

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

Zdravotní pojištění v historii a v současné realitě

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:
JUDr. Miroslava Kejdová, CSc.

Vypracovala:
Jana Vejnářová

Brno 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „Zdravotní pojištění v historii a v současné realitě“ zpracovala samostatně a použila jen literaturu uvedenou v seznamu literatury.

Brno 7. 4. 2009

.....
Jana Vejnářová

Poděkování

Děkuji JUDr. Miroslavě Kejdové, CSc. za systematickou odbornou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Jana Vejnářová

Obsah

Úvod.....	2
1. Charakteristika a typy zdravotního pojištění.....	5
1.1 Systémy zdravotního pojištění – vymezení základních pojmů.....	5
1.2 Typologie zdravotnických systémů.....	6
1.3 Přístupy z hlediska práva na zdraví.....	11
2. Zdravotní pojištění v České republice.....	17
2.1 Historické souvislosti.....	17
3. Reforma zdravotnictví v České republice.....	21
3.1 Legislativní rámec zdravotního pojištění v ČR.....	21
3.2 Koncepce reforem a reforma zdravotnictví roku 2008.....	22
3.3 Hodnocení dosavadního průběhu a výsledků reformy.....	29
3.4 Sociologické šetření – regulační poplatky.....	35
4. Mezinárodní koncepce.....	39
5. Posilování, podpora a rozvoj zdraví.....	42
5.1 Socio-ekonomické determinanty zdraví.....	42
5.2 Zdravotní výchova, podpora zdraví.....	42
5.3 Program Zdravá škola.....	44
5.4 Sociologické šetření – Může náš životní styl ovlivnit naše zdraví?.....	46
Závěr.....	55
Resumé.....	58
Anotace.....	59
Seznam použité literatury.....	60
Seznam příloh.....	62

Úvod

Zdraví. Většina z nás jej řadí mezi základní hodnoty jednotlivce i celé společnosti. Hodnota je něco, co dává existenci člověka smysl, čeho si vážíme, co si přejeme, čemu dáváme přednost před něčím jiným. Měřítka správnosti a nesprávnosti našeho jednání. Nejvyšší hodnotou je lidský život, na ni navazuje hodnota zdraví. Světová zdravotnická organizace WHO (na základě ústavy WHO z roku 1948) definuje zdraví jako „...nejen absenci nemoci a nemohoucnosti, ale stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody.“ Vychází ze subjektivního vnímání zdraví a užšího pojetí zdraví jako individuální hodnoty. Zdraví je možno chápat také jako životní proces, který se vyvíjí v závislosti na působení různých faktorů. Která z definic však může přesně postihnout, co zdraví znamená pro každého z nás? Zdraví je pro jednotlivce předpokladem kvalitního života, pro společnost je zdraví jejích členů podmínkou jejího rozvoje, měřítkem sociálně-ekonomické vyspělosti, nesporně veřejným zájmem. Zdravá populace je klíčem k růstu společnosti.

Lidské zdraví ovlivňují různé faktory. Řada studií dokládá vliv genetických faktorů, dominantní působení životního způsobu, tj. chování lidí, význam životního prostředí s jeho přírodními a sociálními faktory a zdravotní péče. Jednotlivé determinanty působí v návaznosti na mnoho dalších podmínek. Na zdraví jedince má vliv také jeho sociální pozice a sociální faktory, které s ní souvisejí.

Přestože nejvyšší procento vlivu je připisováno životnímu stylu, zdravotnická péče není faktorem zanedbatelným. Proto je důležitý způsob zajištění zdravotní péče, z pohledu mého zájmu pak prostřednictvím zdravotního pojištění tak, jak se vyvíjelo v historii, od doby samostatného Československa dosud, jak bylo a je legislativně upraveno, z jakých principů vychází, na základě jakých hodnot je koncipováno a jaké jsou sociální dopady zvoleného způsobu přístupu.

V první kapitole charakterizují zdravotní pojištění a zdravotnický systém jako takový. V podkapitolách se věnují typologii zdravotnických systémů dle kritéria převažujícího zdroje financování a přístupů z hlediska práva na zdraví. Jednotlivé systémy specifikují a porovnávám nejen z pohledu jejich financování, ale i z pohledu jejich sociálních dopadů.

V druhé části popisují historické souvislosti, počátky a vývoj zdravotního pojištění v českých zemích, v podkapitole se zaměřují na systém zdravotního pojištění po roce 1989.

Třetí kapitola věnuje pozornost legislativnímu rámci zdravotního pojištění u nás, uvádí koncepcce reforem zdravotnictví v České republice do roku 2007. Pozornost je věnována zákonu č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, a to v oblasti změn zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a jeho sociálních dopadů, zejména tzv. regulačních poplatků. V podkapitolách je pak zhodnocen dosavadní průběh a výsledky reformy, a to ve formě statistických výsledků zpracovaných Ministerstvem zdravotnictví ČR a agenturou STEM, vlastního sociologického šetření a poznatků z praxe.

Nedílnou součástí práce je ve čtvrté části popis směřování mezinárodních koncepcí v oblasti zdravotního pojištění, zejména stále většího kladení důrazu na vliv tzv. sociálních determinantů zdraví, tj. sociálně ekonomických faktorů, životního stylu, důležitost prevence a programů podporujících veřejné zdraví, výchovy ke zdraví a odpovědnosti za něj. Tyto socio-ekonomické determinanty zdraví a zdravotní výchova jsou podrobněji rozebrány v kapitole páté. Speciální podkapitola je věnována programu Zdravá škola a vyhodnocení sociologického šetření, zda může náš životní styl ovlivnit naše zdraví. Formou dotazníku byly žákům 2. stupně základních škol kladeny otázky související se zdravým životním stylem. Zajímalo mne, jaké jsou podle nich zdravé aktivity v životě člověka, co může člověk pro svoje zdraví udělat a naopak, jaké mají děti v tomto směru informace a kým jsou jim poskytovány. Vzhledem k tomu, že šetření bylo prováděno v základní škole, která je součástí sítě Škol podporujících zdraví i v základní škole, která její součástí není, bylo možno porovnat v rámci tohoto šetření i možné dopady výchovy ke zdraví v těchto konkrétních případech.

Při zpracování bakalářské práce jsem použila metodu historickou a deskriptivní, doplněnou obsahovou analýzou, tj. rozborem literárních zdrojů a právních předpisů.

Zdravotní pojištění je oblast, ve které v současné době dochází k permanentním změnám, přestože žádoucí by byla naopak její stabilita. Okruh literatury, která by reflektovala současné dění, není příliš rozsáhlý. Využila jsem jí jako zdroje zejména při popisu a výkladu základních pojmů, zdravotnických systémů a historických souvislostí. Aktuální informace jsem čerpala zejména z internetových zdrojů a legislativy.

Cílem bakalářské práce bylo přehledně popsat a porovnat proces realizace zdravotního pojištění v historii a v současné realitě České republiky, pokusit se

zhodnotit sociální dopady a problémy tento proces doprovázející. Zaměřila jsem se na legislativní úpravu zdravotního pojištění a sociální dopady současné reformy zdravotnictví na občany. Během postupu své práce jsem zjišťovala, zejména v souvislosti se směřováním mezinárodních koncepcí a současnými trendy, že vedle finanční stránky, považované často za alfu a omegu zdravotnického systému, a stránky legislativní, se stále více v oblasti péče o zdraví dostává do popředí důležitost podílu socio-ekonomických determinantů, solidarity, spravedlnosti, odpovědnosti každého jednotlivce za svoje zdraví a úloha výchovy k této odpovědnosti.

1. Charakteristika a typy zdravotního pojištění

1.1 Systémy zdravotního pojištění – vymezení základních pojmů

Zdravotní pojištění

Pojištění obecně je systém, který pomáhá snížit nežádoucí dopad různých životních i jiných událostí, ať už jde o živelné pohromy, krádeže, podnikatelská rizika, úrazy, dopravní nehody, ztráty výdělku ve stáří nebo nemoci, či výdaje na zdravotní péči v době nemoci. Pojištěním by se měly vyloučit nebo alespoň zmírnit vlivy náhod a odstraňovat pocity nejistoty před budoucími nepříznivými událostmi. Základním principem je princip vzájemnosti. Je to způsob, jak krýt nahodilé a nejisté, ale odhadnutelné potřeby daných jednotek či jednotlivců pomocí velkého počtu takovýchto jednotek a jednotlivců, kteří mají stejné potřeby a jsou ochotni přispět ke společnému řešení těchto potřeb.

Základní princip pojištění se postupně vyvíjel k dvěma různým subjektům, a to k jednotlivcům nebo skupinám. Pojištění prošlo řadou forem, svojí historií a ustálilo se jako společenský institut soukromého (individuálního životního a majetkového) pojištění a sociálního pojištění veřejného a povinného pro určitou skupinu občanů.

Zdravotní pojištění je součástí sociálního pojištění, jímž se rozumí jakékoliv pojištění, které sleduje sociální cíle a je garantováno státem, jako součást sociálního zabezpečení státu.¹ Pojišťování má svůj hluboký společenský (sociální) smysl. Základem pro vznik zdravotního pojištění a zdravotních pojišťoven byla a je i snaha změnit kvalitu vztahu občana ke své budoucnosti, ke svému zdraví. Zdraví ovlivňuje kvalitu života, proto je nutné řešit i pojištění zdraví v obecném souladu s ostatními formami pojištění.

Pojištění zdraví, tedy zdravotní pojištění, je pojištění před mimořádnými náklady, které by občan musel uhradit v případě léčení, ať již nemoci nebo úrazu.² Má však i druhou stranu mince – může být důvodem, kdy občan více utrácí za zdravotní péči, než kdyby pojištěn nebyl. „Bezplatnost užívání solidárně financované péče vede totiž ke

¹ Do sociálního zabezpečení patří nemocenské pojištění, důchodové pojištění a státní politika zaměstnanosti.

² GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*, s. 30,31

ztrátě vědomí nákladů a ke snaze vyčerpat co nejvíce péče. Tento jev bývá popisován jako morální hazard.³

Zdravotnický systém

Zdravotní pojištění jako způsob financování zdravotní péče je jedním z činitelů, které tvoří jádro každého zdravotnického systému, a je jedním z hlavních kritérií, která mohou sloužit jako metodický základ typologie zdravotnických systémů. Zdravotnický systém zprostředkovává cíle zdravotní politiky a je nejdůležitější složkou její realizace. Z hlediska systémového přístupu jej lze definovat různým způsobem, a to jako jedno z odvětví národního hospodářství, produkující zdravotnické služby a spadající do terciární sféry, či jako soustavu zdravotnických zařízení a institucí nebo jako subsystém péče o zdraví.⁴ Systém zdravotní péče lze označit i jako „organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentujícími vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče.“⁵ Definice zdravotnického systému je mnoho, během historického vývoje se mění v souvislosti se sociálními, ekonomickými, politickými či kulturními změnami v jednotlivých zemích.

Ať se již budeme zabývat jakoukoliv definicí zdravotnického systému, nebude nikdy s největší pravděpodobností úplná. K odlišnostem dochází v důsledku různých přístupů ke zdraví a péči o něj, které se mění v závislosti na daných pojetích práva na zdraví či objektivní skutečnosti. Spolu s I. Gladkým (tamtéž, s. 27) lze konstatovat, že zatím neexistuje ideální zdravotnický systém, který by vyhovoval všem kritériím optimálnosti. Nicméně v současnosti dochází ve světě ke sblížení těchto systémů a dle některých názorů budoucí podoba zdravotnických systémů zřejmě směřuje k propojení mechanismu trhu i centrální vládní regulace. Ve financování zdravotnictví se projevuje tendence spojující princip solidarity s principem ekvivalence a individuální odpovědnosti.

1.2 Typologie zdravotnických systémů

Ucelený zdravotnický makrosystém v západní a střední Evropě v podstatě neexistoval až do konce druhé světové války, přes existenci různých pojišťovacích systémů. Péče

³ KRÍŽOVÁ, E. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*, s. 105

⁴ GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*, s. 26

⁵ DURDISOVÁ, J., LANGHAMEROVÁ, J. *Úvod do teorie zdravotní politiky*, s. 48

o zdraví nebyla řešena komplexně. Až důsledky druhé světové války vedly ke vzniku různých zdravotnických makrosystémů. Svoji úlohu kromě následků války na zdravotní stav obyvatel sehrála řada dalších činitelů: rozvoj medicínských věd, změny v socioekonomickém prostředí, vlivy ideologické a politické, kulturní vývoj, vědeckotechnický pokrok.⁶

Pro typologii zdravotnických systémů 20. století je charakteristické užití kritéria členění tzv. převažujícího zdroje financování, ze kterého je tato péče hrazena,⁷ vhodným klasifikačním znakem se ukázala také míra regulačních zásahů do struktury a funkce zdravotnictví vykonávaná státem nebo jinými společenskými organizacemi.⁸

Smíšený systém s převahou liberalistických prvků – tržní model

Tento model funguje v USA, které jsou tradičním a v zásadě posledním představitelem, kde je uplatňován. Jde o systém založený na principu volného trhu a je pro něj mimo jiné charakteristické, že zdravotní péče není garantována státem, je záležitostí jedince, jeho rozhodnutí a svobodné volby. Zdravotní péče je chápána jako zboží s určitou tržní cenou, je hrazena ze soukromých zdrojů buď přímou platbou, nebo soukromými pojišťovnami komerčního charakteru. Zdravotní pojištění je dobrovolné, jeho výše individuální. Stát nevstupuje do vztahu poskytovatel a pacient, ale pomocí programů ve veřejném zájmu řeší problém přístupu ke zdravotní péči sociálních skupin obyvatelstva. Americké zdravotnictví nikdy nepřijalo princip státem organizované sociální solidarity a historicky spočívá na filozofii liberalismu, tj. filozofii individualismu, svobody, autonomie a odpovědnosti při poskytování i čerpání zdravotní péče. Zásahy vlády do ekonomiky i sociálních věcí jsou tradičně minimální, neboť jsou považovány za soukromou a nedotknutelnou sféru občanského práva. Ani prezidentu USA H. Trumanovi se v padesátých letech 20. století nepodařilo získat podporu pro legalizaci povinného zdravotního pojištění. Protože však stále větší část populace začala mít problém s dostupností zdravotní péče, byly legalizovány programy, které pomocí financí federálního rozpočtu měly napomoci řešit tyto problémy populace s nízkými příjmy. Všeobecné zdravotní pojištění bylo i nadále považováno za nepřijatelné. Jako pozitivní změnu lze chápat ve společnosti postupně sílící přesvědčení, že by zdravotní

⁶ GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*, s. 27

⁷ DURDISOVÁ, J., LANGHAMEROVÁ, J. *Úvod do teorie zdravotní politiky*, s. 83

⁸ HOLČÍK, J., KAŇOVÁ, P., PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*, s. 80.

péče měla být chápána jako právo. Dle I. Gladkého⁹ je výhodou tohoto modelu velký výběr kvalitních služeb, podpora rozvoje medicínských technologií a podpora soutěživosti mezi zdravotnickými zařízeními. Nevýhodou je pak nízká dostupnost kvalitní péče pro nemajetné a méně zámožné občany, vysoký podíl nákladů na administrativu, nedostatečná preventivní a návazná péče a také její nákladnost.

Beveridgeův systém – systém Národní zdravotní služby

Tradičním představitelem tohoto systému je Národní zdravotní služba, která funguje ve Velké Británii. Do své nynější podoby byl rozpracován anglickým ekonomem Beveridgem v období 2. světové války. Je protipólem tržního modelu, zdravotní péče je financována ze státního rozpočtu, zdrojem není pojistné, ale daně. Přímé platby tvoří zanedbatelnou položku. (Na principech Národní zdravotní služby stavělo i socialistické zdravotnictví v Československu po roce 1945, od 60. let 20. století také Kanada a severské státy Evropy.)¹⁰ Zdravotnická zařízení jsou ve vlastnictví státu, případně soukromých subjektů ziskového či neziskového charakteru. Míra finanční spoluúčasti je velmi nízká nebo žádná. Není vyloučen rozvoj soukromého pojištění a připojištění pro nadstandardní péči, která však nesmí spočívat v poskytování jiné kvality, ale v jiných výhodách (krátké čekací lhůty, nadstandardní vybavení atd.). Růst výdajů je v důsledku vládní kontroly a regulace nižší než v tržních systémech, přesto s rozvojem nových technologií a také s nástupem civilizačních chorob i tento systém pociťuje nedostatek finančních prostředků. Pozornost je proto zaměřena na zvýšení efektivity vynaložených prostředků, které spočívá např. v kontrole výdajů, limitování investic, zvyšování motivace na hospodárnosti a v zásadách do zneužívání bezplatných služeb. Reformy, které by vedly k amerikanizaci a komercionalizaci Národní zdravotní služby, jsou však chápány jako eticky chybné, neboť systémem daná míra solidarity je chápána jako etická a v tomto směru není vůle ke změně. Dle již výše citovaného I. Gladkého je výhodou tohoto systému obecná dostupnost, dostatečnost a návaznost služeb. Prevenci je věnována přiměřená pozornost. Náklady jsou nízké. Nevýhody jsou spatřovány v nedostatku prostředků na investování, v problémech s financováním v době ekonomické recese, dlouhých čekacích dobách na operace a v nedostatečné motivaci obyvatel k péči o své zdraví včetně podpory nesoutěživého klimatu.

⁹ GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*, s. 28

¹⁰ DURDISOVÁ, J., LANGHAMEROVÁ, J. *Úvod do teorie zdravotní politiky*, s. 89

Bismarckův systém

Tento pojišťovací model je označován podle Otto von Bismarcka, který se v čele německé vlády v letech 1883–1889 zasloužil o přijetí prvních zákonů o nemocenském, úrazovém a invalidním pojištění. Je typický pro řadu zemí Evropy (např. Německo, Rakousko, Belgie, Nizozemí, Francie, Švýcarsko a také Českou republiku). Je založen na všeobecném zdravotním pojištění. Jde v něm o kompromisní kombinaci podílu trhu a veřejného dohledu. Zdrojem financování jsou pro občany povinné platby ze zákona.¹¹ Zdravotní péče je garantována státem prostřednictvím povinnosti občanů (u zaměstnanců s příspěvím zákonné částky od zaměstnavatele) za určitých podmínek platit pojistné do fondu zdravotního pojištění, který je spravován zdravotní pojišťovnou jako nekomerčním subjektem, který koná ve veřejném zájmu. Princip solidarity je realizován platbami v závislostech na příjmech jednotlivců a poskytování zdravotní péče dle potřeb, míra solidarity je brána jako etická.

