikovaného systému zdravotní péče, jehož výsledkem jsou problémy s dostupností a kvalitou zdravotních služeb. V posledních letech dochází také k významnému posunu v diskurzu lidských práv se vztahem ke zdraví v rámci EU [Mossialos 2010].

V návaznosti na předchozí souhrn více obecných teoretických poznatků zde uvádím také přehled poznatků o vývoji aplikace lidských práv se vztahem ke zdraví v ČR. Česká republika se již před rokem 1990 identifikovala s mezinárodními dokumenty o lidských právech. V roce 1993 se ČR stala členem Rady Evropy a zavázala se tak k rozvoji právního a demokratického státu. V roce 1993 byla také v ČR přijata nová Ústava ČR a Listina základních práv a svobod. To vytvořilo ještě efektivnější institucionální rámec pro tvorbu veřejných politik v souladu s lidskými právy. V oblasti zdravotní péče se však nepodařilo vývoj zdravotního práva utvářet v souladu s lidskými právy se vztahem ke zdraví a převážili zde naopak po dlouhou dobu finanční a ekonomické zájmy [Háva a spol. 2011].

Tím, že se Česká republika stala součástí Evropské unie, platí pro její obyvatele také Listina základních práv Evropské unie⁸. Znalost těchto práv mezi obyvateli EU však není valná. Z šetření Eurobarometru v roce 2011 vyplynulo, že 72% dotázaných se o těchto právech necítí být informováno, přičemž 13% o Listině nikdy neslyšelo [Eurobarometr, 2011]. Na Evropské úrovni přitom dochází z diskuzi o lidských právech ve vztahu k dostupnosti zdravotní péče, včetně rozvoje konceptů o ochraně lidských práv se vztahem ke zdraví. [Gruskin, Tarantola 2004; Háva, Mašková 2011]

Lidská práva se vztahem ke zdraví tak, jak jsou chápána v této práci, jsou definována především v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně (celým názvem je jedná o Úmluvu na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny). Česká republika úmluvu podepsala v roce 1998 a v platnosti je od října 2001. Jak je uvedeno v preambuli, státy jsou podpisem úmluvy: „...*rozhodnuty přijmout taková opatření, která jsou nezbytná pro zajištění lidské důstojnosti a základních práv a svobod každého jednotlivce v souvislosti s aplikací biologie a medicíny.*“ Pro tuto práci nejdůležitější články z úmluvy jsou následující:

Čl. 3

⁸ Listina základních práv Evropské unie není totožná s Listinou základních lidských práv a svobod, v zásadě jsou však založeny na stejných principech a myšlenkách. Srovnej <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>,
< <http://eur-lex.europa.eu/cs/treaties/dat/32007X1214/htm/C2007303CS.01000101.htm>>.

Rovná dostupnost zdravotní péče

Smluvní strany, majíce na zřeteli zdravotní potřeby a dostupné zdroje, učiní odpovídající opatření, aby v rámci své jurisdikce zajistily rovnou dostupnost zdravotní péče patřičné kvality.

Čl. 5

Obecné pravidlo

Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.

Čl. 10

Ochrana soukromí a právo na informace

1. Každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví.
2. Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Nicméně přání každého nebýt takto informován je nutno respektovat.
3. Pokud je to v zájmu pacienta, může ve výjimečných případech zákon omezit uplatnění práv podle odstavce 2.

Přestože existuje v našem zákonodárství množství zákonů a nařízení, vymezujících právo na zdraví, tak během posledních 20 let dochází k poklesu významnosti lidských práv se vztahem ke zdraví v ČR, jak uvádí autoři Háva a Mašková ve svém článku z roku 2011: „*Zatímco v ČR lze v posledních 20 letech sledovat pokles významu lidských práv, z hlediska mezinárodního vývoje dochází k rozvoji diskusí vztahů lidských práv a dostupnosti péče o zdraví.*“ [Háva, Mašková 2011: 21] Pro tuto práci je pak zásadní fakt, že lidská práva nejsou zohledňována ani při tvorbě zdravotnictví: „*Lidská práva se vztahem ke zdraví nejsou zohledňována nejen při tvorbě reformních právních předpisů, ovšem ani při jejich aplikaci a někdy dokonce i při jejich interpretaci.*“ [Háva, Mašková 2011: 21] Velkým problémem je tak (ne)znalost lidských práv se vztahem ke zdraví, které čeští pacienti a občané mají.

Problematický je ovšem také fakt, že občané jsou obecně málo informováni, také v důsledku toho, že se sami o svá práva nezajímají, pokud je vše v pořádku. Potřebu informací získají až tehdy, kdy onemocní sami, nebo jejich blízká osoba. Díky této neznalosti pak může docházet právě k porušování oněch lidských práv se vztahem ke zdraví. Pacienti jsou v mnoha případech odkázáni sami na sebe, co se týče informovanosti. [Haškovcová, 2007: 69] České zdravotní právo nabídlo občanům určitou iluzorní substituci lidských práv se vztahem ke zdraví v podobě práv pacientů. Jde o několik ustanovení, která vymezují úzký okruh pravidel ve vztazích mezi

poskytovateli zdravotních služeb a pacienty (informovanost, možnost nahlížet do zdravotní dokumentace, apod.). Tato česká práva pacientů rozhodně nelze ani v nejmenším vztahovat k zásadnímu významu lidských práv se vztahem ke zdraví.

V ČR však došlo v roce 2001 v důsledku tzv. euronovely Ústavy ČR ke změnám, které vážně narušily a omezily mechanismus ochrany lidských práv prostřednictvím Ústavního soudu ČR. To v praxi Ústavního soudu ČR znamená, že při posouzení event. rozporů s ústavním pořádkem ČR nemá Ústavní soud možnost zohlednit současně také čl. 12. Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech [Háva a spol. 2011]. O všech těchto výše uvedených aspektech neprobíhá v ČR odpovídající politická, mediální a veřejná diskuse.

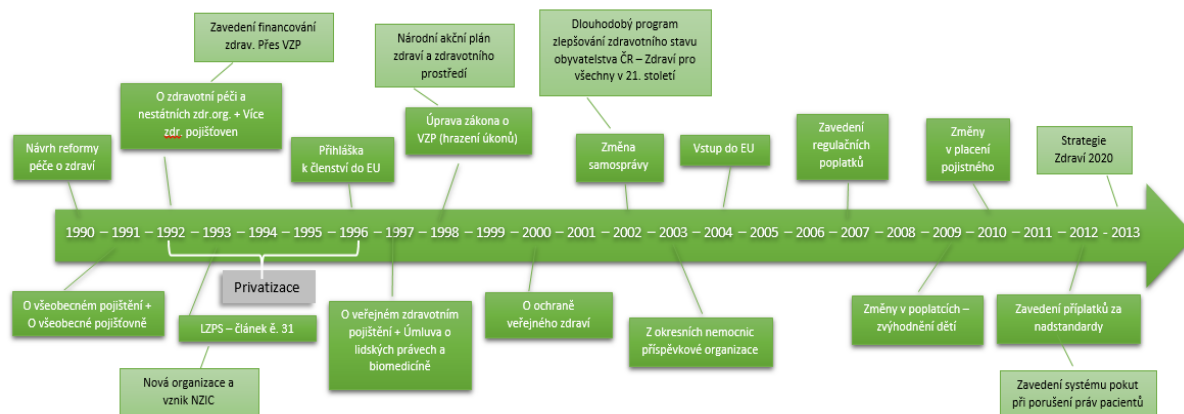
4.7 Zdravotní systém a zdravotnické právo v České republice

Pro tuto práci je nezbytné představit si stručný vývoj zdravotnictví od roku 1990, včetně kritického zhodnocení. Při zkoumání vývoje zdravotnictví je využito institucionálního pohledu na transformaci, která zdůrazňuje roli institucí při utváření ekonomického chování lidí a dosahování ekonomické výkonnosti, což jsou i cíle, které jsou typické pro směřování reformy v Českém zdravotnictví po roce 1990. [Liška, Sluková, Volejníková 2012: 10]

Pro přehlednost zpracování je zde využito členění na několik období, která jsou charakteristická určitými stejně orientovanými změnami. Dělení je částečně převzato z článku kolektivu autorů P. Háva, P. Mašková a T. Teršové (viz Háva, Mašková, Teršová 2011). Vývoj zdravotnictví je zaznamenán především na poli právních úprav, proto se ani zde nevyhneme zabýváním se legislativními změnami a uváděním právních úprav vždy za dané období. Pro práci jsou nejpodstatnější změny, které se bezprostředně týkají pacienta. Pozornost je zde tedy věnována především změnám s finančními dopady na občany.

Vzhledem k tomu, že věnujeme pozornost širšímu časovému období, ve kterém se událo velké množství změn, byly níže uvedené změny zaznamenány do časové přímky, která zjednodušuje orientaci v problematice. Na časové ose jsou ostřejší zelenou vyznačeny změny legislativního charakteru a významné události, světlejší zelená pak označuje nové strategie či koncepce v oblasti zdraví.⁹

⁹ Časová osa ve větší velikosti je také k nalezení v příloze č. 6



Zdroj: autorka

4.7.1 Období transformace a začátků privatizace 1990-1993

Polistopadový vývoj země je charakteristický demonopolizací a decentralizací na všech úrovních systému. Pro zdravotnictví začalo být stěžejním posílení autonomie zdravotnických zařízení, které byly doposud pouze v rukou vlády. Po politickém převratu byl do té doby nastavený systém zdravotnictví nepoužitelný pro nový politický systém a jeho orientaci. Problematická nebyla organizace zdravotnictví, ale přístup ke zdravotní péči nebyl pro všechny stejný. Privilegovaná vrstva, složená z vrchních členů komunistické strany, měla samozřejmě nárok na nejlepší služby. Na druhou stranu pokud se obyčejný občan dostal do rukou lékaře, mohl si být jistý, že se mu dostane té nejlepší péče, jaké je lékař schopný. Většina lékařů přitom byla schopná velmi, ovšem jako vždy existovaly výjimky. [rozhovor - Mrázek 2014] Nedostatky byly především v zastaralém vybavení a často nedostatku léčiv, což také vedlo k tomu, že naděje na dožití byla jednou z nejnižších v Evropě. Na jednu stranu zde byl nadbytek některých služeb, jako například nemocniční lůžka, lékaři z určitých oborů, nerovnoměrné zastoupení odborníků z hlediska geografického rozložení a podobně. Na druhou stranu zde byl do té doby nerovný přístup ke všem formám zdravotních služeb, což bylo spojeno i s přístupem lékařů k pacientům, který nebyl vždy vstřícný. [Háva, Mašková, Teršová, 2011]

Řešení, které se po převratu jeví jako „všespásné“, bylo odstátnění zdravotnických zařízení a vytvoření konkurenčního prostředí. Stát najednou neměl dostatečné finance na správu nemocnic, ani na platy lékařů. Jedním ze zásadních kroků privatizace zdravotnictví byla úprava zákona o péči a zdraví lidu z roku 1966. (Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lid) Úpravou zákona byl zrušen monopol státu na poskytování zdravotní péče a zdravotních služeb, což s sebou neslo do té doby nové znaky jako dobrovolnost, svépomoc či vedení lidí k motivaci, aby se o své zdraví více

zajímali sami a motivaci poskytovatelů služeb a zdravotní péče, aby nabízeli tu nejkvalitnější a nejefektivnější péči: „*Nový systém vychází z celospolečenské strategie obnovy a podpory zdraví, je založen na demonopolizaci zdravotnictví a na mobilizaci svépomoci a dobrovolnosti.*“ [PSP ČR, 1991] Byl tak přijat zákon č.160/1992 Sb. O zdravotní péči a nestátních zdravotnických organizacích. Změna zákona však nepřinášela a nepřináší pouze pozitivní důsledky. Jedním z negativních důsledků je štěpení finančního ohodnocení ambulantních specialistů, kteří se tímto zákonem stávají soukromými podnikateli, a lékaři, kteří pracují v nemocnicích a jsou tak stále státními zaměstnanci. Narážíme tak na problém který je stále aktuální, a tím je odliv mladých a perspektivních lékařů do zahraničí¹⁰.

Velmi podstatným krokem bylo zavedení Národního zdravotního pojištění, kdy došlo ke změně financování zdravotnictví na Bismarkovský model, jehož základními rysy je solidarita a povinné platby občanů. Jak již bylo uvedeno výše, byly zavedeny dva zákony, které nastavily legislativní rámec pro financování nového systému zdravotnictví (Zákon č.550/91 Sb. o Všeobecném pojištění a Zákon č. 551/91 Sb., o Všeobecné pojišťovně). Později, roku 1992, ve snaze o udržení prostředí bez monopolu (bez monopolu jedné pojišťovny, které se začalo utvářet) byl přijat zákon č.280/1992 Sb. O rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Toto opatření zprvu vedlo k vlně vzniku nových pojišťoven (kolem 26), z čehož se v nastaveném prostředí do současnosti dochovalo pouze osm, přičemž Všeobecná zdravotní pojišťovna si udržuje post jedničky. Je to dáno i tím, že byla založena jako první samostatným zákonem, díky kterému má specifické postavení a některé specifické výsady (například pokud se jedinec nikde nepojistí, je automaticky pojištěn u VZP). [Eim 2008: 26]

Zda zachovat téměř monopol jedné zdravotní pojišťovny (se 70% pojištěnců), či zda je pro pojišťovny podstatné konkurenční prostředí, je stále diskutovaným tématem. Zastánci jedné pojišťovny argumentují tím, že již z naší ústavy vyplývá existence pouze jedné i z toho důvodu, že se nejedná o samosprávný orgán. Pokud bude fungovat pouze jedna pojišťovna, tak mohou také lépe fungovat kontrolní mechanismy. Provoz pojišťoven je také poměrně nákladnou záležitostí, přestože by se tyto finance daly využít i lépe. Druhá strana, prosazující více pojišťoven, vidí prostředí pojišťoven jako tržní a je podle ní třeba zajistit jejich konkurenci. Více pojišťoven tvoří konkurenční prostředí, což může mít

¹⁰ Srovnej např. KADLECOVÁ, Kristýna. *České zdravotnictví ve vztahu k lékařům v nemocnicích* [online]. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2012. 82 s. Vedoucí práce Petr Háva

pozitivní dopady pro občany pacienty, kdy pojišťovny budou usilovat o jejich získání nastavováním nových a výhodnějších podmínek. [rozhovory: Mrázek, Alexa 2014]

V roce 1993 vstoupila v platnost Listina základních práv a svobod, ve které je pro zdravotnictví několik stěžejních článků. Nejzákladnější je však článek č. 31 o ochraně zdraví. Konkrétně zde stojí: „*Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.*“ [LZPS] Tento článek zaručuje všem občanům bezplatnou zdravotní péči a jelikož se jedná o základní občanské právo, pak je také nezadatelné, nezczizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné. [LZPS]

Zásadním realizačním dokumentem veřejného zdravotnictví je Národní program zdraví České republiky (NPZ). Jedná se o českou variantu strategie Světové zdravotnické organizace „Zdraví pro všechny do roku 2000“. V roce 1991 byla schválena krátkodobá strategie a o rok později střednědobá strategie. Jedná se o nezbytnou součást zdravotní politiky, která je zaměřena na podporu zdraví a prevence nemocí prostřednictvím vybízení jak zdravotníků, tak veřejnosti k aktivní spoluúčasti a tím předcházení zdravotních problémů. [SZÚ 2002]

4.7.2 Období revize nastavených změn a pokračující privatizace 1994-1997

Následovalo klidnější období, co se právních úprav týče. Toto období bylo charakteristické především revizí úprav stávajících a přípravou úprav budoucích. Právě v tomto období dochází k onomu úbytku zdravotních pojišťoven, které vznikly v předchozím období po zavedení nového zákona (jak již bylo výše zmíněno). Postupně se zjišťuje, že ne vše, co bylo nově nastaveno, plní svůj účel. Dochází také k debatám o tom, jaké zdravotní služby a úkony mají být ještě hrazeny ze zavedeného pojištění, a které by si naopak již měl hradit sám pacient. Snahou je definovat více služeb jakožto nehrazených pojištěním, aby nebylo vše hrazeno a systémem zdravotního pojištění tak nebyl nadměrně zatěžován. Hospodaření zdravotních pojišťoven se tedy upřesňuje, jelikož se ukazuje, že u dosavadního nastavení nebyly upřesněny všechny podmínky. [Háva, Mašková, Teršová, 2011] Po ústavní stížnosti z roku 1996 na nepřesné definování co má být hrazeno z veřejného pojištění byl roku 1997 vydán nový zákon - č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Tento zákon konkrétně upravuje: „...*rozsah a podmínky, za nichž jsou na základě tohoto zákona ze zdravotního pojištění hrazeny zdravotní služby (dále jen „hrazené služby“)* a způsob stanovení cen a úhrad léčivých přípravků a potravin

pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění.“ (Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění) Dále je zde uvedeno, že má pojištěnec nárok na vlastní výběr jak lékaře či jiného zdravotního pracovníka, tak na výběr pojišťovny a nemocnice.

V tomto období také došlo ke změně odměňování lékařů, kdy se výkonový systém hrazení, který fungoval od roku 1992, změnil na systém kapitační (roku 1997), který je, s jistými změnami, platný dodnes. Lékař je zdravotními pojišťovnami hrazen podle počtu pacientů, nikoli za úkon, jako tomu bylo doposud. [Ptáček a kol. 2011: 420]

Dalším zákonem vydaným v tomto období je zákon č. 2/1998 Sb., který doplňuje výše zmíněný zákon č.48/97 Sb., podle kterého nesmí zdravotník vyžadovat finanční odměnu za úkony, které jsou definované jako hrazené pojišťovnou. Pokud by došlo k porušení, pak následuje finanční pokuta či odejmutí oprávnění k poskytování zdravotní péče¹¹. V tomto období se tedy setkáváme s důsledky nekonceptnosti a nepromyšlenosti rychlých kroků z předcházejícího období: „*Snahy o zpracování nových zákonných norem pro oblast zdravotní péče, ochrany zdraví, vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví nevedly k pozitivním výsledkům. Příčinou byla nedostačující koncepční připravenost a přístup založený spíše na ideologicky zjednodušených partikulárních zájmech než na širším společenském a věcném konsensu.*“ [Háva, Mašková, Teršová, 2011: 22]

Rozjíždějící se privatizace měla za následek růst obav o možné negativní dopady na dostupnost a kvalitu zdravotní péče. Vedlo to k tomu, že roku 1996 byla privatizace pozastavena a pozornost se začala obracet na kontrolu investic a výdajů, především pak na kontrolu lékové politiky. Začala státem iniciovaná restrukturalizace, jejímž cílem bylo vyřešit stále aktuální problém naddimenzovanosti akutní lůžkové péče a s tím spojený vysoký počet zdravotnického personálu. Ne všechny body restrukturalizace se podařily, například s problematikou lékové politiky se potýkáme doposud (častá expirace léčiv, neprůhlednost nastavení jaké léky jsou ještě hrazeny a jaké už nikoli, a podobně).

V roce 1995 byla schválena dlouhodobá koncepce Národního programu zdraví, která vycházela ze základních myšlenek Zdraví pro všechny, které bylo koncipováno již v roce 1977 na Světovém zdravotnickém shromáždění (World Health Assembly). V rámci koncepce byla jako priorita stanovena změna životního stylu, díky které by mělo dojít k poklesu výskytu sedmi hlavních zdravotních problémů, které jsou v programu definovány. [SZÚ 2014]

¹¹ Zákon č.2/98 Sb., kterým se mění a doplňuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 242/1997 Sb.

Ke konci tohoto období byla Českou republikou podána oficiální přihláška ke členství v Evropské unii. Konkrétně se tak stalo dne 17. ledna 1996. Následující období se proto vedlo ve znamení proevropských změn a proevropského směřování vývoje zdravotnictví. [Zenkner, 2013]

4.7.3 Období přípravy na vstup do EU (1998-2006)

Jak je uvedeno výše, v roce 1996 podala Česká republika přihlášku k členství do Evropské unie, načež byla o rok později oficiálně pozvána ke vstupu do EU. Období mezi lety 1998 – 2006 je tak charakteristické přípravami na vstup do EU, kdy se český právní řád upravoval a harmonizoval podle evropských právních předpisů tak, aby vyhovoval vstupním podmínkám. Jedním z důležitých kroků byla reforma veřejné správy, která zahrnovala také úpravu územní správy, kdy bylo ustanoveno 14 samosprávných krajů. [Vláda ČR, 2014] Pro oblast zdravotnictví to znamenalo změnu ve zřizovatelských funkcích okresních nemocnic. Vzhledem k tomu, že nemocnice nebyly vždy v dobrém stavu z hlediska hospodářské stránky, nové vedení si s nimi často nevědělo rady a z toho důvodu byly některé z nich pozavírány, nebo došlo ke změně jejich statusu na akciovou společnost. Od roku 2003 tak dochází k další vlně privatizace, kdy se tentokrát některé kraje snaží o převedení svých nemocnic z příspěvkových organizací na akciové společnosti, přičemž výhradním vlastníkem akcií je kraj. *„Během první vlny v letech 1992 – 1996 se privatizace dotkla zejména ambulancí a lékáren, ovšem tato druhá vlna s sebou nese privatizaci lůžkových zařízení, před kterou spousta odborníků předem varovala. Krajům tak umožňuje se zbavit nepotřebných, zadlužených či příliš nákladných zdravotnických zařízení.“* [Eim, 2008: 33].

Z koncepcí a strategických dokumentů byl v roce 1998 schválen Národní akční plán zdraví a zdravotního prostředí, pod záštitou ministerstva zdravotnictví. Tento dokument se věnuje snižování zdravotních rizik, plynoucích z životního prostředí. Jeho konkrétními cíli bylo vytvoření informačního systému, který by ukázal propojenost mezi životním prostředím a zdravím; zvýšení informovanosti občanů i odborníků a posílení výzkumů v dané oblasti. [MZ 1998] Druhý strategický dokument byl v roce 2002 schválen vládou jako usnesení vlády České republiky č. 1046 dne 30. října 2002. Jednalo se o národní program s názvem: „Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století“. Program navazuje na řadu koncepcí, které také vycházely ze Zdraví pro všechny a byly součástí Národního programu zdraví. Cílem této restrukturalizované koncepce je dosáhnout plného zdravotního potenciálu

pro všechny a tím i zlepšování všech ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva. Akční plán se skládá z 21 cílů, kterých má být dosaženo prostřednictvím:

- posilováním a ochranou zdraví lidí během jejich celého života,
- snížením výskytu (incidence) hlavních nemocí a omezení strádání, které lidem přinášejí. [Kernová 2010]

Většina těchto cílů je stanovena do roku 2020, proto zatím není možné objektivně zhodnotit, zda se jich podařilo opravdu dosáhnout tak, jak jsou definovány samotné cíle i jejich dílčí úkoly. [Zdraví 21, 2002]

Na popud EU byl v roce 2000 vydán zákon č. 258/2000 Sb. O ochraně veřejného zdraví, kterým bylo upraveno několik doposud fungujících zákonů tak, aby odpovídaly požadavkům EU, a zpracovává tak příslušné předivky Evropské Unie. První část se věnuje právům a povinnostem osob a výkonu státní správy v ochraně veřejného zdraví. Mimo jiné pak došlo ke změně zákona o veřejném zdravotním pojištění či ke změně zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. [Zákon č. 258/2000 Sb. O ochraně veřejného zdraví]

4.7.4 Období reformního úsilí (2007 až současnost)

Změna vlády roku 2006 s sebou přinesla reformní změny ve zdravotnictví, jejichž cílem byla stabilizace veřejných rozpočtů. Této stabilizace měla být dosaženo pomocí regulačních poplatků, jejichž zavedení se setkalo s velmi bouřlivými reakcemi veřejnosti. Regulační poplatky byly zavedeny novelizací zákona o zdravotním pojištění, zákonem č.261/2007 Sb. O stabilizaci veřejných rozpočtů. Účelem tohoto zákona bylo zefektivnit využívání zdravotních služeb. Regulační poplatky platí od 1. 1. 2008 a vztahují se na veřejné zdravotní služby, tedy v případě že využíváme hrazenou zdravotní péči. Konkrétně se jedná o návštěvu u lékaře s vyšetřením, výdej léků na předpis, pobyt v nemocnici a návštěvu pohotovosti.

Od 31. 12. 2013 jsou zrušeny poplatky za poskytnutí lůžkové péče, včetně lázeňské rehabilitační péče a za lůžko pro rodiče, který je v nemocnici s dítětem. [army 2014] Jsou také stanoveny regulační limity, které ustanovují, jakou nejvyšší částku je možné, aby pojištěnec během jednoho roku zaplatil. Pro osoby do 18 let a nad 65 let je to 2 500Kč, pro ostatní osoby je to 5 000Kč za rok.

Jak již bylo uvedeno výše, zavedení regulačních poplatků vzbudilo u veřejnosti vlnu nevole a emocí. Doposud jsou vedeny debaty o tom, zda jejich zavedení opravdu vede ku prospěchu věci, laicky řečeno zda jdou lidé k lékařům pouze v nezbytném případě

a zbytečně neplýtávají časem i penězi z pojistného. Po zavedení regulačních poplatků klesly výdaje na služby, kterých se regulační poplatky týkají a finance byly přesunuty jinam. Podle tiskové zprávy ministerstva zdravotnictví, ihned za rok 2008 byla úspora 10 miliard korun, a to díky regulačním poplatkům: „ *Zcela se naplnilo očekávání ministerstva zdravotnictví a regulační poplatky plní svůj primární účel – lepší využití prostředků veřejného zdravotního pojištění a přesměrování peněz od banalit k potřebnějším pacientům. Zároveň zamezily zbytečným návštěvám u lékaře. Počet návštěv na pohotovosti klesl o 36 %, u ambulantních specialistů o 15 %, u ambulantních specialistů v lůžkových zařízeních dokonce o 19 %. Došlo i k dalšímu očekávanému efektu – počet receptů na léky klesl o 28 % a výdaje na léky do 150 Kč poklesly o 19 %.*“ [Sršeň, 2009:1] Otázkou zůstává, zda tato úspora vede opravdu k tomu, že pacienti nechodí k lékaři s drobnými obtížemi, nebo k lékaři nechodí ani ti, jejichž obtíže mají závažnější charakter, ale raději ušetří.

Během roku 2011 se odehrála velká vlna reforem stávajících zákonů týkajících se zdravotnictví, konkrétně se jedná o změny těchto zákonů:

- zákon o veřejném zdravotním pojištění (mění výše regulačních poplatků),
- zákon o zdravotních službách (je zde definováno postavení pacienta, přičemž se klade větší důraz na práva pacienta),
- zákon o specifických zdravotních službách (upravuje některé specifické zákroky, jako sterilizace, změna pohlaví s pod.),
- zákon o zdravotnické záchranné službě (úpravy pro kraje).

