

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

Diplomová práce

2018

Ing. Eva Šenková

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

Gender jako faktor ovlivňující zdraví

Diplomová práce

Autor práce: Ing. Eva Šenková

Studijní program: Sociologie

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Olga Angelovská

Rok obhajoby: 2018

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne

Ing. Eva Šenková

Bibliografický záznam

ŠENKOVÁ, Eva. *Gender jako faktor ovlivňující zdraví*. Praha, 2018. 130 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí diplomové práce Mgr. Ing. Olga Angelovská.

Rozsah práce: 173 409 znaků s mezerami.

Anotace

Diplomová práce se zaměřuje na vztah genderu a zdraví. Postoje a projevy chování, související s mužskou či ženskou rolí jedinců ve společnosti, jsou jedním z faktorů, které působí na lidské zdraví a ovlivňují délku života. Práce mapuje situaci v České republice – zda je směřována politika ke snižování genderových nerovností ve využívání zdravotních služeb a zda jsou nějak reflektovány rozdíly mezi ženami a muži v jejich potřebách a v přístupu ke svému zdraví. Práce se opírá o teorii implementace se zaměřením na identifikaci bariér, které úspěšné implementaci brání, o koncept determinant zdraví a gender mainstreamingu. Při výzkumu byly uplatněny kvalitativní i kvantitativní metody. Primární data byla získána expertními rozhovory a písemným dotazováním odborníků. Mezi sekundárními daty měly klíčovou roli strategické veřejněpolitické dokumenty a publikované statistické údaje. Výzkumem bylo zjištěno, že Česká republika se hlásí ke strategickým cílům v souvislosti s nerovnostmi ve zdraví žen a mužů, není však vyvíjena adekvátní činnost k jejich dosažení. Dále bylo identifikováno několik bariér, které naplnění strategických cílů mohou znesnadňovat či bránit. Tyto bariéry byly rozčleněny na dvě hlavní skupiny: bariéry subjektivní a objektivní.

Annotation

The diploma thesis focuses on the relation of gender and health. Attitudes and behavioral manifestations associated with the male or female roles of individual personalities in society are one of the factors that affect human health and the length of life. The thesis maps the situation in the Czech Republic – whether there is a policy aimed at reducing gender inequalities in the use of health services, and whether differences between women and men in needs and in attitudes to their health are reflected. The thesis is based on the theory of implementation focusing on the identification of barriers to successful implementation, the concept of health determinants and gender mainstreaming. Qualitative and quantitative research methods were applied. The primary data was collected through both expert interviews and written comments of experts. Among the secondary data, strategic public policy documents and published statistics were key. It has been found that the Czech Republic adopted strategic goals in relation to gender inequalities, but there is no adequate action to achieve them. Several barriers have also been identified that can make it difficult

or impossible to meet those strategic goals. These barriers were divided into two main groups: subjective and objective barriers.

Klíčová slova

Gender, nerovnosti, determinanty zdraví, zdravotní služby, bariéry implementace.

Keywords

Gender, inequalities, health determinants, health care services, implementation barriers.

Title

Gender as a factor affecting health

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala Mgr. Ing. Olze Angelovské za odborné vedení této práce, za veškeré podněty a rady a za její ochotu a vstřícnost.

Mé díky patří také osloveným expertkám a expertům, kteří mi věnovali svůj čas a podělili se o své názory a cenné zkušenosti.

Poděkování náleží také mému synu Martinovi, že mi byl inspirací, a všem blízkým, kteří mě povzbuzovali.

OBSAH

Úvod	- 3 -
1. Výzkumné otázky	- 5 -
2. Metodologie	- 7 -
3. Teorie implementace	- 10 -
3.1. Selhání veřejné politiky	- 10 -
3.2. Pojem implementace	- 10 -
3.3. Přístupy k analýze implementačního procesu	- 11 -
3.4. Teoretické modely implementace	- 14 -
3.5. Implementační deficit	- 15 -
3.6. Bariéry implementace	- 15 -
4. Zdraví a jeho determinanty	- 17 -
5. Gender mainstreaming a jeho uplatňování při hodnocení dopadů v oblasti zdraví	- 19 -
6. Gender a zdraví v souvislostech	- 21 -
6.1. Rovnost pohlaví jako součást hodnotového systému společnosti	- 21 -
6.2. Genderové role a jejich souvislost se zdravím	- 23 -
6.3. Zdravotní stav české populace	- 25 -
6.4. Postoj organizací s celosvětovou působností ke genderovým nerovnostem ve zdraví	- 28 -
7. Gender equity a gender equality ve veřejněpolitických dokumentech	- 30 -
7.1. Základní práva žen a mužů v oblasti zdraví v legislativě České republiky	- 30 -
7.2. Veřejněpolitické dokumenty rezortu zdravotnictví v evropském kontextu	- 32 -
7.3. Veřejněpolitické dokumenty rezortu zdravotnictví v České republice	- 36 -
7.4. Dokumenty z oblasti rovnosti práv žen a mužů	- 41 -
8. Dostupnost údajů k identifikaci genderových nerovností ve zdraví a v přístupu ke zdravotním službám	- 48 -
8.1. Genderové statistiky	- 48 -
8.2. Zdravotnická statistika	- 54 -
8.3. Data zdravotních pojišťoven	- 56 -
9. Nákladové pojetí zdravotní péče o muže a ženy	- 58 -
9.1. Výdaje na zdravotní péči v systému veřejného zdravotního pojištění	- 59 -
9.2. Preventivní programy	- 64 -
9.3. Přímé výdaje příjemců zdravotní péče	- 71 -
10. Gender a zdraví... a jak dál?	- 77 -
11. Diskuze výsledků výzkumu	- 81 -
11.1. Odpovědi na výzkumné otázky	- 81 -
11.2. Naplnění cíle výzkumu	- 86 -

Závěr	- 91 -
Summary	- 93 -
Použitá literatura a zdroje	- 95 -
Teze diplomové práce	- 114 -
Seznam příloh	- 119 -
Přílohy	- 120 -

Úvod

„*Velice rozmnožím tvé trápení i bolesti těhotenství, syny budeš rodit v utrpení, budeš dychtit po svém muži, ale on nad tebou bude vládnout,*“ řekl Bůh ženě (Bible: Genesis 3,16) a muži pak pravil: „*V potu své tváře budeš jíst chléb, dokud se nenavrátiš do země, z níž jsi byl vzat*“ (Bible: Genesis 3,19). Takto byly rozděleny role žen a mužů v Knize knih jako trest za to, že žena a muž ochutnali plody ze stromu poznání: žena v nerovném, podřízeném postavení vůči muži a snášející život s bolestí, a muž, který žije prací pro obživu, dokud neskoná.

Od doby, kdy byla tato slova zaznamenána, uplynulo již velmi mnoho času. Bez ohledu na to, zda je naše soudobá společnost věřící, či k jaké víře se její jednotliví členové přiklání, na křesťanských základech byla vybudována. Rozdělení ženských a mužských rolí skutečně dlouho odpovídalo tomuto předurčení a nadto bylo vnímáno jako trvalé. V novodobé historii však dochází k některým společenským změnám, které životní úděl žen a mužů pozměňují.

Jak je z úryvku patrné, přijetí ženské či mužské role nesouvisí jen s dělbou práce a uspořádáním společnosti, ale také s vnímáním prožitků a bolesti, s houževnatostí a odhodláním, a nakonec se smrtí. Tato myšlenka má i svou moderní parafrázi: ženy jsou nemocné a muži umírají. Ženy vyhledávají častěji pomoc lékaře a – přesto nebo právě proto – dožívají se vyššího věku než muži.

Postoje a projevy chování, související s mužskou či ženskou rolí jedinců ve společnosti, jsou jen jedním z mnoha faktorů, které působí na lidské zdraví a ovlivňují délku života. Nicméně ve společnosti, která usiluje o zvyšování kvality života celé populace, je i tato determinanta hodna náležité pozornosti. A proto se jí věnuje i tato diplomová práce.

V oblasti zdraví se genderové stereotypy projevují tím, jak odlišně muži a ženy vnímají vlastní tělo a jak se ke svému tělu chovají – jak pečují o své zdraví, jak se vystavují zdravotně rizikovému jednání, jak vyhledávají pomoc blízkých osob či odborníků v případě nemoci nebo obtíží.

Rozdíly ve zdraví žen a mužů však nejsou pouze výsledkem reprodukce genderových stereotypů. Vyplývají také ze vzájemných anatomických a fyziologických rozdílů mezi muži a ženami. Působení všech vlivů je zachyceno zdravotnickou statistikou, která vykazuje odlišnou míru nemocnosti a úmrtnosti žen a mužů na různá onemocnění. Nicméně je obtížné

přesně diferencovat míru, jakou se na výsledných hodnotách podílí biologie a jakou gender. Biologicky neodůvodněné rozdíly ve zdraví je možné považovat za rozdíly odstranitelné. Je proto žádoucí hledat účinné veřejněpolitické nástroje, které by umožnily ženám i mužům využívat svého práva na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví, a tedy i délky života.

Diplomová práce pomyslně sestává ze dvou částí. V části první jsou nejprve shrnuty výsledky předchozích výzkumů, jsou definovány cíle a výzkumné otázky, je popsána metodologie výzkumu a následně jsou vymezena zvolená teoretická východiska. V druhé části práce je představen širší kontext řešené problematiky genderu a zdraví, je provedena analýza dat z primárních a sekundárních zdrojů, její vyhodnocení a jsou vysloveny závěry k provedenému výzkumu.

1. Výzkumné otázky

Problematika řešení genderových nerovností ve zdraví je v České republice dosud jen okrajově zmapována. Z dosavadního výzkumu je k dispozici studie výstupů z hodnocení dopadů regulace na rovnost mužů a žen v praxi třech českých ministerstev, včetně Ministerstva zdravotnictví, z nichž vyplynulo, že ministerstva tvoří hodnotící formulace mechanicky a mají povrchní znalost genderové oblasti (Hondlíková, Hejzlarová, 2015). Dostupný je také výzkum genderového rozměru v prostředí nemocnic (Šmídová Matoušová, Tollarová in Šmídová Matoušová a kol., 2017), z něhož vyplynulo, že v českém zdravotnictví přetrvává obecný genderový řád a prostřednictvím tradičních genderových rolí je posilována hierarchie zdravotnických profesí. Lékařská práce je pojímána jako produktivní (maskulinní), sesterská jako reproduktivní (femininní) a méně hodnotná. Profese lékaře je spojena s vysoce ceněnými rysy jako např. objektivita, emoční neutralita, neosobní kontakt s klienty, zodpovědnost za své konání, dodržování etických standardů. Role sestry je definována jako komplementární k roli lékaře. Současně plní sestra vůči lékaři také roli živého hromosvodu při ventilování jeho negativních emocí v zájmu vyššího cíle – záchranu života a zdraví pacienta. K výzkumu genderových nerovností ve zdraví je možné dohledat také absolventskou práci – Vonášková (2014) v bakalářské práci prokázala rozdíly v přístupu českých žen a mužů ke svému zdraví.

Se zřetelem k tomu, že výzkumem v této diplomové práci nelze postihnout všechny neprozkoumané aspekty genderových nerovností ve zdraví, je primárním cílem autorky rozšířit dosavadní poznání v tom ohledu, zda je v České republice směřována politika ke snižování genderových nerovností ve využívání zdravotních služeb a zda jsou nějak reflektovány rozdíly mezi ženami a muži v jejich potřebách a v přístupu ke svému zdraví.

V návaznosti na stanovený cíl výzkumu byly formulovány následující výzkumné otázky:

- Jakým způsobem je genderová rovnost v přístupu ke zdravotním službám a v možnostech jejich využívání v ČR zachycena ve veřejněpolitických dokumentech?
- Jak jsou stanoveny veřejněpolitické cíle k dosažení genderové rovnosti v oblasti zdraví v ČR?

- Jsou v ČR systematicky vyhodnocovány údaje s ohledem na identifikaci možných genderových nerovností ve zdraví? A pokud ano, jakým způsobem?
- Nabízejí statistická data, dostupná v ČR, dostatečné možnosti k mapování genderových nerovností v přístupu ke zdravotním službám?
- Je o nákladech na zdravotní služby a prevenci onemocnění v ČR rozhodováno z pohledu možných rozdílů mezi muži a ženami v přístupu ke zdraví a využívání zdravotních služeb?

2. Metodologie

Diplomová práce je zpracována s využitím kvalitativního a kvantitativního přístupu.

V rámci kvalitativního výzkumu byla pro tematickou analýzu využita primární i sekundární data. Primární data byla získána z expertních rozhovorů a písemným dotazováním expertů.

Pro sběr primárních dat byly provedeny tyto expertní rozhovory:

Mgr. Josef Petr, působí v organizaci Liga otevřených mužů jako koordinátor kampaní a lektor, mimo jiné má na starosti téma mužského zdraví a pořádá kampaň Suchej únor.

Rozhovor o délce 1:06:02 proběhl 10. ledna 2018 na Ústředí Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, Orlická 2020/4, Praha 3.

RNDr. Martin Vydra, působí jako analytik ve Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. V současné době se věnuje oblasti služeb klientům, v minulosti měl na starosti problematiku přerozdělování pojistného.

Rozhovor o délce 1:06:42 proběhl 15. ledna 2018 na Ústředí Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, Orlická 2020/4, Praha 3.

MUDr. Hana Janata, CSc., působí jako vedoucí Oddělení podpory zdraví ve Státním zdravotním ústavu a věnuje se např. projektům na snižování zdravotních nerovností.

Rozhovor o délce 1:02:02 proběhl 25. ledna 2018 v Centru podpory veřejného zdraví ve Státním zdravotním ústavu, Šrobárova 48, Praha 10.

Ing. Tomáš Jung, MBA, působí na Ministerstvu zdravotnictví jako vedoucí Oddělení zdravotních programů, kde má na starosti např. projekt adresného zvaní pojištěnců na preventivní screeningová vyšetření některých onkologických onemocnění.

Rozhovor o délce 0:41:06 proběhl 29. ledna 2018 na Ministerstvu zdravotnictví, Palackého nám. 375/4, Praha 2.

Výběr respondentů a příprava podkladů k rozhovorům navazovaly na prvotní poznatky z provedeného sběru dokumentů. Rozhovory byly nahrávány na záznamové zařízení. Otázky byly vybírány individuálně s ohledem na odbornost každého experta.

Všichni experti souhlasili s uvedením svého jména k vysloveným názorům. Před analýzou rozhovorů byla nejprve provedena jejich transkripce.

Další primární data byla získána písemným dotazováním těchto expertů:

Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc., odborník na sociální lékařství a veřejné zdravotnictví, mimo jiné přednosta Ústavu sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně, předseda výboru Společnosti sociálního lékařství a řízení péče o zdraví České lékařské společnosti J. E. Purkyně, člen vědecké rady Ústavu pro zdravotní gramotnost.

PhDr. Martin Jára, zakladatel a ředitel Ligy otevřených mužů, psycholog a psychoterapeut, člen Rady vlády pro rovné příležitosti žen a mužů a Pracovní skupiny muži a rovnost žen a mužů.

PhDr. Ilona Preslová, psycholog, garant předmětu Gender problematika na Klinice adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

Mgr. Marek Řezanka, pracovník Českého statistického úřadu.

Mgr. Vladimíra Kalnická, pracovnice Českého statistického úřadu.

Ing. Ivana Němcová, rezortní koordinátorka rovnosti žen a mužů na Ministerstvu zdravotnictví.

Sekundární data k této diplomové práci tvoří publikované dokumenty, zejména: legislativa a strategické a koncepční dokumenty; výroční zprávy a další klíčové dokumenty zdravotních pojišťoven; přehledy statistických ukazatelů; veřejně dostupný videozáznam z diskuze expertů.

Některé statistické ukazatele, získané z veřejně dostupných publikací nebo od expertů, byly autorkou doplněny o vlastní výpočty a/nebo graficky znázorněny; hodnoty ukazatelů za muže a ženy byly vzájemně komparovány.

Výše zmíněná diskuze expertů byla vedena na téma Mužské zdraví v Čechách aneb Kluci nepláčou? Diskuze proběhla 1. března 2017 v rámci cyklu MEDialogy na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy (MEDialogy, [online]¹).

Délka diskuze 0:58:27. Účastníci debaty:

Prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., přednosta Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Prof. MUDr. RNDr. Vilím Šimánek, DrSc., ředitel PROSTAKu – sdružení pacientů s onemocněním prostaty.

RNDr. Josef Hausmann, CSc., biochemik, tlumočnick a spisovatel.

Petr Koukal, mistr ČR v badmintonu, zakladatel Nadačního fondu Petra Koukala a projektu STK pro chlapy.

PhDr. Jakub Železný, moderátor.

Pro analýzu diskuze byla nejprve provedena její transkripce.

V rámci kvantitativního výzkumu byla provedena obsahová analýza dokumentu Health 2020 (Euro WHO, 2013).

¹ MEDialogy: Mužské zdraví v Čechách aneb Kluci nepláčou?. In: Youtube [online]. 15. března 2017 [cit. 2018-01-05]. Dostupné z: https://www.youtube.com/watch?time_continue=13&v=2bTjgb0ADeM. Kanál uživatele LF1UK.

3. Teorie implementace

3.1. Selhání veřejné politiky

Ne každá veřejná politika dosáhne v praxi požadovaného stavu – čas od času selhává. Linder a Peters odhalili tři základní typy selhání, která mohou politiku postihnout na její cestě k uskutečnění:

- Selhání při implementaci nastává v případě, že politika, jež je v jiných ohledech poměrně správná a účinná, je zhcena v průběhu realizace, ať už úmyslně či náhodou. V konečném výsledku tedy není dosaženo vyhlášeného záměru, např. z důvodu odporu jednotlivců či skupin, pověřených realizací, nebo chyb v procesu realizace.
- Při selhání během formulace politiky nastává situace, že politika je odsouzena k neúspěchu již při svém zrodu a ani nejlepší úředníci by neměli šanci dovést ji ke zdaru. Taková selhání mohou být výsledkem přehnaných ambicí či neporozumění podstatě problému, ale ať už je příčina jakákoliv, zvolená řešení nejsou odpovědí na problém, který má být řešen.
- K selhání politiky může dojít přesto, že dosáhla stanovených cílů, a to v situaci, kdy vytváří tolik negativních vedlejších účinků, že léčba je horší než vlastní onemocnění, a i přes úspěšně provedenou realizaci je celkový dopad politiky negativní. Pokud je brána v úvahu interakce některé politiky se skupinou jiných politik, může se celkový počet selhání zásadně zvýšit (Linder, Peters, 1987: 461-462).

3.2. Pojem implementace

Implementaci je možné zjednodušeně definovat jako proces, kterým jsou vládní politiky uskutečněny příslušnými agenturami (Birkland, 2011: 263) či jako sérii rozhodnutí a interakcí mezi aktéry v procesu realizace veřejných a sociálních programů (Winkler, 2014: 28).

Implementace veřejné politiky byla do začátku 70. let 20. století často považována za bezproblémovou a řada výzkumníků veřejné politiky ignorovala úskalí, která implementaci provází, neboť se předpokládalo, že vládou učiněné politické rozhodnutí bude administrativou prostě provedeno (Howlett, Perl, Ramesh, 2009: 163). Pokud politika

nedosáhla požadovaného účinku, bylo to interpretováno tak, že program byl založen na chybné kauzalitě (Winter in Peters, Pierre, 2003: 205). To se však změnilo vydáním publikace Pressmana a Wildavského (1973) s názvem Implementace a s podtitulem Jak velké množství očekávání ve Washingtonu se přenáší na Oaklandy?, v níž autoři provedli studii amerických programů pro nezaměstnané obyvatele města Oaklandu v Kalifornii, a ukázalo se, že programy nebyly ve skutečnosti prováděny způsobem, který očekávali tvůrci politik ve Washingtonu (Howlett, Perl, Ramesh, 2009: 163). Studie tohoto programu, který měl dostatečnou podporu a finanční zdroje, a přesto nedokázal naplnit očekávané cíle, byla v podstatě zlomová a dala impuls k rozvoji zájmu o novou perspektivu výzkumu veřejné politiky, zaměřenou na implementaci a na vysvětlení toho, proč některé politiky jsou realizovány úspěšně a některé selhávají.

3.3. Přístupy k analýze implementačního procesu

Zájem o studium implementačního procesu vedl ke vzniku dvou tradičních přístupů k analýze implementace, které jsou označovány jako perspektiva top-down (shora dolů), jež se rozvinula od 70. let 20. století, a perspektiva bottom-up (zdola-nahoru), jež má počátek v 80. letech 20. století (Winkler, 2014: 108).

Sabatier a Mazmanian (1980: 540-541) charakterizují implementaci z hlediska top-down přístupu jako provádění politického rozhodnutí, které je obvykle zakotveno formou zákona, vládního nařízení či soudního rozhodnutí a v ideálním případě identifikuje problém, který má řešit, stanovuje cíle, kterých má být dosaženo, a strukturuje proces implementace a jeho alternativ. Proces implementace pak podle těchto autorů prochází několika úrovněmi – od vydání příslušného předpisu, přes rozhodování implementačních agentur, souhlas cílových skupin s těmito rozhodnutími, skutečné dopady výstupů rozhodnutí (zamýšlené i nezamýšlené) a vnímané dopady výstupů rozhodnutí, až po korekce programových předpisů.

Studie z perspektivy top-down tedy vycházejí z předpokladu, že implementace je řízena shora, že rozhodovatelé na vládní úrovni formulují politiku a její realizaci přenesou na hierarchicky nižší úrovně. Knill a Tosun (2012: 153) uvádějí, že čím delší je takový implementační řetězec a čím větší počet aktérů je do procesu zapojen, tím obtížnější se implementace stává.

Metaforou si vypomáhá Bardach (1977), když přirovnává implementaci ke hře vyjednávání, přesvědčování a manipulace za podmínek nejistoty, kdy se aktéři implementace snaží získat nad průběhem hry co největší kontrolu a dosáhnout při hře vlastních cílů a záměrů (Parsons, 1995: 470). Politický střet nekončí ve chvíli, kdy se určitý program podaří uzákonit, a implementace je vlastně jen další formou takového střetu (tamtéž: 471).

Diskuse odborníků vedly k formulaci problematických okruhů top-down přístupu k implementaci politiky (Matland, 1995: 147-148):

- tento přístup považuje za počátek analýzy implementace okamžik rozhodnutí na centrální úrovni a nebere v úvahu události a činnosti, které tomu předcházely,
- analýzy vnímají implementaci jako čistě administrativní proces a opomíjejí či eliminují politické aspekty, jako by aktéři rozhodovali nezávisle a pouze na základě hodnotových a technických kritérií a nebyli ovlivněni vlastními zájmy,
- pozornost je věnována pouze tvůrcům programu a není zohledněna role aktérů na nižší úrovni, kteří jsou zapojeni do poskytování služby.

Na tyto nedostatky reagovali autoři modelů v rámci bottom-up perspektivy, která je protikladem top-down perspektivy a zaměřuje se na cílovou populaci a aktéry poskytující služby. Cíle a nástroje politiky nejsou fixní veličinou, které má být dosaženo, ale naopak se předpokládá, že se budou v průběhu implementace upravovat a měnit – implementátoři se orientují na problémy, které aktéři vnímají, a provádějí dílčí změny, kterými pružně reagují na požadavky, na změny ve vnímání problémů a priorit a na nové vědecké důkazy o kauzálních vztazích (Knill, Tosun, 2012: 155).

První práce z perspektivy bottom-up však dokonce předcházela top-down analýzu Pressmana a Wildavského (1973). Lipsky v roce 1971 publikoval článek, v němž se věnoval práci liniových úředníků [angl. street-level bureaucrats], kteří představují jakési vyslance vlády, neboť jsou v přímém kontaktu s cílovými skupinami. Lipsky se zde zabýval interakcemi mezi poskytovateli služeb a jejich klienty, a obtížemi a nejistotami, se kterými se liniovní úředníci musí při své práci vypořádávat: ke zvládnutí své úřednické role si vytvářejí vlastní rutinní a zjednodušující mechanismy, které využívají jako štít před pracovním stresem (ze strany svých nadřízených i ze strany klientů), a jen těžko si uvědomují dopad svého chování vůči klientům na jejich vnímání tvůrců politiky (Lipsky, 1971: 406).

Elmore (1979: 604) v rámci bottom-up perspektivy popisuje tzv. zpětné mapování, které začíná v poslední možné fázi procesu implementace, kde se střetává výkon administrativy se soukromými volbami. Na počátku není prohlášení tvůrců politiky o záměru, ale prohlášení o konkrétním chování na nejnižší úrovni implementačního procesu, kde jsou vnímány potřeby aktérů, které podněcují tvorbu politiky. Analýza si tak na každé úrovni implementačního procesu klade dvě otázky: Jaká je schopnost této jednotky ovlivňovat chování, které je cílem politiky? Jaké prostředky potřebuje tato jednotka k tomu, aby dosáhla požadovaného výstupu? Tvůrce politiky může následně směřovat zdroje k těm organizačním jednotkám, které pravděpodobně dosáhnou největšího účinku.²

Také bottom-up perspektiva analýzy implementace má však svá slabá místa a omezení:

- je přeceňován vliv aktérů na periferii na záměry programového centra, ačkoliv centrum může nepřímo ovlivňovat cíle a strategie periferie prostřednictvím svého vlivu na institucionální strukturu zapojených individuí a rozdělování zdrojů (Sabatier, 1986: 34),
- v demokratickém systému subjekty centra získávají moc prostřednictvím volených zástupců a mají odpovědnost vůči voličům; poskytovatelé služeb sice mají možnost vlastního úsudku při jednání s klientem, nemají však dostatek autonomie a pružnosti pro navrhování politiky – pokud by tomu tak bylo, mohlo by to vést situacím, které jsou popsány jako vztah principála a agenta, kdy agenti-úředníci jednají v zájmu svých cílů, nikoliv v zájmu cílů principála-politika (Matland, 1995: 149-150).

Některé pokusy o porovnání top-down a bottom-up přístupu nebyly vedeny úsilím o vzájemnou kritiku a nastolení jakési dichotomie mezi těmito perspektivami, ale naznačily, že se mohou vzájemně kombinovat a doplňovat. Syntéze obou přístupů se věnoval zejména Sabatier. Ten řadí mezi své předchůdce např. Richarda Elmora (1985), který se pokusil spojit svou práci na zpětném mapování s mapováním dopředným, a tím provázal klasický příklad přístupu z bottom-up perspektivy s pohledem top-down (Sabatier, 1986: 37).

Sám Sabatier (1986) při syntéze obou přístupů posunul časovou hranici pro analýzu z obvyklých 4-5 let na 10-20 let, aby nedocházelo k předčasným rozhodnutím o selhání

² Elmore popisuje i protiklad zpětného mapování, tj. dopředné mapování, které odpovídá top-down perspektivě. O dopředné mapování se jedná, když tvůrce politiky usiluje o ovlivnění procesu implementace: mapování začíná na vrcholu procesu vyjádřením jasného záměru tvůrci politiky a pokračuje řadou stále konkrétnějších kroků, které definují, co se očekává od implementátorů na každé jednotlivé úrovni (Elmore, 1979: 602).

programu. Přesunul tedy pozornost od pouhé implementace politiky k politické změně, a to včetně jakési kulturní změny, neboť delší časový rámec umožňuje aktérům učit se (vzájemně) z nabytých zkušeností. Aktéry v rámci veřejněpolitického problému agreguje do zvládnutelného počtu skupin, a to na základě jimi sdílených přesvědčení. Takto definované advokační koalice, složené z veřejných i soukromých aktérů, usilují o dosažení společných cílů. Konfliktní strategie různých koalic jsou moderovány zprostředkovateli, kteří pomáhají soupeřícím skupinám při hledání kompromisu.

Různé kombinace přístupů, publikované v odborné literatuře a syntetizující top-down a bottom-up perspektivu, se pokusil utřídit Lane (1987). Tento autor se zaměřil na dva výrazné aspekty implementace, a to odpovědnost a důvěru. Odpovědnost ve vztahu k cílům a výstupům politiky, kterou nesou politici a úředníci, je spojována s potřebou pevného plánu a hierarchické kontroly v průběhu implementace a je zdůrazňována modely top-down. Důvěra v politiky a veřejné činitele, zdůrazňovaná v modelech bottom-up, vyplývá z demokratického systému vládnutí a poskytuje implementátorům svobodu rozhodování, pružnost a možnost učit se. O procesu implementace pak lze uvažovat jako o určité kombinaci požadované odpovědnosti a poskytované důvěry mezi politiky, úředníky, občany (tamtéž: 543).

3.4. Teoretické modely implementace

Poznatky o průběhu implementace, založené na analýze jednotlivých případů realizace veřejných programů, ať už s využitím jakéhokoliv přístupu, posloužily jako východisko pro tvorbu teoretických modelů implementace.

Potůček (2016) rozlišuje čtyři hlavní teoretické modely implementace:

1. Autoritativní model zdůrazňuje tok podnětů a informací v hierarchické struktuře shora dolů, tj. top-down. Je založen na předpokladu, že rozhodovatel zadá úlohu, kterou vykonavatel následně beze zbytku realizuje. K nástrojům tohoto modelu patří direktivní řízení, plánování, kontrola, hierarchie a odpovědnost.
2. Participativní model zdůrazňuje tok podnětů a informací zdola nahoru, tj. bottom-up, a využívá k tomu nástroje jako spontánnost, koordinaci, adaptaci, učení, vyjednávání, důvěru a vzájemnou spolupráci aktérů na různých úrovních vládnutí.

3. Model koalic aktérů je založen na předpokladu plurality aktérů zúčastněných na implementaci veřejného programu. Tok podnětů a informací je obousměrný. Aktéři sdílející společný soubor hodnot vyhledávají spojence a formují se do koalic, které mezi sebou vzájemně komunikují, vyjednávají, uzavírají kompromisy.
4. Model procesu učení vychází z předpokladu, že realizátoři politiky postupně optimalizují strukturu cílů a soubor realizačních technik, aby dospěli k optimálnímu řešení (mnohdy metodou pokusu a omylu, prostou nápodobou, učením „za pochodu“). V průběhu implementace dochází k redefinici cílů a ke změnám nástrojů (Potůček, 2016:113-116).

3.5.Implementační deficit

Od implementace veřejné politiky se tedy obecně očekává přeměna záměrů ve skutečnost. Úvahy o úspěšnosti naplnění cílů politických programů vedly k formování problému neúspěšné nebo částečné implementace původních záměrů, a tento teoretický problém byl pojmenován jako „implementační deficit“ (Winkler, 2014: 28).

Pojem implementační deficit je vyjádřením normativního hodnocení, které je výsledkem srovnání mezi stavem skutečným a stavem očekávaným, přičemž očekávaný stav je definován z pohledu hodnot pozorovatele nebo některého z aktérů zapojených do veřejněpolitického procesu (Hill, Hupe, 2014: 11-12). Potůček (2016: 120) popisuje implementační deficit jako nepoměr mezi energií, která byla skutečně vynaložena na realizaci dané politiky, a energií, kterou by bylo potřeba investovat, aby se stanovených cílů podařilo dosáhnout, přičemž k tomuto nepoměru dochází v důsledku přesvědčení, že implementace je snadno realizovatelná a přijaté politiky automaticky dospějí ke své realizaci.

3.6.Bariéry implementace

Další pohled na průběh a výsledek implementačního procesu poskytuje hledání implementačních bariér, tedy identifikace překážek, které stojí v cestě úspěšné implementaci konkrétní politiky. Pouhé zhodnocení, zda je politika úspěšná či selhává a v jaké míře

(pokud vůbec) naplňuje požadované cíle, může být nedostatečné. Porozumění bariérám může vést k jejich překonání a ke zlepšení poskytovaných služeb.

Nilsen (2015) uvádí, že teoretické přístupy k implementaci mají tři zastřešující cíle: (1) popis a/nebo řízení procesu přenosu výzkumu do praxe, (2) pochopení a/nebo vysvětlení toho, co ovlivňuje výsledky implementace a (3) hodnocení implementace. Právě druhý z těchto cílů vedl k rozvoji empirických studií bariér a hybatelů (nezávislých proměnných), které ovlivňují výsledky implementace (závisle proměnné). Hlavním smyslem je přitom pochopit a/nebo vysvětlit vlivy na výsledky implementace, ať už pro předvídání výsledků, nebo pro jejich retrospektivní výklad. Vědecké poznání bariér implementace se zaměřuje na různé oblasti veřejné politiky, včetně politiky zdravotní.

Fretheim a kol. (2009) uvádějí, že neexistuje ustálený postup pro identifikaci bariér při implementaci zdravotní politiky či programu a tento proces obvykle probíhá neformálně. Spočívá v tom, že jsou nesystematicky zvažovány předpokládané či vnímané překážky. Autoři se zaměřují na omezující faktory při realizaci politiky na třech úrovních zdravotnického systému: (1) mezi občany, příjemci zdravotní péče, (2) mezi zdravotnickými pracovníky a (3) na organizační úrovni. Pro každou z těchto úrovní uvádějí příklady bariér a návrh opatření k jejich překonání.

Grol a Grimshaw (2003) se věnovali bariérám v implementaci nových poznatků a doporučených postupů do zdravotnické praxe. Tito autoři rozlišují bariéry související s organizačním zajištěním změny, bariéry společenského charakteru a bariéry v odborné oblasti, přičemž tyto bariéry mohou vznikat na úrovni jednotlivce, skupiny či organizace.

Publikace Health Policy Project (2014) uvádí, že k identifikaci bariér je potřeba pochopit politické prostředí, ve kterém je řízen zdravotní systém, uspořádání zdravotního systému a potřeby implementátorů a klientů, ať už je překážka původu společenského, politického, strukturálního, institucionálního či kulturního. Překonání bariér implementace vyžaduje odhodlání a vytrvalost řady aktérů, a to i dlouhodobě.

4. Zdraví a jeho determinanty

Zdraví bylo po dlouhou dobu pojímáno jako protipól nemoci, absence nemoci či výsledek po vyléčení nemoci. Naproti tomu Světová zdravotnická organizace ([World Health Organization], dále jen „WHO“) definuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody člověka, tedy nejen nepřítomnost nemoci nebo postižení (WHO, 2014). Tato definice vznikla v roce 1946 na mezinárodní zdravotnické konferenci v New Yorku, v roce 1948 se stala součástí Ústavy WHO a od té doby neprošla žádnou změnou. Holčík (2010: 14) uvádí, že tato definice byla však mnohokrát komentována, chválena, ale i napadána. Předností této definice je skutečnost, že obsáhne tři základní dimenze zdraví: duševní, tělesnou a sociální stránku. Zahrnuje tedy nejen fyziologické funkce orgánů, biologickou integritu jedince a nenarušenost jeho tělesných funkcí, ale i jeho emocionální zdraví a rovněž schopnost zvládat sociální role a rozvíjet uspokojivé mezilidské vztahy. Za slabinu považuje Holčík (tamtéž: 14-15) orientaci této definice na optimální stav, který pomíjí celou škálu stupňů zdraví od úplného zdraví po úmrtí. Proto lze tuto definici považovat spíše za idealistický cíl než popis reálného stavu. Rovněž není v této definici jednoznačně vymezen pojem „pohoda“, a je tak vytvářen prostor pro možný nesoulad mezi objektivními poruchami zdraví a subjektivním vnímáním zdravotního stavu jedincem.

Takto komplexní pojetí zdraví je východiskem pro poznávání podmínek a příčin, které na zdraví působí. Bývají označovány jako determinanty zdraví. Již odedávna lidé vnímali, že příčiny nemoci a smrti nejsou pouze fyzické, a nemoc či uzdravení mnohdy přisuzovali nadpřirozeným silám a schopnostem. Společenský vývoj a vědecký pokrok posunuly přístup k péči o zdraví – od léčby nemoci směrem k předcházení nemoci a dále k ochraně zdraví, jeho udržování a posilování – od zaměření na nemoc k akcentaci zdraví (Burešová a kol. in Dosedlová, 2016: 36-38). Předmětem současného výzkumu již nejsou pouze nemoci, ale také zdraví.

Jedním z prvních moderních konceptů podpory zdraví je tzv. Lalonde Report z roku 1974, ve kterém tehdejší kanadský ministr zdravotnictví konstatuje, že dochází k přeceňování vlivu zdravotnických služeb na veřejné zdraví a je třeba věnovat pozornost čtyřem hlavním kategoriím faktorů: lidské biologii, životnímu stylu, životnímu prostředí a samotné zdravotní péči (Lalonde, 1981).

Holčík (2010: 279) definuje determinanty zdraví jako charakteristiky životního prostředí a osobní, sociální a ekonomické faktory, které ovlivňují zdraví jednotlivců i populací. Determinanty nepůsobí stejně na každého jednotlivce, ale ovlivňují určitým způsobem většinu lidí (Kříž, 2011: 17). Tyto komplexy příčinných faktorů působí integrovaně na zdraví v pozitivním nebo negativním smyslu – některé působí na zdraví člověka přímo, jiné zprostředkovaně, ale ovlivňují se navzájem a v konečném důsledku mohou zdraví člověka chránit a posilovat, nebo ho oslabovat a vyvolávat nemoc či poruchu zdraví (Čeledová a Čevela, 2010: 27).

Kříž (2011: 17-18) s odkazem na WHO uvádí hlavní skupiny determinant a jejich podíl působení na zdraví následovně: genetický profil 20 %, životní prostředí 20 %, životní styl (způsob života, škodlivé návyky, pohybová aktivita, vzdělání, schopnost zvládat problémy, společenské postavení) 50 % a zdravotní péče 10 %. Odhady vlivů těchto faktorů na lidské zdraví jsou poměrně hrubé a různí autoři (např. Holčík, 2010; Čeledová a Čevela, 2010) se mírně liší v kvantifikaci vlivu jednotlivých determinant. Panuje však shoda, že životní styl má na zdraví jedince velmi významný dopad.

WHO zahrnuje v současné době mezi determinanty zdraví sociální a ekonomické prostředí, životní prostředí a individuální charakteristiky a chování jednotlivců (WHO, [online]³). Za těmito hlavními skupinami determinant se skrývá celá řada faktorů, které ovlivňují, zda jsou lidé zdraví či nikoliv, např. výše příjmů a sociální status, zaměstnanost, vzdělání, kvalita vody a ovzduší, pracovní prostředí, vzájemné mezilidské vztahy, genetika, systémy zdravotní péče a v neposlední řadě gender. WHO dále uvádí, že sociálně konstruované rozdíly mezi muži a ženami nejsou problémem samy o sobě, ale pouze, když tyto rozdíly omezují příležitosti nebo zdroje potřebné pro dosažení zdraví a vedou k diskriminaci a k nerovnostem, které mohou negativně působit na zdraví (WHO, [online]⁴). Genderové role a rozdíly mezi muži a ženami se projevují např. v míře vystavení rizikovým faktorům, v přístupu ke zdravotnickým službám a jejich využívání, ve zkušenostech se zdravotní péčí a v úrovni sociálních dopadů špatného zdravotního stavu (tamtéž).

³ WHO. Health Impact Assessment: The determinants of health. *WHO.org* [online]. [cit. 2017-07-12]. Dostupné z: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>

⁴ WHO. Media center: Gender. *WHO.org* [online]. [cit. 2017-07-12]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/en/>.

5. Gender mainstreaming a jeho uplatňování při hodnocení dopadů v oblasti zdraví

Za pojmem gender mainstreaming se skrývá systematické prosazování priorit a potřeb žen a mužů ve všech typech politik a opatření s cílem dosáhnout rovnosti žen a mužů (Ferrarová, 2007: 23). Jedná se o proces (re)organizování, zlepšování, rozvíjení a vyhodnocování politických procesů, který zajišťuje, aby bylo na všech úrovních a ve všech stádiích zapracováno hledisko rovnosti žen a mužů. Podstata tohoto konceptu spočívá v tom, že před přijetím jakéhokoli rozhodnutí je provedeno vyhodnocení jeho dopadu na muže a na ženy (Ferrarová, 2007: 5) a požadavek genderové rovnosti se stává součástí běžně zpracovávaných koncepcí (Nováková, 2002: 32).

Historie gender mainstreamingu, jakožto politické strategie prosazování rovnosti mužů a žen, sahá do roku 1995. Tehdy byla strategie na 4. světové konferenci OSN v Pekingu přijata většinou světových vlád, včetně české (Asklöf, 2003: 19). Na evropské úrovni se odhodlání k provádění gender mainstreamingu projevilo začleněním problematiky odstraňování nerovností a podpory rovného zacházení pro muže a ženy do Amsterodamské smlouvy (Nováková, 2002: 13). Přidružením k Evropské unii se Česká republika připojila k tomuto sdílenému úsilí.

Nováková (2002: 33-35) uvádí, že gender mainstreaming nenahrazuje politiku genderové rovnosti, ale doplňuje ji. Politiky genderové rovnosti jsou zaměřeny na určitý konkrétní problém, který je důsledkem genderové nerovnosti, a prostřednictvím mechanismů genderové rovnosti je vyvinuta konkrétní metoda jeho řešení. Avšak výchozím bodem gender mainstreamingu je již existující věcná politika. Proces tvorby její koncepce je reorganizován tak, aby aktéři začali brát v úvahu genderové hledisko a dosažení genderové rovnosti považovali za cíl. Při formulování koncepce se přihlíží ke specifickým hodnotovým zájmům jak žen, tak i mužů.

Koncepce politiky genderové rovnosti jsou pro gender mainstreaming důležitým zdrojem podnětů a obě strategie jsou paralelní cestou k vytvoření společnosti, ve které ženy a muži mají rovné příležitosti a rovné povinnosti, přičemž gender mainstreaming působí jako prevence vzniku nerovnosti napříč existujícími politikami a politika genderové rovnosti se zaměřuje na prioritní problematické oblasti.

Jedním z nástrojů gender mainstreamingu je hodnocení materiálů předkládaných k projednání vládě ČR z pohledu rovnosti žen a mužů, resp. zákazu diskriminace, a to v souladu s Obecnými zásadami pro hodnocení dopadů regulace (RIA) ve znění schváleném usnesením vlády č. 76 z 3. února 2016 (Úřad vlády ČR, 2016a).

K těmto Obecným zásadám byla vydána v poměrně nedávné době Metodika hodnocení dopadů na rovnost žen a mužů pro materiály předkládané vládě ČR (Úřad vlády ČR, 2015a) (dále jen „Metodika“). V této praktické příručce se uvádí, že cílem hodnocení dopadů nemá být pouze řádné zpracování samotného hodnocení v potřebné formě, ale především efektivní prosazování rovnosti žen a mužů. Výchozím informačním zdrojem pro analýzy, na nichž následně toto hodnocení staví, jsou statistiky dělené podle pohlaví. Hodnocení má zodpovědět 3 hlavní otázky, a to: (1) zda se předkládaný materiál týká postavení fyzických osob, (2) zda je postavení žen a mužů v dotčené oblasti rovné, (3) zda přináší materiál zhoršení či zlepšení výchozího stavu (Úřad vlády ČR, 2015a: 4).