Tento systém se pokouší skloubit výhody tržního a státního zdravotnictví. Jasně definuje úlohu státu, přičemž dává i prostor pro trh, privatizaci, svobodnou volbu lékaře a konkurenci. Podíl státu na financování zdravotní péče se uskutečňuje realizací plateb za tzv. státní pojištěnce do fondu zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovna pak na smluvním základu proplácí lékařům či zdravotnickým zařízením poskytnutou péči. Shrnutí – výhody tohoto systému dle již výše citovaného I. Gladkého spočívají ve vysoké dostupnosti základní zdravotní péče pro všechny obyvatele, dostatečně pestré nabídce zdravotnických služeb, vyhovující návaznosti služeb, podpoře primární péče a přiměřených nákladech. Nevýhody jsou spatřovány v tom, že část prostředků spotřebují pojišťovny pro svoji činnost, dostávají se čas od času do finančních potíží, kdy je tendence řešit tyto problémy na vrub klientů a provozovatelů. Systém je administrativně těžkopádný. Snad největším záporem z hlediska pacientů jsou dlouhé čekací lhůty na operace či vyšetření, která nejsou urgentní. K zamyšlení vybízí disproporcí v tomto systému je skutečnost, že přes již citovanou vysokou dostupnost zdravotnické péče se zdravotní stav různých skupin obyvatelstva poměrně liší. Příčinou může být jak nezdravý životní styl, tak jiné nezdravotnické determinanty, které jsou v posledních letech v popředí zájmu zkoumání.

¹¹ DURDISOVÁ, J., LANGHAMEROVÁ, J. *Úvod do teorie zdravotní politiky*, s. 92

Socialistický model

V současné době tento systém již není zcela běžný, jeho rezidua přetrvávají v některých zemích bývalého SSSR a na Kubě. Zdravotnická péče v tomto modelu je všeobecně dostupná, návazná, pozornost je věnována prevenci, zdravotnická zařízení jsou racionálně rozmístěná a jsou výhradně státní. Péče je poskytována státem, který rozhoduje o všech prostředcích. Systém je však málo výkonný, trpí chronickým nedostatkem prostředků, což má za následek nedostatečný postup technického rozvoje a nízkou dostupnou úroveň medicínských technologií. Prostředí je zcela nesoutěživé, pracovníci resortu jsou nedostatečně odměňováni, obyvatelé nejsou dostatečně motivováni k péči o vlastní zdraví.

Shrnutí

Domnívám se, že je možné shodnout se na tom, že v podmínkách současného světa, zejména jeho globalizace, bude tradiční typologie postupně ztrácet na významu. Kritériem dosavadního členění a typologie byl převažující zdroj financování zdravotní péče, z hlediska motivace pacientů, poskytovatelů i plátců je však dáno primárně jinými skutečnostmi.¹²

Princip trhu, podle kterého si majitelé určité části peněžních prostředků dobrovolně a svobodně volí hodnoty, které chtějí získat, a jedinec, který tuto částku peněz nemá, je z procesu směny vyloučen, tedy princip, který funguje ve sféře ostatních trhů, není možné aplikovat v oblasti zdravotnictví. Společnost musí mít i jiné priority než ty, které vyplývají výlučně z tržního mechanismu. Odpovědný stát musí mít zdravotnictví založeno na rozsáhlém etickém kodexu, na morálních principech pomoci všem z tohoto hlediska potřebným lidem bez rozdílu, musí být založeno na lidské solidaritě a soudržnosti, vůli pomoci a zajistit kvalitní život všem lidem dané společnosti.¹³ Jednotlivé systémy tedy dnes již obsahují vzájemně se prolínající prvky. Nedokonalost tržního mechanismu v této oblasti by měl korigovat stát právě hledisky etiky a lidské solidarity. Mění se proto způsoby vlastnictví zdravotnických zařízení, způsoby financování, ale i princip a rozsah lidské solidarity. Žádný systém sám o sobě není dokonalý. V jednotlivých zemích proto dochází k zásadním reformám zdravotnických

¹² DURDISOVÁ, J., LANGHAMEROVÁ, J. *Úvod do teorie zdravotní politiky*, s. 95

¹³ POTUČEK, M. a kol. *Veřejná politika*, s. 92

systemů, které sledují zejména:

- zajištění dostupnosti standardní zdravotní péče pro veškeré obyvatelstvo, tj. bez ohledu na výši příjmu či majetku,
- zvýšení výkonnosti zdravotnického systému,
- existenci ziskových i neziskových, soukromých i veřejných institucí, které se vzájemně doplňují,
- posílení odpovědnosti občanů za vlastní zdraví,
- zastavení nekontrolovatelného růstu výdajů, zvýšení hospodárnosti a účelnosti využití finančních prostředků, zajištění efektivnosti zdravotnického systému,
- zabezpečení a zvyšování kvality zdravotní péče.

Domnívám se také, že z literatury lze dovodit a souhlasit s názory, že pro zdravotní politiku států nového tisíciletí a jejich zdravotnické systémy bude určující zabezpečit právo na ochranu zdraví populace a na zdravotní péči a garantovat tak výše uvedené hodnoty. Tradiční typologie pak může mít tendenci přerůstat v model, který bude čerpat výhody všech dosavadních typů.

1.3 Přístupy z hlediska práva na zdraví

Různé podoby zdravotnických systémů jsou důsledkem jejich vývoje v určitém historickém kontextu a východisek, ať již ideologických či filosofických, za nichž vznikaly. Jsou také výrazem konkrétní společenské dohody.¹⁴

Základem zdravotnického systému s předplacenou péčí je garance práva na zdravotní péči. Vychází z práva na zdraví, které ale na druhou stranu nelze zajistit pouhým působením zdravotnického systému. Práve na zdraví není rozuměn závazek společnosti zajistit zdraví jako takové každému jejímu členu. Myšleno je právo na ochranu zdraví – negativně vymezené právo nebo pozitivně formulované právo na zdraví ve smyslu garantovaného přístupu ke zdravotní péči. Zdravotnictví zaručující tato práva je založeno na principu solidarity, je financováno podle morální zásady pomoci silnějším slabším.

Výchozími principy moderního práva je ale rovněž právo na svobodu, svobodnou soutěž a právo na soukromé vlastnictví, která mohou být pro některou společnost důležitější než závazek chránit své slabé členy. Z tohoto pohledu lze rozlišit tři základní etická pojetí práva na zdravotní péči. Liberální, egalitární a utilitární koncept.

¹⁴ KRÍŽOVÁ, E. *Rovnost ve zdraví (ekvita) v transformovaném zdravotnictví České republiky*, s. 28

Liberální pojetí práva na zdraví

Základem liberální teorie je právo na svobodu a autonomii. Přístup ke zdravotní péči je výsledkem individuálního úsilí a svobodného výběru. Nikomu nelze bránit zajistit si svými vlastními prostředky lepší péči, než mají ostatní. Solidarita se slabými a nemocnými může být jen dobrovolná a státem neorganizovaná – např. charitativní činnost. Schéma povinného veřejného pojištění je nepřijatelné. „Property and liberty rights“ – právo na svobodu a soukromé vlastnictví – mají přednost před „rights to goods and services benefit rights“ – právy na prospěch, užitek a sociální služby.

Liberální pojetí je tedy založeno na svobodě a odpovědnosti jedince, zdravotní péče je zbožím a má tržní cenu, dostává se jedinci jako odměna podle zásluh, podle principu ekvivalence ve svobodné směně na trhu mezi poskytovateli a klienty. Je východiskem tržního zdravotnického systému. Liberálové rozlišují občanská práva na negativní a pozitivní, kdy negativní jsou chápána jako základní a je mezi ně řazeno i právo na zdraví. Snaha státu chránit občany např. kontrolou životního prostředí před jeho negativními důsledky či před šířením infekčních chorob je akceptována jako sociálně spravedlivá, tj. jako nutná ochrana před negativním dopadem činnosti druhých, nikoliv však např. ochrana před poškozením zdraví, která druhí nezpůsobují. Právo na zdraví patří tedy do okruhu lidských práv pouze v tzv. negativním vymezení, tj. jako ochrana před zdravotními riziky. Pozitivní práva – na zajištění zdravotní péče – nemají přednost před nedotknutelností osobní svobody a svobodného vlastnictví. Zajištění zdravotní péče je svobodnou záležitostí jedince.¹⁵

V současné době je nahlíženo na mnohé slabé stránky liberálního pojetí zdravotní péče. Je nehumánní vůči slabým. Je příčinou vzniku a hromadění zdravotních a sociálních problémů. Přitom v souvislosti se stárnutím populace se zvyšuje počet osob ekonomicky slabších, ale potřebných zdravotní péče. Zdraví však není běžné zboží, je ceněnou hodnotou a nelze se smířit s tím, že na něj nemáme finanční prostředky. „Komplexně pojaté zdraví je existenční podmínkou života a svobodného rozvoje.“ (Křížová E., tamtéž, s. 32)

Mezi hlavní námitky proti liberálnímu přístupu patří:

- nepředvídatelnost potřeby zdravotní péče, neúměrnost nákladů vzhledem k možnostem nemocného

¹⁵ KRÍŽOVÁ, E. *Rovnost ve zdraví (ekvita) v transformovaném zdravotnictví České republiky*, s. 31

- rozvoj medicíny probíhá nejen ze soukromých zdrojů, ale také investicemi státu do školství, rozvoje vědy a techniky, to vše prostřednictvím daní – přinejmenším nemorální je pak odepírat zdravotnické služby těm, kdo tyto daně někdy platili
- nelze objektivně a spravedlivě stanovit „užitečnost“ jedince
- právo na zdraví patří k naplnění práva na svobodu, neboť je podstatnou podmínkou smysluplného života – člověk nemocný, invalidní či trpící bolestí je ve svých možnostech omezen a nemůže se svobodně rozvíjet a dosahovat svých cílů
- vede k diskriminaci některých nemocných – diferencuje vnitřní a vnější vlivy, což není v souladu s bio-psycho-sociálním pojetím zdraví, které uznává etiologii všech tří faktorů

Právo je v moderní filosofii a politické teorii chápáno jako oprávněný nárok, požadavek na zboží, službu nebo svobodu. Je chápána legitimita požadavku a adekvátnost mezi požadavkem a naplněním práva. Negativní interpretace práv nemá žádné etické zdůvodnění.¹⁶

Egalitární pojetí práva na zdraví

Vychází z egalitárního pojetí práv člověka, podle kterého společenské dobro musí být distribuováno spravedlivě. Spravedlnost znamená rovnou příležitost, tj. v případě zdravotní péče je to příležitost dosáhnout co nejlepší úrovně zdraví bez ohledu na výchozí předpoklady či vnější okolnosti. Je založeno na odpovědnosti skupiny a povinnostech jedince. Zdravotní péče je veřejně distribuovanou sociální službou a základním občanským právem. Dostává se jedinci podle zdravotní potřeby bez ohledu na sociální postavení podle principu solidarity. Je východiskem zdravotnického systému Národní zdravotní služby.

Základní myšlenka egalitárního pojetí práva na zdraví však byla formulována v době, kdy medicína nedosahovala dnešní úrovně. S rychlým rozvojem technologií lékařských metod, s novými poznatky v oblasti léčebných a diagnostických postupů či nových léčiv je na jedné straně možno dát naději na vyléčení stále více nemocným, ale současně se zvyšují náklady na zajištění péče o pacienty, prohlubuje se nerovnováha mezi finančními možnostmi a potřebami zdravotnictví. Jak se v průběhu vývoje ukazuje, egalitární přístup není ani zárukou rovnosti. Egalitární pojetí lidských práv je

¹⁶ KŘÍŽOVÁ, E. *Rovnost ve zdraví (ekvita) v transformovaném zdravotnictví České republiky*, s. 34

sice stále základem demokratické občanské společnosti, nicméně zdravotnické systémy postavené na tomto pojetí mají svoje problémy a jsou kritizovány, zejména z těchto důvodů:¹⁷

- vzhledem k omezeným zdrojům, v disproporci proti potřebám, nelze ani státem zajištěným rovným přístupem ke zdravotní péči dle např. územního principu zajistit vždy potřebnou, zejména specializovanou péči (otevření prostoru ke korupci)
- princip solidarity obsahuje nežádoucí prvek solidarity jedinců odpovědných za svoje zdraví s neodpovědnými, neomezený princip solidarity může vést ke zneužívání systému, ke snížení ochoty a motivace o svoje zdraví pečovat

„Rizikem egalitářského zdravotnictví je skrytá nerovnost ve zdraví, černý trh, selekce pacientů při přidělování péče, netransparentnost procesů, paternalismus lékařů a malá zákaznická úloha pacientů.“ (Křížová E., tamtéž, s. 46)

Utilitární pojetí práva na zdraví

Principem utilitarismu je hodnocení jevů z hlediska jejich užitečnosti, tj. možnosti sloužit jako prostředek k dosažení zvoleného cíle. Je to filozofický a etický směr, který pokládá za cíl a měřítko lidského jednání hledání blaha, prospěchu a užitku a omezování utrpení a bolesti. Jeho zakladatelem je Jeremy Bentham, který pokládal největší možné štěstí a uspokojení pro největší možný počet lidí za smysl etických norem a principů. Běžně bývá interpretován jako egoismus, hledání prospěchu, maximalizace štěstí, užitku a slasti jedince či co největší skupiny.

Zdravotní péče je v utilitárním pojetí založena na prospěchu pro společnost, je sociálním užitekem a prospěchem, chrání společnost před důsledky zdravotních a s nimi spjatých sociálních problémů. Zdravotní péče je považována za spravedlivou, jestliže prospívá co největšímu počtu lidí a slouží společenskému rozvoji. V takto formulovaných podmínkách však vzhledem k limitaci finančních prostředků a zdrojů obecně je objem distribuovaných služeb omezen, zdravotní péče je rozdělena na základní a nadstandardní. Jde o kombinaci solidarity a ekvivalence. Utilitární pojetí je východiskem národního zdravotního pojištění – utilitární prvky se kombinují s egalitárním přístupem při limitaci společenskými možnostmi a důsledky pro společnost.

¹⁷ KŘÍŽOVÁ, E. *Rovnost ve zdraví (ekvita) v transformovaném zdravotnictví České republiky*, s. 40

Aplikace utilitární koncepce ve zdravotnictví se setkává zejména s těmito výhradami:

- preferování zájmů a potřeb většiny s důsledkem marginalizace menšinových zájmů a potřeb – nerespektování lidské důstojnosti a stejné morální hodnoty každého jedince, kdy nemocných je v podstatě menšina
- podpora poskytování péče v případě pouze léčitelných stavů při důsledném sledování společenského prospěchu – nízká priorita nevyléčitelně či chronicky nemocných a postižených
- zpomalení rozvoje medicíny

Shrnutí

Je zřejmé, že stejně jako u jednotlivých zdravotnických systémů charakterizovaných převažujícími způsoby financování zdravotní péče, také u výše uvedených modelů odvozených od přístupů z hlediska práva na zdraví se postupně začaly projevovat jejich nedostatky. Současně s těmito nedostatky však začala krystalizovat výchozí tvrzení, na kterých by měl být postaven jakýkoliv systém či model zdravotní péče:

- solidarita, rovnost, spravedlnost
- respektování principu ekvivalence
- jak již bylo výše uvedeno, negativní interpretace práv nemá etické zdůvodnění, právo na zdraví je nutno pojímat jako pozitivně vymezené právo
- stát musí garantovat přístup ke zdravotní péči v souladu s dodržováním základních lidských práv a svobod
- ekonomické ani sociální faktory nemohou bránit dosažení zdraví
- směřování výchovy k odpovědnosti jednotlivce za svoje zdraví

Nabízí se otázka, zda je vůbec možné vybudovat zdravotnický systém, který by splnil všechny požadavky na něj kladené, tj. požadavky právní a etické, a současně měl dostatečné finanční zdroje k jejich saturování. Dosavadní zkušenosti zemí, které potřebné reformy svých zdravotnických systémů již zahájily, ukazují, že ideálního systému lze jen stěží dosáhnout. Pak je důležité rozhodnutí, které problémy zvládnout a se kterými je nutno se smířit. Existuje řada prvků, které spojují tyto byť celkově rozdílné názory na změny zdravotnických systémů, které svojí strukturou i výsledky přestaly vyhovovat současné společnosti. Vzhledem k odlišným podmínkám historického vývoje jednotlivých zemí, jejich ekonomiky a kultury je však nelze beze

zbytku a automaticky vnést do dosavadních systémů. Situace je ztížená i tím, že do zdravotnického systému přímo vstupují další systémy – výchova, sociální hodnoty, orientace společnosti, výzkum a jeho využití. Domnívám se však, že rozbor současné reformy zdravotnictví v České republice a porovnání s těmito požadavky mi může být východiskem pro odpověď na otázku: „Do jaké míry bylo těchto styčných bodů využito v současné koncepci zdravotnictví? Je způsob financování zdravotnictví prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění v České republice sociálně únosný? Jaké kroky jsou činěny v oblasti výchovy k odpovědnosti za svoje zdraví a jsou dostatečné?“

2. Zdravotní pojištění v České republice

2.1 Historické souvislosti

Počátky a vývoj zdravotního pojištění

Historie vývoje zdravotního pojištění v českých zemích je spjata s vývojem pojištění jako takového, a to v kontextu vývoje nejen pojištění v evropské oblasti, ale také vývoje sociální politiky, jejíž součástí je právě i zdravotnictví. Počátky pojištění se vztahují k oblasti hospodářské. V Evropě vzniká jako první pojištění námořní (Itálie, 14. století). V 15. století jsou to pak pojišťovací ústavy proti ohni a v 17. století se pojištění dále rozšiřuje v souvislosti s rozvojem zámořského obchodu. Tato forma pojištění představuje společenský institut pojištění soukromého, tj. individuálního pojištění životního a majetkového.

Druhou formu tvoří pojištění sociální, tj. veřejně právní, povinné, dle okolností, pro určitou skupinu občanů. Vzniká koncem 19. století a souvisí s utvářením a vývojem sociální politiky, která v podstatě existovala, byť ne uceleně a jen v určitých jednotlivých krocích, již od starověku. Její důležitost začala být lidmi uvědomována zejména s nástupem novověku, se vznikem strojové průmyslové velkovýroby a rozvojem kapitalismu, kdy se vyhraňují sociální problémy, především sociální otázka a postavení dělnické třídy. Sociální otázka je položena jako apel na svědomí vyšších tříd, aby uznaly svoji zodpovědnost za blahobyt zanedbávaných částí společnosti. Sociální politika začala být příkazem dne, hlavní starostí pokrokových a dobrých lidí, a termín sociální začal postupně vytlačovat termíny jako etický nebo jednoduše dobrý.¹⁸ Základní podmínkou rozmachu tržního hospodářství je dělnická třída, a proto se opatření sociální politiky koncentrují na pracovní a životní podmínky dělnictva, roste úloha státu a konstituje se všeobecné sociální pojištění.¹⁹

Ucelené státní koncepce sociální politiky mají počátky koncem 19. století. Dochází k významným medicínským pokrokům, začínají se ale projevovat problémy s její finanční náročností. Souvztažné sociální problémy začíná řešit v Německu jako první císař Vilém I., dle kterého se sociální zákonodárství stane podstatnou složkou politiky

¹⁸ HAYEK, F. A. *Právo, zákonodárství a svoboda*, s. 207

¹⁹ KEJDOVÁ, M., VAŇKOVÁ, Z. *Právo a sociální politika*, s. 82

říše a sociální pojištění pak opatřením nejvýznamnějším. V letech 1883–1889, kdy v čele vlády stojí Otto von Bismarck, jsou přijaty zákony o pojištění nemocenském, úrazovém a invalidním. Stát se tak stává i činitelem sociálním. (Termín sociální se více a více stával označením mimořádné ctnosti, vlastnosti, kterou nejen vynikal dobrý člověk, ale i ideálem, jímž se mělo řídit jednání obce.)