Jednou z opět medializovaných změn bylo rozdělení konkrétních lékařských výkonů na standardní a nadstandardní. Od roku 2012 platí tedy možnost připlatit si za nadstandardní služby, které jsou definované ministrem (například lehčí sádra, některá očkování a podobně). Ministr vydává tzv. seznam výkonů, kde je uvedena jejich standardní a nadstandardní podoba, včetně částky, za jakou je možno si ji pořídit, přičemž konkrétní pracoviště mohou tuto cenu upravovat. [MZČR, 2012]

Reformní kroky stále pokračují, ovšem prozatím jejich původní záměr, tedy stabilizace veřejných rozpočtů, není naplněn. Můžeme zde však pozorovat jiné důsledky, které reformy mají. Tím, že se finanční zátěž pomalu přesouvá ze státu na občany- pacienty, se omezuje míra solidarity uvnitř celého systému veřejného zdravotního pojištění, jelikož jak bylo uvedeno výše, naše zdravotní pojištění je Bismarkovského typu, jehož základem je solidarita mezi občany. „*Z hlediska vývoje v systému veřejných financí však došlo v kombinaci s finanční krizí k poklesu příjmů a tedy také především v důsledku toho (i přes prováděné škrty veřejných rozpočtů) k růstu deficitu a státního dluhu. Stabilizace veřejných*

rozpočtů tedy vedla nejen k růstu nákladů na dluhovou službu, ale také k omezení aktivit veřejného sektoru (...).“[Háva, Mašková, Teršová, 2011:23] Na občany tak padá finanční břemeno, přestože oni o něj zájem neměli a naopak s ním valná část z nich nesouhlasí (viz kapitola 5).

V loňském roce (2013) byla přijata nová strategie, převzatá a upravená pro české poměry z WHO, s názvem Zdraví 2020. Tato strategie navazuje na předchozí Zdraví 21 a její implementace do českého zdravotního systému je teprve v počátcích. Prozatím byla pouze schválena parlamentem ČR, nadále však musí být rozdělena do dílčích strategií a následně do jednotlivých Akčních plánů, které se budou implementovat v daných oblastech. [Nejedlá 2014, rozhovor]

4. 8 Shrnutí

Cílem této části bylo získat výchozí souhrn poznatků na důležité téma aktivní role občanů v demokratické společnosti a ve veřejné politice. Jak bylo ukázáno, občané jsou jádrem demokratické společnosti i veřejné politiky. Přestože jsou pacienti a občané hlavními cílovými skupinami zdravotní politiky a hlavním cílem zdravotního systému je zlepšení jejich zdravotního stavu, tak se tato skupina aktérů podílí na tvorbě a realizaci zdravotní politiky v rozhodně menší míře než ostatní skupiny aktérů. Občané nejen příjemci zdravotních (a dalších) služeb, ale již z podstaty občanství mají také právo na participaci, což v současných společenských podmínkách není snadné vždy dodržovat.

V současné době občanům chybí znalosti o občanství, o svých právech a o možnostech participace, proto je nutné zaměřit se na jejich vzdělávání a informovanost. Je také důležité věnovat se zkoumání jejich názorů, zjišťovat jakým způsobem chápou dostupné informace z oblasti zdravotnictví, jak vnímají politické kroky činěné v této oblasti a zda se s nimi dokáží identifikovat.

5. Jak občané vnímají zdravotní systém a zdravotní péči – přehled vybraných výsledků výzkumu veřejného mínění

Výzkumy veřejného mínění jsou poměrně novou záležitostí, jejich vznik se datuje od 30. let 20. století. Pomocí vědecky založených přístupů je zkoumáno nejčastěji jednání, názory a postoje občanů. Ve svých počátcích byly výzkumy veřejného mínění zaměřeny na předvolební průzkumy a na politiku jako takovou. Postupem času se však dostaly do širšího zájmu a nyní jsou vyhledávaným zdrojem informací jak na akademické půdě, tak v komerční sféře a médiích. [Vinopal, 2011] „*Výzkumy veřejného mínění jsou nedílnou součástí procesu tvorby politiky. Umožňují přenášet informace od široké veřejnosti směrem k těm, kteří politiku tvoří a rozhodují o ní.*“ [kulatystul]

Již od svého vzniku vzbuzuje tento typ výzkumu diskuze o své podstatě a o tom, jakou má vlastně funkci, především v demokracii. Diskuze se vedou jak nad přípravou a tvorbou výzkumu, tak nad samotnými výsledky, jejich využitím a interpretací. Velmi časté jsou metodické otázky (zda využít kvantitativní, kvalitativní či smíšenou metodu, jak zkonstruovat výběrový soubor a podobně), ale nejčastěji je diskuze vedena nad výsledky výzkumů, zda odpovídají skutečnému veřejnému mínění. [Šubrt a kol. 1998; Defleur 1996; McCombs 2009]. Někteří autoři se také zabývají otázkou vlivu výzkumů veřejného mínění na veřejné mínění jako takové i na jejich pojetí. [srovnej například Herbs, 1993] Zveřejňování výsledků může podle některých z nich fungovat jako agenda setting¹², přičemž u občanů, kteří nemají vlastní pevné názory, pak může zvyšovat podporu právě oněch zveřejňovaných veřejných názorů. [Rendlová, Lebeda, 2002: 20-22] Při přípravě výzkumů veřejného mínění se dají snadno ovlivnit výsledky, které jsou pak nepřesné či zavádějící. Je proto nutné zjistit si potřebné informace o renomé a zaměření společnosti, která měla jejich provedení na starosti. [kulatystul]

V této práci slouží přehled vybraných výsledků již provedených výzkumů veřejného mínění ke zjištění, jak občané vnímají zdravotní systém v České republice. V předchozích kapitolách jsme se seznámili se stručným vývojem zdravotnictví i s koncepty, pomocí kterých se na problematiku díváme. Nyní se posouváme k samotnému zjišťování - *jak to vlastně vidí občané.*

¹² Agenda setting neboli nastolování témat. Více viz například: Dearing, J. W., Rogers, E. M. Agenda-Setting. London: 1996, SAGE Publications.

5.1 Výzkumy veřejného mínění zaměřené na zdravotnictví

Výzkumy veřejného mínění na téma zdravotnictví jsou prováděny jak na akademické půdě, tak v komerční sféře. V komerční sféře jsou prováděny pravidelně veřejnou obchodní společností Inres-sones¹³, která se specializuje na sociologické i psychologické výzkumy. Nepravidelná šetření pak provádí například výzkumná agentura Stem-Mark¹⁴, která se v nich zaměřuje především na dílčí problematiku, jakou jsou poplatky, léčiva a podobně. Další z výzkumných agentur - Ipsos, má specializovanou divizi Ipsos Healthcare, která nabízí průzkumy v oblasti zdravotnictví a farmaceutického průmyslu¹⁵.

Na akademické půdě jsou názory občanů na otázky zdravotnictví zkoumány především Centrem pro výzkum veřejného mínění (dále CVVM), jeden výzkum byl proveden také Institutem zdravotní politik a ekonomiky (IZPE) na přelomu roku 2005/2006. Ústav zdravotních informací a statistiky (ÚZIS) v České republice provedl World Health Survey – světové šetření o zdraví (2002-2003). Kromě tohoto šetření provádí nepravidelně další šetření v oblasti zdraví a zdravotní péče a také vydává řadu publikací, které se tímto tématem zabývají. Například v roce 2010 vydal publikaci *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989*, která mapuje vývoj českého zdravotnictví z pohledu zdravotnické statistiky, především vývoj demografických ukazatelů a zdravotního stavu populace¹⁶. Na Evropské úrovni jsou výzkumy prováděny Eurobarometrem, jehož hlavním cílem při provádění těchto výzkumů je mezinárodní porovnatelnost. Výzkumy Eurobarometru jsou zaměřeny především na zdraví jako takové, přičemž se okrajově dotýkají zdravotních systémů.

CVVM je výzkumným oddělením Akademie věd České republiky. Na CVVM byl v roce 2001 převeden dosavadní Institut pro výzkum veřejného mínění (dále IVVM), jenž spadal pod Český statistický úřad. Hlavním výzkumným projektem jsou výzkumy spadající pod název „Naše společnost“, které centrum provádí pravidelně 10x ročně na více jak 1000 respondentů. Jedná se o reprezentativní vzorek populace starší 15 let.¹⁷Vzhledem k tomu, že data z omnibusových šetření CVVM (dříve IVVM) jsou veřejně dostupná již od roku 1989 a otázky, týkající se zdravotnictví, se často opakují, jsou právě tyto výzkumy zde použity v rámci zmapování dat pro zjištění - jaký je názor českých občanů na otázky spojené se zdravotnictvím. Data z provedených výzkumů jsou dostupná v Českém sociálně-

¹³ Více viz <http://www.kataloglekaru.cz/cz/inres-sones-v-o-s/>

¹⁴ Více viz <http://www.stemmark.cz/tag/farmacie/>

¹⁵ Více viz <http://www.ipsos.cz/pharma>

¹⁶ Více viz <http://www.uzis.cz/katalog/mimoradne-publikace>

¹⁷ Více o CVVM viz <http://cvvm.soc.cas.cz/o-nas/kdo-jsme>

vědním datovém archivu – NESSTAR a vybrané otázky, které jsou pro tuto práci nejpodstatnější a nejzajímavější, jsou zpracovány do vývojových grafů.

5.2 Názory občanů ČR na zdravotnictví

V datovém archivu CVVM byly nejprve vyhledány veškeré otázky, kterými byl zkoumán postoj občanů ke zdravotnictví či k tématům se zdravotnictvím spojených. Seznam veškerých otázek je v příloze č. 9¹⁸. Díky této užití „desk research“ byl zjištěn základní pohled občanů na problematiku z hlediska časového vývoje. Pomocí této metody bylo zjištěno, jaké otázky byly již na reprezentativním vzorku zkoumány a není třeba je ve vlastním výzkumu pokládat, a v neposlední řadě byla identifikována hlavní témata pro vlastní výzkum.

Na následujících řádcích je na datech z těchto pravidelných akademických výsledků výzkumů veřejného mínění ukázáno, jak občané hodnotí zdravotní systém a potažmo zdravotnictví v České republice. Bylo vybráno několik otázek, které jsou pokládány dlouhodobě a které reprezentují pohled občanů na zdravotnictví jako celek a také ukazují, kde občané vidí problémy. U každé zpracované otázky je vždy uvedeno, jak od jakého roku je v dotaznících pokládána. Počet odpovídajících respondentů se pohybuje od 700 výše a v grafech nejsou uváděny i chybějící odpovědi (nevím/bez odpovědi).

V prvním grafu jsou zobrazeny odpovědi na otázku **spokojenosti se zdravotním systémem ČR** (Jak jste obecně spokojen se zdravotním systémem?). Tato otázka je pokládána od roku 2002, přičemž v roce 2009 položena nebyla. V grafu jsou znázorněny součty kladných (spíše spokojen a rozhodně spokojen) a záporných (spíše nespokojen a rozhodně nespokojen) hodnot. Pro jasnou interpretaci je zde vložena lineární spojnice trendu „nespokojenost“ která ukazuje mírný nárůst nespokojenosti občanů se zdravotním systémem v ČR. Výrazný nárůst nespokojenosti můžeme vidět mezi lety 2007-2008. Pravděpodobnou příčinou tohoto jevu je zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví. Podle dotazování bezprostředně po zavedení poplatků s nimi rozhodně nesouhlasilo 41,7% občanů (viz příloha č. 10), což se mohlo promítnout i do celkové spokojenosti se zdravotním systémem. Tento náhlý růst nespokojenosti ovšem nemá dlouhodobý charakter. Jedná se spíše o bezprostřední reakci obyvatel na změnu v politice, která se jich bezprostředně finančně dotýká.

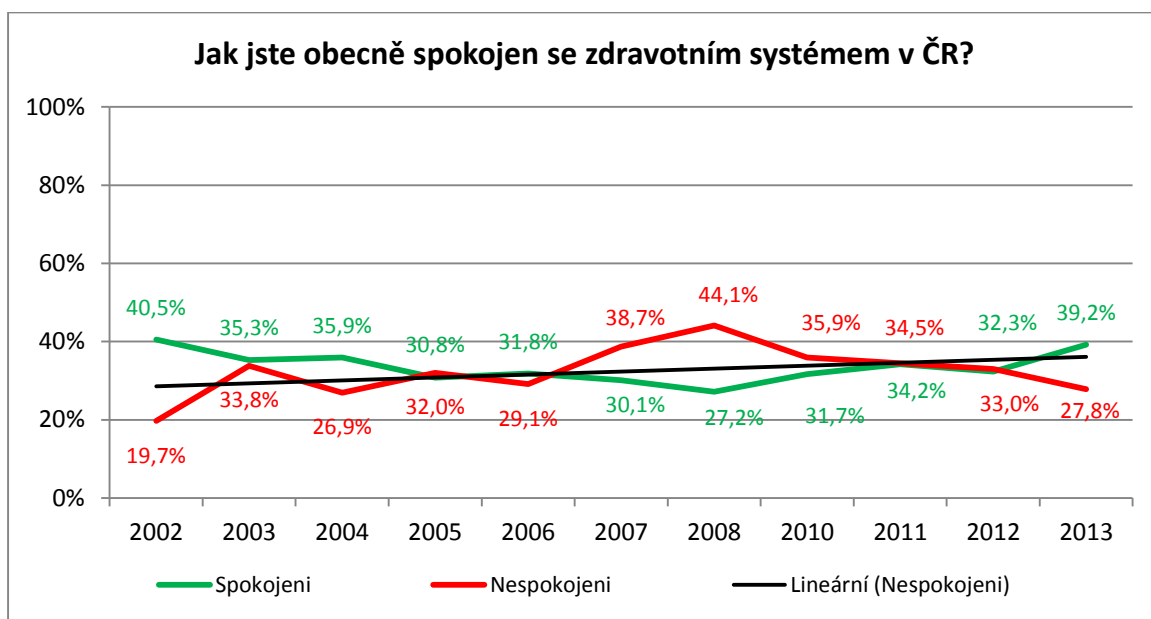
Koncept (konstrukt) spokojenosti ve výzkumech zdravotnictví je předmětem kritiky ve vztahu k jeho validitě a je diskutována potřeba jeho zásadní změny včetně definic

¹⁸ U každé otázky je zaznamenáno v jakém roce a měsíci byla dotazována a základní výsledky odpovědí.

a operacionalizace kvality zdravotních služeb [Gill 2009]. Agregovaná otázka ohledně spokojenosti pacientů poskytuje obvykle v různých zemích agregovanou kladnou odpověď kolem 80%. Teprve podrobné otázky, vztahující se k jednotlivým funkcím zdravotního systému, umožňují získat validní odpovědi.

Z výsledku v grafu č. 1 by snadno mohlo vyplývat, že i přes množství zásadních změn v organizaci, financování, dostupnosti služeb a dalších parametrů kvality, včetně (ne)dodržování lidských práv se vztahem ke zdraví, se celková spokojenost dotazovaných občanů vlastně příliš nemění. Poznatky z kvalitativních výzkumů a z vývoje stížnostních agend, případně soudních sporů, tomu neodpovídají.

Graf č. 1



Zdroj dat – IVVM/CVVM

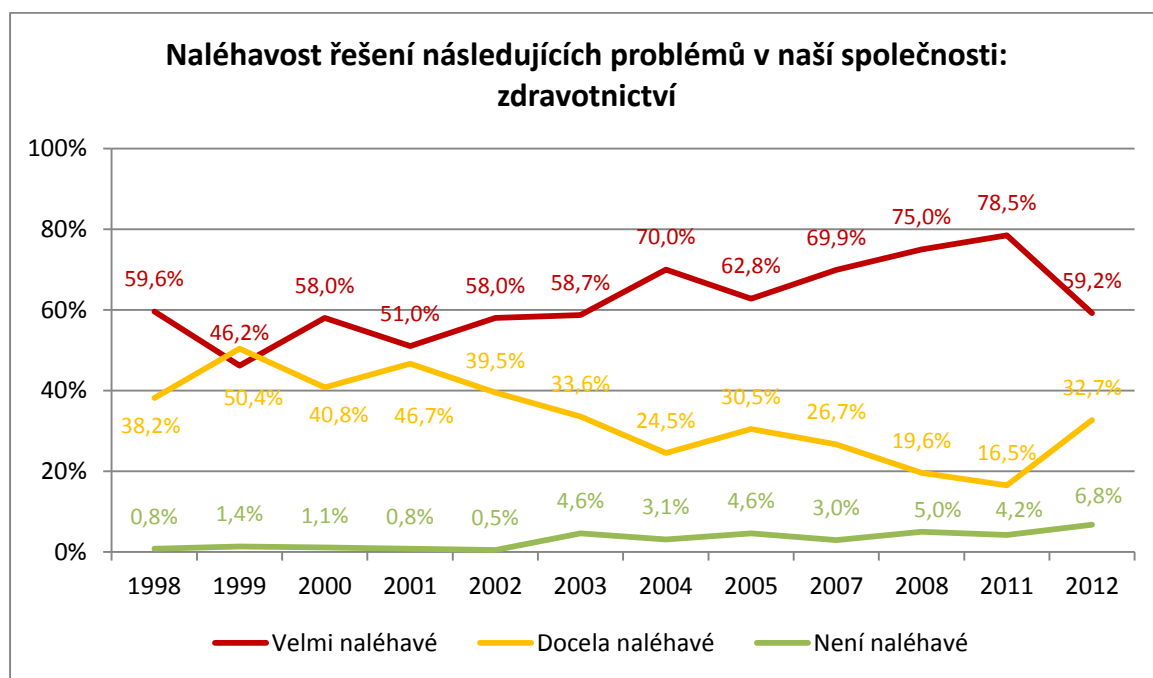
Následující vývojový graf se zabývá naléhavostí **řešení problému zdravotnictví v České společnosti**. Tato otázka je pokládána od roku 1998, s pauzami v roce 2006, 2009 a 2010, přičemž od roku 2003 bylo její znění i škála odpovědí mírně poupravena¹⁹.

Podle výsledků z grafu považují občané ČR zdravotnictví za naléhavý problém, nejčastěji pak za velmi naléhavý problém, čemuž by měla být věnována pozornost. Do roku 2001 jsou odpovědi poměrně konzistentní – procento těch, kteří by zdravotnictví hodnotili jako nenaléhavý problém, je zanedbatelné. Naopak procento těch, kteří se domnívají, že se

¹⁹ Do roku 2003 zněla otázka - Jak je naléhavé, podle Vašeho názoru, řešení následujících problémů v naší společnosti: zdravotnictví. Škála odpovědí byla 4 stupňová. Od roku 2003 zní otázka - Jak moc je podle Vás naléhavé zabývat se letos v České republice následujícími oblastmi: zdravotnictví. Škála je 3 bodová. Pro vývojový graf byly střední odpovědi sloučeny do jedné.

jedná o velmi a docela naléhavý problém je poměrně vysoké (kolem 50%). Od roku 2001, do roku 2011, vidíme stoupající trend v míře naléhavosti řešení problematiky zdravotnictví, což může být zapříčiněno vlnou reforem a změn v této oblasti, které se nesetkávají s kladným ohlasem ze strany občanů (například poplatky ve zdravotnictví, převedení nemocnic pod správu krajů, vstup ČR do EU a s tím spojené koncepční změny a podobně). V roce 2012 procento nespokojených občanů pokleslo o téměř 20%. Rok 2012 byl na novinky ve zdravotnictví poměrně bohatý a některé z těchto změn mohou mít pozitivní vliv právě na zlepšení míry naléhavosti řešení zdravotnictví. I přes výrazný pokles křivky „velmi naléhavé“ v roce 2012 je zdravotnictví občany považováno nejčastěji právě za velmi naléhavý problém. Vidíme zde tedy velmi odlišné výsledky od předchozího grafu, kdy byl zjišťován koncept spokojenosti.

Graf č. 2

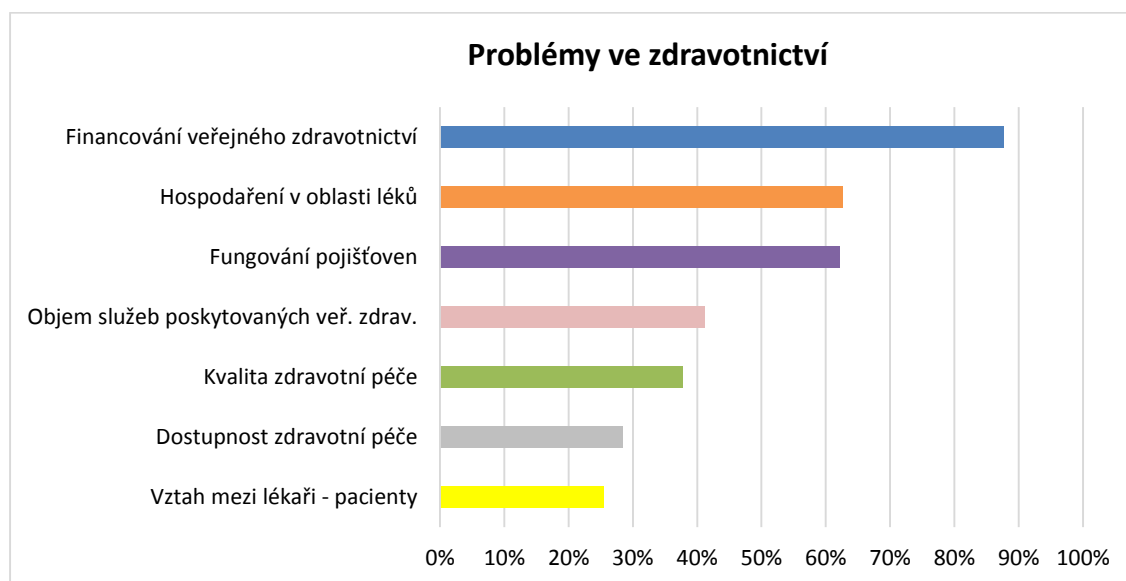


Zdroj dat – IVVM/CVVM

Co občané vidí na zdravotnictví jako problematické, je znázorněno v grafu č. 3 a 4 (Jsou nebo nejsou podle Vás problémy v následujících vybraných oblastech zdravotnictví? Pokud jsou, jak velké?). V grafu č. 3 jsou zobrazeny odpovědi za rok 2013 u všech problémů, které byly zkoumány. Můžeme vidět, že za nejvíce problematickou oblast je považováno financování veřejného zdravotnictví (přes 80% kladných odpovědí) a hospodaření v oblasti léků (přes 60% kladných odpovědí). Naopak jako nejméně

problematický je hodnocen vztah mezi lékařem a pacientem. (nejnižší procento osob vnímá problémy v této oblasti jako velké či velmi velké).

Graf č. 3



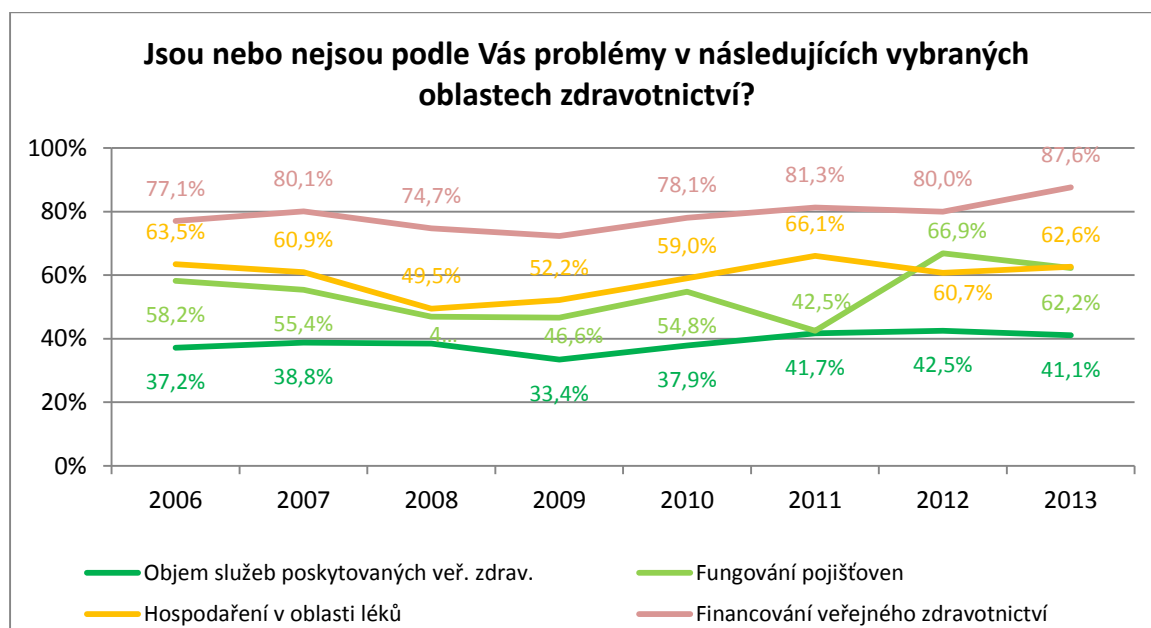
Zdroj dat: CVVM

V grafu č. 4 je zobrazen vývoj čtyř nejvíce problematických oblastí. Otázka byla poprvé položena až v roce 2006 a od té doby je pokládána pravidelně každoročně. V grafu je uveden součet kladných odpovědí, čili pokud respondenti zaškrtnou možnost „velké“ či „velmi velké“²⁰. Nestabilní výsledky vidíme v problematice fungování pojišťoven – velký pokles v hodnocení vidíme mezi lety 2011 a 2012 – rozdíl je zde o více než 20%. Velký nárůst v hodnocení problematičnosti v roce 2012 může být důsledkem zavedení příplatků za nadstandardy, tedy přibyla oblast, která není plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění, ale kterou si občan musí hradit z vlastních zdrojů. V posledním roce také vzrostlo procento hodnocení problematičnosti u kvality zdravotní péče – v roce 2013 již 87,6% dotázaných uvedlo, že problémy v této oblasti jsou velké či velmi velké. Výsledky v ostatních dimenzích jsou z hlediska času poměrně vyrovnané.

Vzhledem k tomu, že procento občanů, kteří vybrali možnost „žádné“ problémy, bylo u každé testované dimenze velmi malé, průměrně se pohybovalo kolem 2-5%, můžeme říci, že občané vidí ve zdravotnictví četné problémy. Z výsledků je i velmi jasné patrné, co je podle nich nejproblematictější a na co by se mělo klást důraz při přípravě reformy dalšího vývoje zdravotnictví.

²⁰ Respondenti mohli zvolit z následující škály: velké, velmi velké, malé, nejsou žádné a neví.

Graf č. 4



Zdroj dat – CVVM

5.2.1 Shrnutí výsledků výzkumů veřejného mínění

Cílem této části bylo ukázat, jak občané hodnotí zdravotnictví a jeho dílčí dimenze a jak se jejich postoj v průběhu let vyvíjel a měnil. Z výsledků je patrné, že občané se zdravotním systémem a zdravotními službami spokojeni nejsou a dokáží identifikovat to, co je podle nich nejvíce problematické. Také zde můžeme pozorovat jednu nepříliš pozitivní skutečnost – negativní hodnocení vybraných oblastí nemá klesající tendenci a ani v hodnocení problematických oblastí se nijak výrazně nemění. Díky tomu vyvstává otázka, zda se při utváření zdravotního systému a celého zdravotnictví bere zřetel na názory a potřeby občanů – pacientů. Podle zde uvedených výsledků můžeme soudit, že nikoli. Ostatně tento výsledek také potvrzují i teorie v oblasti zdravotní politiky, které reflektují silný vliv zájmových skupin ve zdravotnictví/zdravotní politice a problémy s kompetencemi veřejné správy a jejím potenciálem odolávat tlaku zájmových skupin, prosazovat veřejné zájmy a případně i lidská práva se vztahem ke zdraví [např. Buse a spol. 2005]. Pokud by zdravotní politika a nastolení její agendy reagovaly nejen na existující veřejné mínění, ale také na výsledky hodnotícího nezávislého výzkumu a vývoj teoretického diskurzu, pak bychom zjevně mohli ve výsledcích výzkumů veřejného mínění zjišťovat pozitivní změny ve zdravotnictví v grafech č. 3. a č. 4 (viz komentář u těchto grafů).

