Mendelova univerzita v Brně
Provozně ekonomická fakulta

Měření vybraných faktorů životní úrovně

Diplomová práce

Vedoucí práce:

prof. Ing. Jana Stávková, CSc. **Bc. Kateřina Sýkorová**

Brno 2015

Můj dík patří mnohým za mnohé. V prvé řadě děkuji prof. Ing. Janě Stávkové, CSc. za odborné vedení práce. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Ing. Naděžda Birčiakové z Ústavu marketingu a obchodu Provozně ekonomické fakulty Mendelovy univerzity v Brně za cenné rady a konstruktivní připomínky. Ve slovech díků nesmím zapomenout ani na svou rodinu, která mi v průběhu celého studia poskytovala především morální podporu.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci: **Měření vybraných faktorů životní úrovně** vypracoval/a samostatně a veškeré použité prameny a informace jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Souhlasím, aby moje práce byla zveřejněna v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách ve znění pozdějších předpisů, a v souladu s platnou *Směrnicí o zveřejňování vysokoškolských závěrečných prací.*

Jsem si vědom/a, že se na moji práci vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., autorský zákon, a že Mendelova univerzita v Brně má právo na uzavření licenční smlouvy a užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 Autorského zákona.

Dále se zavazuji, že před sepsáním licenční smlouvy o využití díla jinou osobou (subjektem) si vyžádám písemné stanovisko univerzity o tom, že předmětná licenční smlouva není v rozporu s oprávněnými zájmy univerzity, a zavazuji se uhradit případný příspěvek na úhradu nákladů spojených se vznikem díla, a to až do jejich skutečné výše.

V Brně dne 20. května 2015 _____

Abstract

SÝKOROVÁ, Kateřina. Measurement of selected factor in living standards. Diploma thesis. Brno, 2013

This thesis deals with identification and analysis of ways to measure the healthcare factor affecting living standards. The first part is the study of expert publications and databases, examining international organizations and identification of ways to measure selected categories of healthcare factors. Identified indicators are then analyzed using in-depth interviews with experts in the field of healthcare. Regression analysis was performed for selected indicators, which is crucial in assessing the degree to which the indicator explains the standard of living. The last part based on established methodology evaluates current situation in healthcare in relation to the standard of living in the Czech republic.

Keywords

Standard of living, income inequality, poverty, population growth, HDI, heath care, In-depth interviews

Abstrakt

SÝKOROVÁ, Kateřina. Měření vybraných faktorů životní úrovně. Diplomová práce. Brno, 2013

Tato diplomová práce se zabývá zjišťováním a analýzou způsobů měření faktoru zdravotnictví ovlivňujícího životní úroveň. V první části práce jsou studiem odborných publikací a zkoumáním databází mezinárodních organizací identifikovány způsoby měření pro vybrané kategorie faktoru zdravotnictví. Zjištěné indikátory jsou následně analyzovány pomocí hloubkových rozhovorů s experty v oboru zdravotnictví. Pro zvolené ukazatele je v další části práce provedena regresní analýza, která je určující při posuzování toho, nakolik daný ukazatel vysvětluje životní úroveň. Poslední část práce na základě stanovené metodiky hodnotí aktuální situaci ve zdravotnictví ve vztahu k životní úrovni v ČR.

Klíčová slova

Životní úroveň, příjmová nerovnost, chudoba, populační růst, HDI, zdravotní péče, hloubkový rozhovor

Obsah

1 Úvod 15

2 Cíl práce 16

3 Literární rešerše 17

3.1 Životní úroveň ... 17
3.2 Kvalita života ... 19
3.3 Vybrané instituce mapující životní úroveň ... 20
3.3.1 OECD ... 20
3.3.2 Evropská unie ... 21
3.3.3 OSN ... 22
3.3.4 Světová banka ... 22
3.4 Životní úroveň z ekonomického pohledu ... 23
3.4.1 Hrubý domácí produkt ... 23
3.4.2 Kritika HDP na obyvatele ... 24
3.4.3 Čistý ekonomický blahobyt (NEW) ... 26
3.5 Alternativní způsoby měření životní úrovně ... 26
3.5.1 Index lidského rozvoje (HDI) ... 27
3.5.2 Index demokracie (EIU) ... 27
3.5.3 Index šťastné planety (HPI) ... 28
3.5.4 Index vnímání korupce (CPI) ... 28
3.5.5 Legatum prosperity index (LPI) ... 29
3.5.6 Index lepšího života (BLI) ... 29
3.6 Globální problémy v návaznosti na životní úroveň ... 30
3.6.1 Chudoba ... 30
3.6.2 Nerovnost ... 32
3.6.3 Populační růst ... 34
3.6.4 Migrace a ubanizace ... 36
3.7 Zdravotnictví jako faktor životní úrovně ... 36

4 Metodika 41

5 Vlastní práce 43

5.1 Životní úroveň v České republice ... 43

5.1.1 Příjmy ... 44

5.1.2 Populační vývoj ... 48

5.1.3 Zdravotnictví ... 53

5.2 HDI jako ukazatel životní úrovně ... 60

5.3 Kvalita zdravotnických zařízení ... 61

5.3.1 Vybrané ukazatele kvality zdravotnických zařízení ... 67

5.4 Dostupnost zdravotnických zařízení ... 69

5.4.1 Vybrané ukazatele dostupnosti zdravotnických zařízení ... 72

5.5 Finanční náročnost služeb ve zdravotnictví ... 73

5.5.1 Vybrané ukazatele finanční náročnosti služeb ve zdravotnictví ... 75

5.6 Komunikace zdravotnického personálu ... 77

5.7 Dostupnost zdravotnických pomůcek a léků ... 81

5.7.1 Vybrané ukazatele dostupnosti zdravotnických pomůcek a léků ... 83

5.8 Ceny zdravotnických pomůcek a léků ... 84

5.8.1 Vybrané ukazatele cen zdravotnických pomůcek a léků ... 86

6 Diskuze a závěr 88

7 Literatura 94

8 Seznam zkratek 103

A Podkladové materiály zasílané před rozhovorem 105

B Rozhovor PharmDr. Ondrej Sukeľ 110

C Rozhovor MUDr. Pavel Andres, MBA 117

D Rozhovor Mgr. Martin Šamaj, MBA 137

Seznam obrázků

Obr. 1	Lorenzova křivka	34
Obr. 2	Míra odpovědnosti a faktory ovlivňující zdravotní stav obyv.	39
Obr. 3	HDP ČR ve srovnání s průměrem EU 27	43
Obr. 4	Koeficient příjmové nerovnosti	47
Obr. 5	Míra chudoby a hranice chudoby	48
Obr. 6	Saldo zahraniční migrace podle věku	49
Obr. 7	Vývoj úhrnné plodnosti a průměrného věku ženy	50
Obr. 8	Vývoj dětské úmrtnosti do 1 roku na 1 000 živě narozených	51
Obr. 9	Očekávaný vývoj celkového počtu obyvatel v letech 2008-2070	53
Obr. 10	Počet obyvatel na 1 lékárnu podle bývalých okresů ČR	57
Obr. 11	Spotřeba léků v definovaných denních dávkách	58
Obr. 12	Náklady na léky	58
Obr. 13	Spokojenost respondentů se zdravotnictvím v ČR	59
Obr. 14	Průměrný vliv zdravotnických faktorů na životní spokojenost obyvatel v ČR	60
Obr. 15	Vztah mezi HDI a vybranými ukazateli kvality zdravotnických zařízení	69
Obr. 16	Vztah mezi HDI a vybranými ukazateli dostupnosti zdravotnických zařízení	73
Obr. 17	Vztah mezi HDI a vybranými ukazateli finanční náročnosti služeb ve zdravotnictví	77
Obr. 18	Vztah mezi HDI a vybranými ukazateli dostupnosti zdravotnických pomůcek a léků	84
Obr. 19	Vztah mezi HDI a vybranými ukazateli cen zdravotnických pomůcek a léků	87

Seznam tabulek

Tab. 1	**HDP na obyvatele – Kč/obyv. v běžných cenách**	**43**
Tab. 2	**Příjmy českých domácností v EUR**	**45**
Tab. 3	**Giniho koeficient**	**46**
Tab. 4	**Dětská úmrtnost**	**51**
Tab. 5	**Střední délka života**	**52**
Tab. 6	**Healthy Life Years Index**	**52**
Tab. 7	**Výdaje na zdravotnictví**	**54**
Tab. 8	**Počet sester a lékařů na 1 000 obyvatel**	**55**
Tab. 9	**Počet lékařů odcházejících do zahraničí**	**55**
Tab. 10	**Počet nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel**	**56**
Tab. 11	**CT skenery a MRI na milion obyvatel**	**56**
Tab. 12	**Indikátory kvality zdravotnických zařízení**	**62**
Tab. 13	**Ukazatele kvality zdravotnických zařízení identifikované na základě rozhovorů**	**67**
Tab. 14	**Indikátory dostupnosti zdravotnických zařízení**	**70**
Tab. 15	**Ukazatele dostupnosti zdravotnických zařízení identifikované na základě rozhovorů**	**72**
Tab. 16	**Indikátory finanční náročnosti služeb ve zdravotnictví**	**74**
Tab. 17	**Ukazatele finanční náročnosti služeb ve zdravotnictví identifikované na základě rozhovorů**	**75**
Tab. 18	**Indikátory komunikace zdravotnického personálu**	**78**
Tab. 19	**Ukazatele komunikace zdravotnického personálu identifikované na základě rozhovorů**	**81**
Tab. 20	**Indikátory dostupnosti zdravotnických pomůcek a léků**	**82**

Tab. 21 Ukazatele dostupnosti zdravotnických pomůcek a léků identifikované na základě rozhovorů **83**

Tab. 22 Indikátory cenové náročnosti zdravotnických pomůcek a léků **84**

Tab. 23 Ukazatele cen zdravotnických pomůcek a léků identifikované na základě rozhovorů **86**

1 Úvod

Žít si na úrovni. To je dnes sen snad každého člena moderní společnosti. Co je ale onou úrovní, za níž se všichni bezhlavě ženou? Pro jednoho je důležitá úroveň bohatství, kterým by oslnil okolí, nebo která by se přinejmenším blížila úrovni pana Průměrného. Jiný odmítá uvěřit, že 60 minut je prakticky hodina a nocí že den končí a ránem začíná. Obětuje prostě cokoli tomu, aby dostal práci na úrovni. Ke spokojenosti třetího pak není třeba víc než viditelně umístěná značka Nike na rukávu upoceného trika v posilovně. Jak je to pošetilé, zamyslí-li se člověk nad tím, že nic není staršího než loňská móda. Inu jak praví klasik: „Máme vše, ale to je to jediné, co máme."

Úvahy o tom, zda jsou myšlenky na lásku, matku přírodu, vlastní zdraví, spravedlnost či na „ty druhé" dostatečně na úrovni vyvstávají až sekundárně. Je bez pochyby, že nelze měřit stejným metrem životní úroveň lidí v naší společnosti a těch na opačné straně polokoule. Na druhou stranu i oni žijí tentýž život, třebaže v jiných kulisách. Vnímají tutéž lásku, bolest i hlad. Jak napsal Lev Nikolajevič Tolstoj: „Všechny šťastné rodiny jsou si podobny, každá nešťastná rodina je nešťastná po svém."

Prvotně se životní úroveň napříč světem poměřovala skrze velikost ukazatele HDP na obyvatele. Vodička (2014) v této souvislosti upozorňuje, že pokud by HDP na obyvatele bylo skutečně jediným všeříkajícím ukazatelem, poklesla by životní úroveň globálně v průběhu několika málo příštích let. Odkazuje se při tom na studie, které došly k závěru, že s každým stupněm Celsia navíc se HDP na hlavu sníží o 8,5 %. Vzhledem k rojícím se diskuzím o globálním oteplování a předpovědím Českého hydrometeorologického ústavu to pak rozhodně není dobrá vyhlídka.

Časem vznikala celá řada alternativních ukazatelů, které usilovaly o lepší identifikaci životní úrovně, než jakou podává HDP na obyvatele. Tyto ukazatele jsou kombinací ekonomických aspektů a faktorů vypovídajících o zdraví, životním prostředí, vzdělání, svobodě a bezpečí obyvatelstva či průměrné délce jejich života. To, zda byl prvotní popud k vývoji jakýchkoliv indikátorů životní úrovně čistým výrazem alibismu s cílem ujistit se, že nikdy není tak zle, aby nemohlo být ještě hůř, nebo zda za nimi stojí skutečná snaha identifikovat kritické oblasti v různých koutech světa a nabídnout jim pomocnou ruku, je na posouzení každého.

Tato práce se zaměřuje především na faktor zdravotnictví. Ten je z mého pohledu zcela zásadní v otázkách kvality života. Jak trefně poznamenal někdejší generální ředitel Světové zdravotnické organizace, doktor Halfdan Mahler: „Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic." Nejde přitom jen o to, jakému zdraví se těší nynější populace. Důležité je sledovat také vývoj konkrétních indikátorů určujících kvalitu, dostupnost či finanční náročnost zdravotní péče v čase. Podstatnou měrou se na zdraví obyvatel může podepsat i nastavení samotné zdravotní politiky v tom kterém státě. Ve správně koncipovaném zdravotnickém systému by například nikdy nemělo přicházet v úvahu, aby zdravotní pojišťovny vynášely rozsudky smrti, když zamítnou nákladnou léčbu rakoviny paní Staré vzhledem k jejímu pokročilému věku.

2 Cíl práce

Tato diplomová práce si klade za cíl nalézt způsoby měření faktoru zdravotnictví jako jednoho z činitelů determinujícího životní úroveň, a to na základě zhodnocení vybraných ukazatelů pomocí kvalitativního výzkumu a statistických metod. Při volbě vhodných ukazatelů bude brán zřetel mimo jiné i na to, aby daný indikátor mohl sloužit pro účely mezinárodní komparace. V souladu se zjištěnými poznatky bude zkoumán stav českého zdravotnictví ve vztahu k životní úrovni.

Dílčími cíli této práce, které povedou k dosažení cíle hlavního, jsou:

- Zjistit vývoj ukazatelů životní úrovně v ČR a stavu českého zdravotnictví od roku 2007
- Zjistit doposud užívané možnosti měření faktoru zdravotnictví v následujících kategoriích:
    - kvalita zdravotnických zařízení
    - dostupnost zdravotnických zařízení
    - komunikace zdravotnického personálu
    - finanční náročnost služeb ve zdravotnictví
    - dostupnost zdravotnických pomůcek a léků
    - ceny zdravotnických pomůcek a léků
- Provést hloubkové rozhovory s odborníky v oboru zdravotnictví
- Zjistit, které ze zdravotnických ukazatelů mají vliv na životní úroveň na základě aplikace statistických metod
- Zjistit stav zdravotnictví vzhledem k životní úrovni v České republice

3 Literární rešerše

Po staletí byl blahobyt členů společnosti středem zájmu mnoha společenských utopií. Saint Simon, Owen či Fourier předkládali více či méně racionální návrhy jak dosáhnout společenského blahobytu. Nutno podotknout, že ne vždy šlo jen o odstranění majetkové nerovnosti. (Sojka et al, 2006)

Později byl blahobyt vnímán ani ne tak jako podmínka či prostředek uspokojení lidských potřeb, ale spíše jako sociální hodnota. Na přelomu šedesátých a sedmdesátých let 20. století se pak ve vyspělejších zemích začínají objevovat vcelku rozsáhlé konzumní trendy. Hodnota člověka a jeho seberealizace je dávána do souvztažnosti s poměry ve spotřebě. (Vojtovič, 2011)

Smrčka (2010) se zabývá touhou člověka po spotřebě. Ztotožňuje se s následujícím aforismem: *„Vysoká životní úroveň znamená, že si za peníze, které ještě nemáme, kupujeme věci, které nepotřebujeme, abychom oslnili lidi, které nesnášíme.“* Materialistické chápání životní úrovně připisuje na vrub moderní společnosti. Právě ta totiž pojmu životní úroveň vnesla nádech vlastnictví sumy věcí či potenciálu nakoupit si dostatek, ba co víc, přebytek služeb a prožitků.

Adam Smith vyzvedl vlastní sobecký zájem a osobní prospěch člověka jako cestu k celkovému blahobytu společnosti. Sobectví tak není zločin, právě naopak. Úsilí jednotlivců v systému neviditelné ruky trhu vede k výsledkům, které původně vůbec nezamýšleli. Vlastní zájem je sice silnější než dobročinnost nebo altruismus, nicméně sledování vlastních zájmů může být v konečném důsledku ku prospěchu celé společnosti. (Ludwig von Mises Institut, 2015)

Galbraith (1967) vyslovuje myšlenku: *„Chudý člověk má vždy jasný názor na své těžkosti a jejich odstranění: trpí nedostatkem a potřebuje se mít lépe. Bohatý si může osvojit nebo představit mnohem více rozmarnějších nešvarů a podle toho si také bude méně jist v otázce způsobu jak je léčit. Dokud se se svým bohatstvím nesžije, bude mít zjevnou tendenci jej využívat ke špatným účelům, případně se jinak zesměšní.“* Galbraith navíc podotýká, že tato skutečnost zdaleka neplatí jen o jednotlivcích, ale o celých národech.

Štěstí jednotlivce, jehož způsob života je založený na vlastnictví majetku, je dle Kubátové (2010) vztaženo k dostatečnému množství vlastněných statků. Právě ty totiž materialisticky založené individuum utvrzují v jeho nadřazenosti nad ostatními. Do kontrastu k němu pak je možné ale postavit jiného jedince. Takového, jenž svůj způsob života zakládá na bytí a jehož středem zájmu je vlastní vnitřní aktivita a tvořivé využívání lidských schopností. V tomto směru je však nezbytné odloučit se od egocentrismu a sobectví. Cílem v tomto případě není jen prosté hromadění majetku, ale i dávání, sdílení a obětování se.

3.1 Životní úroveň

Životní úroveň obecně poukazuje na úroveň bohatství, pohodlí a vlastnictví hmotných statků danou sociálně-ekonomickou třídou, často s ohledem na její geografickou polohu. Úvahy o takto pojaté životní úrovni jsou pak lehce vyčíslitelné

a zjistitelné. Naproti tomu kvalita života je pojem více subjektivní. Vzhledem ke značné abstraktnosti tohoto pojmu je kvalita života jen těžko měřitelná. (Investopedia, 2014)

Z materiálního hlediska lze vyjádřit životní úroveň jako možnost jednotlivce nebo skupiny vlastnit určité množství statků a služeb. Jak vyplynulo ze sociologických šetření, struktura vlastnictví těchto statků a služeb jednotlivcem je často silně ovlivněna skladbou spotřeby jeho vrstevníků. Možnost jednotlivce zajistit si z jeho pohledu lepší životní úroveň je pak často spjata s vyššími příjmy. Z globálního hlediska však nelze stanovit životní úroveň tak přímočaře skrze velikost příjmů a spotřeby. Pokud by se totiž úvahy o životní úrovni omezily pouze na absolutní stav těchto dvou proměnných, mohlo by se stát, že by se bohaté země jevily ještě bohatšími a naopak chudé chudšími. V globálním měřítku je proto bezpodmínečně nutné dbát na rozlišení mezi průměrnou hodnotou jisté míry skutečné spotřeby a rozptylem kolem tohoto průměru.

Úvahy odborníků se čím dál častěji přiklánějí k využití ještě dalších indikátorů, které mají jistou vypovídací hodnotu o stavu životní úrovně té které země. Mimo příjmů tak může být dalším užitečným indikátorem struktura spotřeby konkrétních potravin (bílkovin a jiných složek potravy), střední délka života či přístup k pitné vodě. Ani tak však problém srovnatelnosti životní úrovně napříč zeměmi nelze zcela eliminovat. Důvodem je omezená dostupnost potřených údajů, jako je například spolehlivý odhad počtu obyvatel. (Encyclopedia Britannica, 2014)

Kubátová (2010) dává do souvztažnosti pojmy způsob života a životní úroveň. Způsob života, jakožto jednu z dimenzí sociálního statusu, lze dle Kubátové rozdělit na dva dílčí aspekty. Tím prvním je materiální blahobyt, jenž odpovídá pojmu životní úroveň a je určován indikátorem vybavenosti domácnosti předměty dlouhodobé spotřeby. Druhý, kulturní aspekt životního stylu, je možno chápat jako kulturní úroveň a je determinován indexem kulturních aktivit. Tyto kulturní aktivity zahrnují činnosti mimopracovní doby, kterými jsou například návštěvy divadel a přátel, sport, rukodělné koníčky, studium odborné či četba krásné literatury apod. Životní úroveň má tedy kvantitativní, ekonomický, rozměr a je zjistitelná jak pro společnost, tak i pro jednotlivé domácnosti.

Kvalitativní stránku blahobytu pak Kubátová vysvětluje skrze pojem kvalita života. Tu je možno měřit na úrovni jednotlivce nebo rodiny a zahrnuje v sobě duševní a tělesné zdraví, výši vzdělání, životní styl, apod. Na úrovni společnosti je pak kvalita života širší pojem, který v sobě ukrývá mimo kvalitativní aspekty také materiální úroveň společnosti.