Podle studie o praxi při provádění hodnocení dopadů regulace na rovnost mužů a žen v České republice v letech 2007-2014, tj. v období před vydáním Metodiky, byly výstupy hodnocení převážně v nesouladu s oficiálními požadavky pro tvorbu hodnocení (Hondlíková, Hejzlarová, 2015: 50). Hodnocená ministerstva (Ministerstvo vnitra, Ministerstvo práce a sociálních věcí a Ministerstvo zdravotnictví) používala typické formulace, často hodnotila více (mnohdy vzájemně nesouvisejících) dopadů zároveň, dopady na rovnost byly bagatelizovány, patrná byla absence standardizace postupu hodnocení (tamtéž: 51). Nejčastěji byla syntéza dopadů na rovnost s jinými dopady prováděna na Ministerstvu zdravotnictví, a to v nadpoloviční většině hodnocených případů (tamtéž: 41). V případě 66 hodnocených dokumentů Ministerstva zdravotnictví byly nejčastěji použity tyto formulace: „*Návrh nemá (žádný) dopad*“ (21x), „*Návrh nepředpokládá (žádný) dopad*“ (18x), „*Návrh nezakládá nerovnost*“ (9x) a „*Návrh je v souladu se zákazem diskriminace* (6x)“; u dokumentů z roku 2014 toto ministerstvo vůbec neuvedlo hledisko dopadu na rovnost, ale hodnotilo pouze vztah k zákazu diskriminace (tamtéž: 45-46).

6. Gender a zdraví v souvislostech

Vše, co nás obklopuje, rozvíjí naše poznání a formuje naše myšlenky a názory, utváří hodnotové postoje každého z nás, a tak i společnosti jako celku. Genderové stereotypy, které přisuzují ženám a mužům určité vlastnosti, zájmy a postavení ve společnosti, se projevují v chování žen a mužů ve vztahu ke svému tělu a ke svému zdraví a v prožívání bolesti, trápení a nemoci. Ženy a muži pak vnímají odlišné potřeby a v různé míře poptávají od zdravotnického systému svou „paletu“ služeb. Za abstraktním pojmem zdravotnický systém se však skrývají jen další ženy a muži, kteří rozhodují o organizaci, rozsahu a dostupnosti poskytovaných služeb a o alokaci finančních a dalších zdrojů potřebných k jejich zajištění, a také ženy a muži, kteří tyto služby přímo poskytují, a to v souladu s genderovou rolí, s níž se více či méně každý z nich identifikuje. Gender se tak stává jednou z mnoha determinant, které působí na zdraví žen a mužů, na kvalitu a délku jejich života. Tato dimenze by proto také měla být brána do úvahy při formulaci cílů zdravotní politiky v zájmu zlepšení zdraví populace. Vymezení cílů je provázáno nejen s obecně sdílenými hodnotami, ale i s dosaženou úrovní poznatků v oblasti rozvoje zdraví na základě genderově citlivého výzkumu. Možnosti rozšíření a prohloubení těchto poznatků se odvíjejí od dostupnosti a kvality relevantních informací, které mohou indikovat případné genderové nerovnosti napříč zdravotním systémem.

6.1. Rovnost pohlaví jako součást hodnotového systému společnosti

Byť je moderní kultura ve vyspělých západních zemích vystavěna na patriarchálních základech, kde muži mají právo rozhodovat a ovlivňovat a stávají se hybateli dějin, a řád této společnosti vytvořili muži, probíhají snahy o reformu tohoto uspořádání a potírání genderové nerovnosti.

Téma genderu a nerovnosti pohlaví bývá obvykle spojováno s posilováním práv a postavení žen ve společnosti. „*Obě pohlaví byla po tisíciletí vnímána jako dvě stránky jednoho jevu, dva doplňující se protiklady, ztělesněné zlo a dobro, vlhko a sucho, chlad a teplo, hřích a ctnost, slabost a síla – ta horší či méně příjemná kvalita byla přisuzována ženě, bytosti po staletí chápané pouze jako jeden z atributů muže*“ (Lenderová in Lenderová a kol., 2002: 7), a byly tak rozlišovány charakteristiky přisuzované mužům a charakteristiky ženské. Na našem území byly výsady mužského pohlaví zrušeny první československou

ústavou – zřejmě i pod vlivem Tomáše G. Masaryka, který byl „[j]edním z prvních hlasatelů českého feminismu“ (tamtéž).

Hlavní ideou feminismu je překonávání nerovnosti mezi ženami a muži ve společnosti, která pramení ze stereotypů souvisejících s jejich pozicí a rolí v různých sférách života. První vlna feminismu se objevila na konci 18. století po Francouzské revoluci a její představitelky usilovaly o rovná občanská a politická práva pro obě pohlaví. Druhá vlna feminismu se vzedmula v 60. letech 20. století a vyvolala ji zejména nevyrovnanost mezi formální rovnoprávností žen a mužů a reálným stavem společnosti, když po odstranění viditelných legislativních překážek přetrvávaly ve společnosti kulturní vzorce, jazykové struktury a mechanismy reprodukce formování genderové identity a genderových stereotypů. Hlavním požadavkem se stala rovnost v rozdílnosti – „*aby jinakost nepředstavovala něco, co zakládá nerovnost, aby ‚jiný‘ neznamenal vždy zároveň horší nebo lepší*“ (Havelková in Valdřová, 2004: 169-183). Pozornost se tedy přesouvala od čistě ženské otázky k problematice genderu.

Během druhé vlny feminismu se mezi diskutovanými tématy vyskytla i problematika zdraví, např. právo žen na kontrolu své plodnosti prostřednictvím bezpečné a dostupné antikoncepce a přerušování těhotenství a právo na přiměřenou péči v průběhu těhotenství a v zaměstnání, pozornost byla věnována také problematice násilí páchaného muži na ženách (Payne, Doyal in Kuhlmann, Annandale, 2012: 22).

Od 90. let 20. století se problematika rovnosti žen a mužů objevovala často ve veřejněpolitických dokumentech a prohlášeních na různých úrovních vládnutí, a to jednak ve smyslu gender equality, jednak ve smyslu gender equity. Přitom nebylo příliš jasné, jaké jsou rozdíly v těchto pojmech a jaké strategie by měly být použity k dosažení požadovaných výsledků (Payne, Doyal in Kuhlmann, Annandale, 2012: 23).

Mezinárodní organizace práce definuje tyto pojmy následovně:

- Koncept gender equality je založen na tom, že všichni muži a všechny ženy mají svobodu rozvíjet své osobní schopnosti a dělat životní rozhodnutí bez omezení daných stereotypy nebo předsudky o genderových rolích a o charakteristikách prisuzovaných mužům a ženám. Muži i ženy mají požívat rovných práv, příležitostí a zacházení ve všech sférách života.

- Koncept gender equity je založen na spravedlivém zacházení se ženami a muži podle jejich potřeb a zájmů. Zacházení se ženami a muži tedy může být stejné, nebo i rozdílné, ale je přitom považováno za rovnocenné z hlediska práv, výhod, povinností a příležitostí. (ILO, 2007: 91-92).

Mimo oblast zdraví byl feministickými analytiky a analytčkami používán koncept gender equality jako základ pro pojetí genderové spravedlnosti, což je založeno na předpokladu, že nerovnosti mezi ženami a muži jsou spíše výsledkem zaujatosti a nespravedlnosti. Takový pohled je však právě v oblasti zdraví obtížněji uplatnitelný, protože zde současně působí další faktor, kterým je biologie. Genderovou spravedlnost v oblasti zdraví tedy nelze stavět na vyloučení rozdílnosti – dosažení gender equality ve zdraví může naopak indikovat, že dílčí potřeby či vlohy vyplývající z biologických, a tedy neovlivnitelných rozdílů, nejsou dostatečně rozpoznány (Sen, Östlin, George, 2007: 7).

To, že problematiku rovnosti žen a mužů otevřela feministická hnutí, vyvolává zpravidla dojem, že podpora genderové rovnosti se orientuje pouze na zavádění opatření na pomoc ženám, např. v oblasti rovné účasti na rozhodovacích procesech, v oblasti mezd a důchodů či sladění rodinného a pracovního života. V oblasti zdraví však nelze k otázce nerovnosti mezi muži a ženami přistupovat zcela prvoplánově.

6.2. Genderové role a jejich souvislost se zdravím

Proces učení se genderové roli začíná už v dětství. Genderovou identitu si dítě neosvojuje mechanicky od rodiče, ale tím, že se s ním identifikuje – chce se rodiči podobat a to ho motivuje, aby se chovalo stejně jako on (Oakley. 2000: 135). Děti získávají představu o genderových rolích také mimo svoji rodinu, i při kontaktu s jinými dětmi, či prostřednictvím knih, které dostávají ke čtení, neboť ty bývají plné kulturních stereotypů, ve kterých ženské role jsou obvykle vedlejší a soustředěné na domov, zatímco muž se vydává za dobrodružství (Oakley. 2000: 139). K primárním způsobům formování genderových rolí patří rovněž oblékání, protože vlastnostmi svého oblečení je dítě povzbuzováno k určitému typu aktivit a od jiných je odrazováno, takže dívky v šatech s volánky se nemohou účastnit fyzicky náročných her, zatímco chlapci jsou spíše oblékáni tak, aby jim oděv nepřekážel ve fyzickém pohybu (Renzetti, Curran, 2003: 110).

Osvojování genderové role probíhá složitěji u chlapců než u dívek, protože jsou vychováni ženami. Přitom jsou to však dívky, které mají méně společenských zábran přihlásit se k zájmům či preferencím druhého pohlaví. „*Chlapec, který projeví dívčí zájmy, je hned ‚zženštilý‘, zatímco dívka je prostě ‚divoška‘ a až bude třeba, vyroste z toho*“ (Oakley, 2000: 135). Karsten (2006: 66) zmiňuje dokonce trestání chlapců tělesnými tresty, odnímáním privilegií i odpíráním rodičovské lásky synům, kteří se odchylují od role příslušející jejich pohlaví. Chlapci, kteří jsou plačtiví a málo bojovní, upadají v podezření, že jsou zbabělci a jejich chování by mohlo znamenat směřování k homosexualitě.

Genderově podmíněné rozdíly se projevují také v oblasti emočních prožitků a ve způsobu projevení emocí. Od dívek se očekává, že budou více emočně zaměřeny, budou dávat své pocity najevo, takže dívky mohou plakat, trápit se a stěžovat si. Pro chlapce je takové chování nepřijatelné. Emoční citlivost se nestává součástí jejich identity, mnohé emoční projevy jsou u nich považovány za nevhodné – očekává se u nich nadhled nad situací a nepodléhání emocím, a tak svoje pocity musí ventilovat jinak, v transformované podobě, např. agresí (Vágnerová, 2012: 478). Agresivita je považována za standardní součást chlapecké identity a je u chlapců více tolerována než u dívek, neboť je podmíněna i biologicky hladinou mužského pohlavního hormonu testosteronu, který posiluje u chlapců potřebu vyhledávat vzrušení, chovat se dominantně a asertivně až agresivně (Vágnerová, 2012: 477).

Zejména zahraniční studie se věnují konkrétním dopadům na zdraví žen a mužů, vyplývajícím z odlišných genderových rolí. Ačkoliv se ženy a muži podle Saltonstall (1993) shodují v názorech na to, jak definovat abstraktní pojem zdraví, při každodenním rozhodování o tom, jak se o své zdraví starat, jednají lidé pod vlivem maskulinního a femininního chování, jež si osvojili. Očekávání spojená s genderovou rolí tedy vyvolávají různé vzorce chování ve vztahu k vlastnímu zdraví, podle kterých dochází k odlišování maskulinních a femininních jedinců. Courtenay (2000) například uvádí, že ve Spojených státech amerických muži jakéhokoliv věku více než ženy vykazují chování, které zvyšuje riziko nemoci, úrazu či smrti – na rozdíl od zřejmě nevinného účinku používání rtěnky nebo nošení kravaty se chování ve vztahu ke zdraví pro sebedefinování v roli ženy nebo muže projevuje vážnými dopady na zdraví a délku života. Příkladem je podle Courtenaye používání opalovacích krémů pro předcházení nádorům kůže – to vyžaduje od mužů odmítnutí nejrůznějších sociálních konstruktů, např. že mužům jsou zdravotní problémy

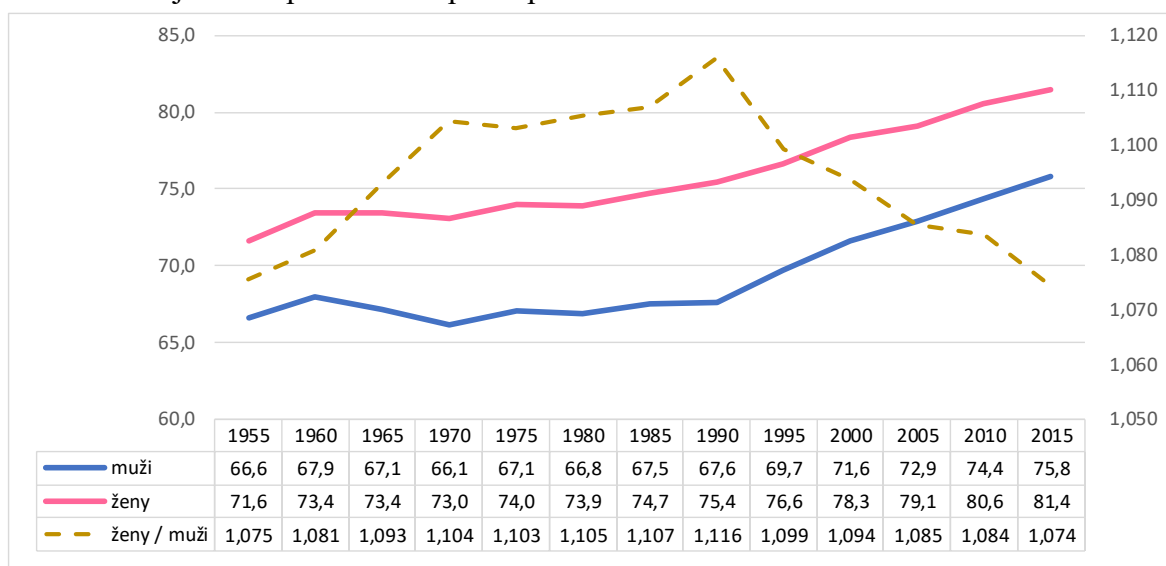
lhostejné, aplikace krémů je ženská kratochvíle a opálení patří ke správně drsnému vzhledu. Riska (in Kuhlmann, Annandale, 2012: 178-191) popisuje, jak v 2. polovině 20. století došlo k zarámování ischemické choroby srdeční jako mužské nemoci. Stalo se to v době, kdy se rozvíjel výzkum stresu, a pracovní stres byl identifikován jako nový rizikový faktor pro zdraví bílých mužů středního věku s bílými límečky, jejichž náročná pracovní pozice je spojena s projevy maskulinního chování jako soutěživost a agresivita. Standardizace ve zdravotnictví, charakteristická přístupem „jedna velikost pro všechny“, vedla k tomu, že muži jsou považováni za výchozí vzor pro ischemické srdeční choroby (Kuhlmann, 2009: 148). Avšak ženy a muži se srdečním onemocněním vykazují a popisují odlišné symptomy (Jerath a kol., 2011). Symptomy, které vnímají a uvádějí ženy, jsou tedy vlastně „netradiční“, což může vést k tomu, že u nich není onemocnění správně a včas rozeznáno – samotnými ženami, jejich okolím či zdravotnickým personálem.

6.3. Zdravotní stav české populace

Údaje o úmrtnosti, nemocnosti a využívání zdravotní péče vykazují některé významné rozdíly mezi muži a ženami v České republice (ČSÚ, 2016b; ÚZIS, 2003a). Podobně je tomu i v ostatních vyspělých západních zemích. Tyto rozdíly jsou vysvětlovány jak biologickými a genetickými faktory, tak odlišnostmi v sociálních normách a ve zdravotním chování žen a mužů (EGGSI, 2009: 5). Je však obtížné, ne-li nemožné, rozlišit, jaký podíl na těchto rozdílech mezi muži a ženami v oblasti zdraví nesou faktory biologické a jaký podíl připadá na gender (Payne, 2009: 4).

Demografické údaje Českého statistického úřadu (dále jen „ČSÚ“) vypovídají o tom, že ženy žijí déle než muži. Dle ukazatele naděje dožití při narození obyvatel ČR, který vyjadřuje průměrnou očekávanou délku života osoby právě narozené, se v průběhu předchozích šedesáti let střední délka života mužů i žen pozvolna prodlužovala, byť s občasnými poklesy (Graf 1). Ženy přežívají muže o několik let. Přitom v 60. letech 20. století se pomyslné nůžky mezi muži a ženami rozevřely a naopak od 90. let 20. století se začaly přivírat, takže v roce 2015 byl poměr let naděje dožití při narození žen a mužů téměř stejný jako v roce 1955.

Graf 1: Naděje dožití při narození podle pohlaví v ČR



Zdroj: ČSÚ, 2016a. Vlastní zpracování autorky.

Pakliže se biologické a genetické rozdíly mezi muži a ženami v České republice v průběhu uplynulých 60 let neměnily, je třeba věnovat pozornost tomu, proč dochází k prohlubování či snižování rozdílů v délce života žen a mužů a zda je tento rozdíl přirozený a nezvratitelný.

Pro další pohled na délku života jsou využívána data z projektu EHLEIS [European Healthy Life Years Information System], který poskytuje ukazatele naděje dožití podle zdravotního stavu, vhodný k posuzování toho, zda je prodlužující se délka života doprovázena delší dobou prožitou v dobrém zdraví (EHLEIS, 2016: 1). Podle údajů pro rok 2014 byla v České republice naděje dožití ve věku 65 let 19,8 roku pro ženy a 15,9 pro muže, přitom ženy měly bez dlouhodobého zdravotního omezení prožít 9,3 roku a muži 8,5 roku. (EHLEIS, 2016: 2).

Porovnání hodnot od roku 2009 do roku 2014 vykazuje nárůst obou ukazatelů pro ženy i muže, nicméně je třeba věnovat pozornost tomu, že délka života se neprodlužuje pouze o léta prožitá ve zdraví (viz Tabulka 1 a Graf 2).

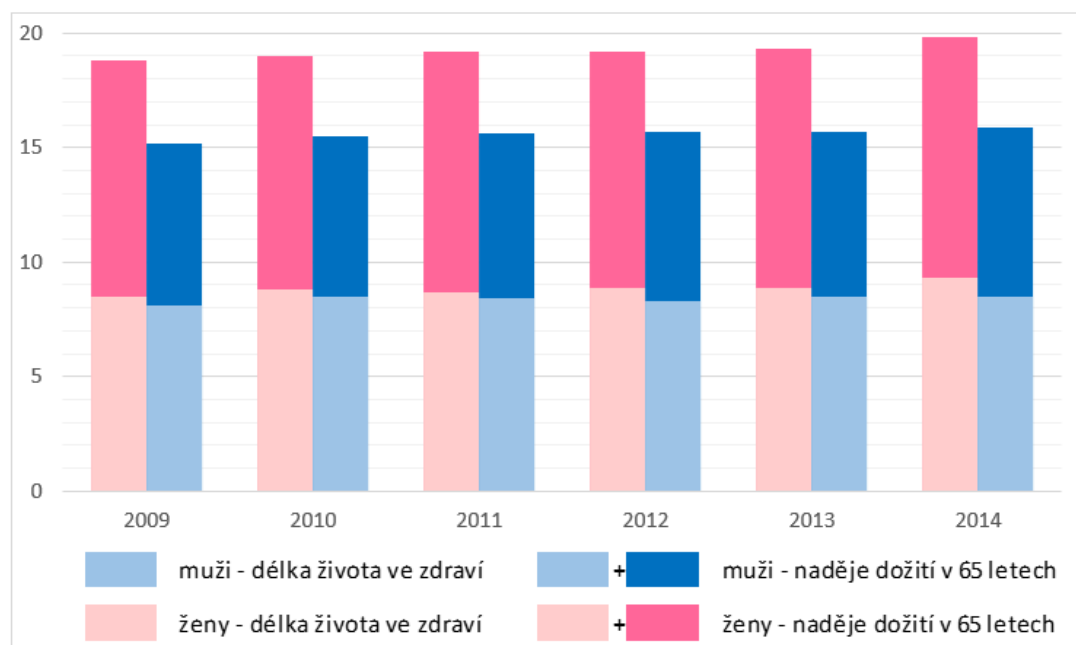
Tabulka 1: Naděje dožití a délka života ve zdraví ve věku 65 let mužů a žen v ČR v roce 2009 a 2014

		Délka života ve zdraví	Naděje dožití	Podíl let prožitých ve zdraví
2009	ženy	8,5	18,8	45,2%
	muži	8,1	15,2	53,3%
	<i>rozdíl (ženy - muži)</i>	<i>0,4</i>	<i>3,6</i>	
2014	ženy	9,3	19,8	47,0%
	muži	8,5	15,9	53,5%
	<i>rozdíl (ženy - muži)</i>	<i>0,8</i>	<i>3,9</i>	
Rozdíl (2014 - 2009)	ženy	0,8	1,0	
	muži	0,4	0,7	

Zdroj: EHLEIS, 2016. Vlastní zpracování autorky.

Ženy tedy žijí déle než muži a bez zdravotního omezení stráví absolutně větší počet let, avšak v relativním vyjádření prožívají větší část svého života se zdravotním omezením oproti mužům: v roce 2014 tak měly ženy ve věku 65 let průměrně prožít ve zdraví pouze 47,0 % svého dalšího života, kdežto muži 53,5 %. Pokud by se hodnoty ukazatelů reálně naplnily, znamenalo by to, že se ženy, kterým v roce 2014 bylo 65 let, průměrně dožijí věku 84,8 roku, z nichž ve zdraví prožijí 87,6 % života, a muži se průměrně dožijí věku 80,9 roku, z toho ve zdraví 90,9 %.

Graf 2: Naděje dožití a délka života ve zdraví ve věku 65 let mužů a žen v ČR



Zdroj: EHLEIS, 2016. Vlastní zpracování autorky.

Vstupními daty pro výpočet ukazatele délky života ve zdraví jsou subjektivní výpovědi o zdraví v rámci šetření European Health Interview Survey (ÚZIS, [online]⁵), které je prováděno jako součást zdravotnické statistiky v mezinárodním měřítku, či v rámci EU-Statistics on Income and Living Conditions (ÚZIS, [online]⁶). Otázky těchto šetření se dotazují na vnímání a sebehodnocení celkového zdravotního stavu, přítomnost chronických onemocnění a bolesti či hodnocení schopnosti vykonávat běžné aktivity s ohledem na zdravotní stav.

Lidé se však vzájemně liší kognitivním hodnocením a prožíváním vlastního zdravotního stavu. Problematikou sebehodnocení zdravotního stavu se zabývali Dosedlová, Klimusová, Jelínek, Burešová (2016) ve studii zaměřené na tzv. subjektivní zdravotní stesky. Tyto lze chápat jako projev subjektivní zdravotní nepohody, jako fyzické a psychické symptomy, které mohou, ale nemusí být vázány na určitou diagnózu (tamtéž: 416-417). Autoři studie uvádějí jako příklad zdravotních stesků bolesti kloubů a končetin, bolesti zad, únavu, žaludeční a gastrointestinální obtíže, dýchací obtíže, závratě, bušení srdce, náhlé zpocenění, nervozitu, poruchy spánku, nesoustředěnost. Přitom ženy oproti mužům vykazují vyšší míru zdravotních stesků a tyto genderové rozdíly mohou být dány např. odlišným přístupem ke zvládnutí stresu, nižší fyzickou silou žen, odlišným vnímáním symptomů, ale i vyšším tlakem vyplývajícím z kombinace profesního a rodinného života a sociálními normami (tamtéž: 424).

6.4. Postoj organizací s celosvětovou působností ke genderovým nerovnostem ve zdraví

Nerovnosti mezi ženami a muži v oblasti zdraví neunikly pozornosti WHO. Ta ve svém ustavujícím dokumentu uvádí, že „[v]yužívání nejvyšší dosažitelné úrovně zdraví je jedním ze základních práv každého člověka“ (WHO, 2014; překlad autorka) a v návaznosti na tuto proklamaci doplňuje v Madridském prohlášení, že „[z]a účelem dosažení nejvyšší úrovně zdraví musí zdravotní politiky uznat, že ženy a muži mají vzhledem ke svým biologickým rozdílům a genderovým rolím odlišné potřeby, překážky a příležitosti“

⁵ ÚZIS. EHIS 2014 – Úvodní informace. *UZIS.cz* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2016 [cit. 2017-07-15]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/ehis-2014-uvodni-informace>.

⁶ ÚZIS. Ukazatel HLY. *UZIS.cz* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2016 [cit. 2017-07-15]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/jaehleis/ukazatel-hly>.

(Euro WHO, 2002; překlad autorka), což je potřeba zohlednit ve veřejněpolitických programech a strategiích.

Některé organizace vyhodnocují ukazatele genderové nerovnosti v oblasti zdraví jako jednu ze součástí souhrnného posouzení tzv. genderové propasti [angl. gender gap]. Např. Organizace spojených národů v rámci United Nations Development Programme (dále jen „UNDP“) vyhodnocuje tzv. Index lidského rozvoje [angl. Human Development Index], který zahrnuje ukazatele dlouhého a zdravého života, vzdělání a životní úrovně. Tyto jsou poměřovány rovněž z pohledu nerovností mezi pohlavími pro výpočet hodnoty Gender Development Indexu. Za ukazatel dlouhého a zdravého života pojímá UNDP hodnotu naděje dožití při narození (UNDP, 2016). Světové ekonomické fórum ([World Economic Forum], dále jen „WEF“) vyhodnocuje ukazatele v rámci Gender Gap Indexu, a to v oblasti ekonomické účasti, vzdělávání, zdraví a politické účasti obou pohlaví. WEF uvádí, že ukazatele a způsob jejich hodnocení jsou zaměřeny na to, aby byly odhaleny nerovnosti mezi ženami a muži v přístupu ke zdrojům a příležitostem, nikoliv na měření dosažené úrovně výstupů jednotlivých zemí (WEF, 2017: 4-5), přitom však nejlepší hodnocení mají země, které dosáhly parity mezi ženami a muži anebo kde ženy překonaly muže (tamtéž: 6), a to bez ohledu na míru takové nerovnosti. Z oblasti zdraví měří WEF poměr narozených dětí dle pohlaví a poměr délky života prožitého ve zdraví dle pohlaví. Výběr těchto ukazatelů odůvodňuje WEF tím, že by měly podchytit fenomén „chybějících žen“, který se projevuje v některých zemích, kde jsou silně preferováni synové, a také šance na život v dobrém zdraví při zohlednění let ztracených v důsledku násilí, nemocí, podvýživy a dalších relevantních faktorů (tamtéž: 5). Přestože WEF považuje uvedené dva ukazatele pro hodnocení genderové propasti v oblasti zdraví za klíčové, v profilovém hodnocení jednotlivých zemí pak uvádí ještě doplňující údaje, např. o úmrtnosti a výskytu genderově podmíněného násilí (tamtéž: 9).

7. Gender equity a gender equality ve veřejněpolitických dokumentech

7.1. Základní práva žen a mužů v oblasti zdraví v legislativě České republiky

Práva občanů České republiky v oblasti zdraví a práva vztahující se k rovnosti žen a mužů jsou vymezena platnou legislativou.

Listina základních práv a svobod v Čl. 3 odst. 1 definuje, že „[z]ákladní práva a svobody se zaručují všem bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnosti nebo etnické menšině, majetku, rodu nebo jiného postavení“ (Usnesení č. 2/1993 Sb.). V oblasti zdraví zaručuje v Čl. 31 všem občanům právo na ochranu zdraví a právo na bezplatnou péči a na zdravotní pomůcky na základě veřejného pojištění za podmínek, které stanoví zákon (tamtéž). K tomu zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, definuje v § 2 odst. 1, že zdravotně pojištěny jsou všechny osoby, které mají trvalý pobyt na území ČR, a osoby bez trvalého pobytu, které jsou zaměstnanci zaměstnavatele se sídlem na území ČR. Znamená to, že čeští občané, muži i ženy, jsou pojištěni buď jako zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné, osoby bez zdanitelných příjmů, nebo za ně platí pojistné stát ze státního rozpočtu, a to za podmínek stanovených v § 7 zákona č. 48/1997 Sb.

Další rozsáhlou skupinu práv v oblasti zdraví definuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon zmiňuje např. právo pacienta na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni, na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb. Pacient má rovněž právo zvolit si poskytovatele zdravotních služeb a vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele. Povinností pacienta je dodržovat navržený individuální léčebný postup. Poskytovatel je podle tohoto zákona povinen zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o léčebném postupu, a umožnit pacientovi klást doplňující otázky vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám. Zákon dále definuje Národní zdravotnický informační systém jako jednotný celostátní informační systém určený ke

zpracování údajů o zdravotním stavu obyvatelstva a mimo jiné také k zajištění rovného přístupu k zdravotním službám.

Oblast rovnosti je upravena zákonem č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon). Ten podle § 1 odst. 1 písm. h) vymezuje právo na rovné zacházení a zákaz diskriminace také ve věcech přístupu ke zdravotní péči a jejího poskytování. Rovným právem se ve smyslu § 2 tohoto zákona rozumí právo nebýt diskriminován, a to z důvodu rasy, etnického původu, národnosti, pohlaví, sexuální orientace, věku, zdravotního postižení, náboženského vyznání, víry či světového názoru. Diskriminace z důvodu pohlaví zahrnuje i diskriminaci z důvodu těhotenství, mateřství nebo otcovství a z důvodu pohlavní identifikace. Dle § 6 odst. 7 diskriminací z důvodu pohlaví není výlučné nebo přednostní poskytování veřejně dostupných zboží a služeb osobám určitého pohlaví, pokud je objektivně odůvodněno legitimním cílem a prostředky k jeho dosažení jsou přiměřené a nezbytné.

Z uvedeného přehledu legislativy je patrné, že občanům České republiky jsou legislativou poměrně důkladně definována práva v oblasti zdraví, a to bez ohledu na pohlaví či gender, není jim však výslovně stanovena povinnost o vlastní zdraví pečovat. Pokud občané nedbají na udržení svého zdraví a na prevenci, nijak jim to nekomplikuje přístup k další péči hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Kromě tohoto základního přehledu zákonů se v českém právním systému vyskytuje další legislativa, která specifikuje např. problematiku transplantací, odběru tkání a orgánů, zásahů do reprodukčních schopností, lékařských experimentů a klinických zkoušek léčiv.

Rovnosti mezi muži a ženami má být dle zákona dosaženo nediskriminací, tedy na principu equality, nikoliv equity. Přesto existují jisté náznaky, že s ženami a muži není zcela rovně zacházeno při využívání zdravotních služeb. J. Petr v rozhovoru uvedl, že „*[u] porodů se třeba už s tátou počítá, že tam bude, jako s mužem, že to je celkem normální, ale už se moc nepočítá s tím, třeba v nemocnici, že by tam muž šel, když je dítě dlouhodobě nemocný, že by tam prostě strávil nějaký čas v tý nemocnici.*“ Případem diskriminace otce, resp. jeho

odmítnutím, když chtěl pobývat s dětmi při hospitalizaci v nemocnici, se zabývala také veřejná ochránkyně práv (ESO, [online]⁷).

7.2. Veřejněpolitické dokumenty rezortu zdravotnictví v evropském kontextu

Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century je dokument schválený všemi 53 zeměmi evropského regionu WHO v září 2012, zaměřený na zdraví a životní pohodu obyvatel této části světa. Ve svém úvodu deklaruje, že „*představuje rámec zdravotní politiky pro zdraví a blahobyt lidí, založený na hodnotovém přístupu a na vědecky ověřených důkazech*“ (Euro WHO, 2013: 3; překlad autorka). Sdílené hodnoty WHO jsou ukotveny v Ústavě této organizace a v souladu s nimi se země evropského regionu v tomto programu zavázaly „*usilovat o nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví obyvatel bez ohledu na jejich etnický původ, pohlaví, věk, sociální postavení a platební schopnost*“ (tamtéž: 34; překlad autorka).

WHO vymezilo dva hlavní strategické cíle programu Health 2020: (1) zlepšit zdraví všech obyvatel a snížit nerovnosti ve zdraví a (2) posílit vedoucí úlohu veřejné správy a zapojit do rozhodování v oblasti zdraví všechny složky společnosti (Euro WHO, 2013: 39; překlad autorka). Odstranění všech nežádoucích a odstranitelných zdravotních nerovností je v programu pojato ve smyslu ekvity, takže situace jednotlivých sociálních skupin by měla být srovnána s tou skupinou, která má pro dosažení zdraví nejlepší podmínky. Dokument zmiňuje také ekvitu genderovou, a to v tom smyslu, že se jedná o „*postupy, které jsou spravedlivé k ženám i mužům a jejich cílem je snížit nespravedlivé a odstranitelné nerovnosti ve zdravotním stavu, v přístupu ke zdravotním službám a jejich přínosu pro zdraví žen a mužů*“ (tamtéž: 42; překlad autorka).

V tomto smyslu zmínila v rozhovoru H. Janata určité „odborné stereotypy“ při poskytování zdravotních služeb v České republice, a to v souvislosti s medicínskou praxí při akutních příhodách srdečních u žen, neboť „*náš systém je zvyklej ošetřovat prostě ty klasický, typický infarkty, což jsou muži, a u žen se to podceňuje. Jako furt ještě ochrana estrogeneru a podobně*“, a dále v oblasti duševních poruch: „*Mladej, vysokej kluk, sportovec*

⁷ ESO. Evidence stanovisek ombudsmana: Spisová značka 3973/2015/VOP. ESO.OCHRANCE.cz [online]. [cit. 2017-08-05]. Dostupné z: <http://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/4620>.

[...] přijde k psychiatrovi, nikdo mu nevěří, protože prostě takovejhle chlapec nemůže mít problémy, že jo.“

Jak WHO ve svém dokumentu Health 2020 dále uvádí, rozdíly mezi muži a ženami vyplývající z jejich biologických odlišností a genderové role se projevují při využívání zdravotní péče, v míře vystavení se rizikovým faktorům, ve zranitelnosti a odolnosti vůči škodlivým podmínkám i v odezvě systému zdravotní péče. Děje se tak napříč zeměmi, socioekonomickými a věkovými skupinami. WHO proto řadí gender mezi determinanty zdraví, jimž je třeba věnovat pozornost. O mužích a ženách se v dokumentu uvádí: *„Zdraví mužů je ovlivněno jejich genderovou rolí a zvyklostmi: bývají více vystaveni škodlivým fyzikálním a chemickým faktorům v pracovním prostředí, s jejich životním stylem je spojeno rizikové chování a jejich chování při nemoci se odvíjí od maskulinních vzorců (muži jsou méně ochotní jít k lékaři a s nelibostí sdělují své potíže a příznaky nemoci). [...] Zvláštní pozornost by měla být věnována starším ženám, které vzhledem k delšímu životu a odlišnému životnímu cyklu mají více zdravotních problémů ve vyšším věku; navíc je u nich větší pravděpodobnost, že si potřebné zdravotní služby nedokáží zajistit“* (Euro WHO, 2013: 83; překlad autorka).

Tyto výroky o vlivu genderových rolí na zdraví se vztahují i na muže a ženy v České republice, jak potvrzuje v rozhovoru H. Janata, když uvádí, že *„ty mužský jsou zranitelný, [...] potřebujou oni tu pomoc, a ne ty ženský“*. Současně zmiňuje problém dopravní dostupnosti zdravotních služeb zejména pro starší ženy v menších obcích.

A potvrzují to i slova dalších odborníků. Na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy byla v březnu 2017 uspořádána debata o problematice mužského zdraví a M. Miovský (MEDialogy, [online]⁸) zde popisuje image chlapáctví: *„Ten chlap, který vypadá jako chlap, chová se tak prostě, tak je současně spojen s chováním, které toho chlapa velmi rychle odrovná.“* J. Hausmann (tamtéž) říká: *„[I]deál muže je takovej muž, kterej svůj osud nese mlčky, v klidu a bez stížnosti. Prostě chlap si nestěžuje. Takhle to je a nestěžuj si. Seš kluk, tak nebreč. [...] A tenhle ten sociální konstrukt je právě jedním z důvodů, proč ti chlapi k tomu doktorovi nejdu.“* V. Šimánek (tamtéž) uvádí, že *„nebral bych to tak, že by společnost nějakým způsobem diskriminovala nemocné muže, spíš bych to bral s tím, že jsou*

⁸ MEDialogy: Mužské zdraví v Čechách aneb Kluci nepláčou?. In: *Youtube* [online]. 15. března 2017 [cit. 2018-01-05]. Dostupné z: https://www.youtube.com/watch?time_continue=13&v=2bTjgb0ADeM. Kanál uživatele LF1UK.

onemocnění, za které se muž stydí [...] a jsou onemocnění, se kterými se nechce svěřit. A ono je to i otázka zase chyb lékařů, protože co vlastně posunuje určitý zdravotní stav toho pacienta, je zcela otevřený a fundovaný dialog s ošetřujícím lékařem. A většinou ten ošetřující lékař na ten dialog čas nemá.“ P. Kukal (tamtéž) o přístupu mužů k využívání zdravotních služeb uvádí, že „chlap je ochotnej chodit k doktorovi a prakticky si vzít dovolenou a objet celou republiku, když má něco s kolenem, a naopak se pak o tom v hospodě baví, ke kterému se dostal lékaři a že ho operoval ten, kterej operoval známýho fotbalistu. [...] Ale ta moje zkušenost, moje osobní a zároveň za těch sedm let, kdy se tomu tak nějak vlastně věnuju nenásilně, je taková, že to chlapský zdraví jako bereme, bereme jako celek a pak je z toho takovej výřez tý urologie, kterému my říkáme teda pracovní podvozek, kterému vlastně ty chlapi se nechtěj věnovat, dělají, že neexistuje, o tom se nikdy nebavíme, to je jasný.“

Zdravotní politika by podle programu Health 2020 měla být založena na uznaných lidských právech a její součástí by se mělo stát odstraňování všech forem diskriminace a uplatňování gender mainstreamingu (Euro WHO, 2013: 41). Aby byl systém zdravotní péče schopen přiměřeně reagovat na problémy genderové nerovnosti, navrhuje WHO sbírat data odděleně pro obě pohlaví a provádět genderové analýzy při přípravě zdravotní politiky (tamtéž: 83-84).

WHO však dále uvádí, že v evropském regionu nejsou dosud dostatečně rozvinuty mechanismy, podle nichž by bylo možné hodnotit míru zdravotních nerovností a jejich trend. Členské státy se proto na organizaci obracejí s požadavky na stanovení metod, umožňujících monitorovat dodržování lidských práv a gender mainstreamingu (Euro WHO, 2013: 151).

Slovo „gender“ se v dokumentu Health 2020 vyskytuje samostatně nebo v nějaké variantě slovního spojení 52x (počítáno v textu včetně nadpisů a přílohy, vyjma seznamu zdrojové literatury) – viz tabulka níže (Tabulka 2). Strategie obsahuje např. podkapitulu s názvem Gender equity through the life-course a je tedy patrné, že gender není v dokumentu pouze okrajovým tématem.

Tabulka 2: Výskyt slova "gender" v dokumentu Health 2020

Slovo / slovní spojení	Počet výskytů
gender	4
gender (in)equality	11
gender (in)equity	10
gender mainstreaming	6
gender norms / roles	6
gender analysis	3
gender-based violence	2
gender stereotypes	1
gender approach	1
gender perspective	1
gender considerations	1
gender budgeting	1
gender impact assessment	1
gender training	1
gender-specific challenges	1
gender-responsive actions	1
European Institute for Gender Equality	1
Celkem	52

Zdroj: Euro WHO, 2013. Vlastní zpracování autorky.

Ministerstvo zdravotnictví publikovalo český překlad tohoto dokumentu (MZ ČR, 2014a). Slovo „gender“ se zde vyskytuje 3x, a to v odstavci věnovaném vysvětlení pojmů gender a gender mainstreaming (tamtéž: 85) a v příloze při vysvětlování termínu gender equity in health (tamtéž: 176). Při překladu genderových pojmů z angličtiny do češtiny používají autoři nejčastěji formulaci „rovnost pohlaví“, „rovnost mužů a žen“, „rovnoprávnost mužů a žen / pohlaví“. Někdy se autoři při překladu slova či slovního spojení genderovému významu zcela vyhýbají, např. termín gender analysis je přeložen jako analýza, analytická metoda, příp. je zcela vynechán. Jindy jsou do češtiny poměrně neobratně překládány i pojmy, které se v českých veřejněpolitických dokumentech běžně používají v původním anglickém znění – např. gender mainstreaming. Je pochopitelné, že při předkladu bylo třeba dbát na plynulost textu, zároveň však taková interpretace genderových pojmů může působit nepřesně a zavádět obsah sdělení jinam, než bylo záměrem WHO.

Jeden z překladatelů dokumentu, J. Holčík, na dotaz autorky k problematice překladu v této oblasti sdělil, že „šlo zřejmě o snahu zlepšit srozumitelnost textu, který by měl být co nejsrozumitelnější široké občanské veřejnosti. [...] Mám pocit, že [pojem gender] není

dostatečně vysvětlován a respektován. Samotný pojem gender není snadný a navazující analýzy jsou poměrně náročné. Pojem nepochybně bojuje, a ještě dlouho bude bojovat s nepochopením. Úzká návaznost pojmu na kulturu v jejím historickém vývoji, značná variabilita, nesnadná ovlivnitelnost některých okolností, to a mnohé další (například problém s překladem do češtiny) vede k tomu, že pojem gender se povětšinou chápe jako odborný termín, který se sice týká všech, ale se kterým pracují zejména specialisté a zainteresované skupiny.“ Autorka položila otázku ohledně terminologie a rozlišování mezi genderem a pohlavím v textu tohoto dokumentu i dalším expertům, a to zejména proto, že na zdraví lidí působí jak gender, o kterém se výše uvedené anglické termíny v dokumentu WHO zmiňují, tak biologické pohlaví, které je naopak zmiňováno v českém předkladu, a záměna těchto pojmů může být bariérou k účinnému řešení problému. J. Petr v rozhovoru uvedl: „No stejný to není, určitě. Ale otázka je, do jaký míry my jsme připravený jakoby tomu rozumět. [...] Jestli vůbec je v naší rozlišovací schopnosti rozlišovat mezi genderem a pohlavím. Já si nejsem úplně jistý. [...] A myslím si, že tady ten jako diskurz toho genderu není vůbec prostě zakořeněnej, že ho lidi nechápou, nerozuměj mu. A včetně tvůrců těchto dokumentů, pravděpodobně. To je otázka času a nějaký vůle a diskuze. A zatím to teda nevypadá, že by to bylo na dobrý cestě.“ Podobně reagovala v rozhovoru i H. Janata: „No to je taková kultura naše. [...] Ten gender, vlastně on se nedá pořádně přeložit, možná je to tím. Ale tady se to prostě jako hraje do outu.“ A také T. Jung: „Já si myslím, že bysme měli najít nějaký takovej český ekvivalent, aby to přesně vystihovalo. [...] Já si myslím, že prostě to používání cizích slov není úplně ideální, aby se to dostalo, bych řekl, ke všem lidem. Takže já bych se přikláněl pro nějaký vhodnej překlad, kterej by maximálně vystihoval teda ten danej problém.“

7.3. Veřejněpolitické dokumenty rezortu zdravotnictví v České republice

Na strategický dokument Health 2020 (Euro WHO, 2013) navazuje dokument Ministerstva zdravotnictví s názvem Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí (MZ ČR, 2014b), který je nástrojem pro implementaci evropského programu. Národní strategie rozpracovává vizi systému veřejného zdraví na všech úrovních společnosti a je tedy adresována zainteresovaným subjektům na všech úrovních společnosti

– jak institucím veřejné správy, tak i jednotlivcům, komunitám, institucím neziskového a soukromého sektoru, vzdělávacím a vědeckým institucím.