Z přehledu vybraných výsledků vyšlo několik základních témat pro další zkoumání – zdravotnictví i zdravotní systém jsou podle občanů problémem, kterým je nutné se zabývat. Nastíněná témata:

- problémy z pohledu občanů zjišťovat formou otevřených otázek
- finanční otázky a finanční zapojení
- otázka spokojenosti s jednotlivými druhy péče – pravidelně zkoumána pouze lékařská péče
- přístup zdravotníků k pacientům
- fungování pojišťoven

6. Výsledky výzkumného šetření

Jak bylo nastíněno v části o sběru dat, nejprve proběhly expertní rozhovory a jejich výsledky byly diskutovány s vybranými výsledky průzkumu veřejného mínění v ČR v posledních 10 - 15 letech. Na tomto základě vzniklo několik hypotéz, které byly dále testovány v dotazníkovém šetření. Nejprve si tedy představíme základní výsledky z expertních rozhovorů a na jejich základě formulované hypotézy. Dále pak ověřování hypotéz v kvantitativním výzkumu a nakonec zjištění podrobností a souvislostí z kvalitativních rozhovorů s občany.

6.1 Expertní šetření a formulace hypotéz

Struktura rozhovorů se skládala z několika okruhů, podle kterých je provedena i samotná analýza (celková podoba výzkumného nástroje je v příloze č. 2). Nejprve jsou představeny postoje expertů a následně je formulována hypotéza, která jejich názory reflektuje. Při formulaci hypotéz je pracováno i s výsledky z předchozí části, které jsou do nich zahrnuty.

Popis vývoje zdravotního systému a zhodnocení jednotlivých vývojových etap

Podle expertů je nejlepší etapou současné nastavení zdravotního systému, ale i období před rokem 1990 mělo své klady, které je nutné vyzdvihnout. Podle Dr. Ing. Mrázka mělo zdravotnictví před rokem 1990 velmi dobrou koncepci – „*Lékaři byli dobře rozmístěni po republice a pokud jste se k lékaři dostal, pak jste si mohl být jist, že pro vás udělá to nejlepší, co bude moci.*“ Na druhou stranu zde byly velké rozdíly v přístupu ke specialistům podle toho, jaké jste měl postavení. Dalším kladem předrevolučního období byla podle MUDr. Nejedlé velmi dobře fungující systémy prevence. Za posledních 30 let se však počty odborných pracovníků, kteří se věnovali prevenci, značně zredukovaly, stejně tak i finanční prostředky a podpora veřejného zdraví již není zdaleka tak intenzivní.

Mezi klady současného období patří lepší přístup k specifickým službám, obecně má zdravotnictví k dispozici daleko lepší vybavení, než mělo dříve, což není způsobeno pouze vývojem, ale i širšími možnostmi²¹. Hlavním pozitivem je podle expertů možnost svobodné volby (ošetřujícího lékaře, nemocnice, zdravotní pojišťovny), a to ve všech odvětvích zdravotnictví.

²¹ K těmto širším možnostem je zapotřebí přiřadit především vstup ČR do Rady Evropy spolu se závazkem rozvoje demokratického a právního státu. V roce 1993 byla také přijata nová Ústava ČR a v Listině základních práv a svobod formulován čl. 31. Mezi lety 1992 a 1993 došlo ke zvýšení celkových veřejných výdajů na zdravotnictví ze 40 na 60 mld. Kč., čímž byl vytvořen prostor pro zvýšení dostupnosti léčiv a pro mohutný skok v investicích zhruba z 5 na 11% z celkových výdajů. To umožnilo do zdravotnictví získat také moderní technologie, které byly do té doby doménou pouze specializovaných pracovišť.

Co se týče budoucího vývoje zdravotnictví a zdravotní péče, jsou téměř všichni experti optimističtí a domnívají se, že je na dobré cestě. Podstatné je ale dále na tom pracovat a věnovat se důsledně problémům, kterých není málo. Pouze pan Mrázek je v tomto ohledu pesimističtější a obává se, zda je vůbec možné zdravotnictví v současné podobě udržet v dalším chodu. Pokud bychom vycházeli z tohoto omezeného vzorku expertů, pak bychom mohli uzavřít, že:

H1: Nastavení zdravotní péče je na dobré cestě.

Pokud však porovnáme mínění patrně dosti velkého počtu českých expertů s poznatky zahraničního nezávislého výzkumu a pravděpodobně menšiny českých expertů, dojdeme poměrně snadno k závěru, že situace je spíše opačná. Výdaje na léčiva a prostředky zdravotnické techniky jsou příliš vysoké, uplatnění cenové liberalizace a regulace pomocí maximálních cen je neúčinné a jde tak o příklady selhání trhu. Známými příčinami těchto problémů jsou korupce a politický klientelismus (viz např. Dvořáková...). Pokud bychom použili citát z knihy Jiřího Šavlíka a spol. (2008), pak: *„Současná situace zdravotnictví jako státní instituce organizující péči o zdraví občanů je mírně řečeno neuspokojivá. Důvodem jsou mocenské, ekonomické a politické zájmy, které medicínsko-zdravotnický komplex dokonale ovládly. Věda o chorobách ruku v ruce se zdravotnickou technikou a farmakologií vytvořily svébytný systém řízený státní správou a pojišťovnami podle pravidel, která stále méně vyhovují původnímu účelu pečovat o zdraví občanů. Místo toho je manipuluje do role potencionálních nebo skutečných pacientů a stále více z nich činí spotřebitele služeb, které přinášejí zisky mocným obchodním řetězcům a vlivným podnikatelským skupinám.“* V ČR není dlouhodobě rozvíjena infrastruktura v oblasti veřejného zdraví a podpory zdraví [WHO 2004]. České republice se nedaří efektivně reagovat na problémy kouření ani obezity. V české společnosti dochází v kontextu ekonomické globalizace k růstu příjmových a majetkových nerovností, které jsou významnými determinantami zdraví. Četní čeští experti a politici nerozumí co je obsahem evropské strategie Zdraví 2020 [Machová 2012] a podobně. Je tedy více než zjevné, že směřování české zdravotní politiky není dlouhodobě a efektivně promyšleno s využitím dostupných teoretických poznatků. K takovému závěru lze dojít např. také s využitím kritické diskursivní analýzy, která je metodicky zaměřena na srovnávání obsahu politické, mediální a veřejné komunikace s výsledky nezávislého výzkumu, s teoriemi středního a velkého rozsahu [Weiss, Wodak 2003; Fairclough 1995]. Pokud bychom se při výzkumu

v ČR spoléhali jenom na místní experty a veřejné mínění, pak bychom se snadno mohli nechat ukolébat závěrem, že vše je na nejlepší cestě. V tom se mohou výsledky výzkumu (průzkumu) veřejného mínění a nekriticky orientovaný výzkum výrazně lišit.

Současný zdravotní systém – jeho zhodnocení, klady a zápory

Současný zdravotní systém má mnohé klady i zápory, přičemž každý z expertů je vidí trochu jinde, podle toho na jakou oblast zdravotnictví se profesně zaměřuje.

Podle MUDr. Nejedlé je ve zdravotnictví věnována téměř veškerá pozornost léčení již vzniklých nemocí, ale není dostatečná pozornost věnována prevenci před vznikem onemocnění a péči o veřejné zdraví. Celkové výdaje na zdravotní péči jsou přitom velmi nákladné a zatěžuje státní rozpočet. Velmi dobře je to vidět z počtu let strávených v nemoci a prodlužující se délce života – průměrný věk dožití obyvatel se sice zvětšuje, ale zvyšuje se také počet let strávených v nemocnosti. *„Konkrétně muži za posledních 50let ztratili jeden rok života ve zdraví, ale délka života se zvýšila.“* Čili žijeme déle, ale také trávíme více let v nemocnosti (v současnosti je to 17 let v nemocnosti). Na léčbu již vzniklých nemocí putují téměř veškeré peníze, pouze zhruba 3% financí, které jdou do zdravotnictví, jsou určeny na podporu veřejného zdraví.

MUDr. Janatová podotýká, že české zdravotnictví má svá specifika, která jiné evropské země nemají, přesto jsou z těchto zemí často přejímány koncepce, které nemusí být v našich podmínkách úspěšné. Příkladem takového specifika jsou nerovnosti ve zdraví. Nerovnosti ve zdraví jsou v každé zemi, ale v Evropě platí, že největší nerovnosti jsou způsobeny pracovním postavením a s tím spojenou finanční situací jedince či rodiny. V ČR jsou však nerovnosti ve zdraví nejčastěji způsobeny výší vzdělání – lidé s vyšším vzděláním jsou obecně více zdraví a dožívají se vyššího věku, než lidé s nízkým vzděláním²².

²² Toto tvrzení však není v ČR dostatečně empiricky podloženo. Rozhodující jsou použité metody a jejich kombinace - poměrně citlivým a standardizovaným nástrojem pro subjektivní vyhodnocení zdraví je dotazník Euroqol, kterým je možné v kombinaci s údaji o determinantách zdraví doložit rozsah existujících nerovností. Důležitým aspektem je také přístup k výběru respondentů, který dostatečně zachytí rizikové skupiny. Pro vyhodnocení dat je zapotřebí využívat statistické metody logické regresní analýzy. To vše se zatím ve výzkumech českého zdravotního stavu příliš nevyužívá. V českém politickém a mediálním diskurzu se dlouhodobě traduje mylná teze o tom, že nerovnosti ve zdraví a příjmech (chudoba, sociální vyloučení) nejsou tak závažným sociálním problémem. Pokud jsou však vzaty v úvahu výsledky OECD (2013), hodnotící štěstí (happiness well-being), můžeme zjistit, že výsledky nejsou tak optimistické. Kauzalita sociálních a ekonomických determinant ve vztahu k vývoji zdravotního stavu byla v letech 2005-7 souhrnně zpracována a vyhodnocena skupinou akademických pracovníků pod vedením Prof. Marmota ve WHO (Ženeva). Do češtiny byla nedávno přeložena souhrnná publikace Wilkinson, Pickettová (2013).

Podle Mgr. et Mgr. Alexy zde chybí schopnost pracovat s daty – díky práci s daty bychom přitom zjistili, kde jsou největší nedostatky a co je třeba změnit. Zároveň by tato zjištění mohla sloužit jako forma kontroly, která zde chybí. Dr. Ing. Mrázek definuje tři hlavní okruhy problémů současného zdravotnictví – nízké počty lékařů či lékařů v přesluhujícím věku a systém jejich odměňování, privatizace a s tím spojené vymaňování se nemocnic z převažujícího vlivu státu a existence více pojišťoven. Opět také poukazuje na problematiku prevence, která velmi dobře fungovala před rokem 1990, ale nyní se politika podpoře veřejného zdraví a tedy prevenci věnuje jen velmi okrajově.

Postoj k počtu pojišťoven se mezi experty také liší – kromě pana Mrázka jsou všichni zastánci pojišťovny jedné, nebo k této problematice nemají vyhraněný názor. Podle Mgr. et Mgr. Alexy výzkumy ukazují, že může dobře fungovat systém s jednou pojišťovnou i systém s více pojišťovnami.

Na čem se ale shodnou v podstatě všichni dotázaní je to, že současnému zdravotnictví chybí ucelená koncepce, která by jasně vytyčovala jeho směr a cíle, kterých chce dosáhnout. Podle Mgr. et Mgr. Alexy není ani jasně určeno, zda zde máme tržně orientované zdravotnictví, nebo kontrolované, přičemž jsou zde prvky z obojího, ale tržní převládají. *„Máme zde většinou dílčí koncepce zdravotnictví, ale nějaká ucelená zde chybí. (...) Byla by potřeba i z toho důvodu, aby upravovala meziresortní spolupráci, která téměř nefunguje – nebo spíše funguje jen u řešení dílčích, drobných problémů. Ale nejsou nastavena žádná pravidla a prostě obecně nefunguje.“* – MUDr. Janatová.

H2: Pojištění v České republice má být poskytováno více pojišťovnami.

H3: Veřejné zdraví je velmi důležitá oblast zdravotnictví, která je státem zanedbávána.

Zhodnocení problémů, identifikovaných občany z výzkumů veřejného mínění

Expertům byl předložen seznam problémů, které byly identifikovány ze zjištění vybraných výsledků již sebraných dat, aby se k nim vyjádřili, zda je také považují za problematické a co je podle nich nejzásadnější problém.

Všichni dotázaní se shodli hned na prvním bodu, kterým je financování zdravotnictví a hodnotí jej jako jeden z největších problémů v současném zdravotnictví²³.

²³ Z hlediska cílů a funkcí zdravotního systému je financování spíše podpůrnou částí, ovšem v ČR je na něj dlouhodobě kladen důraz. Důvodem je převaha zájmových vlivů ze strany čtyř skupin aktérů: (1) poskytovatelé zdravotních služeb, (2) pracovníci zdravotních pojišťoven (všichni odpovědní tvůrci zdravotní politiky jsou pak zcela zahlceni problémy, jež jsou generovány těmito dvěma skupinami aktérů), (3-4) výroba a obchod s léčivými a prostředky zdravotní techniky. Hlavní cíle zdravotního systému jsou však vztaženy

Do zdravotnictví podle nich míří menší množství financí, než by bylo potřeba, ale hlavní problém vidí v hospodaření s těmito penězi. Mgr. et Mgr. Alexa: „*V porovnání s jinými zeměmi EU putuje do zdravotnictví přiměřené množství peněz, otázka je, jak je s nimi nakládáno.*“ S tímto názorem se ztotožňuje i MUDr. Janatová, podle které je s financemi velmi špatně hospodařeno. Ve zdravotnictví je velmi nákladná administrativní činnost, kterou MUDr. Nejedlá navrhuje převést do elektronické podoby. „*Ve Švédsku mají elektronický systém objednávání a funguje to. Myslím, že by to fungovalo i u nás a alespoň trochu by to urychlilo veškerou administrativu.*“ Při současném hospodaření tak putuje do zdravotnictví peněz málo. Při zasazení konceptu „value for money“, neboli zda za peníze, které putují do zdravotnictví, jsou k dispozici odpovídající služby²⁴, je z odpovědí expertů zřejmé, že poskytované služby výdajům na zdravotnictví neodpovídají.

Téměř shoda panuje také v otázce přístupu lékařů k pacientům – podle Mgr. et Mgr. Alexy jsme sice v porovnání zemí OECD skončili v průměru, ale oba, doktorka Janatová i Dr. Ing. Mrázek se shodují na tom, že přístup lékařů k pacientům není nejlepší. Všichni zároveň podotýkají, že se toto tvrzení nedá brát plošně a existuje spousta lékařů a dalších zdravotníků, jejichž přístup a komunikace s pacientem jsou naprosto v pořádku. Problém vidí často právě v nedostatečné komunikaci a ve způsobu komunikace – lékaři podávají pacientům nedostatečné informace, nebo tyto informace podávají nesrozumitelnou formou. Podle MUDr. Nejedlé by se měli zdravotníci chovat k pacientovi jako ke klientovi, kterému jsou poskytovány služby. Pokud by se postavení k pacientům změnilo a byli by opravdu bráni jako klienti, pak lze očekávat, že i přístup lékařů by se tomu přizpůsobil.

Co se týče platů lékařů, názory jsou obdobné jako na celkové financování. Peněz je málo, navíc jsou i nestrategicky děleny mezi lékaře. Většina peněz skončí u vysoce postavených lékařů z lepších klinik. Tato fakta se týkají pouze státních zaměstnanců. V oblasti soukromého zdravotnictví nikdo z expertů problém nevidí. Zde jsou platy naopak často nepoměrně vysoké, v porovnání s platy lékařů v nemocnicích. I z toho důvodu vidí

k vývoji zdravotního stavu a podstatným momentem zde je kontrola determinant zdravotního stavu a nemocnosti. Z dlouhodobého hlediska jsou tyto aspekty mnohem významnější, avšak většina aktérů zdravotní politiky prakticky nerozlišuje individuální přístup medicíny a populační přístup podpory zdraví, přičemž tyto dvě funkce zdravotního systému jsou přímými faktory, ovlivňujícími zdravotní stav. Financování zdravotnictví se v posledních desetiletích stalo bohužel hlavním nástrojem tržně orientovaných reforem zdravotnictví, které nejsou vztaženy k vývoji zdravotního stavu, ale spíše k zisku. [Figueras 2012; Ranade 1998]

²⁴ OECD v roce 2010 vydala zprávu, která mapuje výdaje členských států do zdravotnictví a porovnává je se zdravotními ukazateli. Cílem je, aby členské státy poskytovali více „value for money“. Více viz Health care systems: Getting more value for money, OECD Economics Department Policy Notes, No. 2

Dr. Ing. Mrázek jako jeden z největších problémů současného zdravotnictví systém odměňování lékařů. Konkrétně jsou na tom podle něj nejhůře ambulantní specialisté. Jako řešení vidí vytvoření univerzálního ceníku za jednotlivé služby, ale je třeba se nad tím více zamyslet, což v současné době mezi politiky postrádá.

H4: Největším nedostatkem ve zdravotnictví je chybějící koncepce a nedostatek financí.

H5: Vzhledem k celkovým výdajům na zdravotnictví občané nemají k dispozici adekvátní služby.

Lidská práva se vztahem ke zdraví a občanská participace

Posledním velkým tématem, který byl s odborníky diskutován, jsou lidská práva se vztahem ke zdraví a s tím spojená participace. Názory odborníků jsou zde velmi rozmanité, ale každý z nich zde nějaký problém definuje.

Dr. Ing. Mrázek považuje za největší problém skutečnost, že lidská práva jsou ve zdravotnictví porušována. Již zavedení regulačních poplatků vidí jako porušení základního práva na bezplatnou zdravotní péči, jak garantuje Listina základních práv a svobod. Upozorňuje, že toto právo je v listině formulováno poněkud nešťastně a umožňuje tak jeho výklad různým způsobem. Konkrétně část „... za podmínek, které stanoví zákon“ [LZPS]. Tento dodatek umožňuje přizpůsobovat si interpretaci daného článku podle aktuálních zájmů a potřeb politiků.

Podle ostatních expertů občas dochází k porušování lidských práv, ale jedná se o specifické situace. Podle MUDr. Janatové dochází nezřídka z diskriminaci určitých specifických skupin, jako jsou Romové, bezdomovci či starší a velmi obézní lidé. „Doktoři se občas vymlouvají na věk pacienta, například starým lidem říkají – co byste chtěl, v tomhle věku. Ale tak by to samozřejmě být nemělo.“ Doktorka Nejedlá poukazuje na špatný stav následné péče, jejíž agenda se nikomu nehodí i vzhledem k tomu, že se jedná o velmi nákladnou záležitost.

Podle všech odborníků je hlavní příčinou porušování práv informovanost – jak občanů o svých/lidských právech, tak lékařů a odborníků o právech pacientů. Přestože existuje množství propagačních materiálů²⁵, nejsou dostatečně distribuovány a většina občanů či pacientů se k nim nedostane a ani o jejich existenci netuší. Gramotnost pacientů je tak nízká a jak podotýká doktorka Janatová, je otázka, jak jsou dostupné informace

²⁵ Například brožurka Rádce pacienta, obsahující soupis některých práv pacienta.

kvalitní, pokud již dostupné vůbec jsou. S tím je spojená i možnost participace – podle odborníků v České republice není mnoho občanů, kteří by se aktivně podíleli na zdravotnictví a nebyli z oboru. Jednou z hlavních příčin je podle nich opět nízká informovanost jak o možnostech zapojení, tak celkově o fungování zdravotnictví.

Jak z rozhovorů s experty, tak z výsledků zjištění sekundárních dat je patrné, že zdravotnictví jasně neodpovídá očekávání občanů, jelikož jak experti, tak občané z výsledků výzkumů veřejného mínění přesně definovali množství problémů, které současný systém má.

H6: Občané-pacienti mají nízké povědomí o svých lidských právech.

H7: Občané neparticipují na tvorbě zdravotnictví.

H8: Současné nastavení zdravotního systému neodpovídá požadavkům občanů.

6.2 Názory občanů podle dotazníkového šetření a polostrukturovaných rozhovorů

V kvantitativním dotazníkovém šetření byly ověřovány následující hypotézy, které vznikly z předchozího výzkumu:

- H1: Nastavení zdravotnictví je na dobré cestě.
- H2: Pojištění v České republice má být poskytováno více pojišťovnami.
- H3: Veřejné zdraví je důležitá součást zdravotnictví, která je státem opomíjena.
- H4: Největším nedostatkem ve zdravotnictví je chybějící koncepce a nedostatek financí.
- H5: Vzhledem k celkovým výdajům na zdravotnictví občané nemají k dispozici adekvátní služby
- H6: Občané-pacienti mají nízké povědomí o svých lidských právech.
- H7: Občané neparticipují na tvorbě zdravotnictví.
- H8: Současné nastavení zdravotního systému neodpovídá požadavkům občanů.

Do dotazníku byly zařazeny i další otázky, které mají ke zdravotnictví vztah a díky kterým se dokresluje vztah jedince ke zdravotnímu systému. Tyto otázky jsou samostatně zpracovány v závěru této části.

6.2.1 Směřování zdravotnictví (H1)

H1: Nastavení zdravotní péče je na dobré cestě.

Občané byli dotázáni také na celkovou vizi zdravotní péče, kam směřuje – zda je jeho současná podoba na dobré, nebo špatné cestě. Nikdo z dotázaných se nedomnívá, že by zdravotní péče byla na velmi dobré cestě. Nejčastěji volenou možností je střední hodnota, kdy se občané nedomnívají, že by zdravotní péče bylo na dobré cestě, ale ani na špatné. Podle 34% občanů není na dobré cestě a pro 10% se jedná dokonce o neudržitelný stav.

Nepřekvapí, že nejvíce spokojeni jsou ti, kteří se zároveň domnívají, že zdravotnictví nepotřebuje žádné změny (36%) a naopak ti, podle nichž by se mělo zdravotnictví téměř celé změnit, považují zdravotní péči nejčastěji za neudržitelnou (38%, více viz příloha č. 10) – data v příloze č. 12.

Hypotéza č. 1, podle které je zdravotní péče na dobré cestě, se tedy podle výsledků dotazníkového šetření nepotvrzuje.

Graf č. 5



Také z výsledků rozhovorů můžeme potvrdit, že občané se nedomnívají, že by zdravotní péče byla nastavena správným směrem (pouze jedna dotázaná si myslí, že je na dobré cestě). Stav zdravotní péče zároveň nehodnotí jako nijak katastrofický, ale je podle nich

nutné na něm zapracovat. Co hlavně současnému nastavení vytýkali, je jeho nekonceptní řešení: „*Tady chybí nějaká koncepce, není to promyšlený systém, kde by nejdřív byla nějaká prevence, pak teprve léčba, nemocnice a tak a nakonec následná péče a rehabilitační péče. Takový proces tu nefunguje.*“ – R2. Chybí zde nastavení navazujících služeb, které by začínaly již prevencí (o prevenci více kapitole 6.2.2).

6.2.2 Systém pojišťovnictví (H2)

H2: Pojištění v České republice má být poskytováno více pojišťovnami

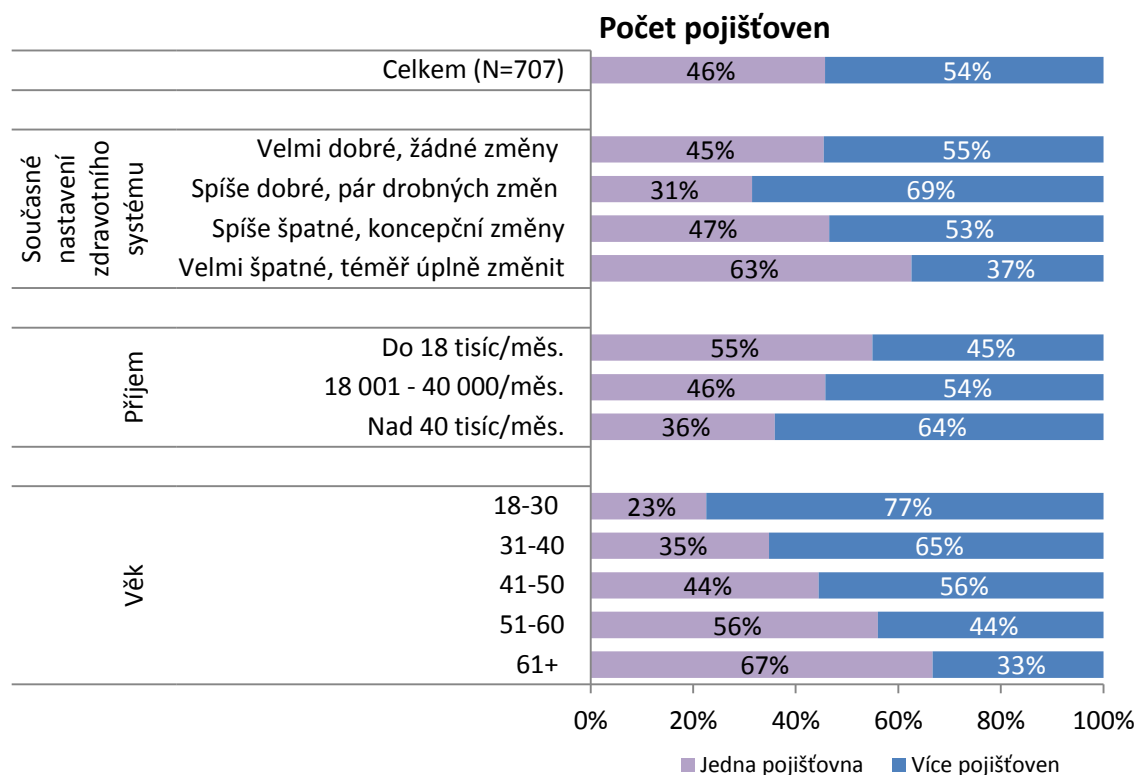
Funkční součástí zdravotního systému v ČR je veřejné zdravotní pojištění. V současné době je zdravotní pojištění poskytováno několika veřejnými zdravotními pojišťovnami, ale alternativní možností je i systém jedné pojišťovny. Občanům tedy byla na toto téma položena otázka – zda máme mít jednu, nebo více pojišťoven. Možná překvapivým zjištěním je, že výsledky jsou velmi vyrovnané – 46% dotázaných je pro systém jedné pojišťovny, 54% dotázaných je pro zachování systému s více pojišťovnami.

Základní výsledek byl protříděn několika dalšími proměnnými, díky kterým je lépe vidět jaké typy respondentů volí kterou možnost. Systém s jednou pojišťovnou statisticky významně²⁶ volili častěji lidé nad šedesát let a ti, jenž hodnotí zdravotní systém jako velmi špatný. Možnost více pojišťoven, tedy současný model, volili statisticky významně častěji občané ve věku 18 – 40 let a ti, podle kterých je současný zdravotní systém spíše dobrý. Data v příloze č. 13.