Počátky a vývoj zdravotního pojištění v českých zemích

Prvopočátky zdravotního pojištění v českých zemích jsou spojeny s vývojem sociálního pojištění. Ve 14. století je založen Fond parléřské hutě, v 16. století vzniká status dělnické nemocenské pokladny a následně pokladny další, které byly v 18. století za vlády Karla VI. zrušeny. Volnost byla ponechána podpůrným fondům tovaryšů, které byly založeny na solidaritě, vedoucí k ochraně sociálně slabých příslušníků. Podpůrné fondy byly později proměněny ve společenstevní pokladny. S růstem průmyslové výroby byl vytvářen tlak na zaměstnavatele, aby se starali o zdraví svých zaměstnanců. V 19. století jsou zakládány spolkové pokladny a pokladny pomocné (v 80. letech tohoto století bylo na našem území asi 400 pokladen).

Po vzniku samostatného Československa zákony vydanými v letech 1919–1924 bylo povinné zdravotní pojištění rozšířeno na všechny námezdně pracující a od roku 1925 bylo rozšířeno i na státní a veřejné zaměstnance.²⁰

Po druhé světové válce, v roce 1948, bylo pojištění sjednoceno do jednoho povinného systému zákonem č. 99/1948 Sb., o národním pojištění. Příspěvky hradili pojištěnci, zaměstnavatelé, ambulanti péče byla poskytována převážně soukromými lékaři, nemocnice, léčebné ústavy, lázně, zdravotnický průmysl a distribuce léčiv byly znárodněny.

V roce 1951 byla převzata koncepce sovětského modelu zdravotnictví. Zdravotnictví převzal stát, povinné zdravotní pojištění bylo zrušeno (zákon č. 102/1951 Sb., o přebudování národního pojištění a zákon č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní péči). Zdrojem financování se staly prostřednictvím státního rozpočtu daně. Finanční prostředky přidělovalo Ministerstvo zdravotnictví, posléze Ministerstvo financí. I přes monopol státu, který byl charakteristický pro toto období, rovnostářství a celospolečenský solidarismus fungovalo zdravotnictví, tak jako další velké sociální systémy, např. školství, v podstatě dobře. Téměř všechny ukazatele zdravotního stavu

²⁰ GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*, s. 32

obyvatelstva v 60. letech 20. století byly poměrně dobré. Nicméně v 70. a 80. letech se naše zdravotnictví začalo potýkat s nedostatkem finančních prostředků (priority byly v jiných odvětvích), začalo docházet k zaostávání technologií, ukazatele zdravotního stavu se začaly zhoršovat, zvyšovala se úmrtnost, zejména na kardiovaskulární choroby a zhoubné nádory. Podíl mělo nejen výše uvedené, ale celkový životní styl obyvatel, výchova k péči o zdraví byla formální a neefektivní. Začaly se projevovat celkové nedostatky socialistické sociální politiky, jako byla neprovázanost na ekonomiku, rovnostářství, nedostatečná motivace a vyloučení soukromých subjektů.²¹ Zdraví a zdravotnictví se ocitá v krizi.

Systém zdravotního pojištění po roce 1989

Politické změny v roce 1989 umožnily v naší zemi zásadní změny i v oblasti zdravotnictví včetně jeho financování. Již v roce 1990 byly expertní skupinou vypracovány a předloženy dokumenty „Návrh reformy péče o zdraví“ a „Návrh nového systému zdravotní péče.“ Nový systém byl postaven na modelu povinného zdravotního pojištění, tj. ustanovení zdravotní pojišťovny a zavedení povinného zdravotního pojištění. Systém měl být konzistentní s evropským pojetím péče o zdraví. Vycházel z práva na péči o zdraví, které je zajišťováno na základě solidarity. Mezi jinými, kromě zachování solidarity, bylo cílem motivovat obyvatelstvo k zájmu o své zdraví a svůj zdravotní stav, ale také motivovat tzv. druhé strany, tj. poskytovatele zdravotní péče, k co nejkvalitnější a nejefektivnější péči.

Kromě jiného bylo vycházeno z historie zdravotního pojištění u nás v souvislosti s prvorepublikovým pojištěním, které v zemi několik desetiletí dobře fungovalo. Na rozdíl od něj však bylo zdravotní pojištění po roce 1990 odděleno od systému nemocenského pojištění. A to přesto, že oba systémy spolu úzce souvisejí. V některých případech je pak dáván do příčinné souvislosti s touto skutečností růst nákladů na úhradu ze systému nemocenského pojištění. (Krátkodobá léčba je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. V případě vystavení pracovní neschopnosti je tato sanována z prostředků nemocenského pojištění. Což může vést k tomu, že v případě prodloužení pracovní neschopnosti může docházet k zbytečnému čerpání finančních prostředků, protože lékaře se tyto prostředky netýkají.)

²¹ KEJDOVÁ, M., VAŇKOVÁ, Z. *Právo a sociální politika, rozšířené teze přednášek 2008*

Po roce 1989 naše zdravotnictví postupně prošlo řadou významných reformních změn, nicméně ve druhé polovině devadesátých let se reforma v podstatě zastavila, a to přes řadu snah ve formě různých koncepcí jednotlivých střídajících se ministrů zdravotnictví i odborníků. K pokusu o zásadní změny pak dochází od roku 2008, kdy vstupuje v platnost zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů.

3. Reforma zdravotnictví v České republice

3.1 Legislativní rámec zdravotního pojištění v ČR

Jako základní východisko právní úpravy zdravotního pojištění v naší republice uvedme Listinu základních práv a svobod, konkrétně čl. 31 Listiny. „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“ Bezplatnost zdravotní péče, základní právo, je pak omezeno a determinováno podmínkami, které stanoví zákon. Jako základní právní dokumenty v oblasti zdravotního pojištění byly přijaty:

- Zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění
- Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně
- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

Všeobecné zdravotní pojištění bylo spuštěno od 1. 1. 1992 a do roku 1993 fungovalo souběžně s dosavadním systémem. Uvedený Zákon č. 550/1991 Sb. byl od 1. 1. 1998 nahrazen zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Snahy o to, aby Všeobecná zdravotní pojišťovna neměla v oblasti zdravotního pojištění monopol a aby bylo vytvořeno konkurenční prostředí, vedly k přijetí zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Tyto pojišťovny však vznikaly v období ne zcela vyjasněných podmínek jak finančních, tak legislativních. Otázkou byla také úroveň připravenosti tehdejšího managementu v čele těchto pojišťoven. Během dalších let došlo k velkému nárůstu počtu těchto pojišťoven, ale také k jejich zániku v důsledku špatného fungování.

Ve smyslu zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění jsou plátcí zdravotního pojištění pojištěnci, zaměstnavatelé a stát. Za pojištěnce jsou považováni zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné a osoby s trvalým pobytem na území České republiky, pokud nejsou současně zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné a není za ně plátcem pojistného stát. Výše pojistného dle zákona č. 592/1992 Sb. v platném znění činí 13,5% z vyměřovacího základu za rozhodné období. Pojistné za zaměstnance hradí z jedné třetiny zaměstnanec, ze dvou třetin zaměstnavatel. Minimálním vyměřovacím základem zaměstnance je minimální mzda. Vyměřovací základ osoby samostatně výdělečně činné činí od roku 2006 50% příjmu z podnikání a jiné samostatně výdělečné

činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení. Vyměřovací základ pro pojistné hrazené státem je stanoven na období kalendářního roku ve výši 25% všeobecného vyměřovacího základu stanoveného nařízením vlády pro účely důchodového pojištění za kalendářní rok, který o dva roky předchází kalendářnímu roku, pro který se vyměřovací základ zjišťuje. U osob samostatně výdělečně činných a od roku 2008 také pro zaměstnance je stanoven maximální vyměřovací základ, a to 48 násobek průměrné mzdy.

3.2 Koncepce reforem a reforma zdravotnictví roku 2008

Návrhy koncepcí reforem zdravotnictví po roce 1989 přicházely postupně vždy přinejmenším s novým ministrem zdravotnictví, jichž se – naneštěstí pro zdravotnictví – vystřídala celá řada, resp. 13, nepočítáme-li ministry řídící jiná ministerstva, kteří byli dočasně pověřeni řízením Ministerstva zdravotnictví. Tato skutečnost samozřejmě souvisí s faktem, že jde o funkci politickou, která je v přímé závislosti na změně vládnoucí politické garnitury. Také celý proces reformy ve zdravotnictví je silně politicky zabarven, to vše se negativně odráží v jejím procesu.

Z výraznějších koncepcí, které však ve svém důsledku do roku 2007 nevedly k zásadní změně systému, zmiňme např. koncepci Ivana Davida z roku 1999, dle které by se zdravotní pojišťovny staly pouze organizačními složkami Správy veřejného zdravotního pojištění, nebylo v ní zamýšleno zásadní zvyšování spoluúčasti pacienta.

Koncepce Marie Součkové z roku 2002, jejímž zásadním článkem měl být občan, počítala se zavedením preventivních prohlídek s následnými bonusy. Snahou bylo omezit nadbytečná vyšetření, od původně plánované spoluúčasti pacientů bylo z politických důvodů ustoupeno.

Jozef Kubinyi na svém postu ministra zdravotnictví v roce 2004 nepobyl příliš dlouho. Jeho koncepcí navrhované kroky se v té době mohly jevit jako příliš radikální. Zdravotní pojištění chtěl snížit a nahradit tzv. spoluúčastí pacienta. Cílem bylo zamezit zneužívání lékařské péče, v návrhu bylo také ukončení platby za děti a důchodce státem.

Jeho další nástupkyně Milada Emmerová ve své koncepci z listopadu 2004 považovala za zásadní navýšit roli státu, z čehož v lékařské veřejnosti vznikly obavy ze zestátnění zdravotnictví. Dokumentu byla také vytýkána přílišná obecnost a uvádění obecných etických principů, ale žádná konkretizace postupů. Návrh koncepce nebyl schválen. V roce 2005 se situace vyhrotila a ministryně byla z funkce odvolána.

Na její místo nastupuje David Rath, který uvalil nucenou správu na Všeobecnou zdravotní pojišťovnu ČR, což mělo ukončit její špatné hospodaření, ustanovil komisi pro kategorizaci léčiv bez zástupců farmaceutických firem a lékárníků, kteří se podle něj snaží prosazovat co nejvyšší ceny léků na úkor občanů. Snížil marži lékáren a nařídil nemocnicím, jejichž zřizovatelem je stát, uvádět úspěšnost léčby svých pacientů, výsledkem byl žebříček nemocnic. Jednotlivé kroky Davida Ratha byly dílem oceňovány (z větší části občany), dílem zatracovány (zdravotnická zařízení, lékárny...).

K ověření těchto kroků časem však nemohlo dojít, neboť následníkem Davida Ratha se v září 2006 stává Tomáš Julínek (v mezidobí ještě nastalo sedmiměsíční období bezvlády v důsledku patové situace po volbách a Tomáš Julínek se de facto stává ministrem zdravotnictví od ledna roku 2007). Jeho koncepce zdravotnictví je v liberálním duchu, vychází z doporučení mezinárodních organizací, lze vysledovat odkazy na zdravotnický systém např. Švýcarska. V zásadě by podle něj mělo být zákonem definováno, jaká zdravotní péče bude hrazena z veřejného zdravotního pojištění a v jakém rozsahu.

S odhlédnutím od poslední koncepce Tomáše Julínka, které se budeme věnovat podrobněji, lze konstatovat, že v průběhu předchozích let existovaly četné pokusy o nápravu hlavních nedostatků, opakovaně však končily nezdarem. Po seznámení se s celou tehdejší situací lze souhlasit s názorem, že to bylo způsobeno: "...především dvěma okolnostmi. Část těchto pokusů, vedených snahou získat obecnější podporu, zůstávala pouze u formálních úprav a neřešila podstatné složky problému. Druhá část pokusů, navrhuji některé zásadnější změny, brzy narazila na odpor některých zájmových skupin a byla buď zamítnuta, nebo upravena do neškodné, ale nic neřešící formy."²²

Koncepce Tomáše Julínka

Autorem dokumentu "Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století"²³ ze září roku 2005 není pouze tehdy stínový ministr zdravotnictví MUDr. Tomáš Julínek, ale také spoluautoři MUDr. Pavel Hroboň a MUDr. Tomáš Macháček. Jejich cílem je změna zdravotnického systému, který bude na jedné straně

²² VEPŘEK, J., VEPŘEK, P., JANDA, J. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví*, s. 36

²³ http://www.reformazdravotnictvi.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/CZ_publicace.pdf ze dne 12. 10. 2008

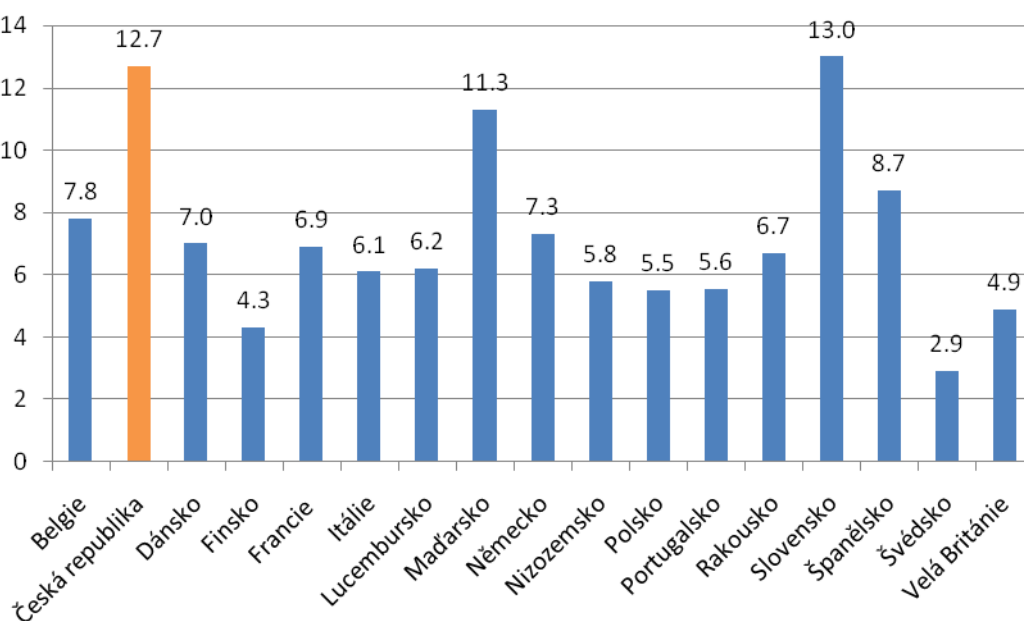
vycházet ze specifické situace v České republice a přitom na straně druhé bude korelovat se současnými evropskými a světovými trendy. Návrhy obsažené v koncepci jsou dle autorů podloženy studiem vývoje zdravotnických systémů i situace v České republice, které jsou ovlivňovány stárnutím populace, novými medicínskými postupy i rostoucími požadavky občanů na kvalitu služeb a možnost spolurozhodování.

Cílem je poskytnout účastníkům systému motivaci, vymezit prostor zdravotnického systému a vysvětlit nutnost omezení role státu pouze na zajištění rovného přístupu k potřebné péči pro všechny občany, stanovení pravidel a jejich kontrolování. Návrh obsahuje koncepci reformy institucí a reformy financování.

Reformy směřují k použití zdravotních pojišťoven jako nákupčích zdravotní péče, k posílení konkurence v oblasti zdravotního pojištění a poskytování zdravotních služeb, ke změně chování občana cestou zavedení minimálních regulačních poplatků a změnou úhrad léků při zavedení v té době neexistujícího omezení celkové výše přímých plateb občanů, zlepšení role státu jako regulátora a podpůrce občana ve zdravotnictví.

Reforma institucí by pak konkrétně měla spočívat v transformaci zdravotních pojišťoven do formy akciových společností, jejichž činnost ale bude vzhledem ke specifčnosti veřejného zdravotního pojištění upravena nad rámec obchodního zákoníku zvláštním zákonem s jasně stanovenými povinnostmi ve smyslu zajištění kvalitní zdravotní péče pro všechny občany.

Graf 1: Počet návštěv pacientů u ambulantních lékařů



Zdroj: OECD Health Data 2004

Doplněním jsou opatření směřující ke změně chování občanů jako pacientů, ale i indikujících lékařů, ve smyslu zodpovědnějšího chování při čerpání zdravotní péče, a to zavedením byť i minimálních regulačních poplatků. Autoři čerpají ze zahraničních zkušeností (viz Graf 1). Zavedení ročního limitu na tyto poplatky a celkovou spoluúčast u předepsaných léků a prostředků zdravotnické techniky je tvůrci koncepce považováno za sociálně „přívětivější“ než dosavadní systém, kdy jsou doplatky koncentrovány na malou skupinu zranitelných občanů a dosahují tak v některých případech neúměrné výše pro jednotlivce (viz Tabulka 1).

Tabulka 1: Doplatky na léky hrazené z veřejného zdravotního pojištění a jejich rozložení mezi občany v roce 2004

do 300,- Kč	do 600,- Kč	do 1 000,- Kč	do 1 400,- Kč	nad 3 000,- Kč
80%	5%	0,8%	0,4%	0,2%

Zdroj: zdravotní pojišťovny a společnost Cegedim, analýza Reforma zdravotnictví – forum.cz

Stát by měl plnit pouze ty role, které mu přísluší a ve kterých je svým způsobem nezastupitelný. Patří sem mezi jinými ochrana veřejného zdraví (úprava právních vztahů tak, aby bylo zamezeno činností poškozujícím zdraví druhých) a zajištění neodkladné přednemocniční péče. Na druhou stranu ovlivňování individuálního přístupu jednotlivců k vlastnímu zdraví státem je považováno za okrajové, v podstatě pouze vytvořením prostředí, které občany ke zdravému životnímu stylu motivuje a zajištěním informovanosti. Odpovědnost ale musí nést každý sám, nikoliv stát. Reforma financování počítá s posílením postavení občana v tom smyslu, že se bude moci rozhodnout, jak velké riziko chce nést sám a na co se připojistí. Cestou je rozdělení současné zdravotní péče na základní a doplňkové připojištění a zavedení osobních zdravotních účtů. To by mělo vést k zamezení negativních jevů, které jsou s pojištěním spojené, jako je tzv. morální hazard, tedy zkušenost, že pojištěný člověk se chová méně zodpovědně, než je tomu v opačném případě.

Uvedená koncepce reformy zdravotnictví chtěla ukázat, jak se na zdravotnictví dívá společnost uplatňující sociální citění jako hlavní kritérium. Důležitost sociálního citění je však často dávána v případě zdravotnictví do rozporu s nedostatkem finančních prostředků, jakoby v něm docházelo jen a pouze ke spotřebě těchto prostředků. Přitom efektivní zdravotnictví má význam pro prosperitu celé země. Cílem ekonomie není ušetřit peníze či jiné zdroje, ale získat za ně co nejvyšší hodnotu. Hodnotou je tady co nejzdravější populace, tedy praceschopná populace, která opět hodnoty vytváří.

V případě starých a ekonomicky neaktivních občanů je to pak zvyšování kvality jejich života, jejich osobního užitku, který se odráží v blahobytu celé společnosti.