Národní strategie definuje hlavní cíl, jímž je zlepšit zdravotní stav populace a snižovat výskyt nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet. Naplnění hlavního cíle má být dosaženo prostřednictvím dvou strategických cílů, a to (1) zlepšením zdraví obyvatel a snížením nerovnosti v oblasti zdraví a (2) posílením role veřejné správy v oblasti zdraví a přizváním všech složek společnosti, sociálních skupin i jednotlivců k řízení a rozhodování. Tím ČR sdílí strategické cíle s ostatními zeměmi evropského regionu WHO.

Jako prioritní témata prvního strategického cíle jsou pak definovány *„předškolní výchova, úroveň vzdělávání, zaměstnanost a pracovní podmínky, sociální zabezpečení a omezování chudoby. Možnými metodami jsou: zvýšení odolnosti komunit, sociální začlenění a soudržnost; zvyšování životní úrovně; rovnost pohlaví v přístupu ke zdravotní péči a rozvíjení schopností jednotlivců i společenských skupin chránit a podporovat zdraví [...] Přijetí opatření, která by se zabývala sociálními determinantami zdraví a dalšími vlivy životních podmínek a biologického pohlaví, může přispět k účinnému zvládnutí celé řady nerovností.“* (MZ ČR, 2014b: 19).

Problematiky vzájemné provázanosti sociálních determinant zdraví se dotýkají i všichni oslovení odborníci. J. Holčík v odpovědi na dotaz autorky zmiňuje *„rostoucí vliv sociálních determinant zdraví jak na muže, tak i na ženy. Zdá se, jako by se ve společnosti postupně prohlubovaly rozdíly ekonomické, mocenské a kulturní, které determinují v té či oné míře i gender. [...] Nejsm si jist, ale vnímám to i tak, že nejsou rozdíly jen mezi muži a ženami, ale i mezi muži a muži a ženami a ženami.“* Podobně např. v rozhovoru J. Petr: *„Ačkoliv dejme tomu pořád žijeme v nějakým uspořádání společenským, kde mají muži jako socioekonomicky navrch, tak [...] ne všichni. Ty nerovnosti nejsou jenom mezi mužem a ženou, ale jsou jako i mezi mužema. Že z toho uspořádání vlastně profituje poměrně jako úzká skupina lidí, mužů, a pak jsou tady muži, který jsou fakt jako na okraji.“*

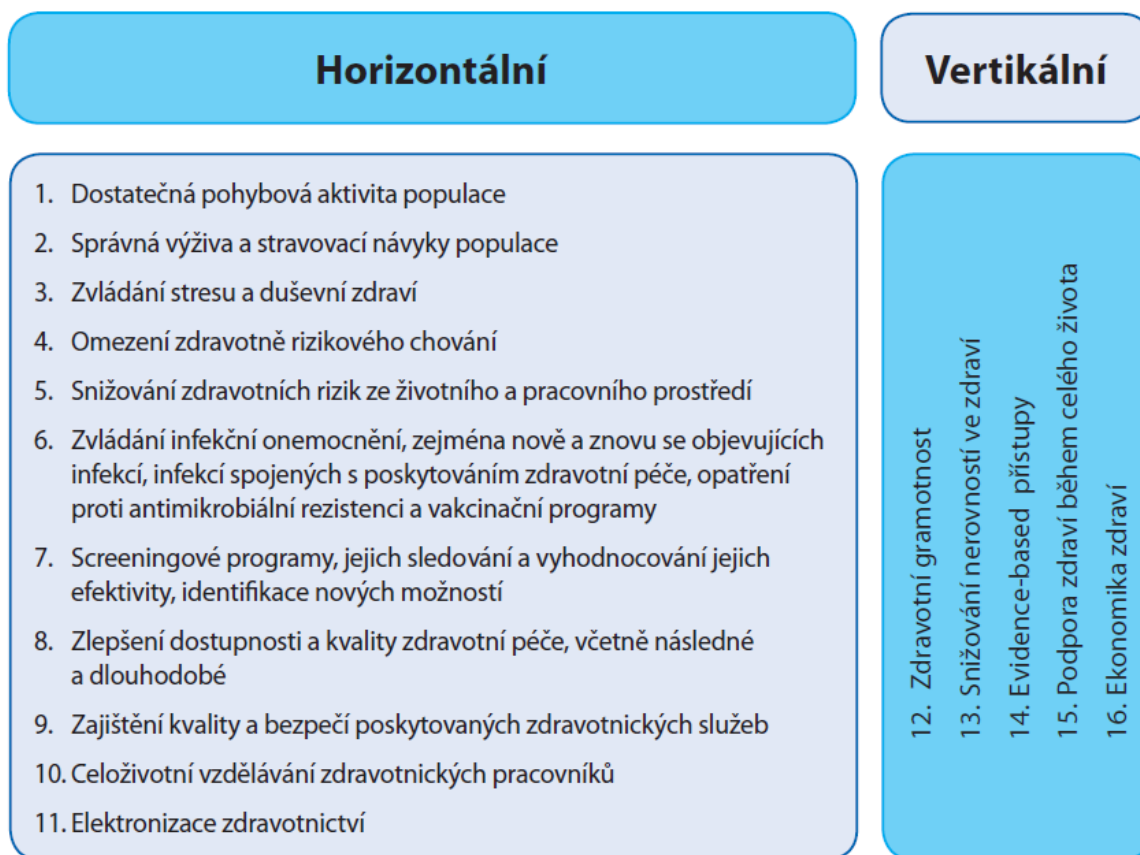
O druhém strategickém cíli se v Národní strategii uvádí, že *„Ministerstvo zdravotnictví a orgány a instituce ochrany a podpory veřejného zdraví postupně rozšiřují meziresortní spolupráci a působí i jako zprostředkovatelé a zastánci zdraví“* (MZ ČR, 2014b: 20). Veřejná správa by měla v rámci svých organizačních struktur posilovat soudržnost s ostatními resorty, aby zdravotní aspekty byly posuzovány ve všech oblastech,

a měla by organizačně zajistit aktivní zapojení širokého spektra relevantních partnerů včetně občanské společnosti. „*Posilovat a rozvíjet schopnosti občanů, spotřebitelů a pacientů, aby dostáli své odpovědnosti za zdraví, je zásadní podmínkou dalšího zlepšení výsledků v oblasti zdraví, výkonnosti zdravotnictví i spokojenosti pacientů*“ (tamtéž: 20).

K potřebě meziresortní spolupráce směřují nepřímo i výroky oslovených expertů. J. Holčík v odpovědi na dotaz autorky uvádí: „*Za hlavní považuji věnovat pozornost podmínkám, do nichž se lidé rodí, v nichž vyrůstají, učí se, pracují, odpočívají a stárnou. Důležitá je výchova, nejen osvěta. Je možné se poučit v zahraničí. Výchova k rodičovství (možná přesněji by se dalo uvést, že by mělo jít o výchovu k důstojnému životu, v němž jsou respektovány hodnoty individuální, rodinné i společenské – zdraví k takovým hodnotám nepochybně patří) ve Švédsku je předmět pro, tuším, 3. a 4. třídu. Děti se učí starat se o modely kojenců, přebalovat je, připravovat jídlo a spoustu dalších věcí, pokud možno ve spolupráci. To však není to hlavní. Hlavní je, aby si uvědomily, co práce daly svým rodičům, když byly ještě malé (a už si na to nepamatují), a jaká odpovědnost i námaha je spojena s mateřstvím i otcovstvím, co je vlastně rodina a jaký má smysl. Takový typ výchovy v ČR zatím postrádám. Nestačí to nechat jen na rodičích. Děti a nefunkční nebo problematické rodiny si zaslouží pomoc.*“ Podobně i v rozhovoru T. Jung klade důraz na výchovu k odpovědnosti za zdraví od raného dětského věku, a to jak ze strany rodičů, tak i školského systému. Podle vyjádření J. Petra nerovnost vzniká právě v rodině, a proto považuje za velmi důležité, aby se více narovnal role v rodině, neboť „*kdyby se víc mužů zapojovalo do rodinného života, kdyby to bylo půl na půl, tak si myslím, že třeba ten problém jako tý nerovnosti v tom alkoholismu neřešíme. Myslím si, že to fakt vychází primárně z té role, kterou jako muži, která se od nás očekává.*“ Současně však také k problematice závislosti uvádí: „*[P]ro ty český muže jsou ty závislosti jako takovej nejpalcivější problém [...]. Ale jako kdybyste pátrala po těch příčinách, proč to tak je, tak ten gender, že to je spíš jako, že to je taková jako neprokázaná kauzalita, mi přijde, že to tam tak jako logicky prostě sedí, ale nevím o žádném výzkumu, kterej by to vyloženě nějakým způsobem potvrzoval.*“

K naplnění cílů strategie Zdraví 2020 stanovilo Ministerstvo zdravotnictví jedenáct horizontálních a pět vertikálních témat (Obrázek 1). Byly vybrány oblasti, které společně ovlivňují hlavní příčiny úmrtnosti a nemocnosti populace, rozhodují o kvalitě a délce života lidí ve zdraví.

Obrázek 1: Témata pro rozvoj aktivit v rámci Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí



Zdroj: MZ ČR, 2014b

Na rozdíl od dokumentu Health 2020 (Euro WHO, 2013), kde byla poměrně jasně a zevrubně řešena problematika genderových rolí a nerovností ve zdraví, které z nich vyplývají, není v národní strategii Ministerstva zdravotnictví (MZ ČR, 2014b) pojem „gender“ zmíněn. Rovnost žen a mužů v přístupu ke zdravotní péči jako součást problematiky snižování nerovností je řazena mezi témata vertikální, tj. průřezová, a měla by tedy být zahrnuta do akčních plánů pro jednotlivá horizontální témata.

Ministerstvo zdravotnictví publikovalo 13 akčních plánů, z nichž některé jsou dále členěny do dílčích témat. Akční plány blíže specifikují konkrétní cíle, odpovědnost, ukazatele, termíny plnění a rámcové rozpočty pro stanovená klíčová témata strategie Zdraví 2020. Rozdílů mezi muži a ženami se dotýkají zejména akční plány č. 1 a 4c.

Akční plán č. 1, který je zaměřen na podporu pohybových aktivit, například uvádí, že z tohoto hlediska se jako pasivní projevují „lidé se základním vzděláním, dělníci, důchodci a ženy v domácnosti. Specifickou skupinou jsou pak matky s dětmi, kdy v průběhu

těhotenství dochází ke změně pohybových režimů a péče o dítě je častou bariérou v pravidelném pohybu. Těm musí být věnována speciální pozornost při vytváření podmínek pro sport a nabízeny adekvátní programy se sportovní náplní, nestačí pouze nabídka zařízení“ (MZ ČR, 2015a: 25). Úroveň pohybových aktivit se liší již v dětském věku, neboť „rozdíly mezi pohlavími jsou statisticky významné v neprospěch dívek“ (tamtéž: 3), a mezi dospělými „jsou signifikantně aktivnější muži oproti ženám“ (tamtéž: 7).

Konkrétní cíle k tomuto akčnímu plánu jsou v návaznosti na strategický cíl „Zlepšit zdraví obyvatel a snížit nerovnosti v oblasti zdraví“ formulovány v doplňujícím dokumentu, označeném jako logický rámeček. Např. specifický cíl č. 1.2. Podpora PA [pohybových aktivit] na základních školách a nižších stupních víceletých gymnázií zahrnuje dílčí projekt 1.2.4. Prohlubovat vědomosti o významu PA u všech žáků bez ohledu na zdravotní omezení v rámci rozvoje PG [pohybové gramotnosti], jehož výstupem má být rozšíření bloku informací o významu pohybu a rizicích jeho nedostatku do vzdělávacích oblastí Člověk a jeho svět a Člověk a zdraví. Indikátorem pro tento cíl je procento dětí, které jsou pohybově aktivní alespoň hodinu denně, přičemž v roce 2010 před realizací programu bylo takto pohybově aktivních 18,4 % dívek a 27,4 % chlapců ve věku 11-15 let. Cílová hodnota indikátoru je stanovena jako každoroční nárůst o 3 % pohybově aktivních žáků. Analogicky je stanoven cíl pro žáky na středních školách, kde však nejsou k dispozici údaje o pohybově aktivních dívkách a chlapcích před startem programu (MZ ČR, 2015b).

Akční plán č. 4c se věnuje problematice omezení škod působených alkoholem. V dokumentu se konstatuje, že v roce 2012 byl výskyt častého pití alkoholu u 23 % mužů a 8 % žen (MZ ČR, 2015c: 6). Tyto rozdíly byly zjišťovány rovněž u dětí a mládeže – ve všech věkových skupinách výsledky vypovídají v neprospěch chlapců (tamtéž: 8). Další epidemiologické ukazatele pak poukazují na to, že „úmrtí způsobená alkoholem připravila muže v letech 1995 – 2002 v průměru o 1,2 roku života a ženy o 0,6 roku“ (tamtéž: 41). Muži převládají také mezi pacienty s poruchami vyvolanými užíváním alkoholu v ambulantních a lůžkových zařízeních (tamtéž: 38-39). Akční plán si stanoví za hlavní cíl snížení spotřeby a škod působených alkoholem, přičemž v dospělé populaci má být spotřeba čistého lihu na osobu snížena do roku 2018 o 3,5 % a do roku 2020 o 5 %. Navrženým opatřením je např. zvýšení povědomí veřejnosti o rizicích užívání alkoholu, a to prostřednictvím informační kampaně zaměřené na vybrané skupiny obyvatel – muže, těhotné ženy, mladé ženy, seniory, řidiče a osoby bez přístřeší (tamtéž: 18).

Akční plán č. 2a se věnuje problematice výživy a stravovacích návyků a zmiňuje absenci systematického sběru relevantních dat pro efektivní rozhodování, vypovídající o biologické hodnotě přijímané stravy v závislosti na věku, pohlaví a socioekonomickém kontextu (MZ ČR, 2015d: 8). V ostatních akčních plánech je problematika nerovností mezi muži a ženami zmíněna okrajově, např. o výskytu obezity (MZ ČR, 2015e), a kuřáctví u mužů a žen (MZ ČR, 2015i) a o demografickém vývoji (MZ ČR, 2015n), nebo vůbec (MZ ČR, 2015f; MZ ČR, 2015g; MZ ČR, 2015h; MZ ČR, 2015j; MZ ČR, 2015k; MZ ČR, 2015l; MZ ČR, 2015m; MZ ČR, 2015o; MZ ČR, 2015p; MZ ČR, 2015q; MZ ČR, 2015r; MZ ČR, 2015s; MZ ČR, 2015t; MZ ČR, 2015u).

O strategii Zdraví 2020 a souvisejících akčních plánech se rovněž zmiňuje vládní dokument Zpráva o rovnosti žen a mužů v ČR v roce 2015 a o naplňování Vládní strategie pro rovnost žen a mužů v ČR na léta 2014–2020: „*Vláda ČR již v lednu 2014 přijala dokument Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. V roce 2015 bylo k této strategii vytvořeno celkem třináct akčních plánů. [...] Některé Akční plány tematizují i socioekonomické nerovnosti (např. v otázce obezity a bezpečnosti potravin či v užívání tabáku), rovnost žen a mužů však explicitně zohledňována není*“ (Úřad vlády ČR, 2016b: 57).

7.4. Dokumenty z oblasti rovnosti práv žen a mužů

Klíčovým dokumentem, který tvoří rámec pro oblast genderové rovnosti a definuje otázku rovnosti žen a mužů jako celospolečenskou prioritu, je výše zmíněná Vládní strategie pro rovnost žen a mužů v České republice na léta 2014–2020 (Úřad vlády ČR, 2014) (dále jen „Vládní strategie“). Dokument byl vládou ČR přijat na základě usnesení č. 931 ze dne 12. listopadu 2014. Tato strategie má být základem pro zavádění gender mainstreamingu a má zaštitit politiku rovnosti žen a mužů ve střednědobém období.

Vláda ČR v dokumentu uvádí, že Česká republika se v mnoha mezinárodních dokumentech zavázala prosazovat genderovou rovnost, a to s odkazem např. na Úmluvu OSN o odstranění všech forem diskriminace žen, Pekingskou akční platformu z roku 1995, Evropskou sociální chartu, Strategii Rady Evropy pro genderovou rovnost na léta 2014 – 2017 a Strategii Evropa 2020 (Úřad vlády ČR, 2014: 6-7).

Přílohou Vládní strategie je „Popis aktuální situace v oblasti rovnosti žen a mužů“, kde se zmiňuje role médií a zejména reklamních sdělení při vytváření pohledu na život a reflexi hodnot a norem společnosti. Nežádka jsou tato sdělení genderově stereotypní, takže s ideálem mužství je spojována fyzická síla, odvaha, přátelství a sexuální apetence, kdežto ženskost je dávána do souvislosti se zdravím, mládím, fyzickou krásou a péčí o rodinu. Jako problematický se jeví rovněž sběr některých statistických dat z oblasti zdraví – hodnocení subjektivního zdravotního stavu, pravidelnost konzumace alkoholu, pravidelnost cvičení a pěstování rekreačních sportů podle pohlaví, a to z důvodu, že tyto ukazatele nejsou sledovány každoročně, ale zjišťují se v rámci výběrových šetření nepravidelně či v delších časových úsecích (Úřad vlády ČR, 2014: Příloha č. 1).

V dokumentu samotném jsou pak identifikovány problémy v oblasti institucionálního zabezpečení rovnosti žen a mužů, a to nízké povědomí a marginalizace agendy rovnosti žen a mužů ze strany veřejné správy, nedostatečné uplatňování principu gender mainstreamingu při formulaci politik a opatření, nedostatečné zajištění genderové agendy z hlediska statistické základny, nízké kapacitní zajištění agendy ve státní správě a samosprávě, nedostatečné pravomoci Rady vlády pro rovné příležitosti žen a mužů, formální plnění programů a dlouhodobě neudržitelné financování nestátních neziskových organizací (Úřad vlády ČR, 2014: 12).

Mezi obecné hlavní cíle Vládní strategie patří systematické nalézání cest k účinnému odstraňování genderových stereotypů a nevědomých předsudků ve všech sférách a na všech úrovních společnosti, systematické a průběžné naplňování principu gender mainstreamingu, systematické získávání a využívání statistických dat pro analýzu a návrhy politik a opatření (tamtéž: 25-26).

Vládní strategie věnuje pozornost oblasti reprodukčního zdraví žen, zejména v souvislosti se svobodou volby místa, způsobu a okolností porodu a zajištěním činnosti porodních asistentek v rámci systému veřejného zdravotního pojištění.

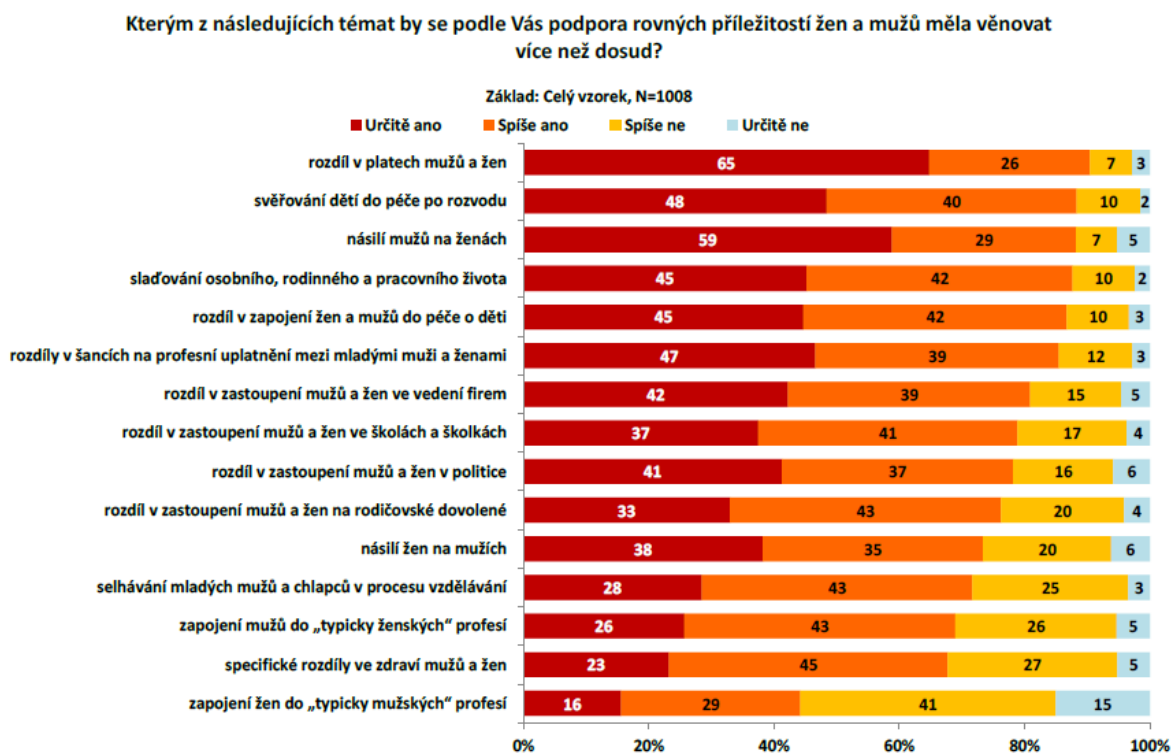
V dokumentu je rovněž zmíněn problém nízké identifikace mužů s agendou genderové rovnosti a nízké pozornosti věnované genderovým souvislostem zdraví a kvality a délky života mužů, a to např. v souvislosti s jejich nižší nadějí dožití, vyšší sebevraždností a vyšším rizikem závislosti. Proto si strategie stanoví za cíl zvýšení identifikace mužů

s agendou genderové rovnosti a otevření diskuse o mužském zdraví (Úřad vlády ČR, 2014: 26). Specifické cíle jsou definovány následovně:

- zvýšení identifikace mužů s agendou genderové rovnosti osvětou o specifických tématech jako otcovství, mužské zdraví, násilí mužů v domácím a ve veřejném prostoru apod.,
- posílení spolupráce s nestátními neziskovými organizacemi v oblasti mediálních a osvětových kampaní cílených na specifické otázky genderových souvislostí zdraví a kvality života, systematická osvěta a preventivní programy (tamtéž: 26-27).

Z výzkumu totiž vyplývá, že téma rovných příležitostí žen a mužů obecně je spojováno spíše s uplatněním žen, zejména v profesním životě. „Pro mnoho mužů je to nesrozumitelná oblast, která je příliš nezajímá. Případně nemají zájem do ní vstupovat“ (Petr, Jára, Friedlanderová, 2015: 43). Řešení rozdílů ve zdraví žen a mužů je veřejností vnímáno spíše jako málo naléhavé (Obrázek 2). Kampaň, která by se tomuto problému věnovala, by svou účastí podpořilo jen 18 % respondentů (tamtéž: 32).

Obrázek 2: Preference tematických oblastí rovných příležitostí žen a mužů



Zdroj: Petr, Jára, Friedlanderová (2015: 30)

J. Petr, zástupce neziskové organizace, která na přípravě Vládní strategie participovala, v rozhovoru ke specifickým cílům strategie uvedl, že se nejedná o cíle, ale spíše o obecné principy, které naznačují pozitivní cestu, jíž se dá k rovnosti žen a mužů v oblasti zdraví dospět. Za „vlajkovou loď“ podpory genderové rovnosti považuje téma otcovství, neboť „*například ta otcovská dovolená je přijata, což je skvělý, ale hned jakoby další na stole je potom nějaký podíl mužů na tý rodičovský dovolený.*“ Zároveň uvedl, že této problematice, která je v gesci Ministerstva práce a sociálních věcí, se stavěla předchozí vláda⁹ příznivě a současně vyjádřil obavu, že u současné vlády¹⁰ to bude problematictější a že „*rozhodně klima není jako úplně nakloněný ve společnosti ani genderu, ani neziskovkám*“. Toto konstatování může signalizovat významnou bariéru k naplnění cílů Vládní strategie.

Část dokumentu je věnována implementaci Vládní strategie: „*Strategie bude primárně implementována prostřednictvím Priorit a postupů vlády při naplňování rovných příležitostí pro ženy a muže. Jedná se o vládní materiál aktualizovaný od roku 1998 každoročně vládou ČR, který obsahuje sadu opatření pro jednotlivé resorty a další relevantní aktéry a aktérky zpravidla na daný kalendářní rok*“ (Úřad vlády ČR, 2014: 28). Při implementaci má být využito různých nástrojů, např. posílení institucionálních kapacit, alokování finančních prostředků v rámci resortních rozpočtů, legislativní změny, osvětová činnost, navázání resortních akčních plánů a priorit na cíle této strategie, sběr statistických dat a jejich systematické využívání, uplatnění hlediska gender mainstreamingu a posílení spolupráce mezi aktéry (tamtéž).

Jedním z úkolů, stanovených v této části Vládní strategie, je implementace metodiky hodnocení dopadů materiálů předkládaných vládě ČR do oblasti rovných příležitostí žen a mužů (Úřad vlády ČR, 2014: 30).

Jak je výše uvedeno, Vládní strategie se odvolává na Priority a postupy vlády při naplňování rovných příležitostí pro ženy a muže. Jedná se však zřejmě o „překlep“ a jsou myšleny Priority a postupy vlády při prosazování rovnosti žen a mužů, resp. jejich Aktualizovaná opatření, která jsou pravidelně schvalována usnesením vlády ČR. Původní dokument, přijatý usnesením vlády ČR z 8. dubna 1998 č. 236, nesl název Priority a postupy vlády při prosazování rovnosti mužů a žen – pohlaví tedy byla uvedena v opačném sledu,

⁹ Pozn.: Vláda premiéra Bohuslava Sobotky.

¹⁰ Pozn.: Vláda premiéra Andreje Babiše.

než je tomu v současné době. Jak je patrné z vyhodnocení analýzy těchto dokumentů, název se měnil několikrát – od rovnosti žen a mužů se s nástupem vlády Mirka Topolánka těžiště přesunulo k rovnosti příležitostí žen a mužů a s vládou Bohuslava Sobotky došlo k návratu názvosloví na rovnost žen a mužů. Nicméně slovo „naplňování“, jak jej zmiňuje Vládní strategie, nebylo v názvu dokumentu uvedeno nikdy. Analýza těchto dokumentů z období 2001 až 2017 (dále pro zjednodušení označovaných pouze jako „Priority“) je uvedena níže v tabulce (Tabulka 3).

Až do roku 2008 se kapitola Priorit, do níž byla zařazena opatření z oblasti zdraví, nazývala Zohledňování žen z hlediska jejich reprodukční funkce a fyziologických odlišností, z čehož je patrné, že byla zaměřená na biologické rozdíly mezi pohlavími. A odpovídalo tomu i zaměření úkolů v Prioritách, které se soustředily na reprodukční zdraví žen a porodnictví. Problematika porodnictví v Prioritách přetrvává a dominuje doposud, zejména z hlediska respektování práv a přání rodiček.

Za genderově zaměřené opatření je možné považovat problematiku poruch příjmu potravy, kterou zmiňují Priority z let 2009 až 2012, a v poslední analyzované aktualizaci Priorit z roku 2017 je Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy uložen úkol zpracovat analýzu odlišných bariér pro muže a ženy pro zapojení se do pohybových aktivit, včetně analýzy případného nerovného postavení mužů a žen ve sportu.

V Prioritách z roku 2016 byl rovněž definován úkol pro Ministerstvo zdravotnictví, který navazuje na minimální standardy stanovené ve Vládní strategii, a to zřídit v rezortu pracovní skupinu, která se bude cíleně zabývat otázkami rovnosti žen a mužů. Podle sdělení I. Němcové se pracovní skupina na Ministerstvu zdravotnictví schází v souladu s tímto úkolem pravidelně čtyřikrát ročně a předmětem jednání v roce 2017 bylo stanovení vlastních priorit v oblasti rovných příležitostí žen a mužů. Autorka si od Ministerstva zdravotnictví vyžádala zápisy z jednání této pracovní skupiny a bylo jí poskytnuto pět zápisů. Na zasedání 21. prosince 2016 byly rekapitulovány úkoly plynoucí z Priorit. Na zasedání 5. dubna 2017 bylo konstatováno, že ministerstvo nemá dosud vlastní priority v oblasti rovných příležitostí pro ženy a muže a budou osloveni náměstci sekcí se žádostí o náměty. Na zasedání 8. června 2017 byl prezentován návrh dopisu, který měl být náměstkům adresován, a jeho znění bylo schváleno. Došlé návrhy byly diskutovány na zasedání 25. září 2017 a každý člen dostal za úkol vybrat si z nich 3 priority. 13. prosince 2017 došla pracovní skupina ke shodě na těchto návrzích:

- slad'ování pracovního a soukromého života,
- usnadňování návratu zaměstnanců/zaměstnankyň do zaměstnání po skončení rodičovské/mateřské dovolené,
- aktivity zaměřené na rovné odměňování a platovou transparentnost v rámci Ministerstva zdravotnictví.

Z uvedeného přehledu je jasné, že problematiku rovnosti žen a mužů řeší ministerstvo výhradně ve vztahu ke svým zaměstnancům¹¹ (činnost pracovní skupiny v podstatě supluje odbory), nikoliv ve vztahu k veřejnosti a zdraví populace.

Pro období účinnosti Vládní strategie nebyl stanoven ve vládních Prioritách žádný úkol k výše zmíněným specifickým cílům Vládní strategie v oblasti mužského zdraví a osvětových kampaní cílených na specifické otázky genderových souvislostí zdraví a kvality života.

Pracovní skupina muži a rovnost žen a mužů, která by se měla touto částí Vládní strategie zabývat, se dle zveřejněných zápisů z jednání (Úřad vlády ČR, 2015b; Úřad vlády ČR, 2015c; Úřad vlády ČR, 2015d; Úřad vlády ČR, 2016c; Úřad vlády ČR, 2016d; Úřad vlády ČR, 2016e; Úřad vlády ČR, 2016f; Úřad vlády ČR, 2017a; Úřad vlády ČR, 2017b; Úřad vlády ČR, 2017c) problematice zdraví od schválení Vládní strategie do konce roku 2017 nevěnovala. J. Petr v rozhovoru naznačil další z možných bariér implementace Vládní strategie, když konstatoval, že oblastí rovnosti žen a mužů je hodně a v poradních orgánech je řada zástupců různých organizací, které mají své zájmy a priority, takže *„ty dokumenty jsou vždycky věci nějakého konsenzu. Jako prostě, kterej názor, která oblast zrovna v tu chvíli prostě převáží.“* M. Jára, člen této pracovní skupiny, na písemný dotaz autorky uvedl, že problematika zdraví bude na řadě k řešení až po tématu muži a vzdělávání, odhadem v roce 2019. Proč nebyla dosud problematika mužského zdraví zařazena do Priorit, nebylo tomuto zástupci pracovní skupiny známo, nicméně odhaduje, že Vládní strategii se v této části naplnit nepodaří.

¹¹ Pozn.: Ze zápisů mimo jiné vyplynulo, že pracovní skupina řešila otázku flexibilních forem práce a zavedení pružné pracovní doby v resortu Ministerstva zdravotnictví, přičemž na jednání 25. září 2017 bylo konstatováno, že překážkou zavedení pružné pracovní doby jsou bezpečnostní turnikety a jejich napojení na mzdový a personální systém.

Tabulka 3: Řešené oblasti v rámci Aktualizovaných opatření Priorit a postupů v letech 2001 až 2017 ve vztahu ke zdraví a sběru dat

Název dokumentu	Aktualizovaná opatření Priorit a postupů vlády při prosazování rovnosti mužů a žen				Aktualizovaná opatření Priorit a postupů vlády při prosazování rovnosti žen a mužů		Aktualizovaná opatření Priorit a postupů vlády při prosazování rovných příležitostí pro ženy a muže							Aktualizovaná opatření Priorit a postupů vlády při prosazování rovnosti žen a mužů			
Schválení dokumentu	Usnesení vlády ze dne 9. května 2001 č. 456	Usnesení vlády ze dne 15. května 2002 č. 486	Usnesení vlády ze dne 7. května 2003 č. 435	Usnesení vlády ze dne 12. května 2004 č. 453	Usnesení vlády ze dne 4. května 2005 č. 533	Usnesení vlády ze dne 10. května 2006 č. 509	Usnesení vlády ze dne 11. července 2007 č. 762	Usnesení vlády ze dne 14. května 2008 č. 540	Usnesení vlády ze dne 20. července 2009 č. 964	Usnesení vlády ze dne 14. června 2010 č. 464	Usnesení vlády ze dne 19. října 2011 č. 770	Usnesení vlády ze dne 16. května 2012 č. 348	Usnesení vlády ze dne 15. května 2013 č. 348	Usnesení vlády ze dne 12. listopadu 2014 č. 930	Usnesení vlády ze dne 12. září 2016 č. 813	Usnesení vlády ze dne 31. května 2017 č. 414	
Předseda vlády	M. Zeman	M. Zeman	V. Špidla	V. Špidla	J. Paroubek	J. Paroubek	M. Topolánek	M. Topolánek	J. Fischer	J. Fischer	P. Nečas	P. Nečas	P. Nečas	B. Sobotka	B. Sobotka	B. Sobotka	
Oblast	Pracovně právní ochrana zdraví žen	Informovanost žen o různých možnostech zdravotní péče v těhotenství, při a po porodu					Informovanost o reprodukčním zdraví a pohlavně přenosných nemocech			Analýza standardů porodní a poporodní péče vč. porodu mimo nemocnici			Práva a přání rodiček, informovaný souhlas - doporučení pro zdrav. zařízení				
Odpovědnost	MZ, MPSV	MZ					MZ			MZ	MZ, ZVLP		MZ, MLP		MZ, MLP		
Oblast	Podpora projektů na zlepšení reprodukčního zdraví žen a prevenci kardiovaskulárních a nádorových onemocnění						Prevence poruch příjmu potravy				Průvodce předporodní, porodní a poporodní péčí						
Odpovědnost	MZ						MZ				MZ, MPSV, MLP						
Oblast		Pracovně právní ochrana těhotných a kojících žen														Zřízení pracovní skupiny, jednání min. 4x ročně	Analýza bariér pohybových aktivit
Odpovědnost		MZ														MZ, Mze	MŠMT
Oblast	Publikace údajů o účasti žen a mužů na rozhodujících společenských aktivitách (ročně)												Revize možnosti rozšíření sběru statistických dat				
Odpovědnost	ČSÚ												členové vlády	členové vlády, ČSÚ			

Zdroj: Usnesení vlády České republiky (čísla všech usnesení jsou uvedena přímo v tabulce). Vlastní zpracování autorky. Pozn.: MZ = ministr zdravotnictví, MPSV = ministr práce a sociálních věcí, MZe = ministr zemědělství, MLP = ministr pro lidská práva, rovné příležitosti a legislativu, ZVLP = zmocněnec vlády pro lidská práva, MŠMT = ministr školství, mládeže a tělovýchovy, ČSÚ = Český statistický úřad.

8. Dostupnost údajů k identifikaci genderových nerovností ve zdraví a v přístupu ke zdravotním službám

Payne (2009) ve svém Policy brief pro WHO zmiňuje, že pro řešení genderové rovnosti ve zdravotním systému je nutné mít k dispozici kvalitní a pravidelně aktualizované informace a zásadní roli zde hraje shromažďování genderově členěných dat. Důležitým nástrojem pro politické rozhodování jsou pak genderově citlivé ukazatele, které jsou schopné zachytit klíčové rozdíly mezi muži a ženami v oblasti zdraví. Payne rovněž uvádí přehled 35 ukazatelů, které v roce 2003 identifikovala WHO k odhalení potenciálních zdrojů genderové nerovnosti ve vztahu ke zdravotnímu stavu, determinantám zdraví a výkonnosti zdravotního systému (tamtéž: 19). Tyto ukazatele zahrnují některé běžně publikované údaje, např. o naději dožití žen a mužů v 65 letech či kojenecké úmrtnosti, ale i řadu údajů, které tak dostupné nejsou, např. podíl mladých lidí ve věku 15-24 let používajících kondom při rizikovém pohlavním styku, výskyt chudokrevnosti u žen, užívání léků na kardiovaskulární onemocnění, podíl žen a mužů se zákroky při kataraktě podle věku (tamtéž: 34-35). Kompletní přehled těchto ukazatelů je uveden v příloze (Příloha č. 2).

Také Vládní strategie se odkazuje při formulování cílů a opatření na výstupy z vnitrostátních statistických zjištění, která publikuje především Český statistický úřad (Úřad vlády ČR, 2014: 9) a při aktualizaci Priorit v období účinnosti Vládní strategie dávala vláda členům kabinetu za úkol průběžně rozšiřovat sběr statistických dat v členění dle pohlaví a poskytovat nová data ČSÚ.

Ačkoliv je na sběr statistických dat a jejich vyhodnocování ve vztahu k nerovnostem ve vládních dokumentech pamatováno, podle písemného vyjádření I. Němcové neprovádí Ministerstvo zdravotnictví genderové analýzy pro podporu rozhodování, např. při přípravě legislativy, zdravotních programů apod. To může vést k určitým pochybnostem o náležitém využití shromažďovaných dat.

8.1. Genderové statistiky

ČSÚ je ústředním orgánem státní správy, který vykonává statistickou službu. Tento úřad má svého zástupce v Radě vlády pro rovné příležitosti žen a mužů.

V souvislosti s implementací gender mainstreamingu byly v srpnu 2001 osloveny vládní resorty, aby ČSÚ zaslaly své požadavky a představy o potřebě dat pro tvorbu genderové statistiky (ČSÚ, [online]¹²). Genderové statistiky řadí ČSÚ mezi tzv. průřezové a definuje je následovně:

„Genderová statistika znamená, že by všechny statistiky týkající (sic!) jednotlivců měly zahrnovat kategorii pohlaví, veškeré parametry a další charakteristiky by měly být analyzovány a prezentovány tak, že pohlaví bude uváděno jako primární a obecná kategorie členění a že by všechny statistiky měly zohledňovat genderové záležitosti, které jsou v bezprostředním zájmu společnosti.“ (ČSÚ, [online]¹³).

ČSÚ dále uvádí, že genderové statistiky *„poskytují nestranný základ pro politická rozhodnutí, zvyšují povědomí a podporují změny, inspirují lidi na rozhodujících pozicích a umožňují monitorování a hodnocení postupů a opatření, které byly či budou přijaty“* (tamtéž). Genderové statistiky vydává ČSÚ v publikacích *Ženy a muži v datech* (vychází cca po 3 letech) a *Zaostřeno na ženy a muže* (ročenka).

Jak autorce písemně sdělil M. Řezanka, členění obou publikací je podobné tomu v Pekingské akční platformě. *„Obě publikace jsou projednávány vždy na jaře příslušného roku na redakční radě ČSÚ. Zde se jednotlivé ukazatele konzultují se všemi partnery.“* V případě brožury *Ženy a muži v datech* má pak její autor *„volnější ruku s tím, že jejím posláním je informovat veřejnost o základních trendech v jednotlivých oblastech společnosti.“* Jak dále M. Řezanka uvedl, ČSÚ je členem skupiny EIGE [European Institute for Gender Equality], která publikuje index genderové rovnosti. Ukazatele tedy odpovídají požadavkům jak EIGE, tak UNECE [The United Nations Economic Commission for Europe] – pokud to zdroje dat umožňují. ČSÚ nemá například k dispozici data o domácím násilí či za Time Use Survey, neboť v ČR se pravidelně neprovádí a poslední jeho výstupy jsou již velmi zastaralé.

M. Řezanka rovněž sdělil, že ČSÚ úzce kooperuje s Úřadem vlády ČR. Jeho zástupci bývají pravidelně účastni redakčních rad k publikacím. Pokud některé jejich návrhy na zpracování dalších ukazatelů nejsou do publikací zařazeny, potom kvůli nedostupnosti dat.

¹² ČSÚ. Gender: Historie – Historie genderové problematiky v rámci ČSÚ. CZSO.cz. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2017-12-25]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/gender/gender_hist-historie_genderove_problematiky_v_ramci_csu.

¹³ ČSÚ. Gender: Genderové statistiky – Úvod. CZSO.cz [online]. Český statistický úřad. [cit. 2017-12-25]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/gender/2-gender_uvod.

Některé registry byly v minulosti zrušeny. Hlavním důvodem pro nedostupnost dat bývá finanční otázka.

Publikace Ženy a muži v datech (ČSÚ, 2005a; ČSÚ, 2008a; ČSÚ, 2011a; ČSÚ, 2014a; ČSÚ, 2017b) svým rozsahem pokrývají široký společenský kontext genderové problematiky a zahrnují také samostatnou kapitolu zaměřenou na zdraví. Jednotlivá vydání publikace obsahují přehled údajů se základními charakteristikami oblasti zdraví v členění na muže a ženy, např. údaje o střední délce života, hospitalizacích, pracovní neschopnosti, úmrtnosti dle příčin. Všechna vydání publikace se rovněž zaměřila na výskyt onemocnění diabetem u mužů a žen. V dalších částech už se ale jednotlivá vydání publikace odlišují, takže v roce 2005 se autoři zaměřili na kardiologické operace, pohlavně přenosné choroby a počty mamografů, v roce 2008 na příčiny zdravotního postižení, v roce 2011 a 2017 na výskyt kuřáctví a podíly osob s nadváhou a obezitou a v roce 2014 na vývoj sebevražd, zaměstnance ve zdravotnictví a na výdaje na regulační poplatky. Údaje z tabulek jsou rovněž zpracovány graficky a jsou doplněny komentářem k metodice výpočtu i k prezentovaným výsledkům. Poměrně mimo genderový kontext však vyznívá zhodnocení kapitoly o zdraví v souhrnu publikace z roku 2014. ČSÚ zde z celé kapitoly o zdraví komentuje ve dvou odstavcích pouze vývoj sebevražd, a to z pohledu věkových skupin za celou populaci, nikoliv z pohledu genderu:

„V období 1991-2000 převažovali mezi sebevrahy senioři ve věku 65 a více let. V letech 2001-2006 převzaly pomyslné první místo ve štafetě osoby ve věku 45-54 let a v letech 2007 a 2009 spadalo nejvíce sebevrahů dokonce do věku 15-34 let.