Druhou hypotézu můžeme potvrdit – více občanů je pro poskytování pojištění více pojišťovnami, ovšem nejedná se o většinu dotázaných a výsledky jsou velmi vyrovnané.

²⁶ Významně čtenější na hladině 0,01%

Graf č. 6



Nejčastěji zmiňovaným důvodem pro výběr více pojišťoven je možnost výběru a princip konkurence. Díky konkurenčnímu prostředí se občané domnívají, že se jednotlivé pojišťovny budou snažit vytvořit co nejlepší a nejvýhodnější podmínky, aby přilákaly nové pojištěnce a udržely si ty stávající. Naopak pro změnu systému a ponechání pouze jedné pojišťovny hraje podle občanů skutečnost, že provoz více pojišťoven je nákladný a neúčelný: „*Spíše ta jedna... provoz je zbytečně nákladný a přitom u každé máte to samé.*“ – R7. Pojišťovny nenabízí natolik rozdílné produkty, aby to občany zaujalo. Vzhledem k tomu, že je pojištění ze zákona povinné, občané k tomu většinou přistupují jako k nutnosti a ne jako k něčemu, co je pro ně zajímavé a z čeho si chtějí vybírat.

Obecně se ale jedná o téma, které není pro občany příliš důležité, a proto o této problematice nemají mnoho informací a nedokáží snadno identifikovat důvody pro a proti systému jedné či více pojišťoven.

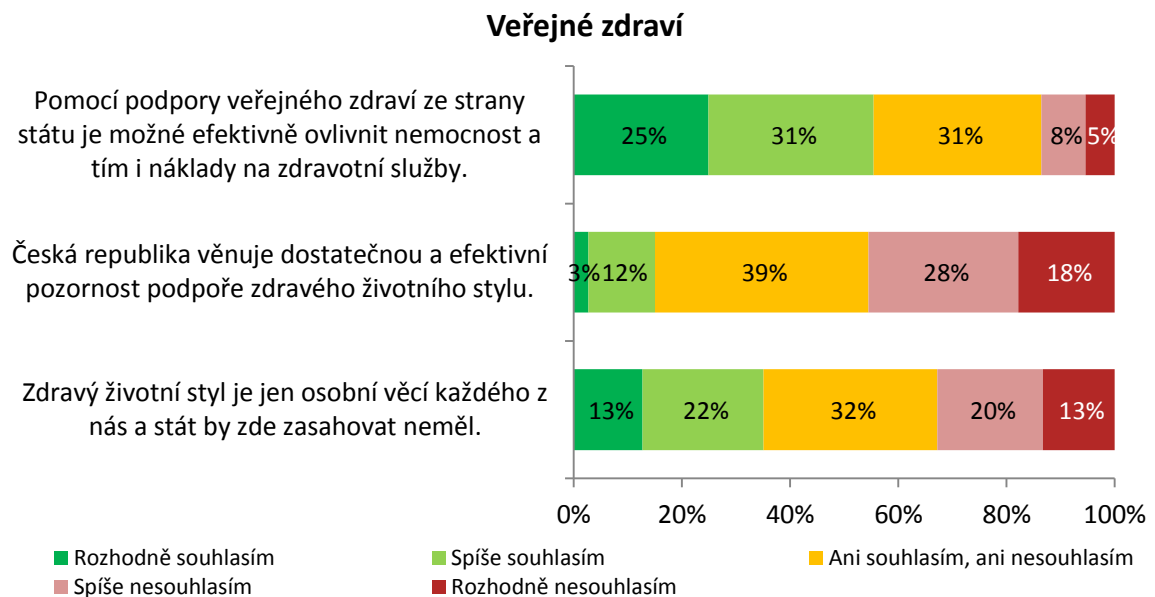
6.2.3 Veřejné zdraví (H3)

H3: Veřejné zdraví je důležitá součást zdravotnictví, která je státem opomíjena

Smýšlení o veřejném zdraví bylo zjišťováno pomocí několika výroků, u kterých respondenti vyjadřovali míru souhlasu. První výrok byl zaměřen na význam veřejného zdraví, zda je s jeho pomocí možné snižovat nemocnost a tím i náklady na zdravotní péči. S tímto výrokem souhlasí přes 50% dotázaných (rozhodně + velmi). Naopak nesouhlasí s ním 13% dotázaných a ostatní k němu zaujímají neutrální postoj. Druhý výrok zjišťoval názor občanů na to, zda stát věnuje podpoře zdravého životního stylu (která je součástí podpory veřejného zdraví) dostatečnou a efektivní pozornost. 46% dotázaných s výrokem nesouhlasí a tudíž se domnívá, že pozornost je nedostatečná či neefektivní. O opaku je přesvědčeno 21% a zbytek opět zaujímá neutrální postoj. Poslední výrok se týkal zodpovědnosti za zdravotní stav – zda se jedná pouze o soukromou věc každého z nás, nebo by se i zde měl stát nějakým způsobem angažovat. Zde jsou odpovědi velmi podobné – 35% dotázaných se domnívá, že se jedná o soukromou záležitost, 33% s tím nesouhlasí, čili stát by se nějakým způsobem angažovat měl a 32% k tomu zaujalo neutrální postoj.

Hypotézu č. 3, tedy, že veřejné zdraví je důležitá součást zdravotnictví, která je státem opomíjena, můžeme potvrdit.

Graf č. 7



K potvrzení této hypotézy nám slouží i názory občanů, zjištěné z rozhovorů. **Z rozhovorů vyplynulo především to, že ne všichni občané vědí, co pojem veřejné zdraví zahrnuje.** Každý si pod ním představí něco trochu jiného, ale obecně se většinou jednalo o příklady prevence. Všichni respondenti v rozhovorech identifikovali několik dílčích problémů, do kterých by se podle nich stát měl rozhodně angažovat – téměř podle všech by měla být pozornost věnována především dětem a mladistvým. Zmíněna byla **prevence proti obezitě**, prostřednictvím zvýšení hodinových dotací na tělocvik, zrušením jídelních automatů ve školách i prostřednictvím státních finančních dotací na sportovní kroužky a aktivity. „*Stát by měl rozhodně dávat více peněz na sport pro děti... Vezměte si, že u nás dostáváme na fotbalové družstvo mládeže 500Kč, to je směšný, za to nezaplatíme ani rozhodčí.*“ – R2. Jiná respondentka se domnívá, že stát by měl věnovat pozornost prevenci v jakémkoli věku, nejlépe prostřednictvím celorepublikových kampaní. „*Jasně ale je, že se nejedná o něco rychlého, ale je to dlouhodobý proces – pokud se stát začne nyní věnovat prevenci a i podpoře veřejného zdraví víc, než doposud, pak se to podle mě projeví až za několik let. To prostě nebude vidět hned.*“ – R1. **Zajímavé informace jsou od jedné z respondentek, která je učitelkou v mateřské škole.** Mateřská škola nemá povinně zařadit do svých vzdělávacích plánů zdravotní vzdělávání dětí. Záleží na každé školce, jestli si toto téma do plánu zařadí sama. Soukromé subjekty (různé spolky i jednotlivci) nabízejí informační programy pro děti o zdraví a prevenci, ale jak respondentka podotýká, valná část z nich to dělá zadarmo. Finanční podporu od státu většinou nedostávají. Z jiného výzkumu a jeho teoretického poznatkového souhrnu, realizovaného na UK FSV, Institutu sociologických studií, na téma obezity a preventivních aktivit na úrovni předškolní výchovy vyplynulo, že v současných podmínkách české společnosti sehrává při utváření vzorců stravování dominantní vliv neregulovaná televizní reklama na potraviny s vysokým obsahem cukru, směřovaná na děti, sledující televizní pořady. Jde o naprosté selhání státu, neboť i zde podobně jako při problému kouření spěje mezinárodní diskurs pomalu k zákazu reklamy na potraviny u dětí [Weinzbergerová 2013].

Respondenti byli také dotazováni na to, co je podle nich důležitější, zda věnovat se a investovat peníze do léčby pacientů, nebo se zaměřit na podporu veřejného zdraví. Pouze dva respondenti se domnívají, že by se mělo v první řadě zaměřit na prevenci a tím se i sníží počty nemocných a sníží se tak celkové náklady na léčbu. Ostatní prevenci považují za důležitou, určitě se podle nich nesmí zanedbat, ale léčit nemocné je podle nich nejdůležitější.

Problém s drahými léky je charakteristický pro pacienty, kteří nejsou zdravotně v pořádku. „*Tak si vemte, že já беру tolik prášků, že na doplatcích to dělá 1000Kč...každý tři měsíce. To je hrozný.*“ - R6. V současné době se doplácí nejen na volně prodejné medikamenty, ale i na léky, které jsou na předpis. **Někteří občané z toho viní velký vliv farmaceutických firem na lékovou politiku:** „*Doktor vám předepíše nějaký prášek, ale vy na stejně v lékárně doplatíte třeba i víc než stovku... A za to můžou všichni ti výrobci léků, kteří se někde potají domlouvají s těma doktorama.*“ – R2

Dotazování občané příliš nevidí do podrobností problematiky financování, kde jsou konkrétní nedostatky, spíše obecně hodnotí zdravotnictví jako celek. Jejich názor je často formován informacemi z médií – nízké platy lékařů, nedostatek personálu, nutnost zavést poplatky, zavírání nemocnic a podobně. Z toho všeho usuzují, že je financí nedostatek. V rozhovorech několik respondentů uvedlo **problematiku zavírání nemocnic**, kterou právě s nedostatkem financí spojují: „*Velkou chybou je, že zavírají některé nemocnice, hlavně pohotovosti a porodnice a ty jsou pak docela daleko.*“ – R5. „*Problém je, že se zavírají malé nemocnice...třeba u nás (Nymburk, pozn. aut.) máte sice pohotovost, ale ta má taky často zavřeno a další je až v Kolíně.*“ R3. Další problém, který spojují s nedostatkem financí, je nedostatek zdravotního personálu.

Se zdravotním personálem se pojí další často zmiňovaný problém nejen v kvantitativní části, ale i v rozhovorech s občany. Dotázaní sami, ale často také jejich okolí, se setkávají s **neprofesionálním přístupem ze strany zdravotníků**, nejčastěji pak zdravotních sester. „*To už jsem slyšela několikrát, že sestra byla nepříjemná....Ale podle mě záleží i na doporučení – moje máma je doktorka a kamkoli mi napsala doporučení, tak tam na mě byli milí.... Bez doporučení je to ale často děs.... Sestry jsou často přepracovaný a ani se s tebou moc nebaví a nic ti neřeknou.*“ – R2. Některé způsoby chování hraničí, či jsou dokonce za hranicí dodržení základních práv vůči pacientům. „*Porušuje se právo na intimitu a na soukromí, kdy v těch nemocnicích vás snad neberou ani jako člověka.*“ - R3 Respondentům se o konkrétních příkladech nehovoří snadno, jelikož se jedná o velmi citlivé téma. Respondent č. 6 se ale setkal i s tím, že jej lékař odmítl vyšetřit a prohlédnout z toho důvodu, že je obézní. „*Od stolu mi řekl, že ať přijdu, až shodím třicet kilo a ani se na mě nepodíval...vícekrát jsem u něj nebyl.*“ R6

Můžeme vidět, že občané dokáží identifikovat celou řadu problémů, které na zdravotnictví vidí a díky nimž nejsou se zdravotním systémem a poskytovanými zdravotními službami spokojeni.

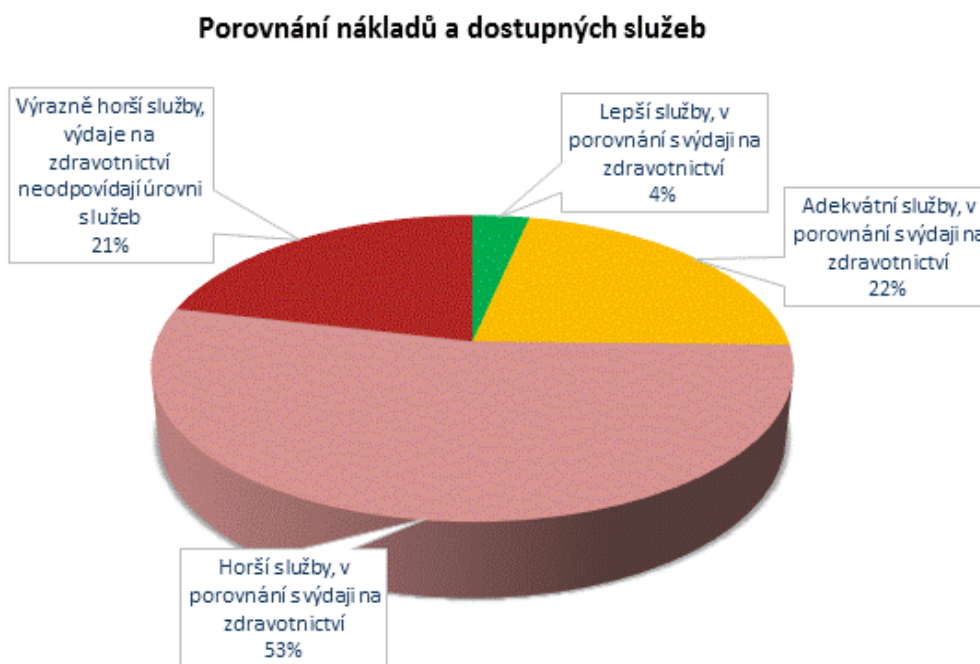
6.2.5 „Value for money“(H5)

H5: Vzhledem k celkovým výdajům na zdravotnictví občané nemají k dispozici adekvátní služby

Koncept value for money, neboli zda za investované peníze jsou k dispozici odpovídající služby, byl zkoumán otázkou na porovnání výdajů do zdravotnictví s dostupnými zdravotními službami. Z grafu vidíme, že většina (74%) občanů se domnívá, že mezi výdaji a službami existuje velký nepoměr směrem k dostupným službám. Konkrétně považují dostupné služby za horší a výrazně horší, neodpovídající výdajům na zdravotnictví. Jako adekvátní vidí služby 22% občanů a pouze 4% se domnívají, že dostupné služby jsou lepší, v porovnání s náklady.

Hypotézu č. 5, tedy že vzhledem k celkovým výdajům na zdravotnictví občané nemají k dispozici adekvátní služby, můžeme potvrdit.

Graf č. 8



Někteří občané to zdůvodňují špatným hospodařením v rámci celého zdravotnictví, kdy do zdravotnictví není investováno nijak výrazně málo peněz, ale špatným hospodařením neputují tam, kam by měly. „*Nejhorší jsou ty nepromyšlené nákupy drahého vybavení... To se kupuje za šílený sumy, přitom v televizi vidíte, že se to dá sehnat i levněji.*“

– R4. Najdou se i tací, které vinu dávají korupci: „*I zdravotnictví je korupce plné, a to pak nikdy nemůžeme mít dobré služby, když se peníze dávají do kapes.*“ – R4

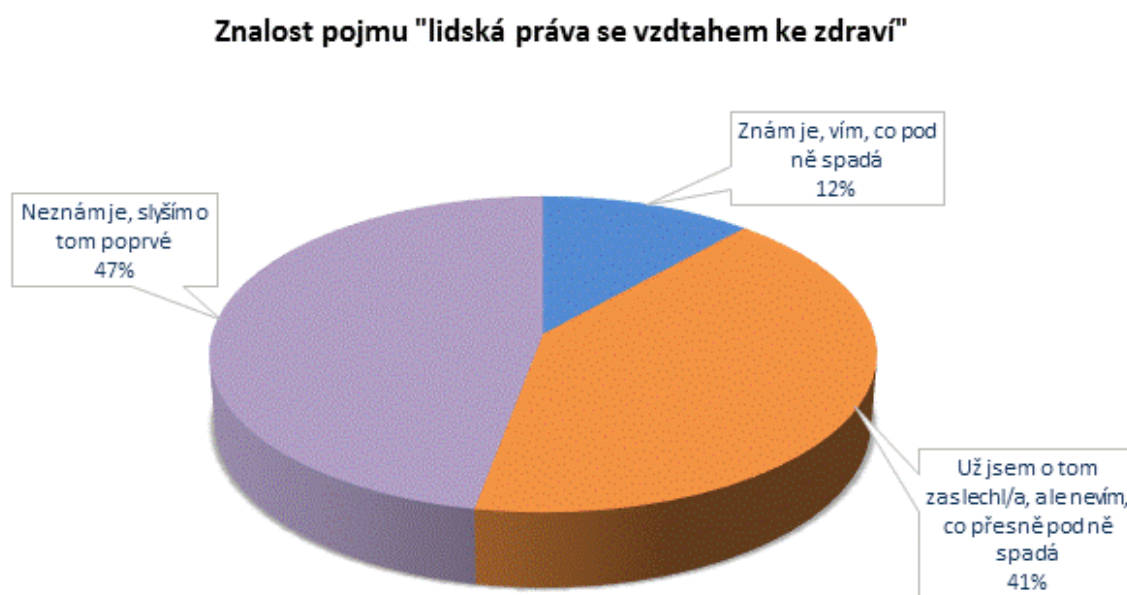
6.2.6 Lidská práva se vztahem ke zdraví (H7)

H6: Občané-pacienti mají nízké povědomí o svých lidských právech

Lidská práva se vztahem ke zdraví byla zkoumána prostřednictvím dvou otázek – první otázka zjišťovala **znalost samotného pojmu „lidská práva se vztahem ke zdraví“**, druhá otázka zjišťovala **znalost zákonů a koncepcí, spjatých se zdravotnictvím**. Cílem bylo zjistit, jaké mají občané povědomí o svých právech.

Znalost pojmu „lidská práva se vztahem ke zdraví“ není příliš vysoká – jak vidíme na grafu, pouze **12% pojem zná a dokonce ví, co pod toto souhrnné označení spadá**. 41% občanů má mlhavou představu, ale konkrétně neví. Dalších 47% osob pak přiznalo, že o lidských právech se vztahem ke zdraví slyší poprvé. Při protřídění dalšími proměnnými nebyly nalezeny statistické rozdíly v odpovědích. Data v příloze č. 14.

Graf č. 9

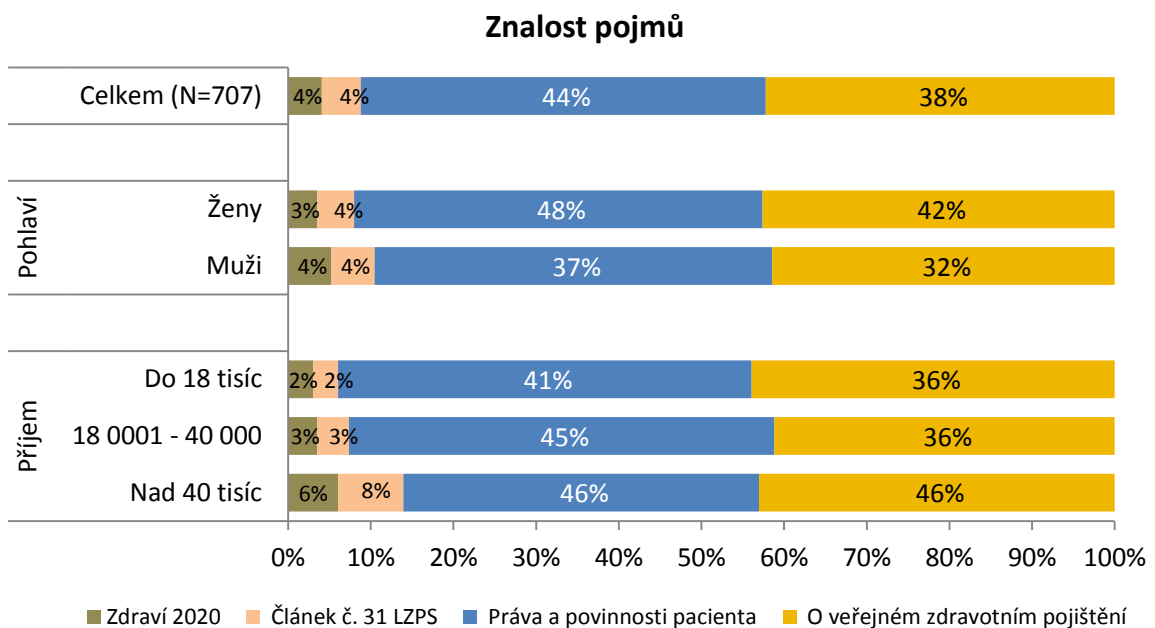


Druhá otázka zjišťovala konkrétní znalost – konceptu Zdraví 2020, článku 31 LZPS, souboru práv a povinností pacientů a Zákona o veřejném zdravotním pojištění. První dva zmíněné pojmy – **koncepte Zdraví 2020 i článek č. 31 LZPS zná velmi málo osob, pouze kolem 4%**. Lehce větší znalost těchto pojmů je u občanů s příjmy nad 40 tisíc korun.

Naopak **znalost druhých dvou pojmů – práv a povinností pacienta a Zákona o veřejném zdravotním pojištění, je okolo 40% procent.** Z grafu vidíme i rozdíly ve znalosti mezi pohlavím a příjmovými segmenty.

Procento dotázaných, které nezaškrtnulo ani jednu možnost, tedy těch, jenž neznají ani jeden pojem, bylo vypočítáno na 49%. Vzhledem k této skutečnosti a k tomu, že ani jeden z pojmů, vážících se k lidským právům se vztahem ke zdraví, nezná alespoň polovina občanů, přijímáme hypotézu č. 6. Občané – pacienti mají nízké povědomí o svých právech se vztahem ke zdraví.

Graf č. 10



Nejvyšší znalost mají občané o právech a povinnostech pacienta, což je důsledkem toho, že tyto informace jsou nejvíce distribuovány. Každý občan, který se ocitne v nemocnici, je obdržel v písemné formě od zdravotního personálu. A jak říkají sami občané, v nemocnici mají většinou čas na to, aby si obdržené informace prostudovali. „*Práva a povinnosti pacienta znám, to vám vždycky dají v nemocnici.*“ R6. Zákon o veřejném zdravotním pojištění většinou jako takový neznají, ale snadno odvodí, o co se jedná.

Obecně se dotázaní domnívají, že by tyto informace našli na internetu, ale prvotní impuls – tedy informaci o tom, že něco takového vůbec existuje, by jim měl poskytnout stát nebo subjekt, kterého se to bezprostředně týká. „*Tak kdybych věděla, že něco takového vůbec je, tak si to třeba i najdu – to já si zase ty informace hledám, abych byla v obraze. Třeba u VZP se koukám na jejich stránky, co mají za novinky a tak. To oni sami to nijak nepropagují, když jsou nějaké novinky, to si to člověk musí najít sám.*“ - R 3. Zároveň

se totiž domnívají, že **znalost zkoumaných pojmů je poměrně důležitá a každý by měl mít alespoň letmou představu, o co se jedná**. Dokládá to i skutečnost, že se všichni dotazovaní na ně doptávali a po krátkém vysvětlení většina z nich vyjádřila zahanbení nad neznalostí takto základních věcí ze zdravotnictví. „*Určitě je důležité alespoň vědět, co ty věci znamenají...ono to hlavně není nikde propagováno, takže člověk když se o to víc sám nezajímá, tak to nemá šanci moc zjistit.*“ – R1. Dva z respondentů uvedli, že by informace o jejich právech, povinnostech ale i novinkách ve zdravotnictví mohly být na různých letáčcích u lékaře, nebo by mohly být promítány na obrazovkách, které se objevují v některých čekárnách a nejčastěji v nich běží reklamy, „*Dřív na těch letáčcích byly i zajímavé informace, ale teď se tam dovíte jen, co si máte zaručeně koupit za další prášky.*“ – R4. Další navrhovanou formou jsou přímo články v novinách.

Hypotéza č. 6 ohledně nízké úrovně znalosti lidských práv se vztahem ke zdraví byla v dotazníkovém šetření nejen potvrzena, ale vyšlo najevo, že v této oblasti existuje vysoká míra negramotnosti, která současně představuje jeden ze základních kamenů informační asymetrie vztahu občanů k poskytovatelům a zdravotním pojišťovnám.

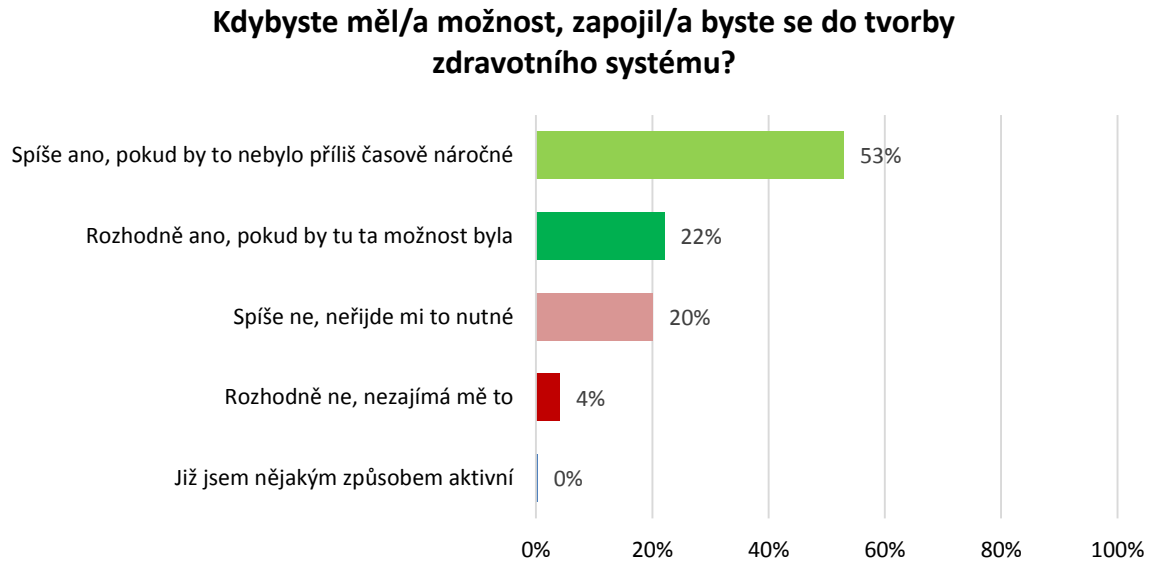
6.2.7 Participace na tvorbě zdravotnictví (H7)

H7: Občané neparticipují na tvorbě zdravotnictví.

U občanů byla zjišťována také jejich aktivita, co se týče tvorby zdravotnictví a v případě že aktivní nejsou, tak zda by měli zájem se nějakým způsobem zapojit a za jakých podmínek. Vzhledem k předpokladu nízké participace (z předešlých rozhovorů) byla položena jedna otázka, zda by se lidé zapojili do tvorby zdravotnictví, kdyby zde byla ta možnost. Z grafu vidíme, že většina dotázaných občanů (75%) by se ráda do tvorby zdravotnictví zapojila, pokud by k tomu měli možnost a způsob zapojení by nebyl příliš náročný na čas. Pouze dva respondenti odpověděli, že jsou již nějakým způsobem aktivní, procentuální zastoupení ve zkoumaném vzorku je tedy téměř nulové.

Hypotézu č. 7 můžeme také přijmout – občané na tvorbě zdravotního systému neparticipují, ale pokud by zde byla schůdná možnost, tak by se rádi zapojili.