Tichá (2013) si naopak stojí za tím, že kvalitativní a kvantitativní hledisko ekonomických a sociálních jevů od sebe nelze oddělit a to ani ve striktně ekonomickém pojetí. Životní úroveň tak vymezuje zeširoka, jako souhrn materiálních i kvalitativních podmínek života.

3.2 Kvalita života

Kvalita života je interdisciplinárním a multidimenzionálním tématem. S pojmem kvalita života totiž systematicky pracuje nejen ekonomie, ale také sociologie a sociální psychologie. Právě tyto disciplíny vyvinuly rozsáhlou sadu metod na měření kvality života. Sociální psychologie upíná svou pozornost především na individuální aspekt prožívání a pocitů pohody. Ten však nelze jednoznačně ztotožnit se štěstím jednotlivce. Vyjadřuje spíše jakousi spokojenost se životem jedince (well being) ať už v rodinném kruhu, v práci či ve volném čase. Východiskem sociologického přístupu při pohledu na kvalitu života je pak blahobyt (welfare). Zájmem sociologie proto není individuální prožívání, nýbrž zkoumání stavu a variability úrovně kvality života celé společnosti. Snahou sociologie je nalézt souhrnný indikátor kvality života, který by zajistil její bezpečné srovnání v různých společnostech. Sociologie současně vyvíjí nemalé úsilí pro to, aby byl tento indikátor konstruován tak, že bude opřen o sadu ukazatelů, které lze přesně vymezit a jež budou průkazné skrze pozorovatelné a evidentní skutečnosti. (Možný, 2002)

Vaďurová (2005) uvádí, že pojem kvalita života poprvé zmínil Pigou v roce 1920, když se v jedné ze svých prací zabýval sociálním zabezpečením. Výraznější pozornosti se tomuto pojmu dostalo až po 2. světové válce.

Za jednu z nejstarších formulací pojmu kvality života lze pak považovat definici WHO z roku 1948. Tehdy WHO upustila od odvěkého a značně zjednodušeného negativního vymezení zdraví jako pouhé absence nemoci či vady. Světová zdravotnická organizace tedy v tomto období doplňuje, že „zdraví je rovněž stav tělesné, duševní i sociální pohody“. Tak byl poprvé kromě objektivní fyzické dimenze zdraví rovněž zvýrazněn jeho subjektivní a sociální aspekt. (WHO, 2003)

Tímto způsobem vymezená definice má však rovněž několik nedostatků. Je do značné míry abstraktní a relativní a její subjektivní interpretace pak může vyústit v chybnou aplikaci. Heřmanová (2012) tuto definici napadá, neboť se domnívá, že skutečně nemocný člověk, který je však se svou nemocí vyrovnaný a současně je dostatečně finančně a sociálně zabezpečený, je dle definice WHO v podstatě považován za zdravého.

Otázka kvality lidského života později znovu vyvstala především v souvislosti s ekonomickým růstem a rozvojem vědy a techniky, kdy uspokojování základních materiálních potřeb bylo čím dál více jednodušší. Ruku v ruce s tímto ekonomickým růstem však šlo i ohrožení zdraví a lidské existence vůbec.

V roce 1974 Evropská komise OSN klasifikovala sociální faktory kvality života do 7 skupin – zdraví, kvalita pracovního prostředí, nákup zboží a služeb, pocit sociální jistoty, možnosti rozvoje osobnosti, fyzikální kvalita životního prostředí, možnost účasti na společenském životě. (Vaďurová, 2005)

Australské centrum pro kvalitu života na ni pohlíží ve dvou dimenzích. Rozlišuje objektivní a subjektivní kvalitu života. Objektivní hledisko je měřeno skrze kulturně relevantní indikátory kvality života. Subjektivní pohled se pak zabývá otázkami spokojenosti jednotlivce se svým životem. (ACQOL, 2014)

Heřmanová (2012) uvádí, že mezi životní podmínky, které mohou dobře posloužit pro účely komparace z objektivního hlediska, se řadí nejen například socio-

ekonomická a fyzická geografie či ekologie, ale čím dál častěji se jako měřítko těchto podmínek užívá průměrná mzda, dostupnost služeb, zdravotní péče, bydlení, možnosti uplatnění na trhu práce, kvalita životního prostředí a mnohé další. Mimo to existuje také celá řada faktorů určujících životní podmínky, které jsou poněkud hůře zjistitelné a měřitelné. V takovém případě se hovoří o faktorech, jako je korupce, možnost volby a výběru, možnost svobodného rozhodování, úroveň fungování demokratických principů, nastavení právního systému, vliv tradice a myšlenkových stereotypů a dalších.

Vaďurová (2005) líčí objektivní kvalitu života jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek majících vliv na život člověka.

Subjektivní dimenze kvality života odhaluje individuální vnímání postavení jedince ve společnosti a v hodnotovém systému. Spokojenost se životem je pak determinována osobními cíli, očekáváním a zájmy každého člověka. Co se týče hodnocení této dimenze kvality života, zde je situace obtížnější, a to i z pohledu výzkumu, neboť tato oblast je z metodologického hlediska jedna z nejhůře kvantifikovatelných a komparovatelných. Tazatelé zde totiž obvykle narážejí na neochotu respondentů odpovídat na otázku či na problém pravdivosti poskytnutých odpovědí. Kvůli tomu je poznání v tomto směru značně omezené a založené na dílčích konceptech a metodách zkoumání. (Heřmanová, 2012)

3.3 Vybrané instituce mapující životní úroveň

Snahou snad každého státu je zajistit co možná nejlepší životní úroveň pro své občany. Toto úsilí však samo o sobě nestačí. Proto se jednotlivé země začaly seskupovat do nejrůznějších organizací a institucí s cílem globálně pozvednout životní úroveň. Žijeme totiž ve světě propojeném komunikačními technologiemi, obchodem, globálním kapitálem či sdíleným životním prostředím, a tak je zvyšování životní úrovně a podpora rozvoje chudších států také v zájmu těch vyspělých. Jen tak se totiž mohou podstatně rozšířit trhy, pracovní příležitosti a v neposlední řadě i příjmy bohatších států. (OSN, 2000)

3.3.1 OECD

Díky iniciativě Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj v oblasti životní úrovně vznikla v roce 2013 v pořadí již druhá studie s titulem How's Life?, která sleduje kvalitu života v členských zemích OECD. Tato publikace slouží jako teoretický podklad pro webový nástroj tzv. „index lepšího života", jehož cílem je mimo jiné zapojit občany do debaty o společenském pokroku. Index vybranými indikátory měří jak materiální stránku lidského života, tak i další aspekty blahobytu. (MZV, 2013)

Studie How's Life? 2013 poskytuje průřez čtyřmi klíčovými tématy blahobytu. V prvé řadě popisuje vývoj jednotlivých indikátorů „indexu lepšího života" v rozmezí let 2009 až 2013, kdy ekonomikou zmítala finanční a hospodářská krize. Tímto se snaží fakticky ukázat, jak tato situace ovlivnila životní úroveň v členských zemích OECD jak po materiální stránce, tak i v aspektech nemateriálních. Další ob-

last zmíněné publikace soustředí pozornost na genderové rozdíly v otázkách blahobytu. V pořadí třetí kapitola informuje o pracovních podmínkách a konečně poslední okruh studuje vztahy mezi současným a budoucím stavem blahobytu. (OECD, 2013)

OECD si je vědoma, že z pohledu jednotlivců je smysluplnější sledovat životní podmínky v místě jejich bydliště. Z tohoto důvodu vznikl projekt How's Life in your region?, který poskytuje ucelený rámec hodnocení životní úrovně v 362 regionech ze 34 členských zemí OECD. Na základě 9 indikátorů tak zohledňuje jak materiální aspekty (příjem, práce, bydlení), tak i oblast kvality života lidí (zdraví, vzdělání, životní prostředí, bezpečnost, dostupnost služeb a občanskou angažovanost). (OECD, 2014)

3.3.2 Evropská unie

Evropská unie vyvíjí značné úsilí v rámci měření a porovnávání materiálního blahobytu, ale i kvalitativních podmínek života. Nepracuje přímo s pojmem životní úroveň. Namísto toho hovoří o životních podmínkách. Projekt European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) byl zahájen roku 2004. Provádět toto šetření je dnes povinností každého členského státu EU.[1] Na národní úrovni slouží výsledky k cílenému nastavení sociální politiky státu a k hodnocení jejího dopadu na životní úroveň občanů. Hlavním smyslem tohoto projektu je však dlouhodobé srovnání sociální situace obyvatel EU.

V rámci strategie Evropa 2020 si Evropská unie vytyčila 5 cílů, které by určitým způsobem mohly přispět ke zlepšení životní úrovně. Tyto cíle se zaměřují na oblast zaměstnanosti, výzkumu, vývoje a inovací, klimatu a energetiky, vzdělávání a chudoby a sociálního vyloučení. (Evropská komise, 2011)

Navzdory úsilí, které vynakládá Evropská unie při cestě za zvyšováním životní úrovně svých obyvatel, jsou rozvojové programy samy o sobě v řadě oblastí často nedostačující. Je tomu tak proto, že EU není státem v pravém slova smyslu, a tak nedisponuje jednotnou sociální ani ekonomickou, finanční či daňovou politikou. Životní úroveň se tak napříč jednotlivými státy EU často liší. [2] (Eurostat, 2014)

---

[1] Proto i Český statistický od roku 2005 provádí šetření, jehož cílem je *„získávat reprezentativní údaje o příjmovém rozdělení jednotlivých typů domácností, o způsobu, kvalitě a finanční náročnosti bydlení, vybavenosti domácností předměty dlouhodobého užívání a v neposlední řadě také o pracovních, hmotných a zdravotních podmínkách dospělých osob žijících v domácnostech".*

[2] Pro příklad můžeme jít do jedné z posledních zveřejněných tiskových zpráv sledující míru ohrožení chudobou a sociálním vyloučením. V rámci EU si v tomto směru aktuálně vede nejlépe Česká republika (14,6 %) a severské země (cca 16 %). Podstatně hůře si v tomto směru stojí však Bulharsko (48%) či Rumunsko (40,4%), kde je sledovaná proměnná několikanásobně vyšší. (Eurostat, 2014)

3.3.3 OSN

Asi nejznámější aktivitou OSN, co se životní úrovně týče, je pravidelné sestavování Indexu lidského rozvoje (HDI). Již 24 let je tento index každoročně zveřejňován v publikaci Zpráva o lidském rozvoji v rámci Programu rozvoje OSN. Snaha o doplnění HDI vyústila v konstrukci dalšího indikátoru – Indexu lidské chudoby (HPI). Od roku 2010 se pak používá novější, tzv. vícenásobný index chudoby (MPI). (UNDP, 2014)

Mimo pravidelné sestavování výše uvedených indexů vznikl již v roce 1972 Program OSN na ochranu životního prostředí (UNEP). Jeho cílem je podpořit partnerskou spolupráci, a to nejen ve sféře životního prostředí. Současně totiž usiluje o nalezení způsobů, jimiž by státy mohly zvyšovat životní úroveň, aniž by ohrozily život budoucích generací. (OSN, 2005)

V roce 2000 pak vyhlásila OSN iniciativu Rozvojové tisíciletí (Millenium), jejíž snahou je boj proti světové chudobě a zaostalosti. Celkem 189 zemí se v ní zavázalo splnit 8 hlavních cílů:

- Odstranit extrémní hlad a chudobu
- Zpřístupnit základní vzdělání pro všechny
- Prosazovat rovnost pohlaví a posílit postavení žen
- Omezit dětskou úmrtnost
- Zlepšit zdraví matek
- Bojovat proti HIV, malárii a jiným nemocem
- Zajistit trvalou udržitelnost životního prostředí
- Vytvořit globální partnerství pro rozvoj

Rokem naplnění těchto cílů má být rok 2015. (UNICEF, 2012)

3.3.4 Světová banka

Světová banka se prostřednictvím půjček či konzultačních služeb v oblasti strategií a technické pomoci angažuje v celé řadě programů, které se v souladu s Rozvojovými cíli tisíciletí soustředí na omezení chudoby a zlepšení životní úrovně. Značné úsilí v tomto směru vynakládá Světová banka například v oblasti ochrany životního prostředí, potírání korupce nebo při podpoře růstu soukromého sektoru.

V roce 2013 si Rada Guvernérů Světové banky stanovila 2 základní cíle, kterých chce dosáhnout do roku 2030:

- Skoncovat s extrémní chudobou – snížit počet lidí žijících za méně než 1,25 USD/den pod 3 %
- Zvýšit prosperitu podpořením nárůstu dolních 40 % příjmů

Podpora hospodářského růstu a rozvoje je dlouhodobý proces. Přestože v něm Světová banka hraje stěžejní roli, vyžaduje současně transformaci celé společnosti. (OSN, 2005; World Bank, 2014)

3.4 Životní úroveň z ekonomického pohledu

Všechny sektory národního hospodářství dnes a denně vytvářejí nové bohatství, uspokojují lidské potřeby a zkvalitňují život lidí. Jeden ze základních zákonů ekonomie však poukazuje na ničím neomezená lidská přání, která se staví do kontrastu s omezenými zdroji. Může pak snadno dojít k tomu, že rostoucí příjmy přesunou uspokojení potřeb pouze do jiné dimenze a budou tak evokovat stále nová přání, která i nadále nelze zcela splnit. Proto nelze považovat subjektivní hodnocení ekonomického stavu a pohybu ekonomického subjektu za jednoznačně směrodatné. Aby bylo možné sledovat ekonomický vývoj určitého státu, je třeba mít k dispozici globální ekonomické ukazatele, které objektivně ukazují stav a pohyb ekonomiky. Z hlediska možnosti komparace, především v mezinárodním měřítku, pak musí být tyto veličiny založeny na srovnatelné bázi. Z tohoto důvodu Zlámal et al (2008) charakterizují 3 všeobecně přijímané ukazatele životní úrovně, které lze užít pro sledování formou statistiky. Jednou z možných veličin použitelných pro tyto účely je *reálný příjem*. Ten určuje množství výrobků, které si lze za danou nominální mzdu koupit. O něco přesnějším ukazatelem je pak *čas práce nutný k dosažení daného příjmu*, který ekonomickému subjektu umožní koupi určitého výrobku či služby. Na rozdíl od ukazatele reálného příjmu se čas nutné práce stanovuje v časových jednotkách, kteréžto nejsou ovlivněny žádnými ekonomickými jevy (různá míra inflace a podobně), a právě proto poskytuje lepší východisko zvláště při mezinárodním srovnání. Poslední ukazatele, který tito autoři zmiňují, má za cíl *srovnání prostřednictvím jednotné měny*, například eura. Současně však uznávají, že takovéto srovnání nemusí mít dostatečnou vypovídací hodnotu vzhledem k historicky podmíněným relacím, které se vytvořily mezi různými hodnotami uvnitř jednotlivých států (nájemné, potraviny a podobně).

Mankiw (2010) pak podtrhuje významnou úlohu produktivity práce při poměřování rozdílů v životní úrovni zemí. Na základě tempa růstu množství statků a služeb vyrobených za hodinu pracovního času stanovuje tempo růstu průměrného příjmu, jež následně determinuje ekonomickou životní úroveň. Mankiw pak při posuzování životní úrovně staví na jednoduché logice. K určení toho, kdo si vede lépe po ekonomické stránce, používá právě příjem jednotlivce. Stejnou logiku také uplatňuje při srovnání národních ekonomik, čímž následně dospívá až k hrubému domácímu produktu.

3.4.1 Hrubý domácí produkt

K měření makroekonomického stavu a vývoje se užívá tzv. národohospodářských agregátů jako je například hrubý domácí produkt či hrubý národní produkt[3]. Světová banka definuje hrubý domácí produkt jako součet hrubé přidané hodnoty všech výrobců v národním hospodářství a veškerých daní z produktů snížený o dotace, které nejsou zahrnuty do hodnoty produktů. Takovýto výpočet se pak dále již nesnižuje o rozsah obnovovacích investic, které nahrazují dosavadní opo-

[3] Ukazatel HDP se používá více v EU, HNP pak spíše v Severní Americe.

třebení majetku ani vyčerpání a znehodnocování přírodních zdrojů. (World Bank, 2014)

Mankiw (2010) tvrdí, že hrubý domácí produkt vyjadřuje jednak celkový důchod každého subjektu v ekonomice, ale také celkové výdaje za zboží a služby v téže ekonomice. Celkově pak HDP definuje jako „*tržní hodnotu všech finálních statků vyrobených v ekonomice za časové období*".

Existuje hned několik metod výpočtu HDP. Podstatou metody založené na součtu přidaných hodnot při výpočtu HDP, o kterou se ve své definici opírá Světová banka, je skutečnost, že součtem hodnot přidaných všemi firmami v ekonomice lze obdržet hodnotu veškerých finálních produktů. Samotnou přidanou hodnotu pak lze zjistit jako rozdíl příjmů z prodeje daného produktu a nákladů na zakoupení vstupů nezbytných k výrobě tohoto produktu.

Další možným způsobem, jak se dobrat HDP, je výdajová metoda. Ta měří národohospodářský produkt nepřímo skrze výdaje, které padly na spotřebu domácností, a hrubé soukromé investice firem. Dále se při tomto výpočtu HDP zohledňují výdaje vlády na nákup statků a služeb a rovněž čistý export.

Třetí způsob výpočtu, tzv. důchodová metoda, vychází z příjmů ekonomických subjektů, které získávají za poskytnutí služeb výrobních faktorů, jež jsou ve vlastnictví těchto subjektů, a které jsou při produkci výrobků a služeb nezbytné. (Jurečka et al, 2010)

HDP sám o sobě však nemůže vyjádřit stav životní úrovně obyvatel daného státu. Pokud by se HDP porovnával v absolutním vyjádření, nejvyšších hodnot by dosahovaly velké státy (USA, Čína, Indie, Kanada, Rusko,…). Tímto způsobem by bylo možné zjistit *ekonomickou sílu* té které země, přičemž v tomto ohledu se sledují hlavně přírůstky nebo úbytky oproti předchozímu stavu, a to vesměs v procentuálním vyjádření. Takovéto změny HDP v čase pak vypovídají o *ekonomickém růstu*. K zjišťování *ekonomické úrovně* země se nejčastěji využívá ukazatel s větší vypovídací schopností, kterým je HDP na jednoho obyvatele. Jedná se o ukazatele, který v jistém smyslu vypovídá o přibližné životní úrovni v dané zemi. Na základě tohoto ukazatele je hodnocen ekonomický blahobyt skrze příjmy a výdaje průměrného člověka v ekonomice. Aby bylo možné srovnat ekonomickou úroveň napříč zeměmi, je nutné HDP v národních měnách převést na mezinárodně srovnatelnou jednotku. Děje se tak nejčastěji pomocí parit kupní síly. (Kadeřábková et al, 2006)

Syrovátka (2008) upozorňuje, že je nutné odlišovat pojmy ekonomický růst a *ekonomický rozvoj.* Ekonomický růst se totiž pojí čistě s růstem produkce statků a služeb. Naproti tomu ekonomický rozvoj je obsáhlejší pojem, jenž zahrnuje celé spektrum faktorů majících vliv na kvalitu lidského života (zdraví, vzdělání,…). Přestože růst obvykle vede k rozvoji, tato korelace nemusí být vždy pravidlem.

3.4.2 Kritika HDP na obyvatele

Přestože ukazatel HDP na hlavu, jakožto roční součet všech plateb za zboží a služby v dané společnosti dělený počtem členů této společnosti, na první pohled může budit dojem dostupného a důvěryhodného zdroje, má řadu nedostatků, které nelze

ignorovat. Kritiku HDP na obyvatele je možné rozčlenit do tří základních skupin. Kritikové v první skupině tomuto ukazateli vytýkají, že nebere v úvahu znečištění životního prostředí. Druhý úhel kritiky se zakládá na skutečnosti, že HDP na obyvatele ignoruje to, jak jsou příjmy ve společnosti tvořeny. A konečně třetí kritické hlasy zdůrazňují, že od určité úrovně materiálního zabezpečení se už vyšší životní standard lidské spokojenosti nezvyšuje. (Patria, 2013)

Mlčoch (2005) se zamýšlí nad vztahem objektivního ekonomického blahobytu a subjektivně vnímaného štěstí. Dospívá k tzv. Easterlinovu paradoxu štěstí, kterým vyvrací pozitivní korelaci mezi bohatstvím a štěstím v globálním měřítku. Mlčoch se domnívá, že země s nižším HDP na obyvatele nemusí být nutně méně šťastné než ty bohatší. Pakliže jsou totiž jednou uspokojeny základní materiální potřeby obyvatel, k růstu spokojenosti na národní úrovni už nestačí pouhý růst národního důchodu. Štěstí obyvatel pak závisí na jiných faktorech.