Jak jsem již zmínila v předcházejícím textu, funkce ministra zdravotnictví je funkcí politickou, odvislou od charakteru programu vládnoucí strany. Vzhledem k tomu, že po překonání určitých peripetií se Tomáš Julínek de facto od ledna 2007 stává ministrem zdravotnictví, za podpory koalice se mu daří část svých koncepčních návrhů vtělit do zákonné podoby. Od 1. 1. 2008 vstupuje v platnost zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, jehož součástí jsou také změny týkající se zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů

Zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů č. 261/2007 Sb. vstoupil v platnost dne 1. 1. 2008. Tímto zákonem byl mimo jiné také novelizován zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. V § 16a odst. 1 citovaného zákona dochází k zavedení tzv. regulačních poplatků. Jde o poplatky ve výši Kč 30,-, 60,- a 90,-, které je pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce povinen platit v souvislosti s poskytováním hrazené péče zdravotnickému zařízení, které tuto péči poskytl. Předmětný zákon také v § 16a odst. 2 stanoví výjimky, dle kterých se tyto regulační poplatky nehradí. Na druhou stranu v § 16b tohoto zákona je stanoven limit regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní účely ve výši Kč 5 000,-. Pokud celková částka uhrazená pojištěncem nebo za něj zákonným zástupcem v kalendářním roce překročí tento limit, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou je tento limit překročen.

Regulační poplatky jsou jedním z avizovaných kroků koncepce „Reformy zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století“, které se díky – pro tuto koncepci příznivé – politické situaci podařilo realizovat.

Zavedení regulačních poplatků má svoje právní i sociální aspekty. Z hlediska právních aspektů se jako nejvýznamnější skutečnost jeví to, že skupinou poslanců byl zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů navržen ke zrušení pro rozpor s ústavním pořádkem, a to podáním podnětu k Ústavnímu soudu. Zdravotnické poplatky se v souvislosti s tímto návrhem mohou jevit jako nejslabší místo reformy. Podstata spočívá v posouzení článku 31 Listiny základních práv a svobod, dle kterého „Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon“. Slabé místo zákona o poplatcích

z hlediska ústavnosti je spatřováno v tom, že je stanoveno příliš málo výjimek, které by měly chránit před dopadem poplatků nejchudší občany. Jestliže by pak tito nemohli z důvodu nedostatku peněz čerpat zdravotní péči, bylo by to v rozporu s Listinou. Bezplatnost v souvislosti s veřejným zdravotním pojištěním byla do Listiny záměrně zakotvena bývalým federálním československým parlamentem v první polovině devadesátých let, kdy byla přijímána, a to z toho důvodu, aby byl standard zdravotní péče zajištěn bez ohledu na ekonomickou situaci občanů. Poplatky však z tohoto hlediska dle mínění některých tuto ekonomickou bariéru vytvářejí. (Na druhou stranu za jakých okolností a v jakých případech lze hovořit o bezplatnosti zdravotní péče, jestliže je na ni přispíváno ať již např. formou daní, jako tomu bylo v období socialistického zdravotnictví, respektive formou jiných příspěvků? Termínově pak takto chápaná bezplatnost by byla spíše sémantickým problémem, který ale v podstatě nereflektuje skutečný stav.)

Podle navrhovatelů právo na ochranu zdraví a bezplatnou zdravotní péči dle článku 31 Listiny náleží k sociálním právům, k onomu nedotknutelnému minimálnímu standardu sociálních práv, jež už zákonodárce nesmí snížit či prolomit. Zákonné naplnění těchto práv nad minimální standard je odvislé od časového a místního kontextu a zákonodárce je povinen sledovat tendenci naplňování těchto práv. Přestože Česká republika vykazuje trvale v posledních letech zlepšující se růst blahobytu, bohatnutí společnosti jako celku je provázeno ústupem od principů mezigenerační a mezilidské solidarity. Dovětek čl. 31 Listiny „za podmínek, které stanoví zákon“ by se pak měl týkat například nadstandardní péče.

Naopak dle jednoho z tvůrců koncepce, na jejímž základě byl předmětný zákon přijat, je významným aspektem, který přispívá k ústavní konformitě institutu regulačních poplatků s čl. 31 Listiny, rovněž zavedení limitu na regulační poplatek ve výši 5 000,- Kč ročně. Toto bude mít výrazně pozitivní dopad na tu skupinu chronicky nemocných pacientů, kteří dnes platí doplatky v součtu více než desetitisíce korun ročně, ve smyslu zvýšení dostupnosti a snížení finanční náročnosti nezbytné zdravotní péče. Dojde k posílení doposud neakcentované solidarity zdravých s nemocnými.

Nálezem Ústavního soudu ze dne 20. května 2008 Sb. 251/2008, částka 79/2008 (nález ve věci Pl. ÚS 1/08) Ústavní soud regulační poplatky ve zdravotnictví schválil, rozhodl, že nejsou v rozporu s českou ústavou, neshledal právní úpravu regulačních poplatků protiústavní. Dle Ústavního soudu zákonem zavedené poplatky regulují přístup ke zdravotní péči hrazené z veřejného pojištění, čímž zamezují jejímu

nadužívání, dochází k naplňování legitimního cíle ústavodárce, aniž by se cíl jevil nerozumným. Danou právní úpravou mají být občané vedeni k solidárnímu chování ve vztahu k druhým, resp. k těm, kteří potřebují náročnější zdravotní péči. Při posuzování poměru cíle reformy a sociálního práva Ústavní soud neshledal, že by regulační poplatky měly všeobecně „rdousící efekt“ a činily by reálně pro kohokoliv zdravotní péči či zdravotní pomůcky nedostupnými. (Nelze opomenout zákonné opatření případů, kdy se regulační poplatek z důvodů např. hmotné nouze nehradí, kontext vnitřní solidarity, vzájemné vyživovací povinnosti rodičů a dětí, mezi ostatními příbuznými, mezi manžely...)

Nicméně odmítavé stanovisko vyjádřilo sedm soudců z patnácti včetně jeho předsedy. Zásadní nesouhlas je vyjadřován obzvláště k nálezu v oblasti bezplatnosti zdravotní péče ve smyslu ustanovení čl. 31 Listiny, zejména pak u osob, za které je plátcem pojistného stát, a přesto nejsou od regulačních poplatků osvobozeny. Přitom do této skupiny patří důchodci i děti do 18 let. Tyto skupiny jsou vystaveny v případě potřeby náročné lékařské péče tíživé situaci, neboť musí nejdříve prostředky vynaložit a zpět je dostanou se značným časovým zpožděním. Nedůstojné podmínky, tedy stav, do kterého se tyto skupiny pojištěnců dostávají, je porušením práva na lidskou důstojnost, přestože dle čl. 1 Listiny jsou si lidé rovni v důstojnosti. Zákonodárce přijal normu, která paušálně a bez rozdílu stanoví poplatkovou povinnost prakticky na všechny druhy poskytované péče a na všechny pojištěnce bez rozdílu. Všechny formy výkladu – gramatický, systematický, logický i teleologický – napadené části zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů potvrdily, že poplatky se hradí za zdravotní péči a jejich účelem je zamezit zneužívání péče ze strany pojištěnců. Takováto úprava je ovšem protiústavní. (Ostatně pojem bezplatnost již Ústavní soud vymezil v obecné rovině v souvislosti s bezplatností vzdělání v základních a středních školách, a to tak, že podmíněnost práva zákonem neznamená, že zákonem lze bezplatnost vyloučit zcela. Zákon může stanovit jen co je bezplatné a co již bezplatné není.)

Od 1. srpna 2008 pak v souvislosti s politickými tlaky vstoupila v platnost novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která tímto dnem mění podmínky vybírání regulačních poplatků mimo jiné u narozeného dítěte, a to tak, že zákonní zástupci jsou od placení regulačních poplatků za pobyt narozeného dítěte ode dne porodu do dne prvního propuštění ze zdravotnického zařízení osvobozeni.

Stejně jako v rovině odborné v případě soudců, tak i v rovině laické v případě veřejnosti, se názory různí. Důležitý by měl být vždy princip „Audiatur et altera pars“

(Necht' je slyšena druhá strana). Dle této „druhé strany“ je však zapotřebí uvědomit si také fakt, že v naší zemi bylo po dlouhá léta prakticky zdravotnictví skutečně bezplatné, samozřejmě kromě toho, co jsme odváděli či odvádíme na daních respektive zdravotním pojištění. Neplatila se spoluúčast, pouze kdysi symbolická koruna manipulačního poplatku za recept. Jako vždy, když je něco „zadarmo“, vyvolávala tato situace některá negativa, mezi něž patřilo i to, že mnoha lidmi byla situace zneužívána.

V tomto směru se pro příznivce poplatků jeví jejich zavedení jako potřebné, neboť celé naše zdravotnictví musí hledat mechanismy, jak vtáhnout pacienta do zodpovědnosti za čerpání finančních prostředků, a to jak prostřednictvím odpovědné životosprávy a nerizikového chování, tak cestou uvážlivé konzumace péče v době, kdy ji potřebuje. Poplatky by měly nutit člověka-pacienta přemýšlet, zda lékaře skutečně potřebuje, ale je zde ještě důležitější cesta. Naučit se starat o svoje zdraví tak, abychom potřebovali zdravotní péče co nejméně. Regulační poplatky jsou výrazem spoluúčasti a také určité solidárnosti, která je ve zdravotnických systémech vždy potřeba – solidárnosti zdravých s nemocnými. Odrážejí naši připravenost pomoci si navzájem. Poplatky by neměly být jen demotivující složkou k nadužívání péče, ale i výrazem spolupodílení se na příspěvku pro ty potřebnější. Dá se předpokládat, že v případě zrušení či neexistence poplatků bude nutno je dříve či později nahradit zvýšením pojistného či vyšším státním příspěvkem z našich daní.²⁴ Ministerstvo zdravotnictví České republiky také poukazuje na skutečnost, že podle statistik vydávají české domácnosti například za alkohol a tabák mnohem více výdajů než na zdraví, v domácnosti bez dětí zhruba dvojnásobek. Přitom je ve vlastním zájmu každého z nás, aby náš životní styl byl co nejzdravější.

3.3 Hodnocení dosavadního průběhu a výsledků reformy

Hodnocení reformy bylo jejími tvůrci avizováno původně nejdříve po skončení jednoho roku od jejího zavedení tak, aby výsledky byly relevantní. Vzhledem ke společenskému tlaku i tlaku politické opozice bylo rozhodnuto o postupném hodnocení od jednotlivých čtvrtletí. Po skončení I. čtvrtletí roku 2008 bylo sice ještě brzy na celkové hodnocení systému, který v té době byl v podstatě na začátku, nicméně dle sdělení Ministerstva zdravotnictví ČR již první informace hovořily o tom, že regulační poplatky fungují a splňují svůj primární účel, tedy zamezení plýtvání a nadužívání zdravotnických

²⁴ <http://www.virtually.cz/index.php?art=16568> ze dne 18. 1. 2009

služeb. Velmi dobře podle něj začal fungovat i roční ochranný limit, který má chránit zejména chronicky nemocné před nadměrnou kumulací doplatků (limit přesáhlo v té době 102 pojištěnců).

Dle dotazovaných ředitelů zdravotních pojišťoven největším do té doby pozorovatelným efektem zavedení poplatků byl pokles předepisování volně prodejných léků s nižší cenou na recept, ale také patrný růst motivace pacientů k zodpovědnému čerpání zdravotní péče, který se projevoval například zvýšeným zájmem o informace v této oblasti, kladením otázek ohledně nutnosti předepisování léků v množství, o kterém vím, že je nespotřebuji, či zda jsou skutečně nutná všechna vyšetření u několika různých odborníků či hospitalizace po nekomplikovaném zákroku o několik dní delší než je průměr v evropských zemích.

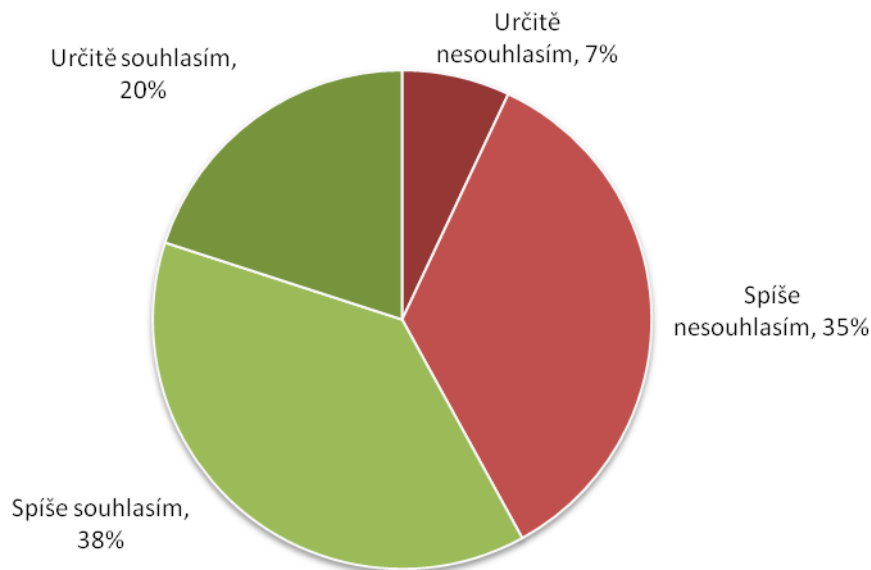
První půlrok fungování regulačních poplatků pak dle zprávy ministra zdravotnictví Tomáše Julínka znamenal pokračování trendu v omezení návštěv ordinací a tím více času lékařů na pacienty, snížení zbytečných návštěv odborných lékařů a méně hospitalizací, nepředepisování levných léků, které lidé raději platí v hotovosti. Úspory zdravotních pojišťoven činí 3,4 miliardy korun, z toho za léky 2,2 miliardy korun, péči ambulantních specialistů 810 milionů korun.²⁵ Tyto úspory je možno použít na léčbu vážných nemocí – byl zvýšen počet hospitalizovaných pacientů s nákladnými chorobami ve specializovaných centrech, kam byly přesunuty finance z těchto úspor (např. zvýšení léčby žen s nádorem prsu o 120 procent, lidí s Crohnovou chorobou, s nádory krku, hlavy, s Bechtěrejevovou chorobou, kterým nebylo možno dříve poskytnout ty nejmodernější léky nebo léčbu včas).

Reforma zdravotnictví, to však samozřejmě nejsou jen mezi společnostmi nejvíce frekventované poplatky, ale málokdo z nás dokáže postihnout její celou šíři a vidět záležitosti – už tak velmi složité a komplikované – v celém kontextu. Koneckonců i sociologické výzkumy a šetření ukazují, jak jsou lidé ve svých názorech ovlivněni subjektivními pocity, tím, jak se jich osobně situace dotýká, zda přímo oni či v jejich rodině, mezi blízkými či přáteli jsou lidé, kteří potřebují pomoc, odborně i finančně náročnou, kterou by sami z vlastních zdrojů nezvládli a naopak.

V období dubna a května 2008 proběhl sociologický reprezentativní výzkum Střediska empirických výzkumů (STEM) „Zdravotní pojištění 2008“, jehož součástí byly kromě jiného také názory veřejnosti (Veřejnost 2008) na úroveň zdravotnictví

²⁵http://zpravy.idnes.cz/pul-roku-regulacnich-poplatku-vynesly-2-6-miliardy-dalsi-usetrily-p9j-/domaci.asp?c=A080911_112255_domaci_ban ze dne 31.10.2008

Graf 2: V našem zdravotnictví je třeba udělat radikální a hlubokou reformu



Pramen: STEM, VZP – Veřejnost 2008, 1929 respondentů

a zdravotnickou reformu. Cílovou skupinou byli obyvatelé České republiky starší 18 let, technika dotazování standardizované rozhovory (face-to-face), velikost souboru 1929 respondentů, reprezentativní soubor populace ČR navýšen o podsoubor 408 žen ve věku 18–44 let a o 198 respondentů z Brna.

V otázce zdravotnických reforem je populace rozdělena na ty, kteří jsou přesvědčeni o jejich nezbytnosti a na ty, kteří je nechtějí. Odmítání je u velké části lidí spíše vyjádření ideologicky motivovaného nesouhlasu s reformními kroky současné vlády, než negativními názory na úroveň lékařské péče. Vyšší míru zájmu o otázky zdravotního pojištění projevují jen vysokoškolsky vzdělaná populace a vdané ženy. Mezi občany převládá názor, že naše zdravotnictví je na dobré úrovni, jak z hlediska kvality (72%), tak z hlediska dostupnosti (77%), k probíhající zdravotnické reformě však projevují značnou nedůvěru a o správnosti regulačních poplatků je přesvědčena jen pětina lidí. Názory na nezbytnost reformy pak rozděluje populaci do dvou skupin – 58% se domnívá, že je reforma nezbytná, 42% je přesvědčeno o opaku. Jednoznačně je o nezbytnosti reformy přesvědčeno 20% občanů, jednoznačně nesouhlasí 7% (viz Graf 2).

Přestože souhlas s reformou převládá, lidé se k ní ve velké většině staví opatrně a váhavě, bez ohledu na to, zda s ní souhlasí či nikoliv. Názory na úroveň zdravotnictví a správnost regulačních poplatků nejvíce souvisejí s materiální situací lidí a s jejich

vzděláním – častěji se o těchto otázkách vyjadřují pozitivně lidé, kterým se vede dobře, a také lidé s vysokoškolským vzděláním.

Otázka nebytnosti reformy také rozděluje společnost na dva tábory – souhlasný a nesouhlasný, ale nelze je popsat z hlediska žádných sociodemografických nebo statusových charakteristik, rozděluje je bez ohledu na věk, vzdělání, socioprofesní zařazení a životní úroveň. Mezi skupiny obyvatel, které pohlížejí na reformní úsilí vlády s nedůvěrou, se řadí zejména ti, kteří svoji materiální situaci hodnotí jako špatnou, lidé se základním vzděláním a lidé, kteří uvádějí zdravotní potíže většího rázu.

Tabulka 2

Tvrzení	Souhlas s tvrzením v %
Dostupnost zdravotní péče je celkově na dobré úrovni	77
Kvalita zdravotní péče je celkově na dobré úrovni	72
V našem zdravotnictví je třeba udělat hlubokou a radikální reformu	58
Zavedení a zvýšení poplatků ve zdravotnictví přispěje k celkovému zkvalitnění lékařské péče v ČR	21

Pramen: STEM, VZP – Veřejnost 2008, 1929 respondentů

Cílovou skupinou výzkumů v souvislosti se zavedením regulačních poplatků však nebyla pouze veřejnost jako taková. V období měsíce července a srpna 2008 byl proveden sociologický kvantitativní výzkum Střediska empirických výzkumů, jehož cílovou skupinou byli lékaři jako smluvní partneři Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR. Výzkum byl veden standardizovanými rozhovory (face-to-face). Lékaři vnímají nutnost reformy daleko naléhavěji než veřejnost (o její potřebě je jednoznačně přesvědčeno 20% mezi veřejností, ale 45% mezi lékaři, 17% lékařů ji odmítá, ale 42% veřejnosti), ale s jejím průběhem a dosavadními výsledky jsou většinou nespokojeni. Nejvíce se obávají, že pacienti nebudou schopni za péči a léky zaplatit a že naše zdravotnictví postupně ovládnou silné finanční skupiny, mají také obavy z privatizace nemocnic. V budoucnu si přejí být pojištěncem i smluvním partnerem státní pojišťovny.