Od roku 2010 páchají sebevraždy nejčastěji opět lidé starší. V letech 2010-11 bylo nejvíce sebevrahů zjištěno ve věku 55-64 let, od roku 2012 je nejvíce sebevrahů znovu mezi osobami ve věku 65 a více let“ (ČSÚ, 2014b).

Ročenka Zaostřeno na ženy a muže pokrývá široké spektrum ukazatelů s ročními údaji i časovými řadami, avšak bez komentáře k výsledkům. Vývoj sledovaných ukazatelů v čase je zpracován v níže uvedené tabulce (Tabulka 4), kde jsou barevně vyznačena pole v letech, kdy byl ukazatel do ročenky zahrnut, a to s rozlišením, zda se jednalo o roční údaj, příp. porovnání dvou ročních údajů, nebo o delší časovou řadu. Pro vyšší přehlednost seskupila autorka ukazatele do tematicky blízkých oblastí.

Tabulka 4: Přehled ukazatelů v publikaci Zaostrěno na ženy a muže v jednotlivých letech

Publikace		Zaostrěno na ženy a muže															Zdroj dat v publikaci
Letopočet v názvu publikace		2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010	2011	2013	2014	2015	2016	2017		
Oblast	Datum zveřejnění publikace	30.11.2004	30.11.2005	30.11.2006	30.11.2007	28.11.2008	27.11.2009	31.12.2010	30.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	31.12.2014	31.12.2015	29.12.2016	29.12.2017		
	Ukazatel																
Pracovníci ve zdravotnictví	Počet lékařů na 10 000 obyvatel a počet obyvatel na 1 lékaře															ÚZIS	
	Pracovníci ve zdravotnictví (stav k 31. 12.)															ÚZIS	
	Počet zdravotnických pracovníků nelékařů s odbornou způsobilostí (stav k 31. 12.)															ÚZIS	
	Lékaři podle hlavního oboru činnosti (stav k 31. 12.), v %															ÚZIS	
	Lékaři podle hlavního oboru činnosti (stav k 31. 12.)															ÚZIS	
	Mezinárodní srovnání - podíl žen a mužů na celkovém počtu registrovaných lékařů															Eurostat	
Hospitalizace v nemocnicích	Hospitalizovaní v nemocnicích podle věkových skupin a pohlaví															ÚZIS	
	Hospitalizovaní v nemocnicích podle příčin hospitalizace a pohlaví															ÚZIS	
	Hospitalizovaní v nemocnicích podle pohlaví															ÚZIS	
Naděje dožití	Naděje dožití při narození															neuveđen	
	Mezinárodní srovnání - naděje dožití při narození															Eurostat	
TBC	Hlášená onemocnění TBC															ÚZIS	
HIV, AIDS	Mezinárodní srovnání - počet úmrtí na AIDS/HIV															WHO	
	Mezinárodní srovnání - podíl žen a mužů na počtu nově diagnostikovaných případů AIDS															Eurostat	
Diabetes	Vývoj počtu léčených diabetiků podle typu onemocnění															ÚZIS	
Psychiatrické diagnózy	Propuštění a zemřelí z psychiatrických LZ															ÚZIS	
	Propuštění a zemřelí z psychiatrických LZ podle skupin psychiatrických diagnóz a pohlaví															ÚZIS	
	Počet propuštěných a zemřelých v psychiatrických LZ podle skupin psychiatrických diagnóz, věkových skupin a pohlaví															ÚZIS	
Novotvary	Hlášená onemocnění novotvary a zemřelí na zhoubné novotvary na 100 000 obyvatel podle pohlaví															ÚZIS, ČSÚ	
	Hlášená onemocnění zhoubnými novotvary															ÚZIS	
Pracovní neschopnost, pracovní úrazy	Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz															ČSÚ	
	Mezinárodní srovnání - pracovní úrazy podle pohlaví a závažnosti															Eurostat	
Narozené děti	Živě narozené děti s vrozenou vadou zjištěnou do 1 roku															ÚZIS	
	Mezinárodní srovnání - míry úmrtnosti dětí															Eurostat	
Potraty	Potraty podle druhu a způsobu provedení															ÚZIS	
	Potraty podle druhu a vzdělání ženy															ÚZIS	
	Potraty podle druhu a věku ženy na 1 000 žen															ÚZIS	
	Potraty podle druhu a počtu živě narozených dětí před potratem															ÚZIS	
Zemřelí a úmrtnost	Úmrtnost podle věku a pohlaví															ČSÚ	
	Zemřelí podle příčin smrti a pohlaví															ČSÚ	
	Mezinárodní srovnání - zemřelí podle příčin smrti a pohlaví															Eurostat	
Sebevraždy	Sebevraždy															ČSÚ	
	Sebevraždy podle pohlaví a věku															ČSÚ	
Zdravotní stav	Hodnocení vlastního zdravotního stavu (osoby 16leté a starší)															Životní podmínky	
Výdaje na zdravotní péči	Průměrné výdaje ZP na 1 pojištěnce podle vybraných diagnóz, pohlaví a věkových skupin															ČSÚ	
	Výdaje ZP na 1 pojištěnce podle pohlaví a věkových skupin															ČSÚ	
	Výdaje ZP na zdravotní péči v ČR podle pohlaví a věkových skupin															ČSÚ	
	Výdaje na regulační poplatky podle věku a pohlaví															ČSÚ	
	Průměrné výdaje na regulační poplatky na 1 pojištěnce podle věku a pohlaví															ČSÚ	

roční údaj porovnání 2 ročních údajů časová řada

Zdroj: ČSÚ, 2004, 2005b, 2006, 2007, 2008b, 2009, 2010, 2011b, 2012, 2013, 2014c, 2015, 2016b, 2017c. Vlastní zpracování autorky. Pozn.: Názvy ukazatelů se mohou v jednotlivých letech mírně odlišovat. LZ = lůžkové zařízení, ZP = zdravotní pojišťovna.

Genderovou statistiku v publikaci *Zaostřeno na ženy a muže* je možné označit spíše za přepočítávání žen a mužů podle několika vybraných ukazatelů, jejichž vypovídací schopnost pro postžení genderové problematiky se jeví nedostatečná. Pokud by tyto statistiky měly být použity jako základ pro politické rozhodování, jak bylo z webových stránek ČSÚ výše citováno, je prakticky nemožné postřehnout, která složka rozdílů mezi muži a ženami v hodnotách zpracovaných ukazatelů je dána jejich biologickými odlišnostmi a která je dána jejich rozdílnými potřebami a zájmy pod vlivem maskulinního a femininního chování. O možnosti vytěžit poznatky pro rozhodování z takto publikovaných dat pochybuje v rozhovoru i T. Jung a uvádí: „nevím prostě, jestli jsou jakoby v tom smyslu pro tu danou problematiku vlastně k něčemu.“ J. Holčík sdělil: „Věrohodných informací si vážím. Bylo by ale naivní se domnívat, že údaje rutinní zdravotnické statistiky stačí a že jejich analýza může nahradit kvalitní sociologické studie.“ O nedostatku údajů o sociálních determinantách zdraví se v rozhovoru vyjadřuje i H. Janata: „My nemáme propojený zdravotní a sociální data nikde.“

Významnou část údajů v publikacích genderové statistiky ČSÚ k problematice zdraví zpracovává Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (dále jen „ÚZIS“), jehož zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví a podle písemného sdělení I. Němcové ÚZIS „poskytuje ministerstvu zdravotnictví řadu výstupů ze statistik o zdravotním stavu obyvatel, které jsou zaměřené zejména na incidenci a prevalenci civilizačních chorob, kde rozdělení podle pohlaví je jedním ze základních kritérií.“

ÚZIS rovněž vydal v roce 2003 publikaci *Ženy a muži v číslech zdravotnické statistiky (ÚZIS, 2003a)* ke zmapování rozdílů v ukazatelích zdravotního stavu žen a mužů. Publikace si klade za cíl přispět ke genderovému pohledu na zdravotní stav obyvatelstva a je zpracována z jiného pohledu než statistiky členěné dle pohlaví v pravidelných ročenkách a monotematických brožurách ÚZIS.

Také publikace ÚZIS obsahuje některé údaje, které hodnotí spíše biologické rozdíly mezi muži a ženami, např.: „*Onemocnění tuberkulózou (TBC) je zhruba 2x častěji diagnostikováno u mužů než u žen. Je to způsobeno větší náchylností mužů k TBC dýchacího ústrojí, která tvoří více než 86 % všech onemocnění TBC*“ (ÚZIS, 2003a: 9).

K hlubšímu porozumění vykazovaných hodnot byly využity i jiné socio-ekonomické ukazatele, například „*[l]ogistickou regresí bylo zjištěno, že osoby rozvedené a ovdovělé*

vykazují až 1,5x častěji omezující nemoc než osoby žijící v manželství či nesezdaném soužití, tento rozdíl je patrný především u žen, u mužů nebyla potvrzena statistická významnost“ (ÚZIS, 2003a: 16). Také při hodnocení výskytu sebevražd bylo zjištěno, že „zejména ovdovělí muži převyšují průměrnou úroveň sebevražednosti mnohem výrazněji než ovdovělé ženy“ (tamtéž: 31).

Z výsledků výběrových šetření bylo navíc možné postihnout, jak rozdílný mají muži a ženy životní styl a jak o své zdraví pečují. Například byl zkonstruován tzv. dietní index v návaznosti na dotazy na 8 dietních zásad a bylo zjištěno, že nejméně na dodržování stravovacích zásad dbají mladí muži ve věku 15–34 let (ÚZIS, 2003a: 19).

Také pro vyhodnocení míry využívání zdravotních služeb byly ukazatele přizpůsobeny. Například při výpočtu hospitalizací žen a mužů byla jednak provedena standardizace, díky níž byly eliminovány vlivy rozdílné věkové struktury populace (s rostoucím věkem se zvyšuje nemocnost a ve vyšších věkových skupinách žije více žen než mužů), jednak byly odečteny hospitalizace související s těhotenstvím, porodem a šestinedělím. Po této úpravě bylo zjištěno, že ženy jsou hospitalizovány relativně méně než muži, což je opačný poměr oproti původnímu výsledku před úpravami, který zobrazoval výlučně celkovou spotřebu zdravotní péče (ÚZIS, 2003a: 26).

Některá tvrzení v publikaci se však jeví jako nedostatečně odůvodněná, až genderově stereotypní, např. výrok „[z]dá se, že ženy jsou z hlediska emočního labilnější než muži, kteří se s problémovými situacemi vyrovnávají lépe, nebo si je vůbec nepřipouští“ (ÚZIS, 2003a: 14). ÚZIS takto komentuje počty ambulantních psychiatrických vyšetření pro neurotické poruchy podle pohlaví. Přitom hned v následujícím odstavci se věnuje vyššímu výskytu alkoholismu a toxikomanie u mužů, což však může být příznakem toho, že muži se s problémovými situacemi vyrovnávají pouze jinak, nikoliv lépe nebo vůbec.

K problematice tabuizace psychických problémů u mužů se v rozhovoru vyjádřil také J. Petr: „Například míra sebevražednosti u mužů, u žen. S tím třeba souvisí fakt to, že se hrozně málo mluví o psychických problémech. A u mužů už jako vůbec, protože správně chlap všechno vydrží a žádný problémy nemá.“

V závěru publikace ÚZIS je uvedeno nejen shrnutí hlavních poznatků ze zpracovaných dat, ale i bodový seznam těchto zjištění pro rychlou a přehlednou orientaci v této problematice.

Publikace ÚZIS odpovídá charakteru genderové statistiky mnohem více než publikace ČSÚ. ÚZIS ji však ve své edici řadí mezi publikace tzv. mimořádné, a to je zřejmě také důvod, proč od svého vydání v roce 2003 nebyla doposud aktualizována.

8.2.Zdravotnická statistika

ÚZIS dlouhodobě sleduje údaje o zdravotním stavu české populace podle pohlaví, které zveřejňuje v ročenkách (např. ÚZIS, 2017b) a v tematicky zaměřených publikacích, např. o výskytu některých onemocnění, pracovní neschopnosti, invalidních důchodech a hospitalizacích pacientů. Publikace o hospitalizacích vychází z dat Národního registru hospitalizovaných a obsahují nejen údaje o počtech hospitalizovaných osob, ale také údaje o průměrné ošetrovací době, průměrném věku hospitalizovaných či hospitalizacích podle skupin diagnóz, a to v členění na muže a ženy (ÚZIS, 2017a).

Přesto nejsou zdaleka všechny oblasti zdravotnické statistiky členěny podle pohlaví, a to zejména v oblasti využívání ambulantní péče. Příkladem je publikace k činnosti v oboru praktický lékař pro dospělé (ÚZIS, 2016a), ve které jsou sice uvedeny počty registrovaných pacientů podle pohlaví, ale údaje o počtu provedených vyšetření a preventivních prohlídek jsou uvedeny souhrnně za celou populaci. Podobným příkladem je publikace o činnosti v oboru oftalmologie (ÚZIS, 2016b), ve které jsou pouze celkové počty pacientů ve všech hodnocených ukazatelích.

Z hlediska statistiky o přístupu žen a mužů ke zdravotním službám jsou k dispozici rovněž výstupy z výběrových šetření, kde jsou některé výsledky členěny nejen podle pohlaví, ale i podle věkových skupin, např. šetření HIS [Health Interview Survey], resp. EHIS [European Health Interview Survey], která zajišťoval ÚZIS. Změny v metodice prováděných šetření však mohou působit potíže při vyhodnocování ukazatelů v čase. Na příklad v rámci šetření v roce 2002 zahrnovaly údaje o hospitalizacích žen také hospitalizace z důvodu porodu dítěte, v roce 2008 a 2014 už byly vyňaty (ÚZIS, 2003b; ÚZIS, 2011; ÚZIS, 2016d). Tato šetření poskytují také údaje o využívání jednodenní péče ženami a muži. Jedná se o zdravotní péči, která je poskytována jako přijetí na nemocniční lůžko k menšímu chirurgickému zákroku bez nutnosti setrvat ve zdravotnickém zařízení přes noc, a v souvislosti s rozvojem techniky a méně invazivních medicínských metod význam této péče pozvolna roste. Publikovaná data z výběrových šetření umožňují také hodnotit

využívání ambulantních služeb ženami a muži, a to u praktického lékaře, stomatologa a ambulantního specialisty.

Zdravotnické služby nevyužívají muži a ženy pouze v případě diagnostiky či léčby nemoci, ale také k prevenci onemocnění. Z této oblasti poskytuje šetření údaje např. o měření krevního tlaku, měření hladiny cholesterolu a cukru v krvi, využití preventivních onkologických vyšetření a očkování proti chřipce.

Výběrové šetření bere na zřetel také determinanty zdraví z oblasti životního stylu a poskytuje údaje o chování žen a mužů ve vztahu ke svému zdraví, např. o jejich stravovacích návycích, indexu tělesné hmotnosti, fyzické aktivitě a konzumaci alkoholu.

Na dotazníkové šetření EHIS z roku 2014 (ÚZIS, 2016d; ÚZIS, 2016e; ÚZIS, 2016f) navazovalo šetření EHES, které prováděl Státní zdravotní ústav (dále jen „SZÚ“) a zjišťoval zdravotní stav populace (SZÚ, 2016). Došlo tak k propojení subjektivních dat ze sebehodnocení s objektivními daty z lékařského vyšetření.

Některé statistické údaje o zdraví české populace publikuje rovněž SZÚ. Přestože se nejedná vysloveně o genderové statistiky, některé z nich obsahují informace, které o genderových rozdílech vypovídají. Publikace o užívání tabáku a alkoholu v ČR jsou založeny na datech z výběrových šetření a uvádějí informace nejen o počtech uživatelů mezi muži a ženami, ale také o dalších rysech jejich návyků, např. počtu vykouřených cigaret, frekvenci pití alkoholu, odvykání kouření a užívání alkoholu, souvislosti kouření a pití alkoholu (např. Váňová a kol., 2017).

SZÚ dále vydává publikace o nemocech z povolání v České republice, kde jsou uváděny podrobné údaje za ženy i muže, ze kterých lze např. identifikovat, že ženy se častěji potýkají v práci s nebezpečím onemocnění svrabem, protože toto onemocnění ohrožuje zejména pracovníky ve zdravotních a sociálních službách (tedy zdravotní sestry, pečovatelky apod.), zatímco muži jasně převažují u onemocnění způsobených fyzikálními faktory, např. vibracemi při těžbě (Fenclová a kol., 2017). Genderově specifické profese s sebou tedy nesou i zdravotní rizika a dopady.

8.3.Data zdravotních pojišťoven

Největším množstvím dat o poskytnuté zdravotní péči v České republice disponují zdravotní pojišťovny. Výroční zprávy zdravotních pojišťoven se věnují primárně problematice hospodaření a zajištění zdravotních služeb prostřednictvím sítě poskytovatelů. Aktuálně uváděná statistická data ve výročních zprávách, která se vztahují k pojištěncům, vyjadřují pouze počty nebo podíly mužů a žen mezi pojištěnci (VZP, 2017a; ZPŠ, 2017; VoZP, 2017; ČPZP, 2017; ZPMV, 2017a), nebo se o ženách a mužích nezmiňují vůbec (OZP, 2017; RBP, 2017). Všeobecná zdravotní pojišťovna jako jediná publikuje navíc ročenky, ve kterých jsou uváděny podrobnější statistické údaje o poskytované zdravotní péči, o síti a činnosti smluvních zdravotnických zařízení, o výběru pojistného a o pojištěncích. Nicméně drtivá většina těchto statistik není členěna dle pohlaví, a to s výjimkou údajů o počtu pojištěnců a jejich věkové struktuře, o celkových a průměrných nákladech na zdravotní péči dle věkové skupiny a o počtu pojištěnců registrovaných u praktického lékaře (VZP, 2017b).

Přesto je určitý pohled na data zdravotních pojišťoven o pojištěncích možný, a to prostřednictvím výstupů projektu na přípravu PCG¹⁴ modelu pro přerozdělování zdrojů veřejného zdravotního pojištění mezi zdravotní pojišťovny. V publikaci k projektu (MonitorHC, 2017) jsou graficky zobrazeny přehledy výsledků analýzy spotřeby zdravotní péče v ČR na datech zdravotních pojišťoven za roky 2011 a 2012. Autoři publikace identifikovali některé nerovnosti v přístupu ke zdravotní péči, zejména z hlediska dostupnosti v regionech. Z hlediska podílu mužů a žen mezi pacienty s chronickým onemocněním došli autoři k závěrům o vyšším podílu žen např. v PCG skupinách „Léčba antidepressiv“ (viz Příloha č. 3) a „Poruchy štítné žlázy“, naopak muži jsou zastoupeni více ve skupině „Těžké astma, chronická obstrukční choroba plicní“.

ÚZIS spustil 31. ledna 2018 produkční provoz Národního registru hrazených zdravotních služeb,¹⁵ který je zakotven v zákoně č. 372/2011 Sb. Registr bude od zdravotních pojišťoven shromažďovat údaje o vykázané zdravotní péči všemi poskytovateli

¹⁴ Pozn.: PCG – Pharmacy-based Cost Groups, tj. klasifikace pacientů, pojištěnců zdravotního pojištění, založená na znalosti jejich chronické spotřeby léků (MonitorHC, 2017: 3).

¹⁵ ÚZIS. Národní registr hrazených zdravotních služeb. *UZIS.cz* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2018-02-06]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/registry/dalsi-registry/narodni-registr-hrazenych-zdravotnich-sluzeb>.

zdravotních služeb. Tato rozsáhlá databanka by měla následně sloužit k produkci statistik populačního zdraví a zdravotních služeb.

9. Nákladové pojetí zdravotní péče o muže a ženy

Ženy a muži spotřebovávají odlišnou úroveň veřejných statků a mají rozdílný prospěch ze sociálních transferů. Platí to i pro oblast zdraví. Metodu, která se zaměřuje na veřejné výdaje a dopady rozpočtových rozhodnutí na rovnost příležitostí žen a mužů, označuje Payne (2009: 15) jako gender budgeting či genderově citlivé rozpočtování. Tento přístup je využíván v evropských zemích zejména v oblasti trhu práce, daní a důchodů, avšak méně často ve zdravotní politice.

Smyslem gender budgetingu není alokace zdrojů zvlášť pro každé pohlaví, ale v návaznosti na provedenou analýzu dopadů fiskálních a měnových opatření na obě pohlaví. Pro uplatnění metody gender budgetingu je tedy potřeba určit, jaká jsou specifika v potřebách mužů a žen, zda současná opatření tyto potřeby naplňují a jak by mělo být případně řešeno nedostatečné plnění těchto specifických potřeb (Payne, 2009: 16).

K oblasti výdajů na mužské a ženské zdraví se vyjádřil v diskuzi J. Hausmann, který uvedl, že má přehled o statistikách, ze kterých vyplývá, že celosvětově se vynakládá mnohem více finančních prostředků na „výzkum chorob, které kosí muže [...] v porovnání s prostředky na výzkum čistě ženských chorob“ (MEDialogy, [online]¹⁶). J. Hausmann rovněž sdělil, že má k dispozici genderovou analýzu pojištěnců veřejného zdravotního pojištění v ČR a její výsledky prokazují, že v hodnocených letech se na ženy vydávalo v průměru o 10 mld. Kč více: „Svým způsobem je to logický, protože ty ženy se dožívají vyššího věku, takže od určitého věku jdou všechny náklady na léčbu jenom na ženu“ (tamtéž). Paradoxní přitom podle J. Hausmanna je, že „příjmy do kasy všech pojišťoven hradí se schodkem 30 miliard muži víc“ a dále se vyjádřil, že „kdyby to bylo obráceně, tak feministky by již poukazovaly na to, jak to, že to je, [že] se dává na ženy méně než na muže, jak to, že se ženy dožijí méně než muži“ (tamtéž).

¹⁶ MEDialogy: Mužské zdraví v Čechách aneb Kluci nepláčou?. In: Youtube [online]. 15. března 2017 [cit. 2018-01-05]. Dostupné z: https://www.youtube.com/watch?time_continue=13&v=2bTjgb0ADeM. Kanál uživatele LF1UK.

nejvyšší výdaje vynaloženy za zdravotní péči o muže ve věkové skupině 65 až 69 let (14,9 mld. Kč), u žen se jednalo o věkovou skupinu 70 až 74 let (12,5 mld. Kč) (tamtéž).

Vzhledem k odlišné věkové struktuře mužů a žen se jeví vhodnější sledovat výdaje zdravotních pojišťoven v přepočtu na 1 muže a na 1 ženu. Z dat ČSÚ (Tabulka 5) je patrné, že průměrné výdaje na 1 ženu v roce 2000 a 2014 převyšovaly průměrné výdaje na 1 muže, nicméně obě hodnoty se k sobě v uvedeném časovém rozpětí vzájemně přiblížily – v roce 2000 byly průměrné výdaje na 1 muže nižší o 17,7 %, v roce 2014 jen o 9,7 %. Z pohledu věkových skupin byly v roce 2000 i 2014 nejvyšší výdaje na pojištěnce starších věkových kategorií. Ve věku nad 60 let byli výrazně dražšími pojištěnci muži – přitom v roce 2000 k tak velkým rozdílům v těchto věkových skupinách nedocházelo. Ženy překonaly muže v průměrných výdajích nejvýrazněji ve skupinách od 20 do 39 let, tj. v jejich reprodukčním období.

Tabulka 5: Výdaje zdravotních pojišťoven na 1 pojištěnce podle pohlaví a věkových skupin v roce 2000 a 2014 (v Kč)

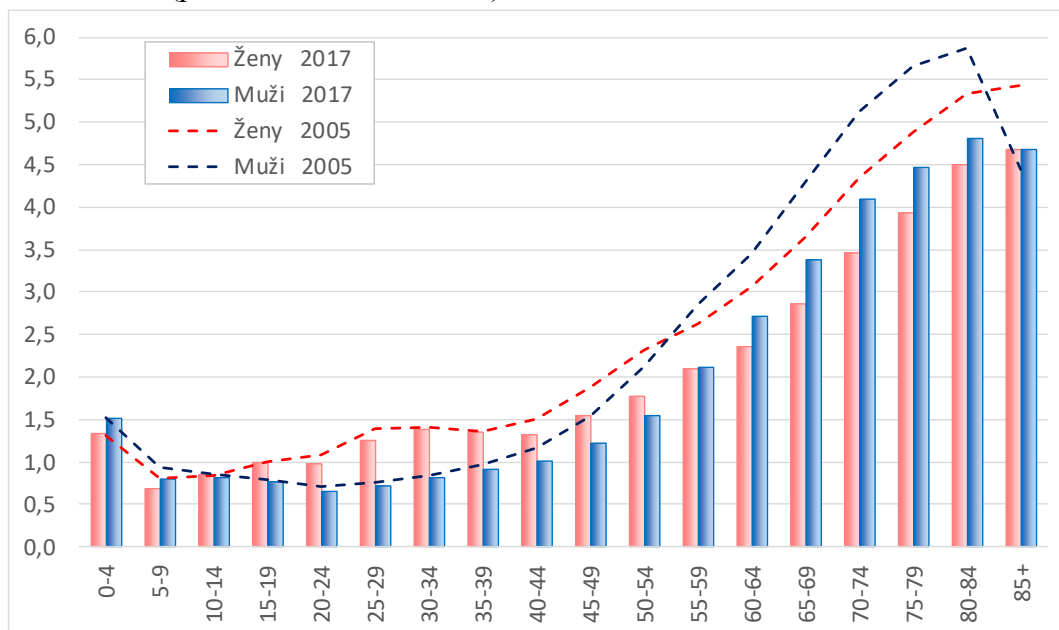
Věková skupina	2000			2014			Index 2014/2000	
	ženy	muži	Index muži/ženy	ženy	muži	Index muži/ženy	ženy	muži
0-4	9 542	10 796	113,1	16 142	18 501	114,6	169,2	171,4
5-9	5 190	5 518	106,3	9 121	10 366	113,6	175,7	187,9
10-14	5 562	5 743	103,2	11 030	10 571	95,8	198,3	184,1
15-19	6 531	5 438	83,3	12 757	10 234	80,2	195,3	188,2
20-24	7 265	4 908	67,6	11 686	8 403	71,9	160,9	171,2
25-29	8 642	5 300	61,3	14 884	9 376	63,0	172,2	176,9
30-34	8 232	5 458	66,3	16 612	10 210	61,5	201,8	187,1
35-39	8 275	5 918	71,5	15 884	11 382	71,7	191,9	192,3
40-44	9 335	7 266	77,8	16 326	13 059	80,0	174,9	179,7
45-49	11 638	9 518	81,8	18 900	16 005	84,7	162,4	168,2
50-54	14 432	12 704	88,0	22 159	20 270	91,5	153,5	159,6
55-59	15 721	16 531	105,1	25 765	27 798	107,9	163,9	168,2
60-64	17 657	18 384	104,1	29 333	36 442	124,2	166,1	198,2
65-69	20 939	21 462	102,5	36 362	46 694	128,4	173,7	217,6
70-74	23 638	25 752	108,9	44 433	55 014	123,8	188,0	213,6
75-79	26 370	28 254	107,1	50 772	61 615	121,4	192,5	218,1
80-84	29 632	30 144	101,7	57 089	64 895	113,7	192,7	215,3
85+	29 043	25 700	88,5	64 677	67 752	104,8	222,7	263,6
Průměr	12 273	10 099	82,3	23 809	21 500	90,3	194,0	212,9

Zdroj: ČSÚ, 2016b: Tabulka 2-15. Upraveno autorkou. (Pozn.: dopočtené hodnoty pro Index muži/ženy jsou podbarveny modře, pokud výdaje na 1 pojištěnce byly u mužů vyšší než u žen; v opačném případě je hodnota podbarvena růžově.)

Ze zdravotně pojistných plánů na rok 2017 všech sedmi zdravotních pojišťoven (VZP, 2016; ZPMV, 2017b; ZPŠ, 2016; VoZP, 2016; RBP, 2016; OZP, 2016; ČPZP, 2016) není patrné, že by náklady na zdravotní služby plánovaly zvlášť pro ženy a pro muže. Přesto

je odlišná úroveň nákladů související s úhradou zdravotní péče za ženy a muže v jejich hospodaření určitým způsobem zohledněna, a to prostřednictvím nákladových indexů, rozdělených dle pohlaví a věkové skupiny, které se používají při přerozdělování veškerého pojistného, vybraného zdravotními pojišťovnami, a celkové platby státu za pojištěnce, za které je plátcem pojistného stát. Hodnoty nákladových indexů tohoto demografického modelu přerozdělování stanovilo Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou na základě zákona č. 592/1992 Sb. o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, naposledy to bylo vyhláškou č. 399/2016 Sb., která stanovila nákladové indexy pro přerozdělování v roce 2017. Standardizovaným pojištěncem s indexem 1,0000 byla žena ve věkové skupině 15-20 let. Jednotlivým zdravotním pojišťovnám bylo pojistné přerozděleno na základě nákladových indexů a demografické struktury pojištěnců. Z grafu (Graf 4) je patrný rozdíl v nákladových indexech mužů a žen v jednotlivých věkových skupinách i změna v úrovni indexů mezi lety 2005 a 2017, což svědčí o tom, že náklady na zdravotní služby mužů a žen mají určitou dynamiku, a nákladové indexy je proto potřeba aktualizovat.

Graf 4: Nákladové indexy pro přerozdělování pojistného z veřejného zdravotního pojištění na rok 2017 (porovnání s rokem 2005)

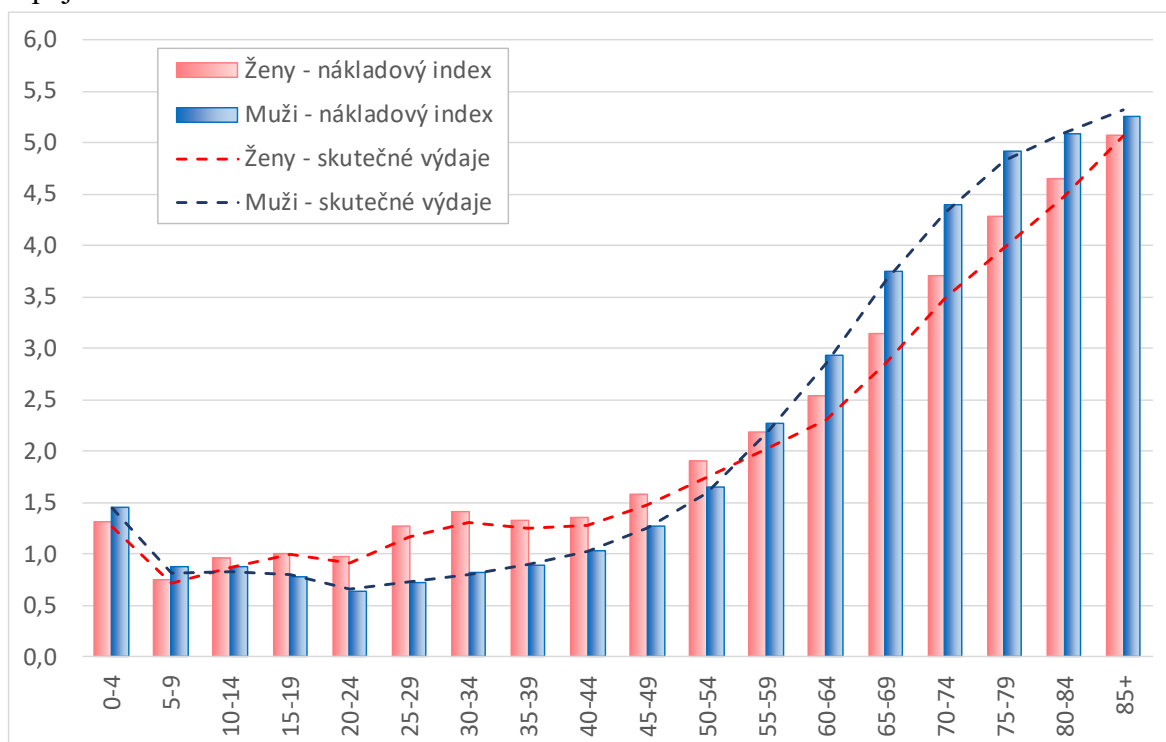


Zdroj: Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR 644/2004 Sb.; Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR 399/2016 Sb. Vlastní zpracování autorky.

Nákladové indexy, stanovené vyhláškou, odrážejí průměrnou nákladovost pojištěnců v dané demografické skupině napříč všemi zdravotními pojišťovnami podle údajů z posledního účetně uzavřeného kalendářního roku. Nákladové indexy tedy zobrazují

historický stav potřeb žen a mužů v účetnictví a nemusí se sejít se skutečnými náklady, resp. výdaji, v daném roce, pro který jsou nákladové indexy dle vyhlášky při přerozdělení použity, např. pokud je do úhrad z veřejného zdravotního pojištění zahrnut nový výkon, který je využíván ve větší míře muži/ženami. V grafu (Graf 5) je zobrazeno porovnání nákladových indexů pro ženy a muže v jednotlivých věkových skupinách pro rok 2014 a průměrné výdaje na 1 pojištěnce po přepočtu hodnot v korunách na indexy, aby data byla vzájemně srovnatelná. Zatímco u mužů nákladové indexy přibližně odpovídaly skutečným průměrným výdajům v daném roce, u žen byly nákladové indexy mírně nadhodnoceny. Tabulka vstupních dat je uvedena v příloze (Příloha č. 5).

Graf 5: Porovnání nákladových indexů pro přerozdělení pojistného a skutečných výdajů na 1 pojištěnce v roce 2014

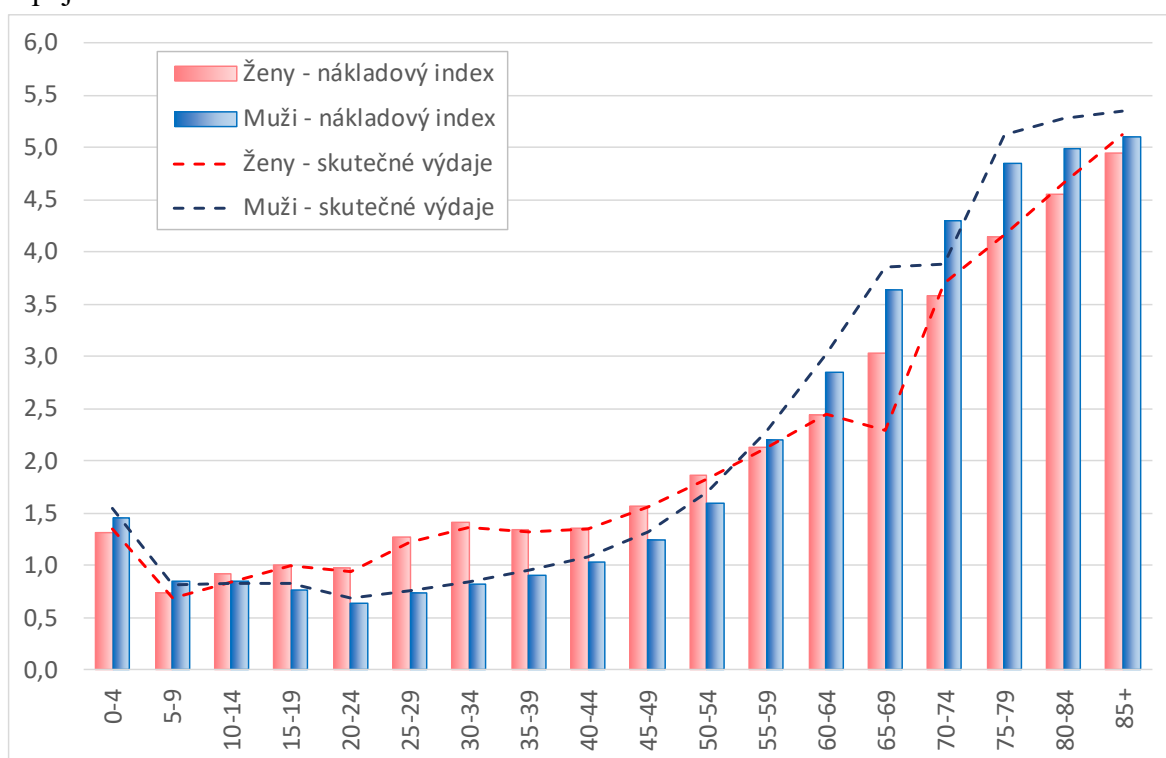


Zdroj: Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR 420/2013 Sb., ČSÚ, 2016b: Tabulka 2-15. Vlastní výpočet a zpracování autorky.

Stejným postupem jsou pak v dalším grafu (Graf 6) zobrazena data za rok 2015. Nákladové indexy pro přerozdělení pojistného se v porovnání se skutečnými výdaji jeví podhodnocené u mužů, zejména ve vyšších věkových skupinách, a překvapivý je průběh průměrných výdajů na 1 muže ve věkové skupině 70-74 let, kde dochází k mimořádně nízkému nárůstu oproti věkové skupině 65-69 let. Za mimořádný je možné považovat také pokles průměrných výdajů na 1 ženu ve věkové skupině 65-69 let, kde dochází dokonce

k poklesu oproti mladší věkové skupině 60-64 let. U uvedených výkyvů došlo k výraznému nesouladu s nákladovým indexem pro přerozdělení pojistného. ČSÚ tyto jevy v publikaci s výsledky zdravotnických účtů (ČSÚ, 2017a) nekomentovalo. V. Kalnická k tomu však písemně sdělila, že tyto hodnoty byly řešeny se zdravotními pojišťovnami, které poskytují vstupní data, a k rozdíům ve výdajích na 1 pojištěnce u těchto skupin dochází v daném roce z důvodu čerpání odlišné zdravotní péče a samozřejmě i rozdílně nákladné. Tabulka vstupních dat je uvedena v příloze (Příloha č. 6).

Graf 6: Porovnání nákladových indexů pro přerozdělení pojistného a skutečných výdajů na 1 pojištěnce v roce 2015

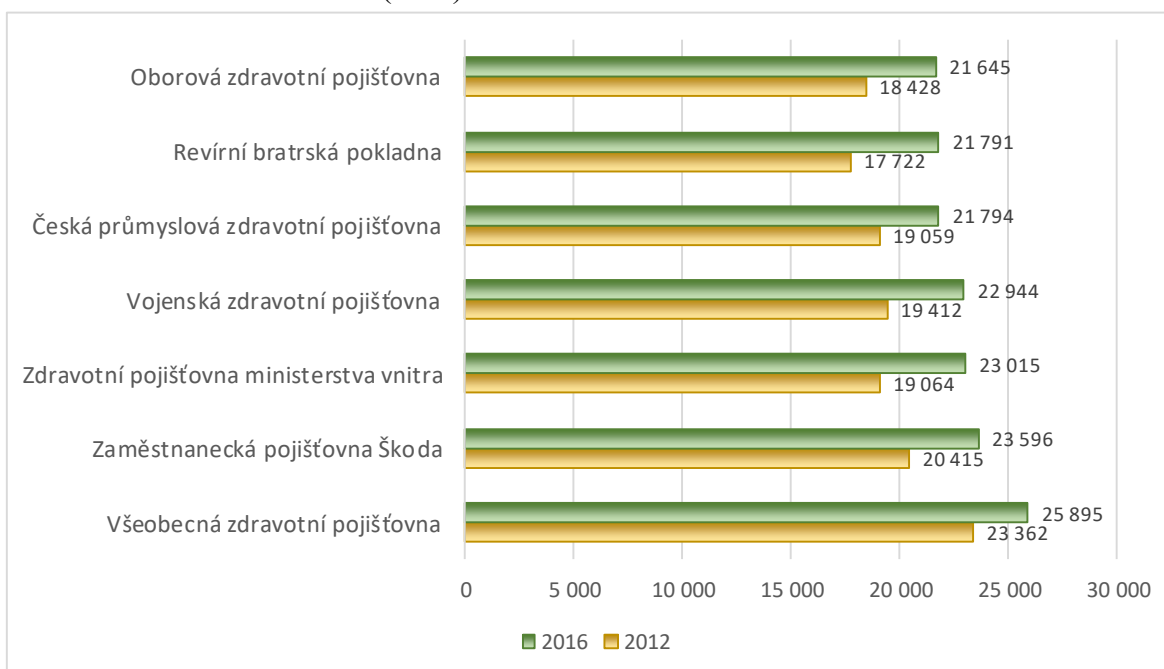


Zdroj: Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR 325/2014 Sb., ČSÚ, 2017a: Tabulka 3.1.2. Vlastní výpočet a zpracování autorky.

V nákladech zdravotních pojišťoven se však odráží více faktorů než jen demografická struktura pojištěnců, např. individuální smluvní ujednání pojišťoven, historický vývoj úhrad či působnost pojišťovny v různých regionech. A to je důvodem, proč jsou průměrné náklady na 1 pojištěnce (bez rozdílu pohlaví) u jednotlivých zdravotních pojišťoven značně odlišné. V grafu níže (Graf 7) jsou zobrazeny hodnoty průměrných nákladů na 1 pojištěnce v letech 2012 a 2016. V roce 2016 byl mezi nejnižšími (u Oborové zdravotní pojišťovny) a nejvyššími průměrnými náklady (u Všeobecné zdravotní pojišťovny) rozdíl 4250 Kč na 1 pojištěnce, pojištěnci Všeobecné zdravotní pojišťovny byli

dražší o 19,6 % oproti pojištěncům Oborové zdravotní pojišťovny. Také nárůst průměrných nákladů mezi lety 2012 a 2016 byl u jednotlivých pojišťoven odlišný – nejvyššího růstu průměrných nákladů dosáhla Revírní bratrská pokladna (o 4069 Kč na 1 pojištěnce, tj. o 23,0 %), nejméně rostly průměrné náklady u Všeobecné zdravotní pojišťovny (o 2533 Kč na 1 pojištěnce, tj. o 10,8 %).

Graf 7: Průměrné náklady na 1 pojištěnce zdravotních pojišťoven na zdravotní služby celkem v letech 2012 a 2016 (v Kč)



Zdroj: VZP, 2013; VZP, 2017a; ZPŠ, 2013; ZPŠ, 2017; VoZP, 2013; VoZP, 2017; ČPZP, 2013; ČPZP, 2017; ZPMV, 2013; ZPMV, 2017a; OZP, 2013; OZP, 2017; RBP, 2013; RBP, 2017.

V roce 2017 byl zákon č. 592/1992 Sb. novelizován zákonem č. 145/2017 Sb. a od roku 2018 je zaveden namísto modelu čistě demografického nový model přerozdělování pojistného, tzv. PCG. PCG model bere na zřetel kromě věku a pohlaví také farmaceuticko-nákladové skupiny pojištěnců a měl by tedy lépe zohledňovat chronicky nemocné pacienty. Současně rozděluje nejmladší věkovou skupinu na dvě, a to děti do 1 roku a děti od 1 do 4 let.

9.2. Preventivní programy

Výše uváděné hodnoty průměrných nákladů na 1 pojištěnce zahrnují jednak náklady, které vydávají zdravotní pojišťovny ze základního fondu zdravotního pojištění za zdravotní péči

poskytnutou jejich pojištěncům, ale i náklady na preventivní zdravotní péči z fondu prevence.