Velmi známá je také kritika Roberta Kennedyho z prezidentské kampaně z roku 1968. Ten poznamenal, že HDP neměří nic z toho, co činí lidský život hlubokým a krásným. Podobně se vyhradil i k dalším makroekonomickým agregátům.

Tichá (2013) spatřuje slabinu HDP v tom, že tento ukazatel pouze slepě určuje objem vyprodukovaných statků, aniž by zohlednil jejich kvalitu či způsob výroby. HDP tak neodráží množství lidské práce potřebné k roční produkci zboží a služeb ani energetickou náročnost produkce. Takto tedy sice může určitá země dosahovat vyšší ekonomické úrovně, avšak zaplatí za ni nadměrným vyčerpáním zdrojů či pracovní síly, nehledě na možnost nezvratného poškození životního prostředí (viz Čína).

Zlámal et al (2008) podotýká, že značná část produkce trhem vůbec neprochází. Tato stínová část ekonomiky se vymyká státnímu usměrňování a zdaňování. Ať už se tedy jedná o produkty bílé, šedé nebo černé ekonomiky, jejich výstupy nejsou do makroekonomických agregátů vůbec započítávány.[4]

Velkou výhradou Možného (2002) je skutečnost, že se do HPD zahrnují platby za služby a statky souhrnně označované jako „sociálně politováníhodné“ (social regrettables). Zvyšování produkce těchto statků v žádném případě není výrazem zvyšující se kvality života.

Možný rovněž poukazuje na to, že posuzování životní úrovně skrze HDP na obyvatele dělá méně rozvinuté společnosti ještě zaostalejšími z hlediska životní úrovně obyvatel, než ve skutečnosti jsou. Čím jsou totiž společnosti chudší, tím větší podíl z toho, co domácnosti spotřebují, si vyprodukují svépomocí. Tento fakt se ale nikterak neodrazí ve výši HDP.

Práce v domácnosti (praní, vaření, výchova dětí,…) jsou dle Jurečky (2010) však každodenní záležitostí i těch nejrozvinutějších ekonomik a tvoří nezanedbatelný podíl netržních zdrojů. Opomíjení podobných činností je zdůvodňováno argumentem, že jejich hodnotu nelze přesně změřit.

[4] ČSÚ provádí od 90. let odhady velikosti produkce stínové ekonomiky (NOE). Nejčastějšími oblastmi, kde se tato ekonomika vyskytuje, jsou stavebnictví, opravy, pohostinství a ubytování či zpracovatelský průmysl.

Podle Heřmanové (2006) je HDP téměř imunní k dopadům lidské činnosti na přírodní zdroje a životní prostředí. Tímto je tento způsob měření vytržen z ekologického kontextu. A tak přestože může HDP vzrůst v důsledku zvýšení produkce statků, blahobyt obyvatel se může současně vyvíjet ve zcela opačném směru.

Z mravního hlediska lze pak zmínit výrok Jana Pavla II.: *„Rozvoj nelze chápat výhradně ekonomicky, nýbrž ve všelidském smyslu.“* Není třeba, aby všechny národy dosáhly takové úrovně, jíž se dnes a denně těší ty nejbohatší země. Důležitější je účinně zvyšovat důstojnost a tvůrčí spolupráci každého jednotlivce prostřednictvím solidární spolupráce. (Jan Pavel II., 1996)

Přestože i Mankiw (2010) shledává celou řadu nedostatků v tomto způsobu měření životní úrovně (např. opomenutí volného času, čistoty životního prostředí,…), na jeho obhajobu říká: „*HDP neměří významné skutečnosti, které život dělají smysluplným a hlubokým, ale dělá to nepřímo tím, že měří naší schopnost těchto skutečností dosáhnout.*“ Dospívá tak k závěru, že HDP lze považovat za dobrý ukazatel pro jisté účely, nikoli však pro všechny. Při hodnocení je pak vždy nutné si uvědomit, co je jeho součástí a co se do něj naopak nezapočítává.

3.4.3 Čistý ekonomický blahobyt (NEW)

Ukazatel čistého ekonomického blahobytu vznikl ve snaze korigovat nedostatky v měření životní úrovně pomocí HDP. Představuje tedy takovou úpravu HDP, aby odrážel jen aktivity přispívající k blahobytu země. Přičítá k němu položky z hlediska blahobytu přínosné (hodnota volného času, zvyšování kvality výrobků, výrobky a služby vyprodukované pro vlastní potřebu nebo pro potřebu blízkých, výrobky a služby vyprodukované stínovou ekonomikou) a naopak odečítá takové, které blahobyt země snižují (náklady nutné k odstranění negativních dopadů na životním prostředí, dodatečné výdaje na zdravotní péči, jež bylo nutné vynaložit v důsledku zhoršeného životního prostředí). Odečíst by se měly rovněž škody v podobě externalit (např. zbrojení a udržování armády). (Klíma, 2006)

NEW roste pomaleji oproti HDP a to i v nejvyspělejších státech světa. V porovnání s HDP je pak jeho růst pravidelný a rovnoměrný. Pro mezinárodní srovnání se ukazatel čistého ekonomického blahobytu používá jen zřídka.

Obdobné snahy vylepšení HDP na obyvatele lze zaznamenat i v případě Indexu trvale udržitelného ekonomického blahobytu (ISEW) nebo Ukazatele ekonomického blahobytu (MEW). (Zlámal et al, 2010)

3.5 Alternativní způsoby měření životní úrovně

Období 70. let, které je možno označit za dekádu socioekonomických ukazatelů, provázely snahy o zamezení používání ekonomického růstu jakožto jediného měřítka kvality života. Postupně vznikala celá řada více či méně kvalitních ukazatelů. Na některé z nich poukáže tato kapitola.

3.5.1 Index lidského rozvoje (HDI)

Indikátor HDI, který vznikl zásluhou ekonomů Mahbuba ul Haqa a Amartya Sena, vypovídá o kvalitě života lépe než do té doby používané ukazatele ekonomické aktivity. Tento index je sledován od poloviny sedmdesátých let a od roku 1990 jej OSN každoročně publikuje ve Zprávě o lidském rozvoji. HDI je stanovováno pro 187 zemí a zahrnuje v sobě 3 základní dimenze: (UNDP, 2014)

- Lidské zdraví
    - Ukazatel: průměrná očekávaná délka života při narození
- Úroveň vzdělanosti
    - Ukazatel: průměrný počet let, které stráví ve škole 25letý občan, a očekávaný počet let, které stráví ve škole pětileté dítě během svého života
- Hmotnou životní úroveň.
    - Ukazatel: HDP na osobu v paritě kupní síly

Index nabývá hodnot od 0 do 1. Na jeho základě pak lze rozlišit státy s velmi vysokou (HDI > 0,75), vysokou (0,75 ≤ HDI ≥ 0,51), střední (0,5 ≤ HDI ≤ 0,26) a nízkou (HDI < 0,25). (CES VŠEM, 2013)

I takovýto způsob hodnocení kvality života má své odpůrce. Například vzhledem k rovnoměrnému přidělení vah jednotlivým dimenzím tohoto indexu může dojít ke vzájemné nahraditelnosti jednotlivých složek. Při hlubším zamyšlení by se však tato kritika dala obhájit ve prospěch HDI. Na základě HDI lze totiž takto dospět k určité úrovni lidského rozvoje různými cestami.

V HDI dále mimo jiné chybí dimenze svobody. Pokud by totiž v indexu lidského rozvoje byla obsažena lidská svoboda, mohlo by to výrazně zamíchat pořadím tabulky HDI. (Syrovátka, 2008)

3.5.2 Index demokracie (EIU)

Jednu z cest, jak výše zmíněný deficit indikátoru HDI alespoň částečně eliminovat, nabízí Index demokracie. Na svobodu a demokracii však nelze pohlížet jako na dvě strany téže mince. Demokracie je soubor principů a postupů, jejichž implementací je možné v konečném důsledku dospět k ochraně svobody. Svoboda je tedy základním prvkem demokracie, nikoli však jediným. V reakci na to od roku 2006 britský deník The Economist pravidelně sestavuje Index demokracie, který poskytuje přehled o současném stavu demokracie ve 165 státech světa a 2 teritoriích, a to v 5 hlavních kategoriích: (EIU, 2013)

- volební proces a pluralita
- fungování vlády
- politická spoluúčast
- politická kultura
- občanské svobody

Hodnoty tohoto indexu se pohybuji v intervalu o 0 do 10. Na základě výsledků rozeznává země s úplnou demokracií (8 - 10), demokratickým deficitem (6 – 7,9), dále pak autoritářské (4 – 5,9) a hybridní režimy (méně než 4). Důležitou roli při sestavování tohoto indexu hrají kromě expertních hodnocení rovněž průzkumy veřejného mínění. (CES VŠEM, 2013)

3.5.3 Index šťastné planety (HPI)

Index šťastné planety pochází z dílny britské charitativní organizace The New Economics Foundation, která usiluje o zlepšení kvality života především v sociální a environmentální oblasti. Poprvé byl zveřejněn roku 2006. Od té doby byl publikován ještě dvakrát. Naposledy byl HPI stanoven roku 2012 pro 151 zemí. Tento indikátor proti sobě staví materiální blahobyt a ekologické dopady na jeho zajištění. Index je složen ze tří samostatných hodnotících úhlů pohledu:

- *Životní spokojenost* - hodnocena na základě subjektivních průzkumů, její hodnota se nachází v intervalu 0 – 10
- *Délka života* - vyjádřena skrze naději na dožití při narození
- *Ekologická stopa* - určena tzv. globálním hektarem (tj. množství hektarů, které člověk spotřebuje v určité zemi za 1 rok)

K hodnocení dílčích ukazatelů The New Economics Foundation přistupuje na principu „dopravní světelné signalizace“, kdy stanovuje hraniční hodnoty a jim přiřazuje barvu (červená, oranžová, zelená). Celkově pak index nabývá hodnot od 0 do 100. S rostoucí hodnotou indexu roste spokojenost se životem i uvědomění v oblasti ekologie. Nejvyšší skóre je dosaženo pouze v případě, že všechny tři výše zmíněné ukazatele odpovídají cílové hodnotě. The New Economics Foundation však upozorňuje, že by se tento index neměl používat k porovnávání zemí samostatně. Není schopen totiž postihnout všechny oblasti společenského blahobytu, jako například otázku lidských práv a podobně. (CES VŠEM, 2013; NEF, 2014)

3.5.4 Index vnímání korupce (CPI)

Na hodnoty, jež ovlivňují vnímání kvality života, má podstatný vliv rovněž úroveň veřejné správy. Toho si byla vědoma také společnost Transparency international, a právě proto v roce 1995 sestavila tzv. Index vnímání korupce. V sestavovaných žebříčcích je aktuálně 177 zemí řazeno podle míry vnímané korupce, a to na stupnici od 0 (velmi zkorumpované) do 100 (nízká míra korupce).

Hodnocení korupce vychází ze subjektivních názorů respondentů na schopnost vládních institucí potlačovat a postihovat korupci, účinnost protikorupčních opatření, rozsah korupce v různých institucích a oblastech veřejné správy, míru transparentnosti fungování institucí a míru zneužívání veřejných funkcí a veřejných prostředků. (Transparency, 2014)

Korupční prostředí pak mapují také indexy jako Globální barometr korupce, Index neprůhlednosti nebo Index kvality veřejné správy. (CES VŠEM, 2013)

3.5.5 Legatum prosperity index (LPI)

Legatum prosperity index je jedním z nejčerstvějších pokusů o vyjádření kvality života na mezinárodní úrovni. Vznikl v londýnském Legatum institutu roku 2007. Vychází z konsenzu, který poslední dobou panuje ve společnosti. Tvrdí totiž, že prosperita a blaho společnosti se zakládá na něčem hlubším než je pouhé hromadění hmotného bohatství. Je to každodenní radost ze života a vyhlídka lepších zítřků.

Index prosperity je výjimečný v tom, že jako jediný využívá k měření prosperity nejen objektivní indikátory založené na příjmech, ale i subjektivní proměnné zohledňující celkovou životní pohodu. V rámci 8 sub-indexů (ekonomie, podnikání a příležitosti, vláda, vzdělání, zdraví, bezpečnosti, osobní svoboda a sociální kapitál) hodnotí prosperitu ve 142 zemích světa, v nichž žije více než 96 % světové populace a vyprodukují 97 % světového HDP. (Legatum Institute, 2014)

Mičánková (2012) shrnuje nedostatky tohoto indexu. Tím hlavním je podle ní způsob výběru dat, neboť nikde není explicitně objasněno na základě jakých poznatků a teorií selekce probíhala. Kritika Mičánkové směřuje i do míst objektivně působících statistických metod, jejichž výběr probíhá subjektivní rozhodnutím. Nabízí se tedy otázka, proč byla zvolena právě ta která analýza a ne jiná. Navíc celá řada dalších skutečností - složitou metodikou výpočtu počínaje, spornou interpretací konče - zůstává veřejnosti mnohdy skryta. Další slabinou indexu je skutečnost, že využívá data dostupná pro co nejvíce zemí. Přitom zcela paradoxně tato data nemusejí být k vyjádření prosperity nejzpůsobilejší.

3.5.6 Index lepšího života (BLI)

V roce 2011 byl představen tzv. Index lepšího života. Kromě ekonomického rozvoje postihuje tento index sociální a environmentální dimenzi. V současnosti pokrývá 34 členských zemích OECD. Index je sestaven z 11 kritérií, která mimo materiální zabezpečení obsahují také faktory kladoucí důraz na širokosáhlý význam kvality života. Tato kritéria včetně indikátorů, kterými jsou určovány, uvádí následující výčet:

- Bydlení – výdaje na bydlení; procento lidí se základním vybavením bytu (splachovací záchod); průměrný počet pokojů na osobu,
- Příjem – průměrná hodnota finančních aktiv domácnosti; průměrný čistý roční disponibilní příjem domácnosti v paritě kupní síly,
- Zaměstnání – jistota zaměstnání; průměrná mzda; míra dlouhodobé nezaměstnanosti; míra zaměstnanosti,
- Mezilidské vztahy – kvalita podpůrné sítě ve smyslu procentuálně vyjádřeného množství přátel a příbuzných, na které se lze v případě potřeby obrátit,
- Vzdělání – průměrná délka vzdělávání od 5 let věku; průměrné dovednosti 15letého studenta podle PISA; procentuální podíl lidí ve věku 25 – 64 let alespoň se středoškolským vzděláním,

- Životní prostředí – množství lidí spokojených s kvalitou vody v procentuálním vyjádření; znečištění ovzduší (průměrná koncentrace částic PM10 v mikrogramech na m^3 ve městech s alespoň 100 tis. obyvateli),
- Fungování veřejné správy – stupeň transparentnosti legislativního procesu; volební účast v procentuálním vyjádření,
- Zdraví – subjektivní pocit zdraví, tedy procento lidí, kteří prohlásili, že je jejich zdravotní stav velmi dobrý nebo dobrý; střední délka života,
- Subjektivní spokojenost se životem – subjektivní hodnocení spokojenosti na stupnici od 0 do 10,
- Osobní bezpečnost – průměrné množství vražd na 100 tis. obyvatel; počet přepadení za rok,
- Rovnováha mezi prací a soukromým životem - počet hodin denně věnovaných volnočasovým aktivitám; procento lidí pracujících více než 50 hodin týdně.

Na základě tohoto indikátoru nejsou sestavovány žebříčky podobné například těm určovaných indikátorem HDI. Výpověď o tom, zda je daný stát „pro život lepší či horší“ než jiný lze obdržet až na základě subjektivního přiřazení vah jednotlivým kategoriím. (BLI, 2014)

3.6 Globální problémy v návaznosti na životní úroveň

Celý svět se ve větší či menší míře potýká s řadou problémů, které neblaze ovlivňují životy jedinců. Otázky chudoby, příjmové nerovnosti nebo například populačního růstu leží v myslích současných vědců a tvůrců hospodářské politiky. Jejich konstruktivní rozřešení by totiž mohlo výrazně napomoci ke zvýšení životní úrovně v daných zemích. Podkapitoly, které následují, prezentují názory rozličných autorů v otázkách chudoby, příjmové nerovnosti, populačního růstu či migrace.

3.6.1 Chudoba

Chudoba je pokládána za jeden ze závažných globálních problémů dnešní společnosti. Za základní definici chudoby lze považovat Definici chudoby podle OSN, která chudobu líčí především jako základní odepření možností a příležitostí a znesvěcení lidské důstojnosti. (Pražská škola alternativ, 2012)

Ze sociologického pohledu význam slova chudoba vysvětluje Skarupská (2013), která ve své knize cituje Matouška (2008). Ten tvrdí, že nelze nalézt obecně platnou koncepci chudoby. Kritéria chudoby dle něj závisí na tradici a aktuální koncepci sociální spravedlnosti. Jeho tvrzení dle Skarupské upřesňuje Sociologický slovník, který uvádí, že „*chudoba je v různých koncepcích a přístupech různě definována a měřena, vždy však jde o inferiorní podmínky života se závažnými individuálními i společenskými důsledky.*“ Skarupská ve svém výkladu dochází také k pojmu sociální vyloučení, které se úzce pojí s chudobou, a v některých případech lze obě slova vzájemně nahradit.

Jak uvádí Pražská škola alternativ (2012), existují 2 způsoby vnímání chudoby. Ortodoxní pohled na chudobu nahlíží jako na stav, kdy lidé trpí nedostatkem

peněz, a nemohou si proto koupit jídlo a uspokojovat další základní materiální potřeby. Takovou chudobu je pak možné vymýtit transformací tradičních „zaostalých" ekonomik na průmyslové a produkcí nadbytku. Alternativní úhel pohledu pak vnímá chudobu jako stav, kdy lidé nejsou schopni uspokojit své materiální a nemateriální potřeby svým úsilím. Tento přístup spatřuje lidský blahobyt v trvale udržitelné společnosti v sociální, kulturní, politické a ekonomické oblasti.

Jeníček et al (2010) rozlišuje chudobu relativní a absolutní. Relativní chudobu lze definovat pouze ve vztahu k referenčním skupinám. Chudoba vztažená k jednotlivým zemím totiž závisí na úrovni spotřeby obyvatelstva v dané zemi. Naproti tomu absolutní chudoba je definovaná Světovou bankou jako *„jako životní situace, která je charakterizována podvýživou, negramotností a nemocemi, vymykající se jakékoli definici lidských podmínek důstojného života".* Tato chudoba je regionálně velmi nerovně rozprostřena. V dlouhodobém horizontu má absolutní chudoba tendenci se navíc zvyšovat. (WB, 2014)

Nováček (2013) poukazuje na chudobu z křesťanského pohledu, která byla, je a bude považována za ctnost. Je nutné však dodat, že takováto chudoba je dobrovolná a neničí důstojnost člověka. Proti chudobě pak staví bídu, která je charakteristická nedostatkem základních prostředků k životu. Bídu pak Nováček ztotožňuje s absolutní chudobou.

Na chudobu lze nahlížet v několika dimenzích. Nejnižší dimenze ztotožňuje chudobu s nedostatkem potravy. Ve druhé dimenzi dostává chudoba psychologický rozměr a je charakterizována například bezmocí, závislostí či ponížením. O stupeň vyšší dimenze se pojí s nedostatečným přístupem k základní infrastruktuře, další dimenze je vnímána v kategoriích absence kvalitní zdravotní péče či nedostatkem vzdělání. Na příjmovou úroveň se pak zaměřuje až poslední dimenze chudoby.

Míra chudoby se vyjadřuje jako procentní podíl osob žijících v domácnostech, jejichž příjem je nižší než zvolená hranice chudoby. Nejčastěji se za hranici chudoby považuje 60 % mediánu ekvivalizovaného příjmu, který zahrnuje příjmy ze zaměstnání a podnikání, sociální transfery a další příjmy domácnosti, zohledňuje se počet dospělých v domácnosti, počet dětí a jejich věk. (Tichá, 2013)

Světová banka ještě v roce 1985 považovala za extrémně chudé takové lidi, kteří měli k dispozici méně než 1 USD na den. V 90. letech se pak hranice posunula na 1,08 USD/den a aktuálně považuje za extrémně chudého takového člověka, jehož příjem je nižší než 1,25 USD na den v paritě kupní síly roku 2005.[5] Tato hranice byla spočítána na základě průměrné hranice chudoby v 10 až 20 nejchudších zemích světa. (WB, 2014)

Jak uvádí Čermák (2009) metodika výpočtu extrémní chudoby Světovou bankou má řadu kritiků. Mezi ty nejvýraznější patří ekonom Sanjay Reddy či filozof Thomas Pogg. Dle Pogga by totiž tato hranice měla být konzistentní v čase

[5] Podle posledních odhadů Světové banky z roku 2011 žije pod nebo na hranici extrémní chudoby asi 17 % lidí. V absolutních číslech je to pak více než miliarda. Jakkoli se toto číslo může zdát děsivé, za velký úspěch se dá považovat fakt, že ještě v roce 1990 byl podobných lidí téměř dvojnásobek (1,91 mld.). (World Bank, 2014)

i prostoru. Chudí lidé v jedné zemi si tedy musí být schopni koupit skutečně méně základních potřeb než ti, kteří nejsou chudí v jiných zemích a v různých letech. Dle výše zmíněných myslitelů však není možné jednoduše přepočítat paritu kupní síly jednotlivých zemí.