Sociologický reprezentativní výzkum ve stejné oblasti byl proveden i v cílové skupině majitelů a manažerů malých a středních firem, tj. mezi zaměstnavateli s počtem zaměstnanců mezi 5–250, v období července 2008 výše uvedenou agenturou. Pokud jde o výsledky reformy, zaměstnavatelé jsou spíše skeptičtí, o jejím pozitivním vlivu na kvalitu zdravotní péče je přesvědčena jen pětina z nich, 42% soudí, že nepřinesla lepší kvalitu zdravotní péče, podle 40% z nich se dokonce ještě zhoršila. Názory

zaměstnavatelů jsou v podstatě v souladu s názory veřejnosti, která se také staví k reformě spíše nedůvěřivě. V budoucnu by se většina zaměstnavatelů rozhodla pro státní pojišťovnu.

Poznatky z praxe

Při své praxi vedoucí referátu kontroly výběru pojistného a správy pohledávek Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky se setkávám s klienty zejména v negativní pozici toho, kdo vymáhá plnění zákonných ustanovení týkajících se výběru zdravotního pojištění. I po mnoha letech působení v této funkci musím konstatovat, že se, podle mého mínění, jeden z hlavních problémů bohužel nezměnil. Je to velmi nízká úroveň právního vědomí našich spoluobčanů. Co je příčinou? Nezájem, nedostatky ve výchově, zanedbání dostatečné osvěty? Stále se spousta lidí, v tomto případě dlužníků zdravotního pojištění, domnívá, že budou-li se tvářit, že se jich situace netýká, problém se vyřeší. Nepřebírají doporučenou poštu, nereagují na výzvy, neřeší problém. Přitom téměř každý problém má svoje řešení.

V případě dluhů na zdravotním pojištění je to např. režim splátkových kalendářů, institut odstranění tvrdosti v případě penále a pokut. Ale vše má svoje zákonné lhůty. Dle správního řádu po uplynutí patnáctidenní lhůty na odvolání nabývá platební výměr právní moci. Po této lhůtě již nelze o odstranění tvrdosti zákona žádat. A jestliže dotyčný poštu nepřebírá a je doručena fikcí, případně poštu přebírá, ale ve lhůtě nereaguje, nemá možnost následně odstranění tvrdosti realizovat. Nic z toho mu ale v případě exekucí, obstavení účtu či jiného způsobu vymáhání dluhu nebrání v hlasitých či nevybíravých projevech nesouhlasu, případně agrese na adresu zákonodárců, v tu chvíli však reprezentovaných např. zaměstnankyní pojišťovny.

Osvědčil se klidný, vstřícný, věcný, asertivní a zčásti i edukativní přístup. To jsou případy klientů, kteří jsou si vědomi svých porušení zákona, nicméně při své nečinnosti doufají, že jim to projde. Časté jsou také argumentace protidotazem, jak je nakládáno s účastníky mediálních kauz typu Zetor Brno, TOS Kuřim, POLDI Kladno? Že si troufáme pouze na ty malé dlužníky, fyzické osoby. Postup je samozřejmě stejný. Dluhy jsou vymáhány na všech. Ovšem je pravda, že vymahatelnost práva v České republice by byla asi otázkou do jiné práce. Součástí výchovy dlužníků k jejich větší odpovědnosti by měl být např. systém zveřejňování pravomocných dluhů na Internetu pro upozornění jejich ostatním potenciálním klientům či peněžním ústavům. Nicméně základ problému stále vidím, jak jsem již zmínila výše, v nedostatečné míře

odpovědnosti za plnění povinností ve společnosti obecně, v nízké úrovni právního vědomí, které je přitom důležitou a nedílnou součástí společenského vědomí. Nutnost znát právo, respektovat právo, konat podle něj. Prostý cíl, obtížná cesta.

Na druhou stranu je skutečně příliš mnoho změn v zákonech, vyhláškách a nařízeních i pro toho jedince, který se o věc zajímá, a které právě pro jejich množství občané nestačí sledovat. Tam je to dle mého názoru skutečně záležitost nedostatečné osvěty, zejména v případě změn, které se pro většinu populace mohou zprvu jevit jako sociálně či společensky neúnosné. Úřady by zde měly být pro občany a měly by více využívat dostupných médií pro šíření a zejména vysvětlení a zdůvodnění připravovaných zákonných změn. Pro příklad nemusíme chodit daleko. I lidé, kteří dle svého vyjádření s reformou zdravotnictví souhlasí, mají za to, že byla hluboce podceněna komunikace s občany v otázce zpoplatnění zdravotnictví. Sám ministr zdravotnictví Tomáš Julínek uznává, že kampaň mohla být mohutnější, ale dle jeho slov jen konsolidace tiskového oddělení ministerstva s úřadem trvala tři čtvrtě roku a Tomáš Cíkr tam byl sám s pracovníky, kteří nikdy nedělali marketing. Naskýtá se pak otázka, jaká byla odbornost těchto lidí v takovém oddělení a jak je možné, že jsou z prostředků daňových poplatníků placeni.²⁶ Současně nutnost četných změn v zákonech vypovídá o nekvalitní legislativě vyžadující úpravu již v krátké době své působnosti.

Jsou však i případy, kdy jedinci prostě neplatí zdravotní pojištění, spoléhají na společnost, která je podle nich povinna se o ně postarat, na sociální dávky, které jim dle jejich názoru přináležejí. Pak přicházejí jejich rodiče (často již důchodci) a prosí o možnost řešení (obvykle již exekurovaných) dluhů za tyto svoje „dospělé děti“ a následně tyto dluhy hradí. Nedostatečná výchova? Přílišná láska k dětem? Naopak nedostatek lásky k rodičům? Lhostejnost? Závislost? Absence morálky, charakteru, sociálního citění? Příklad rodičů, zejména matek, které budou pomáhat svým dospělým dětem, dokud budou moci, aniž by byl reálný předpoklad, že právě tyto děti se někdy o svoje staré rodiče postarají? Tohle asi není představa dnešní moderní společnosti a moderní sociální politiky, která stále více hovoří o principu subsidiarity, který spojuje osobní odpovědnost se solidaritou. Kromě jiného podle tohoto principu je každý povinen pomoci nejdříve sám sobě, pak by měla nastoupit rodina, ale v jiném kontextu, než tito lidé bezohledně předpokládají, pokud i ta je v obtížích, nastupují jiná společenství, až na posledním místě je k pomoci vyzván stát. U těchto lidí je však

²⁶ <http://archiv.newton.cz/mf/2008/10/29/1950ab1a163c785de267772ba62a9257.asp> ze dne 29. 10. 2008

evidentně na prvním místě stát a pak jejich nejbližší, nikdy oni sami a jejich vlastní přičinění a navíc jen sobecké zneužití rodičů bez budoucí odezvy a solidarity z jejich vlastní strany, pokud by se měli jednou o rodiče postarat oni.

Poněkud odlišná situace mne čekala při mé stáži, kterou jsem vykonávala zčásti jako přepážková pracovnice. Zde jsem se již setkávala s běžnými klienty, tedy i klienty spokojenými, nejen s dlužníky, jako při své běžné práci, a bylo možné na cílené dotazy získat odpovědi týkající se reformy zdravotnictví a sociální únosnosti prováděných změn. Vzhledem k tomu, že jisté signály jsem již měla, nebyly pro mne tyto poznatky překvapením. Spíše mne zaujaly rozdíly mezi některými z nich a oficiálními výsledky STEMu či Ministerstva zdravotnictví ČR, které jsem uvedla výše a které se týkaly například lékové politiky. Úspory v oblasti spotřeby léků vycházející z oficiálních statistik jsou faktem, ale jak z cílených dotazů, tak zčásti i ze sociologického šetření, které jsem vedle pozorování a krátkých rozhovorů prováděla, vyplývá, že zavedení regulačních poplatků pro většinu z dotazovaných neznamenal změnu jejich postoje ve smyslu omezení plýtvání s léky a nadužívání péče a nevedlo či nebylo důvodem k racionálnímu chování v případě užívání léků, neboť se takto hospodárně chovali již dříve.

3.4 Sociologické šetření – regulační poplatky

V předmětném šetření jsem posuzovala tyto otázky:

1. Je kvalita lékařské péče u nás dobrá a zavedení regulačních poplatků z tohoto důvodu nebylo nezbytné?
2. Přestože jejich zavedení nebylo nezbytné, jsou sociálně únosné? Je jejich plošné zavedení vnímáno jako spravedlivé?
3. Spoléhají občané v oblasti sociální pomoci při zdravotní péči více na stát než vlastní rodinu?

Jako metodu zjišťování odpovědí na položené otázky jsem zvolila metodu dotazníku. Použila jsem 18 otázek, z toho 5 uzavřených dichotomických, 12 uzavřených alternativních, 1 otevřenou. Odpovídali 63 respondenti, z toho 39 žen a 24 muži, ve věkovém složení od 23 do 86 let z města Brna a okolí. Návratnost dotazníků byla 90%.

Kvalita lékařské péče a nezbytnost regulačních poplatků

Podle odpovědí respondentů je kvalita lékařské péče v 84% hodnocena jako dobrá či spíše dobrá a v 16% jako spíše špatná či špatná (Tabulka 3). Zavedení regulačních

Tabulka 3: Kvalita lékařské péče

Dobrá	21%
spíše dobrá	63%
spíše špatná	14%
Špatná	2%

Tabulka 4: Nezbytnost zavedení regulačních poplatků

určitě ano	19%
spíše ano	24%
spíše ne	27%
určitě ne	30%

poplatků nebylo spíše či určitě nezbytné pro 57% respondentů, pro 43% určitě či spíše ano (Tabulka 4). Dle předmětného šetření je kvalita lékařské péče u nás dobrá a zavedení regulačních poplatků z tohoto důvodu nebylo nezbytné. Na doplnění k této oblasti uvádím, že přestože kvalita lékařské péče je hodnocena většinou kladně, 81% respondentů považuje reformu zdravotnictví za určitě či spíše nezbytnou a jen 19% nikoliv. Také dostupnost lékařské péče je z 83% hodnocena jako dobrá a spíše dobrá, ze 17% jako spíše špatná a špatná. Je zřejmé, že problémy ve zdravotnictví lidé vnímají spíše jako problémy financování a organizační než kvalitativní.

Sociální únosnost regulačních poplatků

Nastavené výše regulačních poplatků jsou považovány za sociálně únosné celkem 60% respondentů, 38% je považuje za spíše či zcela nespravedlivé a 2% se nedokázala rozhodnout (Tabulka 5). Přes převažující kladný názor ohledně sociální únosnosti regulačních poplatků, je jejich *plošné* zavedení považováno z 62% za nespravedlivé (Tabulka 6). (Tato situace již byla zčásti napravena v roce 2008, kdy se přestaly povinně hradit regulační poplatky za novorozené děti, a v roce 2009 je navrhována úprava zákona o zdravotním pojištění ve smyslu neplacení regulačních poplatků dětmi do 18 let.) Respondenti v tomto šetření se domnívají, že zavedené regulační poplatky jsou sociálně únosné, ale jejich plošné zavedení považují za nespravedlivé.

Tabulka 5: Jsou nastavené výše regulačních poplatků sociálně únosné?

ano	27%
spíše ano	33%
spíše ne	25%
ne	13%
neví	2%

Tabulka 6: Je plošné zavedení regulačních poplatků spravedlivé?

Ano	38%
Ne	62%

Tabulka 7: Pokud by Vám Vaše finanční situace neumožnila využití lékařské péče, kam byste se obrátili o pomoc?

k rodině	52 %
jsou mi známy možnosti ze zákona	24 %
nevěděl/a bych si rady	24 %

Spoléhají občané v oblasti sociální pomoci při zdravotní péči více na stát než vlastní rodinu?

K této otázce se převážná část respondentů – 52% – vyjádřila, že by se obrátila o pomoc k rodině, 24% respondentům jsou známy možnosti ze zákona a stejné procento respondentů by si s touto situací nevědělo rady (Tabulka 7). Otázka, zda občané spoléhají v oblasti sociální pomoci při zdravotní péči více na stát než vlastní rodinu, byla respondenty zodpovězena ve prospěch rodiny. Budiž to nadějí, že tomu tak je, či postupně bude, i v rámci celé společnosti. Poznatky z vlastní praxe mne vedly k opačnému závěru. Alarmující však dle mého názoru je, že téměř čtvrtina dotázaných by si se situací nevěděla rady. Přitom 50% z těchto respondentů jsou středoškolsky vzdělaní občané a 17% vysokoškolsky vzdělaní občané. Svědčí to o nedostatečné osvětě Ministerstva zdravotnictví ČR a Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, či nezájmu, nemožnosti nebo neschopnosti občanů získat patřičné informace, což vede k těmto důsledkům?

Součástí předmětného šetření byla i otázka, zda zavedení regulačních poplatků vedlo k omezení plýtvání s léky a nadužívání péče a zda tato skutečnost vedla i respondenta k racionálnímu chování v případě užívání léků. Přestože, jak jsem již uvedla výše, převážná část respondentů – 64% – uvedla, že v jejich konkrétním případě nikoliv, má 71% z nich za to, že zavedení poplatků obecně *vedlo* k omezení plýtvání s léky

a nadužívání péče. Vysvětlení zde skrývajících se zřejmého rozporu je možná v nevelkém souboru respondentů a obecně se úspory týkají většiny obyvatel. Potěšující byla také reakce na otázku ohledně solidarity ve zdravotní péči jako nezbytné součásti zdravotnického systému u nás, na kterou odpovědělo 84% respondentů kladně.

Shrnu-li výše uvedené, domnívám se, že výsledky tohoto, byť nerozsáhlého sociologického šetření, doplněného rozhovory a pozorováním, v podstatě korelují s výsledky podstatně rozsáhlejšího průzkumu prováděného agenturou STEM uvedeným v této práci. Regulační poplatky jsou stále ohniskem sváru, bohužel zejména politickým. Důležité je, aby splnily naděje do nich vkládané, související s optimalizací systému našeho zdravotnictví, potažmo způsobu jeho financování, tj. zdravotního pojištění. Pro mne zůstávají nesystémovým krokem, byť ne sociálně neúnosným. Jejich neúnosnost spatřuji v jejich samotném vzniku a existenci mimo systém zdravotního pojištění, byť jsou zákonným způsobem do něj zahrnuty a jsou tak jeho součástí. Vedou k neustálým diskusím a prosazování změn v zákonech v jiných, zcela nesouvisejících záležitostech. V tom vidím nebezpečnost takových kroků. Dle mého názoru by zvyšování příjmů do zdravotnického systému mělo být realizováno systémově prostřednictvím např. navýšení zdravotního pojištění a zajištění omezení plýtvání a další funkce očekávané od regulačních poplatků např. jednoznačným stanovením standardní a nadstandardní péče.

4. Mezinárodní koncepce

Tak jako v jiných oblastech, také v oblasti zdravotnictví není Česká republika ve svých snahách osamocena. Otázky péče o zdraví obyvatelstva, přístupy ke zdravotní péči, její financování, ani koncepce zdravotního pojištění není možné v současné době řešit jen v rámci národní úrovně. Je třeba věnovat pozornost také mezinárodnímu vývoji. Je jistě dobře, že politické změny po roce 1989 umožnily v této oblasti zaměřit pozornost směrem k zahraničním koncepcím. Oblasti zdravotnictví se ve světě věnují zejména Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organization for Economic Co-operation and Development – OECD) a Světová zdravotnická organizace (World Health Organization – WHO, též SZO).

OECD

OECD je mezivládní organizací 30 ekonomicky nejrozvinutějších států na světě, které přijaly principy demokracie a tržní ekonomiky. Vznikla v roce 1961 transformací Organizace pro evropskou hospodářskou spolupráci, která byla původně zřízena k administraci poválečného Marshallova plánu. Cílem OECD je, mimo jiné, především napomáhat ekonomickému rozvoji, potlačení nezaměstnanosti, stabilizaci a rozvoji mezinárodních finančních trhů.

Podle studií OECD v oblasti zdravotnictví by měla být cílem reformy zdravotnických systémů zejména spravedlnost, co nejvyšší kvalita při co nejnižších nákladech a makroekonomická kontrola. Je nutné udržet dostupnost nezbytných služeb pro všechny bez rozdílu, také však vyloučit poskytování nadstandardních služeb z veřejného pojištění. Na jednu stranu je doporučováno zvýšení konkurence, větší propojení plátce a poskytovatele, zavedení spoluúčasti a možnost dobrovolného připojištění, na druhou stranu je však stále více zřejmé, že zdravotní péče, způsob jejího zajištění a její úroveň nejsou jedinými faktory, které ovlivňují celkové zdraví naší populace. Stále více je hodnocen vliv tzv. sociálních determinantů zdraví, tj. sociálně-ekonomických faktorů, a životního stylu. I OECD patří mezi ty organizace, které upozorňují na vzrůstající důležitost a podíl nově vznikajících či stávajících rizikových zdravotních faktorů (spotřeba tabáku, alkoholu, obezita, sedavý způsob života, nevhodné stravovací návyky, stres, workoholismus, sociální nejistota, zhoršování životního prostředí, ...). Východiskem nejsou jen nové převratné medicínské

technologie, stále více investovaných prostředků na léčbu, ale zejména prevence vzniku onemocnění, programy podporující zdravý životní styl, veřejné zdraví, výchova ke zdraví a odpovědnosti za něj.

WHO

Světová zdravotnická organizace je agenturou Organizace spojených národů, koná jako koordinační autorita v mezinárodním veřejném zdraví. Byla založena 7. dubna 1948, tento den se slaví jako Světový den zdraví. Úkolem organizace je „dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví všemi lidmi“, zdraví je definováno jako stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody. V rámci boje proti různým nemocem WHO provádí též celosvětové kampaně, např. za snížení konzumace tabáku, za zvýšení konzumace zeleniny, vede různé výzkumy zjišťující negativní vlivy na zdraví. Již řadu let se cíleně zabývá programy, které mají podpořit zdraví jako jednu z nejvyšších hodnot člověka. V roce 1996 byla přijata Lublaňská charta a na jejím základě vznikl program Zdraví 21, přijatý společenstvím v roce 1998. Posláním programu je povznést zdraví mezi nejvyšší hodnoty. Do programu je zařazeno 21 cílů, základním cílem programu je dosáhnout plného zdravotního potenciálu pro všechny, na něj navazují dva hlavní cíle – posilování zdraví a ochrana zdraví lidí během jejich celého života a snížení výskytu (incidence) hlavních nemocí a omezení strádání, které lidem přinášejí.