Graf č. 11



Jak je vidět z výsledků v grafu, občané by se nejčastěji rádi zapojili, pokud by to nebylo příliš časově náročné. Tento výsledek je logický, jelikož většina občanů má vlastní zaměstnání a rodinu a podílet se na dalších činnostech musí se všemi povinnostmi skloubit. V průběhu rozhovorů bylo proto zjišťováno, jakými způsoby by jim participace vyhovovala nejvíce. Mezi respondenty se objevovaly různé možnosti – oba důchodci uvedli, že by ocenili nějakou formu setkávání se a debaty nad zamýšlenými novinkami. Mladší respondenti by zase ocenili něco méně časově náročného, například informace o novinkách v novinách či na internetu, kde by se k tomu mohli vyjádřit a třeba i navrhnout drobné úpravy. „*Hlavně by bylo dobré, aby to nedělali jen politici, ale odborníci.*“ – R1. „*Ono by bylo vůbec dobrý, kdyby obyčejný lidi se k tomu mohli aspoň vyjádřit, protože často se udělá nějaká novinka a pak se zjistí, že to vlastně nefunguje. A třeba by se na to tak přišlo dřív.*“ – R. Pouze jedna z respondentek uvedla, že by se toho pravděpodobně nezúčastnila, ale všichni ostatní projevíli vůli nějakým způsobem se zapojit. Z rozhovorů také vyplynulo, že by občané ocenili více informací o připravovaných změnách a novinkách.

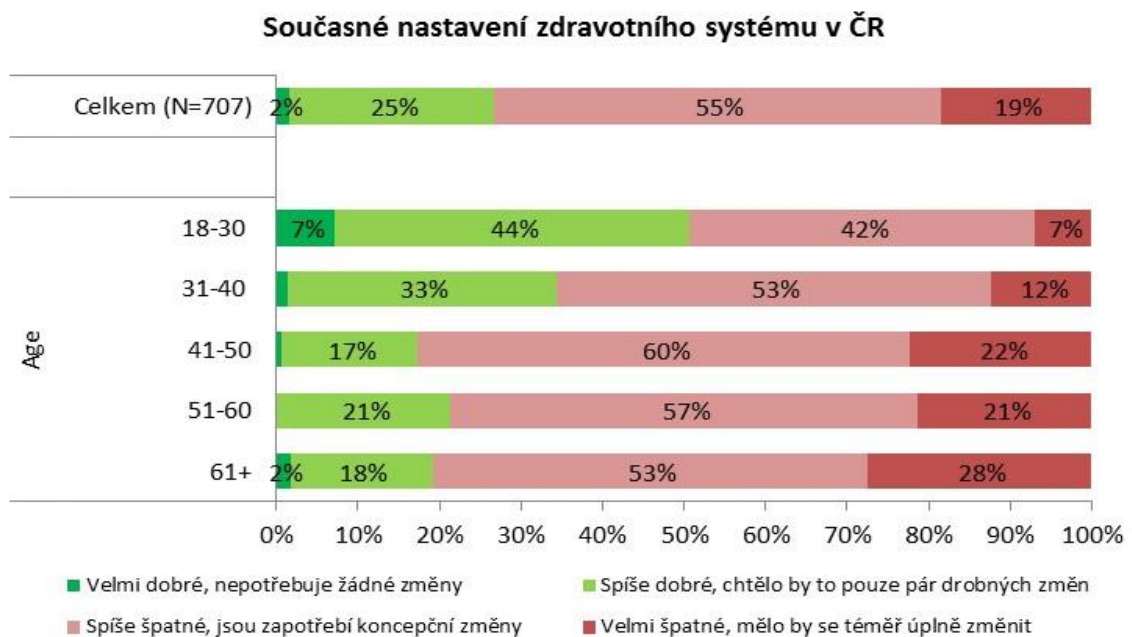
6.2.8 Současné nastavení zdravotního systému (H8)

H8: Současné nastavení zdravotního systému neodpovídá požadavkům občanů.

Poslední otázka se týkala zhodnocení současného stavu zdravotnictví, podle výše potřebných změn. Pouze podle 2% dotázaných není potřeba žádných změn. Ostatní občané si myslí, že systém potřebuje minimálně několik drobných úprav. **Nejčastěji se občané domnívají, že zdravotní systém je spíše špatný a jsou zapotřebí větší, koncepční změny (55%).** 19% dotázaných se dokonce domnívá, že by se zdravotní systém měl změnit téměř úplně, čili jsou s ním velice nespokojeni. Na následujícím grafu č. 19 je vidět jak občané hodnotí zdravotní systém podle věku. Výsledky odpovídají výsledkům grafu č. 5 – opět čím jsou lidé starší, tím méně jsou se zdravotním systémem spokojeni. Data v příloze č. 15.

Hypotéza č. 8 se tedy také potvrdila – současné nastavení zdravotního systému neodpovídá požadavkům občanů. Což je patrné i z předchozích zjištění.

Graf č. 12



Kromě již zmíněných nedostatků a problémů se několik respondentů shodlo také na tom, že hlavním problémem českého zdravotnictví je to, že se zde léčí pouze následky, tedy již vzniklé zdravotní potíže, a nejsou zjišťovány příčiny těchto obtíží. Komentář jedné z respondentek je velmi vystihující: „Znáte ten vtip... jsou dva nemocní, se stejnými projevy nemoci a se stejnými obtížemi. Oba jdou stejně k lékaři. První z nich jde první den k lékaři,

druhý den na speciální vyšetření, do dvou dnů jdou výsledky, pátý den jde na předoperační vyšetření a šestý den je odoperován. Druhý z nich jde první den k lékaři, za měsíc ke specialistovi na speciální vyšetření, za čtrnáct dní jsou výsledky, za další měsíc jde na předoperační vyšetření a pak je odoperován. Ten první je pes a druhý jeho pán.“ – R3.

6. 2. 9 Další výsledky z kvantitativního šetření

Na předchozích stránkách byly uvedeny pouze výsledky odpovědí na otázky spojené s definovanými hypotézami. V dotazníku ale zbyl prostor ještě pro několik doplňujících otázek, jejichž nejzajímavější zjištění jsou uvedena v následující části. Tyto další otázky byly rozebírány i v rámci rozhovorů s pacienty, komentáře jsou vždy doplněny i o tyto výsledky.

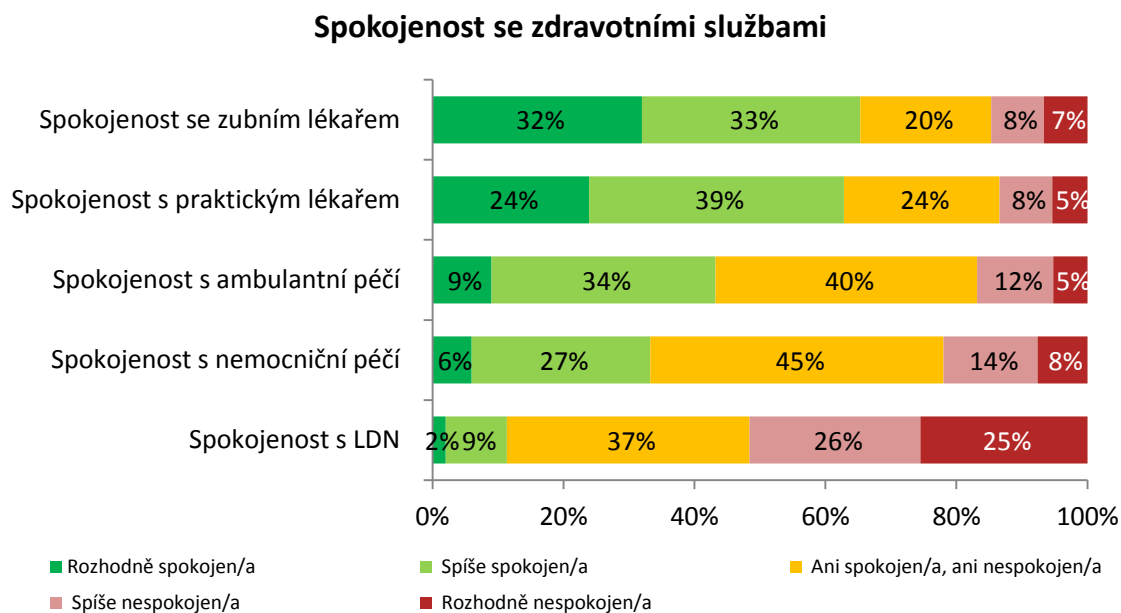
Spokojenost s jednotlivými druhy služeb

U respondentů bylo zjišťováno, jak jsou spokojeni s praktickým lékařem, zubařem, ambulantními službami, nemocniční péčí a LDN neboli péčí o dlouhodobě nemocné. Odpovědi jsou znázorněny v následujícím shrnujícím grafu.

Nejvíce jsou občané spokojeni se zubním lékařem (65% spokojených občanů) a s praktickým lékařem (63% spokojených občanů). Naopak nejmenší spokojenost je s péčí o dlouhodobě nemocné (51% nespokojených občanů). U nemocniční péče a ambulantních specialistů je nejvyšší procento u střední kategorie, tedy občané s nimi nejsou přímo spokojeni, ale ani nespokojeni.

Po protřídění třídicími proměnnými se ukázalo, že jsou vždy statisticky významně nejvíce nespokojeni ti, jenž jsou obecně nespokojeni s nastavením zdravotního systému v České republice. S péčí o dlouhodobě nemocné jsou statisticky významně častěji nespokojené ženy (30% žen a 18% mužů) a osoby nad 61 let (39%). Data v příloze č. 16.

Graf č. 13



Podle rozhovorů pramení nespokojenost ze dvou hlavních důvodů – dlouhých čekacích dob či front u lékařů a z přístupu personálu k pacientům. Především u praktických lékařů si občané stěžují na dlouhé čekací doby, přestože jsou často objednaní. Se samotným praktickým lékařem jsou přitom spokojeni, ale dlouhé čekání je často neúnosné. „*To je vždycky na celý půlden – jsem objednaná na devátou, ale na řadu jdu nejdříve ve 12 a to si ještě doktorka vyřizuje telefony i během toho, co jsem v ordinaci.*“ – R6. Zaměstnané osoby si navíc stěžují na ordinační hodiny většiny lékařů, které se často překrývají s jejich pracovní dobou, pokud si chtějí zajít k lékaři, pak si musí vzít alespoň půldenní volno. „*Ordinační doba je od 7 do 13, ale to ještě ani ne každý den – dvakrát do týdne má jen do 12.*“ - R3. Neochotný personál je naopak spojen s ambulantní léčbou, pobytem v nemocnici i v zařízeních pro léčbu dlouhodobě nemocných. Nejvíce vlastních negativních zkušeností mají respondenti právě s pohotovostmi, kde je personál často nepřijemný a někdy jeho chování hraničí s porušením práv. „*Moji sestru jednou odmítla sanitka vzít do nemocnice, když ji bolelo břicho – byli hrozně nepřijemní, že je otravujeme jen s menstruačními bolestmi, přitom měla akutní zauzlení střev...No kdybychom ji tenkrát do nemocnice neodvezli sami, tak to mohlo dopadnout fakt špatně.*“ – R5. Co se týče služeb o dlouhodobě nemocné, zde vidí problém především v nedostatečné kapacitě personálu, který by se mohl klientům intenzivně věnovat. „*LDN – tam se chodí na dožití....K těm lidem se nechovají špatně, ale prostě na ně nemají čas...Většinou tam celý dny proleží, občas nějaké cvičení, ale jinak nic.*“ – R3

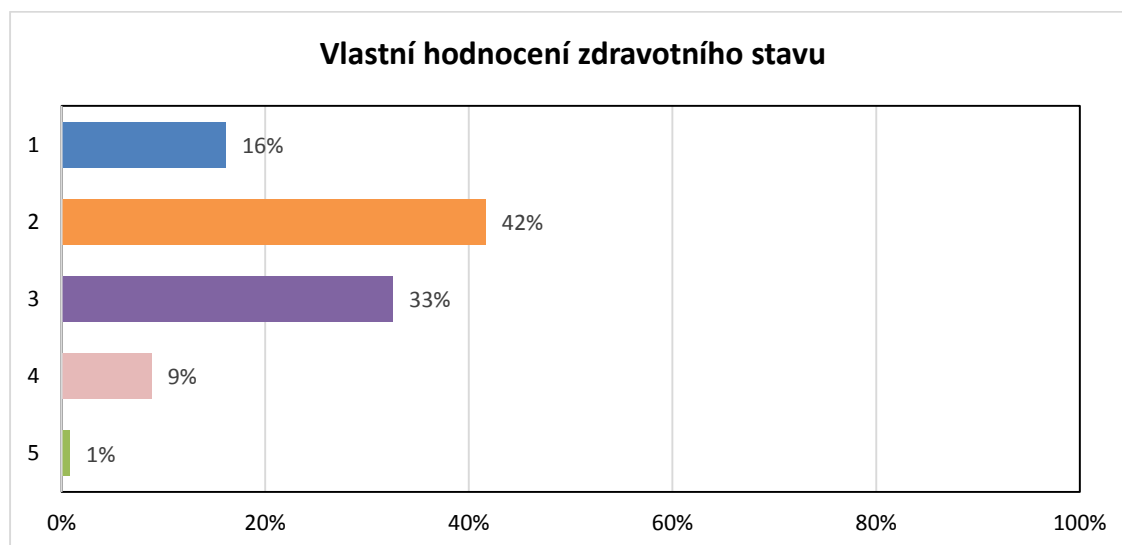
Pro občany není důležitá pouze sama osoba lékaře, ale také aspekty, které jsou s návštěvou a využíváním zdravotních služeb spojeny.

Zdravotní stav obyvatel

Občané byli také dotázáni na to, jak hodnotí svůj zdravotní stav, na škále od 1 do 5, kdy jednička je nejlepší a 5 nejhorší. Nejedná se o klíčové zjištění pro tuto práci, ale díky jeho výsledkům je možné dotvořit celkový obraz problému. Hodnocení zdravotního stavu je čistě subjektivní, tak jak jej vnímají sami respondenti, nejedná se o objektivní vyjádření zdravotního stavu populace.

Jak z grafu vidíme, podle subjektivního hodnocení není zdravotní stav populace nejlepší, ale ani nejhorší – pohybuje se mezi středními hodnotami. Téměř polovina dotázaných svůj zdravotní stav hodnotí dvojkou, což lze považovat za dobrý výsledek. Bohužel procento osob, které svůj zdravotní stav ohodnotili trojkou a čtyřkou, tedy svůj zdravotní stav nepovažují za moc dobrý, není zanedbatelné.

Graf č. 14



Hodnocení vývojových etap zdravotnictví

Podle rozhovorů a výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že občané byli nejvíce spokojeni s obdobím před rokem 1990 a se současným obdobím. Na zdravotnictví před rokem 1990 oceňovali systém obvodních lékařů, kteří znali anamnézu celé rodiny a lépe tak podchytávali obtíže, které se přenášely v rodině mezigeneračně. **Také nebyla tak častá nutnost finanční spoluúčasti**, jako je tomu nyní a podle některých **byl snazší přístup**

ke specialistům: „*jste mohl jít ke specialistovi rovnou a nemusel se složitě objednávat na tři měsíce dopředu, jako to je teď. Dneska se na všechno hrozně čeká a kdo na to má mít čas.*“ – R2. Další zmíněnou výhodou období před rokem 1990 je **preventivní činnost:** „*Podle mě je na zdravotnictví vlastně nejdůležitější osvěta a prevence a ta v současné době vůbec nefunguje. Nejlíp fungovala před revolucí, takže to hodnotím jako nejlepší období.*“ – R1. Na současném období oceňují především **velmi vysoký stupeň znalostí v oblasti medicíny, lepší vybavenost nemocnic a obecně lepší technologii.** Tato pozitiva podle nich nejsou dána pouze tím, že vývoj jde dopředu, ale i tím, že máme jako stát lepší přístup k informacím a k novým technologiím, než dříve.

6.3 Shrnutí výsledků empirického šetření

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak občané vnímají vývoj zdravotního systému v České republice, zda odpovídá jejich očekávání a jejich představám o podobě zdravotnictví. K zodpovězení definovaných výzkumných otázek byly využity kvantitativní i kvalitativní metody výzkumu. Pokládány byly jak přímé otázky na hodnocení celkového zdravotního systému, tak také otázky na části zdravotnictví a konkrétní problémy, aby bylo podrobněji zjištěno, s čím jsou občané nespokojeni a kde vidí největší problémy. Zjišťováno bylo také zapojování běžných občanů do tvorby zdravotnictví – nejen zda jsou sami aktivní, ale zda by vůbec měli zájem se aktivně zapojovat a jakým způsobem.

Obecné hodnocení zdravotního systému není příliš pozitivní a potvrzují se tak dlouhodobé výsledky výzkumů CVVM – občané i experti se shodují na tom, že není nastaveno dobře a potřebovalo by alespoň drobné, spíše však koncepční změny. Hlavním problémem je **neexistence dlouhodobé koncepce**, která by určovala jakým směrem se má zdravotní systém ubírat – zda má být založen na tržním principu, nebo zda jej budovat jako veřejnou službu občanům. V České republice jsou vytvářeny častěji krátkodobé koncepce na několik let, ale dlouhodobá, která by tyto dílčí koncepce zaštiťovala, u nás zatím chybí. Zde se nabízí podněty pro navazující výzkum, který by více diferencoval zdravotní služby na soukromé a veřejné statky, znalosti o příčinách selhání trhu ve zdravotnictví, význam právních regulací, sociální a individuální důsledky soukromého vs. veřejného zdravotnictví. Dalšími důležitými oblastmi testu gramotnosti jsou pak znalosti rozdílů mezi veřejným a soukromým právem, subjekty veřejného a soukromého práva a jejich právní subjektivitou.

. Občanům také vadí současné zaměření zdravotnictví, které se orientuje na léčbu příznaků zdravotních problémů, ale nehledá jejich příčiny. To vidí jako velký problém, kterým zdravotní péče ztrácí na své komplexnosti a účinnosti. Občané se také shodli na tom, že zde chybí jasná organizace zdravotních služeb a jejich vzájemná následnost.

Organizace zdravotních služeb by měla začínat preventivní péčí, tedy podporou veřejného zdraví. Podpora veřejného zdraví je podle občanů důležitá, ovšem zde byl zjištěn rozdíl mezi experty a ostatními občany. Experti vidí v podpoře veřejného zdraví a v prevenci základ zdravotnictví, kdežto ostatní občané jej považují za důležitou součást zdravotnictví, ovšem není podle nich důležitější než léčba již vzniklých nemocí. Obě skupiny se však shodují na tom, že **podpoře veřejného zdraví není věnována dostatečná pozornost** a nejsou na ni poskytovány dostatečné finanční prostředky. Pomocí podpory

zdraví je podle nich možné efektivně ovlivnit nemocnost a snížit tak finanční náklady, které putují do zdravotnictví.

Nízká prevence není jediným, ani hlavním problémem, který občané ve zdravotnictví spatřují. **Jako největší problém jsou spatřovány drahé léky a obecně finance**, často spojované se špatným hospodařením a dokonce i korupcí. Finanční problémy se pak promítají do nutnosti finančního zapojení občanů do zdravotnictví nad rámec povinného pojištění, čili prostřednictvím poplatků. V této oblasti by bylo zajímavé občanům poskytnut prostor pro strukturované hodnocení příčin a argumentace reforem veřejných financí v letech 2008-2013, škrtů v aktivitách sociálního státu, což může být dalším podnětem pro navazující výzkum. Následné nedostatky občané vidí i v nedostatečném počtu zdravotního personálu – lékařů i sester. Jako další problém vidí dlouhé čekací doby na některá vyšetření či operace ale i dlouhé fronty u praktických lékařů. Často zmiňovaným problémem je také přístup lékařů k pacientům, který není mnohdy profesionální a v některých případech se zdravotníci dostávají až na hranici porušování lidských práv, v případě neposkytnutí dostatečného ošetření či dostatečných informací.

Občasné porušení lidských práv pravděpodobně pramení z jejich neznalosti, a to především ze strany občana. Občané, kteří mají zkušenosti s hospitalizací, znají práva a povinnosti pacienta, ale ostatní zákony nařízení, týkající se zdraví, znají pouze velmi zřídka. Největším nedostatkem je neznalost základního práva na zdraví (článek č. 31 LZPS), který zná pouze 4% dotazovaných občanů. Potvrdily se zde výsledky šetření Eurobarometru z roku 2011 o nedostatečné **informovanost občanů o základních** právech. Občané svou neznalost základních práv spojených se zdravím vnímají. Je velkým problémem, který by podle nich měl řešit stát poskytováním více informací – nejlépe prostřednictvím celorepublikových informačních kampaní. Konkrétními příklady možné distribuce informací jsou články v novinách či letáčky v čekárnách u lékaře. Pro občanskou společnost, zdravotní politiku i veřejnou politiku jsou velmi podstatní obyčejní občané. Občané tvoří občanskou společnost a spoluutvářejí zdravotní i veřejnou politiku. V zájmu státu by tak mělo být, aby byli občané co nejvíce informováni, aby bylo zřejmé, že poskytované informace správně pochopili a identifikovali se s nimi. Pouze pokud budou mít občané k dispozici relevantní informace, mohou být správnými aktéry.

Většina občanů sama není aktivních, co se týče zdravotnictví a tvorby zdravotního systému. Na druhou stranu si ale uvědomují závažnost problematiky, která se jich bezprostředně týká a **většina občanů projevila zájem se nějakým způsobem zapojit**, pokud by to bylo možné. Pro zaměstnané osoby hraje roli i případná časová náročnost,

kteřá by nemohla být příliš vysoká. Jako problematická se zde opět ukazuje informovanost. Občané nejen nevědí, jakým způsobem se mohou zapojit, zda je to vůbec možné a na druhou stranu nemají přehled o novinkách ve zdravotnictví. Jak bylo uvedeno v teoretické části, občanská participace přispívá ke společenské integraci v rámci občanské společnosti. Je žádoucí neopomíjet ji a umožnit občanům aktivně se podílet na tvorbě zdravotního systému. Jak vyplynulo z výzkumného šetření, občané mají zájem o aktivní spoluúčast na tvorbě zdravotního systému, jedná se o oblast, která jim není lhostejná a která je pro ně velmi důležitá.

Zjištění z dalších otázek také poukazuje na nespokojenost se současnou situací. Například odpovědi na otázku, zda by pojištění v České republice měla poskytovat jedna, nebo více pojišťoven, byly velmi vyrovnané. Téměř polovina občanů se tedy domnívá, že současný **system pojišťovnictví, kdy pojištění poskytuje více pojišťoven, není ten nejlepší**. Výsledky zjišťování spokojenosti s jednotlivými zdravotními službami také ukazují, že zde občané vidí prostor ke zlepšení – především u služeb péče pro dlouhodobě nemocné (LDN) a u nemocniční a ambulantní péče. Příčinou nespokojenosti je především přístup zdravotního personálu k pacientům, ale i nedostatečné služby způsobené nedostatečným personálním obsazením

Závěr

Práce se soustřeďuje především na empirický výzkum občanů české společnosti z hlediska jejich informovanosti, očekávání, kritické reflexe problémů a možností občanské participace v českém zdravotnictví/zdravotní politice. Postoje a názory občanů jsou porovnány s diskurzem na straně vybraných českých expertů. Částečně jsou postoje obou těchto českých skupin respondentů srovnávány s poznatky mezinárodního teoretického diskurzu. Tyto rozdíly jsou však zachyceny jenom na úrovni jejich deskripce. Výzkum příčin těchto rozdílů není součástí této práce. Analytický rámec této práce do jisté míry kopíruje realizované české průzkumy veřejného mínění a rozšiřuje je o vybraná další zjištění, upozorňuje na nízkou validitu konceptu spokojenosti občanů se zdravotním systémem jako celkem.

Česká republika od roku 1990 prošla významnou společenskou i ekonomickou přeměnou, která se nevyhnula žádnému odvětví. Stejně jako společenský vývoj, také změny ve zdravotnictví byly vedeny dominantní neoliberální ideologií, tržními mechanismy, privatizací a kvazi tržními nástroji v podobě smluvních vztahů, konkurence. Aktéři české společnosti se začali v různé míře seznamovat také s demokratickými principy, s novým nastavením společnosti. Občané tyto změny vnímají, ovšem nedokáží se s nimi v prostředí převažujícího důrazu na ekonomické mechanismy vyrovnat v dalších dimenzích integrace společnosti (právo, etika, sociální důsledky, selhání trhu ve zdravotnictví, rozdíly mezi veřejným a soukromým právem, význam systému lidských práv). Příčinou je především nedostatečná informovanost a komunikace mezi státem a občany. Na straně státu dochází k častým selháním cestami korupce a politického klientelismu. Zatímco zájmové skupiny poskytovatelů zdravotních služeb, výrobci a obchodníci s léčivy a zdravotnickými prostředky dokázali poměrně rychle využívat možností demokratického systému ve svůj prospěch, občané zaostávají, nejsou informováni o celé řadě aspektů zdravotní péče, ale především jsou zatíženi překvapivě **vyšší negramotností v oblasti lidských práv se vztahem ke zdraví**. Empirický výzkum přinesl poznatky o schopnosti kritické občanské reflexe problémů českého zdravotnictví a také částečně o příčinách těchto problémů. Současně je patrné, že občanům se nedostávají potřebné informace a poznatky, které by jim umožnily rozvíjet efektivní demokratickou participaci.

Současné „nastavení“ zdravotního systému tedy neodpovídá plně tomu, co od něj občané očekávají, nemá jejich plnou podporu a lze tak nepochybně polemizovat o jeho legitimitě. Pro občany to znamená nejasnosti v základních věcech, jako je samotná organizace neboli následnost jednotlivých typů zdravotní péče. Jako další velký problém občané dlouhodobě vnímají finance – jak ve spojitosti s nutným finančním zapojením samotných občanů, tak obecně financování zdravotnictví. Ve financování zdravotnictví vidí občané jako problematické neefektivní hospodaření, což spojují s jistou mírou korupce, která se nevyhýbá ani zdravotnictví.

Z výše uvedeného je tedy zřejmé, že pro budoucí vývoj není podle občanů systém zdravotnictví nastaven adekvátně – tak, aby mohli říci, že je na dobré cestě.

Občané od zdravotního systému očekávají, že za peníze, které do zdravotnictví za celý život investují prostřednictvím povinného zdravotního pojištění, budou mít k dispozici plně dostupné služby, již bez nutnosti dalšího finančního zapojení a s přívětivým personálem. S kvalitou jednotlivých typů péče (praktičtí lékaři, ambulantní specialisté a podobně) většinou problém nemají. Výjimkou jsou služby pro dlouhodobě nemocné, což přisuzují nedostatečným kapacitám zdravotního personálu. Kvalitu poskytovaných služeb narušuje přístup zdravotníků k pacientům, kdy se občané setkávají s neprofesionálním a nedůstojným jednáním. Co se týče dostupnosti, tak zde jako bariéru označují dlouhé čekací doby - na operace, některá vyšetření ale i v čekárnách u lékaře, díky čemuž jim návštěva lékaře nezřídka zasahuje do pracovní doby. Díky dlouhým čekacím dobám nejsou pro občany některé služby dostupné v okamžiku, kdy je potřebují.