Problém chudoby někteří autoři spojují s populační explozí. Jeníček et al (2010) vysvětluje problém chudoby v rozvojových zemích podobenstvím věkové pyramidy, kdy předproduktivní, produktivní i postproduktivní složka pyramidy by měla být v rovnováze. Pro pyramidu v rozvojových zemích je ale typický výskyt obyvatelstva především v předproduktivním věku. Nejčastějším vysvětlením tohoto stavu je realita, kdy děti jsou „důchodem pro své rodiče do budoucna". Stát zde totiž není garantem existenčních jistot. V těchto zemích není zaveden důchodový systém. Staří lidé či nemocní jsou tak bezprostředně finančně závislí na svých dětech či jiných členech rodiny.

Většina zemí Evropy se pak potýká s přesně opačným problémem. Její populace stárne. Při použití stejné vysvětlující pyramidy pak dle Rabušice (1995) lze zjistit, že se vyspělé země potýkají jak se stárnutím od základny (pokles porodnosti), tak i se stárnutím od vrcholu věkové pyramidy (snížení úmrtnosti, prodlužování naděje na dožití). Tyto dva druhy demografického stárnutí působí navíc většinou současně. V této souvislosti pak vyvstává otázka možnosti prohlubující se chudoby i v těchto vyspělých zemích, neboť na takové stárnutí populace není řada států připravena, a to i vzhledem k současnému nastavení sociálních politik a financování zdravotní péče.

Chudobou a s ní spojeným hladem se zabýval také Mankiw. Příčiny hladomoru nevidí v růstu populace, nýbrž v neadekvátním rozdělování jídla, kdy selhávají přídělové systémy. Tento problém úzce souvisí s politickou nestabilitou a špatnou vynutitelností vlastnických práv. (Mankiw, 2010)

Názory v otázkách řešení celosvětové chudoby se různí. V roce 2000 vyhlásila OSN iniciativu Rozvojové tisíciletí (Millenium), jejíž snahou je mimo jiné boj proti světové chudobě a zaostalosti společným úsilím všech signatářských států. Tato iniciativa si stojí za tím, že je na světě dostatečné množství zdrojů a technologií, s jejichž pomocí je možné dosáhnout všeobecného rozvoje. Jako další podnět v boji s chudobou byla zorganizována kampaň Milostivé léto 2000 (Jubilee 2000), která vznikla v roce 1997 ve Wuppertalu. Milostivé léto kladlo důraz jednak na realizaci oddlužení chudých zemí světa v roce 2000 a dále na zavedení spravedlivých vztahů mezi dlužníky a věřiteli a to prostřednictvím nového mezinárodního insolvenčního práva. Pražská škola alternativ pak spatřuje jedno z možných řešení světové chudoby v tzv. spravedlivém obchodu neboli Fair Trade. (UNICEF, 2012; Pražská škola alternativ, 2012)

3.6.2 Nerovnost

Nejen otázky chudoby, ale i nerovnosti tížily hlavy filozofů a myslitelů od nepaměti. V ekonomické rovině se nejčastěji hovoří o nerovnosti v příjmech či majetku. Nutno však poznamenat, že se ve společnosti lze setkat také s nerovností

v životních šancích, nerovností v moci či privilegiích a v neposlední řadě lze narazit na nerovnost ve společenském statutu. (Tichá, 2013)

Propast mezi bohatými a chudými se dle úvah Světové banky bude pravděpodobně nadále zvětšovat i celosvětově, zvláště pak v rozvojových zemích. Pro řadu lidí je tak stále méně dosažitelný přístup ke vzdělání, ke kvalitním zdravotnickým službám či k nezávadné pitné vodě. Navíc existuje řada problémů (ekonomické šoky, změna klimatu,…), které mohou negovat pokrok dosažený v posledních letech. (World Bank, 2014)[6]

Jednou z možností, jak změřit příjmovou nerovnost je *indikátor relativního propadu příjmů*. Ten určuje rozdíl mezi mediánem příjmu osob pod hranicí chudoby a danou hranicí chudoby. S rostoucí hodnotou tohoto ukazatele se prohlubuje propad osob pod hranici chudoby.

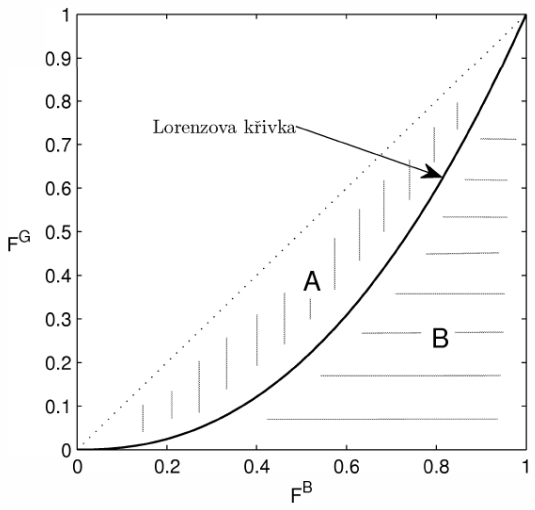
Další metodou, kterou lze užít při poměřování nerovnosti je *koeficient příjmové nerovnosti S80/S20*. Tato metoda porovnává horních 20 procent nejbohatších obyvatel s dolními 20 procenty nejchudších. Přímo úměrně hodnotě koeficientu se zvyšuje diferenciace příjmů. (Tichá, 2013)

Poněkud složitější metodou je určení příjmové nerovnosti za pomoci *Giniho koeficientu*, který namísto porovnávání extrémů svými propočty dospívá k nerovnoměrnému rozložení majetku napříč celou společností. Tento koeficient nabývá hodnot od 0 do 100. Čím více se hodnota Giniho koeficientu blíží 100, tím vyšší příjmová nerovnost panuje ve společnosti. Naopak hodnoty blízké k 0 poukazují na rovnostářské rozdělení důchodů ve společnosti. Nejčastěji se pak hodnoty pohybují od 30 do 50. (World Bank, 2014)

Jiným indikátorem nerovnosti je *index Robina Hooda*. Ten určuje, kolik procent národního důchodu by bylo nutné vzít bohatým a dát chudým, abychom dospěli k absolutně rovnostářské společnosti.

Stejně jako Giniho koeficient, vychází i index Robina Hooda z Lorenzovy křivky. Metodika jejich výpočtu je však zcela odlišná. Giniho koeficient poměřuje skutečnou Lorenzovu křivku s ideální křivkou v procentuálním vyjádření, zatímco index Robina Hooda porovnává nejdelší absolutní vzdálenost mezi empirickou Lorenzovou křivkou a linií 45°, která symbolizuje dokonale rovné rozdělení příjmů ve společnosti. (Středoevropské centrum pro finance a management, 2012)

[6] Pražská škola alternativ (2012) poukazuje na to, že HDP 41 vysoce zadlužených chudých zemí dohromady je menší než kombinace bohatství 7 nejbohatších lidí na světě. Jeníček et al pak upozorňuje, že ve 20 nejbohatších zemích světa je průměrný důchod na obyvatele 37krát vyšší než průměrný důchod ve 20 nejchudších zemích světa. Dle Jeníčka vše nasvědčuje tomu, že chudí jsou čím dál více chudší, naproti tomu bohatí jsou stále bohatší.



Obr. 1 Lorenzova křivka

Wilkinson et al (2011) se v rámci své výzkumné činnosti snažili odpovědět na otázku, zda se s rostoucí nerovností zvyšují negativní jevy, jež mohou mít za následek sociální kolaps ve vyspělých zemích. K tomuto účelu shromáždili množství srovnatelných údajů z různých zemí, jejichž konečný výčet zahrnuje míru důvěry, psychické onemocnění (včetně závislosti na drogách či alkoholu), střední délku života a kojeneckou úmrtnost, obezitu, výsledky vzdělávání dětí, porodnost nezletilých, počet vražd, poměr vězněných osob a sociální mobilitu. Z uvedených proměnných byl vypočítán tzv. *index zdravotních a sociálních problémů*, přičemž každá složka tohoto indexu má stejnou váhu. S rostoucí hodnotou tohoto indexu se pak zhoršuje i stav společnosti.[7] Závěrem jejich výzkumu je fakt, že problémy vyspělých zemí nejsou zapříčiněny ani tak bohatstvím té které země jako spíše velkými materiálními rozdíly, které panují uvnitř těchto společností. Nejlepším způsobem, jak celkově zlepšit společenské prostředí, je podle nich snižování nerovnosti.

Dle Wilkinsona hraje nerovnost určitou roli i v rozvojových zemích, ale ze zcela jiných důvodů. Zatímco ve vyspělých zemích má bohatství a majetek spíše symbolický význam, v rozvojových zemích je rozložení bohatství otázkou existence. Země s větší rovností jsou na tom lépe, neboť jejich obyvatelé mají dostatek pitné vody a dalších nezbytných statků. Zdraví a kvalita života v rozvojových zemích tedy stále závisí na výši HDP na osobu.

3.6.3 Populační růst

V souvislosti s životní úrovní vyvstává rovněž otázka populačního růstu. Zlí jazykové tvrdí, že přírůstek obyvatel vede přinejlepším ke snížení životní úrovně, ti s radikálnějšími názory pak vidí v populačním růstu zhoubu lidstva i planety. Nej-

[7] Pro tyto účely bylo nutné přistoupit k opačnému bodování střední délky života, aby vyšší skóre odráželo horší výsledek.

známějším autorem, který se jako jeden z prvních zabýval otázkami populační teorie, byl Thomas Robert Malthus. Ten upozornil na rozpor mezi exponenciálním růstem obyvatel na straně jedné a omezenými zdroji na straně druhé. Malthus takto poukazuje na to, že přírůstek lidí, kteří musí pracovat a žít s původním neměnným objemem půdy a kapitálu, znamená nižší příjem na osobu, což je v konečném důsledku příčinou snižování životní úrovně. Ve svých úvahách Malthus vyslovil i myšlenku, že na rozdíl od ostatních živých tvorů má člověk svobodu volby a může svůj populační růst kontrolovat a dobrovolně omezit. Pokud tak neučiní, dojde k přemnožení a uplatní se vnější zábrany jako jinde v přírodě – hlad, epidemie a vnitrodruhové konflikty. [8] (Nováček, 2010)

Simons (1998) vystihuje celou řadu kladných faktorů populačního růstu, které vedou ke zvyšování životní úrovně obyvatel. Kdyby nedocházelo k populačnímu růstu, pravděpodobně by nevznikl natolik propracovaný dopravní systém, jako jej známe dnes, nebo celá řada staveb a uměleckých děl. Lidskou tvořivost tak považuje za celkově větší než lidskou destruktivnost.

Významný politický ekonom Henry George vyzvedl lidský druh, když ve své knize vyslovil myšlenku: *„Jestřáb i člověk se živí kuřaty, ovšem více jestřábů znamená méně kuřat, zatímco více lidí znamená více kuřat.“* Takto fakticky vyvrátil, že by snad v důsledku populačního růstu mohlo dojít k vyhubení druhů. (George, 2006)

O prospěšnosti růstu populace svědčí dle Simonse (1998) také následující fakta. Za prvé v populaci rostoucí rychlejším tempem se zvyšuje vnitřní mobilita pracovní síly, neboť mladší lidé mají tendenci být mobilnější. Navíc mladší pracovník produkuje více, než spotřebovává, na rozdíl od staršího. Za druhé pak každá další generace přináší do pracovní síly přidanou hodnotu v podobě vyššího vzdělání oproti generaci předchozí. Populační růst dnes proto podle něj nelze chápat jako břemeno ve smyslu mathusovských modelů, ale v čím dál větší míře jako přínos.

Řada studií vidí určitý způsob zvýšení životní úrovně chudých zemí v omezení populačního růstu. Na tomto základě některé země přistoupily na poněkud drastickou, a z pohledu lidských práv velmi rozporuplnou, antipopulační politiku. Mezi země přitahující největší pozornost z důvodu neustále stoupajícího počtu obyvatel patří především Indie[9] nebo Čína. Vlády těchto zemí vyvíjí značné úsilí při tvorbě legislativního rámce, který by donutil občany plánovat rodičovství nebo by napří-

[8] Jednou z proměnných, které mají zásadní vliv na životní úroveň obyvatel, je životní prostředí zahrnující faktory jako čistota vodních toků, ovzduší, veřejných prostor či dostupnost zeleně a lesů. Zásluhou antinatalistického environmentálního hnutí, které je možné zjednodušeně označit jako „hnutí za dobrovolné vyhubení lidstva“, lze však nabýt dojmu, že jediným způsobem, jak omezovat znečištění, je nutné snížení populačního růstu. Tuto ideu utvrdila i mediální masáž, když se objevila sdělení podobná tomuto: „Save the planet, kill yourself“. Dokonce magazín New York Times zveřejnil už v sedmdesátých letech článek zakončený myšlenkou, že k nápravě znečištění vede „méně hlav“. (VHEMT, 2014)

[9] Aby se zamezilo populačnímu boomu, vznikla v Indii již v 70. letech kampaň propagující plánování rodičovství a omezení porodnosti. V jejím duchu se Indií nesla hesla jako „Tranzistorové rádio výměnou za sterilizaci.“ nebo „Malá rodina – šťastná rodina.“. (Jeníček, 2010)

klad po narození třetího dítěte v zájmu státu zamezil dalším porodům. (Jeníček, 2010)

Méně radikální způsob, jak ovlivnit populační růst, je založen na nákladech ušlých příležitostí. Pakliže tyto náklady porostou například vlivem rostoucích možností vzdělání či pracovní kariéry žen, průměrná racionálně se chovající rodina se bude zmenšovat. (Mankiw, 2010).

3.6.4 Migrace a ubanizace

V návaznosti na růst světové populace roste také migrace obyvatelstva jak ve smyslu urbanizace, tak i migrace mezi zeměmi. Tento vývoj s sebou nese četná rizika (kolaps základních služeb, eskalace sociálních konfliktů). Na druhou stranu migrace z venkovských oblastí do měst je součástí rozvoje města po kulturní a částečně i hospodářské stránce. Rozvinutý svět je v čím dál větší míře vystaven migračním vlnám z chudších regionů. Tento jev však může působit problémy nejen zemím, z nichž migranti odcházejí, ale i těm, do kterých se rozhodli vydat. Hospodářský dopad je tak dle Jeníčka (2010) obousměrný. Jeníček sdílí také názor, že pro dlouhodobě udržitelnou mezinárodní migraci je nutná schůdná možnost volby zůstat ve vlastním státě. Nováček (2013) pak spatřuje v migraci závažný problém, který by mohl mít fatální následky ve smyslu zhroucení západní civilizace, jak ji známe dnes.

Tichá (2013) je v otázkách migrace rozporuplná. Podle ní existuje celá řada negativních dopadů migrace, jako je eventualita sociálního pnutí v případě imigrantů přicházejících z nábožensky a kulturně odlišných zemí. U některých zemí pak může vyvstat problém tzv. odlivu mozků (brain drain), který je typický pro pracovní formu migrace. Na druhou stranu pokud se tito emigranti vrátí zpět do rodné vlasti, jsou pro společnost nedocenitelným přínosem. Dle Tiché pak příliv imigrantů rovněž obohacuje imigrační zemi, neboť přistěhovalci s sebou přinášejí nové poznatky a přístupy.

Pozitivní důvody proč přijímat imigranty z cizích zemí nachází také Simons (1998). Imigranti totiž zcela logicky skrze své příjmy, které přeměňují na výdaje, vytváří další pracovní místa v dané zemi. Podle jeho názoru není ani vyloučeno, že by si migrant mohl založit svůj vlastní nový podnik a podpořit tímto způsobem růst zaměstnanosti. Dalším argumentem, který Simons zdůrazňuje, souvisí s daňovou politikou. Částka, kterou přistěhovalci zaplatí na daních, je mnohdy vyšší než je potřeba na úhradu sociálních a vzdělávacích služeb, které skutečně využijí.[10]

3.7 Zdravotnictví jako faktor životní úrovně

Zvýšená pozornost zdraví byla věnována již v dobách antiky. Obyvatelé starověkého Říma se zajímali o to jak mouře žít. Soustředili se na zdraví ducha i těla jakožto

[10] Z výzkumu agentury STEM (2014) tři čtvrtiny Čechů sdílí názor, že zaměstnávání cizinců připravuje jejich spoluobčany o pracovní příležitosti.

na cestu k nejvyšší dokonalosti - kalokagathii. Žít zdravě v tehdejších poměrech znamenalo žít dobře, tedy podle svého nejlepšího svědomí a vědomí, a moudře. (Žaloudíková, 2009)

Malina (2010) konstatuje, že na úroveň veřejných služeb se zdravotnictví dostalo až v souvislosti s řešením epidemií moru a cholery. Rozmach veřejného zdravotnictví je tak spjat s rozvojem epidemiologie. Přibližně od roku 1880 lze hovořit o tzv. nové éře veřejného zdravotnictví, kdy se středem zájmu stávají intervence v oblasti neinfekčních onemocnění. Pozornost se upíná především na kardiovaskulární onemocnění a vznik novotvarů. Osmdesátá léta 20. století pak přinesla zvýšený důraz na sociální determinanty zdraví. Tímto fakticky nastal posun od individuálních determinant zdraví k těm populačním (chudoba, vzdělanost,…).

Zdravotnictví je služba a jako taková je charakteristická vlastnostmi společnými všem službám. Zdravotnické služby si není možné předem prohlédnout ani vyzkoušet. Jejich výsledek nelze stoprocentně předvídat a podstatnou měrou závisí na konkrétním poskytovateli. Se standardem kvality služby pak souvisí její proměnlivost. Není totiž výjimkou, že kvalita či způsob poskytnuté služby se liší dokonce i v jednom a tomtéž zdravotnickém zařízení. Vzhledem k vysoké nejistotě produktu, který sektor zdravotnictví nabízí, je zde z hlediska vnímání kvality vhodné více než kde jinde zaměřit se na bezpečnost při poskytování zdravotnických služeb. Nesmírně důležitý je také faktor důvěry. Poptávka po zdravotnických službách má řadu specifik. Je nepravidelná a mnohdy nepředvídatelná. (Vaštíková, 2014)

Durdisová (2005) zavádí definici zdravotnického systému. Dle jejich slov je zdravotnický systém *„organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentujícími vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče.“*

Ottawská charta podpory zdraví, která byla přijata na konferenci Světové zdravotnické organizace v Kanadě, vnímá onu podporu zdraví jako proces umožňující lidem posilovat kontrolu nad determinantami vlastního zdraví a zlepšovat tak zdravotní stav. Hlavním prostředkem podpory zdraví je přitom veřejná politika. Ta by se měla týkat nejen rezortu zdravotnictví, ale zaměřit svou pozornost na zdravotní problematiku i v dalších rezortech. (WHO, 1986)

Podle Ottawské charty je možné podporu zdraví charakterizovat třemi základními předpoklady a pěti strategiemi politiky zaměřenými na rozvoj zdraví. Kučera et al (2005) zmiňuje základní axiomy podpory zdraví:

1. Zdraví je základním předpokladem sociálního, ekonomického a osobního rozvoje
2. Podpora zdraví usiluje o dosažení rovnosti ve zdraví a kontroly faktorů ovlivňujících zdraví
3. Zdravotnický sektor je spíše prostředníkem různých zájmů ve prospěch zdraví než plně zodpovědným resortem

Realizace výše zmíněných předpokladů probíhá v podobě pěti strategií podpory zdraví. Za prvé jde o tvorbu veřejné politiky reflektující zdraví. Dále se jedná

o vytváření prostředí, které bude příznivé ke zdraví, a o podporu komunitních aktivit posilujících zdraví. V pořadí čtvrtou strategii představuje rozvoj osobních dovedností upevňujících zdraví. Poslední strategie se soustředí na inovativní zaměření zdravotnických služeb a to jak v ohledu rozvoje zdravotního potenciálu lidí a populace, tak i posílení role primární péče.