Etický základ programu je tvořen třemi základními hodnotami:²⁷

- zdraví jako základní lidské právo
- ekvita (spravedlnost) ve zdraví a solidarita při činnosti mezi jednotlivými zeměmi i mezi skupinami lidí uvnitř jednotlivých zemí a to včetně žen a mužů
- vlastní účast a odpovědnost jednotlivých osob, skupin, společenství, organizací a resortů v rozvoji zdraví

Realizace programu by měla začít od 21. cíle, jimiž jsou Opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny až k dosažení dlouhodobého a konečného cíle prvního, jímž je Solidarita pro zdraví v evropském regionu, kdy by se měl rozdíl ve zdravotním stavu mezi členskými státy evropského regionu snížit alespoň o jednu třetinu při zachování úrovně nejvyšší. Program byl připraven pro Evropský region jako celek, jednotlivé země jej musí konkretizovat a upravit podle svých podmínek, zvážit své možnosti a stanovit vlastní úkoly. Za jejich splnění pak přebírá zodpovědnost stát sám před sebou

²⁷ HOLČÍK, J., KAŇOVÁ, P., PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*, s. 38

i občanskou veřejností, tak jako i za volbu metod, jak přijatých cílů dosáhnout, jak bude zdraví svých občanů podporovat, posilovat a rozvíjet.

5. Posilování, podpora a rozvoj zdraví

5.1 Socio-ekonomické determinanty zdraví

Mezi významné faktory, které mají vliv na zdraví obyvatel, jsou stále častěji zařazovány také socio-ekonomické faktory, zejména pak ve smyslu socio-ekonomické nerovnosti ve zdraví, jejíž nárůst je monitorován v posledních třech dekadách 20. století a jejíž existence je prokázána ve všech zemích EU.²⁸ Lidé s nižším sociálně-ekonomickým statusem (SES) umírají dříve a během života trpí častěji mnoha onemocněními než lidé s vyšším SES. SES je sociální pozice jedince či rodiny ve struktuře společnosti (ukazatelem je vzdělání, povolání, příjem). SES ovlivňuje zdraví prostřednictvím mnoha determinantů, které jsou různě zastoupeny napříč sociálním spektrem.²⁹ Materiální nedostatek (např. v důsledku nízkého příjmu) vede k většímu psychosociálnímu stresu a následně k rizikovému chování (kouření, alkohol), k omezenému přístupu k produktům a nástrojům podpory zdraví (konzumace ovoce, zeleniny, sport, prevence), vyššímu riziku spojenému s bydlením (vlhkost, hluk, blízkost komunikací), zvýšení pracovního rizika (vyšší míra expozice škodlivinám, nehody, fyzicky namáhavá práce). Tito lidé jsou v průměru vystaveni vyššímu stresu z negativních životních událostí, který vede ke vzniku onemocnění ovlivněním endokrinních a imunitních mechanismů a vznikem rizikového chování (kouření, alkohol, obezita, celkově horší výživové zvyklosti). Socio-ekonomické faktory patří v současné době mezi významné determinanty zdraví, a proto je jednou z cest, jak ovlivnit zdraví společnosti i náklady na něj vynaložené či způsoby zajištění péče o něj státem a společnostmi, mimo jiné také cíleně se věnovat i lidem, zejména pak dětem z nižších sociálních skupin, s nižším sociálně-ekonomickým statutem tak, aby nedocházelo k nárůstu socio-ekonomické nerovnosti ve zdraví.

5.2 Zdravotní výchova, podpora zdraví

Cenným nástrojem péče o zdraví, jak se lze poučit i z historie, je výchova. Dříve spíše zdravotnická osvěta, která zvyšovala zdravotnické znalosti lidí, bojovala proti pověrám

²⁸ <http://www1.szu.cz/chzp/indikatory/> ze dne 31. 10. 2008 (MUDr. Žejglicová Kristýna, SZÚ Praha)

²⁹ <http://www1.szu.cz/chzp/indikatory/> ze dne 31. 10. 2008 (prof. Dr. Johan P. Mackenbach, HealthInequalities: European Profile; 2005)

a vedla občany k aktivní péči o zdraví. Pozdější zdravotní výchova byla pojmána jako souhrn výchovně vzdělávacích aktivit zaměřených na formování postojů a jednání lidí vedoucích k podpoře zdraví.

Ještě širší zaměření pak vystihuje termín výchova ke zdraví, tj. hodnotový přístup ke zdraví v návaznosti na determinanty zdraví i možnost jejich ovlivnění. Veškeré prostředky, které mohou být využity pro ochranu, udržení a zlepšení zdraví, bývají také označovány jako podpora zdraví a zdravotní vědomí občanů jako zdravotní gramotnost. Podle definice SZO zdravotní gramotnost znamená kognitivní a sociální dovednost, která determinuje motivaci a schopnost jednotlivců získat přístup ke zdravotnickým informacím, rozumět jim a využít je k rozvoji a udržení dobrého zdraví.

Stále více lidí si v dnešní době uvědomuje význam zdravotní výchovy a zejména prevence. Prof. MUDr. Jiřího Vorlíčka, CSc.: „Kdyby lidé přestali kouřit, onkologie by se okamžitě stala o 50% lacinější.“, či „Přimět občany k účasti na preventivních prohlídkách by výrazně snížilo úmrtnost.“³⁰

V širším smyslu, tak, jak je dnes tento pojem převážně chápán, jde o předcházení vzniku, rozvoji, komplikacím, nepříznivým následkům nemoci a předčasnému úmrtí, a to intervencemi na úrovni jedince nebo společnosti. Pokud na prevenci pohlédneme z hlediska subjektu, a to prevence osobní, pak jde zejména o dodržování zásad správné životosprávy, odvykání škodlivým návykům. Podpora zdraví ve smyslu tzv. health promotion představuje stále doplňovaný souhrn myšlenek, prostředků a metod, které představují posilování, upevňování, podporu, ochranu a rozvoj zdraví za aktivní účasti jednotlivých občanů, skupin, organizací i společnosti jako celku.³¹

Dle studie V. Smetáčka a kol. (2000, s. 18) mezi vlastnosti budoucího člověka by měla patřit i biologicko-zdravotní uvědomělost: člověk si musí uvědomovat svůj zdravotní stav, stejně jako zdravotní stav lidí kolem sebe a chápat jej nikoliv jenom jako soukromou záležitost.³²

V popředí zájmu je zejména pomáhat lidem zvolit si životní styl vedoucí ke zdraví, přispívat k ochraně a tvorbě zdravého životního prostředí, posilovat sociální vazby, potřebnou spolupráci a šíření informací majících vztah ke zdraví.

Vedle genetického základu, prostředí a zdravotnické péče je mezi čtyři základní determinanty, výsledkem jejichž komplexního působení je zdravotní stav, řazen

³⁰ <http://www.euro-forum.cz/pdf/bulletin5.pdf> ze dne 12.10.2008

³¹ HOLČÍK, J., KAŇOVÁ, P., PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*, s. 52

³² KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V. et al. *Člověk – prostředí – výchova*, s. 45

i způsob života, životní styl.³³ Důležitá je úloha občana. Bez jeho aktivní participace je snaha o ochranu, udržení a návrat jeho zdraví marná a neúčinná. Při vzniku a průběhu soudobých onemocnění se v rozhodující míře uplatňuje způsob života každého jednotlivce.³⁴

Zdravý životní způsob je důležitý – jde o schopnost organizování svého režimu – dne, týdne, o maximální věnování se pohybovým aktivitám jako kompenzace převahy duševního vypětí a sezení – v práci, ve škole, doma, o racionální výživu, ochranu vlastního zdraví. S tím pak souvisí výchova k optimálnímu využívání volného času.³⁵

Je zajímavé, jak důležitou roli v podpoře zdraví hrají ženy, pokud jde o zdravotní úroveň rodiny. Formují ji právě v rozhodující míře ony – v péči o děti, jejich výchově a výživě, v hodnotovém systému rodiny, volbě priorit. Nejde však jen o běžnou výchovu dětí, ale o relativně samostatný rozvoj osobnosti každého jednotlivce. Je otázkou, do jaké míry zůstává role rodiny nedoceněna. Na jednu stranu mohou být uvedena opatření, stále častěji uváděná i v médiích, považována za fráze a klišé, spíše za přání než reálná opatření. Nicméně dokladem možností reálného rozvoje podpory zdraví a programů Health promotion i v našich podmínkách mohou být programy „Zdravá města“, „Zdravá škola“ či „Zdravá firma“. Jde přece o to, pokusit se ukázat cestu, pomoci druhým přijmout zdravý způsob života, usnadnit volbu rozhodnutí vedoucí v budoucnu ke zdraví, zejména ke zdraví dětí.

5.3 Program Zdravá škola

Program Zdravá škola je evropským programem, který je výsledkem diskusí probíhajících od počátku osmdesátých let 20. století, je konkrétním společným projektem SZO, Rady Evropy a Evropské Unie a který vznikl na počátku devadesátých let. Snahou bylo rozvíjet dobré tradice evropského školství, přitom posunout výchovu a vzdělání do další dimenze, platné pro konec 20. století.

V České republice byl oficiálně zahájen v roce 1992. Náplní českého projektu Zdravá škola je podpora zdraví ve škole v celé jeho šíři.³⁶

Cílem projektu je výchova harmonicky rozvinuté osobnosti se schopností se všestranně vzdělávat, usiluje o rozvoj dovedností dětí vybírat si v různých životních

³³ DRBAL, C. *Politika pro zdraví*, s. 42

³⁴ DRBAL, C. *Zdraví a zdravotní politika*, s. 16

³⁵ KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V. et al. *Člověk – prostředí – výchova*, s. 51

³⁶ HAVLÍNOVÁ, M., KOPŘIVA, P., MAYER, I., VILDOVÁ, Z. a kol. *Program podpory zdraví ve škole*, s. 13

situacích zdravější alternativy. Původně byl projekt přihlášen, přijat a uskutečněn jako jednorozční projekt ve výběrovém řízení v roce 1997 v Národním programu zdraví Ministerstva zdravotnictví ČR. Později dala záměru plné oprávnění 1. konference Evropské sítě škol podporující zdraví (ENHPS) v Soluni v květnu 1997. Bylo patrné, že domácí trend je v souladu s novou etapou dlouhodobé strategie ENHPS, a proto byl vytvořen ucelený „Program podpory zdraví ve škole.“

K vytvoření tohoto programu mimo jiné vedla potřeba uvést podmínky ve vzdělávání do souladu s podmínkami pro zdraví člověka na přelomu století. Základní podmínka byla spatřována ve fungování školy jako demokratické komunity. Spojení podpory zdraví jednotlivce, důsledné demokratizace institucí a humanizace prostředí, v němž žije, učí se a pracuje, to je krok novým směrem, k budování základů pro zdraví společnosti jako takové, perspektivní podmínka zdraví společnosti a tím zpětně i jejích jednotlivých členů. Filosofii školy, která podporuje zdraví, je interakční pojetí tohoto zdraví, které je všeobecně uznávanou hodnotou.

Současné pojetí zdraví klade důraz na souvislosti. Jde o výslednici zdraví tělesného, duševního a sociálního. Zdraví jednotlivce je součástí zdraví užší a širší komunity a přírody. Proto jsou tak důležité souvislosti mezi školním prostředím, učením, působením školy navenek na straně jedné a zdravím všech, kdo se ve škole setkávají, na straně druhé. Neméně důležitý je i vliv chování a způsob života člověka na jeho zdraví. Na mnoha onemocněních mají značný podíl subjektivní činitelé. Na druhou stranu, jestliže něco způsobujeme, jsme schopni to naopak eliminovat. V tom spočívají naše šance. Zařadit zdraví mezi své prvořadě hodnoty, už tím může člověk pozitivně ovlivnit svoje zdraví. Změnit kladně postoje vůči sobě i druhým lidem, společnosti, světu, být pozitivně citově naladěni, myslet pozitivně, mít v ostatní důvěru a úctu, umět řešit problémy, zvládat stres, dodržovat životosprávu, respektovat nutnost vyváženosti všech potřeb člověka.

Sdílet interakční pojetí zdraví znamená uplatňovat zřetel ke vzájemné propojenosti složek zdraví ve třech interakčních soustavách – individuální, komunitní i globální.³⁷ Škola, která usiluje o podporu zdraví, pracuje s tématy výchovy ke zdravému způsobu života a řídí se zásadami zdravého učení. Je propojena se všemi pilíři a zásadami podpory zdraví. Mezi hlavní pilíře a zásady podpory zdraví ve škole patří:³⁸

- Pohoda prostředí – věcného, sociálního a organizačního

³⁷ HAVLÍNOVÁ, M., KOPŘIVA, P., MAYER, I., VILDOVÁ, Z. a kol. *Program podpory zdraví ve škole*, s. 21

³⁸ HAVLÍNOVÁ, M., KOPŘIVA, P., MAYER, I., VILDOVÁ, Z. a kol. *Program podpory zdraví ve škole*, s. 36

- Zdravé učení – smysluplnost výuky, možnost výběru a přiměřenost, spoluúčast a spolupráce při výuce, motivující hodnocení žáka
- Otevřené partnerství – škola jako demokratické společenství, jako vzdělávací středisko obce

U každého pilíře jsou definována nejen východiska, ale také prostředky a jsou formulována rizika.

Vedle projektu Zdravé školy funguje v České republice také Národní projekt zdravá mateřská škola. Je považován také za velmi důležitý, neboť mateřská škola je prvním společenstvím dětí a dospělých se vzdělávacím posláním, s nímž se dítě mimo rodinu ve svém životě setkává a předškolní věk je zároveň obdobím, během něhož se člověk naučí padesát procent z toho, co potřebuje v celém svém dalším životě. Platí to zvláště v oblasti návyků, způsobů chování a základů životního stylu.

Na druhé straně výchova ke zdraví není pomíjena ani u dospělých, byť tam už se s tak velkými dosahy nemůže počítat. Přesto například Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky podporuje projekt Zdravá firma s VZP ČR. Jeho podstatou je rozšíření zaměstnaneckých programů o aktivity, které podporují zdravý životní styl a prevenci nejčastějších civilizačních chorob. Předmětem spolupráce je nabídka širších výhod preventivních programů, rehabilitačních, relaxačních a rekondičních aktivit vedoucích ke zlepšení zdravotního stavu zaměstnanců.

5.4 Sociologické šetření – Může náš životní styl ovlivnit naše zdraví?

Pro sociologické šetření jsem jako způsob zjišťování údajů zvolila metodu dotazníku. Sestavila jsem vlastní dotazník týkající se vnímání zdravého životního stylu žáky druhého stupně základních škol, jejich informovanosti o zdravých a škodlivých aktivitách člověka v této souvislosti a jejich odpovědnosti a postoji k vlastnímu zdraví. Chtěla jsem také zjistit, zda žáci vnímají prostředí ve škole jako pohodové, bez stresu.

Šetření jsem prováděla ve dvou základních školách v městě Brně. Při výběru škol jsem se rozhodla pro základní školu „ZŠ1,“ která je zapojena v programu Zdravá škola a základní školu „ZŠ2,“ která v tomto programu zapojena není, a to z důvodu možnosti porovnání odpovědí dětí v souvislosti s touto skutečností.

V dotazníku bylo použito 16 otázek, z toho 11 uzavřených škálových, 4 uzavřené dichotomické a 1 otázka pořadová. Vzhledem k tomu, že dotazníky byly vyplňovány žáky během vyučování, návratnost byla 100%.

Základní soubor: žáci 2. stupně základních škol města Brna ve věku 12–16 let

Počet respondentů: 181 (89 dívek, 92 chlapců), (ZŠ1 50 dívek, 58 chlapců, ZŠ2 39 dívek, 34 chlapci)

Ověřovala jsem tyto hypotézy:

1. O zdravém životním stylu jsou děti informovány učiteli ve škole i rodiči, jsou si vědomy, co je jeho součástí a jejich aktivity, stravování i odpovědnost ke zdraví k němu směřují.
2. Školní výchova v současné době vesměs respektuje zásady zdravého učení, tj. ve smyslu např. eliminace stresu a kladení důrazu na pohodu učení i prostředí a kladení přiměřené zátěže na žáky.
3. Výchovné působení školy zařazené do programu Zdravá škola se odráží v postojích žáků k jejich životnímu stylu ve smyslu zdravého způsobu života ve srovnání se žáky školy, která do tohoto programu zařazena není.

Výsledky šetření

Hypotéza 1: informovanost o zdravém životním stylu, zdravých aktivitách, stravování a odpovědnost za vlastní zdraví.

Z odpovědí uváděných v dotaznících je zřejmé, že děti mají jasno ohledně toho, co lze správně zařadit do zdravého životního stylu. Téměř jednoznačně se kladně vyjádřily ohledně sportování a nutnosti duševní pohody, negovaly kouření a alkohol. V porovnání s ostatními položkami této otázky se jako nejvíce problematické ukázalo stravování v tzv. fast-foodu, tedy rychlém občerstvení, které je mezi dětmi (ostatně i mezi dospělými) populární pro svoji dostupnost, tedy jednoduchost přístupu, rychlost a lákavost nabídek, ale které je odborníky na výživu kritizováno pro přemíru tuků a cukrů, které pokrmy a nápoje zde prodávané obsahují. Podrobněji o tom vypovídaly odpovědi na následující otázky:

Tabulka 8: Jaké činnosti nebo návyky patří do zdravého životního stylu?

	ZŠ1 (%)			ZŠ2 (%)			Celkem (%)		
	Ano	Ne	Neví	Ano	Ne	Neví	Ano	Ne	Neví
Kouření	0,9	99,1	0	1,4	98,6	0	1,1	99,4	0
Sport	100	0	0	98,6	0	1,4	99,4	0	0,6
Alkohol	6,5	93,5	0	5,5	93,1	1,4	6,1	93,4	0,5
Duševní pohoda	98,1	1,9	0	93,1	6,9	0	96,1	3,9	0
Stravování ve fast-foodu	17,6	82,4	0	12,3	86,3	1,4	15,5	84	0,5

Tabulka 9: Stravuješ se v tzv. fast-foodech (rychlých občerstveních) – McDonald, KFC, ...?

	ZŠ1 (%)	ZŠ2 (%)	Celkem (%)
Ano, téměř denně	-	-	-
Ano, 2-3x týdně	5,6	4,1	5
Maximálně 1x týdně	70,4	78,1	73,5
Ne, nikdy	18,5	17,8	18,2
Několikrát za rok	3,7	-	2,2
Neví	1,8	-	1,1

Tabulka 10: Jsou ve tvém domácím jídelníčku ryby, ovoce a zelenina?

	ZŠ1 (%)	ZŠ2 (%)	Celkem (%)
Ano, téměř denně	29,6	28,8	29,3
Ano, 2–3x týdně	47,2	49,3	48,1
Maximálně 1x týdně	19,5	20,5	19,9
Ne, nikdy	0,9	-	0,5
Nejí ryby, ovoce nebo zeleninu	2,8	1,4	2,2

Tabulka 11: Může způsob života ovlivnit zdraví člověka?

	ZŠ1 (%)	ZŠ2 (%)	Celkem (%)
Ano	79,6	74	77,4
Spíše ano	18,5	23,3	20,4
Spíše ne	-	1,4	0,6
Ne	0,9	-	0,5
Neví	1	1,3	1,1

Je zřejmé, že děti rychlá občerstvení rády navštěvují, nejvyšší procento, tedy 73,5% z dotazovaných ale nenavštěvuje fast food denně, nýbrž maximálně 1x týdně, na druhou stranu pouze 2,2% z nich nikdy. Naopak zelenina, ovoce a ryby jsou v domácím jídelníčku zařazovány poměrně velmi často, v 77,4% téměř denně, či 2–3x týdně. Jen 0,5% dětí je nemá nikdy (může jít o skutečnost, že respondent měl na mysli pouze jeden

z uvedených druhů potravin, jen se v tomto smyslu nevyjádřil, neboť považují za velmi nepravděpodobné, že by někdo nekonzumoval vůbec ovoce a zeleninu, byť v případě ryb takové případy byly, ale jsou vyjádřeny ve zvláštní odpovědi).