Přestože náklady na finanční příspěvky z fondu prevence zdravotních pojišťoven činí pouze zlomek²⁰ celkových nákladů na zdravotní péči, stojí tyto preventivní programy za zvláštní pozornost.

Preventivní programy, u nichž zdravotní pojišťovny dobrovolně poskytují svým pojištěncům finanční příspěvky, jsou využívány také jako nástroj, který umožňuje částečnou konkurenci zdravotních pojišťoven (MZ ČR, [online]²¹). Zdravotní pojišťovny se snaží pomocí těchto příspěvků získat nové pojištěnce a udržet si ty stávající. Komparace preventivních programů zdravotních pojišťoven však naznačují, že některé programy „sahají od aktivit přímo ovlivňujících zdraví až k aktivitám, které mají ke zdraví jen zprostředkovaný nebo i velmi diskusní vztah“ (Goulli a kol., 2005: 79). Přesto jsou programy pro pojištěnce „jedním z orientujících faktorů při volbě zdravotní pojišťovny“ (tamtéž: 80) a pro zdravotní pojišťovnu „důležitým nástrojem oslovení pojištěnce a posílení své pozice včetně obrazu v médiích“ (tamtéž: 80). Poslankyně Marková se na půdě Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR při projednávání programového prohlášení vlády v roce 2010 dokonce vyjádřila, že „[p]revence při současné konkurenci zdravotních pojišťoven, jak ukazuje praxe, je často zneužívána pro lanaření výhodných pojištěnců“ (PSP, [online]²²).

Za příklad může posloužit příspěvek, který poskytovaly zdravotní pojišťovny mladším ženám na hormonální antikoncepci – některé pojišťovny tento příspěvek označovaly jako prevenci komplikací souvisejících s umělým přerušением těhotenství (VoZP, 2005; VoZP, 2006; RBP, 2006). Za zaměstnaneckými pojišťovnami v tomto směru zaostávala zejména Všeobecná zdravotní pojišťovna, což Goulli a kol. označuje za pravděpodobnou příčinu vysoce záporného salda příchodů a odchodů žen z této pojišťovny v letech 1999-2002, načež „v zájmu konkurence jej musela také začít poskytovat k zastavení odlivu pojištěnců“ (Goulli a kol., 2005: 24). O významu tohoto příspěvku svědčí i výše nákladů, které na jeho poskytování zdravotní pojišťovny vynaložily. Např. Vojenská

²⁰ Pozn.: Průměrné náklady z fondu prevence na 1 pojištěnce tvořily dle výročních zpráv za rok 2016 pouze necelé 1 % celkových průměrných nákladů na zdravotní péči za 1 pojištěnce u všech zdravotních pojišťoven.

²¹ MZ ČR. Fondy zdravotních pojišťoven. *MZCR.cz* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2012-12-30]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpecni/obsah/fondy-zdravotnich-pojistoven_3441_29.html.

²² PSP. Stenoprotokoly: 3. schůze: Úterý 10. srpna 2010. *PSP.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR [cit. 2017-12-30]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/eknih/2010ps/stenprot/003schuz/s003010.htm>.

zdravotní pojišťovna v roce 2004 vydala na tento příspěvek 40,8 % a v roce následujícím dokonce 49,4 % finančních prostředků určených na zdravotní programy (VoZP, 2006). V roce 2003 již nabízela příspěvek na antikoncepci i Všeobecná zdravotní pojišťovna, přičemž „[t]ímto programem VZP sladila nadstandardní nabídku benefitů pro klienty s nabídkou ostatních zdravotních pojišťoven, které příspěvky na perorální hormonální kontraceptiva poskytují již dlouhodobě. Nabídky využila téměř každá 4. klientka v příslušné věkové kategorii“ (VZP, 2004: 68). Všeobecná zdravotní pojišťovna tento nákladný benefit hradila z prostředků provozního fondu, nikoliv z fondu prevence, a např. v roce 2004 uhradila příspěvek na antikoncepci pro 240 tis. žen, přičemž náklady činily více než 121 mil. Kč (VZP, 2005: 50) a v roce 2005 téměř 104 mil. Kč (VZP, 2006: 54). Příspěvky na antikoncepci přestaly zdravotní pojišťovny vyplácet od roku 2006 na základě rozhodnutí tehdejšího ministra zdravotnictví Davida Ratha (Petrášová, [online]²³). V příloze (Příloha č. 7) je graficky zobrazen vývoj počtu uživatelek hormonální antikoncepce, ze kterého je patrný rychlý růst počtu uživatelek až do roku 2007 (mezi lety 1995 a 2007 se počet uživatelek na 1000 žen fertilního věku zvýšil 2,5krát) a následný pozvolný pokles.

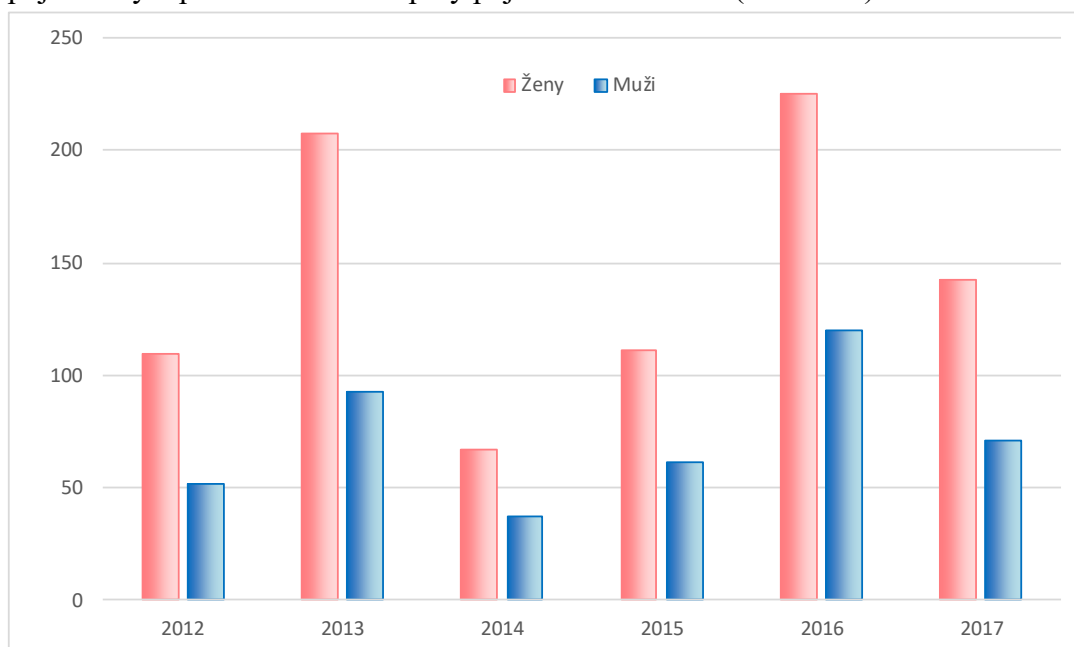
Tento konkurenční boj zdravotních pojišťoven o ženy mladšího věku zřejmě do jisté míry přetrvává. Např. ve zdravotně pojistném plánu na rok 2010 Všeobecná zdravotní pojišťovna uvedla, že „[k]onkurence se dále speciálně zaměřuje na děti 0-4 roky (poté, co VZP ČR uhradí všechny náklady související s porodem, jde o extrémně výhodnou skupinu pro nábor) a na ženy mladších ročníků (vstřícně reagují na marketingové kampaně)“ (VZP, 2009: 14). Podobně tato pojišťovna popisovala situaci i v letech následujících (VZP, 2010: 9-10; VZP, 2012: 12). Ve výroční zprávě za rok 2016 odůvodnila tato pojišťovna meziroční nárůst nákladů na ostatní činnosti hrazené z fondu prevence o 87,1 % zacílením na segment žen – budoucích a stávajících matek (VZP, 2017a: 28). A potvrzují to také slova M. Vydry při rozhovoru, když uvádí, že ženy obecně jsou zodpovědnější v péči o své zdraví a velmi často se na ně vážou celé rodiny, takže příspěvky zacílené na ženy-matky mají akviziční účinek a „jsou tam kvůli tomu, aby tam přitáhly ty děti a relativně celou rodinu.“ Dodává však, že „ty ostatní pojišťovny mnohdy to taky kopírujou nebo to nějakým způsobem taky zohledňujou, čili lze to, ale je to poměrně velmi obtížný jako nabídnou něco, kvůli čemu by normální pojištěnec nebo pojištěnkyně přešli.“ Podle M. Vydry mužům v produktivním

²³ PETRÁŠOVÁ, Lenka. Pojišťovny přestanou platit antikoncepci či brýle. In: *iDNES.cz* [online]. 30. 12. 2005 [cit. 2018-01-06]. Dostupné z: https://zpravy.idnes.cz/pojistovny-prestanou-platit-antikoncepci-ci-bryle-fxl-domaci.aspx?c=A051230_075627_domaci_mr.

věku pojišťovna nemá v podstatě co nabídnout, pokud nejsou nějakým způsobem nemocní a „jim je v podstatě jedno, víceméně, u jaký jsou pojišťovny. [...] Takže oni v podstatě se říděj většinou jenom doporučením té ženské části, tak proto tam hraje roli určitě ten ženskej element.“

Data o využívání příspěvků na preventivní programy pojištěnců Všeobecné zdravotní pojišťovny v letech 2012 až 2017, která M. Vydra poskytl, svědčí o tom, že mezi dospělými pojištěnci (od věkové skupiny 20 let) muži čerpají cca 1/3 celkového objemu finančních příspěvků a dvojnásobek čerpají ženy (Graf 8).

Graf 8: Náklady na příspěvky z fondu prevence pro pojištěnce Všeobecné zdravotní pojišťovny – pouze věkové skupiny pojištěnců od 20 let (v mil. Kč)



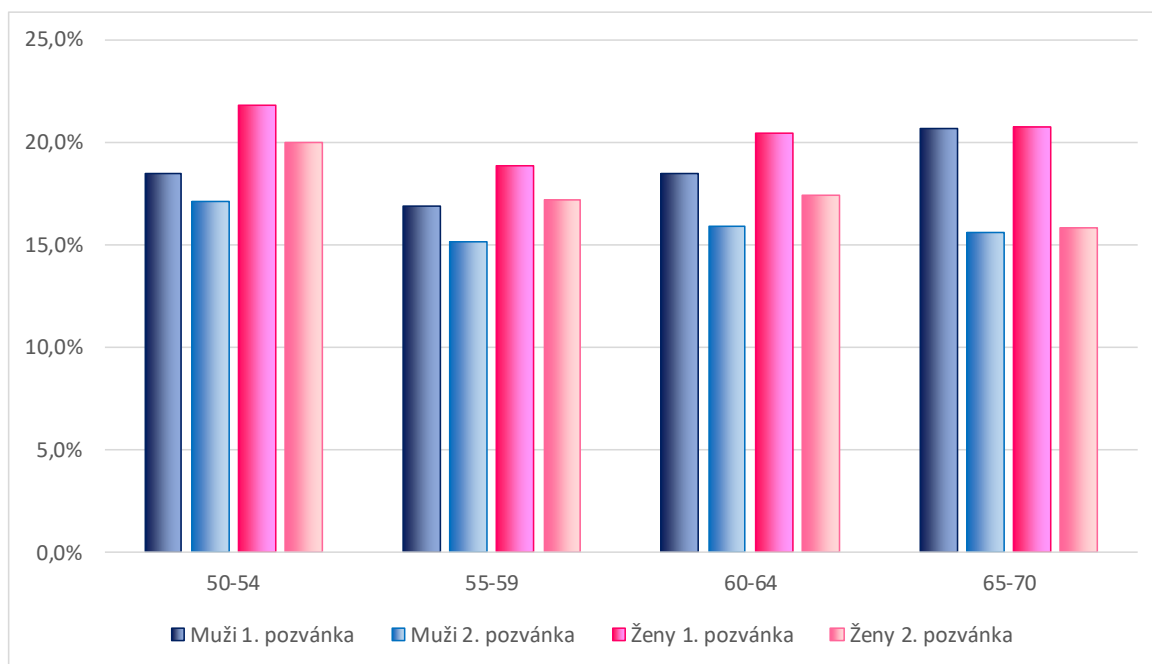
Zdroj: Data poskytnutá Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Vlastní zpracování autorky.

Bližší pohled na data z roku 2016 o počtech pojištěnců, kteří příspěvek čerpali (Příloha č. 8), potvrzuje, že při čerpání příspěvků na prevenci u Všeobecné zdravotní pojišťovny výrazně převažují ženy v reprodukčním věku nad muži. Nejedná se přitom pouze o vliv toho, že má tato zdravotní pojišťovna preventivní program zaměřený na cílovou skupinu matek, ale podílí se na této skutečnosti také to, že muži nevyužívají v takové míře ani plošně nabízené příspěvky na prevenci. Současně je z grafu signifikantní, že u dětí a dospívajících, za které o příspěvek žádá některý z rodičů (dle slov M. Vydry obvykle matka), jsou počty pojištěnců mužského pohlaví s poskytnutým příspěvkem nejvyšší a současně jsou rozdíly mezi dívkami a chlapci velmi nízké.

Je tedy patrné, že ženy (zejména mladšího věku) mají větší možnosti profitovat z preventivních programů zdravotních pojišťoven, ať už se na tento stav díváme z hlediska finančního, či z hlediska zdravotního. Přitom jsou to právě muži, kteří na prevenci onemocnění dbají méně v porovnání s ženami. Svědčí o tom také výsledky adresného zvaní žen a mužů na screening zhoubného nádoru kolorekta za období leden 2014 až červen 2015 (Graf 9), které poskytl T. Jung. V rámci tohoto projektu, který zastřešuje Ministerstvo zdravotnictví, rozesílají od roku 2014 zdravotní pojišťovny dopisy svým pojištěncům vybraných cílových skupin a vyzývají je k podstoupení preventivního onkologického screeningu: muže na screening zhoubného nádoru kolorekta, ženy na screening zhoubného nádoru prsu, děložního čípku a kolorekta. V průběhu prvních 18 měsíců projektu bylo odesláno 1 388 770 pozvánek pro muže a 2 113 181 pozvánek pro ženy.

Pro porovnání účinnosti tohoto oslovení mužů a žen zvolila autorka data o vyšetření, na které jsou zvány ženy i muži, tj. screening zhoubného nádoru kolorekta. Ve věkových skupinách, pokrývajících muže a ženy od 50 do 64 let, převládaly mírou účasti na screeningu ženy, pouze ve skupině od 65 do 70 let byla obě pohlaví v míře účasti vyrovnaná. Ženy i muži reagovali lépe na 1. zaslanoú pozvánku – obě pohlaví tedy mají část tzv. rezistentních jedinců, kteří o tuto prevenci nemají zájem.

Graf 9: Míra účasti na screeningu kolorektálního karcinomu v rámci projektu adresného zvaní pojištěnců dle věkových skupin (v %) – hodnocení za období leden 2014 až červen 2015



Zdroj: Data poskytnutá Ministerstvem zdravotnictví ČR. Vlastní zpracování autorky.

O významu tohoto onkologického screeningu pro muže přitom svědčí údaje zdravotnické statistiky o incidenci a mortalitě na zhoubný nádor kolorekta (Příloha č. 9). Ačkoliv je závažnost tohoto onemocnění pro ženy a muže v České republice vysoká, u mužů je incidence i mortalita ještě významně vyšší než u žen.

O rozdílné účinnosti preventivních programů na muže a ženy uvedl M. Miovský: „*Je zřejmé, že muži reagují na různé preventivní programy a opatření jinak než ženy. Tomuto faktu je proto potřeba přizpůsobit charakter a prostředky daných aktivit. Média i další informační kanály se k tématu i cílové skupině staví různě, ne vždy účelně a smysluplně. Často spíše podporují stereotypy a málo účinné informační kampaně spojené s odstrašováním.*“ (LF1, [online]²⁴).

M. Miovský dále v diskuzi (MEDialogy, [online]²⁵) opakovaně zdůraznil potřebu rozdílného přístupu při působení na ženy a na muže v rámci zdravotních a preventivních programů, když prohlásil, že „*ty chlapy je třeba zaujmout. A není úplně jednoduché chlapy zaujmout, protože reagují na některé podněty opravdu odlišně od žen. Není to nic překvapivého, ale prostě někdy se tváříme, jako kdyby ty rozdily jako nebyly nebo byly velmi malé. [...] na toho muže je prostě opravdu třeba cílit nějakým jiným typem provokace. [...] musíte něčím trochu jiným zaujmout a využít té jinakosti k tomu, abyste je uměli oslovit.*“ Moderátor J. Železný k tomuto výroku dodal: „*Protože dopis od VZP by je zase tolik nezaujal, máte na mysli.*“ S čímž M. Miovský jednoznačně souhlasil a dodal, že „*mysl tady toho celého je právě přemýšlet nad tím, jak je vyprovokovat, jak tam doručit tu informaci, prostě proto, že běžné podávání, prostě podávání informace je zcela nedostatečné.*“ M. Miovský rovněž uvedl, že je potřeba nedívat se na muže prizmatem vzdělaného muže, žijícího ve velkém městě, a považuje za vhodnější muže přímo oslovit např. na rockových festivalech, přičemž zmínil, že to je něco, s čím má 1. lékařská fakulta zkušenosti. Ostatně na Klinice adiktologie je vyučován předmět s názvem Gender problematika a jeho garant, I. Preslová na dotaz písemně sdělila, že „*v oblasti adiktologie je řada specifík, které jsou odlišné u mužů a žen, např. dopady užívání, rychlost vzniku závislosti, příčiny, stigmatizace*

²⁴ LF1. MEDialogy: Mužské zdraví v Čechách aneb Kluci nepláčou? LF1.CUNI.cz [online]. 1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy [cit. 2018-01-05]. Dostupné z: <https://www.lf1.cuni.cz/muzske-zdravi-v-cechach-aneb-kluci-neplacou>.

²⁵ MEDialogy: Mužské zdraví v Čechách aneb Kluci nepláčou?. In: Youtube [online]. 15. března 2017 [cit. 2018-01-05]. Dostupné z: https://www.youtube.com/watch?time_continue=13&v=2bTjgb0ADeM. Kanál uživatele LF1UK.

aj.“ a okrajově se v rámci tohoto předmětu věnují také vlivu genderových rolí u zdravotnických profesí, např. ve vztahu ke složení týmu a psychologickým postojům.

K projektu adresného zvaní pojištěnců na onkologické screeniny se vyjádřila v rozhovoru H. Janata tak, že „*když čtete ten dopis, tak jako je tam prostě strašně odborně, příliš mnoho informací.*“ Vzor zvacího dopisu ve variantě pro muže je uveden v příloze (Příloha č. 10) včetně zadní strany dopisu (tato zadní strana je společná pro všechny varianty dopisu, ačkoliv se riziko vzniku karcinomu ženského prsu a děložního čípku mužů netýká).

T. Jung v rozhovoru o projektu adresného zvaní uvedl, že „*ty dopisy vznikaly jako jakoby v dohodě mezi odborníky a těmi pojišťovnami. V té době to bylo prostě považováno asi za nejrozumnější kompromis.*“ Rovněž vysvětluje o oblasti alkoholu, které se věnuje M. Miovský, že „*ten alkohol v tomhle smyslu je podle mě jednodušší, no. Na tu komunikaci s lidma. Ale ta rakovina, to je prostě strach, no. [...] Je to velmi těžký ty lidi oslovit. Je to obzvlášť s tím tématem rakoviny, kde ty lidi prostě se toho bojeje, bojeje o tom vůbec mluvit.*“

K tomu, jak muže vhodně zapojit do péče o své zdraví, se vyjádřil v rozhovoru také J. Petr, který zdůrazňuje u těchto opatření určitý prvek nadhledu: „*Že sice komunikujete těžký téma, i se všema datama, se vším prostě, co s tím tématem souvisí, ale děláte si z toho trochu srandu. [...] Těm chlapům se líbí jako dělat si srandu sami ze sebe. Trošku. [...] Sranda a nadhled. A ten prvek tý výzvy určitě taky. Že to je něco, co vlastně oni si chtějí vyzkoušet a taková jako soutěž sám se sebou.*“ J. Petr tak vychází ze své praxe v rámci kampaně Suchej únor, kterou ve spolupráci s Klinikou adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a se SZÚ již několik let zejména pro muže realizuje. Cílem kampaně je přimět účastníky vydržet celý měsíc bez alkoholu (tzv. „sušit“) a pomoci jim poznat, jak na tom s konzumací alkoholu jsou.

Rovněž P. Kukul má praktické zkušenosti s podporou péče o zdraví mužů, neboť jeho nadační fond realizuje projekt STK pro chlapy. Cílem této kampaně je dostat muže na preventivní prohlídky včas. P. Kukul v diskuzi (MEDialogy, [online]²⁶) uvedl, že „*my vlastně cílíme na chlapy, snažíme se, aby dbali na prevenci, ale teď se nám ukazuje, že ta cesta je možná lepší přes ty ženy, protože jednak jsou to... vy jste první, které to odnesete,*

²⁶ MEDialogy: Mužské zdraví v Čechách aneb Kluci nepláčou?. In: *Youtube* [online]. 15. března 2017 [cit. 2018-01-05]. Dostupné z: https://www.youtube.com/watch?time_continue=13&v=2bTjgb0ADeM. Kanál uživatele LF1UK.

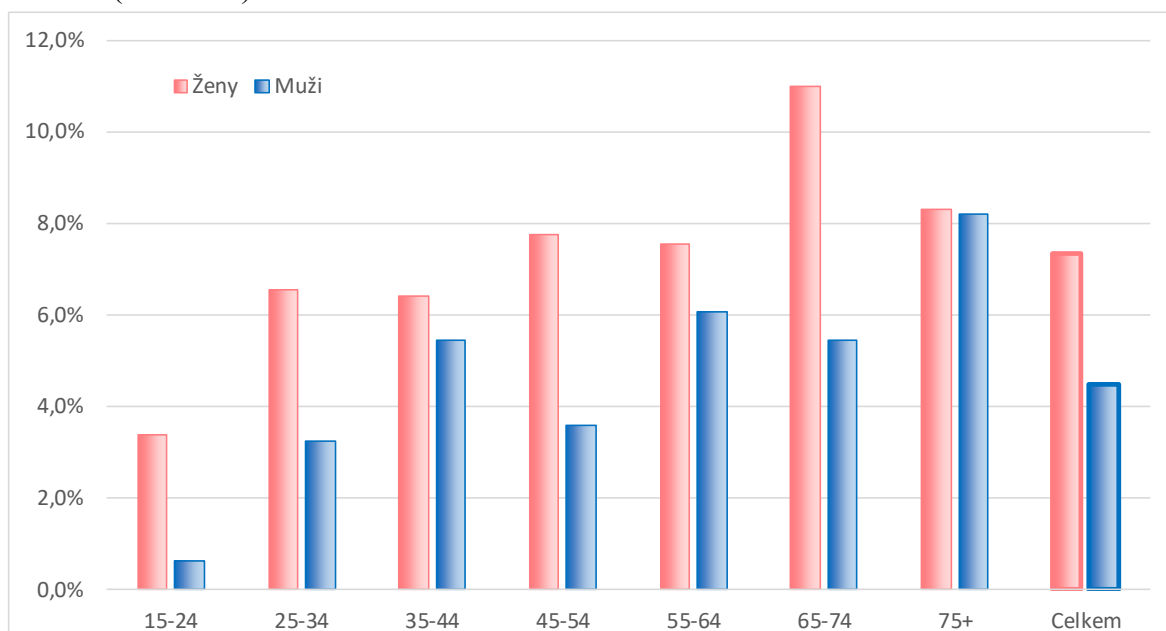
když ten muž nefunguje zdravotně, sexuálně, partnersky, ale zároveň jste většinou ty, které dokážou toho chlapa dokopat k tomu, aby si někam došel.“

H. Janata v rozhovoru uvedla rovněž příklad z Mexika, kde se snahy o zlepšení zdravotního stavu mužů ujaly ženy – matky, přítelkyně, sousedky apod., „protože ony skutečně za nima chodily, chodily za nima do hospody, že jo, na fotbal, prostě chodily za nima. [...] Takže za téma mužskejma chodily přesně tam, kde oni se scházej.“ H. Janata zdůraznila, že „musí se za nima. Se vším se musí jako spíš přesně tam, kde se, ano, shromažďujou. Rockový koncerty, stadiony.“ Rovněž uvedla další příklad z praxe, kdy se ke sdělení poselství k mužům využívají světelné tabule během sportovních utkání.

9.3. Přímé výdaje příjemců zdravotní péče

Jak bylo výše uvedeno, převážná většina výdajů na zdravotní péči v ČR je hrazena z veřejných zdrojů. Některé výdaje na zdravotní péči si hradí pacienti z vlastních zdrojů a část potřeb zdravotní péče žen i mužů zůstává z finančních důvodů neuspokojená (Graf 10). Dochází k tomu proto, že péče je moc drahá nebo není hrazena zdravotní pojišťovnou, nebo mají ženy a muži finanční problémy s dopravou při využívání zdravotní péče. V důsledku absence péče pak došlo nebo mohlo dojít ke vzniku dalších zdravotních komplikací a ke zhoršení jejich zdravotního stavu. Ve všech věkových skupinách respondentů převažovaly ženy nad muži; nejvyšší úroveň neuspokojené potřeby zdravotní péče z finančních důvodů byla identifikována u žen ve věku 65 až 74 let.

Graf 10: Neuspokojená potřeba zdravotní péče v posledních 12 měsících z finančních důvodů (v % osob)



Zdroj: ÚZIS. 2016d. Vlastní zpracování autorky.

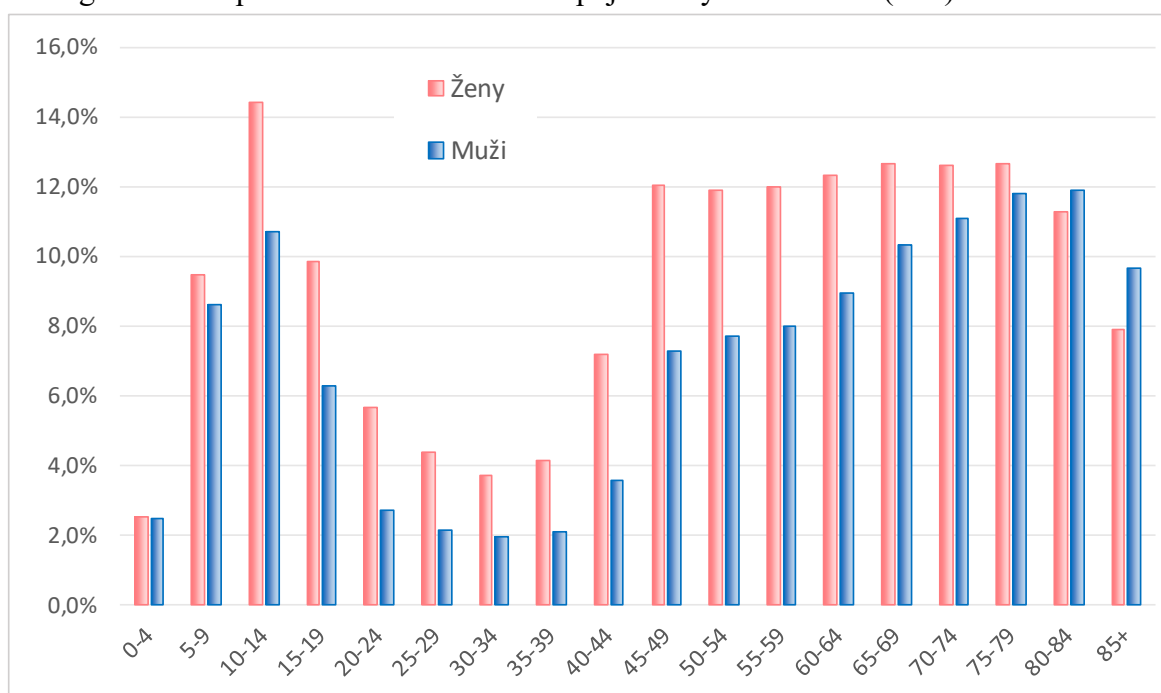
Z výdajů domácností na zdravotní péči v roce 2015 v celkové výši 49,4 mld. Kč zaplatili pacienti nejvíce za léky a zdravotnický materiál (47,7 %), ambulantní péči (33,1 %) – z toho více než polovinu v ordinacích zubních lékařů, a dále za terapeutické pomůcky (11,9 %) (ČSÚ, 2017a); údaje o výši výdajů žen a mužů však nejsou dostupné.

Terapeutické pomůcky byly jediným druhem zdravotní péče, u něhož z celkových výdajů (9,8 mld. Kč) byla většina uhrazena domácnostmi (60,3 %) (tamtéž). Mezi terapeutické pomůcky se řadí brýle a optické pomůcky, pomůcky pro sluchově postižené a ortopedické a protetické pomůcky.²⁷ Níže v grafu (Graf 11) je přehled o pojištěncích Všeobecné zdravotní pojišťovny, kterým byly v roce 2016 na poukaz poskytnuty brýle a optické pomůcky. Pacienti tak čerpali úhradu z veřejného zdravotního pojištění a případný rozdíl v ceně oproti minimálnímu hrazenému provedení museli doplatit. Mezi pacienty s poukazem výrazně převažovaly ženy. Ke zohlednění demografické struktury pojištěnců byl proveden přepočítání pojištěnců s poukazem vůči celkovému počtu pojištěnců této pojišťovny k 31. 12. 2016 pro danou věkovou skupinu a pohlaví. Od věku 35-39 let podíl žen i mužů s využitým poukazem mezi pojištěnci rostl, přičemž ženy výrazně (až 2násobně)

²⁷ Pozn.: Pomůcka může být předepsána pacientovi příslušným odborným lékařem na poukazu, a je pak za stanovených podmínek částečně nebo zcela hrazena z veřejného zdravotního pojištění. V případě brýlí jsou hrazeny brýlové čočky v základním, ekonomicky nejméně náročném provedení a na brýlové obruby je poskytnut příspěvek.

převažovaly nad muži. S rostoucím věkem se podíl žen a mužů přiblížil a v nejstarších věkových kategoriích se poměr žen a mužů dokonce obrátil. Z šetření EHIS 2014 přitom vyplývá, že mezi respondenty nad 75 let je 46,1 % mužů a 51,1 % žen, které uvedly potíže se zrakem, i když použijí své brýle či jiné vizuální pomůcky (ÚZIS, 2016f). Otázkou pak je, zda byly obtíže těchto respondentů způsobeny pouze rozsahem jejich oční vady, nebo neměli vhodnou korekční pomůcku, např. z finančních důvodů vzhledem k doplatku.

Graf 11: Podíl pojištěnců dle věkových skupin, kterým byly poskytnuty brýle a optické pomůcky z veřejného zdravotního pojištění, na celkovém počtu pojištěnců v dané demografické skupině Všeobecné zdravotní pojišťovny v roce 2016 (v %)



Zdroj: VZP, 2017a; data poskytnutá Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Vlastní výpočet a zpracování autorky.

Objem finančních prostředků, které muži a ženy doplácí za předepsané léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, je limitován zákonem č. 48/1997 Sb. Od roku 2018 byly limity pro pojištěnce do 18 let a pro seniory nad 65 sníženy novelou č. 290/2017 Sb.²⁸ Jelikož se jedná o legislativní úpravu prováděnou po vydání Metodiky hodnocení dopadů na rovnost žen a mužů pro materiály předkládané vládě ČR (Úřad vlády ČR, 2015a), dotázala se autorka I. Němcové na konkrétní postup identifikace a hodnocení dopadů na rovnost žen a mužů v případě této novely. I. Němcová autorce postoupila

²⁸ Pozn.: Původní výše ročních limitů byla 2500 Kč pro pojištěnce do 18 let a pojištěnce nad 65 let; pro ostatní pojištěnce 5000 Kč. Od roku 2018 činí roční limit 500 Kč u pojištěnců starších 70 let, 1000 Kč u pojištěnců do 18 let a pojištěnců starších 65 let a 5000 Kč u ostatních pojištěnců.

vyjádření odboru legislativy, že „vládou schválený návrh zákona, který připravilo Ministerstvo zdravotnictví, byl samozřejmě posouzen i z hlediska dopadů na rovnost žen a mužů, stejně jako jsou posuzovány všechny návrhy, které jednotlivá ministerstva připravují. Tento návrh obsahoval jen snížení limitů na tzv. započitatelné doplatky za částečně hrazené léčivé přípravky. V rámci hodnocení dopadů bylo shledáno, že daný návrh žádné přímé dopady na rovnost žen a mužů nemá, neboť dopadá plošně na všechny osoby stanoveného věku bez rozdílu, a proto bylo v důvodové zprávě uvedeno, že „Navrhovaná právní úprava se nijak nedotýká rovnosti žen a mužů.““ Je tedy zřejmé, že pro ministerstvo je hlavním argumentem při hodnocení dopadů plošnost opatření.²⁹

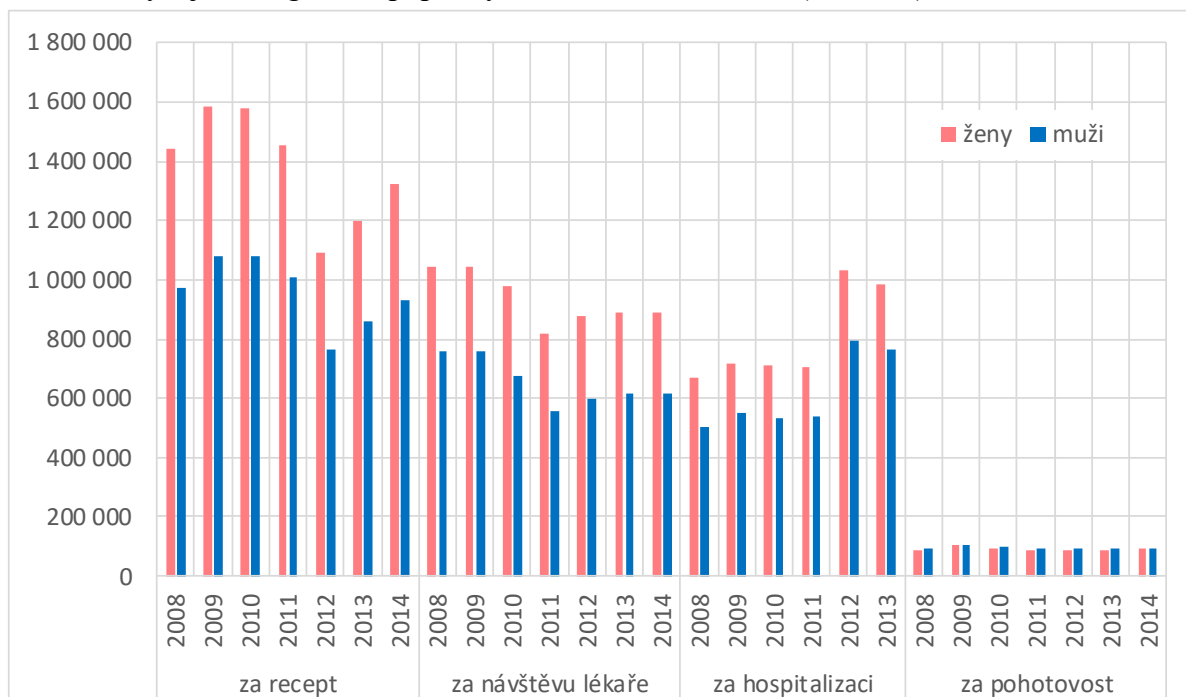
Na výsledcích průzkumu EHIS z roku 2014, který hodnotil neuspokojenou potřebu zdravotní péče, se mohl určitým způsobem projevit i vliv regulačních poplatků za využívání zdravotních služeb. Ty byly zavedeny od roku 2008 zákonem č. 261/2007 Sb., který novelizoval zákon č. 48/1997 Sb., jako mechanismus pro zajištění efektivní spotřeby zdravotní péče. Z grafu níže (Graf 12) je však zřejmý nepoměr mezi sumou uhrazených regulačních poplatků ženami a muži – za recept, za návštěvu lékaře i za hospitalizaci³⁰ zaplatily ženy výrazně více než muži. Za poplatky za pohotovost zaplatili muži i ženy zhruba stejně. V příloze (Příloha č. 11) je rovněž uvedeno grafické zobrazení výdajů za regulační poplatky za recepty, jakožto celkově nejnákladnější poplatky, podle věku.³¹

²⁹ Pozn.: Předkladatel novely dal do připomínkového řízení Závěrečnou zprávu z hodnocení dopadů regulace (VeKLEP: RIA: Verze do připom..., [online]), která nebyla zpracována v souladu s aktuálně platnými požadavky stanovenými Obecnými zásadami pro hodnocení dopadů regulace, a oblast dopadů na rovnost žen a mužů zcela pominul. Na nedostatek ve struktuře dokumentu ho upozornil ministr pro lidská práva, rovné příležitosti a legislativu (VeKLEP: Vypořádání..., [online]) a na jednání vlády již byla předložena opravená Závěrečná zpráva, ve které je v bodě „3.8 Dopady ve vztahu k zákazu diskriminace a ve vztahu k rovnosti žen a mužů“ uvedena odpověď „Nepředpokládají se dopady tohoto typu“ (VeKLEP: RIA: Verze pro jednání..., [online]). Jedna z připomínek Ministerstva financí k předloženému návrhu se týkala plošnosti opatření bez testování příjmové situace příjemců opatření a provedení analýzy aktuálního omezení dostupnosti či kvality zdravotních služeb pro skupiny dotčené tímto návrhem. Ačkoliv Ministerstvo zdravotnictví v odpovědi na tyto připomínky argumentuje mírou ohrožení chudobou ve věkových skupinách nad 65 let, nezmiňuje příjmové rozdíly mezi muži a ženami ani v těchto starších věkových skupinách, ani v jakémkoliv jiné fázi životního cyklu (VeKLEP: Vypořádání..., [online]).

³⁰ Pozn.: Poplatek za hospitalizaci byl zrušen od roku 2014 rozhodnutím Ústavního soudu ze dne 20. června 2013 a od roku 2015 se na základě novely zákona č. 48/1997 Sb. hradí již pouze poplatek 90 Kč za využití lékařské a zubní pohotovosti.

³¹ Pozn.: V roce 2009 byly zákonem č. 59/2009 Sb. upraveny parametry regulačních poplatků – od poplatků byly osvobozeny děti do 18 let, současně byl snížen ochranný limit pro seniory nad 65 let a pro děti do 18 let z 5.000 Kč na 2.500 Kč. Zákonem č. 298/2011 Sb. byl poplatek 30 Kč za položku na receptu upraven na poplatek 30 Kč za recept.

Graf 12: Výdaje na regulační poplatky v letech 2008 až 2014 (v tis. Kč)

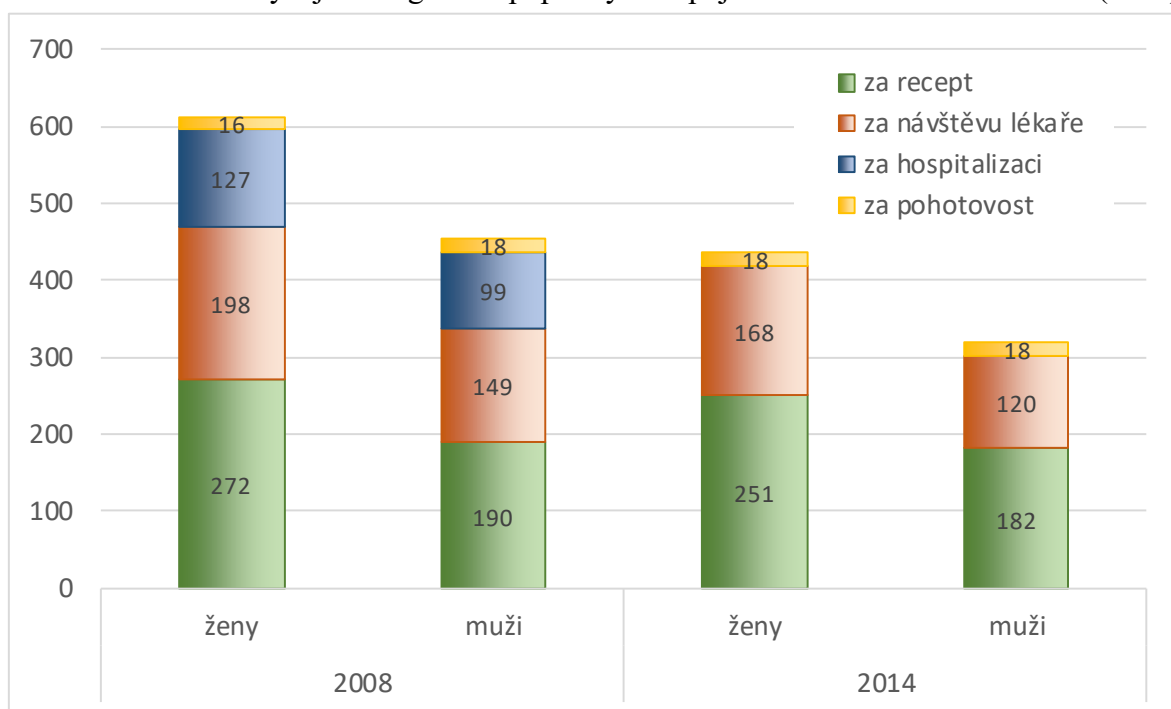


Zdroj: ČSÚ, 2010, 2011c, 2012, 2013, 2014c, 2015, 2016b. Vlastní zpracování autorky.

V Důvodové zprávě k návrhu novely, která poplatky zavedla, je uvedena kalkulace odhadovaných průměrných ročních nákladů na regulační poplatky na občana, a to ve výši 321 Kč za vydání léčivého přípravku, 268 Kč za návštěvu lékaře, 113 Kč za hospitalizaci a 7 Kč za pohotovostní službu, celkem tedy 709 Kč (PSP, [online]³²). Dopady na ženy a muže tato zpráva nezmiňuje. Při přepočtu výdajů na regulační poplatky na počet pojištěnců – žen a mužů – jsou průměrné roční výdaje žen zhruba o třetinu vyšší oproti mužům (Graf 13).

³² PSP. Sněmovní tisk 222: Důvodová zpráva. *PSP.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR [cit. 2018-01-01]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=11049>.

Graf 13: Průměrné výdaje na regulační poplatky na 1 pojištěnce v letech 2008 a 2014 (v Kč)



Zdroj: ČSÚ, 2010; ČSÚ, 2016b; ČSÚ, 2011c; ČSÚ, 2017a. Vlastní výpočet a zpracování autorky.

10. Gender a zdraví... a jak dál?

Z názorů oslovených odborníků je možné naznačit, jakým směrem by se mohla politika ubírat při snaze o dosahování rovnosti žen a mužů ve zdraví a v přístupu ke zdravotním službám a jejich využívání.