V ideálním případě by měla být zajištěna rovnost příležitostí k dosažení plného zdravotního potenciálu. Spravedlivost ve zdraví je možné chápat jako stav, kdy nikdo není znevýhodněn při dosahování zdraví oproti jinému, avšak za předpokladu, že je možné se takovému znevýhodnění vyhnout. V tomto kontextu vymezuje Janovská et al (2013) hlavní determinanty nerovností ve zdraví:

- Přírodní biologická různost
- Svobodná volba chování, které poškozuje zdraví (např. sporty, zábava)
- Přechodná zdravotní výhoda určité skupiny v porovnání s jinou, jež vzniká tehdy, když si někdo osvojí zdravý životní styl

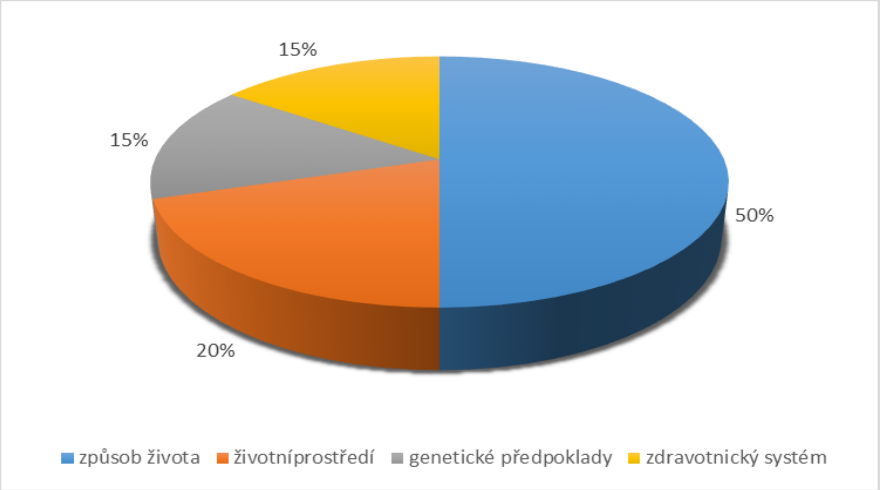
Za předpokladu, že mají i ostatní jedinci obdobné možnosti k přijetí zdravého životního stylu za vlastní, nepovažuje se taková nerovnost, stejně jako dvě předchozí, za nespravedlivou. Janovská et al (2013) dále doplňuje, že na nerovnosti ve zdraví dále významně působí:

- Chování, které poškozuje zdraví, je-li stupeň volby životního stylu významně omezen
- Práce a život v nezdravých a stresových podmínkách
- Neuspokojivý přístup k základním zdravotním a jiným veřejným službám
- Oslabení sociální pozice nemocných lidí spojená s významným snížením jejich životní úrovně

Těmto rozdílům je však možné se vyvarovat, a proto je lze považovat za nespravedlivé.

Již zmiňovaná Ottawská charta říká, že podpora zdraví neleží pouze na bedrech zdravotnického sektoru, ale přesahuje nad rámec zdravého životního stylu a ovlivňuje blahobyt každého člověka. Proto je důležité ztotožnit se s vlastní odpovědností za své zdraví. (WHO, 1986)

Mgr. Šamaj v rámci své přednášky na PEF MENDELU, která proběhla 13. března 2014, uvedl, že míra odpovědnosti za zdravotní stav jednotlivce je rozložena hned mezi několik determinant zdraví. Více než zdravotní systém a genetické předpoklady ovlivňuje zdraví vlastní způsob života jedince. O něco méně podstatný je pak také vliv životního prostředí, které člověka obklopuje. Jde tedy o souhrn široké palety vnitřních a vnějších faktorů, které mohou působit samostatně i společně a navzájem se posilují nebo oslabují či dokonce ruší.



Obr. 2 Míra odpovědnosti a faktory ovlivňující zdravotní stav obyvatel

Čeledová et al (2010) rozebírá také socioekonomické determinanty zdraví. Z nich následně vyzdvihuje především sociální gradient, stres, zdravotní a sociální podmínky působící v dětství, nezaměstnanost, sociální podporu, chudobu a sociální izolaci, stres na pracovišti, výživu, závislost a zdravou dopravu. Čeledová je přesvědčena o tom, že na čím nižší úrovni hierarchickém žebříčku společnosti lidé žijí, tím častěji jsou postiženi nemocemi.

Žaloudíková (2009) dochází k závěru, že zdraví je nutným předpokladem aktivního a spokojeného života. Z hlediska udržení kvality života je nepostradatelné. Proto je důležité podporovat zdraví jednotlivce a předcházet snížené kvalitě života účinným preventivním chováním. Podstatné je identifikovat nejen rizikové faktory ale i ty, které kladně posilují, podporují a determinují zdraví, výkonnost, zdatnost a v konečném důsledku i kvalitu života.

Na 51. světovém zdravotnickém shromáždění v roce 1998 byla členskými státy přijata deklarace na podporu a zvýraznění programu Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny ve 21. století. Tato deklarace formuje základní politické principy péče o zdraví. Díky ní bylo právo na zdraví fakticky uznáno jako jedno ze základních lidských práv a jeho zlepšování má pak určovat hlavní směr sociálního a hospodářského vývoje. Zdraví se tak stalo měřítkem pokroku v různých ohledech (snižování chudoby, podpora sociální soudržnosti a odstranění diskriminace) a předpokladem pro blažený a kvalitní život.

K hlavním cílům programu Zdraví pro všechny ve 21. století patří ochrana a rozvoj lidského zdraví po celý život jednotlivce a snížení výskytu nemocí a úrazů včetně omezení strádání, které s sebou nesou. (WHO, 1998)

Ministerstvo zdravotnictví ČR (2014) vytvořilo rámcový souhrn opatření pro rozvoj veřejného zdraví v ČR, který prezentuje v publikaci Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Důraz je v ní kladen především na zlepšení zdraví a životní pohody obyvatel, snížení nerovností v oblasti zdraví a posílení role veřejného zdravotnictví. Usiluje o to, aby se řízení a rozhodování v oblasti zdraví stalo celospolečenským zájmem. Národní strategie

si klade za cíl vytvořit udržitelný zdravotní systém, založený na kvalitě, dostupnosti a principu rovnocenného postavení lidí. Její snahou je rovněž zajistit, aby současně s prodlužující se délkou života rostla především doba prožitá ve zdraví. Ministr zdravotnictví MUDr. Svatopluk Němeček, MBA se k Národní strategii vyjádřil slovy: *„Národní strategie je klíčovým dokumentem určujícím směr celospolečenských aktivit, a zároveň jasnou vizí, která musí zůstat platnou bez ohledu na konkrétní obsazení vládních či poslaneckých funkcí.“*

4 Metodika

K dosažení vytyčeného cíle této diplomové práce bude třeba zrealizovat hned několik kroků. V prvé řadě bude nutné identifikovat indikátory, které se používají k měření 6 kategorií určujících oblast zdravotnictví jako faktoru ovlivňujícího životní úroveň. Zjištěné indikátory budou následně rozebrány při hloubkových rozhovorech s odborníky z praxe. Indikátory, s nimiž se odborníci budou ztotožňovat, a pro které bude dostupná dostatečná datová základna, budou podrobeny regresní analýze. Dolní hranící pro rozsah dat bude rok 2002, tou horní pak rok 2012.

Prvním krokem bude zjištění různých způsobů měření následujících kategorií.

- Kvalita zdravotnických zařízení
- Dostupnost zdravotnických zařízení
- Komunikace zdravotnického personálu
- Finanční náročnost služeb ve zdravotnictví
- Dostupnost zdravotnických pomůcek a léků
- Ceny zdravotnických pomůcek a léků

Tyto proměnné vyplynuly z výsledků dotazníkového šetření Interního grantového projektu PEF MENDELU IGA 42/2013 Faktory ovlivňující životní úroveň v EU, které proběhlo v letech 2013 - 2014. Shromážděná data zachycují odpovědi osob v čele domácností, které se k jednotlivým otázkám vyjádřily jménem všech členů domácnosti. Získané odpovědi byly shromážděny na základě kvótního výběru.

Dalším krokem bude provedení individuálních hloubkových rozhovorů. Hloubkový rozhovor je nestandardizovaný rozhovor, který se provádí na základě předem připraveného schématu. Při provádění hloubkového rozhovoru nemá tazatel předem připravené konkrétní otázky. Rozhovory budou tudíž vedeny s respondenty spíše v tematických blocích. Autorka se bude odborníků volně dotazovat a bude pružně reagovat na situaci s cílem stimulovat odpovědi dotazovaného. Je známo, že tato metoda se využívá v šetřeních, kde by bylo obtížné shromáždit kvalitní strukturu respondentů v určitou hodinu na jednom místě - například vysoké úředníky, top manažery a podobně. (Lukášová, 2010)

Pro účely této práce budou individuální hloubkové rozhovory vedeny se 3 osobami na slovo vzatými. Jedná se o odborníky s mnohaletou praxí ve zdravotnictví. Tím prvním je prezident Slovenské lékárnické komory PharmDr. Ondrej Sukeľ, který v současné době provozuje své dvě vlastní lékárny a přednáší na Univerzitě veterinárního lékařství a farmacie v Košicích. Rozhor dále přislíbil MUDr. Pavel Andres, MBA, ředitel Vzdělávacího ústavu pro zdravotnictví a medicínu, který dlouhá léta působil jako lékař na interním a plicním oddělení. Aktuálně mimo jiné vystupuje jako člen týmu pro ekonomiku zdravotnictví u předsedy Výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR. V pořadí třetím expertem na problematiku českého i zahraničního systému zdravotnictví je Mgr. Martin Šamaj, MBA, náměstek nelékařských oborů a garant za projektové a strategické řízení ve Fakultní nemocnici Olomouc.

Osloveným respondentů budou s dostatečným předstihem zaslány podkladové materiály sestavené autorkou na základě studia odborných publikací a zkoumáním mezinárodních databází. Tyto podkladové materiály jsou součástí přílohy A.

V pořadí třetím krokem bude analýza ukazatelů, které dotázaní experti označili za určující v každé ze šesti kategorií faktoru zdravotnictví. Cílem této části bude zjistit, jak závisle proměnná reaguje na změny nezávisle proměnné. Za závisle proměnnou bude zvolen multicentrický ukazatel HDI, kterýžto popisuje životní úroveň podstatně lépe nežli například indikátor HDP na obyvatele. Tento indikátor byl vybrán mimo jiné také proto, že je pro něj k dispozici dostatečně dlouhá datová základna.

Vztah mezi HDI a vybranými proměnnými bude posouzen pomocí regresní analýzy. Pro výběr nejvhodnějšího ukazatele pak budou rozhodující jak koeficienty determinace R^2, tak i věcné hledisko. Koeficient determinace může nabývat hodnot v intervalu <0,1>, přičemž toto číslo udává těsnost vztahu mezi proměnnými. Vyšší hodnota tohoto koeficientu značí vyšší kvalitu modelu, neboť se v takovém případě podařilo regresí vysvětlit větší podíl rozptylu v pozorování závisle proměnné.

Regresní modely budou sestavovány v softwaru GRETL 1.9.4. Grafy použité v této práci budou z čistě estetických důvodů upraveny v programu MS Excel 2013. Všechny modely budou analyzovány metodou nejmenších čtverců. Ta slouží k nalezení takového vyrovnání měření, že součet druhých mocnin chyb nalezeného řešení bude co nejmenší.

Bude otestováno, zda modely splňují předpoklady klasického regresního modelu, mezi které patří následující: (Hampel et al, 2011)

1. *Regresní model je lineární v parametrech, je správně specifikován a má aditivně připojen chybový člen.*
2. *Chybový člen má nulovou střední hodnotu.*
3. *Všechny vysvětlující proměnné jsou nekorelované s chybovým členem.*
4. *Pozorování chybového členu jsou nekorelována se sebou samými, nedochází k autokorelaci chybového členu.*
5. *Chybový člen má konstantní rozptyl, nedochází k heteroskedasticitě.*
6. *Žádná vysvětlující proměnná není perfektní lineární kombinací jiné vysvětlující proměnné, tj. nedochází k perfektní multikolinearitě.*
7. *Chybový člen má normální rozdělení.*

Testy budou vyhodnocovány na pětiprocentní hladině významnosti ($\alpha = 0{,}05$). Nulová hypotéza bude zamítnuta, pokud výsledek toho kterého testu bude menší než hodnota α.

5 Vlastní práce

5.1 Životní úroveň v České republice

Z čistě ekonomického pohledu lze životní úroveň v daném státě hodnotit skrze ukazatel HDP na obyvatele. K tomuto ukazateli lze dospět ročním součtem všech plateb za zboží a služby v dané společnosti, který se následně vydělí počtem členů této společnosti. Vývoj HDP na obyvatele v České republice zachycuje následující tabulka.

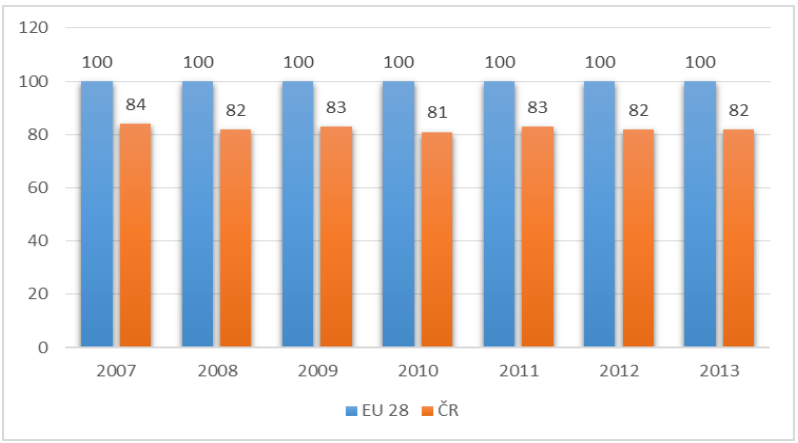
Tab. 1 HDP na obyvatele – Kč/obyv. v běžných cenách

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
371 204	384 992	373 810	375 921	383 208	385 152	388 771

Zdroj: ČSÚ

Výše HDP na obyvatele se v ČR do roku 2009 průběžně zvyšovala. Jeho úroveň z roku 2008 byla však překonána teprve až v roce 2012.

Velmi často se pro účely mezinárodního srovnání uvádí také HDP na obyvatele měřený ve standardu kupní síly (PPS). Díky tomu jsou vyloučeny rozdíly cenových hladin, což však umožňuje srovnání HDP spíše mezi jednotlivými zeměmi než v čase. Takovýto ukazatel pak může být rozhodujícím kritériem například pro přiznání nároků na čerpání prostředků ze strukturálních fondů EU. Má-li vypočítaný index pro určitou zemi vyšší hodnotu než 100, svědčí to o vyšší úrovni HDP na obyvatele, než odpovídá průměru 28 zemí EU. V Česku v roce 2013 hodnota HDP na obyvatele dosahovala 82 % evropského průměru.



Obr. 3 HDP ČR ve srovnání s průměrem EU 27
Zdroj: ČSÚ databáze Eurostatu

Přestože je ukazatel HDP na obyvatele často používán k mezinárodnímu srovnání států z hlediska životní úrovně, má řadu nedostatků, které by pro komplexní výpo-

věď o stavu životní úrovně neměly být přehlíženy. Jeho hlavní slabinou je striktně materiální zaměření. Z tohoto důvodu jej nelze použít k vyjádření blahobytu v celé jeho šíři.

5.1.1 Příjmy

Příjmy jsou, nebo by měly být, středem zájmu každého státu. Podstatným způsobem totiž determinují životní úroveň v ekonomickém slova smyslu. Odvíjí se od nich výpočet ukazatelů peněžní a materiální chudoby a slouží k přípravě nástrojů sociální politiky státu. Příjmy a životní podmínky domácností pravidelně v České republice mapuje Český statistický úřad. Podobná šetření probíhají i v dalších 32 evropských zemích.

V roce 2013 byl průměrný čistý roční ekvivalizovaný příjem domácností v České republice 8 695 EUR. V porovnání s průměrem členských zemí EU tak činil rozdíl bezmála 50 %. Pro účely komparace je vhodné použít přepočtený medián tohoto příjmu. Ten byl ve všech sledovaných letech rovněž hluboko pod úrovní průměrných evropských poměrů. Souhrnný medián čistého ročního ekvivalizovaného příjmu za všechny typy domácností v ČR činil 7 694 EUR, v průměrném evropském měřítku pak ročně jednotlivec obdržel 15 430 EUR.

Minimální mzda je podle definice Ministerstva práce a sociálních věcí (2009) *„absolutně nejnižší cena práce bez ohledu na její složitost, druh, množství a kvalitu, kterou je zaměstnavatel povinen zaměstnanci poskytnout“*. Eurostat (2014) dále konstatuje, že národní minimální mzda se obvykle vztahuje na všechny zaměstnance či přinejmenším na převážnou většinu zaměstnanců v té které zemi. [11] Při úvahách nad příjmem z minimální mzdy je pak vždy třeba zohlednit skutečnost, že se jedná o jejich hrubou výši. Minimální mzdu má v současné době zakotvenu v zákoně 21 z 28 členských států EU. Tyto země lze rozčlenit do 3 skupin dle výše měsíční minimální mzdy přepočtené na EUR. Česká republika se stejně jako 9 dalších zemí (Maďarsko, Slovensko, Bulharsko, Rumunsko, Polsko, Litva, Lotyšsko, Estonsko, Chorvatsko) nachází v první skupině s minimální mzdou menší než 500 EUR. Dalších 5 zemí v EU (Portugalsko, Řecko, Malta, Španělsko, Slovinsko) má stanovenu minimální mzdu v rozmezí 500 až 1 000 EUR. V poslední skupině je zařazeno zbylých 6 států (Velká Británie, Francie, Irsko, Nizozemsko, Belgie a Lucembursko), které mají zákonnou minimální mzdu vyšší než 1 000 EUR.

Minimální měsíční mzda v České republice po poklesu z roku 2012 opět mírně narostla, když 1. srpna 2013 vstoupilo v platnost nařízení vlády o minimální mzdě.[12] Navyšování minimální mzdy je velmi citlivé téma. Správně nastavená minimální mzda má určitou motivační roli. Na druhou stranu její nepřiměřené zvyšo-

[11] Aktuální výše minimální mzdy v České republice (9 200 Kč) se nevztahuje na zaměstnance, kteří požívají invalidní důchod. Těmto zaměstnancům náleží minimální mzda z období před rokem 2013 (8 000 Kč).

[12] Od 1. 1 2015 došlo k dalšímu navýšení minimální mzdy. Vláda si tak i přes odpor zaměstnavatelů prosadila zvýšení minimální mzdy dokonce o 700 Kč (25,4 EUR) oproti plánovaným 500 Kč (18,1 EUR).

vání může navýšit nezaměstnanost. Bude-li totiž výše minimální mzdy nad rovnovážnou úrovní ceny práce, stane se práce dražší pro zaměstnavatele. To má pak neblahý dopad na jejich podnikání a následně i na poptávku po práci.

Významným indikátorem rozdílů mezi příjmovými skupinami obyvatel může být proporce minimální mzdy k průměrným měsíčním příjmům. V západní Evropě se minimální mzda pohybuje okolo 40 procent průměrné mzdy. V roce 2013 v České republice měla minimální mzda 31,7% podíl na průměrných měsíčních příjmech. Lze tedy konstatovat, že oproti západu jsou v Česku podstatnější rozdíly mezi jednotlivými příjmovými skupinami obyvatel.

Tab. 2 Příjmy českých domácností v EUR

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Průměrný čistý roční ekvivalizovaný příjem v ČR	6 148	6 810	8 262	7 981	8 440	8 765	8 695
Průměrný čistý roční ekvivalizovaný příjem EU 28	15 865	16 746	17 054	17 090	17 256	17 689	17 679
Medián čistého ročního ekvivalizovaného příjmu v ČR	5 423	6 068	7 295	7 058	7 451	7 791	7 694
Medián čistého ročního ekvivalizovaného příjmu v EU 28	13 878	14 463	14 801	14 847	14 965	15 454	15 430
Minimální měsíční mzda v ČR	284,82	317,64	303,39	306,79	323,92	311,12	313,19
proporce min. mzdy na měs. průměrných příjmech v %	38,1	35,2	34,3	33,3	32,4	31,6	31,7

Zdroj: Eurostat, Pordata

Příjmová nerovnost byla odedávna přirozenou součástí snad každé ekonomiky. Nerovnost tak lze považovat za jakýsi přirozený stav, s jehož vznikem mají co dočinění rozdílné schopnosti jednotlivých osob. Pokud tyto rozdíly přetrvávají dlouhodobě, narostou také rozdíly ve vlastněném majetku.