Z postojů dětí, vyjádřených odpověďmi v dotazníku (ano 77,4%, spíše ano 20,4%), vyplývá, že si jsou dobře vědomy, že způsob života ovlivňuje zdraví člověka.

Tabulka 12: Dodržíš doporučená pravidla v nemoci, a to i přestože se ti nechce? (Bolest v krku, teplota, lékař doporučí brát léky, vitamíny, pít čaj a ležet v posteli. Ale kamarád volá, abys šel ven.)

	ZŠ1 (%)	ZŠ2 (%)	Celkem (%)
Ano, vždy	46,3	37	42,5
Spíše ano	36,1	48	40,9
Spíše ne	14,8	6,8	11,6
Ne	2,8	8,2	5

Tabulka 13: Chodíš na preventivní prohlídky k zubaři?

	ZŠ1 (%)	ZŠ2 (%)	Celkem (%)
Ano	91,7	90,4	91,2
Ne	8,3	8,2	8,3
Neví	-	1,4	0,5

Většina dotazovaných dětí, 83,4% (ano, spíše ano) v případě dodržování pravidel a 91,2% v případě prevence přistupuje ke svému zdraví v uvedených případech odpovědně. Vzhledem k vysokému procentuálnímu zastoupení kladných odpovědí (ano, spíše ano) se domnívám, že tato skutečnost je z hlediska budoucího vývoje potěšující i za předpokladu, že ne všechny odpovědi u těchto respondentů odpovídaly skutečnosti.

Ze získaných odpovědí respondentů je patrné, že se v dnešní době dětem dostává poučení o škodlivosti uvedených položek jak od učitelů ve škole, tak od rodičů (Tabulka 14 a Tabulka 15). Důvodem může být rostoucí uvědomění ve společnosti o důležitosti zdravého životního stylu a prevence. Střední délka života se prodlužuje a mnoho zdravotních potíží je mimo jiné ovlivněno naším předcházejícím způsobem života. Ani pokroky v medicíně nejsou samospasitelné, rostou také ekonomické náklady na léčbu, a proto se výchova k prevenci nemocí stává tak důležitou.

Celkově z odpovědí v šetření vyplývá, že děti jsou o zdravém životním stylu informovány od rodičů i učitelů ve škole, jsou si vědomy, co je jeho součástí a jejich aktivity, stravování i odpovědnost za vlastní zdraví v rámci jejich možností k němu směřují. Hypotéza v tomto smyslu byla potvrzena. (Součástí dotazníku byla i otázka ohledně toho, jak převážně děti tráví volný čas o víkendech. Z nabídek – sportem, s kamarády venku, u PC nebo televize celkově 33,2% uvádělo více aktivit současně

Tabulka 14: Hovořili s tebou rodiče o škodlivosti kouření, drog, alkoholu a přejídání?

	ZŠ1 (%)			ZŠ2 (%)			Celkem (%)		
	Ano	Ne	Neví	Ano	Ne	Neví	Ano	Ne	Neví
Kouření	77,8	21,3	0,9	74	26	0	76,2	23,2	0,6
Drogy	67,6	31,5	0,9	72,6	27,4	0	69,6	29,8	0,6
Alkohol	64,8	34,3	0,9	68,5	31,5	0	66,3	33,1	0,6
Přejídání a ne-zdravá strava	55,6	43,5	0,9	60,3	39,7	0	57,4	42	0,6

Tabulka 15: Hovořili jste ve škole s učiteli o škodlivosti kouření, drog, alkoholu a přejídání?

	ZŠ1 (%)			ZŠ2 (%)			Celkem (%)		
	Ano	Ne	Neví	Ano	Ne	Neví	Ano	Ne	Neví
Kouření	97,2	2,8	0	97,3	2,7	0	97,2	2,8	0
Drogy	96,3	3,7	0	94,5	5,5	0	95,6	4,4	0
Alkohol	97,2	2,8	0	97,3	2,7	0	97,2	2,8	0
Přejídání a ne-zdravá strava	81,5	17,6	0,9	78,1	21,9	0	80,1	19,3	0,6

a nebylo možno vyvodit jednoznačné závěry. Nicméně z odpovědí vyplynulo, že nepřevažuje trávení volného času u PC nebo televize (16,6%), což jsem očekávala ve vyšší míře.)

Výchovné působení na děti je efektivnější než stejný postup u dospělých, kteří se svými již utvořenými postoji a názory hůře ovlivňují a mění, což neplatí samozřejmě jen v oblasti životního stylu. O to více považuji za dobré a žádoucí, jestliže rodiče, ač sami již obtížněji mění svoje životní návyky, jsou schopni u dětí podporovat zdravé tendence a že díky osvětě zdravý životní styl jako důležitý determinant zdraví již není podceňován.

Hypotéza 2: Respektování zásad zdravého učení ve školní výchově.

Respondenti v 69,6% uvádějí, že v jejich třídě a škole pohoda panuje spíše či zcela, což lze kvitovat s povděkem, neboť pohoda prostředí patří mezi hlavní pilíře a zásady podpory zdraví ve škole.

Ohledně přiměřenosti zátěže ve škole se děti v podstatě dělí na zásadní dvě části, z nichž každá má opačný názor (spíše ano 34,8% a spíše ne 38,1%) a z 19,3% mají děti za to, že je na ně kladena zátěž přiměřená. Z celkového pohledu pak zátěž přiměřenou či

Tabulka 16: Řekl/a bys, že ve tvé třídě a škole panuje pohoda?

	ZŠ1 (%)	ZŠ2 (%)	Celkem (%)
Ano	15,7	12,3	14,4
Spíše ano	51,9	60,3	55,2
Spíše ne	23,2	23,3	23,2
Ne	8,3	2,7	6,1
Neví	0,9	1,4	1,1

Tabulka 17: Domníváš se, že je na tebe ve škole kladena přiměřená zátěž?

	ZŠ1 (%)	ZŠ2 (%)	Celkem (%)
Ano	19,5	19,2	19,3
Spíše ano	33,3	37	34,8
Spíše ne	39,8	35,6	38,1
Ne	7,4	6,8	7,2
Neví	-	1,4	0,6

spíše přiměřenou pociťuje 54,1% žáků a nepřiměřenou či spíše nepřiměřenou 45,3% žáků.

Tabulka 18: Pořádá tvoje škola akce na podporu zdraví?

	ZŠ1 (%)	ZŠ2 (%)	Celkem (%)
Ano	79,6	45,2	65,8
Ne	6,5	12,3	8,8
Neví	13,9	39,7	24,3
Není si jist/a	-	2,8	1,1

Zde se odpovědi dětí jednotlivých škol v podstatě poprvé zásadněji rozcházejí. Žáci školy zapojené do programu Zdravá škola v 79,6% uvádějí, že jejich škola akce pořádá, 13,9% z nich neví, žáci ze školy nezapojené do tohoto programu ze 45,2% uvádějí, že nikoliv, ale 39,7% neví a 2,8% uvedlo mimo nabídnuté odpovědi, že si není jisto. Rozdíly mohou být způsobeny tím, že informovanost o těchto akcích v ZŠ2 není tak prioritní jako v ZŠ1, ale i skutečností, že přestože jsou akce pořádány dle sdělení ředitelů škol v obou školách, v ZŠ2 přece jen v menší míře.

Dvě zásadnější skupiny dotazovaných žáků uvádějí, že ve škole pociťuje stres občas, tj. 40,9% anebo málokdy, tj. 34,8%. Dalších 13,3% dotazovaných žáků uvádí, že pociťuje stres často, 9,9% v podstatě nikdy. (Termín stres je zde použit v jeho běžném významu, nikoliv jako odborný výraz, jak bylo při zadávání dohodnuto.)

Tabulka 19: Pociťuješ ve škole stres?

	ZŠ1 (%)	ZŠ2 (%)	Celkem (%)
Ano, často	13	13,7	13,3
Ano, občas	36,1	48	40,9
Málokdy	36,1	32,9	34,8
Ne, v postatě nikdy	13,9	4,1	9,9
Neumí se rozhodnout	0,9	1,3	1,1

Tabulka 20: Líbí se ti prostředí ve škole (ano: 5, ne: 1)?

	ZŠ1	ZŠ2
Vážený průměr	3,08	3,81

Při vyjádření svého pocitu z prostředí ve škole se žáci obou škol pohybovali v podstatě kolem průměrných hodnot, ale spíše směrem k pozitivnímu hodnocení, ZŠ1 3,08 a ZŠ2 3,81. (Dle mého názoru obě školy mají velmi příjemné prostředí, barevné, veselé výmalby, nástěnky s obrázky i fotografiemi žáků z různých akcí, neformální atmosféru, a pokud jsem mohla poznat, také příjemné a ochotné vedení, učitele i ostatní personál.) Vyvozují z toho, že pro žáky není školní prostředí prioritou, že ho víceméně nevnímají, spíše jako kulisu, pocity soustřeďují k vyučovacímu procesu (Mám všechny úkoly? Jsem naučen? Budu zkoušen?) a na vztahy se spolužáky.

Tabulka 21: Máš možnost tělovýchovných či relaxačních chvilěk během vyučování?

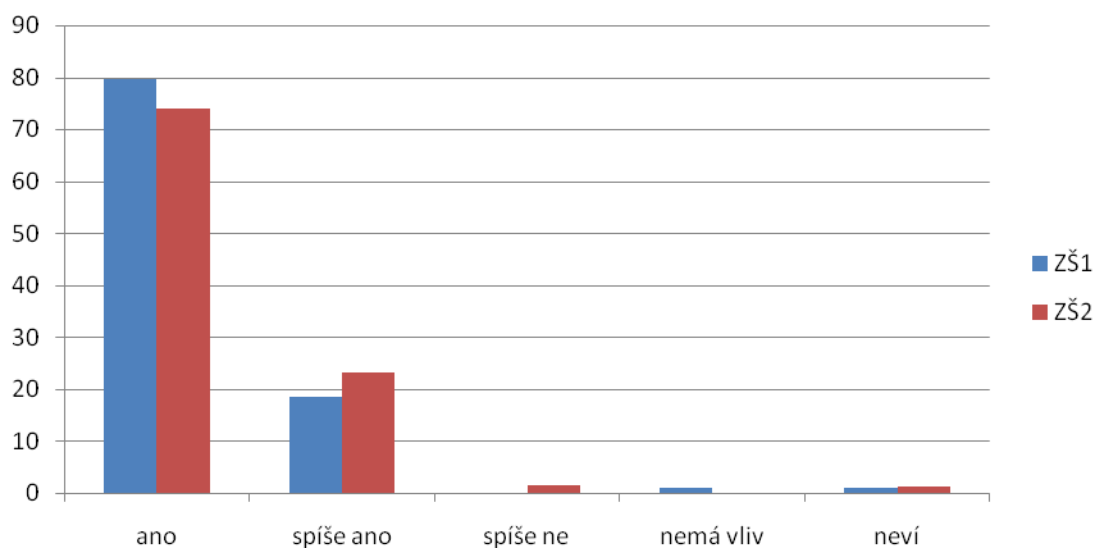
	ZŠ1 (%)	ZŠ2 (%)	Celkem (%)
Ano, dostatečně	6,5	2,7	5
Spíše ano	24,1	28,8	26
Spíše ne	40,7	43,8	42
Ne	28,7	24,7	27

Dotazovaní žáci uvádějí, že z 42% spíše nemají možnost relaxačních chvilěk během vyučování a v 27% dokonce vůbec ne, což není příznivé, je však třeba mít stále na paměti, že jde o subjektivní názory dotazovaných.

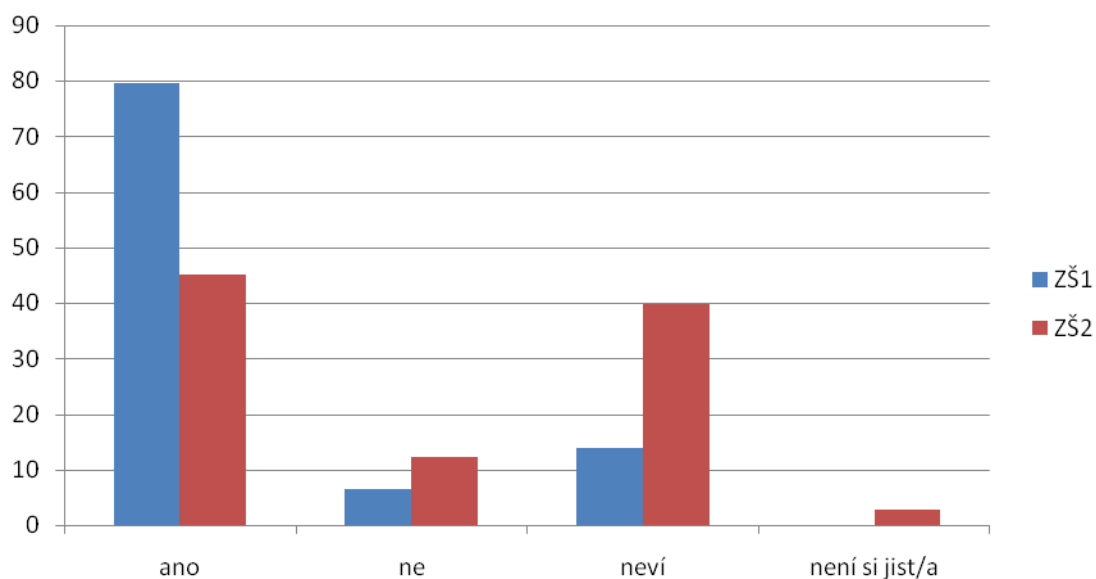
Hypotéza, že dnešní školní výchova vesměs respektuje zásady zdravého učení, tj. ve smyslu např. eliminace stresu a kladení důrazu na pohodu učení a prostředí, přiměřené zátěže nebyla dle mého názoru v tomto sociologickém šetření ani potvrzena ani vyvrácena – jen v případě pohody ve škole se žáci přiklánějí ve většině k tomu, že pohoda v jejich škole panuje, v případě přiměřené zátěže, pocitu stresu a pěkného prostředí ve škole jsou pozitivní a negativní odpovědi téměř v rovnováze, v případě tělovýchovných a relaxačních chvilěk během vyučování negativní odpovědi převažují.

Hypotéza 3: Porovnání výchovného působení školy zapojené do programu Zdravá škola (ZŠ1) a školy do tohoto programu nezapojené (ZŠ2).

Graf 3: Může způsob života ovlivnit zdraví člověka?



Graf 4: Pořádá škola akce na podporu zdraví?



Jak je patrné z výše uvedených grafů zpracovaných na základě provedení sociologického šetření a také z již zpracovaných jednotlivých tabulek, nelze jednoznačně posoudit, že se výchovné působení školy zařazené v programu Zdravá škola viditelně odráží v postojích žáků ve smyslu zdravého životního stylu. Zásadnější rozdíl je patrný pouze v tvrzení ohledně pořádání akcí na podporu zdraví. Hypotéza nebyla potvrzena. Znalosti a postoje žáků ohledně zdravého životního stylu jsou v podstatě vyrovnané.

Nedomnívám se však, že by se tato skutečnost měla interpretovat ve smyslu nedosahování cílů programu Zdravé školy. Šetření bylo prováděno na malém vzorku respondentů a odpovědi na jednotlivé otázky jsou ovlivněny subjektivním přístupem žáků i k samotnému vyplňování dotazníků a výsledky tak mohou být zkresleny. Domnívám se, že jakákoliv pozitivní aktivita v tomto směru je žádoucí a každý byť sebemenší úspěch je pro budoucnost důležitý. Myslím, si, že je obtížné v této oblasti nabídnout něco originálního a zcela nového. Ale snad se žáci nad otázkami a jejich obsahem ve většině alespoň zamysleli.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se pokusila přehledně popsat a porovnat proces realizace zdravotního pojištění v historii a v současné realitě. Analyzovat jeho sociální a právní aspekty a problémy, které tento proces doprovázejí.

Zdravotnictví a potažmo i zdravotní pojištění je oblastí, jejíž problematika se dotýká všech věkových skupin obyvatelstva. Je pravděpodobné, že zdravotní péči dříve či později potřebuje každý z nás. Kvalita, dostupnost a efektivnost zdravotní péče by měla být co nejvyšší. Problémem je však zvyšující se rozdíl mezi potřebou zdravotní péče a ekonomickými možnostmi. Dochází k rychlému rozvoji technologií lékařských metod, demografickým změnám, prodlužuje se střední délka života, dochází ke stárnutí obyvatelstva. To vše s sebou nese růst výdajů na zdravotní péči. „Ekonomika žádného státu nedokáže nikdy vyprodukovat tolik zdrojů, kolik by lékaři dokázali utratit v dobré víře, že pomáhají svým pacientům.“ (prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.)³⁹ Vedle ekonomiky se ukazuje stále více jako nezanedbatelný také podíl odpovědnosti jednotlivců za své zdraví, nezastupitelná je úloha výchovy, zaměření na programy podporující veřejné zdraví, zdravý životní styl, omezení rizikových faktorů jako je kouření, konzumace alkoholu a drog, obezita. Stále větší význam se připisuje socio-ekonomickým faktorům.

Všechny systémy zdravotního pojištění, které byly v práci postupně popsány, ať již z pohledu převažujícího zdroje financování, či odvozené od přístupů z hlediska práva na zdraví, mají svoje klady a zápory, svoje výhody i nevýhody. Vzhledem ke zkušenostem zemí, které se již prostřednictvím určitých reforem pokusily vybudovat systém, který by splnil právní a etické požadavky na něj kladené a současně měl dostatečné finanční zdroje, je zřejmé, že ideálního systému lze jen těžko dosáhnout. Také čeští ekonomové poukazují na to, že nemáme žádný vzor, kde by se reforma zdravotnictví povedla, systém by efektivně fungoval a současně by nebyl drahý. Neúspěchy jsou však vždy cenné tím, že ukazují, jakými cestami se nelze ubírat, na jejich základě pak krystalizuje to, co by mohlo být východiskem. V případě všeobecně platného modelu zdravotní péče by to měla být mezi jinými solidarita, rovnost, spravedlnost, garance státu k přístupu ke zdravotní péči v souladu s dodržováním základních lidských práv a svobod, směřování výchovy k odpovědnosti jednotlivce za svoje zdraví, přičemž ekonomické ani právní

³⁹ HOLČÍK, J., KÁŇOVÁ, P. a kol. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*, s. 153

faktory nemohou bránit dosažení zdraví. V úvodní části práce jsem si proto položila otázku, do jaké míry bylo těchto styčných bodů využito v současné koncepci českého zdravotnictví, zda je způsob financování zdravotnictví prostřednictvím zdravotního pojištění v České republice sociálně únosný a jaké kroky jsou činěny v oblasti výchovy k odpovědnosti za vlastní zdraví a zda jsou dostatečné.