Podstatnou součástí zdravotnictví, na kterou v současné době není kladen přílišný důraz, je podpora veřejného zdraví. Ze strany státu není na podporu veřejného zdraví věnováno dostatečné množství prostředků, přitom se občané domnívají, že se jedná o vhodný způsob jak snížit nemocnost a tím i objem financí, které se do zdravotnictví investují. Podpora zdraví by se měla primárně zaměřit na děti a mladistvé, aby si již v raném věku osvojily zdravý životní styl a vyhnuly se tak zdravotním komplikacím v pozdějším věku. Důraz na podporu zdraví je i na mezinárodní úrovni, kdy jsou vytvářeny materiály jak s lidmi o zdraví komunikovat. Česká republika by tak neměla tuto podstatnou část zdravotnictví přehlížet.

Velkým nedostatkem se ukázala nedostatečná informovanost občanů o lidských právech se vztahem ke zdraví, povinnostech a obecně o novinkách ve zdravotnictví. Občané chtějí být informováni, ovšem prvotní impuls by měl přijít ze strany státu.

Navrhovanými formami informovanosti jsou celorepublikové informační kampaně o novinkách, letáčky v čekárnách u lékaře či krátké zprávy v novinách.

Demokratický systém je teoreticky a ústavně postaven na možnosti občana ovlivňovat věci veřejné také pomocí přímé participace za předpokladu transparentních mechanismů a snadno dostupných nezávislých poznatků (výzkumu). Podobně jako z hodnocení polistopadového vývoje v ČR („inventura demokracie“, „demokracie bez demokratů“, „vytunelovaná demokracie“) také z výzkumu realizovaného v rámci této práce vyplývá existence řady zásadních deficitů na straně občanů a státu, které brání v efektivní občanské participaci na tvorbě a realizaci zdravotní politiky, ale také v plnění role a odpovědnosti státu při artikulaci veřejných zájmů. Jedním ze zásadních deficitů občanů je hluboká neznalost lidských práv se vztahem ke zdraví a poznatkové deficity.

Summary

The thesis focuses on the functionality of the Czech health system. Citizens are the target audience of health policy and the main goal of the health system is to improve their health. Using qualitative and quantitative research methods (questionnaire, expert and semi-structured interviews) the thesis reveals the current state of Czech health system meets the requirements of citizens, having regard to the citizen's information and compared with their expectations. These empirical findings are confronted with the current development of international theoretical knowledge. The theoretical and empirical part of the thesis are focused on the wider context of the role of citizens in the society and enforcement and respect of their human rights. The participation of citizens on health policy and importance of the human rights related to health are emphasized.

Results of the survey show the lack of awareness of the human rights related to health and the lack of healthcare related news that do not allow effective participation on creation and implementation of health policy and fulfillment of the role of the state, its responsibilities and enforcement of the public interest. One of the biggest weaknesses of the citizens is the lack of knowledge about the human rights related to health and how the healthcare system works. The reason for that are missing education of citizenship, missing education about human rights and low knowledge about options of participation in democracy.

The citizens are not satisfied with the current state of the Czech healthcare system. The development of the healthcare system does not meet their expectations, as we can see from the long-term outcomes of discontent and its specific causes. The biggest problem, as perceived by citizens is generally the financial situation, particularly the management of health care and inefficient investment, and the necessity to pay for certain expensive medicaments and services. They critically point out the low obtained value/benefit for the financial resources that are invested into in healthcare system (value for money). Another defined weakness of the healthcare system is the medical staff, which has negative impact on the perception of the healthcare system. The citizens mention the lack of capacity of doctors and nurses, but a more negative aspect is unprofessional behavior of the staff towards the patients. The lack of professionalism is reflected by not seeming to be concerned by the patient, the staff do not provide sufficient information and they are not kind. The third significant problem identified by the citizens are the long waiting times for certain medical examinations or surgeries, which do not allow the immediate availability of treatment.

It is obvious from the conclusions that the citizens, without sufficient knowledge of their human rights, surrounded by significant information asymmetry in the substantive aspects of the functioning of the health system, are unable to effectively participate on health policy making, implementation and control of health policy. Due to these circumstances, citizens become easily manipulated consumers/clients. The results of this thesis opened other related issues about the

healthcare system in the Czech Republic, but in different perspective than frequently conducted research of satisfaction and willingness to (further) participation in the payment.

Použitá literatura

- Alston, P. Goodman, R., International Human Rights. The successor to international human rights in context: law, politics and morals. Text and Materials. Oxford, OUP 2013
- Bauböck, R., Perchinik, B., Sievers, W., Citizenship policies in the New Europe. Amsterdam: Amsterdam university press, 2009. 465 s. ISBN 978 90 8964 108 3
- Bellamy, R. Citizenship. A very short introduction. New York: Oxford university press, 2008, 153 s., ISBN 978-0-19-280253-8
- Blahož, J. Sjednocující se Evropa a lidská a občanská práva. Praha: ASPI, a.s., 2005, 259 s., ISBN 80-7357-073-4
- Blahož, J. Soudní kontrola ústavnosti. Srovnávací pohled. Praha, Kodex, 2001
- Braun, V., Clarke, V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3 (2). 2006, pp. 77-101. ISSN1478-0887
- Brown, K., Fairbrass S. The citizenship – Teachers handbook. New York: Continuum, 2009. 191 s. ISBN 9781847065469
- Buse, K. May, N. Walt, G. Making Health Policy. London School of Hygiene & Tropical Medicine. London: 2005. ISBN 0 335 21839 3
- CVVM. Názory občanů na zdravotní péči v ČR – prosinec 2012. Tisková zpráva. Sociologický ústav AV ČR. Dostupné z http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a6943/f3/oz130130.pdf
- Creswell, J.W. Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (3rd edit.) Thousands Oaks, CA: Sage 2009; ISBN 978-1-4129-6557-6
- Dahl, R. A. (1995) Demokracie a její kritici. Praha: Victoria publishing, 350 s.
- Defleur, M.L., Ballová-Rokeachová, S.J. Teorie masové komunikace. Praha, Karolinum 1996. ISBN 80-7184-099-8
- Denzin, K. N. The SAGE Handbook of qualitative research. Sage Publications: 2005. 1210 s. ISBN 978-0761927570
- Dobiášová, K. a kol. *Průvodce systémem zdravotní péče České republiky*. Institut zdravotní politiky a ekonomiky. Kostelec nad Černými lesy: 2004. ISBN 80-86625-22-2
- Donnelly, J. Universal Human Rights in Theory and Practice. New York, Cornell University 2013
- Dopita a kol. Evropská a národní identita. Univerzita Palackého v Olomouci. Olomouc, 2008. 155 s. ISBN 978-80-244-2049-3
- Eim, J. Vývoj zdravotního systému v ČR [online]. 2008 [cit. 2014-02-06]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Právnická fakulta. Vedoucí práce Eva Tomášková. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/100355/pravf_m/
- Evropská komise. Politiky Evropské unie – veřejné zdraví. Evropská unie. Brusel: 2013.
- Fairclough, N. Critical Discourse Analysis. London, New York, Longman 1995
- Ferge, Z. Sociální změna ve východní Evropě – sociální občanství v nových demokraciích. *Sociologický časopis*. 1993. 2/29. str. 149-166
- Fiala, P., Schubert, K. *Moderní analýza politiky. Uvedení do teorií a metod policy analysis*. Brno: Barrister a Principál 2000.
- Figueras, J., McKee, M. (edit.) Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. Berkshire, England, Open University Press 2012. ISBN-13: 978-0-335-24430-0 (pb)
- Flick, U. Kardoff, E. Steinke, I. *A Companion to Qualitative Research*. London: SAGE Publications, 2004. 432 s. ISBN 9780761973751.
- Flégl, V. Významné mezinárodní dokumenty k ochraně lidských práv. Praha, C.H.Beck 1998
- Gill, L., White, L. A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services* 2009, 22(1): 8-19
- Gladkij, I. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Nakladatelství Computer Press, 2003, s. 38.

- Gruskin, S., Tarantola D. Health and Human Rights. In Detels, McEwan, Beaglehole, and Tanaka (eds.), The Oxford Textbook of Public Health, 4th edition. Oxford University Press 2004
- Hastík, J. Vliv politické orientace aktérů na tvorbu politiky zaměstnanosti – reorganizace agendy úřadů práce. Vyškov 2012, Diplomová práce Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií Brno
http://is.muni.cz/th/52850/fss_m/Diplomova_prace__Jaroslav_Hastik.doc
- Haškovcová, H. *Informovaný souhlas: Proč a jak?* Praha: 2997, Galén, [cit. 2012-04-24]. ISBN 978-80-7262- 735-6. Dostupné z:
<http://www.kosmas.cz/knihy/168621/informovany-souhlas/>
- Háva, P. Mašková, P. Teršová, T. České zdravotnické právo po roce 1990 v kontextu lidských práv se vztahem ke zdraví. *Zdravotnictví v České republice*. 2011. 3/14.
- Háva, P. Péče o zdraví a spravedlnost. *Katedra veřejných financí (kvf)*. [online] [cit. Dne 2014-03-26] Dostupné z: <http://kvf.vse.cz/storage/1218125261_sb_hvapetr.pdf>.
- Háva, P., Mašková - Hanušová, P. Zdravotní politika visehradských zemí I, II. *Zdravotnictví v České republice* 2009, 12(1): 12-21; 2009, 12(2): 70-79
- Hendl, J. *Kvalitativní výzkum*. Portál: Praha 2005. ISBN 80-7367-040-2
- Hendl. Přehled statistických metod zpracování dat. Analýza a metaanalýza dat. Praha, Portál: 2006. ISBN 80-7367-123-9
- Hunt, L. *Inventing Human Rights. A History*. New York, London, W.W.Norton 2007
- Isin, E.F., Turner, B.S. *Handbook of Citizenship Studies*. London, Sage 2003. ISBN 0 7619 6858x
- Kane, L., T., Poweller, M., R., *Citizenship in the 21st century*. Nova science publisher: 2008, 250 s. ISBN 978-160741-639-5
- Klokočka, V. *Ústavní systémy evropských států (srovnávací studie)*. Praha, Linde 2006
- Knobloch, F. Rokosová, M. Názory občanů na vybrané problémy zdravotní péče v České republice. *Zdravotnictví v České republice*. 2006. 1/9. str. 30-36
- Křížová, E. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. [1. vyd.]. Praha: 1998, 133 s. ISBN 8023809377.
- Křížová, E. *Rovnost ve zdraví (ekvita) v transformovaném zdravotnictví České republiky*. Praha. Národohospodářský ústav Josefa Hlávky: 1998, 108 s
- Kutzin, J. Cashid, K. Jakab, M. Implementing health financing reform. *European observatory on health system and policies*. World health organization: 2010. ISBN 978 92 890 4211 6
- Liška, V. Sluková, K. Volejníková, J. *Institucionální ekonomie*. 2012. Profesional publishing. 236 s., 978-80-7431-051-5
- Loučková, I. *Integrovaný přístup v sociálně vědním výzkumu*. Praha, Slon 2010, ISBN 978-80-7419-001-8
- Mášová, S. *Politiky EU v oblasti lidských práv*. Diplomová práce, Brno, MUNI, Ekonomicko správní fakulta 2007
- McCombs, M. *Agenda petting. Nastolování agendy, masová média a veřejné mínění*. Praha, Portál 2009. ISBN 978-80-7267-591-2
- Mead, L. *Beyond Entitlement: the Social Obligation of Citizenship*, 1986
- Ministerstvo obrany. *Zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví*. [online] [cit.dne 2014-02-01] 2004-2014. Dostupné z: <<http://www.army.cz/scripts/detail.php?id=10615>>.
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Reforma zdravotnictví*. [online] [cit.dne 2014-02-01] 2012. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/reforma-zdravotnictvi-navrhy-zakonu_2428_11.html>.
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Národní akční plán zdraví a zdravotního prostředí*. [online] [cit.dne 2014-02-01] 1998. Dostupné z: databaze-strategie.cz/cz/mzd/strategie/nehap-1998?typ=download

- Ministerstvo zdravotnictví ČR. Lidsky důstojné a efektivně fungující zdravotnictví. Návrh koncepce péče o zdraví v ČR v letech 2004 – 2009, určený pro celorepublikovou diskusi. Exekutivní souhrn. 2004.
- Moran, M., Rein, M., Goodin, R.E. The Oxford Handbook of Public Policy. Oxford, OUP 2006. ISBN 0 19 926928 0
- Mossialos, E., a spol. Health Systemms Governance in Europe: The Role of EU Law and Policy. Cambridge, CUP 2010
- Müller, K. *Češi a občanská společnost. Pojem, problémy, východiska*. Praha: 2002. Triton. ISBN SO-7254-232-X
- Murray, Ch., Frenk, J. Framework for assessing performance. WHO Bulletin 2000, 78(6): 717-731 [http://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)717.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(6)717.pdf)
- MZČR. *Zdraví 21 – Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR*. Praha: 2002. 124 s. ISBN 80-85047-99-3
- Nickel, James, "Human Rights", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2014 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <http://plato.stanford.edu/archives/spr2014/entries/rights-human/>.
- OECD (2013) OECD Quidelines on Measuring Subjective Well-Being. Paris, OECD 2013. ISBN 978-92-79-28315-4 (PDF)
- Parvanta, C. F. Nelson, D. E. Parvanta, S. A. Harner, R. N. *Essentials of Public Health Communication*. Jones & Bartlett Learning, LLC: 2011. ISBN 978-0-7637-7115-7
- Pecková, P. *Participace občanů na životě v obci na případové studii Mnichovic u Prahy*, Praha, 2013. 110 s. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí diplomové práce PhDr. Ing. Pavel Mička
- Pehe, J. *Demokracie bez demokratů*. Hospodářské noviny, 2003. [online] Dostupné z :< <http://www.pehe.cz/clanky/2003/demokracie-bez-demokratu>>.
- Porter, R. *The Cambridge History of Medicine*. Cambridge University Press: 2006. 408 s. ISBN 978-0521864268
- Peters, B. G. *American public policy*. Cahtham (NJ): 2006. Chatham house. in Potůček, M. a kol. *Veřejná politika*. Praha: 2005. Sociologické nakladatelství, 399 stran, ISBN 80-86429-50-4.
- Poslanecká sněmovna parlamentu ČR. *Vládní návrh 410. Česká národní rada 1991*. Dostupné z < http://www.psp.cz/eknih/1990cnr/tisky/t0410_01.htm>.
- Potůček, M. a kol. *Veřejná politika*. Praha: 2005. Sociologické nakladatelství, 399 stran, ISBN 80-86429-50-4.
- Ptáček, R. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Grada: 2011. 528 s. ISBN8024772671
- Rakušanová, P. Řeháková, B. *Participace, demokracie a občanství v evropském kontextu*. Sociologický ústav Akademie věd ČR: 2006. Praha. 79 s. ISBN 80–7330–091-5
- Ranade, W. *Markets and Health Care. A Comparative Analysis*. London and New York, Longman 1998. ISBN 0 582 28985 8
- Rendlová, E., Lebeda, T. *Výzkumy veřejného mínění – teoretické souvislosti a praktická aplikace*. [online]. Sociologický ústav AV ČR, 2002 [cit. 2014-04-01]. ISBN 80–7330–032–x. Dostupné z: http://studie.soc.cas.cz/upl/texty/files/194_ST-02-13-Apro%20tisk.pdf
- Rhodes, R.A.W. *Policy Network Analysis*. Chpt 20,, pp. 425-447 In: Moran, M., Rein, M., Goodin, R.E. *The Oxford Handbook of Public Policy*. Oxford, OUP 2006. ISBN 0 19 926928 0
- Rokosová M, Háva P, Schreyögg J, Busse R. *Health care systems in transition: Czech Republic*.
- *Copenhagen*, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.
- Saltman, R. B., Figueras, J. *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press 1998.

- Saltman, R.B., Figueras, J. *European health care reform. Analysis of current strategies*. WHO regional publications, 1997.
- Silverman, D. *Jako robiť kvalitatívny výzkum*. Bratislava: Ikar, 2005. 327 s. ISBN 80-551-0904-4
- Skovajsa, M a kol. *Občanský sektor. Organizovaná občanská společnost v České republice*. Portál. Praha: 2010. 376 s. ISBN 978-80-7367-681-0
- Sršeň, V. *Celkový finanční dopad regulačních poplatků za rok 2008*. Tisková zpráva. Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2009.
- Státní zdravotní ústav. *Centrum podpory veřejného zdraví*. 2014 [online] [cit dne 2014-04-27] Dostupné z: <<http://www.szu.cz/centrum-podpory-verejneho-zdravi-1>>.
- Šimek, J., Špalek, V. *Etické aspekty regulace zdravotnictví in Zdravotnictví v České republice*, č. 4, roč. 1, 1998.
- Státní zdravotní ústav. *Národní program zdraví – projekty podpory zdraví*. 2002. – interní materiál
- Šafr, J. *Legitimita a legitimizace*. Socioweb, 2013 [online] [cit dne 2019-12-27]. Dostupné z: <http://www.socioweb.cz/index.php?disp=teorie&shw=173&lst=105>
- Šavlík, J., Hnízdil, J., Houdek, F. *Jak léčit nemoc šilené medicíny aneb Hippokratova noční můra*. Praha, nakladatelství Andrej Šťastný 2008 ISBN 978-80-86739-33-5
- Šišková, N.: *Dimenze ochrany lidských práv v Evropské unii*. Druhé aktualizované a rozšířené vydání, Linde, Praha, 2008, ISBN/ISSN: 9788072017102
- Šubrt, J. a kolektiv. *Kapitoly ze sociologie veřejného mínění. Teorie a výzkum*. Praha, Karolinum 1998, ISBN 80-7184-522-1
- Tambakaki, P. *Human rights or citizenship*. Taylor and Francis e-library. 2010. ISBN 0-203-88077-3
- Turner, B. S. *Outline of a Theory of Citizenship*. 1990. 24 (2): 189-217.
- Veisová, E. *Možnosti a důsledky kombinace metod v sociologickém výzkumu se zřetelem na metody focus groups a internetového výzkumu*. Fakulta sociálních věd Univerzity Karlovy - Institut sociologických studií: Disertační práce, 2009.
- Vinopal, J. *Počátky průzkumů veřejného mínění*. Socioweb. 2011/03. [online] [cit dne 2014-03-31] Dostupné z: <http://www.socioweb.cz/index.php?disp=teorie&shw=465&lst=114>>.
- Vláda ČR. *Historie minulých vlád*. [online] 2009-2014 [cit.dne 2014-01-30] Dostupné z <<http://www.vlada.cz/cz/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/!-narodni-program-pro-pripravu-na-clenstvi-v-eu---1--polit--kriteria-2071/>>.
- Vlachová, K. Lebeda, T. *Aktivní občanství a spokojenost s demokracií v Evropě*. *Sociologický Časopis / Czech Sociological Review* Vol. 42, No. 1. 2006, str. 11-34
- Walt, G. *Health Policy. An Introduction to Process and Power*. People, governments and international agencies – who drives policy and how it is made. London: Zed Books 1994.
- Weiss, G., Wodak, R. *Critical Discourse Analysis. Theory and Interdisciplinarity*. Houndmills, Palgrave Macmillan 2003
- WHO. *The World Health Report 2000*. Health Systems: Improving Performance. Geneva 2000. ISBN 92 4 156198 X
- WHO. *Washington Consensus. Trade, foreign policy, diplomacy and health*, 2014 [online] [cit. Dne 2014-01-31]. Dostupné z: <http://www.who.int/trade/glossary/story094/en/>
- Wilkinson, R., Pickettová, K. *Rovnováha. Proč je rovnost výhodná pro každého*. Pelhřimov, Grimmus 2013. ISBN 978-80-87461-09-9
- WHO. *Washington Consensus. Trade, foreign policy, diplomacy and health*, 2014 [online] [cit. Dne 2014-01-31]. Dostupné z: <http://www.who.int/trade/glossary/story094/en/>.
- Zenkner, P. *Vstup ČR do EU*. Euroskop. 2013. [online] [cit. Dne 2014-01-31]. Dostupné z <<https://www.euroskop.cz/803/sekce/vstup-cr-do-eu/>>.

Zákony a úmluvy

- Listina základních práv a svobod, ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně, sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb.m.s. o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů
- Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění zákona České národní rady č. 210/1990 Sb., o změnách v působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení a o změně zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, a zákona České národní rady č. 425/1990 Sb., o okresních úřadech, úpravě jejich působnosti a o některých dalších opatřeních s tím souvisejících.
- Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči a nestátních zdravotnických organizacích
- Zákon č. 2/1998 Sb., kterým se mění a doplňuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 242/1997 Sb.
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném a zdravotním pojištění
- Zákon č. 550/1991 Sb., o Všeobecném zdravotním pojištění
- Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů

Seznam příloh

Příloha č. 1: Charakteristika vzorku panelu (tabulka)

Příloha č. 2: Scénář pro expertní šetření

Příloha č. 3: Dotazník (tabulka)

Příloha č. 4: Scénář rozhovoru s občanem

Příloha č. 5: Vzor informovaného souhlasu

Příloha č. 6: Osa vývoje zdravotnictví (schéma)

Příloha č. 7: Vztah pojmů nezisková organizace, neziskový sektor a občanská společnost

Příloha č. 8: Proces tvorby veřejné politiky

Příloha č. 9: Přehled otázek se vztahem ke zdravotnictví, CVVM

Příloha č. 10: Poplatky ve zdravotnictví (graf)

Příloha č. 11: Nastavení směru zdravotní péče

Příloha č. 12: Data k otázce současného nastavení zdravotního systému

Příloha č. 13: Data k otázce na počet pojišťoven

Příloha č. 14: Data ke znalosti pojmu lidská práva se vztahem ke zdraví

Příloha č. 15: Data k otázce současného nastavení zdravotního systému

Příloha č. 16: Data k otázce nespokojenosti s péčí o dlouhodobě nemocné

Přílohy

Příloha č. 1: Charakteristika vzorku panelu

Charakteristiky vzorku		
Pohlaví	Ženy	62%
	Muži	38%
Věk	18-30	10%
	31-40	29%
	41-50	23%
	51-60	21%
	61+	17%
Velikost bydlště	Do 2,000	20%
	2,001 - 20,000	25%
	20,001 - 100,000	27%
	100,001 a více	28%
Region	Střední Čechy	26%
	Jižní Čechy	7%
	Západní Čechy	6%
	Severní Čechy	13%
	Východní Čechy	9%
	Jižní Morava	22%
	Severní Morava	17%
Příjmová skupiny	Nižší třída	23%
	Střední třída	55%
	Vyšší třída	22%

Zdroj: autorka

Příloha č. 2: Scénář pro expertní šetření

Scénář k polostrukturovanému rozhovoru s expertem

1. Vlastní názory na největší problémy
 - a. Kde vidí v současné době největší problémy
 - b. Čemu se musí věnovat největší pozornost
 - c. Jak jsou jím identifikované problémy nyní řešeny
 - d. Jak by se měly řešit lépe, podle něj
 - e. Participace – možnosti, problémy
2. Konkrétní problémy
 - a. Financování zdravotnictví (státní výdaje) – jak jsou dle něj vynakládány, na co by se měly vynakládat jinak
 - b. Platy lékařů – jsou dostatečné, kolik by měli dostávat
 - c. Přístup lékařů k pacientům – zhodnocení
 - d. Koncepce zdravotních pojišťoven – zhodnocení, co zlepšit/zhoršit
 - e. Koncepce zdravotního systému – zhodnocení, návrhy na úpravy
 - f. Poplatky ve zdravotnictví – zhodnocení jejich dopadu, přínosu
3. Retrospektivní hodnocení
 - a. Jak se posunul zdravotní systém od roku 1990
 - b. Zhodnocení tohoto posunu
 - c. Zhodnocení -kam se ubírá směr zdravotního systému
 - d. Chyby//pozitiva během vývoje
4. Sociodemografie
 - a. Zaměstnání
 - b. Zaměstnanecká kariéra

Příloha č. 3: Dotazník

1. Seřad'te následující období z hlediska úrovně zdravotnictví od nejlepšího=1 po nejhorší=4	
Období do roku 1990	
Období transformace, privatizace a revize změn 1990 - 1997	
Období přípravy na vstup do EU 1998 – 2006	
Období dalších reforem 2007 – současnost	

2. Vyjmenujte tři problémy, které jsou v současném zdravotním systému podle vás nejpalčivější a měly by se řešit nejvíce:
1. nejpalčivější problém, vypište: <i>(vynucovat)</i>
2. nejpalčivější problém, vypište:
3. nejpalčivější problém, vypište:

3. Současné nastavení zdravotního systému v ČR je podle vás:	
Velmi dobré, nepotřebuje žádné změny	<i>Přeskoč 4</i>
Spíše dobré, chtělo by to pouze pár drobných změn	
Spíše špatné, jsou zapotřebí koncepční změny	
Velmi špatné, mělo by se téměř úplně změnit	

4. Co by se podle Vás mělo změnit a jak?
Vypište:

5. Jak jste spokojeni s následujícími zdravotními službami?					
1=rozhodně spokojen, 5= rozhodně nespokojen					
Praktický lékař					
1	2	3	4	5	
Zubní lékař					
1	2	3	4	5	
Ambulantní péče					
1	2	3	4	5	
Dlouhodobá péče o nesoběstačné (LDN)					
1	2	3	4	5	
Nemocniční péče					
1	2	3	4	5	

6. Domníváte se, že by zdravotní pojištění v České republice měla poskytovat...	
Jedna pojišťovna	
Více pojišťoven	

7. Když se řekne: „Lidská práva se vztahem ke zdraví“, tak:	
Znám je, vím, co pod ně spadá	
Už jsem o tom zaslechl/a, ale nevím, co přesně pod ně spadá	
Neznám je, slyším o tom poprvé	

8. Znáte následující zákony a koncepce?		
Evropská strategie Zdraví 2020	ano	ne
Článek č. 31 LZLPS	ano	ne
Práva a povinnosti pacienta	ano	ne
Zákon o veřejném zdravotním pojištění	ano	ne

9. Domníváte se, že za peníze, které se do zdravotnictví vynakládají, mají občané k dispozici:	
Lepší služby, v porovnání s výdaji na zdravotnictví	
Adekvátní služby, v porovnání s výdaji na zdravotnictví	
Horší služby, v porovnání s výdaji na zdravotnictví	
Výrazně horší služby, výdaje na zdravotnictví neodpovídají úrovni služeb	

10. Jak souhlasíte s následujícími výroky?				
1=rozhodně souhlasím, 5= rozhodně nesouhlasím				
Pomocí podpory veřejného zdraví ze strany státu je možné efektivně ovlivnit nemocnost a tím i náklady na zdravotní služby.				
1	2	3	4	5
Česká republika věnuje dostatečnou a efektivní pozornost podpoře zdravého životního stylu (pohyb, kvalita potravin, rizika kouření tabáku, zdravotní rizika při práci apod.).				
1	2	3	4	5
Zdravý životní styl je jen osobní věcí každého z nás a stát by zde zasahovat neměl				
1	2	3	4	5

11. Současné nastavení zdravotní péče je podle vás:	
Na velmi dobré cestě	
Na dobré cestě	
Ani na dobré, ani na špatné	
Není na dobré cestě	
Na velmi špatné cestě (neudržitelné)	

12. Kdybyste měl/a možnost, zapojil/a byste se jakýmkoli způsobem do tvorby zdravotního systému? (např. formou diskuze, připomínkového řízení, psaného komentáře k připravované změně a podobně)	
Rozhodně ano, pokud by tu ta možnost byla	
Spíše ano, pokud by to nebylo časově příliš náročné	
Spíše ne, nepříjde mi to nutné	
Rozhodně ne, nezajímá mě to	
Již jsem nějakým způsobem aktivní	

13. Jak byste ohodnotil/a svůj zdravotní stav na škále od 1 do 5				
1 = Nejlepší	2	3	4	5 = Nejhorší

Příloha č. 4: Scénář rozhovoru s občany**Scénář pro polo-strukturovaný rozhovor s občany/pacienty**

- Systém zdravotní péče
 - Hodnocení systému
 - Se zaměřením na jednotlivé služby (praktický lékař, zubař, ambulance, LDN, nemocnice) - „Měl/a jste někdy problémy s následujícími typy zdravotních služeb? Vaše okolí?“
 - Obecné, koncepční - „Jak byste obecně zhodnotil/a současné nastavení zdravotního systému? Je jeho směřování nastaveno správně? Je řešeno koncepčně?“
 - Problémy ve zdravotnictví - „S čím ve zdravotnictví máte vy konkrétně největší problémy? Co by se podle Vás mělo udělat jinak?“
 - Dostupnost - „Jsou pro vás zdravotní služby dostupné? Co ano a co ne?“
 - Kvalita - „Jak hodnotíte kvalitu poskytovaných služeb? Odpovídají vynaložené finance poskytovaným službám? Do jaké míry?“
- Pojišťovny – jedna či více?
- Znalost práv se vztahem ke zdraví
 - Znalost pojmu „Lidská práva se vztahem ke zdraví“
 - Znalost konkrétních koncepcí (Zdraví 2020, LZPS článek 31, práva a povinnosti pacienta, zákon o veřejném zdravotním pojištění) – „Slyšel/a jste někdy o následujících zákonech či koncepcích? Odkud? Do jaké míry je znáte – o čem konkrétně jsou?“
 - Porušování práv - „Myslíte si, že jsou lidská práva se vztahem ke zdraví porušována? Setkal/a jste se s tím někdy osobně, nebo někdo ve vašem okolí?“
- Veřejné zdraví
 - Znalost pojmu - „Co si představujete pod pojmem veřejné zdraví?“ (případně vysvětlení problematiky)
 - Zodpovědnost za zdraví - „Měl by se stát starat o zdravý životní styl, nebo je to osobní věc každého člověka? Co je přijatelné a co už ne?“
 - Investice a veřejné zdraví - „Měl by stát investovat do podpory veřejného zdraví? Co to přináší za pozitiva a co za negativa? Sníží se tím nemocnost?“
- Participace či aktivita jedince
 - Zájem - „Zajímáte se aktivně o svá práva? Zajímáte se o možnosti ovlivnit zdravotní systém?“
 - Participace - „Jste sám/sama aktivní co se týče zdravotnictví? Co konkrétně děláte/z jakého důvodu nejste? Kdyby byla možnost, zapojil/a byste se? Jakou formou?“
- Hodnocení vývoje zdravotnictví
 - Zhodnocení období (Období do roku 1990, Období transformace, privatizace a revize změn 1990 - 1997, Období přípravy na vstup do EU 1998 – 2006, Období dalších reforem 2007 – současnost) – „Které z následujících období bylo podle vás z hlediska nastavení zdravotního systému nejlepší? V čem, z jakého důvodu? Co mělo být případně zachováno?“

Příloha č. 5: Vzor informovaného souhlasu s rozhovorem**Informovaný souhlas s rozhovorem a jeho užitím**

V rámci diplomové práce „Zdravotní systém ČR očima pacientů a jeho vývoj“, která je realizována na ISS FSV UK, jsem se rozhodla požádat Vás o spolupráci. Cílem výzkumu je zjistit jaké máte názory a zkušenosti se zdravotnictvím v ČR.