V porovnání s evropským průměrem si Česká republika vede dobře. Za posledních sedm let se nestalo, aby hodnota Giniho koeficientu klesla pod evropský průměr. Dle statistik Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj je Česko čtvrtou nejvíce rovnostářskou zemí OECD. Lépe se v rámci tohoto uskupení totiž

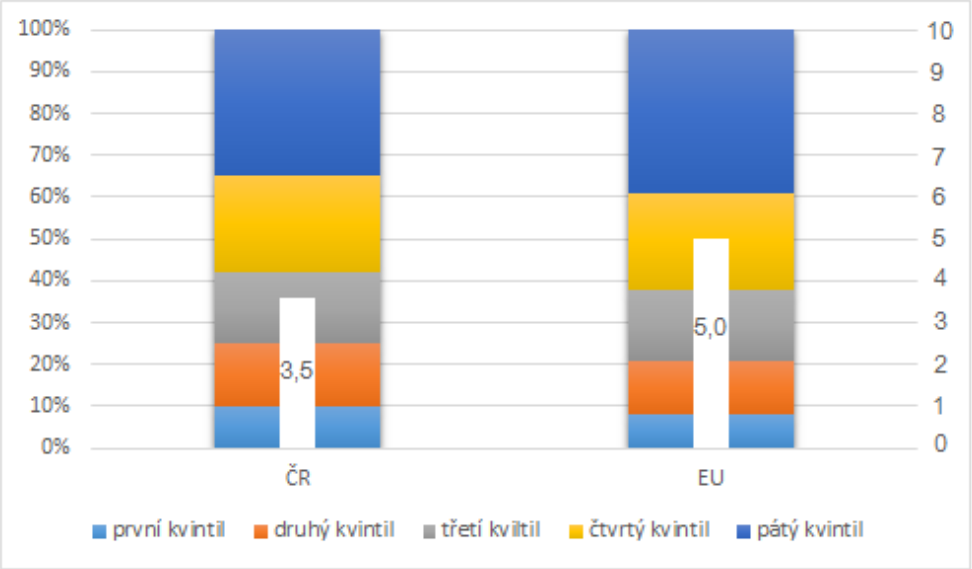
umístilo jen Slovinsko, Dánsko a Norsko. V rámci žebříčku The World Factbook z dílny CIA, který hodnotí příjmovou rovnost ve 135 zemích světa, je pak Česká republika na 6. místě. Oba tyto žebříčky vycházejí z Giniho koeficientu, který má podstatnou vypovídací hodnotu o distribuci příjmů mezi občany daného státu. Čím více se ukazatel blíží nule, tím je také více pravděpodobné, že všichni členové dané společnosti obdrží stejnou částku. Opačná situace nastává, je-li tento koeficient roven jedné. V takovém případě náleží celý příjem jedné osobě a ostatní nedostávají nic.

Tab. 3 Giniho koeficient

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ČR	25,3	24,7	25,1	24,9	25,2	24,9	24,6
EU	30,6	30,9	30,5	30,4	30,8	30,4	30,5

Zdroj: ČSÚ

Dalším nástrojem k identifikaci příjmové nerovnosti je koeficient S80/S20. Tento koeficient příjmové nerovnosti udává poměr 20 % osob s nejvyššími příjmy (horní kvintil) k 20 % osob s nejnižšími příjmy (dolní kvintil), přičemž příjmem se pro tyto účely rozumí ekvivalizovaný disponibilní příjem. Čím vyšší je hodnota koeficientu S80/S20, tím vyšší jsou celkové příjmy 20 % nebohatších lidí ve společnosti v poměru k celkovým příjmům 20 % nejchudších osob. V takovém případě lze dále hovořit také o vyšší diferenciaci příjmů. Hodnoty koeficientu mohou teoreticky nabývat hodnot od nuly do nekonečna, avšak je pravidlem, že v rámci EU jeho hodnota neklesá pod 3 a současně nepřekračuje 12. V roce 2012 v Evropě lidé spadající do 5. kvintilu vydělali v průměru necelých 40 % z celkových příjmů, zatímco lidé z nejnižšího kvintilu vydělali méně než 10 % příjmů. Průměrná hodnota koeficientu S80/S20 pro 28 členských zemí EU byla rovných 5. Koeficient pro samotnou Českou republiku byl o 1,5 nižší, což v porovnání s evropským průměrem značí menší rozdíl v příjmech, které obdrží jednotlivé osoby či domácnost. (Eurostat, 2012)

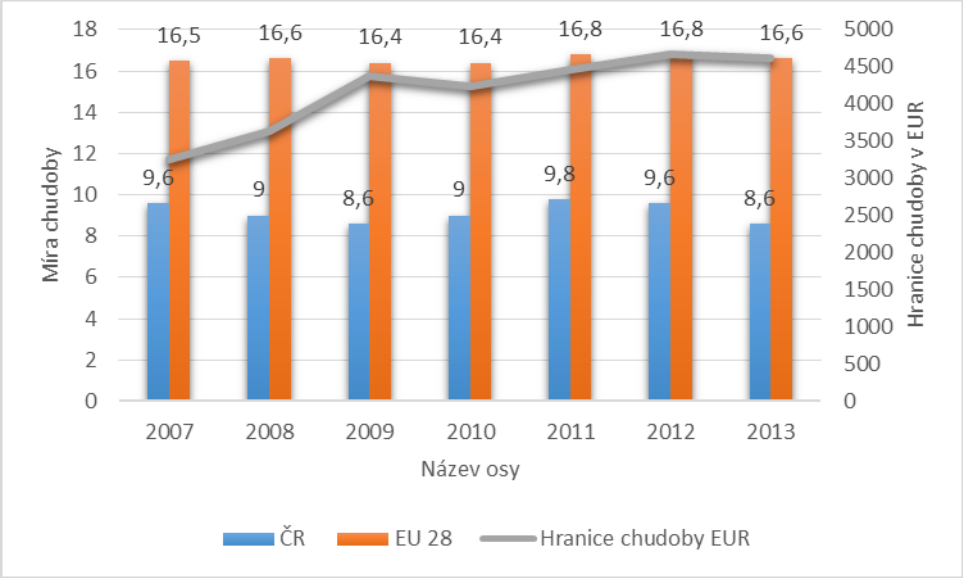


Obr. 4 Koeficient příjmové nerovnosti
Zdroj: Eurostat

V roce 2013 bylo ve 28 členských státech EU ohroženo chudobou 16,6 % lidí. Nejnižší podíl osob ohrožených chudobou byl při tom v České republice (8,6 %). Následoval Island (9,3 %) a trojici uzavřelo Nizozemí (10,4 %). Česko si tak na evropské poměry stojí velmi dobře. Míra chudoby je nejnižší za poslední roky. Podle statistiků aktuálně v České republice trápí chudoba každého, jehož příjem nepřesáhne 4 616 EUR ročně. To je v přepočtu asi 9 683 Kč za měsíc.

I přes relativně dobré výsledky v Česku existuje stále prostor pro zlepšení. Tomáš Tožička (2014) ze sdružení Česko proti chudobě v rozhovoru pro Český rozhlas uvedl: *„Hlavním problémem České republiky je, že naše politika - co se týče zaměstnanosti - je příliš pasivní a snaží se o nějakou represi, místo toho, aby hledala aktivizační postupy“.* Mezi postupy, které by mohly míru chudoby stáhnout na minimum, uvedl zejména motivační vzdělávání skrze aktivní politiku zaměstnanosti a hledání proveditelných forem dostupného bydlení. [13]

[13] Sociologové hovoří o tzv. „Evropské chudobě“. Ta není spojena s hmotným nedostatkem či strachem o přežití. Jde spíše o subjektivní pocit nedostatku v porovnání s ostatními. Tato chudoba je dle řady průzkumů v západní Evropě „dědičná“. Vše totiž začíná nízkými investicemi rodičů do vzdělání svých ratolestí a následné neschopnosti tvorby dlouhodobé životní strategie.

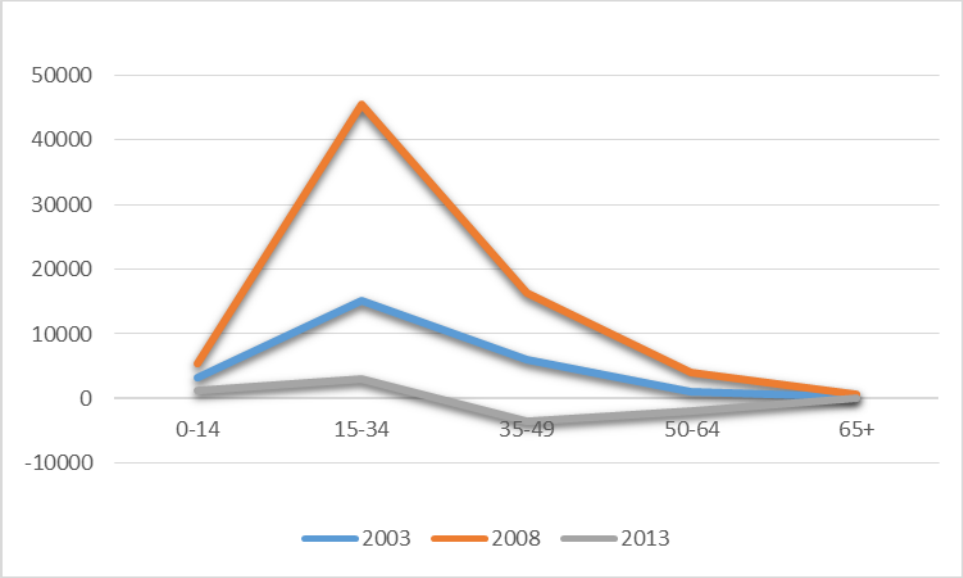


Obr. 5 Míra chudoby a hranice chudoby

5.1.2 Populační vývoj

Na vývoj počtu obyvatel ČR má mimo jiné podstatný vliv migrace. V dlouhodobém trendu migrace na území ČR sehrálo roli hned několik zásadních okamžiků. Tím prvním bylo rozdělení Československa v roce 1993, které mělo za následek vzedmutou vlnu migrační výměny mezi oběma nově vzniklými státy. Mnohem podstatněji se pak na úrovni migrace podepsalo přijetí nové definice migranta v roce 2001. Tato skutečnost měla zcela zásadní vliv na vývoj celkového počtu obyvatel. Obyvatelem České republiky se od tohoto roku nově rozuměl každý cizinec s pobytovým vízem na dobu delší než 90 dnů. Výsledkem bylo záporné saldo zahraniční migrace. V pořadí třetí událostí, která pozvedla trend růstu migrantů, byl vstup České republiky do EU a konečně za doposud posledním milníkem stojí rozšíření Schengenského prostoru o Českou republiku a další postkomunistické země. Mimo uvedené skutečnosti hrál neméně podstatnou roli také průběžný ekonomický růst mezi lety 2005 – 2007 a s ním spojený strukturální nedostatek pracovních sil. (MPSV, 2010)

V roce 2013 bylo poprvé od roku 2001 opět zaznamenáno záporné saldo zahraniční bilance. Mezi občany mířícími přes hranice České republiky už od roku 2009 tradičně převládají Ukrajinci, Rusové a Slováci.



Obr. 6 Saldo zahraniční migrace podle věku
Zdroj: ČSÚ

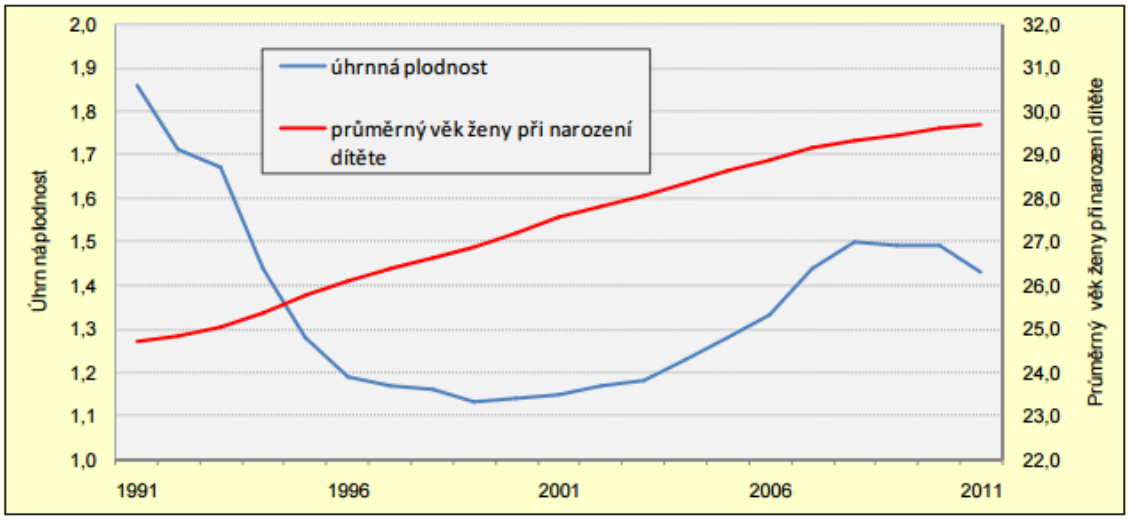
Charakter dnešní migrace je možné označit za převážně ekonomický. Jak vidno, mezi migranty převažují osoby v produktivním věku. Nejvýraznější skupinou z nich jsou pak lidé ve věku 15-34 let. Jsou to především tito mladí lidé, kdo se stěhuje mnohdy jen dočasně za prací. Věkové rozložení migrantů podle věku je tak v čase relativně stabilní. Naopak minoritní zastoupení v migračním saldu lze vypozorovat u osob v seniorském věku.

V první polovině 90. let došlo v České republice k rapidnímu propadu porodnosti. Mladé ženy tehdy hromadně odkládaly plození potomstva do pozdějšího věku. Od roku 1997 následovala sedmiletá stagnace, kdy počet narozených dětí na jednu ženu nepřesáhl hodnotu 1,2. Otevřely se nové, dosud netušené, možnosti a trhy. Počet žen užívajících antikoncepci vzrostl dle dat ÚZISu (2013) téměř trojnásobně. Od roku 2004 vyvstala nová vlna porodnosti, díky níž se během pěti let úhrnná plodnost vyšplhala k 1,5 dítěte na jednu ženu. Od roku 2009 lze však opět zaznamenat mírný propad. Dočasný nárůst porodnosti po přelomu tisíciletí lze vysvětlit zakládáním rodin „Husákovými dětmi“. Synergicky současně působil na růst počtu narozených dětí také slibný vývoj ekonomiky a životní úrovně, jakož i rozvoj bytové výstavby spolu s přívětivou výší úrokových měr hypotečních úvěrů. Vyšší reprodukční věk potenciálních rodiček se však podepsal na poklesu plodnosti.

V posledních letech úhrnná plodnost neklesá pod hodnotu 1,4. Takovéto výsledky však zcela jistě nemohou zaručit reprodukci obyvatelstva přirozenou měnou. K tomu by totiž bylo zapotřebí, aby míra porodnosti dosahovala alespoň 2 dětí na jednu ženu.

V porovnání s členskými státy EU je Česká republika výrazně pod průměrem. Relativně pozitivní je skutečnost, že si Česká republika vede v tomto ohledu lépe

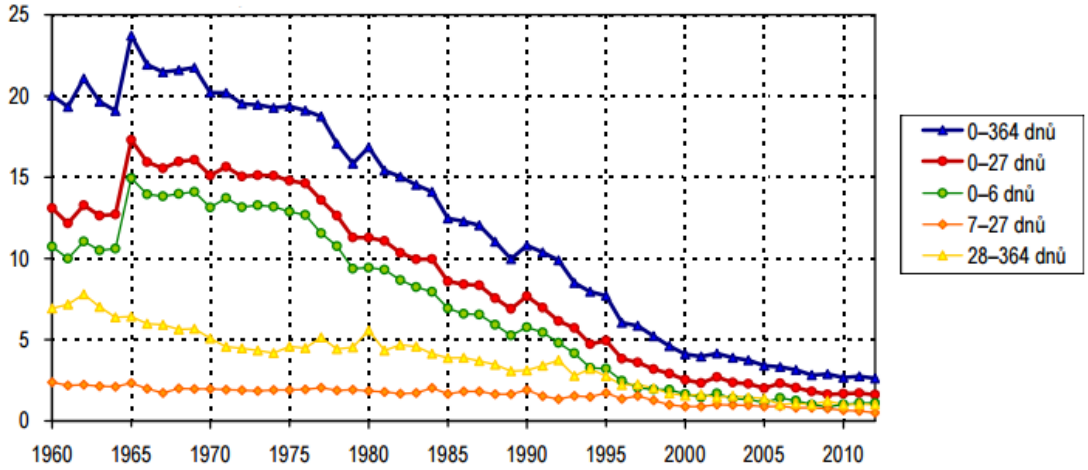
oproti sousedním státům ČR či zemím na jihu Evropy. Ani vzdáleně se však počet narozených dětí na jednu ženu v České republice neblíží hodnotám Irska nebo Francie, kde se míra plodnosti pohybuje na úrovni přirozené míry reprodukce. (Eurostat, 2013)



Obr. 7 Vývoj úhrnné plodnosti a průměrného věku ženy
Zdroj: ČSÚ

Za posledních 25 let klesla dětská úmrtnost téměř o polovinu. Ještě v roce 1990 umíralo celosvětově v průměru 90 dětí na 1 000 živě narozených. Aktuální čísla však uvádí průměrně „jen“ 46 úmrtí na 1 000 živě narozených dětí. Pozitivním zjištěním je rovněž skutečnost, že klesající trend dětské úmrtnosti se v průběhu dvaceti let výrazně zrychlil. Aktuální tempo i přesto nestačí ke splnění 4. rozvojového cíle tisíciletí, totiž ke snížení dětské úmrtnosti o dvě třetiny do roku 2015. Současným tempem by došlo k naplnění zmíněného cíle nejdříve v roce 2026. (UNICEF, 2015)

Mezi země s velice nízkou kojeneckou úmrtností patří státy na severu Evropy, ale také například Slovinko. Naopak vysoká kojenecká úmrtnost je například v Bulharsku či na Ukrajině. V České republice dosahuje kojenecká úmrtnost relativně nízkých hodnot. Její dlouhodobý setrvačný pokles lze postřehnout od 80. let 20. století. V roce 2012 zemřelo v prvním roce života 2,6 dětí na 1 000 živě narozených.



Obr. 8 Vývoj dětské úmrtnosti do 1 roku na 1 000 živě narozených
Zdroj: ÚZIS

Také pravděpodobnost úmrtí dítěte před pátým rokem života se v České republice nepřetržitě snižuje. V roce 2012 patřila Česká republika celosvětově mezi 12 zemí s nejnižší hodnotou tohoto ukazatele. V porovnání s našimi slovenskými sousedy si rovněž vedeme velmi dobře, neboť dětská úmrtnost na 1 000 živě narozených je u nás o polovinu nižší. Tuto skutečnost lze částečně vysvětlit i tím, že Česká republika aplikovala podstatně více zásad z Ottawské charty ve vztahu k dětské úrazovosti než Slovensko. Jedním příkladem za všechny je povinnost mladých cyklistů nosit cyklistické helmy.

Tab. 4 Dětská úmrtnost

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ČR	4,5	4,3	4,1	3,9	3,8	3,6
SK	8,8	8,4	8,1	7,8	7,5	7,2

Zdroj: UNICEF

Významnou vypovídací hodnotu ve vztahu k životní úrovni má dále indikátor střední délky života. Tato proměnná je zohledněna například v ukazateli HDI. V podstatě jde o odhad průměrného počtu let, kterého se může daná osoba dožít, budou-li po zbytek jejího života zachovány stávající úmrtnostní poměry. Nejčastěji se lze setkat s nadějí na dožití při narození, nebo s nadějí na dožití ve věku 60 či 65 let. To však nevylučuje její výpočet pro jakýkoli věk. Tento indikátor bývá hodnocen zvlášť pro ženy a zvlášť pro muže vzhledem k významným rozdílům mezi oběma pohlavími.

Za posledního půlstoletí narostla střední délka života v České republice u mužů zhruba o 14,5 roků, u žen pak bezmála o 16 let. Zhruba do poloviny 60. let byla střední délka života v ČR srovnatelná s vyspělými státy západní Evropy. Až do počátku 90. let se prohlubovaly rozdíly v tomto ukazateli mezi pohlavími. Po pádu

komunistického režimu se v důsledku zavádění moderních léčebných metod, lepší dostupnosti léků, kvalitnější odborné péče, znatelnému poklesu kojenecké úmrtnosti či změně životního stylu u části populace začala naděje na dožití při narození zvyšovat. Rovněž docházelo ke stírání rozdílů mezi muži a ženami. V roce 2012 činil tento rozdíl 6,1 let, ve věku 65 let pak jen 3,5 let.

I nadále však lze pozorovat tzv. mužskou nadúmrtnost. Je to jev, kdy ve všech věkových kategoriích míra úmrtnosti mužů převyšuje míru úmrtnosti žen. Podobná situace není výjimkou ve většině států světa. Existuje jen několik málo zemí, kde vzhledem k nepříznivým kulturním a sociálním podmínkám pro ženy je vykazována nadúmrtnost ženská.

Tab. 5 Střední délka života

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ČR Ženy	80,2	80,5	80,5	80,9	81,1	81,2
EU28 Ženy	82,2	82,3	82,6	82,8	83,1	83,1
ČR Muži	73,8	74,1	74,3	74,5	74,8	75,1
EU28 Muži	76,0	76,3	76,6	76,9	77,4	77,5

Zdroj: Eurostat

Kvalitu prožitého života obyvatel České republiky je možné lépe posoudit skrze ukazatele Healthy Life Years sledujícího celkovou délku života prožitého ve zdraví či bez omezení v běžných činnostech. V posledních letech se hodnota tohoto ukazatele pro Českou republiku pohybovala nad průměrem EU. Muži se v roce 2012 mohli těšit délce života ve zdraví celých 62,3 let z celkově prožitých 75,1 let, ženy pak 64,1 let z celkově prožitých 81,2 let.