J. Holčík popsal své stanovisko: „*Osobně bych kladl větší důraz na empowerment – schopnost se výrazněji podílet na svém životním osudu a na health literacy, schopnost příznivě ovlivnit svůj zdravotní osud.*“ Přitom však v rámci výzkumu health literacy, tj. zdravotní gramotnosti u respondentů v ČR nebyly nalezeny takřka žádné rozdíly v úrovni zdravotní gramotnosti mezi muži a ženami (ÚZG, 2017). J. Holčík to vysvětluje: „*Co se týče měření zdravotní gramotnosti, lze připustit, že zvolená metoda měření není dokonalá. Byla použita proto, že navazovala na mezinárodní výzkum v osmi státech a nabízela možnost srovnání úrovně zdravotní gramotnosti.*“ Nesoulad mezi dosaženou úrovní zdravotní gramotnosti a faktickým chováním mužů a žen ve vztahu k vlastnímu zdraví může být podle J. Holčíka projevem kognitivní disonance a toho, že „*někteří lidé nejednají tak, jak to dobře vědí, ale tak, jak se jim právě zachce, jak jim to okolnosti dovolí, popřípadě jak je sociální skupiny (do nichž je osud zavál) motivují.*“ Zdravotní gramotnost by proto bylo potřeba zkoumat nejen z hlediska její úrovně, ale také její struktury, variability a genderové, sociální a ekonomické návaznosti.

J. Holčík je naprosto přesvědčen o významu sociálních determinant zdraví, mezi které se řadí nejen gender, ale i sociální postavení a sociální gradient, vzdělání, časné období života, dětství a dospívání, sociální izolace a sociální opora, stres, problémy v rodině a práci, jistota práce a nezaměstnanost, výživa, doprava apod. Důraz proto klade na dobrý mezioborový výzkum těchto determinant a jejich respektování v teorii i praxi systému péče o zdraví. Vzájemná provázanost sociálních determinant pak představuje další z bariér, které je třeba překonávat při snižování genderových nerovností ve zdraví.

Pokud dosahování genderové rovnosti v oblasti zdraví něco brání, pak podle J. Holčíka pouze „*to, že ji občas překrývají jiné problémy, které jsou pro určité sociální skupiny v konkrétní společnosti mnohem důležitější.*“

H. Janata v rozhovoru uvedla, že zdravotní systém v ČR nikoho nevylučuje a nabídka je v podstatě stejná a dobrá pro všechny. Nicméně by mělo být užití systému zjednodušeno: „*Prostě zjednodušit, prostě ještě vyjít vstříc těm lidem, který váhají a který ho*

nevyužívaj a choděj pozdě třeba.“ Konkrétně se H. Janata zmínila o dlouhých čekacích lhůtách, nutnosti objednávání k lékaři a neznalosti práv pacientů a označila tyto aspekty za bariéry systému. Opatření, vedoucí k větší jednoduchosti a pružnosti systému, by měla být podpořena osvětou o tom, jak zdravotní systém funguje a jak ho využívat. Směřovala by je zejména k mužům, neboť je podle H. Janata třeba „*podporovat je, aby teda to neodkládali a nebáli se.*“ Současně uvádí, že „*mužskému zdraví prospívá zapojení se do rodiny, prostě tyhle rodičovský dovolený, práce s dětma [...] a jsou výzkumy, který prokazují, že to prostě prospívá jejich zdraví [...], aby ty mužský přestali bejt prostě ty macha, jak o nich se říká, chlapáci, protože to jim nejvíc ubližuje.*“ Současně by kampaně na podporu mužského zdraví měly být cíleny spíše nevtíravou formou: „*Tak se to musí nenápadně a jako tak nějak lidsky. A já myslím, že se to mění, pozvolna, že ono se to mění. Jen pošťouchnout, přesně tak. Ale je to nesmírně těžký.*“ Naopak vnucování opatření považuje H. Janata spíše za dvojsečné: „*My jsme ještě takovej specifickéj národ, u nás to nejde [...], my jsme tady odbojnici ještě furt [...], hrozně brojíme proti všemu, co je shora nebo co je nařízený.*“ H. Janata proto považuje za významnou také roli nevládních organizací na podporu mužského zdraví, které jsou schopny lépe zacílit svá opatření na konkrétní jednotlivce, na rozdíl od plošných „mainstreamových“ programů, které jsou podle ní připravovány „*pro průměrného člověka, kterej neexistuje*“ a někdy spíše podporují genderové stereotypy.

T. Jung se v rozhovoru vyslovil, že osvěta na podporu zdraví by neměla začínat až v dospělém věku, ale v podstatě od narození, a opatření, zaměřené na podporu zdraví žen a mužů by „*nemělo, nemuselo bejt jenom na úrovni neziskových organizací, ale že stát jako takový by měl vůbec tyhle věci podporovat a realizovat.*“ Zmínil rovněž úlohu Ministerstva zdravotnictví v kampani na onkologický screening rakoviny prsu, děložního čípku a kolorekta, nicméně dodal, že „*lidi zatím nejsou nastavený, aby si toho zdraví vážili.*“ Současně uvedl, že v rámci takto velké kampaně nejsou příliš možné modifikace, jimiž by se dalo reagovat na průběžné výsledky projektu: „*My trošku tady máme jakoby problém, ten projekt je nastavenej a on prostě musí jet víceméně v těch intencích, protože to má pětiletou udržitelnost, takže není možný nějaký zásadní změny.*“ Nastavená pravidla tedy v podstatě zakonzervují několikaletý program, což může být bariérou jeho vyšší účinnosti.

J. Petr v rozhovoru uvedl, že genderová nerovnost ve zdraví „*souvisí vlastně s tou nerovností jako celkovou mezi mužem a ženou ve společnosti. Takže to by se musela srovnat vlastně celá ta společnost, aby tohle to zmizelo. Protože to není jedna nějaká vyčleněná*

prostě bublina, ale je to prostě součástí nějaký sítě těch vztahů.“ A na příkladu míry konzumace alkoholu, na kterou se v kampani sám zaměřuje, uvedl, že genderovou nerovnost ve zdraví vidí jako „[d]ůsledek tý kulturní nerovnosti prostě. Kdybysme půl na půl prostě pečovali o děti a chodili do práce, tak podle mě jako budeme pít všichni stejně.“

O rolích žen a mužů ve společnosti v souvislosti s jejich zdravím a délkou života poznamenal V. Šimánek při diskuzi (MEDialogy, [online]³³), že *„zatím stále ženy přežívají muže. Nicméně ten stav se v loňském roce myslím zpomalil. [...] Dneska bych viděl, že ve vyspělých zemích se tady ty hranice začínají přibližovat a začínají se přibližovat i díky tomu, že ženy se ocitají na funkcích, ve funkcích, kde to zdraví je ohroženo stresem, kde je ohroženo, já nevím, podáváním neustále výkonu nebo zastíráním nedostatečnosti toho jedinice, přeceňováním těch schopností.“*

J. Petr dále v rozhovoru vyjádřil názor, že kromě osvěty je důležitá také *„politická vůle a samozřejmě taky je to otázka toho třeba, kam jdou peníze. Je to otázka toho, jakým způsobem se jako přemejšlí [...] v našem případě teda o muži, jako o tom, jaký má zastávat role v rodině.“* Současně dodal: *„Já jako nejsem fanoušek narovnávání za každou cenu. LOM [Liga otevřených mužů] má takovej přístup, že se snažíme jako mluvit spíš o tom, že důležitá je kvalita života. Jako že rovnost může být součástí té kvality života, ale nemusí to tak být vždycky. Záleží na tom třeba, jak to ty dva lidi v páru, jak to jako vnímaj. Vždycky nám záleží hlavně na těch individuálních potřebách toho člověka, v jaký roli se cítí spokojenej a co vlastně chce jako následovat. Jaký role chce hrát a podobně.“* Opatření na podporu genderové rovnosti ve zdraví by podle J. Petra měla vyjít spíše z konkrétních potřeb cílových skupin: *„Měla by tam být nějaká poptávka ze strany té společnosti, na kterou má ten stát reagovat. [...] Zespoda, s podporou ze shora. [...] Ve chvíli, kdy ta společnost, jako třeba ta naše, není připravená nebo nevíta to, tak si myslím, že s těmahle jakoby opatřeníma je potřeba být opatrněj, protože [...] když to prostě drtíte, že to chcete přervat přes koleno a stojíte si za každou cenu za tím cílem té rovnosti a chcete toho dosáhnout, tak to potom v očích té veřejnosti jako devaluje ten diskurz toho genderu.“* J. Petr také vysvětlil, že Liga otevřených mužů vznikla z činnosti rozvojových mužských skupin, kdy v průběhu jejich setkávání vyrostla hlavní témata organizace, *„který my jsme potom zjistili, že řeší prostě celá Evropa, celá jako ta euroatlantická civilizace, že to jsou nějaký témata prostě západního*

³³ MEDialogy: Mužské zdraví v Čechách aneb Kluci nepláčou?. In: Youtube [online]. 15. března 2017 [cit. 2018-01-05]. Dostupné z: https://www.youtube.com/watch?time_continue=13&v=2bTjgb0ADeM. Kanál uživatele LF1UK.

muže“ a že tak byly a nadále jsou identifikovány konkrétní potřeby mužů, se kterými se jim tato organizace snaží radit a pomáhat.

11. Diskuze výsledků výzkumu

11.1. Odpovědi na výzkumné otázky

V úvodní části diplomové práce bylo stanoveno pět výzkumných otázek, na které byly následně hledány odpovědi.

1. Jakým způsobem je genderová rovnost v přístupu ke zdravotním službám a v možnostech jejich využívání v ČR zachycena ve veřejněpolitických dokumentech?

Platnou legislativou je garantována rovnost žen a mužů v přístupu ke zdravotním službám a v možnostech jejich využívání – ženy i muži mají při využívání zdravotních služeb rovnocenná práva i povinnosti. V reálné praxi však může docházet k situacím, že ženy nebo muži zdravotních služeb nevyužívají v míře, jaká odpovídá jejich objektivním, biologicky daným potřebám, nebo nejsou zdravotní služby ženám či mužům stejně dostupné.

Současně je třeba zmínit, že zdravotní služby v moderním pojetí již nelze chápat pouze jako nástroj k léčbě nemocí, ale roste také jejich význam v předcházení nemocem a v podpoře zdraví. Navíc zdraví ve svém širším pojetí, jak jej definuje Světová zdravotnická organizace, zahrnuje tělesnou, duševní a sociální pohodu, a je tedy pomyslným obrazem celkové integrity jedince a jeho hodnot. Osobní postoj žen a mužů ke svému zdraví ovlivňuje či dokonce řídí celou řadu praktických rozhodnutí v životě žen a mužů – výběr skladby a množství potravin a jejich zpracování ke konzumaci, péče o tělesný vzhled a o své obydlí, volba činností, kterými muži a ženy tráví svůj čas, budování mezilidských vztahů. Jedním z faktorů, který na tato rozhodnutí působí, je genderová role jedinců. Tyto skutečnosti jsou reflektovány v **některých strategických veřejněpolitických dokumentech**. Jedná se zejména o strategii **Health 2020** (Euro WHO, 2013), kterou schválily členské země evropského regionu Světové zdravotnické organizace – včetně České republiky. Genderové nerovnosti ve zdraví by měly být odstraňovány ve smyslu ekvity, a to ve zdravotním stavu, v přístupu ke zdravotním službám a jejich přínosu pro zdraví žen a mužů. Na strategii Health 2020 navazuje národní strategie **Zdraví 2020** (MZ ČR, 2014b) a akční plány k její realizaci. Také **Vládní strategie pro rovnost žen a mužů v České republice na léta 2014-2020** (Úřad vlády ČR, 2014), která je zásadním dokumentem v oblasti podpory genderové rovnosti, věnuje pozornost genderovým stereotypům souvisejícím se zdravím žen a mužů.

2. Jak jsou stanoveny veřejněpolitické cíle k dosažení genderové rovnosti v oblasti zdraví v ČR?

Strategie Zdraví 2020 (MZ ČR, 2014b), která je nástrojem pro implementaci programu Health 2020 (Euro WHO, 2013), definuje jako jeden ze dvou strategických cílů zlepšení zdraví obyvatel a **snížení nerovnosti v oblasti zdraví. Rovnost pohlaví** v přístupu ke zdravotní péči považuje dokument **za jednu z metod**, jak stanoveného strategického cíle dosáhnout. Autoři strategie dále definovali jedenáct horizontálních témat, která pokrývají hlavní příčiny úmrtnosti a nemocnosti populace a souvisejí s kvalitou a dostupností zdravotních služeb, a pět témat vertikálních, která by měla být zohledněna ve všech opatřeních na podporu zdraví, jež jsou rozpracována do akčních plánů k této strategii. Ačkoliv se v některých akčních plánech zmiňují rozdíly mezi muži a ženami, které mají dopady na jimi dosaženou úroveň zdraví nebo délku jejich života, je vymezeno poměrně **málo konkrétních opatření** se stanovenými indikátory a termíny plnění, která by na rovnost žen a mužů v oblasti zdraví měla přímou vazbu. Cíl je v tomto dokumentu tedy definován spíše vágně.

Naproti tomu Vládní strategie pro rovnost žen a mužů v České republice na léta 2014-2020 (Úřad vlády ČR, 2014) věnuje pozornost problematickým oblastem biologických rozdílů mezi pohlavími např. porodnictví, ale současně zmiňuje genderové souvislosti dosahování rovnosti žen a mužů ve zdraví – zejména s ohledem na nižší naději dožití mužů, jejich vyšší sebevražednost a vyšší riziko závislosti. Strategie si klade za cíl **zvýšit identifikaci mužů s agendou genderové rovnosti osvětou o specifických tématech jako otcovství, mužské zdraví a násilí mužů a posílit spolupráci s nestátními neziskovými organizacemi v oblasti mediálních a osvětových kampaní** cílených na specifické otázky genderových souvislostí zdraví a kvality života, systematickou osvětu a preventivní programy. V tomto dokumentu tedy dochází k prolínání veřejněpolitických cílů a prostředků.

Vládní strategie má být primárně implementována prostřednictvím Priorit a postupů vlády při prosazování rovnosti žen a mužů. Téma mužského zdraví se však mezi vládou schválené priority dosud nedostalo. Rovněž Pracovní skupina muži a rovnost žen a mužů otázku mužského zdraví ještě neřešila – **přednost dostala jiná témata.**

Problematická je také závaznost stanovených cílů ve strategických dokumentech. Například strategie Zdraví 2020 se podle vyjádření Ministerstva zdravotnictví dostala do skluzu s plněním cílů některých akčních plánů – některé úkoly se plní jen částečně či vůbec (MZ ČR, [online]³⁴).

3. Jsou v ČR systematicky vyhodnocovány údaje s ohledem na identifikaci možných genderových nerovností ve zdraví? A pokud ano, jakým způsobem?

Český statistický úřad každoročně publikuje **genderové statistiky**, které zahrnují také oblast zdraví. Většina těchto ukazatelů je přebírána od Ústavu zdravotnických informací a statistiky a tvoří jakýsi **průřez statistikami, dostupnými v členění na ženy a muže**. Doplněny jsou dále ukazatele mezinárodního srovnání, zejména z Eurostatu, hodnocení vlastního zdravotního stavu žen a mužů dle výběrového šetření a vlastní údaje Českého statistického úřadu o výdajích na zdravotní péči (výdaje zdravotních pojišťoven a výdaje na regulační poplatky).

Ústav zdravotnických informací a statistiky systematicky sleduje a publikuje údaje členěné podle pohlaví, které se zaměřují na zdravotní stav české populace, na délku života, na výskyt onemocnění u žen a mužů a mortalitu s tím související. Statistiky však nemají dimenzi, ze které by bylo možné identifikovat nerovnosti ve zdraví dané biologickými rozdíly a genderem. Pro tyto účely **jsou vhodnější výstupy z výběrových šetření**, která ÚZIS také zajišťuje, naposledy EHIS 2014. Výběrová šetření se však provádějí s několikaletým rozestupem, poměrně dlouho se vyhodnocují a dochází u nich ke změnám v metodice, které následně komplikují možnost srovnání ukazatelů v čase.

Z hlediska vypovídací schopnosti a srozumitelnosti údajů jsou jednoznačně vhodnější publikace s ukazateli opatřenými doplňujícím a vysvětlujícím komentářem. Takové publikace jsou však vydávány mimořádně nebo s několikaletým časovým rozestupem a s proměnlivou strukturou ukazatelů či s modifikacemi metodiky. Doslova **unikátní je pak publikace ÚZIS Ženy a muži v číslech zdravotnické statistiky (ÚZIS, 2003a), a to jak rozsahem, tak obsahem**. V této publikaci jsou údaje o zdravotním stavu

³⁴ MZ ČR. Ministr zdravotnictví obnovil práce na programu Zdraví 2020. *MZCR.cz* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministr-zdravotnictvi-obnovil-prace-na-programu-zdravi-2020_15072_1.html.

žen a mužů doplněny a provázány se socio-ekonomickými ukazateli, s údaji o životním stylu, případně upraveny tak, aby byly vzájemně porovnatelné (např. o vlivy těhotenství a porodů) a závěr publikace navíc velmi přehledně shrnuje hlavní zjištění.

Smyslem genderových statistik ovšem není pouze samotný sběr dat v členění na muže a ženy, a tedy formální naplnění požadavků, plynoucích z úkolů vlády ČR nebo mezinárodních institucí, ale především jejich využití pro další identifikaci případných nerovností. Z tohoto pohledu je nutno konstatovat, že **ministerstvo**, které má oblast zdraví plně v gesci, **neprovádí genderové analýzy** k podpoře rozhodování.

4. Nabízejí statistická data, dostupná v ČR, dostatečné možnosti k mapování genderových nerovností v přístupu ke zdravotním službám?

Nejrozsáhlejším souborem dat o využívání zdravotních služeb disponují zdravotní pojišťovny, které však tyto statistiky nepublikují členěné podle pohlaví, nebo pouze mimořádně, např. formou tiskových zpráv. Data jako taková v systému tedy existují, nicméně nejsou dostupná tak, aby byla k dispozici nejen rozhodovatelům zdravotní politiky, ale i veřejnosti, resp. organizacím, které zájmy občanů reprezentují. V roce 2018 byl Ústavem zdravotnických informací a statistiky spuštěn Národní registr hrazených zdravotních služeb, který bude data zdravotních pojišťoven shromažďovat. Pokud bude ÚZIS data následně zpracovávat a zejména publikovat, mohou přispět k hodnocení genderových nerovností v přístupu ke zdravotním službám.

ÚZIS v současné době publikuje **dostatečné údaje o hospitalizacích** pacientů v rámci zdravotního systému dle pohlaví, a to včetně členění podle skupin diagnóz, avšak **údaje o ambulantní péči** o ženy a muže jsou pro hodnocení nerovností **nedostatečné**. V oblasti ambulantní péče je tedy nutno opřít se spíše o výsledky výběrových šetření, která ÚZIS zajišťuje.

Samotná data zdravotnické statistiky o využívání zdravotních služeb navíc nejsou bez další analýzy zcela vypovídající o rozdílech způsobených vlivem biologických odlišností mezi ženami a muži a vlivem genderu. Výhodou výběrových šetření je možnost propojení zdravotních a sociálních dat. Takto hodnocené údaje však mají také svá omezení, např. portfolio dotazů nemůže pokrýt rozsáhlý komplex léčby a prevence, odpovědi jsou ovlivněny charakteristikami respondentů, struktura dotazníku je variabilní v čase. Tento stav

do značné míry **limituje jednoznačnost a ucelenost** hodnocení genderových nerovností v přístupu ke zdravotním službám.

5. Je o nákladech na zdravotní služby a prevenci onemocnění v ČR rozhodováno z pohledu možných rozdílů mezi muži a ženami v přístupu ke zdraví a využívání zdravotních služeb?

V systému veřejného zdravotního pojištění jsou finanční prostředky z vybraného pojistného a z plateb ze státního rozpočtu za pojištěnce, za které platí pojistné stát, mezi zdravotní pojišťovny přerozdělovány **podle nákladových indexů**, které zohledňují demografickou strukturu pojištěnců. Nákladové indexy vycházejí z **historických účetních dat**, takže nemusí přesně odrážet aktuální strukturu poskytované zdravotní péče nebo její cenu v daném roce. Současně platí, že rozdíly v průměrných nákladech na jednoho muže a na jednu ženu se v rámci celého systému zdravotního pojištění v průběhu času postupně snižují, přičemž mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami přetrvávají poměrně významné rozdíly v průměrné nákladovosti na 1 pojištěnce. Obecně platí, že v mladších věkových skupinách jsou pro pojišťovny nákladnějšími klienty ženy, ve starších věkových skupinách jsou to naopak muži.

Na prevenci onemocnění podle dostupných dat dbají více ženy než muži. Do určité míry tohoto faktu využívají zdravotní pojišťovny v rámci konkurenčního boje, když zaměřují programy na poskytování příspěvků z **fondů prevence na ženy mladších věkových skupin**. Program Ministerstva zdravotnictví na prevenci onkologických onemocnění s využitím adresného zvaní klientů zdravotních pojišťoven na screeningové vyšetření, částečně spolufinancovaný z Evropského fondu pro regionální rozvoj, byl zaměřen na detekci třech onemocnění u žen (zhoubný nádor děložního hrdla, prsu a kolorekta) a jednoho onemocnění u mužů (zhoubný nádor kolorekta). Muže ohrožuje onemocnění zhoubným nádorem kolorekta ve vyšší míře, a přestože na zaslanou výzvu reagují méně než ženy, opatření již není možné modifikovat ke zvýšení jeho účinnosti. Zkušenosti některých odborníků přitom svědčí o **potřebě přizpůsobení osvětových kampaní pro ženy a pro muže** k efektivnímu oslovení cílové skupiny.

Využívání zdravotních služeb má dopad nejen na výdaje systému veřejného zdravotního pojištění, ale také na výdaje domácností. Rozhodnutí, která mají vliv na platby

domácností za zdravotní péči, nezohledňují výši příjmů a úroveň spotřeby žen a mužů. Platby regulačních poplatků za recept, za návštěvu lékaře a za hospitalizaci dopadaly výrazně více na ženy. Tyto regulační poplatky byly zrušeny a zůstala zachována pouze povinnost **platby za pohotovost**, kde jsou výdaje žen a mužů **zhruba vyrovnané**. **Údaje o dalších výdajích domácností** za zdravotní péči **nejsou dostupné** v členění dle pohlaví.

Ministerstvo zdravotnictví považuje plošná opatření za taková, která na rovnost žen a mužů nemají dopad. Zdravotní služby však využívají ženy ve vyšší míře než muži a v kontextu s nižšími příjmy žen a vyšším podílem žen v nejstarších věkových skupinách by se dopadům na ženy a muže pozornost věnovat měla i u plošných opatření, obzvláště při plánovaných změnách v poměru veřejných a soukromých výdajů na zdravotní péči v systému, např. v souvislosti se zaváděním komerčního připojištění, nadstandardů apod.

11.2. Naplnění cíle výzkumu

Hlavním cílem diplomové práce bylo rozšířit poznání o tom, zda je v České republice směřována politika ke snižování genderových nerovností ve využívání zdravotních služeb a zda jsou reflektovány rozdíly mezi ženami a muži v jejich potřebách a v přístupu ke svému zdraví.

Provedený výzkum vypovídá o tom, že v České republice je primárně usilováno o nediskriminaci v přístupu žen a mužů ke zdravotním službám. Některé veřejněpolitické dokumenty věnují pozornost nerovnostem v dosažené úrovni zdraví a délky života, které vyplývají nejen z biologických rozdílů mezi muži a ženami, ale i z jejich genderových rolí. Právě z této perspektivy jsou v rámci Vládní strategie pro rovnost žen a mužů v České republice na léta 2014-2020 (Úřad vlády ČR, 2014) označeni muži za cílovou skupinu, které by se měla agenda genderové rovnosti v oblasti zdraví věnovat především. Také oslovení experti se shodují na tom, že projevy maskulinity vedou k jednání, které zdraví neprospívá, a „chlapáctví“ muže zabíjí. Nicméně existují rovněž oblasti, ve kterých působí genderové stereotypy také na zdraví žen, byť mohou souviset s medikalizací a s vyvoláváním poptávky po zdravotní péči.

V průběhu výzkumu bylo rovněž zjištěno, že problematiku genderové rovnosti v oblasti zdraví značně komplikuje provázanost biologického pohlaví a genderových rolí.

Oba tyto faktory na zdraví žen a mužů působí, avšak pouze rozdíly ve zdraví vyvolané genderovými odlišnostmi je možné řešit pomocí veřejněpolitických nástrojů. Tato nepřehlednost si zaslouží pozornost dalšího výzkumu a dobrým signálem je v tomto ohledu vyhlášení společné mezinárodní výzvy GENDER-NET Plus Joint Call 2017, kterou zveřejnila na konci roku 2017 Technologická agentura ČR (TA ČR, [online]³⁵). Jedno z řešených témat nese název „Sex, gender and health“ a mělo by se věnovat např. personalizovaným přístupům k prevenci, diagnostice a léčbě či genderové dimenzi v přístupu ke zdraví a v poskytování zdravotních služeb (GENDER-NET Plus, [online]³⁶). Tento výzkum by měl mimo jiné přispět k lepšímu porozumění problému při tvorbě politik a přípravě intervencí.

Pojmy gender a pohlaví se zpravidla používají promiscue. K nepřehlednosti situace přispívá také to, že v jazyce českém nemá anglický termín „gender“ jednoznačný a obecně srozumitelný ekvivalent pro odborníky i širokou veřejnost, který by nevedl k zavádějící interpretaci jako např. termín „rovnost pohlaví“.

Rovněž diskurz genderové problematiky v oblasti zdraví nemá z pohledu expertů v České republice hlubokou tradici. Tematicky je genderová politika spojována se zaměstnaností, odměňováním za práci, zastoupením v rozhodovacích pozicích a kvótami. Cílení genderové politiky je pak dáváno do souvislosti s feminismem a v podstatě výhradně s opatřeními na pomoc ženám, nikoliv mužům. Řešení problematiky genderové rovnosti obecně nebývá v naší společnosti příliš vítáno, ale spíše je doprovázeno pochybnostmi či námitkami.

Samotný sběr dat v rámci zdravotnické statistiky není dostačující pro přesnou identifikaci míry, jakou se na rozdílech ve zdravotním stavu a ve využívání zdravotních služeb ženami a muži podílí odlišnost biologického pohlaví a jakou gender. Nezastupitelnou roli ve vyhodnocování genderových nerovností ve zdraví proto mají výběrová šetření a výzkum např. v oboru sociologie, epidemiologie, psychologie. Zatímco vyhodnocování genderové nerovnosti ve vzdělání, odměňování nebo zastoupení mužů a žen v managementu

³⁵ TA ČR. Oznámení o vyhlášení společné mezinárodní výzvy v rámci schématu GENDER-NET Plus Cofund. *TACR.cz* [online]. Technologická agentura ČR [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: <https://www.tacr.cz/index.php/cz/novinky/1202-oznameni-o-vyhlaseni-spolecne-mezinarodni-vyzvy-v-ramci-schematu-gender-net-plus-cofund.html>.

³⁶ GENDER-NET Plus. GENDER-NET Plus Joint Call on Gender and UN Sustainable Development Goals. *GENDER-NET-PLUS.eu* [online]. [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: <http://gender-net-plus.eu/wp-content/uploads/2017/11/GENDER-NET-Plus-Announcement-of-Opportunity-Topics-1.pdf>.

firem a v politice se opírá o komparaci měřitelných hodnot se stanovenými kritérii, v oblasti zdraví nejsou de facto žádoucí nebo referenční hodnoty klíčových indikátorů definovány a struktura ukazatelů je široká a proměnlivá.

V tomto smyslu je možné považovat za poměrně zavádějící hodnocení gender gap v tom pojetí, jak jej publikuje World Economic Forum (WEF, 2017), kde např. v ukazateli zdravé délky života jsou nejlépe hodnoceny země, kde ženy přežívají muže v poměru 1,06 a jakkoliv vyšším. Znamená to, že Rusko a Rwanda, kde ženy v ukazateli překonávají muže o více než 8 let, se umisťují na špičce žebříčku, kdežto Švédsko, kde obyvatelé obou pohlaví žijí dlouhým a zdravým životem, avšak ženy přežívají muže pouze o necelé 2 roky, je v žebříčku na 121. místě. Toto hodnocení, které nastavuje pouze jednosměrnou penalizaci a přehlíží výrazné výkyvy v neprospěch mužů, by ve svém důsledku mohlo vést k prohlubování nerovností.

Nerovnosti ve zdraví, vyplývající z genderových stereotypů, jsou úzce svázané s dalšími nerovnostmi, např. z hlediska věku, příjmů, vzdělání či etnicity. Proto se jeví vhodné řešit nerovnosti ve zdraví napříč politikami či resorty koordinovaně v celé komplexnosti tohoto problému. Oslovení experti kladli důraz zejména na úlohu vzdělávání, včetně předškolního, a rodiny, a to směrem k aktivnějšímu otcovství.

Vzhledem k tomu, že Ministerstvo zdravotnictví se při rozhodování o legislativě a zdravotních programech ubírá cestou plošných opatření v duchu nediskriminace, do řešení genderových nerovností ve zdraví je třeba zapojovat i jiné aktéry. Podle Vládní strategie (Úřad vlády ČR, 2014) a oslovených expertů plní tuto funkci zejména neziskové organizace, pokud mají podporu vládních institucí. Právě otázka politické vůle je aktuální v souvislosti se změnou rozložení politických sil po volbách do Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR v říjnu 2017 a s následným přesunem agendy lidských práv a rovných příležitostí z Úřadu vlády do kompetence ministra spravedlnosti.

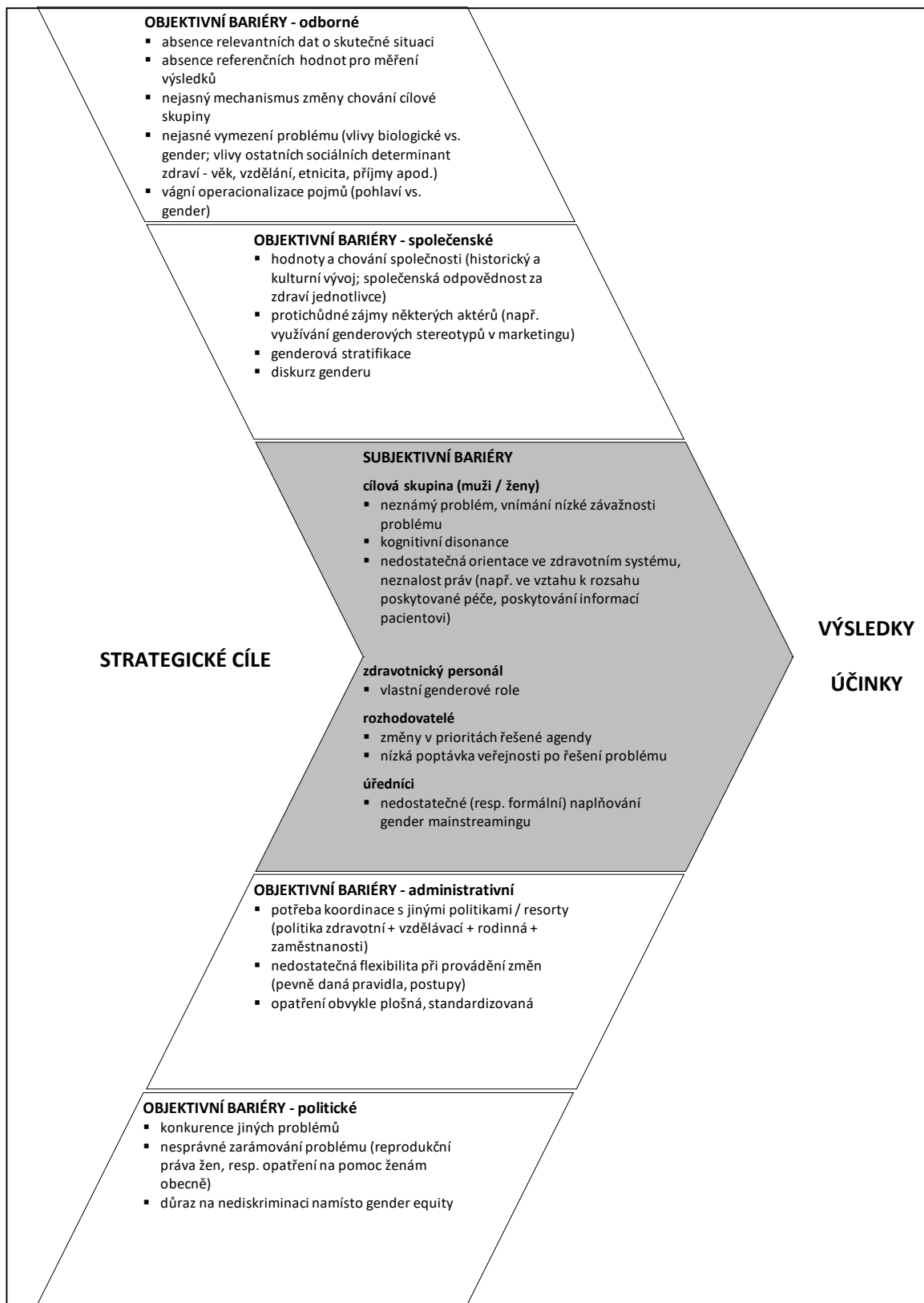
Přístup neziskových organizací je možno považovat za spíše individualizovaný – obvykle jsou v přímém kontaktu s adresáty opatření a mohou citlivě reagovat na jejich potřeby. Je však třeba obezřetnosti, aby takto nabízená hotová řešení měla oporu ve výzkumu i v odborné praxi, neboť mechanismus příčiny a následku při realizaci opatření na podporu genderové rovnosti ve zdraví nemusí být zcela přímočarý. Současně je nutno zmínit, že neziskové organizace ovlivňují přímo formulaci cílů genderové politiky a že mezi

nimi, a tedy i jejich „tématy“, je vzájemná konkurence, plynoucí nejen z boje za své poslání, ale také o finanční prostředky.

Účinky genderové politiky v oblasti zdraví není možné očekávat v krátkodobém horizontu, neboť změny postojů a chování mužů a žen jsou obtížné. Výsledky by však zásadně neměly směřovat k tomu, aby se život žen zkracoval na úroveň délky života mužů. Pokud je k odstranění genderových rozdílů ve zdraví potřeba vyvolat změny rolí v rodině, jak naznačili oslovení experti, je třeba vzít v úvahu etické aspekty takové manipulace ve vztazích mezi muži a ženami a mezi rodiči a dětmi, neboť se jedná o odklon od hluboce zakořeněných archetypů. Tradiční role sice mohou vést k nespravedlivým rozdílům ve zdraví, je však obtížné vyhodnotit, zda změna rolí nemůže mít nějaké závažné nepředvídané důsledky, nejen v oblasti zdraví.

Ačkoliv se Česká republika hlásí k cílům souvisejícím se snižováním genderových nerovností ve zdraví, není vyvíjena činnost, která by vedla k faktickému naplnění stanovených cílů. V případě Zdraví 2020 (MZ ČR, 2014b) je strategický cíl stanoven poměrně neurčitě, neboť rovnost pohlaví je definována jako metoda ke snížení nerovnosti v oblasti zdraví a nejsou stanoveny konkrétní postupy, jak pomocí této metody cíle dosáhnout a uvést tak v život schválené záměry programu Health 2020 (Euro WHO, 2013). V případě Vládní strategie (Úřad vlády ČR, 2014) je cílem zvýšit identifikaci mužů s agendou genderové rovnosti osvětou mj. o tématu mužského zdraví, nicméně dosud nejsou specifikovány, ani diskutovány dílčí kroky k naplnění cíle. Je tedy možné konstatovat, že dochází k implementačnímu deficitu. Oba strategické dokumenty však byly schváleny na období do roku 2020 a nelze vyloučit, že ještě dojde k obratu. V souladu se zvolenou teorií se provedeným výzkumem podařilo identifikovat několik výše popsaných faktorů, které je možno považovat za implementační bariéry, jež stojí v cestě k dosažení stanovených cílů – viz Obrázek 3. Takto zjištěné bariéry implementace rozčlenila autorka do dvou základních kategorií: (1) bariéry subjektivní jsou vyvolány působením jednotlivých aktérů; (2) bariéry objektivní se vztahují k vlivům okolního prostředí na implementaci.

Obrázek 3: Klasifikace identifikovaných bariér implementace politiky snižování genderových nerovností ve zdraví



Zdroj: autorka.

Závěr

Nerovnosti ve zdraví a v délce života mužů a žen, které nejsou způsobeny biologickými rozdíly, mohou vyplývat z odlišnosti hodnot a chování mužů a žen, z jejich rozdílné expozice nemocem a dalším zdravím škodlivým vlivům, ale také z předsudků a stereotypů ve společnosti, včetně samotného zdravotního systému a medicínského výzkumu. Výskyt těchto faktorů souvisí s genderovou stratifikací společnosti.

Nerovnosti plynou ze vzájemného srovnávání řady ukazatelů o nemocnosti a úmrtnosti žen a mužů. Hledání rozdílů podle různě zvolených kritérií vede mnohdy k závěrům o nerovnostech, je však třeba rovněž zvažovat, do jaké míry se jedná o akademický problém, nebo zda tyto nerovnosti vnímají jako problém také objekty výzkumu, v tomto případě tedy ženy a muži. Problém genderové nerovnosti ve zdraví by měl být řešen nikoliv „protože“ existuje, ale „aby“ z toho měli muži a ženy prospěch. V oblasti zdraví jsou genderově znevýhodněni zejména muži a je možné, že mnozí z nich by takové sdělení přijímali s nezájmem či dokonce s nelibostí.

Vzájemná provázanost sociálních determinant zdraví komplikuje hledání účinných řešení na podporu zdraví prospěšného chování. Programy zdravotní osvěty by měly být promyšlené a systematické, avšak současně by měly reflektovat kontext osobního příběhu jejich adresátů. Očekávat od mužů a žen jednání ve vztahu ke zdraví bez vlivu jejich genderové role znamená předpokládat u nich ryze racionální jednání. Avšak homo economicus, schopný ocenit hodnotu svého zdraví a bezchybně kalkulovat svůj prospěch, je bytost iluzorní, a lidé konají proti svému nejvyššímu zájmu, přestože vědí, jak jednat rozumně. K podnícení změny v přístupu ke zdraví proto nestačí poskytování informací a argumentů, byť důvěryhodných a srozumitelných – je třeba připojit také mimoracionální aspekty, např. vhodné emoce.

V této diplomové práci byly identifikovány některé významné bariéry implementace politiky snižování genderových nerovností ve zdraví. Navazující výzkum by se mohl zaměřit na hodnocení toho, zda změny rolí žen a mužů v rodině vedou ke snižování zdravotně rizikového chování u mužů a zda takové změny nevyvolávají naopak újmu na zdraví žen. Vzhledem k tomu, že díky programu Health 2020 se téma genderových nerovností ve zdraví dostalo do povědomí tvůrců politik napříč desítkami zemí evropského regionu Světové zdravotnické organizace, bylo by vhodné provést komparaci mezinárodních zkušeností

s implementací různých opatření a jejich výsledků – nejen těch úspěšných, ale i těch, které selhávají. Výsledky provedeného výzkumu rovněž nepokrývají míru působení médií a zejména reklamních sdělení na reprodukci genderových stereotypů ve zdraví, což je oblast, která si rozhodně zaslouží pozornost příslušných expertů.

Summary

Inequalities in health and life-expectancy of men and women that are not caused by biological differences may result from differences in their values and health behavior, their different exposure to diseases and other harmful effects, and from prejudices and stereotypes in our society, health system and medical research. These factors are related to the gender stratification.

Inequalities result from a comparison of indicators on morbidity and mortality among women and men. Searching for deviations according to various criteria often leads to conclusions about inequalities, but it also must be considered whether this is an academic problem, or whether objects of research – women and men – also perceive these inequalities. Gender inequalities in health should be addressed not “because” they exist, but "in order" to enable men and women to benefit from that act. Men are particularly disadvantaged in health, but it is possible that many of them would accept this statement with indifference or even dislike.

The mutual relations between social determinants of health make it difficult to search for effective approaches to health promotion. Health promotion programs should be sophisticated and systematic, and they should also reflect the individuality of their addressees. If men and women are supposed to be able to behave without effects of their roles to their health, it is assumed that they are quite rational. But homo economicus, who can calculate the value of his health and other benefits without mistake, is an illusory being, and people act against their best interest, even though they know how to act reasonably. It is not enough to provide information and arguments, however trustful and clear, to provoke a change in health behavior of women and men – it should go hand in hand with some extrarational aspects, such as appropriate emotions.

This diploma thesis has identified some important barriers to the implementation of the policy aiming at reducing gender inequalities in health. Further research could focus on a shift in gender roles in families – whether these changes do cause reduction of men's health risk behavior, and do not cause any adverse effects on women's health. The strategy Health 2020 has brought the issue of gender inequality in health to the attention of policy-makers across dozens of countries in the WHO European Region, and it would be appropriate to compare foreign experiences with the implementation of different measures

and their impacts - not only those successful but also those that failed. This diploma thesis also does not focus on effects of mass-media on the reproduction of gender stereotypes in health behavior, and this issue also deserves an attention of relevant experts.

Použitá literatura a zdroje

ASKLÖF, Cecilia. 2003. *Průručka na cestu k rovnosti žen a mužů*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.

BARDACH, Eugene. 1977. *The Implementation Game: What Happens after a Bill Becomes a Law*. Cambridge: MIT Press.

Bible: Písmo svaté Starého a Nového zákona (včetně deuterokanonických knih): český ekumenický překlad. 16. vyd. (7., opr. vyd.). Praha: Česká biblická společnost, 2008. ISBN 978-80-85810-80-6.

BIRKLAND, Thomas A. 2011. *An introduction to the policy process: theories, concepts, and models of public policy making*. 3rd ed. Armonk: M.E. Sharpe. ISBN 978-0-7656-2532-8.

COURTENAY, Will H. 2000. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*. Roč. 50, č. 10, s. 1385-1401.

ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav. 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3213-8.

ČPZP. 2013. *Výroční zpráva 2012*. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna.

ČPZP. 2016. *Zdravotně pojistný plán na rok 2017*. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna.

ČPZP. 2017. *Výroční zpráva za rok 2016*. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna.

ČSÚ. 2004. *Zaostřeno na ženy a muže – 2003* [online]. 30.11.2004 [cit. 2017-12-23]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/zaostreno-na-zeny-a-muze-2003-t1n560x0p3>. Tabulka číslo 3.1. až 3.19.

ČSÚ. 2005a. *Ženy a muži ČR v datech – 2005. Kapitola 2: Zdraví* [online]. [cit. 2017-12-22]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20536606/141505k2.pdf/07239068-3a73-447f-9e15-74c05e115d88?version=1.0>.