Účast na rozhovoru je zcela dobrovolná a nemusíte odpovídat na otázky, které pro Vás budou nepříjemné.

Pro potřeby analýzy se rozhovor s Vámi bude nahrávat. Nahrávání může být na Vaši žádost kdykoliv přerušeno. Celý rozhovor, nebo jen jeho části, budou přepsány do textové podoby.

Vámi poskytnuté informace budu považovat za důvěrné. Pokud budou části rozhovoru citovány v publikovaných materiálech, budou takové citace vždy anonymizovány a nebudou spojovány s Vaším jménem. Důvodem je ochrana Vaší osoby a Vašeho soukromí.

Jestliže budete mít jakékoli dotazy, obraťte se přímo na výzkumnici nebo na vedoucího diplomové práce MUDr. Petra Hávu, CSc. (email: petr.hava@gmail.com).

Datum rozhovoru:

Jméno výzkumnice:

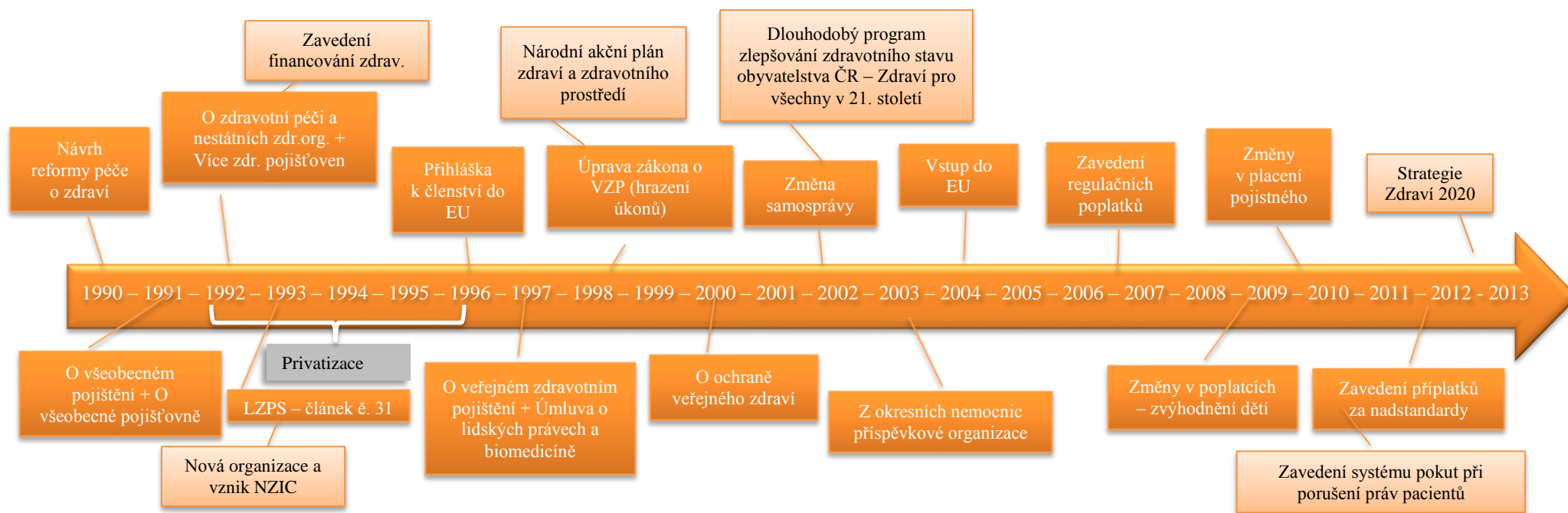
Podpis výzkumnice:

Kontakt na výzkumnici:

Vaše jméno:

Váš podpis:

Příloha č. 6: Osa vývoje zdravotnictví



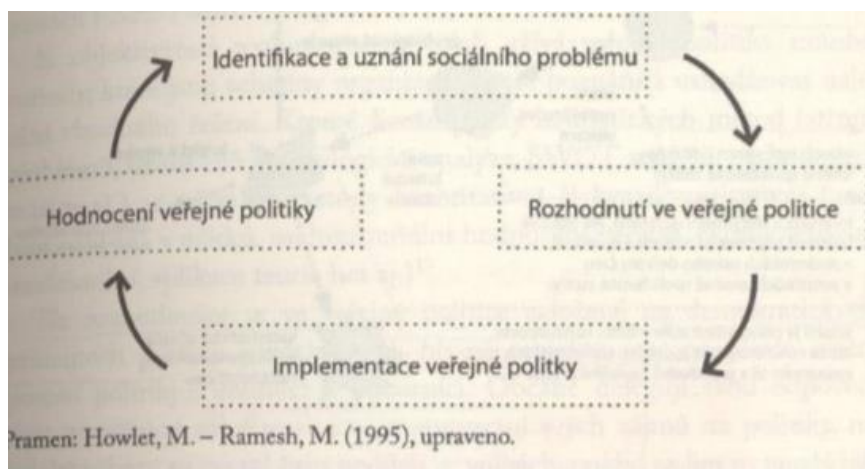
Příloha č. 7: Vztah pojmů nezisková organizace, neziskový sektor a občanská společnost

Vztah pojmů nezisková organizace, neziskový sektor a občanská společnost



Zdroj: Rakušanová, Řeháková 2006

Příloha č. 8: Proces tvorby veřejné politiky



Zdroj: Howlet, Ramesh 1995 in Potůček 2005

Příloha č. 9: přehled otázek z databáze Nesstar na téma zdravotnictví**IVVM**

- říjen-listopad 1990
 - Zamyslete se nad svými zkušenostmi s lékařskou péčí v posledních letech. Řekl byste, že jste s ní:
 - VELMI SPOKOJEN 1,5%, SPISE SPOKOJEN 16,8%, NEKDY ANO NEKDY NE 37,1%, SPISE NESPOKOJEN 27,0%, VELMI NESPOKOJEN 15,0%, NEVI 2,5%
 - Řekněte mi, prosím, stručně proč?
 - Nezájem o pacienta 28,3%, nedostatek lékařů 25,6%, ...
 - Měl by být podle Vás stanoven paušální poplatek, když si do bytu přivoláte pohotovost? Pokud ano, kolik korun by to mělo být?
 - 69% NE
- Prosinec 1990
 - Spokojenost s jednotlivými lékaři + důvody
- Leden – únor 1991
 - Názor na systém zdr. Péče (64,3% pro změnu, 22,6% pro ponechat)
 - Nejdůležitější otázky které občan řeší (24,7% svobodná volba lékaře, 18,3% stonat bez neschopenky, 18,2% odměny lékařům)
- Březen 1992
 - Spokojenost (stejně 75%)
- Duben 1993
 - Spokojenost s lékařem (rozhodně 35,2%), zubařem (rozhodně 44,6%), speci. (rozhodně 43%)
- Květen 1995
 - Změny lékařů, odmítnutí doporučení lékařů
- Září 1995
 - Spokojenost s lékařskou péčí (rozhodně 24,3%, spíše a 59,5%, spíše n 13,6%, rozhodně n 2,2%)
 - V poslední době se hovoří o problémech s financováním nemocnic. Myslíte si, že finanční obtíže nemocnic zhoršují lékařskou péči anebo na ni nemají vliv? (rozhodně a 26,9%, spíše a 36,3%)
 - Preference při nákupu léků
- Duben 1996
 - Spokojenost s lékařskou péčí (rozhodně a 23,2%, spíše a 61,1%, spíše n 13,4%)
 - Se zdravotní pojišťovnou jsou spokojeni 72,8%
- Srpen 1996
 - Preference typu lékaře (rodinný 53,8%, oddělení 31, 3%)
 - 34% má svého praktického lékaře
- Leden 1997
 - Zodpovědnost za zdraví občana – jednotlivec a stát nejvíce (přes 20%)
- Březen 1997
 - Obavy z nákladů na zdravotnictví – 42,4% respíků velké

- Problémy ve zdravotnictví jsou důsledkem vlády pro 63%, podle 20% souvisejí s transformací
- Duben 1997
 - Spokojenost s lékařskou péčí (rozhodně a 17,8%, spíše a 65,4%, spíše n 13,7%) – důvod nespokojenosti – nezáměr o pacienta (36,3%)
 - S pojišťovnou je většina spokojena (76,8%)
- Prosinec 1997
 - Návrh poplatků – specialista (rozhodně ne 59%, spíše ne 23,7%), sanitka (rozhodně ne 55%, spíše 26,6%), pohotovost (52,3%, 24%), pobyt v nemocnici (rozhodně ne 53,8%, spíše ne 19,7%, spíše a 18%)
- Červenec 1998
 - Vývoj ve zdravotnictví za poslední dva roky – 63,3% zhoršení, 25,9% bez změny
- Září 1998
 - Problém s rodinnými výdaji na zdravotnictví – malé 34,4%, větší 15,8%, velké 7,5%, nemá 35,8%
- Říjen 1998
 - Naléhavost řešení problémů – zdravotnictví – velmi naléhavé, 59,6%, dost 33,8%
- Březen 1999
 - Přístup ke zdravotní péči – velmi dobrý 5%, spíše dobrý 45%, spíše špatný 32,9%, velmi špatný 11,3%
- Duben 1999
 - Spokojenost s lékařskou péčí – rozhodně 16%, spíše a 61,8%, spíše n 14,7%, n 2,9%
 - Ke zlepšení zdravotní péče by přispěla nejvíce lepší koncepce (42,5%), vyšší výdaje na lepší vybavení 33,7%, lepší systém pojišťoven 33,3%
- Květen 1999
 - Hodnocení řešení vybraných problémů vládou – zdravotnictví, pro 45,2% spíše špatně, 35,4 velmi špatně
 - Naléhavost řešení zdravotnictví – velmi naléhavé 49,1%, dost 38,3%
- Září 1999
 - Problémy s výdaji na zdravotní péči – žádné 31%, malé 33,6%, větší 20, 5%, velké 8,7%
- Říjen 1999
 - Obavy ze zdravotnictví – velké 59,3%, malé 34%, žádné 5,2%
 - Naléhavost řešení zdravotnictví – velmi naléhavé 46,2%, dost 41,2%
- Březen 2000
 - Přístup ke zdravotní péči – velmi dobrý 8,4%, spíše dobrý 50,3%, spíše špatný 27,6%, velmi špatný 8,2%
- Duben 2000
 - Spokojenost s lékařskou péčí – rozhodně 18,1%, spíše a 62,4%, spíše n 11,5%, n 2,5%
 - + co by přispělo nejvíce ke zlepšení
- Květen 2000
 - Naléhavost řešení zdravotnictví – velmi naléhavé 50,8%, dost 37,1%

- Hodnocení řešení vybraných problémů vládou – zdravotnictví – velmi dobře 0,7%, spíše dobře 19,7, spíše špatně 45,2%, špatně 29,2%
- Říjen 2000
 - Naléhavost řešení zdravotnictví – velmi naléhavé 50,6%, dost 39,5%

CVVM

- Duben 2001
 - Spokojenost s lékařskou péčí: rozhodně spokojeno 18,6%, spíše spok.o 65,6%, spíše nespoko. 10,7, rozhodně nespoko. 2,1%
 - Pomohlo zlepšit – více peněz na vybavení, lepší koncepce, vyšší zájem lékařů, lepší systém pojištění
 - Nepomohlo zlepšit – vyšší platy lékařům, větší konkurence lékařů, snížení administrativy
 - Naléhavost řešení zdravotnictví – velmi naléhavé 51%, dost 39,3%
- Září 2001
 - Problémy s výdaji na zdravotní péči – žádné 33,4%, malé 33,9%, větší 19, 1%, velké 8,4%
 - Spokojenost s úrovní zdravotní péče – rozhodně 10,3%, spíše a 53,5%, spíše n 22,7%, n 10%
- Říjen 2001
 - Naléhavost řešení zdravotnictví – velmi naléhavé 51,3%, dost 38,3%
- Leden 2002
 - Změna za poslední rok ve zdravotnictví – zlepšení 13,4%, zhoršení 44,4%, nezměnila 38,9%
 - Hodnocení situace – zdravotnictví – velmi dobře 8,3%, spíše dobře 56,9%, spíše špatně 26,3%, rozhodně špatně 5,1%
- Duben 2002
 - Naléhavost řešení zdravotnictví – velmi naléhavé 58%, dost 33,5%
- Listopad 2002
 - Spokojenost se zdravotním systémem velmi s 3%, docela s 37,5%, ani a ani n 37,5%, spíše horší 14,4%, docela n 5,3%
 - Zlepšení či zhoršení - velmi z 2,2%, mírně z 18,6%, nezměnila 47,4%, spíše h 17,3%, zhoršila mírně 5,6%
 - Spokojenost s lékařskou péčí: rozhodně spokojeno 10,1%, spíše spok.o. 59%, spíše nespoko. 23%, rozhodně nespoko. 3,9%
 - Stejně ceny v lékárnách – rozhodně a 47,3%, spíše 29,1%, spíše n 9,2%, rozhodně n 3,6%
 - Kdo by měl určovat ceny léků – ministerstvo zdravotnictví (40,7%), svaz pacientů 15,7%, lékařská komora 14,2%
- Březen 2003
 - Čím je nutné se zabývat – zdravotnictví – je to velmi důležité 78,4%, poměrně důležité 18%, nedůležité 2,5%
 - Naléhavost – velmi 58,7%, poměrně 33,6%, nenaléhavé 4,6%
- Květen 2003

- Přístup ke zdravotní péči – dobrý 7,3%, poměrně dobrý 61,1%, poměrně špatný 23,2%, velmi špatný 6%
- Říjen 2003
 - Hodnocení situace – zdravotnictví – velmi dobře 7,7%, spíše dobře 55,1%, spíše špatně 25%, rozhodně špatně 9,2%
- Listopad 2003
 - Velkou část nákladů na zdr. péči, vzdělávání má nést stát 28,3%, Lidé mají nést velkou část nákladů na zdr. péči, vzdělávání 1,7%
 - Důležitost řešení zdravotnictví – nedůležité 0,2%, velice důležité/prioritní 58,5%
- Prosinec 2003
 - Spokojenost se zdravotním systémem velmi s 3,1%, docela s 32,2%, ani a ani n 28,53%, docela n 23,3%, velmi n 10,5%
 - Kvalita v posledním roce – velmi zhoršila 3%, docela zh. 18,4%, nezměnila 44,7%, docela zh. 24,2%, velmi zh. 4,5%
 - Spokojenost s lékařskou péčí: rozhodně spokojeno 5,2%, spíše spoko. 44%, ani ani 30%, spíše nespoko. 15%, rozhodně nespoko. 4,2%
- Leden 2004
 - Změna za poslední rok ve zdravotnictví – zlepšení 0,2%, spíše zlepšení 2,2%, spíše zhoršení 45%, zhoršila 31,3%, nezměnila 20%
 - Snížení nemocenské – podporuje 3,9% + 8,4%, nepodporuje 25,8%+52,7%
- Únor 2004
 - Spokojenost se zdravotnictvím - velmi s 2,1%, docela s 20,4%, ani a ani n 33,4%, docela nespokojen 25,7%, velmi n 17,5%
- Březen 2004
 - Naléhavost zabývat se zdravotnictvím – velmi 70%, není naléhavé 3,1%, docela 24,5%
 - Spokojenost s životními podmínkami v místě bydliště – zdravotní péče – rozhodně s 7,1%, spíše s 49,3%, spíše n 29,1%, rozhodně n 12%
- Říjen 2004
 - Různí lidé mají různé představy cílů, o které by měl český stát usilovat. Jaký je Váš názor? Které z následujících cílů by si měl český stát vytýčit a uskutečňovat? Privatizace nemocnic – rozhodně a 4,7%, spíše a 13,5%, spíše n 30,1%, rozhodně n 36,9%
 - Hodnocení zdravotní péče – velmi dobrá 6,5%, docela d 58,8%, docela š 26,8%, velmi špatná 6,1%
- Prosinec 2004
 - Zdravotní systém – velmi dobrý 3,4%, docela dobrý 50,6%, nepříliš dobrý 36,1%, špatný 6,5%
 - Spokojenost se zdravotním systémem velmi s 2,7%, docela s 33,2%, ani a ani n 36,1%, docela n 20,9%, velmi n 6%
 - Kvalita v posledním roce – velmi zhoršila 1,6%, docela zh. 16,3%, nezměnila 56,1%, docela zh. 18,6%, velmi zh. 4,6%
 - Spokojenost s lékařskou péčí: rozhodně spokojeno 4,7%, spíše spoko. 44,3%, ani ani 30,6%, spíše nespoko 15,7%, rozhodně nespoko 3,6%
- Leden 2005

- Naléhavost zabývat se zdravotnictvím – velmi 62,8%, není naléhavé 4,6%, docela 30,5%
- Únor 2005
 - Očekávání změn ve zdravotnictví – nezmění se 51,4%,lepší 10,5%, zhorší 33% (trochu + rozhodně)
 - Spokojenost se zdravotnictvím - velmi s 0,8%, docela s 24,3%, ani a ani n 34,2%, docela nespokojen 27,2%, velmi n 12,3%
- Březen 2005
 - Spokojenost s životními podmínkami v místě bydliště – zdravotní péče – rozhodně s 7,9%, spíše s 53,9%, spíše n 25,4%, rozhodně n 9,3%
- Duben 2005
 - Hodnocení zdravotní péče – velmi dobrá 5,7%, docela d 58,3%, docela š 24,5%, velmi špatná 9,7%
- Červen 2005
 - Spokojenost se zdravotnictvím – velmi s 2,2%, docela s 25,9%, ani a ani n 33,2%, docela nespokojen 25,1%, velmi n 12,3%
 - Osobní názor na zdravotní péči – Podstatnou část nákladů na zdravotní péči, vzdělávání dětí, atd. má nést stát 23,8%/ Lidé mají sami nést podstatnou část nákladů na zdravotní péči, vzdělávání dětí, atd 2,3%
 - Veřejné výdaje – zdravotnictví – vydávat mnohem více 16,7%, více 51,6%, stejně 26,3%, méně 3,6%, rozhodně méně 0,4%
- Říjen 2005
 - Hodnocení přístupu ke zdravotní péči – velmi dobrá 7,53%, docela d 57,4%, docela š 25,6%, velmi špatná 7,1%
 - Výdaje na zdravotní péči – příliš nízké 9,7%, nízké 39,3%, odpovídající 34,5%, vysoké 10,2%, příliš vysoké 2,5%
- Prosinec 2005
 - Změna za poslední rok ve zdravotnictví – zlepšení 1,2%, spíše zlepšení 9%, spíše zhoršení 33,5%, zhoršila 11,7%, nezměnila 41,9%
 - Spokojenost se zdravotním systémem velmi s 1,8%, docela s 29%, ani a ani n 34%, docela n 22,9%, velmi n 9,1%
 - Kvalita v posledním roce – velmi zhoršila 0,8%, docela zh. 12,8%, nezměnila 52,2%, docela zh. 25%, velmi zh. 3,9%
 - Spokojenost s lékařskou péčí: rozhodně spokojeno 5,1%, spíše spoko 40,3%, ani ani 33,3%, spíše nespoko 16,2%, rozhodně nespoko 3,1%
 - Očekávání od Davida Ratha – zlepšení 3,9%, spíše z 15,9%, stejné 26,8%, spíše zh 22%, zh 15%
- Únor 2006
 - Spokojenost se zdravotnictvím – velmi s 2,4%, docela s 23,7%, ani a ani n 34,3%, docela nespokojen 23,6%, velmi n 14,4%
- Březen 2006
 - Spokojenost se zdravotnictvím – velmi s 2,2%, docela s 30,3%, docela nespokojen 37,9%, velmi n 25,6%
 - Potřeba reforem ve vybraných oblastech – zdravotnictví – rozhodně 47,7%, spíše 37,5%, spíše ne 9,5, ne 1,2% (ze všech dotazovaných oblastí nejvíce)

- Kde jsou problémy ve zdravotnictví – financování, hospodaření v oblasti léků, fungování pojišťoven,...
- Souhlas s různými výroky – co se týká zdravotnictví
- Duben 2006
 - Hodnocení přístupu ke zdravotní péči – velmi dobrá 6,2%, docela d 60,3%, docela š 24,6%, velmi špatná 6,4%
- Prosinec 2006
 - Spokojenost se zdravotním systémem velmi s 3,8%, docela s 28%, ani a ani n 36,6%, docela n 21,5%, velmi n 7,6%
 - Kvalita v posledním roce – velmi zhoršila 1,7%, docela zh. 15,8%, nezměnila 50,9%, docela zh. 22,9%, velmi zh. 4,6%
 - Spokojenost s lékařskou péčí: rozhodně spokojeno 6,2%, spíše spoko 39%, ani ani 31,9%, spíše nespoko 17,7%, rozhodně nespoko 3,5%
 - Jsou nebo nejsou podle Vás problémy v následujících vybraných oblastech zdravotnictví? Kvalita – velké 36,3/malé 50,8/žádné 6,9, financování - velké 77,1%/malé 10,5/žádné 1,4, vztah lékař pacient – velké 23,4/malé 53,4/žádné 16,1, dostupnost – velké 30%/malé 49,5%/žádné 16,1, hospodaření s léky – velké 63,5%/malé 20/žádné 2,2%, objem služeb – velké 37,2%/malé 38,1%/žádné 6,2%, fungování pojišťoven – velké 58,2%/malé 19,4%/žádné 3,2
- 2007 - leden
 - Spokojenost se zdravotnictvím – velmi s 2,6%, docela s 30%, docela nespokojen 21,9%, velmi n 8,5%, tak na půl 35,7
 - A očekáváte, že se situace v tomto roce zlepší nebo zhorší, pokud jde o: zdravotnictví - rozhodně zlepší 1%, spíše zlepší 13,7%, nezmění 55,4, spíše zhorší 21,8, rozhodně zhorší 2,7
- Únor 2007
 - Jak je naléhavé zabývat se: zdravotnictví m – velmi 69,9%, docela 26,7%, není 3%, neví 1%
- Duben 2007
 - Spokojenost s životními podmínkami v místě bydliště – zdravotní péče – rozhodně s 8,2%, spíše s 55,7%, spíše n 22,8%, rozhodně n 9,8%
- Červen 2007
 - Spokojenost se zdravotnictvím velmi s 2%, docela s 23,3%, ani a ani n 35,4%, docela n 25,6%, velmi n 12,6%
- Říjen 2007
 - Když porovnáte svůj dnešní život se situací před listopadem 1989, řekl byste, že jste na tom lépe nebo hůře pokud jde o zdravotnictví:
 - 1 rozhodně lépe 7,3%
 - 2 spíše lépe 19,7%
 - 3 ani lépe, ani hůře 29,9%
 - 4 spíše hůře 16,8%
 - 5 rozhodně hůře 9,9%
 - 8 netýká se 11,9%
 - 9 NEVÍ 4,5%
- Listopad 2007