Při hledání odpovědi jsem se soustředila zejména na koncepci ve smyslu dokumentu „Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století“ autorů MUDr. Tomáše Julínka et al., neboť koncepce předcházející v podstatě nepřinesly žádné zásadní změny. Dle této koncepce systém solidaritu a spravedlnost zahrnuje, stejně jako zajištění rovného přístupu k potřebné péči. Individuální přístup jednotlivců k vlastnímu zdraví koncepce řeší pouze za okrajově, motivačně; odpovědnost musí nést každý sám. Důležitost sociálního citění je pak dáována do rozporu s nedostatkem finančních prostředků. Ke změně chování ve smyslu odpovědnějšího přístupu ke zdraví mají vést tzv. regulační poplatky regulující spotřebu nadbytečné péče, omezující plýtvání a signalizující občanovi, že čerpá z limitovaného balíčku veřejného zdravotního pojištění a měl by tedy čerpat odpovědně. Poplatky by měly být vyjádřením nezdravotnických, tzv. hotelových nákladů, tedy spoluúčasti. Měly by mít také funkci a výchovnou a prolamovat psychologickou bariéru, že zdravotní péče je zdarma a že existuje bezedná státní studnice. Naopak, zdroje jsou omezené, občan se musí chovat odpovědně, efektivně se spolupodílet na jejím financování, aby byl dostatek finančních prostředků na vážné zdravotní situace.

Z reprezentativního sociologického průzkumu agentury STEM, se kterým v následujících bodech korelují výsledky mého vlastního, byť daleko méně rozsáhlého sociologického šetření, vyplývá, že většina respondentů považuje zavedené regulační poplatky za sociálně únosné, ale jejich plošné zavedení za nespravedlivé. Možnou příčinou je skutečnost, že lidé chápou poplatky, byť pro většinu z nás jen v symbolických částkách, především jako začátek placeného zdravotnictví, a to odmítají. Problém je také v tom, že je možné vymyslet i dobrý systém, ale občana nezajímá, když jde o život a zdraví, zda je systém dlouhodobě udržitelný a kolik stojí, žije pouze přítomným okamžikem, kdy potřebuje pomoc. Výrazná většina respondentů v rámci šetření chápe nutnost solidarity ve zdravotním systému a souhlasí s ní.

Regulační poplatky přinesly problémy v oblasti legislativy. Námitky o jejich nezákonnosti musel odmítnout až Ústavní soud. Také zákonnost neplacení poplatků v krajských zdravotnických zařízeních od roku 2009 bude podrobena rozhodnutí soudu.

Od zavedení regulačních poplatků zákonem o stabilizaci veřejných rozpočtů od 1. 1. 2008 došlo postupně k jejich zákonným změnám. Od září roku 2008 se přestaly platit za novorozence, od dubna 2009 jsou zrušeny poplatky za děti do 18 let. Je zřejmé, že nejde o změny konečné. Bohužel, regulační poplatky jsou však zejména prostředkem politického boje, což fungování zdravotnického systému jistě neprospívá.

Co se týká otázky kroků činěných v oblasti výchovy k odpovědnosti za svoje zdraví a jejich dostatečnosti, pokusila jsem se na ni získat odpověď kromě jiného prostřednictvím sociologického šetření mezi dětmi základní školy zapojené do programu Zdravá škola v porovnání s dětmi základní školy bez tohoto zapojení. Hypotéza o informovanosti dětí o zdravém životním stylu, jejich znalostí o něm a aktivitách a odpovědnosti k němu směřujících byla v šetření potvrzena. Hypotéza o respektování zásad zdravého učení ve školní výchově nebyla vzhledem k protichůdným odpovědím na jednotlivé její položky potvrzena ani vyvrácena v celém rozsahu. Hypotéza o odrazu výchovného působení v postojích žáků školy zapojené do programu Zdravá škola k jejich zdravému životnímu stylu proti žákům školy nezapojené do tohoto programu nebyla potvrzena. Důvodem může být skutečnost, že šetření bylo prováděno na malém vzorku respondentů. V obou školách je patrná snaha o vytváření zdravého prostředí pro komplexní rozvoj žáků.

Domnívám se, že cíle práce ve smyslu popisu a porovnání procesu realizace zdravotního pojištění, analýzy jeho sociálních a právních aspektů, problémů, které jej doprovázejí a popisu kroků, které jsou činěny v oblasti výchovy k odpovědnosti za zdraví, byly v rámci jejího možného rozsahu a úrovně splněny.

Je patrné, že zdravotnictví a systém jeho financování neunesou dramatické změny, ale spíše systematické drobné posuny a racionalizace. Ekonomické a právní nástroje se jeví jako vhodné, nejsou však jediné. Významnou roli hraje výchova. Současná situace ve společnosti ukazuje, že život ve společnosti nedokáže zkvalitňovat ani oblast ekonomiky ani např. oblast právní. Ve výchově má lidstvo nástroj řízení a určité kontroly účinnější, nežli jsou mechanismy zákazů a příkazů daných předpisy a zákony. (Komenda, 1994)⁴⁰

Vzhledem k tomu, že zdraví je důležitou lidskou a společenskou hodnotou, platí to bezesporu i pro systém zdravotního pojištění, který má pomáhat zdraví zajišťovat.

⁴⁰ KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V. et al. *Člověk – prostředí – výchova, K otázkám sociální pedagogiky*, s. 42

Resumé

Bakalářská práce se zabývá zdravotním pojištěním v jeho historii a v současné realitě, jeho právními a sociálními aspekty. Je zaměřena na popis a porovnání jeho realizace, současnou reformu zdravotnictví a možnosti výchovy v této oblasti.

První kapitola charakterizuje jednotlivé typy zdravotního pojištění dle převažujícího typu financování či přístupu z hlediska práva na zdraví.

Druhá kapitola popisuje zdravotní pojištění v České republice, jeho historii a současnost.

Třetí kapitola pojednává o koncepcích reformy zdravotnictví v České republice, legislativním rámci zdravotního pojištění a zákonu o stabilizaci veřejných rozpočtů z roku 2007. Jsou zhodnoceny dosavadní výsledky reformy, a to statistickými výsledky agentury STEM, Ministerstva zdravotnictví ČR a vlastního sociologického šetření.

Čtvrtá kapitola seznamuje s mezinárodními koncepcemi.

V návaznosti na mezinárodní koncepce se pátá kapitola věnuje posilování, podpoře a rozvoji zdraví v České republice, např. prostřednictvím programu Zdravá škola. Sociologické šetření pak zkoumá názory žáků druhého stupně základních škol, zda a jak může náš životní styl ovlivnit naše zdraví, jejich informovanost v tomto směru. Posuzuje, jaké kroky jsou výchovou v tomto směru činěny a zda jsou dostatečné.

Anotace

Práce se zabývá zdravotním pojištěním v historii a v současné realitě. Jejím cílem je popsat a porovnat jeho realizaci včetně jeho sociálních a právních aspektů a problémů, které tento proces doprovázejí. Odpovědět na otázku, do jaké míry je v současné koncepci zdravotnictví využito obecně definovaných styčných bodů (solidarita, spravedlnost, rovnost...), zda je způsob financování zdravotnictví prostřednictvím zdravotního pojištění v České republice (včetně regulačních poplatků) sociálně únosný a jaké kroky jsou činěny v oblasti výchovy k odpovědnosti za vlastní zdraví a zda jsou dostatečné.

Klíčová slova

Zdravotní pojištění, zdravotnický systém, reforma zdravotnictví, zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů, regulační poplatky, sociální únosnost, solidarita, spravedlnost, rovnost, podpora zdraví, odpovědnost za vlastní zdraví, program Zdravá škola.

Annotation

This bachelor's thesis deals with historical and present development in health insurance. It describes and compares its various implementations including their social and legal aspects and accompanying problems. It attempts to determine the extent to which the current health care acknowledges the well-defined social concepts (solidarity, fairness, equity, etc.), whether the form of funding of health care (including regulatory fees) through health insurance is socially sustainable, what steps are being taken in the area of education to the responsibility for one's own health, and whether these steps are sufficient.

Keywords

Health insurance, healthcare, healthcare reform, public budget stabilization, regulatory fees, social tolerability, solidarity, fairness, equity, health support, responsibility for one's own health, project Healthy School.

Seznam použité literatury

Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod

Zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění

Zákon č. 551/1991 Sb., o všeobecné zdravotní pojišťovně

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

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

DRBAL, C. *Zdraví a zdravotní politika*. 1. vydání Masarykova univerzita v Brně: Vydavatelství MU, Brno-Kráv Hora, 1996, 116 s. ISBN 80-210-1466-0

DRBAL, C. *Politika pro zdraví*. ZN 1993: Ediční oddělení Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví Praha, 1996, 59 s.

DURDISOVÁ, J., LANGHAMEROVÁ, J. *Úvod do teorie zdravotní politiky*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, 2001, 126 s. ISBN 80-245-0217-8

GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-7226-996-8

HAVLÍNOVÁ, M., KOPŘIVA, P., MAYER, I., VILDOVÁ, Z. a kol. *Program podpory zdraví ve škole. Rukověť projektu Zdravá škola*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, 280 s. ISBN 80-7178-263-7

HAYEK, F. A. *Právo, zákonodárství a svoboda*. 2. vyd. Praha: Academia, nakladatelství Akademie věd ČR, 1994, 415 s. ISBN 80-200-0241-3 [přel. Ing. Tomáš Ježek, CSc.]

HOLČÍK, J., KÁŇOVÁ, P. a kol. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Vinařská 6, 603 00 Brno, 2005, 186 s. ISBN 80-7013-417-8

KEJDOVÁ, M., VAŇKOVÁ, Z. *Právo a sociální politika, rozšířené teze přednášek 2008*.

KEJDOVÁ, M., VAŇKOVÁ, Z. *Právo a sociální politika*. Opravené vydání Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2007, BonnyPress, 177 s.

KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V. et al. *Člověk – prostředí – výchova, K otázkám sociální pedagogiky*. 117. publikace Brno: Paido, edice pedagogické literatury, 2001, 199 s. ISBN 80-7315-004-2

KŘÍŽOVÁ, E. *Rovnost ve zdraví (ekvita) v transformovaném zdravotnictví České republiky*. Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky 3/1998, Ediční středisko ČVUT, Žitná 4, 160 00 Praha 6 108 s.

KŘÍŽOVÁ, E. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*, 1. vyd. Praha: 3. Lékařská fakulta UK, 1998, 105 s. ISBN 80-238-0937-7

POTŮČEK, M. a kolektiv. *Veřejná politika*. Upravené, doplněné a aktualizované vydání Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2005, 399 s. ISBN 80-86429-50-4

VEPŘEK, J., VEPŘEK, P., JANDA, J. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2002, 229 s. ISBN 80-247-0347-5

http://www.reformazdravotnictvi.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/CZ_publicace.pdf ze dne 12.10.2008

<http://www.virtually.cz/index.php?art=16568> ze dne 18.1.2009

http://zpravy.idnes.cz/pul-roku-regulacnich-poplatku-vynesly-2-6-miliardy-dalsi-usetrily-p9j-/domaci.asp?c=A080911_112255_domaci_ban ze dne 31.10.2008

<http://archiv.newton.cz/mf/2008/10/29/1950ab1a163c785de267772ba62a9257.asp> ze dne 29.10.2008

<http://www1.szu.cz/chzp/indikatory/> ze dne 31.10.2008 (MUDr. Žejglicová Kristýna, SZÚ Praha)

<http://www1.szu.cz/chzp/indikatory/> ze dne 31.10.2008 (prof. Dr. Johan. P. Mackenbach, HealthInequalities: Europein Profile; 2005)

<http://www.euro-forum.cz/pdf/bulletin5.pdf> ze dne 12.10.2008

STEM, Analytická zpráva z výzkumu „Zdravotní pojištění 2008“, Fáze I. – Veřejnost

STEM, Analytická zpráva z výzkumu „Zdravotní pojištění 2008“, Fáze II. – Cílové skupiny Zaměstnavatelé

STEM, Analytická zpráva z výzkumu „Zdravotní pojištění 2008“, Fáze II. – Cílové skupiny Lékaři

Seznam příloh

- P 1 Dotazník – regulační poplatky
P 2 Dotazník – životní styl

Dotazník P1

**Regulační poplatky v souvislosti s poskytováním
zdravotní péče**

Tento dotazník je anonymní. Údaje budou použity pouze pro zpracování bakalářské práce.

Pokyny k vyplnění: prosím vepište, případně zakroužkujte či označte vyhovující odpověď.

Pohlaví	muž	žena
Věk	
Vzdělání ukončené	základní vyučen/a středoškolské s maturitou vyšší odborné ukončené absolutoriem vysokoškolské	
Stav	svobodný/á ženatý/vdaná rozvedený/á	

1. Jaká je podle Vás v současné době kvalita lékařské péče?

- a) dobrá
- b) spíše dobrá
- c) spíše špatná
- d) špatná

- 2. Domníváte se, že se její kvalita změnila na základě zavedení regulačních poplatků?**
- a) ano, zlepšila se
 - b) spíše se zlepšila
 - c) spíše se zhoršila
 - d) bez vlivu
- 3. Jaká je podle Vás v současné době dostupnost lékařské péče?**
- a) dobrá
 - b) spíše dobrá
 - c) spíše špatná
 - d) špatná
- 4. Je podle Vás reforma zdravotnictví u nás nezbytná?**
- a) určitě ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) určitě ne
- 5. Bylo dle Vás nezbytné zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví?**
- a) určitě ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) určitě ne
- 6. Považujete plošné zavedení poplatků ve zdravotnictví za spravedlivé?**
- a) ano
 - b) ne
- 7. Souhlasíte s politikou současné vlády v oblasti veřejných rozpočtů?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne

8. Jak se v současné době zdravotně cítíte?

- a) zdrav
- b) menší potíže
- c) větší potíže
- d) nemocen

9. Souhlasíte s ochranným ročním limitem ve výši 5 000,- Kč?

- a) ano
- b) ne

10. Patříte vy osobně nebo někdo z Vašich rodinných příslušníků či přátel mezi osoby, kteří potřebují náročnou odbornou či finančně nákladnou léčbu?

- a) ano
- b) ne

11. Jak hodnotíte svoji současnou materiální situaci?

- a) velmi dobrá
- b) poměrně dobrá
- c) průměrná
- d) špatná

12. Jakou část Vašich měsíčních příjmů (v % či slovně) spotřebujete na výdaje na zdravotní péči?

.....

13. Pokud by Vám Vaše finanční situace neumožnila využití lékařské péče, kam byste se obrátili o pomoc?

- a) k rodině
- b) jsou mi známy možnosti ze zákona
- c) nevěděl/a bych si rady

- 14. Domníváte se, že zavedení regulačních poplatků vedlo k omezení plýtvání s léky a nadužívání péče?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
- 15. Vedla tato skutečnost i Vás k racionálnímu chování v případě užívání léků?**
- a) ano
 - b) ne
- 16. Vydáte více finančních prostředků za alkohol, cigarety či kávu než za léky a poplatky u lékaře?**
- a) v průměru ano
 - b) v průměru ne
 - c) nezajímá/a jsem se o to
- 17. Považujete nastavené výše regulačních poplatků ve zdravotnictví za sociálně únosné?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
- 18. Považujete solidaritu ve zdravotní péči za nezbytnou součást zdravotního systému u nás?**
- a) ano
 - b) ne

Děkuji za Váš čas.

Dotazník P2

Může náš životní styl ovlivnit naše zdraví?

Tento anonymní dotazník je určen pro žáky základních škol.

Zajímá nás, jaké jsou podle tebe zdravé aktivity v životě člověka, co může člověk pro svoje zdraví udělat a naopak, jaké máš v tomto směru informace a kým jsou ti poskytovány.

Údaje budou použity pouze pro zpracování bakalářské práce.

Pokyny k vyplnění: prosím vepiš, případně zakroužkuj či zatrhni vyhovující odpověď.

1. Věk
2. Který ročník ZŠ navštěvuješ?
3. Jakou základní školu navštěvuješ?
4. Pohlaví dívka chlapec
5. vzdělání rodičů: matka: základní otec: základní
 vyučena vyučen
 středoškolské středoškolské
 vysokoškolské vysokoškolské
6. Jaké činnosti nebo návyky patří podle tebe do zdravého životního stylu?
 - a) kouření ano ne
 - b) sportování ano ne
 - c) alkohol ano ne
 - d) duševní pohoda ano ne
 - e) stravování ve fast foodu (Mc Donald, KFC...) ano ne
7. Může podle tebe způsob života ovlivnit zdraví člověka?
 - a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) nemá vliv

8. Hovořili s tebou rodiče o škodlivosti

- | | | |
|---------------------------------|-----|----|
| a) kouření | ano | ne |
| b) alkoholu | ano | ne |
| c) drog | ano | ne |
| d) přejídání či nezdravé stravy | ano | ne |

9. Hovořili jste ve škole s učiteli o škodlivosti

- | | | |
|---------------------------------|-----|----|
| a) kouření | ano | ne |
| b) alkoholu | ano | ne |
| c) drog | ano | ne |
| d) přejídání či nezdravé stravy | ano | ne |

10. Jak převážně trávíš svůj volný čas o víkendech?

- a) sportem
- b) s kamarády venku
- c) u PC nebo televize

11. Stravuješ se v tzv. fast foodech (rychlých občerstveních) – McDonald, KFC...?

- a) ano, téměř denně
- b) ano, 2 – 3x týdně
- c) maximálně 1x týdně
- d) ne, nikdy

12. Jsou ve tvém domácím jídelníčku ryby, ovoce a zelenina?

- a) ano, téměř denně
- b) ano, 2 -3x týdně
- c) maximálně 1x týdně
- d) ne, nikdy

13. Řekl/a bys, že ve tvé třídě a škole panuje pohoda?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

14. Domníváš se, že je na tebe ve škole kladena přiměřená zátěž?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

15. Pořádá tvoje škola akce na podporu zdraví? (sportovní dny, dny zdravé výživy...)

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

16. Pociťuješ ve škole stres?

- a) ano, často
- b) ano, občas
- c) málokdy
- d) ne, v podstatě nikdy

17. Líbí se ti prostředí ve škole? (označ, prosím, body na posuzovací stupnici)

- | | | | | |
|------------|-----------|-----------------|----------|----|
| ano, velmi | spíše ano | ani ano, ani ne | spíše ne | ne |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

18. Máš možnost tělovýchovných či relaxačních (oddychových) chvilěk během vyučování?

- a) ano, dostatečně
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

19. Představ si, že tě bolí v krku a máš teplotu. Lékař ti doporučí brát léky, vitamíny, pít čaj a ležet v posteli. Ale kamarád ti volá, abys šel ven. Dodržíš doporučená pravidla, a to i přestože se ti nechce?

- a) ano, vždy
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

20. Chodíš na preventivní prohlídky k zubaři?

- a) ano
- b) ne

21. Zapiš posloupnost základních (přirozených) potřeb člověka:

(tj. označ postupně u každé potřeby číselně pořadí 1 -5, jak by podle tebe měly jít posloupně za sebou od první po pátou)

potřeby úcty a uznání	1 2 3 4 5
potřeby lásky a sounáležitosti	1 2 3 4 5
fyziologické potřeby	1 2 3 4 5
potřeby jistoty a bezpečí	1 2 3 4 5
potřeba seberealizace	1 2 3 4 5

Děkuji za vyplnění dotazníku.