ČSÚ. 2005b. *Zaostřeno na ženy a muže – 2005* [online]. 30.11.2005 [cit. 2017-12-23]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/1-1413-05-2005-10>. Tabulka č. 2 - 1. až 2 - 20.

ČSÚ. 2006. *Zaostřeno na ženy a muže – 2006* [online]. 30.11.2006 [cit. 2017-12-23]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/2-1413-06-2006-10>. Tabulka č. 2 - 1. až 2 - 22.

ČSÚ. 2007. *Zaostřeno na ženy a muže – 2007: 2. Zdraví* [online]. 30.11.2007 [cit. 2017-12-23]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/1-1413-07-2007-12>. Tabulka č. 2 - 1. až 2 - 23.

- ČSÚ. 2008a. *Ženy a muži v datech – 2008. Kapitola 2: Zdraví* [online]. [cit. 2017-12-22]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20565051/14150802.pdf/cc5fe70e-2b8c-45d1-9198-d20100901536?version=1.0>.
- ČSÚ. 2008b. *Zaostřeno na ženy a muže – 2008: 2. Zdraví* [online]. 28.11.2008 [cit. 2017-12-23]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/2-1413-08-2008-12>. Tabulka č. 2 - 1. až 2 - 26.
- ČSÚ. 2009. *Zaostřeno na ženy a muže – 2009: 2. Zdraví* [online]. 27.11.2009 [cit. 2017-12-23]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/1-1413-09-2009-12>. Tabulka č. 2 - 1. až 2 - 26.
- ČSÚ. 2010. *Zaostřeno na ženy a muže – 2010: 2. Zdraví* [online]. 31.12.2010 [cit. 2017-12-23]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/2-1413-10--12>. Tabulka č. 2 - 1. až 2 - 26.
- ČSÚ. 2011a. *Ženy a muži v datech – 2011. Kapitola 2: Zdraví* [online]. [cit. 2017-12-22]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20566795/141711k2.pdf/aa9119f7-89f9-4433-8ce9-eeabbd24af08?version=1.0>.
- ČSÚ. 2011b. *Zaostřeno na ženy a muže – 2010: 2. Zdraví* [online]. 30.12.2011 [cit. 2017-12-23]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/1413-11-r_2011-12. Tabulka č. 2 - 1. až 2 - 26.
- ČSÚ. 2011c. *Výsledky zdravotnických účtů ČR – 2000 až 2009* [online]. [cit. 2017-12-31]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20554887/330611a4.pdf/8473ff2c-5b27-47ac-beac-c5423f6c922c?version=1.0>.
- ČSÚ. 2012. *Zaostřeno na ženy a muže – 2011: 2. Zdraví* [online]. 31.12.2012 [cit. 2017-12-22]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/1413-12-r_2012-12. Tabulka č. 2 - 1. až 2 - 26.
- ČSÚ. 2013. *Zaostřeno na ženy a muže – 2013: 2. Zdraví* [online]. 31.12.2013 [cit. 2017-12-22]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/1413-13-r_2013-12. Tabulka č. 2 - 1. až 2 - 27.
- ČSÚ. 2014a. *Ženy a muži v datech – 2014. 3: Zdraví* [online]. [cit. 2017-12-22]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20541835/30000414k03.pdf/4c87b130-ef61-4c0a-aca2-fd143c6fd712?version=1.1>.
- ČSÚ. 2014b. *Ženy a muži v datech – 2014. Shrnutí* [online]. [cit. 2017-12-22]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20541835/30000414s.pdf/148c87f3-4546-43ee-9c5d-10681c9d695b?version=1.1>.
- ČSÚ. 2014c. *Zaostřeno na ženy a muže – 2014: 2. Zdraví* [online]. 31.12.2014 [cit. 2017-12-22]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/2-zdravi4539>. Tabulka č. 2 - 1. až 2 - 27.
- ČSÚ. 2015. *Zaostřeno na ženy a muže – 2015: 2. Zdraví* [online]. 31.12.2015 [cit. 2017-12-22]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/2-zdravi>. Tabulka č. 2 - 1. až 2 - 26.

ČSÚ. 2016a. Naděje dožití (střední délka života) podle pohlaví a věku v letech 1920–2015. In: *Demografická příručka 2015* [online]. Český statistický úřad [cit. 2017-09-30]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/32846217/130055160806.xlsx/4e352e43-6e74-4afa-992e-76262d96df8b?version=1.0>.

ČSÚ. 2016b. *Zaostřeno na ženy a muže 2016* [online]. 29.12.2016 [cit. 2017-08-05]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/32853391/30000216.pdf/b6da8d9a-d368-4068-8b7a-a69d350f64fd?version=1.8>.

ČSÚ. 2017a. *Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2010 až 2015 (Revize)* [online]. [cit. 2017-12-29]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/68119684/26000517rev.pdf/616f9fe6-e57c-4102-a746-9f1e60d9b969?version=1.1>.

ČSÚ. 2017b. *Ženy a muži v datech – 2017. 2: Zdraví* [online]. [cit. 2018-01-20]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/45709986/30000417k2.pdf/29ef87be-e100-454b-82b2-eee27844a72c?version=1.0>.

ČSÚ. 2017c. *Zaostřeno na ženy a muže 2017* [online]. 29.12.2017 [cit. 2018-01-20]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/45709978/30000217.pdf/92da801e-56d6-4d45-8cef-67497ed59949?version=1.1>.

ČSÚ. Gender: Genderové statistiky – Úvod. *CZSO.cz* [online]. Český statistický úřad [cit. 2017-12-25]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/gender/2-gender_uvod.

ČSÚ. Gender: Historie – Historie genderové problematiky v rámci ČSÚ. *CZSO.cz* [online]. Český statistický úřad [cit. 2017-12-25]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/gender/gender_hist-historie_genderove_problematiky_v_ramci_csu.

ČSÚ. Veřejná databáze: Vybrané finanční ukazatele zdravotnictví. *CZSO.cz* [online]. Český statistický úřad [cit. 2017-12-29]. Dostupné z: <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=ZDR13&pvokc=&katalog=30849&z=T#fx=>.

DOSEDLOVÁ, Jaroslava, KLIMUSOVÁ, Helena, JELÍNEK, Martin, BUREŠOVÁ, Iva. 2016. Prediktory subjektivních zdravotních stesků v dospělosti. *Československá Psychologie*. Roč. 60, č. 4, s. 414-429.

DOSEDLOVÁ, Jaroslava. 2016. *Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence*. Brno: Filozofická fakulta, Masarykova univerzita. Opera Facultatis philosophicae Universitatis Masarykianae. ISBN 978-80-210-8458-2.

DUŠEK Ladislav, MUŽÍK Jan, KUBÁSEK Miroslav, KOPTÍKOVÁ Jana, ŽALOUDÍK Jan, VYZULA Rostislav. 2005. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice* [online]. Masarykova univerzita [cit. 2018-02-04]. Dostupný z: <http://www.svod.cz>. Verze 7.0 [2007], ISSN 1802 – 8861.

- EGGSI. 2009. *Access to healthcare and long-term care: equal for men and women?: final synthesis report* [online]. Luxembourg: Publications Office of the European Union. ISBN 978-92-79-14854-5 [cit. 2017-10-06]. Dostupné z: <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/10c340fd-249c-455b-875b-ca8243f58767/language-en>.
- EHLEIS. 2016. *Health Expectancy in Czech Republic* [online]. European Health and Life Expectancy Information System [cit. 2017-10-06]. Dostupné z: http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue10/Czech%20Republic_Issue10.pdf.
- ELMORE, Richard F. 1979. Backward Mapping: Implementation Research and Policy Decisions. *Political Science Quarterly*. Roč. 94, č. 4, s. 601-616.
- ELMORE, Richard F. 1985. Forward and Backward Mapping. In: K. Hanf and T. Toonen (eds.), *Policy Implementation in Federal and Unitary Systems*. Dordrecht: Martinus Nijhoff, s. 33-70.
- ESO. Evidence stanovisek ombudsmana: Spisová značka 3973/2015/VOP. *ESO.OCHRANCE.cz* [online]. [cit. 2017-08-05]. Dostupné z: <http://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/4620>.
- Euro WHO. 2002. *Mainstreaming gender equity in health: The need to move forward. Madrid Statement* [online]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe [cit. 2017-07-15]. Dostupné z: www.euro.who.int/document/a75328.pdf.
- Euro WHO. 2013. *Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century* [online]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. ISBN 978-92-890-0279-0 [cit. 2017-10-15]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1.
- FENCLOVÁ, Zdenka a kol. 2017. *Nemoci z povolání v České republice 2016*. [online]. Státní zdravotní ústav [cit. 2017-12-27]. Dostupné z: http://szu.cz/uploads/NRNP/aktual_Hlaseni_NzP_2016.pdf.
- FERRAROVÁ, Eva. 2007. *Příručka pro implementaci rovných příležitostí žen a mužů a principů gender mainstreamingu ve veřejné správě v České republice*. Praha: Gender Studies. ISBN 978-80-86520-03-2.
- FRETHEIM, Atle a kol. 2009. SUPPORT Tools for Evidence-informed policymaking in health 6: Using research evidence to address how an option will be implemented. *Health Research Policy And Systems*. Roč. 7, č. Suppl 1, s. S6
- GENDER-NET Plus. GENDER-NET Plus Joint Call on Gender and UN Sustainable Development Goals. *GENDER-NET-PLUS.eu* [online]. [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: <http://gender-net-plus.eu/wp-content/uploads/2017/11/GENDER-NET-Plus-Announcement-of-Opportunity-Topics-1.pdf>.

GOULLI, Rochdi a kol. 2005. Konkurence za veřejné peníze?: Programy hrazené z fondu prevence v systému veřejného zdravotního pojištění ČR. *Zdravotní politika a ekonomika*. Sborník č. 1/2005. Institut zdravotní politiky a ekonomiky. Kostelec nad Černými lesy. ISBN 80-86625-34-6.

GROL, Richard, GRIMSHAW, Jeremy. 2003. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*. Roč. 2003, č. 362, s. 1225-1230.

HEALTH POLICY PROJECT. 2014. *Capacity Development Resource Guide: Implementation Barriers* [online]. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project. ISBN 978-1-59560-029-5 [cit. 2017-10-23]. Dostupné z: https://www.healthpolicyproject.com/pubs/272_ImplementationBarriersResourceGuide.pdf.

HILL, Michael J., HUPE, Peter L. 2014. *Implementing public policy: an introduction to the study of operational governance*. Third edition. Los Angeles: SAGE Publications. ISBN 978-1-4462-6684-7.

HOLČÍK, Jan. 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD. ISBN 978-80-210-5239-0.

HONDLÍKOVÁ, Kristýna, HEJZLAROVÁ, Eva M. 2015. Hodnocení dopadů regulace na rovnost mužů a žen: česká praxe v letech 2007-2014. *Evaluační teorie a praxe*. Roč. 3, č. 2, s. 29-59.

HOWLETT, Michael, PERL, Anthony, RAMESH, Mishra. 2009. *Studying public policy: policy cycles & policy subsystems*. 3rd ed. Don Mills, Ontario: Oxford University Press, ISBN 978-0-19-542802-5.

ILO. 2007. *ABC of women workers' rights and gender equality*. 2nd edition [online]. Ženeva: International Labour Office [cit. 2017-10-14]. Dostupné z: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_087314.pdf.

JERATH, Nivedita U. a kol. 2011. Gender Differences in Presenting Signs and Symptoms of Acute Ischemic Stroke: A Population-Based Study. *Gender Medicine*. Roč. 8, č. 5, s. 312-319.

KARSTEN, Hartmut. 2006. *Ženy – muži: genderové role, jejich původ a vývoj*. Praha: Portál. Spektrum. ISBN 80-7367-145-x.

KNILL, Christoph, TOSUN, Jale. 2012. *Public policy: a new introduction*. Basingstoke: Palgrave Macmillan. ISBN 978-0-230-27838-7.

KŘÍŽ, Jaroslav. 2011. Determinanty zdraví. In: KOMÁREK, Lumír, PROVAZNÍK, Kamil. *Ochrana a podpora zdraví*. Praha: Nadace CINDI ve spolupráci s 3. lékařskou fakultou UK Praha. ISBN 978-80-260-1159-0.

KUHLMANN, Ellen, ANNANDALE, Ellen. 2012. *The Palgrave handbook of gender and healthcare*. 2nd ed. New York: Palgrave Macmillan. ISBN 978-1-137-01514-3.

KUHLMANN, Ellen. 2009. From Women's Health to Gender Mainstreaming and Back Again. *Current Sociology*. Roč. 57, č. 2, s. 135-154.

LALONDE, Marc. 1981. *A new perspective on the health of Canadians. A working document* [online]. ISBN 0-662-50019-9 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>.

LANE, Jan-Erik. 1987. Implementation, accountability and trust. *European Journal of Political Research*. Roč. 15, č. 5, s. 527-546.

LENDEROVÁ, Milena a kol. 2002. *Eva nejen v ráji: žena v Čechách od středověku do 19. století*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0375-6.

LF1. MEDialogy: Mužské zdraví v Čechách aneb Kluci nepláčou? LF1.CUNI.cz [online]. 1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy [cit. 2018-01-05]. Dostupné z: <https://www.lf1.cuni.cz/muzske-zdravi-v-cechach-aneb-kluci-neplacou>.

LINDER, Stephen H., PETERS, Guy B. 1987. A Design Perspective On Policy Implementation: The Fallacies Of Misplaced Prescription. *Policy Studies Review*. Ročník 6, č. 3, s. 459–475.

LIPSKY, Michael. 1971. Street-level bureaucracy and the analysis of urban reform. *Urban Affairs Quarterly*. Roč. 6, č. 4, s. 391-409.

MATLAND, Richard E. 1995. Synthesizing the implementation literature: The ambiguity-conflict model of policy implementation. *Journal Of Public Administration Research And Theory*. Roč. 5, č. 2, s. 145-174.

MEDialogy: Mužské zdraví v Čechách aneb Kluci nepláčou?. In: *Youtube* [online]. 15. března 2017 [cit. 2018-01-05]. Dostupné z: https://www.youtube.com/watch?time_continue=13&v=2bTjgb0ADeM. Kanál uživatele LF1UK.

MonitorHC. 2017. *PCG v České republice aneb mapa zdravotní péče* [online]. [cit. 2018-01-29]. Dostupné z: <http://monitorhc.cz/publikace/pcg-v-cr>.

MZ ČR. 2014a. *Zdraví 2020 – Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. ISBN 978-80-85047-48-6 [cit. 2017-11-13]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/Soubor.ashx?souborID=20842&typ=application/pdf&nazev=Zdravi_2020_Osnova%20evropsk%C3%A9%20zdravotn%C3%AD%20politiky%20pro%2021%20stolet%C3%AD.pdf.

MZ ČR. 2014b. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. ISBN 978-80-85047-47-9 [cit. 2017-04-09]. Dostupné z:

http://www.mzcr.cz/Verejne/Soubor.ashx?souborID=20840&typ=application/pdf&nazev=Zdrav%C3%AD%202020_N%C3%A1rodn%C3%AD%20strategie%20ochrany%20a%20podpory%20zdrav%C3%AD%20a%20prevence%20nemoc%C3%AD....pdf.

MZ ČR. 2015a. *Akční plán č. 1: Pohybové aktivity na období 2015-2020* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2017-11-17]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2001%20podpora%20pohybov%C3%A9%20aktivity.pdf.

MZ ČR. 2015b. *Logický rámec – Akční plán podpory pohybové aktivity ČR* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2017-11-17]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2001%20podpora%20pohybov%C3%A9%20aktivity_logick%C3%BD%20r%C3%A1mec.pdf.

MZ ČR. 2015c. *Akční plán č. 4c: K omezení škod působených alkoholem v České republice pro období 2015 – 2018* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2017-11-17]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2004c_rev%20AV.pdf.

MZ ČR. 2015d. *Akční plán č. 2: Správná výživa a stravovací návyky populace na období 2015-2020: a) Správná výživa a stravovací návyky* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2017-11-17]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2002a%20spr%C3%A1vn%C3%A1%20v%C3%BD%C5%BEiva%20a%20stravovac%C3%AD%20n%C3%A1vyky%20populace.pdf.

MZ ČR. 2015e. *Akční plán č. 2: Správná výživa a stravovací návyky populace na období 2015-2020: b) Prevence obezity* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2017-11-17]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2002b%20prevence%20obezity.pdf.

MZ ČR. 2015f. *Akční plán č. 2: Správná výživa a stravovací návyky populace na období 2015-2020: c) Bezpečnost potravin* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2017-11-17]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2002c%20bezpe%C4%8Dnost%20potravin.pdf.

MZ ČR. 2015g. *Akční plán č. 3: Duševní zdraví* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2017-11-17]. Dostupné z:

http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2003_dusevni%20zdravi_.pdf.

MZ ČR. 2015h. *Akční plán č. 4: Omezování zdravotně rizikového chování: a) Akční plán pro vytvoření interdisciplinárního mezipřesortního rámce primární prevence rizikového chování u vysoce ohrožených skupin dětí v České republice* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2017-11-17]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2004a_rev%20AV.pdf.

MZ ČR. 2015i. *Akční plán č. 4: Omezování zdravotně rizikového chování: b) Akční plán pro oblast kontroly tabáku v České republice na období 2015 až 2018* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2017-11-17]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2004b_rev%20AV.pdf.

MZ ČR. 2015j. *Akční plán č. 5: Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí na období 2015-2020* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2017-11-17]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2005%20sni%C5%BEov%C3%A1n%C3%AD%20zdravotn%C3%ADch%20rizik%20ze%20%C5%BEivotn%C3%ADho%20a%20pracovn%C3%ADho%20prost%C5%99ed%C3%AD.pdf.

MZ ČR. 2015k. *Akční plán č. 6: Zvládání infekčních onemocnění na období 2015-2020: a) Provakcinace* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2017-11-17]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2006a%20provakcinace.pdf.

MZ ČR. 2015l. *Akční plán č. 6: Zvládání infekčních onemocnění na období 2015-2020: b) Zvládání infekčních onemocnění, zejména nové a znovu se objevujících infekcí, infekcí spojených s poskytováním zdravotní péče, opatření proti antimikrobiální rezistenci* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2017-11-17]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2006b%20zvl%C3%A1d%C3%A1n%C3%AD%20infek%C4%8Dn%C3%ADch%20onemocn%C4%9Bn%C3%AD.pdf.

MZ ČR. 2015m. *Akční plán č. 7: Rozvoj programů zdravotního screeningu v ČR* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2017-11-17]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2007_Screeningy_rev%20AV.pdf.

MZ ČR. 2015n. *Akční plán č. 8a: Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2017-11-17]. Dostupné z:

http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2008a_zprac%20pripominek%20MPR_cervenec15.pdf.

MZ ČR. 2015o. *Akční plán č. 8b: Zvýšení dostupnosti návazné péče* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2017-11-17]. Dostupné z:

[http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2008b_zprac%20pripominek%20MPR_cervenec15_nova%20kapitola%20\(2\).pdf](http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2008b_zprac%20pripominek%20MPR_cervenec15_nova%20kapitola%20(2).pdf).

MZ ČR. 2015p. *Akční plán č. 9: Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2017-11-17]. Dostupné z:

http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2009_01%20AP%20KaB_20150717PT.pdf.

MZ ČR. 2015q. *Akční plán č. 10: Vzdělávání zdravotnických pracovníků: a) Lékařští zdravotničtí pracovníci* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2017-11-17]. Dostupné z:

http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2010a_lekari_rev%20AVu.pdf.

MZ ČR. 2015r. *Akční plán č. 10: Vzdělávání zdravotnických pracovníků: b) Nelékařští zdravotničtí pracovníci* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2017-11-17]. Dostupné z:

http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2010b_nelekari_rev%20AV.pdf.

MZ ČR. 2015s. *Akční plán č. 11: Elektronizace zdravotnictví* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2017-11-17]. Dostupné z:

http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2011_150716%20verze%201_0%20final_revize_TR.pdf.

MZ ČR. 2015t. *Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2017-11-17]. Dostupné z:

http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2012%20rozvoj%20zdravotn%C3%AD%20gramotnosti.pdf.

MZ ČR. 2015u. *Akční plán č. 13: Rozvoj ukazatelů zdravotního stavu obyvatel* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2017-11-17]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20p%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2013_150716PT.pdf.

MZ ČR. Fondy zdravotních pojišťoven. *MZCR.cz* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2012-12-30]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/fondy-zdravotnich-pojistoven_3441_29.html.

MZ ČR. Ministr zdravotnictví obnovil práce na programu Zdraví 2020. *MZCR.cz* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministr-zdravotnictvi-obnovil-prace-na-programu-zdravi-2020_15072_1.html.

NILSEN, Per. 2015. Making sense of implementation theories, models and frameworks, *Implementation Science*. Roč. 10, č. 1, s. 1-13.

NOVÁKOVÁ, Jolana. 2002. *Gender mainstreaming*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. ISBN 80-86552-35-7.

OAKLEY, Ann. 2000. *Pohlaví, gender a společnost*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-403-6.

OZP. 2013. *Výroční zpráva za rok 2012*. Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví.

OZP. 2016. *Zdravotně pojistný plán Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví na rok 2017*. Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví.

OZP. 2017. *Výroční zpráva za rok 2016*. Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví.

PARSONS, Wayne. 1995. *Public policy: an introduction to the theory and practice of policy analysis*. Aldershot: Elgar. ISBN 1-85278-553-5.

PAYNE, Sarah. 2009. *How can gender equity be addressed through health systems?* [online]. Policy Brief 12, WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/64941/E92846.pdf?ua=1

PETERS, Guy B., PIERRE, Jon. 2003. *Handbook of public administration*. London: Sage Publications. ISBN 0-7619-7224-2.

PETR, Josef, JÁRA, Martin, FRIEDLANDEROVÁ, Hana. 2015. *Mužská perspektiva v oblasti rovných příležitostí žen a mužů* [online]. Liga otevřených mužů. ISBN 978-80-905848-1-5 [cit. 2017-08-05]. Dostupné z: http://ilom.cz/wp-content/uploads/2015/11/Muzska_perspektiva_FINAL.pdf.

PETRÁŠOVÁ, Lenka. Pojišťovny přestanou platit antikoncepci či brýle. In: *iDNES.cz* [online]. 30. 12. 2005 [cit. 2018-01-06]. Dostupné z: https://zpravy.idnes.cz/pojistovny-prestanou-platit-antikoncepci-ci-bryle-fxl-/domaci.aspx?c=A051230_075627_domaci_mr.

POTŮČEK, Martin a kol. 2016. *Veřejná politika*. V Praze: C.H. Beck. ISBN 978-80-7400-591-6.

PRESSMAN, Jeffrey L., WILDAVSKY, Aaron B. 1973. *Implementation*. Berkeley: University of California Press.

PSP. Sněmovní tisk 222: Důvodová zpráva. *PSP.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR [cit. 2018-01-01]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=11049>.

PSP. Stenoprotokoly: 3. schůze: Úterý 10. srpna 2010. *PSP.cz* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR [cit. 2017-12-30]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/eknih/2010ps/stenprot/003schuz/s003010.htm>.

RBP. 2006. *Výroční zpráva za rok 2005*. Revírní bratská pokladna, zdravotní pojišťovna.

RBP. 2013. *Výroční zpráva za rok 2012*. Revírní bratská pokladna, zdravotní pojišťovna.

RBP. 2016. *Zdravotně pojistný plán na rok 2017*. Revírní bratská pokladna, zdravotní pojišťovna.

RBP. 2017. *Výroční zpráva za rok 2016*. Revírní bratská pokladna, zdravotní pojišťovna.

RENZETTI, Claire M., CURRAN, Daniel J. 2003. *Ženy, muži a společnost*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0525-2.

SABATIER, Paul, MAZMANIAN, Daniel. 1980. The implementation of public policy: A framework of analysis. *Policy Studies Journal*. Roč. 8, č. 4, s. 538-560.

SABATIER, Paul. 1986. Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. *Journal of Public Policy*. Roč. 6, č. 1, s. 21-48.

SALTONSTALL, Robin. 1993. Healthy Bodies, Social Bodies: Men's and Women's Concepts and Practices of Health in Everyday Life. *Social Science & Medicine*. Roč. 36, č. 1, s. 7-14.

SEN, Gita, ÖSTLIN, Piroška, GEORGE, Asha. 2007. *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it* [online]. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Karolinska Institutet [cit. 2017-07-05]. Dostupné z: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf

SZÚ. 2016. *Zdravotní stav české populace: výsledky studie EHES 2014* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav [cit. 2018-02-03]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/ehes/EHES_2014.pdf.

ŠMÍDOVÁ MATOUŠOVÁ, Olga, TOLLAROVÁ, Blanka. „To si člověk nemůže brát osobně“: Management emocí jako součást profesionálního výkonu role zdravotní sestry. In: ŠMÍDOVÁ MATOUŠOVÁ, Olga a kol. 2017. *Po stopách moci v nemoci: o morálce, moci a komunikaci v českém zdravotnictví*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-7419-250-0.

TA ČR. Oznámení o vyhlášení společné mezinárodní výzvy v rámci schématu GENDER-NET Plus Cofund. *TACR.cz* [online]. Technologická agentura ČR [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: <https://www.tacr.cz/index.php/cz/novinky/1202-oznameni-o-vyhlaseni-spolecne-mezinarodni-vyzvy-v-ramci-schematu-gender-net-plus-cofund.html>.

UNDP. 2016. *Human Development Report 2016* [online]. New York: United Nations Development Programme. ISBN 978-92-1-126413-5 [cit. 2017-10-08]. Dostupné z: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf.

Úřad vlády ČR. 2014. *Vládní strategie pro rovnost žen a mužů v České republice na léta 2014 – 2020* [online]. Úřad vlády České republiky, Odbor lidských práv a ochrany menšin [cit. 2017-07-01]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Projekt_Optimalizace/Strategie-pro-rovnost-zen-a-muzu-v-CR-na-leta-2014-2020.pdf.

Úřad vlády ČR. 2015a. *Metodika hodnocení dopadů na rovnost žen a mužů pro materiály předkládané vládě ČR* [online]. Úřad vlády České republiky, Odbor lidských práv a ochrany menšin [cit. 2017-12-21]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Projekt_Optimalizace/Metodika-PO-OPONENTURE.pdf.

Úřad vlády ČR. 2015b. *Zápis z jednání Pracovní skupiny muži a rovnost žena mužů konaného dne 3. března 2015* [online]. Úřad vlády České republiky [cit. 2017-12-23]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/pracovni_skupina_muži_a_rovnosti_zen_a_muzu/3_3_2015_Zapis-z-jednani-Pracovni-skupiny-muži-a-rovnost-zen-a-muzu.pdf.

Úřad vlády ČR. 2015c. *Zápis z jednání Pracovní skupiny muži a rovnost žena mužů konaného dne 22. září 2015* [online]. Úřad vlády České republiky [cit. 2017-12-23]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/pracovni_skupina_muži_a_rovnosti_zen_a_muzu/22_9_2015_Zapis-z-jednani-Pracovni-skupiny-muži-a-rovnost-zen-a-muzu.pdf.

Úřad vlády ČR. 2015d. *Zápis z jednání Pracovní skupiny muži a rovnost žena mužů konaného dne 24. listopadu 2015* [online]. Úřad vlády České republiky [cit. 2017-12-23]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/pracovni_skupina_muži_a_rovnosti_zen_a_muzu/Zapis-z-24-11-2015-vc--priloh.zip.

Úřad vlády ČR. 2016a. *Obecné zásady pro hodnocení dopadů regulace (RIA): schválené usnesením vlády ze dne 14. prosince 2011 č. 922, usnesením vlády ze dne 8. ledna 2014 č. 26 a usnesením vlády ze dne 3. února 2016 č. 76* [online]. [cit. 2017-12-21]. Dostupné z:

<https://ria.vlada.cz/wp-content/uploads/Obecn%C3%A9-z%C3%A1sady-pro-RIA-2016.pdf>.

Úřad vlády ČR. 2016b. *Zpráva za rok 2015 o rovnosti žen a mužů a o naplňování Vládní strategie pro rovnost žen a mužů v ČR na léta 2014-2020* [online]. [cit. 2017-08-05]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/dokumenty/Zprava_3.zip.

Úřad vlády ČR. 2016c. *Zápis z jednání Pracovní skupiny muži a rovnost žena mužů konaného dne 23. února 2016* [online]. Úřad vlády České republiky [cit. 2017-12-23]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/pracovni-skupina-muzi-a-rovnosti-zen-a-muzu/23-2-2016-Zapis-z-jednani-Pracovni-skupiny-muzi.pdf>.

Úřad vlády ČR. 2016d. *Zápis z jednání Pracovní skupiny muži a rovnost žena mužů konaného dne 19. dubna 2016* [online]. Úřad vlády České republiky [cit. 2017-12-23]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/pracovni-skupina-muzi-a-rovnosti-zen-a-muzu/19-4-2016-Zapis-z-jednani-Pracovni-skupiny-muzi_final.pdf.

Úřad vlády ČR. 2016e. *Zápis z jednání Pracovní skupiny muži a rovnost žena mužů konaného dne 13. září 2016* [online]. Úřad vlády České republiky [cit. 2017-12-23]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/pracovni-skupina-muzi-a-rovnosti-zen-a-muzu/Zapis_z_jednani_PS_13_9_2016.pdf.

Úřad vlády ČR. 2016f. *Zápis z jednání Pracovní skupiny muži a rovnost žena mužů konaného dne 8. listopadu 2016* [online]. Úřad vlády České republiky [cit. 2017-12-23]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/pracovni-skupina-muzi-a-rovnosti-zen-a-muzu/Zapis_z_jednani_PS_8_11_2016.pdf.

Úřad vlády ČR. 2017a. *Zápis z jednání Pracovní skupiny muži a rovnost žena mužů konaného dne 21. února 2017* [online]. Úřad vlády České republiky [cit. 2017-12-23]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/pracovni-skupina-muzi-a-rovnosti-zen-a-muzu/Zapis_jednani_PS_21_2_2017_final.pdf.

Úřad vlády ČR. 2017b. *Zápis z jednání Pracovní skupiny muži a rovnost žena mužů konaného dne 5. září 2017* [online]. Úřad vlády České republiky [cit. 2017-12-23]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/pracovni-skupina-muzi-a-rovnosti-zen-a-muzu/Zapis_jednani_PS_5_9_2017_final.pdf.

Úřad vlády ČR. 2017c. *Zápis z jednání Pracovní skupiny muži a rovnost žena mužů konaného dne 12. prosince 2017* [online]. Úřad vlády České republiky [cit. 2017-12-23].

Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/pracovni_skupina_muži_a_rovnosti_zen_a_muzu/Zapis_z-jednani_12_12_final.pdf.

Usnesení č. 2/1993 Sb., o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součásti ústavního pořádku České republiky.

Usnesení vlády ze dne 10. května 2006 č. 509.

Usnesení vlády ze dne 11. července 2007 č. 762.

Usnesení vlády ze dne 12. května 2004 č. 453.

Usnesení vlády ze dne 12. listopadu 2014 č. 930.

Usnesení vlády ze dne 12. listopadu 2014 č. 931.

Usnesení vlády ze dne 12. září 2016 č. 813.

Usnesení vlády ze dne 14. června 2010 č. 464.

Usnesení vlády ze dne 14. května 2008 č. 540.

Usnesení vlády ze dne 15. května 2002 č. 486.

Usnesení vlády ze dne 15. května 2013 č. 348.

Usnesení vlády ze dne 16. května 2012 č. 348.

Usnesení vlády ze dne 19. října 2011 č. 770.

Usnesení vlády ze dne 20. července 2009 č. 964.

Usnesení vlády ze dne 3. února 2016 č. 76.

Usnesení vlády ze dne 31. května 2017 č. 414.

Usnesení vlády ze dne 4. května 2005 č. 533.

Usnesení vlády ze dne 7. května 2003 č. 435.

Usnesení vlády ze dne 8. dubna 1998 č. 236.

Usnesení vlády ze dne 9. května 2001 č. 456.

ÚZG. 2017. *1. národní konference o zdravotní gramotnosti (situační dokument)* [online]. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost. 25. 1. 2017 [cit. 2017-04-14]. Dostupné z: http://uzg.cz/doc/Situacni_dokument_UZG.pdf.

ÚZIS. 2003a. *Ženy a muži v číslech zdravotnické statistiky* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 80-7280-262-3 [cit. 2017-03-26]. Dostupné z: http://uzis.cz/system/files/zeny_muži_cisl_zdr_stat.pdf.

ÚZIS. 2003b. *Výběrové šetření o zdravotním stavu populace 2002: HIS CR 2002* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 80-7280-296-8 [cit. 2018-01-20]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/hiscz2002.pdf>.

ÚZIS. 2011. *Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice: EHIS 2008* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7280-916-5 [cit. 2018-01-20]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/ehis2008cz.pdf>.

ÚZIS. 2016a. *Zdravotnictví ČR: Stručný přehled činnosti oboru praktický lékař pro dospělé 2007-2015* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2017-08-05]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/NZIS_REPORT_c_K17_09_16_A040_prakticky_lekar_pr_o_dospele.pdf.

ÚZIS. 2016b. *Zdravotnictví ČR: Stručný přehled činnosti oboru oftalmologie za období 2014-2015* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2017-08-05]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/NZIS_REPORT_c_K11_09_16_A030_ofthalmologie.pdf.

ÚZIS. 2016c. *Potraty 2014-2015* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-153-3 [cit. 2018-01-06]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/potraty2014_2015.pdf.

ÚZIS. 2016d. *EHIS 2014 - Základní výsledky šetření: Zdravotní péče* [online]. [cit. 2017-03-11]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/EHIS2014_2_Zdravotni_pece.xlsx.

ÚZIS. 2016e. *EHIS 2014 - Základní výsledky šetření: Zdravotní determinanty* [online]. [cit. 2017-03-11]. Dostupné z: http://uzis.cz/system/files/EHIS2014_3_Zdravotni_determinanty.xlsx.

ÚZIS. 2016f. *EHIS 2014 - Základní výsledky šetření: Zdravotní stav* [online]. [cit. 2017-03-11]. Dostupné z: http://uzis.cz/system/files/EHIS2014_1_Zdravotni_stav.xlsx.

ÚZIS. 2017a. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2016, tabulky*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2018-01-05]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/hospit2016_tabulky.xlsx.

ÚZIS. 2017b. *Zdravotnická ročenka České republiky 2016* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2017-11-17]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/zdrroccz2016.pdf>.

ÚZIS. *EHIS 2014 – Úvodní informace. UZIS.cz* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2016 [cit. 2017-07-15]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/ehis-2014-uvodni-informace>.

ÚZIS. *Národní registr hrazených zdravotních služeb. UZIS.cz* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2018-02-06]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/registry/dalsi-registry/narodni-registr-hrazenych-zdravotnich-sluzeb>.

ÚZIS. Ukazatel HLY. *UZIS.cz* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2016 [cit. 2017-07-15]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/jaehleis/ukazatel-hly>.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Druhé rozšířené a přepracované vydání. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.

VALDROVÁ, Jana. 2004. *Abc feminismu* [online]. Brno: Nesehnutí. ISBN 80-903228-3-2 [cit. 2017-10-14]. Dostupné z: http://nesehnuti.cz/zeny/wp-content/blogs.dir/2/files/abc_fem1.pdf.

VÁŇOVÁ, Alena, SKÝVOVÁ, Miroslava, CSÉMY, Ladislav. 2017. *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2016* [online]. Státní zdravotní ústav [cit. 2017-12-27]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/uzivani_tabaku_2016_konecny_17_7.pdf?highlightWords=u%C5%BE%C3%ADv%C3%A1n%C3%AD+tab%C3%A1ku.

VeKLEP. RIA: Verze do připomínkového řízení [online]. Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace: Shrnutí závěrečné zprávy RIA [cit. 2017-11-29]. Dostupné z: <https://apps.odok.cz/attachment/-/down/1ORNAE7JXWTM>.

VeKLEP. RIA: Verze pro jednání vlády nebo LRV [online]. Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace: Shrnutí závěrečné zprávy RIA [cit. 2017-11-29]. Dostupné z: <https://apps.odok.cz/attachment/-/down/2ORNAHWGDSNY>.

VeKLEP. Vypořádání připomínek [online]. Vypořádání připomínek k materiálu s názvem: Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů [cit. 2017-11-29]. Dostupné z: <https://apps.odok.cz/attachment/-/down/2ORNAHWGDVVS>.

VONÁŠKOVÁ, Karolína. 2014. *Rozdíly v přístupu ke zdraví u žen a mužů*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií. Vedoucí bakalářské práce: Ing. Petr Pavlík, Ph.D.

VoZP. 2005. *Výroční zpráva VoZP ČR za rok 2004*. Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky.

VoZP. 2006. *Výroční zpráva VoZP ČR za rok 2005*. Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky.

VoZP. 2013. *Výroční zpráva VoZP ČR za rok 2012*. Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky.

VoZP. 2016. *Zdravotně pojistný plán na rok 2017*. Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky.

VoZP. 2017. *Výroční zpráva VoZP ČR za rok 2016*. Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 325/2014 Sb., o nákladových indexech věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění pro rok 2015.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 399/2016 Sb., o nákladových indexech věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění pro rok 2017.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 420/2013 Sb., o nákladových indexech věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění pro rok 2014.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 644/2004 Sb., o pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění, průměrných nákladech a o jednacím řádu dozorčího orgánu.

VZP. 2004. *Výroční zpráva VZP ČR 2003*. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky.

VZP. 2005. *Výroční zpráva VZP ČR 2004*. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky.

VZP. 2006. *Výroční zpráva VZP ČR 2005*. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky.

VZP. 2009. *Zdravotně pojistný plán Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky pro rok 2010*. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky.

VZP. 2010. *Zdravotně pojistný plán Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky pro rok 2011*. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky.

VZP. 2012. *Zdravotně pojistný plán Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky pro rok 2013*. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky.

VZP. 2013. *Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2012*. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky.

VZP. 2016. *Zdravotně pojistný plán Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky pro rok 2017*. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky.

VZP. 2017a. *Výroční zpráva VZP ČR 2016*. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky.

VZP. 2017b. *Ročenka VZP ČR za rok 2016*. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky.

WEF. 2017. *The Global Gender Gap Report 2017* [online]. Ženeva: World Economic Forum. ISBN 978-1-944835-12-5 [cit. 2017-12-08]. Dostupné z: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2017.pdf.

WHO. 2014. Preamble to the Constitution of the World Health Organization. In: *Basic documents* [online]. 48th edition. ISBN 978-92-4-165048-9 [cit. 2017-08-13]. Dostupné z: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>.

WHO. Health Impact Assessment. The determinants of health. *WHO.org* [online]. [cit. 2017-07-12]. Dostupné z: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>.

WHO. Media center: Gender. *WHO.org* [online]. [cit. 2017-07-12]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/en/>.

WINKLER, Jiří. 2014. *Organizace implementačního procesu: institucionální hledisko analýzy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7822-2.

Zákon č. 145/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon).

Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů.

Zákon č. 290/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění.

ZPMV. 2013. *Výroční zpráva 2012*. Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR.

ZPMV. 2017a. *Výroční zpráva 2016*. Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR.

ZPMV. 2017b. *Zdravotně pojistný plán na rok 2017*. Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR.

ZPŠ. 2013. *Výroční zpráva Zaměstnanecké pojišťovny Škoda za rok 2012*. Zaměstnanecká pojišťovna Škoda.

ZPŠ. 2016. *Zdravotně pojistný plán na rok 2017*. Zaměstnanecká pojišťovna Škoda.

ZPŠ. 2017. *Výroční zpráva Zaměstnanecké pojišťovny Škoda za rok 2016*. Zaměstnanecká pojišťovna Škoda.

Neveřejné zdroje:

Emailová komunikace s Mgr. Markem Řezankou (Český statistický úřad), Mgr. Vladimírou Kalnickou (Český statistický úřad), PhDr. Ilonou Preslovou (Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy), Ing. Ivanou Němcovou (Ministerstvo zdravotnictví), prof.

MUDr. Janem Holčíkem, DrSc. (Ústav pro zdravotní gramotnost), PhDr. Martinem Járrou (Liga otevřených mužů).

Soubor dat o využívání příspěvků z fondu prevence od RNDr. Martina Vydry (Všeobecná zdravotní pojišťovna).

Soubor dat o pojištěncích, kterým byly na základě poukazu poskytnuty brýle a optické pomůcky z veřejného zdravotního pojištění (Všeobecná zdravotní pojišťovna – na základě žádosti dle zákona č. 106/1999 Sb.).

Soubor s prezentací Zpráva projektu adresného zvaní občanů do onkologických screeningových programů ČR od Ing. Tomáše Junga, MBA (Ministerstvo zdravotnictví).

Zápisy z jednání pracovní skupiny k rovným příležitostem pro ženy a muže na Ministerstvu zdravotnictví (Ministerstvo zdravotnictví – na základě žádosti dle zákona č. 106/1999 Sb.):

- Zápis z 1. jednání pracovní skupiny k rovným příležitostem pro ženy a muže, konané dne 21. 12. 2016 v 11:00 hod.
- Zápis z 2. jednání pracovní skupiny k rovným příležitostem pro ženy a muže, konané dne 5. dubna 2017 v 10:00 hod.
- Zápis z 3. jednání pracovní skupiny k rovným příležitostem pro ženy a muže, konané dne 8. června 2017 od 14:00 hod.
- Zápis ze 4. jednání pracovní skupiny k rovným příležitostem pro ženy a muže, konané dne 25. září 2017 od 14:00 hod.
- Zápis z 5. jednání pracovní skupiny k rovným příležitostem pro ženy a muže, konané dne 13. prosince 2017 v 10:00 hod.

Teze diplomové práce

Jméno studenta/studentky:	Ing. Eva Šenková
Název v jazyce práce:	Gender jako faktor ovlivňující zdraví
Název v anglickém jazyce:	Gender as a factor affecting health
Klíčová slova:	Gender, zdraví, determinanty, zdravotní služby, délka života
Klíčová slova anglicky:	Gender, health, determinants, health care services, life expectancy
Akademický rok vypsání:	2016/2017
Jazyk práce:	čeština
Typ práce:	diplomová
Ústav:	Katedra veřejné a sociální politiky
Vedoucí / školitel:	Ing. Mgr. Olga Angelovská
Obor práce:	Veřejná a sociální politika

Teze diplomové práce (výzkumný projekt):

A. Vymezení výzkumného problému

Údaje o demografickém vývoji české populace dlouhodobě vykazují rozdíl v délce života žen a mužů. Ženy žijí déle a více let prožívají bez zdravotního postižení, avšak podíl života, který prožívají se zdravotním postižením, je větší než u mužů. Tyto rozdíly mohou být dány jednak biologickými faktory vyplývajícími z rozdílu mezi mužským a ženským organismem, jednak ze sociálně konstruovaných rozdílů mezi muži a ženami, které zahrnují např. očekávání spojená s rolí ženy a muže. Ke genderovým nerovnostem ve společnosti dochází, a proto bývají vyhodnocovány mezinárodními organizacemi, např. Světovým ekonomickým fórem. Genderové politiky jsou obvykle zaměřeny na dosažení stejné ekonomické nezávislosti pro ženy a muže, na sladění pracovního a rodinného života, na podporu rovné účasti žen a mužů na rozhodovacích procesech. Na genderovou rovnost

v oblasti zdraví není v České republice kladen takový důraz, přitom nerovnosti mohou ovlivňovat kvalitu a délku lidského života. Politiky genderové rovnosti v oblasti zdraví by samozřejmě neměly směřovat k tomu, aby se život žen zkrátil na úroveň délky života mužů. Jejich cílem by mělo být spíše odstraňování diskriminace v přístupu ke zdravotním službám a možnostem jejich využívání a rozeznávání odlišných potřeb žen a mužů v oblasti zdraví, neboť biologicky neodůvodněné rozdíly ve zdraví jsou nespravedlivé.