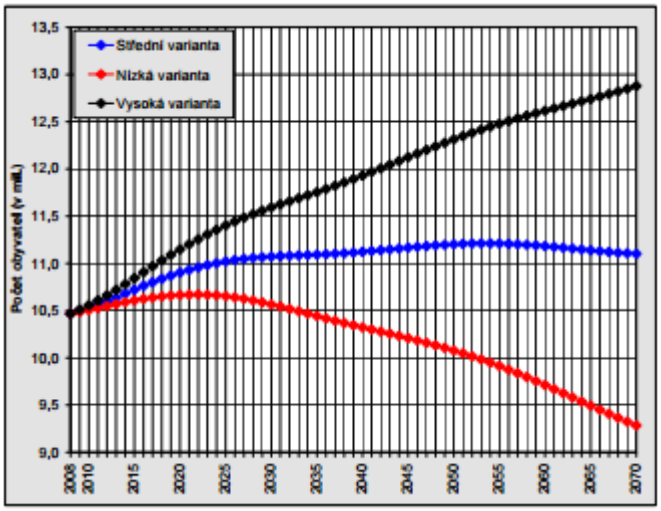
Tab. 6 Healthy Life Years Index

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ČR Ženy	63,3	63,4	62,7	64,5	63,6	64,1
Průměr EU Ženy	62,6	62,2	62,0	62,7	62,2	61,9
ČR Muži	61,4	61,2	61,1	62,2	62,2	62,3
Průměr EU Muži	61,7	61,1	61,3	61,9	61,7	61,3

Zdroj: Evropská komise

Ministerstvo práce a sociálních věcí (2010) vytvořilo 3 scénáře budoucího vývoje obyvatel ČR. První, vysoká varianta, počítá s tím, že do roku 2070 bude mít Česká republika téměř 13 milionů obyvatel. Na druhou stranu vzhledem k nízké plodnosti spojené s pomalejším prodlužováním délky lidského života a v kombinaci s výchozí pohlavní a věkovou strukturou lze očekávat spíše vývoj podle nízké varianty. Ta odhaduje počet obyvatel v roce 2070 na pouhých 9 milionů. Zlatá střední

cesta pak predikuje v témže roce významně více obyvatel než je aktuální stav. Jedná se přibližně o 11 milionů osob.



Obr. 9 Očekávaný vývoj celkového počtu obyvatel v letech 2008 – 2070
Zdroj: MPSV

5.1.3 Zdravotnictví

Zdravotnictví je nepopiratelně významnou součástí národního hospodářství. V roce 2013 tvořil podíl výdajů na zdravotnictví na HDP v České republice 7,49 %, což je pod průměrem členských zemí OECD.

Při úvahách nad financemi tekoucími do zdravotnictví je vhodné rozlišit jejich původ. Jedním typem úhrad jsou veřejné zdroje financování, které představují úhrn veřejných rozpočtů a veřejného zdravotního pojištění. Téměř všechny evropské země, na které se zaměřuje hledáček OECD, mají nadpoloviční podíl právě těchto zdrojů financování. Výjimkou je Kypr, jehož veřejné zdroje ještě v roce 2012 pokrývaly výdaje na zdravotnictví jen ze 46 procent. (OECD, 2014)

Tab. 7 Výdaje na zdravotnictví

Výdaje/rok	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ze státního a místních rozpočtů	22 851	21 439	26 034	20 781	16 863	15 648
Ze zdravotního pojištění	183 713	197 280	217 658	222 500	225 547	231 270
Z veřejných prostředků celkem	206 563	218 719	244 754	243 281	242 410	246 918
Soukromé výdaje na zdraví	35 370	45 801	47 954	45 754	45 358	46 388
Celkové výdaje na zdravotnictví	241 935	264 520	292 708	289 035	287 768	293 306

Zdroj: ÚZIS Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013

V České republice je zdravotnictví financováno z více než 84 % z veřejných rozpočtů. Česká republika tak patří mezi státy s nejnižším podílem soukromých výdajů na zdravotnictví. Oproti situaci před zavedením regulačních poplatků vzrostl podíl soukromých zdrojů na celkových výdajích o 2,8 procentního bodu. V datech lze dále zaznamenat významný pokles podílu výdajů ze státního a místních rozpočtů od roku 2009. Čísla také ukazují, že celkové výdaje na zdravotnictví v období hospodářské krize rostly. Tuto skutečnost lze však vysvětlit množstvím projektů, s jejichž realizací se započalo dříve, než krize udeřila. K reflexi výdajů došlo až se zpožděním v letech 2010 a 2011.

V České republice tvoří bezmála 70 % všech zdravotnických zařízení samostatné ordinace lékařů primární péče a lékařů specialistů. Zdravotnických zařízení zřizovaných státem bylo k 31. 12. 2013 jen 213 z celkového počtu 29 219. Síť zdravotnických zařízení se koncem roku skládala ze 188 nemocnic a 158 odborných léčebných ústavů. Oproti roku 2012 v nemocnicích ubylo více než 2000 lůžek, přičemž na 1 lékaře připadalo 16,8 obsazených lůžek, na jednu sestru to činilo 5,2 obsazených lůžek. V roce 2013 byl zaznamenán nárůst využití lůžek ve dnech maximální kapacity v nemocnicích oproti roku 2012 na 258,9 dne. V témže roce bylo možné pozorovat zvýšení využití lůžek v procentním vyjádření skutečné lůžkové kapacity o 0,8 procentního bodu. Aktuální data ukazují, že na 1 lékaře připadá v ČR v průměru 222 obyvatel.

Česká republika se může v rámci zemí OECD pyšnit relativně dostupnou lékařkou péčí. Na 1 000 obyvatel zde totiž připadá 3,7 lékařů, což je nadprůměrný počet. Co do počtu sester je Česká republika se svými 8 sestrami na 1 000 obyvatel naopak lehce pod průměrem. V zemích OECD se lze totiž průměrně setkat s 8,9 sestrami na 1 000 obyvatel. Je však nutné mít na paměti, že statistiky podobné těm

z dílny OECD jsou pouze číselná vyjádření, která nemohou zohlednit lepší znalosti a dovednosti.

Tab. 8 Počet sester a lékařů na 1 000 obyvatel

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Sestry ČR	8,0	8,0	8,1	8,1	8,0	8,1
Lékaři ČR	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	3,7

Zdroj: OEDC Health Statistics 2014

Mezi Evropou a zbytkem světa jsou však markantní rozdíly. Zdravotničtí pracovníci jsou totiž v celosvětovém měřítku rozděleni velmi nerovnoměrně. Světová zdravotnická organizace v roce 2006 informovala, že africký region s nutností více než 24 % celosvětových nákladů na nemoci si musí vystačit jen se 3 % zdravotnických pracovníků a méně než 1 % světových finančních zdrojů. (WHO, 2015)

Významným problémem, se kterým se Česká republika potýká již několik let, je odliv doktorů do zahraničí. Z tisícovky promujících studentů jich Česko opustí až pětina. Například v roce 2012 odešlo za prací do zahraničí 207 absolventů lékařských fakult. V této souvislosti se začíná rozvíjet také debata nad tím, zda by si mladí lékaři, kteří odcházejí do zahraničí, neměli studium zaplatit. Vzdělání jednoho medika totiž dělá jen na přímých nákladech zhruba 1 milion korun, což je významná zátěž pro státní rozpočet. (Česká televize, 2014)

Největším lákadlem absolventů je plat nastupujících lékařů, který v Česku dosahuje zhruba 20 tisíc korun, v Německu pak více než 100 tisíc. V zahraničí jsou dále lepší podmínky postgraduálního vzdělávání. Čeští lékaři volali po zvýšení platů již několikrát. V rámci akce „Děkujeme odcházíme“ si v roce 2011 vymohli zvýšení platů a povedlo se tak zčásti zastavit odliv často zkušených odborníků. Aktuální čísla odborníků odcházejících za prací do zahraničí však opět bijí na poplach. Ministerstvo zdravotnictví proto v nové úhradové vyhlášce pro rok 2015 navýšilo platy o 5 %, a to nejen lékařům, ale i sestrám a ostatním zaměstnancům ve státních nemocnicích. (TEMPUS MEDICORUM, 2015)

Tab. 9 Počet lékařů odcházejících do zahraničí

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Certifikát o profesní bezúhonnosti	263	272	557	501	339	330
Certifikát o nečlenství v ČLK	50	64	135	172	207	193

Zdroj: TEMPUS MEDICORUM

Ministerstvo zdravotnictví je však přesvědčeno, že v českém zdravotnictví je lékařů dostatek. Podstatnou roli při tom hrají slovenští doktoři, kterých do Čech ročně odjede zhruba stovka. Stejně tak je Česká republika atraktivní pro lidi z východu.

Prof. MUDr. Aleksi Šedo, DRSc. (2014) podotýká, že jde hlavně o to, ohlídat si, zda jsou tito doktoři atraktivní pro nás.

Česká republika patří mezi zeměmi OECD k těm, které disponují největším počtem lůžek na 1 000 obyvatel, a to i přes to, že v posledních letech lze zaznamenat jejich klesající trend. V roce 2012 připadalo na 1 000 obyvatel ČR 6,7 lůžek. Průměrná hodnota tohoto ukazatele v roce 2012 v zemích OECD byla přitom jen 4,8. Více lůžek na 1 000 obyvatel než ČR mělo v roce 2012 jen Japonsko (13,4), Korea (10,3), Německo (8,3), Austrálie (7,7) a Maďarsko (7,0). (OECD, 2014)

Tab. 10 Počet nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nemocniční lůžka	7,3	7,2	7,1	7,0	6,8	6,7

Zdroj: OEDC Health Statistics 2014

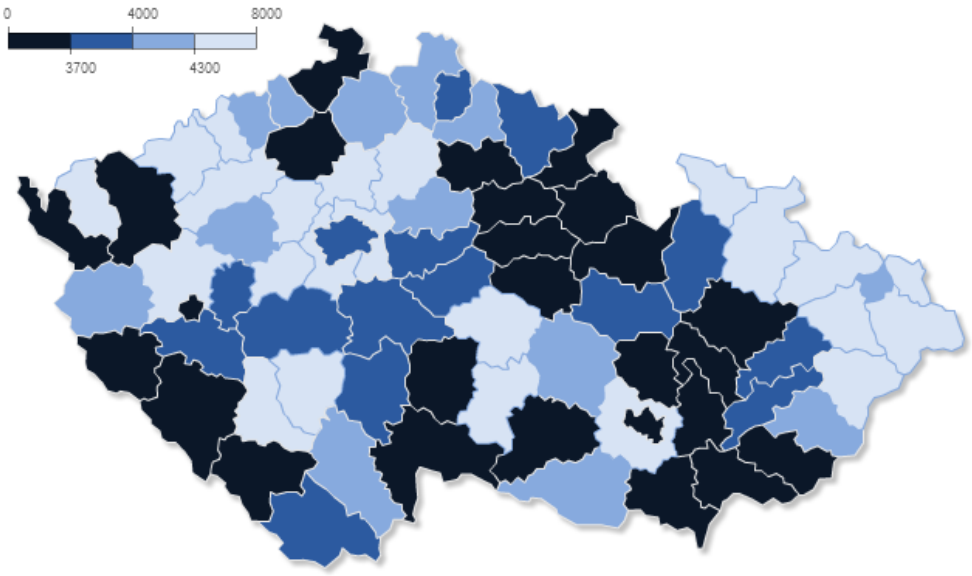
V roce 2012 bylo v České republice k dispozici 15 CT skenerů na milion obyvatel. To je hrubě pod průměrnou hodnotou OECD, která činí 27,3 CT skenerů po přepočtu na milion obyvatel. Bezkonkurenčně nejvyšší hodnota tohoto ukazatele pak byla již poněkolikáté zaznamenána v Japonsku. Japonsko si rovněž drží své prvenství co do počtu magnetických resonancí (MRI) na milion obyvatel. Česká republika měla v roce 2012 sedm jednotek magnetické resonance, což je opět podprůměrný počet vzhledem k údajům z ostatních zemí OECD. V mnohých zemích světa však podobné technologie chybí úplně.

Tab. 11 CT skenery a MRI na milion obyvatel

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
CT skenery	12,9	13,4	14,2	14,5	14,8	15,0
MRI	4,4	5,0	5,7	6,3	6,9	7,0

Zdroj: OEDC Health Statistics 2014

Lékárenskou péči v roce 2013 poskytovalo v České republice 2 796 lékáren a 582 výdejen zdravotnických prostředků, a to včetně odloučených pracovišť. V porovnání s rokem 2012 tak byl zaznamenán nárůst o 60 lékáren a 118 výdejen. Na jednu lékárnu tak připadalo 3 760 obyvatel. Nutno však podotknout, že síť lékáren není rovnoměrně rozprostřená po celé ČR. Lékárenská péče se totiž koncentruje převážně do větších měst.

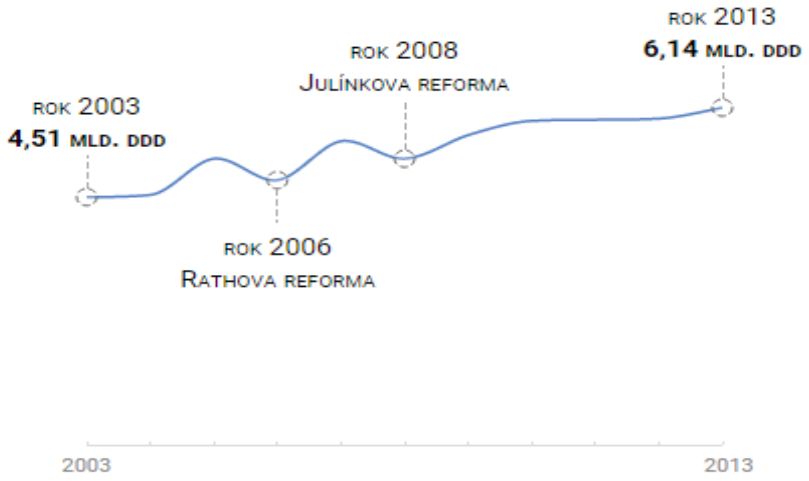


Obr. 10 Počet obyvatel na 1 lékárnu podle bývalých okresů ČR.
Zdroj: SÚKL

V období před Sametovou revolucí byla zdravotní péče postižena uzavřeností tehdy ještě československé ekonomiky. Převážná většina léčiv se vyráběla v zemích RVHP. Množství léků dovezených ze Západu bylo minimální, valuty se cenily zlatem. Systém v této předrevoluční éře trpěl významnými problémy s výrobou a zásobováním a musel čelit někdy i dlouhodobým výpadkům. V devadesátých letech však Češi začali srovnávat tempo se svými západními sousedy. Léky na nemoci srdce a cév a přípravky pro léčbu nádorů se rychle šířily. Svůj podíl na zvýšených prodejích léků měla jistě i agresivní reklama, s níž závratným tempem rostly prodeje kapek do nosu, pastilek proti kašli či prášků na bolení hlavy.

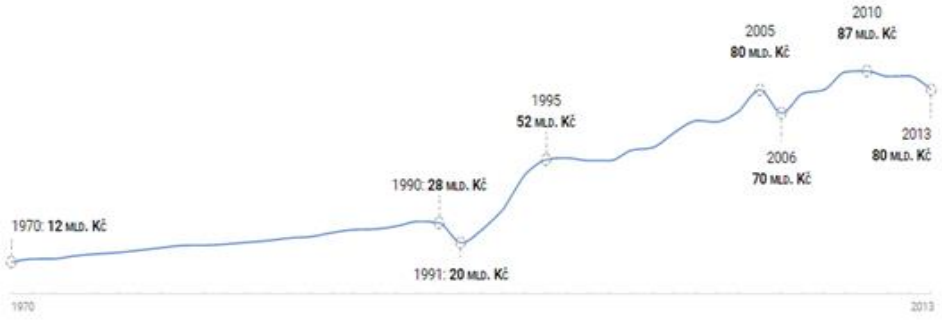
Zásadní zlom ve výši výdajů na léky nastal v roce 2006. Právě tehdy přišel David Rath se svou reformou. Jeho snahou bylo nastavit přísnější pravidla pro lékaře, přičemž požadoval jejich důslednou kontrolu při předepisování léků s cílem zmrazit náklady. Další významný propad v nákladech a spotřebě léčiv bylo možné zaznamenat po roce 2008. V té době ministr Tomáš Julínek předložil návrh na zavedení regulačních poplatků a dalších méně viditelných změn.

Obě reformy byly provázeny statistickými propady, přičemž s Rathovou politikou je spojen výkyv hlubší. Na druhou stranu dlouhodobější vliv na změnu spotřeby léků měly reformy Tomáše Julínka.



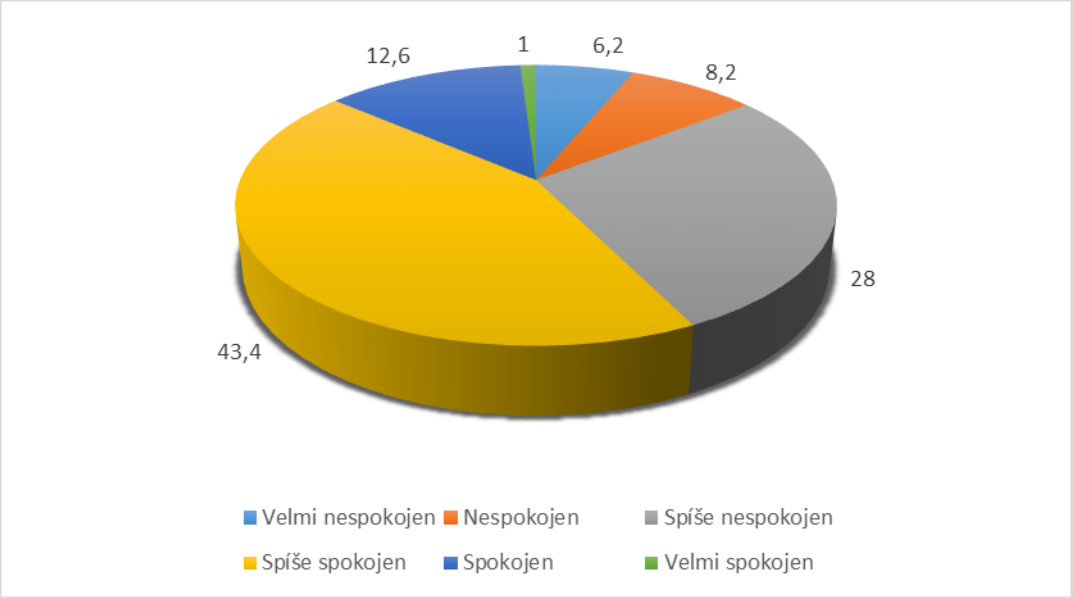
Obr. 11 Spotřeba léků v definovaných denních dávkách
Zdroj: Český rozhlas

Jinde ve světě je běžný růst nákladů v průměru o 3 - 6 % ročně. V České republice se náklady na léčiva každoročně zvyšují od roku 2003 v průměru o 5,7 %, jejich spotřeba pak jen o 2,5 % za rok. Za zamyšlení stojí zejména data za poslední 4 roky, kdy náklady na léčiva v České republice téměř stagnovaly na částce 85 miliard Kč, a to navzdory klesající spotřebě. Lze se tedy domnívat, že ceny léků v ČR rostou.



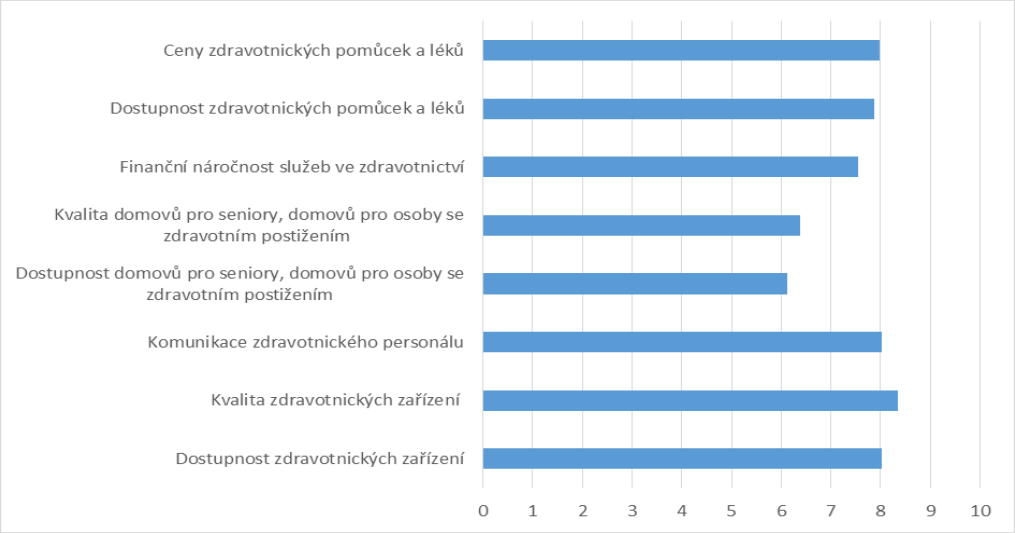
Obr. 12 Náklady na léky
Zdroj: Český rozhlas

Dotazníkové šetření, které proběhlo v rámci Interního grantového projektu PEF MENDELU IGA 42/2013 Faktory ovlivňující životní úroveň v EU, zkoumalo mimo jiné také spokojenost českých respondentů se zdravotnictvím. Vyšlo najevo, že s aktuálním stavem zdravotnictví v ČR je více či méně spokojeno téměř 60 % dotázaných.