- Výdaje na zdravotní péči – příliš v 0,8%, vysoké 6,6%, odpovídající 29,9%, nízké 43,8%, příliš nízké 14,2%
- Prosinec 2007
 - Spokojenost se zdravotním systémem velmi s 2,7%, docela s 27,4%, ani a ani n 29,7%, docela n 27,1%, velmi n 11,6%
 - Kvalita v posledním roce – velmi z 1,6%, docela z 13,6%, nezměnila 53,9%, docela zh 21,6%, velmi zh 5,2%
 - Spokojenost s lékařskou péčí: rozhodně spokojeno 7,2%, spíše spoko 43,6%, ani ani 29,4%, spíše nespoko 15,7%, rozhodně nespoko 3,6%
 - Jsou nebo nejsou podle Vás problémy v následujících vybraných oblastech zdravotnictví?
 - Kvalita – velmi velké 4,3%, velké 26,1%, malé 55,2%, nejsou žádné 9,3%
 - financování - velké 80,1%/malé 8,4%/žádné 1,5,
 - vztah lékař pacient – velké 26,6%/malé 52,5%/žádné 16,5,
 - dostupnost – velké 33,8%/malé 48%/žádné 15,5,
 - hospodaření s léky – velké 60,9%/malé 19,4%/žádné 1,8%,
 - objem služeb – velké 38,8%/malé 36,2%/žádné 7,2%,
 - fungování pojišťoven – velké 55,4%/malé 20,3%/žádné 3
- leden 2008
 - A očekáváte, že se situace v tomto roce zlepší nebo zhorší, pokud jde o: zdravotnictví - rozhodně 0,8%, spíše 9,6%, nezmění 18,6%, spíše zh 42,4%, rozhodně zh 25,4
- Únor 2008
 - Jak je naléhavé zabývat se: zdravotnictví m – velmi 75%, docela 19,6%, není 5%, neví 1%
- Duben 2008 – dopad EU na zdravotnictví – spíše příznivý 12,7%, ani ani 47%, spíše nepříznivý 27,5%
 - Spokojenost s životními podmínkami v místě bydliště – zdravotní péče – rozhodně s 9,1%, spíše s 53,1%, spíše n 27,8%, rozhodně n 8%
- Červen 2008
 - Spokojenost se zdravotnictvím – velmi s 1,8%, docela s 17,6%, docela nespokojen 30,6%, velmi n 20%, tak na půl 29
 - OZ. 3 Spokojenost s lékařskou péčí
 - OZ. 38 Poskytují zdravotníci nemocným dost informací
 - OZ. 39 Měl by se pacient podílet na rozhodování o léčbě
 - OZ. 40 Má pacient v ČR možnost podílet se na léčbě
 - OZ.41a Využívá zdroj informací o nemocech – tiskoviny, letáky
 - OZ.41b Využívá zdroj informací o nemocech – pořady v médiích
 - OZ.41c Využívá zdroj informací o nemocech – internet
 - OZ.41d Využívá zdroj informací o nemocech – pacientské organizace
 - OZ.41e Využívá zdroj informací o nemocech - jiný
 - OZ.4 hodnocení vlastního zdravotního stavu
- Prosinec 2008
 - OZ.1 Spokojenost se zdravotním systémem v ČR
 - OZ.2 Kvalita zdravotní péče v posledním roce

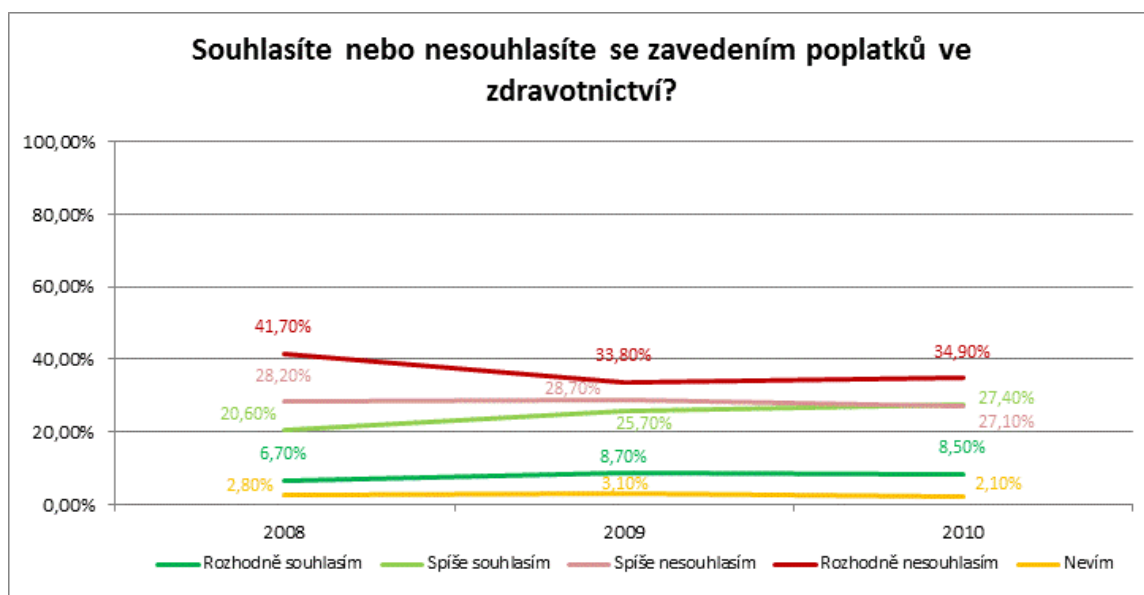
- OZ.3 Spokojenost s lékařskou péčí
- OZ.38 Poskytují zdravotníci nemocným dost informací
- OZ.39 Měl by se pacient podílet na rozhodování o léčbě
- OZ.40 Má pacient v ČR možnost podílet se na léčbě
- OZ.27a Je problém – kvalita zdravotní péče
- OZ.27b Je problém – financování veř.zdravotnictví
- OZ.27c Je problém – vztah mezi lékaři a pacienty
- OZ.27d Je problém – dostupnost zdravotní péče
- OZ.27e Je problém – hospodaření v oblasti léků
- OZ.27f Je problém – objem služeb poskytovaných veř.zdravotnictvím
- OZ.27g Je problém – fungování pojišťoven
- OZ.42a Tvrzení o zdrav. poplatcích – zamezení zbyteč.návštěvám
- OZ.42b Tvrzení o zdrav. poplatcích – neúměr.zátěž pro soc.slabé
- OZ.42c Tvrzení o zdrav. poplatcích – neúměr.zátěž pro všechny
- OZ.42d Tvrzení o zdrav. poplatcích – zmenšují plýtvání léky
- OZ.42e Tvrzení o zdrav. poplatcích – lékaři mají čas na nemocné
- OZ.42f Tvrzení o zdrav. poplatcích – je více peněz na náročné zákroky
- OZ. 43 Souhlasí se zavedením zdrav.poplatků
- Leden 2009
 - A očekáváte, že se situace v tomto roce zlepší nebo zhorší, pokud jde o: zdravotnictví - rozhodně 0,6%, spíše 15,1%, nezmění 42,5%, spíše zh 33,9%, rozhodně zh 5,4
- Duben 2009
 - Spokojenost s životními podmínkami v místě bydliště – zdravotní péče – rozhodně s 13,4%, spíše s 52,7%, spíše n 23,9%, rozhodně n 8,3%
- Září 2009
 - Když porovnáte svůj dnešní život se situací před listopadem 1989, řekl byste, že jste na tom lépe nebo hůře pokud jde o ...
- Listopad 2009
 - Výdaje na zdravotní péči – příliš v 0,9%, vysoké 5,6%, odpovídající 39,4%, nízké 38,5%, příliš nízké 11,8%
- Prosinec 2009
 - OZ.1 Spokojenost se zdravotním systémem v ČR
 - OZ.4 Hodnocení zdravotního stavu
 - OZ.27a Je problém – kvalita zdravotní péče
 - OZ.27b Je problém – financování veřejného zdravotnictví
 - OZ.27c Je problém – vztah mezi lékaři a pacienty
 - OZ.27d Je problém – dostupnost zdravotní péče
 - OZ.27e Je problém – hospodaření v oblasti léků
 - OZ.27f Je problém – objem služeb poskytovaných veř. zdravotnictvím
 - OZ.27g Je problém – fungování pojišťoven
 - OZ.42a Tvrzení o zdr. poplatcích – zamezení zbytečným návštěvám
 - OZ.42b Tvrzení o zdr. poplatcích – neúměrná zátěž pro soc.slabé
 - OZ.42c Tvrzení o zdr. poplatcích – neúměrná zátěž pro všechny
 - OZ.42d Tvrzení o zdr. poplatcích – zmenšují plýtvání léky

- OZ.42e Tvrzení o zdr. poplatcích – lékaři mají čas na nemocné
- OZ.42f Tvrzení o zdr. poplatcích – je více peněz na náročné zákroky
- OZ.43 Souhlas se zavedením zdrav. Poplatků
- Leden 2010
 - A očekáváte, že se situace v tomto roce zlepší nebo zhorší, pokud jde o: zdravotnictví - rozhodně 1%, spíše 11,2%, nezmění 38,5%, spíše zh 39,1%, rozhodně zh 7,5
- Duben 2010
 - Spokojenost s životními podmínkami v místě bydliště – zdravotní péče – rozhodně s 11,8%, spíše s 50%, spíše n 25,8%, rozhodně n 10%
- Prosinec 2010
 - Řekl byste, že se v roce 2010 v ČR situace ve zdravotnictví, zhoršila nebo se nezměnila? Rozhodně z 1,1%, spíše z 10%, nezměnila 37,8%, spíše zh 39,2%, rozhodně zh 10%
 - zdravotnictví
 - OZ.1 Spokojenost se zdravotním systémem v ČR
 - OZ.2 Vývoj kvality zdravotní péče v posledním roce
 - OZ.3 Spokojenost s lékařskou péčí
 - OZ.4 Hodnocení vlastního zdravotního stavu
 - Zdravotní péče
 - OZ.38 Poskytují zdravotníci nemocným dost informací
 - OZ.39 Měl by se pacient podílet na rozhodování o léčbě
 - OZ.40 Má pacient v ČR možnost podílet se na rozhodování o léčbě
 - OZ.27a Je problém – kvalita zdravotní péče
 - OZ.27b Je problém – financování veřejného zdravotnictví
 - OZ.27c Je problém – vztah mezi lékaři a pacienty
 - OZ.27d Je problém – dostupnost zdravotní péče
 - OZ.27e Je problém – hospodaření v oblasti léků
 - OZ.27f Je problém – objem služeb poskytovaných veř. zdravotnictvím
 - OZ.27g Je problém – fungování pojišťoven
- Leden 2011
 - Spokojenost se zdravotnictvím – velmi s 1,7%, docela s 19,8%, docela nespokojen 31,3%, velmi n 16,3%, tak na půl 29,6
- Únor 2011
 - Jak je naléhavé zabývat se : zdravotnictví m – velmi 78,5%, docela 16, 5%, není 4,2%,
 - Názory na krizi ve zdravotnictví:
 - OZ.1 Spokojenost se zdravotním systémem v ČR
 - OZ.3 Spokojenost s lékařskou péčí
 - OZ.44 Finanční ohodnocení lékařů v nemoc. vzhledem k jejich práci
 - OZ.45 Finanční ohodnocení lékařů v nemoc. vzhledem k platům v ČR
 - OZ.52 Původní požadavky lékařů iniciativy „Děkujeme, odcházíme“
 - OZ.46 Přiměřenost původních požadavků na zvýšení platů
 - OZ.47 Které požadavky byly nepřiměřené
 - OZ.48a Řešení situace – vláda přistoupit na původní požadavky lékařů

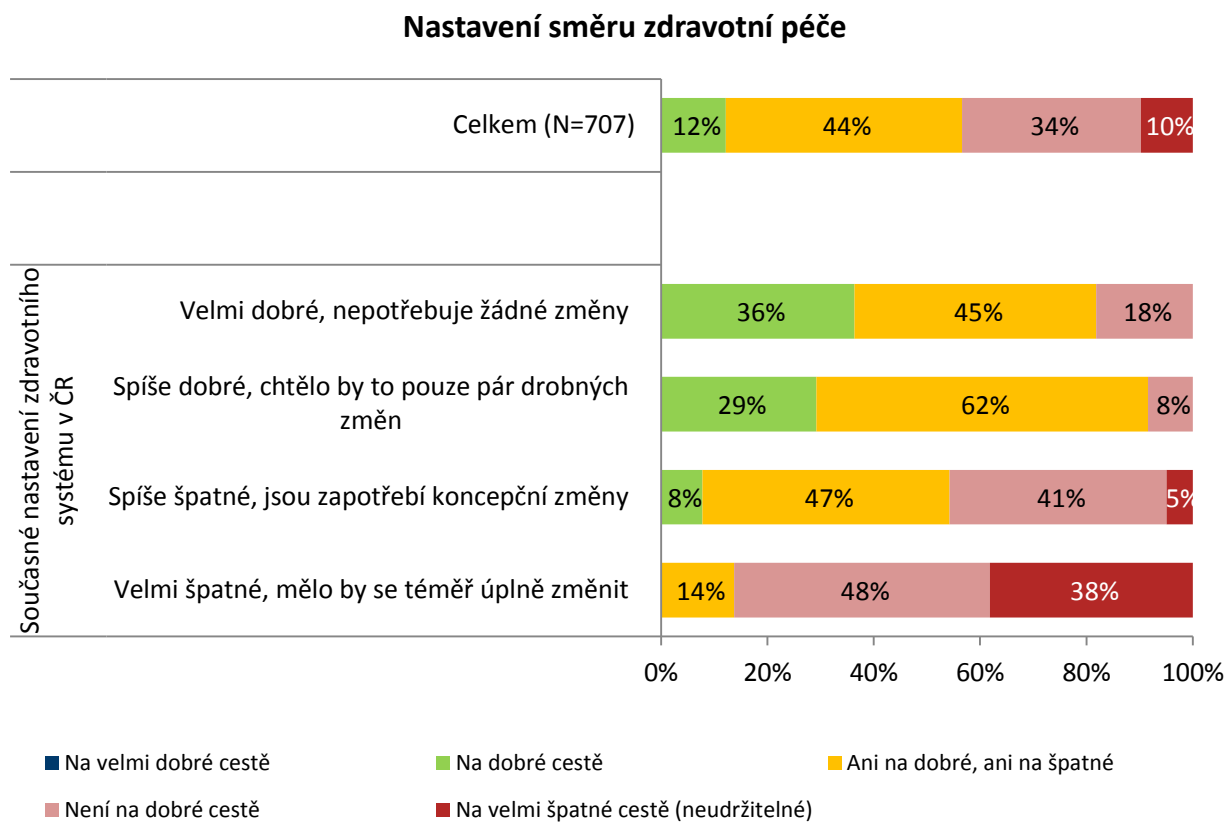
- OZ.48b Řešení situace – lékaři přijmout závazek vlády budoucího řešení
- OZ.48c Řešení situace – lékaře nechat odejít a nabrat nové ze zahraničí
- OZ.48d Řešení situace – jiná představa řešení
- OZ.49 Kolik lékařů z nemocnic nakonec odejde
- OZ.50a Dlouhodobý dopad na – dostupnost péče
- OZ.50b Dlouhodobý dopad na – kvalita péče
- OZ.50c Dlouhodobý dopad na – jeho vlastní zdraví
- OZ.50d Dlouhodobý dopad na – zdravotní systém v ČR
- OZ.51a Hodnocení jednání – lékaři co dali výpověď
- OZ.51b Hodnocení jednání – lékaři co nedali výpověď
- OZ.51c Hodnocení jednání – Ministerstvo zdravotnictví
- OZ.51d Hodnocení jednání – Lékařský odborový svaz
- OZ.51e Hodnocení jednání – Česká asociace sester
- OZ.51f Hodnocení jednání – Česká lékařská komora
- Červen 2011
 - Spokojenost se zdravotnictvím – velmi s 1,8%, docela s 38%, docela nespokojen 38,8%, velmi n 20,4%
 - Souhlasíte nebo nesouhlasíte s myšlenkou rozdělit zdravotní péči na standard hrazený ze zdravotního pojištění a nadstandard, který se bude připlácet?
 - 1 rozhodně souhlasí 7,2%
 - 2 spíše souhlasí 27,6%
 - 3 spíše nesouhlasí 30,7%
 - 4 rozhodně nesouhlasí 29,6%
- Duben 2011
 - Spokojenost s životními podmínkami v místě bydliště – zdravotní péče – rozhodně s 10,3%, spíše s 51,3%, spíše n 27,2%, rozhodně n 9,4%
- Říjen 2011
 - Když porovnáte dnešní život se situací před listopadem 1989, řekl byste, že je to v současné době lepší, horší nebo stejné pokud jde o péči o zdraví
 - 1 rozhodně lepší 15,0%
 - 2 spíše lepší 29,3%
 - 3 stejné 27,9%
 - 4 spíše horší 17,3%
 - 5 rozhodně horší 5,5%
- Listopad 2011
 - Výdaje na zdravotní péči – příliš v 6,4%, odpovídající 46,1%, nízké 38,5%, příliš nízké 43,1%
- Prosinec 2011
 - OZ.1 Spokojenost se zdravotním systémem v ČR
 - OZ.2 Vývoj kvality zdravotní péče v posledním roce
 - OZ.3 Spokojenost s lékařskou péčí
 - OZ.38 Poskytují zdravotníci nemocným dost informací
 - OZ.40 Má pacient v ČR možnost podílet se na rozhodování o léčbě
 - OZ.27a Je problém – kvalita zdravotní péče
 - OZ.27b Je problém – financování veřejného zdravotnictví

- OZ.27c Je problém – vztah mezi lékaři a pacienty
- OZ.27d Je problém – dostupnost zdravotní péče
- OZ.27e Je problém – hospodaření v oblasti léků
- OZ.27f Je problém – objem služeb poskytovaných veř. zdravotnictvím
- OZ.27g Je problém – fungování pojišťoven
- Poplatky a jiná opatření
- OZ.29a Souhlas – více připlácet na léky
- OZ.29b Souhlas – jednotný poplatek za recept
- OZ.29c Souhlas – jedna veřejná zdr. pojišťovna
- OZ.29e Souhlas – zvýšit rizikovým skupinám zdr. pojištění
- OZ.29f Souhlas – snížení počtu specializovaných zdr. pracovišť
- OZ.29g Souhlas – bez doporučení praktického lékaře platit u specialisty
- OZ.29h Souhlas – připlácet v nemocnici na stravu a lůžko
- OZ.29i Souhlas – platit za návštěvu u lékaře
- OZ.29j Souhlas – snížit počet lůžek v nemocnicích
- OZ.29k Souhlas – rozdělit péči na standard a nadstandard
- Leden 2012
 - Spokojenost se zdravotnictvím – velmi s 2,8%, docela s 21,8%, docela nespokojen 28,8%, velmi n 14,3%, tak na půl 31,5%
- Únor 2012
 - Jak je naléhavé zabývat se: zdravotnictvím – velmi 59,2%, docela 32,7%, není 6,8%,
- Duben 2012
 - Spokojenost s životními podmínkami v místě bydliště – zdravotní péče – rozhodně s 10,8%, spíše s 52,3%, spíše n 25,7%, rozhodně n 10,6%
- Květen 2012
 - Spokojenost se stavem zdravotnictví – 1,7%, 32,1%, 39%, 25,4%
 - + s možností tak na půl (červen)
- Prosinec 2012
 - OZ.1 Spokojenost se zdravotním systémem v ČR
 - OZ.2 Vývoj kvality zdravotní péče v posledním roce
 - OZ.3 Spokojenost s lékařskou péčí
 - OZ.4 Hodnocení vlastního zdravotního stavu
 - OZ.38 Poskytují zdravotníci nemocným dost informací
 - OZ.39 Měl by se pacient podílet na rozhodování o léčbě
 - OZ.40 Má pacient v ČR možnost podílet se na rozhodování o léčbě
 - OZ.27a Je problém – kvalita zdravotní péče
 - OZ.27b Je problém – financování veřejného zdravotnictví
 - OZ.27c Je problém – vztah mezi lékaři a pacienty
 - OZ.27d Je problém – dostupnost zdravotní péče
 - OZ.27e Je problém – hospodaření v oblasti léků
 - OZ.27f Je problém – objem služeb poskytovaných veř. zdravotnictvím
 - OZ.27g Je problém – fungování pojišťoven
 - Poplatky a jiná opatření
 - OZ.29a Souhlas – více připlácet na léky

- OZ.29b Souhlas – jednotný poplatek za recept
- OZ.29c Souhlas – jedna veřejná zdr. pojišťovna
- OZ.29e Souhlas – zvýšit rizikovým skupinám zdr. pojištění
- OZ.29f Souhlas – snížení počtu specializovaných zdr. pracovišť
- OZ.29g Souhlas – bez doporučení praktického lékaře platit u specialisty
- OZ.29h Souhlas – připlácet v nemocnici na stravu a lůžko
- OZ.29i Souhlas – platit za návštěvu u lékaře
- OZ.29j Souhlas – snížit počet lůžek v nemocnicích
- OZ.29k Souhlas – rozdělit péči na standard a nadstandard
- Leden 2013
 - Spokojenost se zdravotnictvím – velmi s 2,9%, docela s 27,7%, docela nespokojen 25,1%, velmi n 12,7%, tak na půl 30,9%
- Duben 2013
 - Spokojenost s životními podmínkami v místě bydliště – zdravotní péče – rozhodně s 12,3%, spíše s 53,1%, spíše n 26,5%, rozhodně n 6,6%
- Prosinec 2013
 - OZ.1 Spokojenost se zdravotním systémem v ČR
 - OZ.2 Vývoj kvality zdravotní péče v posledním roce
 - OZ.3 Spokojenost s lékařskou péčí
 - OZ.4 Hodnocení vlastního zdravotního stavu
 - OZ.38 Poskytují zdravotníci nemocným dost informací
 - OZ.39 Měl by se pacient podílet na rozhodování o léčbě
 - OZ.40 Má pacient v ČR možnost podílet se na rozhodování o léčbě
 - OZ.27a Je problém – kvalita zdravotní péče
 - OZ.27b Je problém – financování veřejného zdravotnictví
 - OZ.27c Je problém – vztah mezi lékaři a pacienty
 - OZ.27d Je problém – dostupnost zdravotní péče
 - OZ.27e Je problém – hospodaření v oblasti léků
 - OZ.27f Je problém – objem služeb poskytovaných veř. zdravotnictvím
 - OZ.27g Je problém – fungování pojišťoven
 - Poplatky a jiná opatření
 - OZ.29a Souhlas – více připlácet na léky
 - OZ.29b Souhlas – jednotný poplatek za recept
 - OZ.29c Souhlas – jedna veřejná zdr. pojišťovna
 - OZ.29e Souhlas – zvýšit rizikovým skupinám zdr. pojištění
 - OZ.29f Souhlas – snížení počtu specializovaných zdr. pracovišť
 - OZ.29g Souhlas – bez doporučení praktického lékaře platit u specialisty
 - OZ.29h Souhlas – připlácet v nemocnici na stravu a lůžko
 - OZ.29i Souhlas – platit za návštěvu u lékaře

Příloha č. 10: Poplatky ve zdravotnictví

Zdroj dat: CVVM

Příloha č. 11: Nastavení směru zdravotní péče

Příloha č. 12 – Data k otázce současného nastavení zdravotního systému

[zpět na obsah](#)

		Celkem	Současné nastavení zdravotního systému v ČR			
			Velmi dobré, nepotřebuje žádné	Spíše dobré, chtělo by to pouze 1	Spíše špatné, jsou zapotřebí koni	Velmi špatné, mělo by se téměř 1
Počet respondentů (N)		707	11	178	387	131
Četnost odpovědí	Na velmi dobré cestě	0	0	0	0	0
	Na dobré cestě	86	4	52	30	0
	Ani na dobré, ani na špatné	314	5	111	180	18
	Není na dobré cestě	238	2	15	158	63
	Na velmi špatné cestě (neudržitelné)	69	0	0	19	50
Relativní četnost odpovědí (%)	Na velmi dobré cestě	0%	0%	0%	0%	0%
	Na dobré cestě	12%	36%	29%	8%	0%
	Ani na dobré, ani na špatné	44%	45%	62%	47%	14%
	Není na dobré cestě	34%	18%	8%	41%	48%
	Na velmi špatné cestě (neudržitelné)	10%	0%	0%	5%	38%
Statistická významnost	Na velmi dobré cestě					
	Na dobré cestě		+	+++	---	---
	Ani na dobré, ani na špatné			+++		---
	Není na dobré cestě			---	+++	+++
	Na velmi špatné cestě (neudržitelné)			---	---	+++

Příloha č. 14: Data ke znalosti pojmu lidská práva se vztahem ke zdraví

		Lidská práva se vztahem ke zdraví									
		Celkem		Gender		Age					
Počet respondentů (N)		707	437	270	71	204	162	150	120		
Četnost odpovědí	Znám je, vím, co pod ně spadá	82	40	42	4	21	22	11	24		
	Už jsem o tom zaslechl/a, ale nevím, co přesně	292	182	110	25	87	64	69	47		
	Neznám je, slyším o tom poprvé	333	215	118	42	96	76	70	49		
Relativní četnost odpovědí (%)	Znám je, vím, co pod ně spadá	12%	9%	16%	6%	10%	14%	7%	20%		
	Už jsem o tom zaslechl/a, ale nevím, co přesně	41%	42%	41%	35%	43%	40%	46%	39%		
	Neznám je, slyším o tom poprvé	47%	49%	44%	59%	47%	47%	47%	41%		
Statistická významnost	Znám je, vím, co pod ně spadá		--	++					++		
	Už jsem o tom zaslechl/a, ale nevím, co přesně pod ně spadá										
	Neznám je, slyším o tom poprvé				+						

Příloha č. 15: Data k otázce současného nastavení zdravotního systému

		Současné nastavení zdravotního systému v ČR												
		Celkem				Současné nastavení zdravotního systému v ČR				Age				
		Velmi dobré, nepotřebuje žádné změny	Spiše dobré, chtělo by to pouze pár drobných	Spiše špatné, jsou zapotřebí konkrétní změny	Velmi špatné, mělo by se téměř úplně změnit	Velmi dobré, nepotřebuje žádné změny	Spiše dobré, chtělo by to pouze pár drobných	Spiše špatné, jsou zapotřebí konkrétní změny	Velmi špatné, mělo by se téměř úplně změnit	18-30	31-40	41-50	51-60	61+
Počet respondentů (N)		707	11	178	387	131	71	204	162	150	120			
Četnost odpovědí	Velmi dobré, nepotřebuje žádné změny	11	11	0	0	0	5	3	1	0	2			
	Spiše dobré, chtělo by to pouze pár drobných	178	0	178	0	0	31	67	27	32	21			
	Spiše špatné, jsou zapotřebí konkrétní změny	387	0	0	387	0	30	109	98	86	64			
	Velmi špatné, mělo by se téměř úplně změnit	131	0	0	0	131	5	25	36	32	33			
Relativní četnost odpovědí (%)	Velmi dobré, nepotřebuje žádné změny	2%	100%	0%	0%	0%	7%	1%	1%	0%	2%			
	Spiše dobré, chtělo by to pouze pár drobných	25%	0%	100%	0%	0%	44%	33%	17%	21%	18%			
	Spiše špatné, jsou zapotřebí konkrétní změny	55%	0%	0%	100%	0%	42%	53%	60%	57%	53%			
	Velmi špatné, mělo by se téměř úplně změnit	19%	0%	0%	0%	100%	7%	12%	22%	21%	28%			
Statistická významnost	Velmi dobré, nepotřebuje žádné změny		+++				+++							
	Spiše dobré, chtělo by to pouze pár drobných		---	+++			+++							
	Spiše špatné, jsou zapotřebí konkrétní změny		---	---	+++		-							
	Velmi špatné, mělo by se téměř úplně změnit			---	---	+++	--						++	