B. Cíle diplomové práce

Cílem diplomové práce je rozšířit poznání o tom, zda je v České republice směřována politika k odstraňování genderových nerovností ve využívání zdravotních služeb a zda jsou reflektovány rozdíly mezi ženami a muži v jejich potřebách a v přístupu ke svému zdraví.

C. Výzkumné otázky

Je rovnost v přístupu ke zdravotním službám a v možnostech jejich využívání pro ženy a muže v ČR součástí veřejně politických dokumentů?

Má ČR stanoveny veřejně politické cíle k dosažení rovnosti žen a mužů v oblasti zdraví?

Jsou v ČR systematicky vyhodnocovány údaje o využívání zdravotních služeb s ohledem na identifikaci možných nerovností mezi muži a ženami v oblasti zdraví?

Dochází v ČR ke změnám v přístupu žen a mužů ke zdravotním službám a jejich využívání?

Je o nákladech na zdravotní služby a prevenci onemocnění v ČR rozhodováno z pohledu možných rozdílů mezi muži a ženami v přístupu ke zdraví a využívání zdravotních služeb?

D. Teoretická východiska

K pochopení toho, proč je zdraví jedinců a populace takové, jaké je, přispívají znalosti o determinantách zdraví. Determinanty zdraví lze definovat jako faktory, které ovlivňují a určují zdravotní stav, a to příznivě, i nepříznivě. Mezi základní determinanty zdraví se dle Světové zdravotnické organizace řadí životní styl, genetické predispozice organismu, úroveň a dostupnost poskytované zdravotní péče, životní prostředí a sociální vlivy. Jedná se tedy o celou řadu osobních i celospolečenských faktorů, které mají různou váhu a bývají úzce provázané.

Mezi muži a ženami existují rozdíly v postoji k vlastnímu zdraví. Jako genderové role jsou označovány normy a očekávání spojená s chováním a jednáním mužů a žen, která jsou předávána procesem socializace a bývají ovlivněna různými předsudky. Holčík (2010) uvádí, že ženy se zdraví více věnují a častěji pečují o děti a další členy rodiny než muži a muži mají menší odhodlání pro své zdraví něco udělat. Karsten (2006) vysvětluje, že muž vnímá své tělo jako nástroj a prostředek k dosahování cílů (zaopatřit rodinu, vydávat síly pro svůj podnik) a nevnímá si varovných signálů, které mu vlastní tělo dává, kdežto od žen se očekává, že žijí vnitřními pocity, je jim dovoleno ukázat slabost a vzít ohled na varovné signály svého těla.

Strategie posilování genderové rovnosti jsou obecně přijímány na mezinárodní i národní úrovni, přesto dlouhodobě přetrvávají rozdíly v délce života a rozdíly ve zdravotním stavu mužů a žen v ČR. Veřejná politika jako proces je sledem kroků směřujících k naplnění cíle. Tento proces popisuje např. Potůček (2016) jako veřejně politický cyklus. K porozumění zkoumanému tématu lze tedy přistoupit z pohledu jedné z fází tohoto cyklu – implementace veřejné politiky – a problémů, které s touto fází souvisejí a o nichž se zmiňují Linder a Peters (1987).

Jako doplňující přístup je případně možné využít pohledu teorie sociální konstrukce cílových skupin. Snahy na podporu genderové rovnosti jsou totiž často omezovány jen na zavádění zvláštních opatření na pomoc ženám. Autorky teorie, Schneider a Ingram (1993), vysvětlují, jakým způsobem jsou cílové skupiny konstruovány a jak se to odráží v tvorbě rámce a v účincích politiky.

E. Výzkumný plán

Diplomová práce bude zpracována na základě kvalitativního výzkumu – tematickou analýzou dokumentů (legislativa, strategické a koncepční dokumenty Ministerstva zdravotnictví, zdravotně pojistné plány a výroční zprávy zdravotních pojišťoven, publikace Ústavu zdravotnických informací a statistiky) a analýzou rozhovorů s 5 experty, kteří mají vztah ke zkoumanému tématu (Ministerstvo zdravotnictví, Státní zdravotní ústav, zdravotní pojišťovny, Světová zdravotnická organizace).

F. Seznam odborné literatury a zdrojů empirických dat

HOLČÍK, Jan. 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD. ISBN 978-80-210-5239-0.

KARSTEN, Hartmut. 2006. *Ženy – muži: genderové role, jejich původ a vývoj*. Praha: Portál. Spektrum. ISBN 80-7367-145-x.

KEBZA, Vladimír. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.

LINDER, Stephen H., PETERS, B. Guy. 1987. A Design Perspective On Policy Implementation: The Fallacies Of Mislplaced Prescription. *Policy Studies Review*. Ročník 6, č. 3, s. 459–475.

LORBER, Judith. 2000. *Gender and the social construction of illness*. Walnut Creek: Altamira Press, Gender lens. ISBN 0-8039-5814-5.

Manuál pro gender mainstreaming politik zaměstnanosti, sociálního začleňování a sociální ochrany. 2008. [online]. Evropská společenství. Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství. ISBN 978-92-79-09261-9. [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=2045&langId=cs>.

OAKLEYOVÁ, Ann. 2000. *Pohlaví, gender a společnost*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-403-6.

PAYNE, Sarah. 2009. *How can gender equity be addressed through health systems?* [online]. Policy Brief 12, WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies. ISSN 1997-8073 [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/64941/E92846.pdf?ua=1.

PAYNE, Sarah. 2014. Gender mainstreaming as a global policy paradigm: barriers to gender justice in health. *Journal Of Comparative Social Welfare*. February 2014;30(1):28.

POTŮČEK, Martin a kol. 2016. *Veřejná politika*. Praha: C.H. Beck. 309 stran. ISBN 978-80-7400-591-6.

SCHNEIDER, Anne, INGRAM, Helen. 1993. Social Construction of Target Populations for Politics and Policy. *The American Political Science Review*. Roč. 87, č. 2, s. 334–347.

VESELÝ, Arnošt a NEKOLA, Martin (eds.). 2007. *Analýza a tvorba veřejných politik: přístupy, metody a praxe*. Praha: SLON. Studijní texty, 40. ISBN 978-80-86429-75-5.

Women's Health in Europe: Facts and Figures Across the European Union. 2006. [online]. European Institute of Women's Health. ISBN 0-9528928-2-0 [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: http://web.archive.org/web/20080330223123/https://www.eurohealth.ie/pdf/Womenshealth_inEurope_FINALpdf.pdf.

Ženy a muži v číslech zdravotnické statistiky. 2003. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 80-7280-262-3 [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/zeny_muži_cisl_zdr_stat.pdf.

G. Předběžná náplň práce v anglickém jazyce

Gender roles can influence health and life-expectancy of women and men. Differences between women and men were identified in mortality and morbidity rates, but it is difficult to identify what part of it can be attributed to biology and what part to gender. Women and men have different needs that should be recognized and reflected in health policy – they differ in their interactions with health systems, their responsibilities and use of preventive care, their willingness to consult symptoms of diseases. The aim of this work is to find out whether the policy in the Czech Republic is focused on gender equity in health using various approaches: specific targets, budgeting and health indicators.

H. Podpisy studenta a vedoucího práce

Seznam příloh

Příloha č. 1: Seznam obrázků, grafů a tabulek

Příloha č. 2: WHO gender-sensitive core health indicators (obrázek)

Příloha č. 3: Počet pojištěnců dle pohlaví a věku v PCG skupině "Léčba antidepressiv" a prevalence osob v této PCG skupině (obrázek)

Příloha č. 4: Výdaje na zdravotnictví v ČR v letech 2000 až 2015 (mil. Kč) (tabulka)

Příloha č. 5: Nákladové indexy pro přerozdělení pojistného a průměrné výdaje zdravotních pojišťoven na 1 pojištěnce v roce 2014 (tabulka)

Příloha č. 6: Nákladové indexy pro přerozdělení pojistného a průměrné výdaje zdravotních pojišťoven na 1 pojištěnce v roce 2015 (tabulka)

Příloha č. 7: Počet žen užívajících hormonální antikoncepci v letech 1995-2015 (absolutní počet a počet uživatelů na 1000 žen fertilního věku 15-49 let (graf)

Příloha č. 8: Podíl pojištěnců dle věkových skupin, kteří čerpali příspěvek z fondu prevence, na celkovém počtu pojištěnců v dané demografické skupině Všeobecné zdravotní pojišťovny v roce 2016 (v %) (graf)

Příloha č. 9: Zhoubný nádor tlustého střeva a konečníku (C18-C21) – incidence a mortalita: počet případů na 100.000 osob (graf)

Příloha č. 10: Vzor pozvánky na onkologický screening – varianta dopisu pro muže (obrázek)

Příloha č. 11: Výdaje na regulační poplatky za recept podle věkových skupin (v tis. Kč) (graf)

Přílohy

Příloha č. 1: Seznam obrázků, grafů a tabulek

Obrázek 1: Témata pro rozvoj aktivit v rámci Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí

Obrázek 2: Preference tematických oblastí rovných příležitostí žen a mužů

Obrázek 3: Klasifikace identifikovaných bariér implementace politiky snižování genderových nerovností ve zdraví

Graf 1: Naděje dožití při narození podle pohlaví v ČR

Graf 2: Naděje dožití a délka života ve zdraví ve věku 65 let mužů a žen v ČR

Graf 3: Celkové výdaje na zdravotnictví v ČR v letech 2000-2015 (v mil. Kč)

Graf 4: Nákladové indexy pro přerozdělování pojistného z veřejného zdravotního pojištění na rok 2017 (porovnání s rokem 2005)

Graf 5: Porovnání nákladových indexů pro přerozdělení pojistného a skutečných výdajů na 1 pojištěnce v roce 2014

Graf 6: Porovnání nákladových indexů pro přerozdělení pojistného a skutečných výdajů na 1 pojištěnce v roce 2015

Graf 7: Průměrné náklady na 1 pojištěnce zdravotních pojišťoven na zdravotní služby celkem v letech 2012 a 2016 (v Kč)

Graf 8: Náklady na příspěvky z fondu prevence pro pojištěnce Všeobecné zdravotní pojišťovny – pouze věkové skupiny pojištěnců od 20 let (v mil. Kč)

Graf 9: Míra účasti na screeningu kolorektálního karcinomu v rámci projektu adresného zvaní pojištěnců dle věkových skupin (v %) – hodnocení za období leden 2014 až červen 2015

Graf 10: Neuspokojená potřeba zdravotní péče v posledních 12 měsících z finančních důvodů (v % osob)

Graf 11: Podíl pojištěnců dle věkových skupin, kterým byly poskytnuty brýle a optické pomůcky z veřejného zdravotního pojištění, na celkovém počtu pojištěnců v dané demografické skupině Všeobecné zdravotní pojišťovny v roce 2016 (v %)

Graf 12: Výdaje na regulační poplatky v letech 2008 až 2014 (v tis. Kč)

Graf 13: Průměrné výdaje na regulační poplatky na 1 pojištěnce v letech 2008 a 2014 (v Kč)

Tabulka 1: Naděje dožití a délka života ve zdraví ve věku 65 let mužů a žen v ČR v roce 2009 a 2014

Tabulka 2: Výskyt slova "gender" v dokumentu Health 2020

Tabulka 3: Řešené oblasti v rámci Aktualizovaných opatření Priorit a postupů v letech 2001 až 2017 ve vztahu ke zdraví a sběru dat

Tabulka 4: Přehled ukazatelů v publikaci Zaostrěno na ženy a muže v jednotlivých letech

Tabulka 5: Výdaje zdravotních pojišťoven na 1 pojištěnce podle pohlaví a věkových skupin v roce 2000 a 2014 (v Kč)

Příloha č. 2: WHO gender-sensitive core health indicators (obrázek)

Tier	Indicator	Value in European context
1 – Health status		
1.1	Maternal mortality ratio	Low
1.2	Low birth weight; boys and girls	Medium
1.3	Infant mortality rate; boys and girls	Medium
1.4	Mortality rate for ages 1–4; boys and girls	Medium
1.5	Life expectancy at age 65 years; men and women (some countries may use life expectancy at birth)	High
1.6	Rate of self-rated depression	High
1.7	Rate of self-rated poor health; men and women	High
1.8	Rate of reported domestic violence	High
1.9	Rate of reported sexual violence; men and women, by age and relationship	High
1.10	Suicide rate; men and women, by age	High
1.11	Prevalence of human immunodeficiency virus; men and women, by age	High
2 – Determinants of health		
2.1	• Percentage of population with access to potable water; rural and urban (by men and women if data available)	Low
	• Percentage of population with access to adequate sanitation (by men and women if data available)	Low
	• Proportion of population using solid fuel (by men and women if data available)	Low
2.2	Literacy rate for population aged 15–24 years; men and women	Medium
2.3	Percentage of population living below national poverty line (measure of feminization of poverty to be developed)	High
2.4	Decision-making on own income	High
2.5	Percentage of regular smokers in population aged 15 and over; men and women by age	High
2.6	Proportion of population aged 15 and over engaging in heavy drinking; men and women by age	High

(pokračování přílohy)

2.7	Prevalence of illicit drug use in population (particularly in those aged 15–24 years); men and women by age	High
2.8	Overweight and obesity; men and women by age	High
2.9	Percentage of young people (aged 15–24 years) reporting using condom at last high-risk sexual encounter; men and women	High
2.10	Contraceptive prevalence rate (particularly in those aged 15–49 years); men and women by age	High
2.11	Access to safe abortion	High
2.12	Proportion of population aged 15 years and over receiving regular health examination within 12 months; by sex and age	High
2.13	Prevalence of anaemia in women	Medium/High

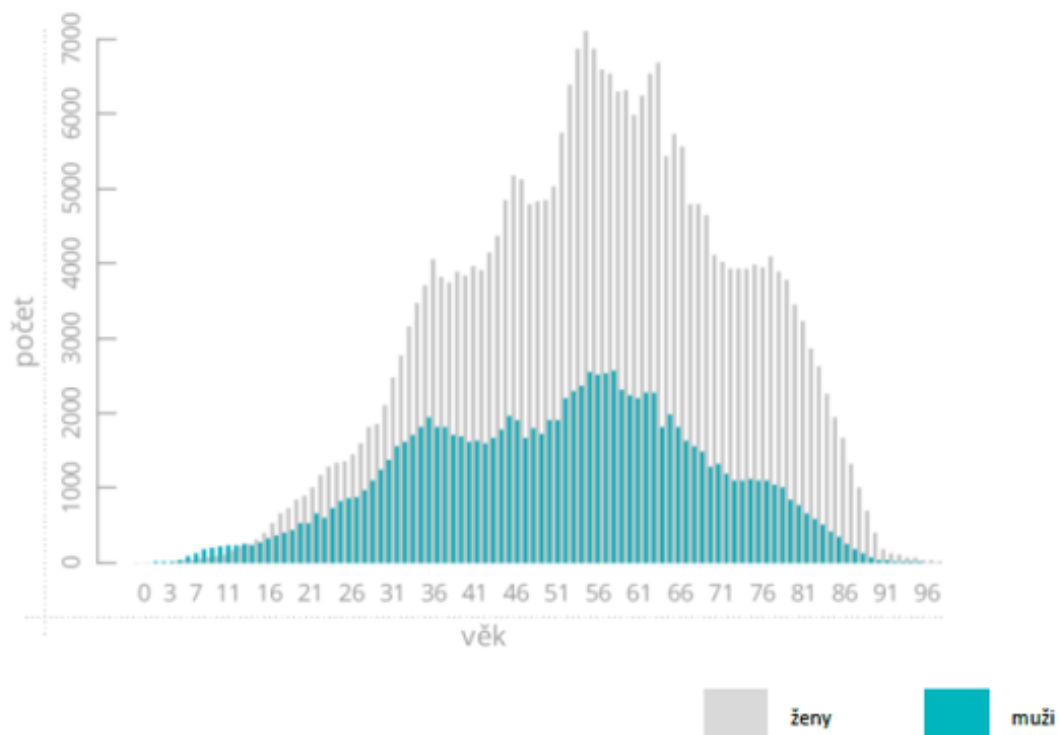
3 – Health-systems performance

3.1	Ambulance use (medical transport); men and women by age (to be developed)	High
3.2	Rate for cataract procedures; men and women by age	High
3.3	Use of medication for cardiovascular disease; men and women by age	High
3.4	Percentage of births attended by skilled health personnel (excluding trained or untrained traditional birth attendants)	Medium
3.5	Proportion of health facilities that offer gender-sensitive, patient-centred care (e.g. rape crisis centre, voluntary counselling and testing services for human immunodeficiency virus) (to be developed)	High
3.6	Proportion of respondents (men and women) reporting being treated with respect (to be developed)	High
3.7	• average waiting time for coronary interventions; men and women	High
	• average waiting time, in primary care, for patient to see doctor; men and women	High
3.8	Proportion of men and women accessing provider type of choice	High
3.9	Percentage of population covered by insurance; men and women by age and by gender-specific services (to be developed)	High
3.10	Out-of-pocket health expenditure; men and women	High
3.11	Not seeking or deferring care because of health-care cost; men and women	High

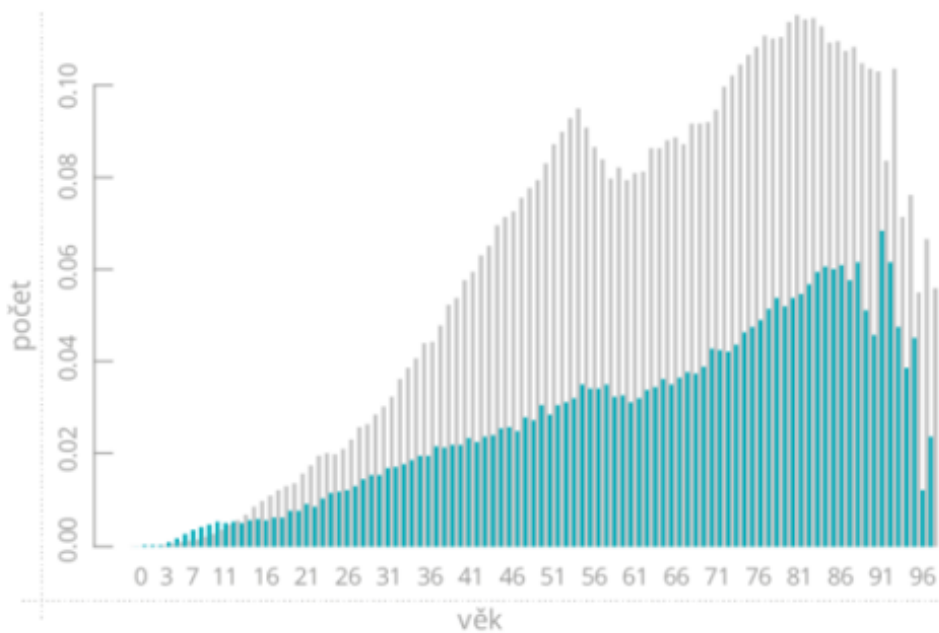
Zdroj: Payne, 2009: 34-35

Příloha č. 3: Počet pojištěnců dle pohlaví a věku v PCG skupině "Léčba antidepresivy" a prevalence osob v této PCG skupině (obrázek)

Léčba antidepresivy



Prevalence osob s PCG Léčba antidepresivy



Zdroj: MonitorHC, 2017: 31, 39. Pozn.: Prevalence vyjadřuje procentuální zastoupení osob s PCG klasifikací ve skupině osob dané věkem a pohlavím.

Příloha č. 4: Výdaje na zdravotnictví v ČR v letech 2000 až 2015 (mil. Kč) (tabulka)

Rok	Výdaje státního rozpočtu	Výdaje místních rozpočtů	Výdaje zdravotních pojišťoven	Výdaje soukromého sektoru	Výdaje celkem
2000	8 319	8 851	115 068	12 296	144 534
2001	14 761	2 585	127 246	13 665	158 257
2002	17 164	3 115	142 018	14 361	176 658
2003	10 968	12 923	151 701	19 563	195 155
2004	10 485	11 010	163 330	24 445	209 270
2005	12 334	8 930	170 093	27 418	218 775
2006	14 421	8 407	174 200	29 783	226 811
2007	14 200	8 652	183 713	35 370	241 935
2008	10 506	9 613	197 280	45 801	263 200
2009	14 846	11 188	218 720	47 954	292 708
2010	48 835	8 044	231 889	51 084	339 852
2011	47 692	9 243	234 337	51 480	342 752
2012	47 028	9 906	237 927	52 744	347 605
2013	49 315	9 743	238 354	51 449	348 861
2014	52 485	9 528	234 628	53 770	350 411
2015	54 889	9 766	234 706	58 680	358 042

Zdroj: ČSÚ, [online]³⁷

Příloha č. 5: Nákladové indexy pro přerozdělení pojistného a průměrné výdaje zdravotních pojišťoven na 1 pojištěnce v roce 2014 (tabulka)

Věková skupina	nákladové indexy pro přerozdělení pojistného		průměrné výdaje na 1 pojištěnce (Kč)		indexované prům. výdaje na 1 pojištěnce	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
0-4	1,4508	1,3161	18 501	16 142	1,4503	1,2653
5-9	0,8782	0,7427	10 366	9 121	0,8126	0,7150
10-14	0,8747	0,9591	10 571	11 030	0,8286	0,8646
15-19	0,7710	1,0000	10 234	12 757	0,8022	1,0000
20-24	0,6393	0,9711	8 403	11 686	0,6587	0,9160
25-29	0,7167	1,2640	9 376	14 884	0,7350	1,1667
30-34	0,8176	1,4055	10 210	16 612	0,8003	1,3022
35-39	0,8962	1,3302	11 382	15 884	0,8922	1,2451
40-44	1,0334	1,3544	13 059	16 326	1,0237	1,2798
45-49	1,2689	1,5799	16 005	18 900	1,2546	1,4815
50-54	1,6543	1,8977	20 270	22 159	1,5889	1,7370
55-59	2,2757	2,1793	27 798	25 765	2,1790	2,0197
60-64	2,9314	2,5315	36 442	29 333	2,8566	2,2994
65-69	3,7432	3,1399	46 694	36 362	3,6603	2,8504
70-74	4,3932	3,7034	55 014	44 433	4,3125	3,4830
75-79	4,9113	4,2878	61 615	50 772	4,8299	3,9799
80-84	5,0876	4,6481	64 895	57 089	5,0870	4,4751
85+	5,2481	5,0711	67 752	64 677	5,3110	5,0699

Zdroj: Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR 420/2013 Sb., ČSÚ, 2016b: Tabulka 2-15. Vlastní zpracování autorky.

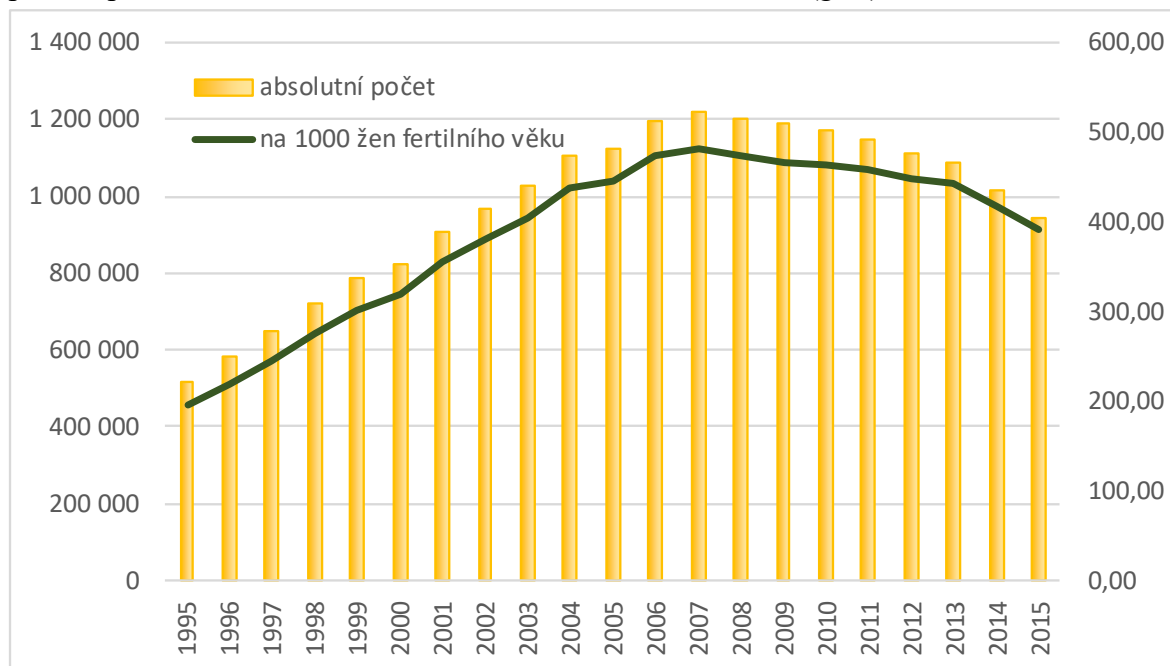
³⁷ ČSÚ. Veřejná databáze: Vybrané finanční ukazatele zdravotnictví. CZSO.cz [online]. Český statistický úřad [cit. 2017-12-29]. Dostupné z: <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=ZDR13&pvokc=&katalog=30849&z=T#fx=>.

Příloha č. 6: Nákladové indexy pro přerozdělení pojistného a průměrné výdaje zdravotních pojišťoven na 1 pojištěnce v roce 2015 (tabulka)

Věková skupina	nákladové indexy pro přerozdělení pojistného		průměrné výdaje na 1 pojištěnce (Kč)		indexované prům. výdaje na 1 pojištěnce	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
0-4	1,4572	1,3104	19 113	16 672	1,5502	1,3523
5-9	0,8549	0,7337	10 089	8 520	0,8183	0,6911
10-14	0,8500	0,9178	10 280	10 357	0,8338	0,8401
15-19	0,7680	1,0000	10 219	12 329	0,8289	1,0000
20-24	0,6433	0,9771	8 409	11 554	0,6821	0,9371
25-29	0,7293	1,2726	9 271	15 103	0,7520	1,2250
30-34	0,8143	1,4144	10 318	16 860	0,8369	1,3675
35-39	0,9038	1,3463	11 794	16 307	0,9566	1,3227
40-44	1,0329	1,3542	13 352	16 630	1,0830	1,3489
45-49	1,2482	1,5727	16 261	19 279	1,3189	1,5637
50-54	1,5980	1,8583	20 960	22 598	1,7001	1,8329
55-59	2,1939	2,1331	28 125	26 195	2,2812	2,1247
60-64	2,8450	2,4374	37 220	30 109	3,0189	2,4421
65-69	3,6289	3,0240	47 511	28 332	3,8536	2,2980
70-74	4,2934	3,5835	47 879	45 525	3,8834	3,6925
75-79	4,8464	4,1361	63 113	51 353	5,1191	4,1652
80-84	4,9879	4,5522	65 115	57 337	5,2815	4,6506
85+	5,1021	4,9410	65 975	63 088	5,3512	5,1170

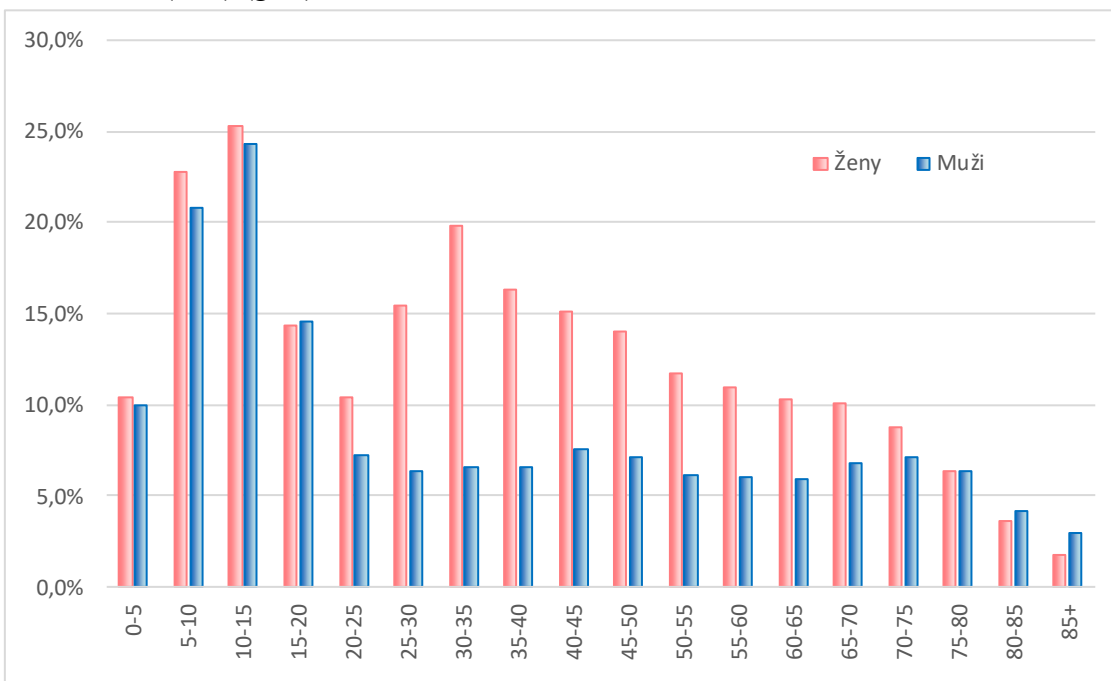
Zdroj: Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR 325/2014 Sb., ČSÚ, 2017a: Tabulka 3.1.2. Vlastní zpracování autorky.

Příloha č. 7: Počet žen užívajících hormonální antikoncepci v letech 1995-2015 (absolutní počet a počet uživatelék na 1000 žen fertilního věku 15-49 let (graf)



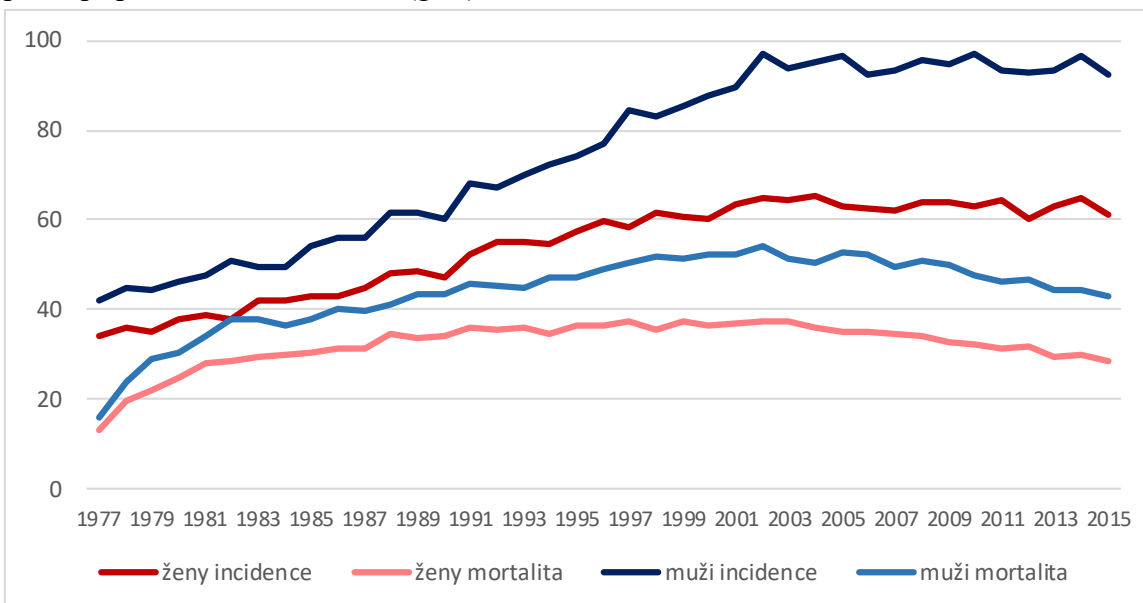
Zdroj: ÚZIS, 2016c. Vlastní zpracování autorky.

Příloha č. 8: Podíl pojištěnců dle věkových skupin, kteří čerpali příspěvek z fondu prevence, na celkovém počtu pojištěnců v dané demografické skupině Všeobecné zdravotní pojišťovny v roce 2016 (v %) (graf)






Zdroj: VZP, 2017a a data poskytnutá Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Vlastní výpočet a zpracování autorky. Pozn.: Data o počtech pojištěnců, kteří čerpali příspěvek, jsou vztahena k celkovému počtu pojištěnců této pojišťovny k 31. 12. 2016 pro danou věkovou skupinu a pohlaví, aby byl při hodnocení odstíněn vliv struktury pojištěnců.

Příloha č. 9: Zhoubný nádor tlustého střeva a konečníku (C18-C21) – incidence a mortalita: počet případů na 100.000 osob (graf)



Zdroj: Dušek, Mužík, Kubásek, Koptíková, Žaloudík, Vyzula, 2005.

Příloha č. 10: Vzor pozvánky na onkologický screening – varianta dopisu pro muže (obrázek)

			<i>Příloha č. 4 - Vzorové dopisy</i>
		a) Přední strana	
			<i>Zde vedle loga MZ bude doplněno logo ZP</i>
			muž – varianta 1 (50-70 let; bez K) adresa
Vážený pane,			
dovolujeme si Vás touto cestou informovat, že se naše zdravotní pojišťovna XXXXXX zapojila do projektu realizovaného z podnětu Ministerstva zdravotnictví ČR			
Systém podpory prevence vybraných nádorových onemocnění v ČR – screeningové programy			
Cílem projektu je předcházet nádorovým onemocněním a včas zachytit zhoubné nádory či chorobné změny, ze kterých se nádory mohou vyvinout.			
Z přehledu Vámi čerpané zdravotní péče vyplývá, že jste v poslední době pravděpodobně neabsolvoval toto pro Vaše zdraví důležité preventivní vyšetření:			
<ul style="list-style-type: none">• vyšetření zaměřené na včasný záchyt zhoubného nádoru tlustého střeva a konečníku.			
V České republice každoročně onemocní zhoubným nádorem tlustého střeva přibližně 8 000 osob, více než 4 000 mužů a žen této nemoci podlehnou. Nemoc se velmi často podaří zachytit až v nejtěžším stádiu, kdy jsou vyhlídky na vyléčení výrazně nižší, než při včasném záchytu nemoci. Tomu lze předejít právě absolvováním preventivní prohlídky.			
Chcete se nechat vyšetřit? Pokud se rozhodnete absolvovat vyšetření, stačí se objednat u svého praktického lékaře na pravidelnou preventivní prohlídku. K lékařům (případně i k dalšímu vyšetření) přineste tento zvací dopis.			
Prohlídka je plně hrazena ze zdravotního pojištění a je tedy pro Vás bezplatná!			
Pokud nejste registrován u praktického lékaře, kontaktujte naši zákaznickou linku , nebo napište na email			
Jestliže jste již byl někdy v minulosti léčen pro zhoubný nádor, na který je tato prevence cílena, považujte prosím pozvání na toto vyšetření za bezpředmětné.			
Děkujeme Vám, že věnujete pozornost péči o své zdraví.			
S pozdravem			
ministr zdravotnictví		ředitel/ generální ředitel	

(pokračování přílohy)

b) Zadní strana

Zhoubnými nádory u nás každoročně onemocní téměř 80 000 lidí. Jejich výskyt má bohužel vzrůstající tendenci. Ta se významně projevuje zejména u níže popsaných tří diagnóz. Projekt, do něhož jste byli zařazeni, se nazývá Systém podpory prevence vybraných nádorových onemocnění v ČR – screeningové programy. Je realizován z podnětu Ministerstva zdravotnictví ČR a je převážně financován z prostředků Evropské unie.

Karcinom ženského prsu

Zhoubné nádory prsu představují v současné době jeden z nejzávažnějších epidemiologických problémů v České republice. V naší zemi je každoročně diagnostikováno více než 6 000 nových případů a na následky tohoto onemocnění ročně umírá kolem 2 000 žen. Bylo prokázáno, že pravidelným mamografickým vyšetřením doplněným případně dalšími metodami, je možné zjistit většinu nádorů již v počátečním stádiu, tedy v době, kdy jsou dobře léčitelné. Lze tím snížit úmrtnost až o 30 %. Vyšetření je pro ženy od 45. roku věku každé dva roky plně hrazeno z veřejného zdravotního pojištění na základě žádanky od gynekologa či praktického lékaře. Seznam center, kde jsou prohlídky prováděny, kontakty pro objednání i objednací doby jsou dostupné na www.mamo.cz. Naleznete zde i další informace o dané problematice, pro dotazy týkající se této nemoci můžete využít internetovou poradnu, kde odpovídají naši přední odborníci.

Karcinom děložního čípku

Zhoubným nádorem děložního čípku v České republice ročně onemocní kolem 1 100 žen a asi 400 z nich na toto zhoubné onemocnění ročně umírá. Za nejvýznamnější rizikový faktor dnes považujeme infekci onkogenním (tzn. „nádory vyvolávajícím“) typem lidského papilomaviru (HPV). Tento virus se přenáší z 99,9 % pohlavním stykem, k infekci jsou nej náchylnější mladé dívky. Jim také v období hledání stálých partnerů a někdy i promiskuity hrozí největší riziko nákazy. V některých případech se z této zdánlivě neškodné infekce vyvine přednádorový stav a poté zhoubný nádor. Přednádorové změny se neprojevují dlouho žádnými zdravotními obtížemi a lze je odhalit pouze vyšetřením u gynekologa v rámci preventivní prohlídky. Tu hradí zdravotní pojišťovny každoročně, pro pacientky je tedy bezplatná. Na webových stránkách www.cervix.cz jsou zveřejněny jak důležité informace o zhoubných nádorech děložního čípku a o možnostech prevence, tak i seznam akreditovaných laboratoří, kde jsou vzorky testovány.

Karcinom tlustého střeva a konečníku

Zhoubné nádory tlustého střeva a konečníku se v České republice vyskytují mimořádně často. Při srovnání s jinými zeměmi jsme stát s nejvyšším výskytem. Každoročně je zhoubný nádor tlustého střeva či konečníku zjištěn asi u 8 000 osob a je druhým nejčastějším nádorovým onemocněním u mužů i u žen (s výjimkou některých nádorů kožních). Postihuje především populaci nad 50 let věku. Úspěšného léčení je možné dosáhnout pouze včasným vyšetřením. To je založeno na pravidelných testech okultního (skrytého) krvácení do stolice nebo na kolonoskopickém vyšetření. Vyšetření na zjištění event. krvácení do stolice se provádí nenáročným testem, který je nabízen v rámci preventivních prohlídek u praktických lékařů a gynekologů. Lidé ve věku od 50 let by jej měli absolvovat každoročně, osoby starší 55 let se mohou navíc rozhodnout pro kolonoskopické vyšetření (stačí jednou za deset let). Vyšetření jsou plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Při jakýchkoliv obtížích je však třeba navštívit lékaře ihned! Bližší informace naleznete na www.kolorektum.cz.

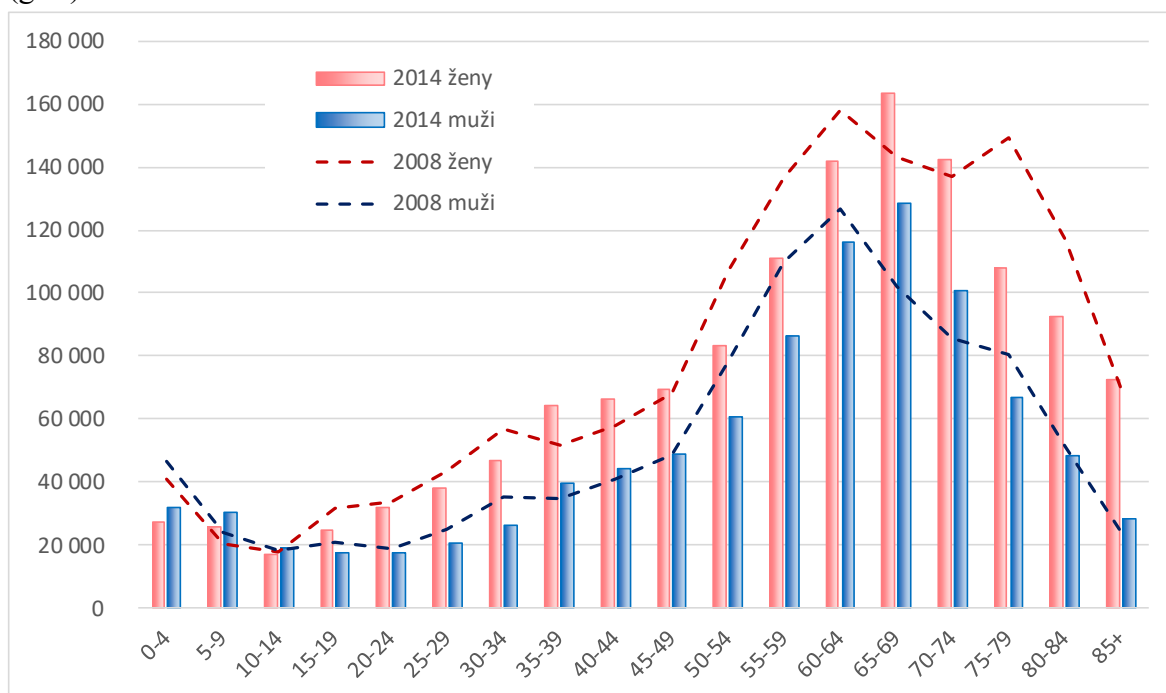
Bez aktivní účasti občanů jsou preventivní onkologické programy bezcenné. Nepodceňujte péči o své zdraví, nepodceňujte prevenci závažných život ohrožujících onemocnění a absolvujte preventivní prohlídky.

Zdroj: MZ ČR, [online]³⁸

³⁸ MZ ČR. Vzory zvacích dopisů na screeningové vyšetření. [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2018-02-04]. Dostupné z:

<http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=19461&typ=application/msword&nazev=Vzory%20zvac%C3%ADch%20dopis%C5%AF%20na%20screeningov%C3%A9%20vy%C5%A1et%C5%99en%C3%AD.doc>.

Příloha č. 11: Výdaje na regulační poplatky za recept podle věkových skupin (v tis. Kč) (graf)



Zdroj: ČSÚ, 2010; ČSÚ, 2016b. Vlastní zpracování autorky.