Obr. 13 Spokojenost respondentů se zdravotnictvím v ČR

V rámci zmíněného projektu byli respondenti dále dotazováni, do jaké míry působí osm proměnných z oblasti zdravotnictví na jejich spokojenost se životem. Svůj názor mohli vyjádřit na desetibodové stupnici, kde volba hodnoty 0 značila, že daná proměnná ani v nejmenším nepůsobí na spokojenost se životem. Číslo 10 pak vypovídalo o podstatném vlivu proměnné na spokojenost respondenta. Celkové výsledky ukazují, že na spokojenost má podstatný dopad především kvalita a dostupnost zdravotnických zařízení. Respondenti rovněž hodnotili v průměru vysokým číslem komunikaci zdravotnického personálu.



Obr. 14 Průměrný vliv zdravotnických faktorů na životní spokojenost obyvatel v ČR (0 - položka nemá vůbec vliv na životní spokojenost; 10 – položka maximálně ovlivňuje životní spokojenost)

5.2 HDI jako ukazatel životní úrovně

Index lidského rozvoje je celosvětově užívaný alternativní ukazatel životní úrovně zveřejňovaný už od roku 1990. Srovnává klíčové oblasti lidského rozvoje, mezi něž řadí dlouhý a zdravý život, přístup ke vzdělání a životní standard.

PharmDr. Sukeľ se na můj dotaz, zda si myslí, že je možné dát do přímé souvztažnosti HDI a vybrané zdravotnické ukazatele vyjádřil kladně. HDI totiž skutečně vidí jako indikátor, který je použitelný pro účely statistického zpracování zdravotnických indikátorů.

Doktor Andres rovněž připouští hodnocení závislosti HDI a zdravotnických indikátorů. Vyzvedává při tom hlavně ukazatele naděje na dožití a průměrnou délku života strávenou ve škole. Vysvětluje, že vzdělaní lidé jsou více dbalí svého zdraví. Pokud pak země disponuje vysoce sofistikovanou péčí a dostupností, je také pravděpodobné, že se občané této země budou těšit větší naději na dožití. Proto je tedy podle něj možné indikátor HDI použít ke zhodnocení závislosti zdravotnických ukazatelů vzhledem k životní úrovni.

Jediné, co v konceptu HDI chybí je podle doktora Andrese aspekt etiky a víry. Je totiž přesvědčen o tom, že má-li někdo na vysokém stupni projevenou právě onu etiku a víru, může kvalitně a spokojeně prožít celý svůj život, přestože bude nevzdělaný a ani v nejmenším nebude tušit, jaké jsou jeho vyhlídky na dožití vysokého věku. Pro přirovnání pak uvádí prokazatelný efekt placeba u pacientů. Jinými slovy věř a víra Tvá Tě uzdraví.

Magistr Šamaj zdůrazňuje, že by byl s jakýmikoli multicentrickými indexy opatrný. Osobně je spíše odpůrcem takovéhoto srovnávání jednotlivých zemích a nebral by multicentrické indexy obecně jako úplné dogma. Dále konstatuje, že pohlíží-li konkrétně na indikátor HDI jako ekonom v jistém směru naráží na pragmatičnost při jeho užití. Z pohledu zdravotníka však přiznává, že jistá souvztažnost

je zde nepopiratelná, a proto připouští užití HDI jako ukazatele životní úrovně pro účely regresní analýzy.

S ohledem na výše uvedené bude HDI v dalších kapitolách používán jakožto ukazatel životní úrovně.

5.3 Kvalita zdravotnických zařízení

Posouzení zdravotnických zařízení z hlediska kvality je nelehký úkol. Již první zádrhel tkví v tom, jak onu kvalitu definovat. Co je tím nejzásadnějším elementem, který odhalí, že dané zdravotnické zařízení je kvalitnější než jiné? Při posuzování kvality zdravotnických zařízení totiž může být hodnocen jak samotný proces poskytování zdravotní péče, tak i jeho výsledky.

Zhodnocení kvality zdravotnických zařízení je snahou řady institucí. Například zásluhou Evropské komise vznikl projekt European Community Health Indicators. Jiný způsob měření kvality nabízí Evropský spotřebitelský index zdravotní péče sestavený společností Health Consumer Powedhouse. Tento index kromě oblastí uvedených v tabulce 12 zahrnuje dále indikátory dostupnosti zdravotnických zařízení a farmak, které budou přiblíženy v dalších kapitolách.

V podmínkách České republiky je to například Česká asociace sester, která za významný indikátor kvality zdravotní péče považuje podíl zraněných z pádu na 1000 ošetřovacích dnů. Jisté úsilí při mapování kvality zdravotnických zařízení v ČR vyvíjí také Ministerstvo zdravotnictví, které dalo vzniknout projektu vývoje národní sady ukazatelů zdravotních služeb.

Ke zjišťování vnímané kvality ze strany pacientů se mnohdy užívá kromě objektivních indikátorů také dotazníkové šetření. Při něm je velmi podstatné, aby bylo dosaženo zcela srovnatelných výsledků. Jednou ze standardizovaných metod, kterou je možno pro tyto účely využít, je například dotazník Pickerova institutu v Bostonu. Subjektivně vnímanou kvalitu mapuje také Evropská komise, a to skrze průzkum Patient safety and quality of healthcare.

Tab. 12 Indikátory kvality zdravotnických zařízení

	Indikátor
European Community Health Indicators (Evropská komise)	Proočkovanost u dětí
	Proočkovanost proti chřipce u starší populace
	Screening rakoviny prsu
	Screening rakoviny děložního hrdla
	Screening kolorektálního karcinomu
	Časování prvních návštěv v rámci prenatální péče u těhotných žen
	Nemocniční lůžka
	Zaměstnaní lékaři
	Zaměstnaný ošetřovatelský personál
	Mobilita odborných zdravotnických pracovníků
	Medicínské technologie: MRI a CT
	Vícedenní hospitalizace na vybrané diagnózy
	Jednodenní hospitalizace na vybrané diagnózy
	Poměr jednodenních a vícedenních hospitalizací u vybraných diagnóz
	Průměrná ošetřovací doba u vybraných diagnóz
	Návštěvy u praktického lékaře
	Vybrané ambulantní návštěvy
	Vybrané operace: transluminální koronární angioplastika, umělá náhrada kyčelního kloubu, katarakta
	Užívání vybraných skupin léčiv
	Mobilita pacientů
	Pokrytí zdravotním pojištěním
	Výdaje na zdravotní péči
	Přežití na zhoubné novotvary
	Úmrtnost do 30 dnů po přijetí u hospitalizovaných s AIM a mozkovou mrtvicí
	Ekvita v přístupu ke zdravotním
	Čekací doby u plánovaných operací
	Infekce chirurgických ran
	Prodleva v léčbě rakoviny
	Péče o diabetiky
Evropský spotřebitelský index zdravotní péče (HCP) - I	Informovanost pacientů a e-Health ✓ Existuje zákon na ochranu práv pacienta? ✓ Jsou ve vnitrostátní právní úpravě zdravotní péče explicitně vyjádřena práva pacientů? ✓ Mohou dostat pacienti odškodnění v případě pochybení zdravotnického personálu i bez nutnosti soudního procesu?

Evropský spotřebitelský index zdravotní péče (HCP) - II	✓ Mají pacienti právo na posouzení diagnózy jiným specialistou? ✓ Mohou pacienti nahlížet do svých vlastních zdravotních záznamů? ✓ Mají pacienti k dispozici telefonní linku, kde mohou dostat důležité informace 24 hodin denně, 7 dní v týdnu (např. informace o nejbližší nemocnici či postup při užití nepatřičných léků,…)? ✓ Mohou se pacienti svobodně rozhodnout pro léčbu ve kterémkoli členském státě EU? ✓ Je k dispozici katalog poskytovatelů zdravotní péče s pořadím dle jejich kvality? ✓ Rozšířenost elektronických informačních systémů: Kolik procent lékařů využívá elektronické záznamy o svých pacientech? ✓ Mohou se pacienti objednávat k lékaři online? ✓ E-recepty: Jsou elektronické lékařské předpisy zavedeny v celé zemi nebo alespoň ve většině regionů?
	Výsledky léčby ✓ Úmrtnost na ischemickou chorobu srdeční ✓ Úmrtnost na mrtvici ✓ Kojenecká úmrtnost na 1 000 živě narozených ✓ Přežití na rakovinu ✓ Procentní podíl MRSA infekce ✓ Počet potratů na 1 000 živě narozených ✓ Deprese
	Rozsah a dosah služeb ✓ Rovný přístup ke zdravotnickým službám (podíl veřejných výdajů na zdravotní péči na celkových výdajích) ✓ Počet operací šedého zákalu na 100 000 obyvatel (pacienti 65+) ✓ Počet transplantací ledvin na 1 mi. obyvatel ✓ Je zubní péče součástí veřejného zdravotního pojištění? ✓ Kolik procent dialýz je prováděno mimo kliniku? ✓ Počet císařských řezů na 1 000 živě narozených

Evropský spotřebitelský index zdravotní péče (HCP) - III	Prevence ✓ Proočkovanost u dětí (tetanus, černý kašel, dětská obrna, hepatitida B, spalničky, příušnice, zarděnky) ✓ Krevní tlak: procento lidí s krevním tlakem vyšším než 140/90 ✓ Prevence kouření ✓ Absolutní spotřeba čistého alkoholu (populace 15+) ✓ Fyzická aktivita: počet hodin tělocviku ve školách ✓ HPV očkování: Existuje národní program pro dospívající dívky? ✓ Úmrtí na silnicích na 100 000 obyvatel
Česká asociace sester	Podíl zraněných z pádu na 1000 ošetřovacích dnů
ÚZIS	Osobní náklady ve zdravotnictví
Dotazník Pickerova institutu v Bostonu (KOP)	Subjektivní posouzení kvality respondenty v oblastech: ✓ Přijetí pacienta do zdravotnického zařízení ✓ Respekt, ohled, úcta k pacientovi ✓ Koordinace a integrace péče o pacienta ✓ Informace, komunikace s pacientem ✓ Tělesné pohodlí pacienta ✓ Citová opora a zmírnění strachu a úzkosti pacienta ✓ Zapojení rodiny a blízkých pacienta ✓ Propouštění a pokračování léčby pacienta
Patient safety and quality of healthcare (Evropská komise)	Názory respondentů na bezpečnost pacientů a jejich postoje ke kvalitě zdravotní péče v dané zemi. ✓ Jak byste ohodnotil/a celkovou kvalitu zdravotní péče ve vaší zemi? ✓ Je kvalita zdravotní péče v jejich zemi lepší, stejná nebo horší v porovnání s jinými členskými státy EU?

ZDROJ: Práce autorky na základě údajů Evropské komise, České asociace sester, ÚZIS, KOP, HCP

Kvalita zdravotnických zařízení je podle PharmDr. Ondreje Sukeľa dána primárně dostupností a odborností. Odkazuje se při tom na platnou vyhlášku slovenského Ministerstva zdravotnictví o minimální síti, která například stanovuje minimální počet ambulancí či všeobecných lékařů v každém okrese na Slovensku. PharmDr. Sukeľ se dále také ztotožňuje s ukazateli, které sleduje OECD. Počet lékařů či počet lůžek na 1000 obyvatel podle něj dobře identifikují dostupnost zdravotnických zařízení, jakožto jednu z dimenzí kvality. Druhá optika, skrze kterou

PharmDr. Sukeľ nahlíží na kvalitu zdravotnických zařízení, je odbornost. Jako vhodné indikátory k posouzení této dimenze označil výskyt hypertenze či množství kontrolovaných pacientů.

Doktor Andres se otázkách kvality zdravotnických zařízení nechal slyšet, že zásadní roli hrají především ukazatele úmrtnosti a průměrná délka ošetřovací doby. Podstatnou úlohu při posuzování kvality zdravotnických zařízení má však také spektrum poskytovaných výkonů. Takovéto ukazatele postihují jak výstupy zdravotní péče, tak i samotný proces jejího poskytování.

Nízké hodnoty úmrtnostních indikátorů svědčí o dobré kvalitě zdravotnického zařízení. Nezáleží přitom na tom, zda jich bylo dosaženo kvalitně vedenou komunikací zdravotnického personálu, výborným lékařem nebo nízkým podílem MRSA infekcí. Na druhou stranu doktor Andres nepopírá všeobecnou provázanost všech těchto indikátorů s ohledem na kvalitu zdravotnických zařízení. Pokud je totiž v nemocnici například vysoký podíl MRSA infekcí, přestávají zabírat jednotlivá antibiotika. Logickým důsledkem je pak prodlužující se doba hospitalizace a zvýšená míra úmrtnosti.

Lepší kvalitu poskytované péče lze dále očekávat se zkracující se délkou průměrné ošetřovací doby. Kratší pobyt v nemocnici prospívá psychice pacienta, což se následně může promítnout do lepšího subjektivního vnímání a posuzování kvality. Výrazně vyšší průměrná ošetřovací doba v jistém zdravotnickém zařízení oproti jinému může svědčit o nekvalitně poskytované zdravotní péči, neboť se zde nabízí důvodné podezření, že za delší dobou hospitalizace stojí časté pooperační komplikace. Doktor Andres ještě doplňuje, že při vyhodnocování tohoto indikátoru je třeba také zohlednit, jaké je množství pacientů, kteří se v určitém časovém období vrací se stejnou diagnózou zpět do nemocnice na reoperace. Opodstatněnost reoperací jako doplňkového ukazatele k průměrné ošetřovací době zdůvodňuje tím, že je nutné zohlednit také skutečnost, zda nemocnice nepropouští nedoléčené pacienty domů příliš brzy.

Kratší délka ošetřovací doba je žádoucí také pro samotné zdravotnické zařízení, a to z hlediska ekonomické efektivity. Doktor Andres se v této souvislosti zmiňuje o systému financování lůžkové péče v České republice. Jedná se o tzv. DRG (Diagnosis Related Group) systém, v němž je úhrada za poskytnutou zdravotní péči odvozena podle jednotlivých skupin diagnóz. Výsledná výše úhrady od plátců zdravotní péče (zdravotních pojišťoven) tedy přímo nezávisí na délce hospitalizace. Zdravotnická zařízení dostanou za pacienta s danou diagnózou stejnou sumu peněžních prostředků, ať už byl hospitalizován 3 nebo například 6 dní, a to bez ohledu na množství vyšetření, která absolvoval nebo na spotřebu zdravotnického materiálu v procesu poskytování zdravotnických služeb. Právě zde se pak mohou projevit organizační schopnosti lékařů. Z hlediska ekonomické racionality je totiž vhodné provést předoperační vyšetření (rentgen, CT, a podobně) ještě před přijetím pacienta k hospitalizaci. Nejenže se tím zkrátí doba nutné hospitalizace. Nemocnice tímto způsobem obdrží od pojišťoven mimo úhrady za lůžkovou péči ještě další peněžní prostředky za poskytnutí ambulantních služeb (tzv. platba za výkon).

Průměrná délka ošetřovací doby má pak přímou návaznost na výkon ekonomiky. S prodlužující se délkou ošetřovací doby je totiž významněji zatěžován sociální systém státu výplatou dávek nemocenského pojištění, nehledě na to, že pracovník vyřazený z pracovního procesu nepodá výkon, který by za normálních okolností podat mohl.

Za třetí, avšak neméně důležitý indikátor kvality zdravotnických zařízení označil doktor Andres spektrum poskytovaných služeb. To ve své podstatě jistým způsobem souvisí s průměrnou délkou ošetřovací doby. Pokud je v dané nemocnici dostatečné množství kvalifikovaných lékařů v různých oborech a je-li nemocnice vybavena kvalitními technologiemi, lze pak také počítat s kratší průměrnou délkou ošetřovací doby v daném zdravotnickém zařízení.

Doktor Andres dále doplnil vlastní zkušenost při subjektivním hodnocení kvality zdravotnických zařízení samotnými pacienty. Ti zcela paradoxně neposuzují ani tak profesní způsobilost doktorů nebo kvalitu odvedených výkonů. Tyto skutečnosti zhodnotí možná až s určitým časovým odstupem. To, co však nejvíce působí na vnímání kvality v očích pacientů během jejich pobytu ve zdravotnickém zařízení je v prvé řadě kvalita stravy. Dále úsudek pacienta o kvalitě zdravotnického zařízení podstatným způsobem ovlivní celkový dojem z nemocničního prostředí (tj. úklid, barvy, a podobně).

Doktor Andres je přesvědčen o tom, že subjektivní posouzení celkové kvality zdravotnického zařízení není relevantní a neměl by mu být přikládán velký důraz. Existují sice jisté cesty, jak názory pacientů objektivizovat, vždy se však podle něj v odpovědích projeví především osobnost dotázaného. Stejně poskytnutou péči ve zdravotnickém zařízení bude jinak hodnotit optimisticky naladěný člověk s chutí do života v porovnání s člověkem od přírody zarputilým. Podle doktora Andrese je navíc v případě sběru subjektivní zpětné vazby vždy nutné zjistit názor všech pacientů, nebo minimálně zajistit jejich reprezentativní výběr.

Naopak magistr Šamaj razí názor, že subjektivní i objektivní posuzovaní kvality zdravotnických zařízení jsou stejně důležité. Právo subjektivně hodnotit má být přitom ponecháno jen pacientovi. Z pohledu magistra Šamaje je jedním z nejvýznamnějších subjektivních indikátorů přístup zdravotnického personálu (tj. komunikace a vystupování) a to přesně tak, jak jej vnímá pacient. Důležité je dále také hodnocení prostředí jako hotelové služby.

Při sestavování objektivních indikátorů je podle slov magistra Šamaje vhodné, aby byly zvoleny takové ukazatele kvality, u kterých se předpokládá, že z nich vyjde negativní informace, s níž budou zdravotnická zařízení následně pracovat jako s negativním feedbackem. Jako jeden z objektivních ukazatelů založených na této myšlence předkládá magistr Šamaj reoperace u konkrétních diagnóz a na konkrétního lékaře. Jinak řečeno jedná se o opakované hospitalizace pacientů na stejnou diagnózu. Dále by neměly být opomenuty ani úmrtnostní indexy. Osobně je zastáncem, aby úmrtí byla vždy vztažena k přesné diagnóze, nicméně pro analytické účely a pro srovnání zdravotnických zařízení na národní úrovni připouští užití například kojenecké úmrtnosti. Podotýká však, že jakékoli parametry kvality zdravot-

nických zařízení na národní úrovni jsou ryze orientační a zdůrazňuje, že by je nebral jako úplné dogma.

Magistr Šamaj vidí dále provázanost indikátoru kvality zdravotnických zařízení s platovým ohodnocením lékařů a zdravotnického personálu. Důležitou roli v tomto smyslu hraje také celkový počet lékařů a zdravotnického personálu. Zdravotní péče je služba a jako taková závisí především na lidech, kteří k odvedení kvalitního výkonu musejí být uspokojivě sociálně zabezpečeni. Jedním z prvků sociálního zajištění je pak právě to, že lékaři a zdravotnický personál nebudou přetíženi a bude se jim dostávat odpovídajícího ohodnocení.

O vytíženosti zdravotnického personálu ví své také doktor Andres. Konstatuje, že extrémně vytížení lékaři nemají čas ani energii zabývat se inovacemi a pořizováním nejnovějších technologií, což se v konečném důsledku odrazí v poklesu kvality toho kterého zdravotnického zařízení.

Tab. 13 Ukazatele kvality zdravotnických zařízení identifikované na základě rozhovorů

	Ukazatele kvality zdravotnických zařízení
PharmDr. Ondrej Sukeľ	Dostupnost kapacity ✓ Kolik pacientů dokáží zdravotnická zařízení odbavit v jisté časové jednotce ✓ Počet lékařů a počet lůžek na 1000 obyvatel Odbornost ✓ Výskyt hypertenze ✓ Množství kontrolovaných pacientů
MUDr. Pavel Andres, MBA	Úmrtnostní indexy všeobecně Průměrná délka ošetřovací doby Spektrum poskytovaných výkonů
Mgr. Martin Šamaj, MBA	Subjektivní indikátory kvality: ✓ Přístup zdravotnického personálu jak je vnímán pacientem ✓ Hodnocení prostředí jako hotelové služby Objektivní indikátory kvality: ✓ Reoperace u konkrétních diagnóz nebo na konkrétního lékaře ✓ Opakované hospitalizace se stejnou diagnózou ✓ Úmrtnostní indexy na jednotlivé diagnózy ✓ Indikátor finančního ohodnocení lékařů a zdravotnického personálu s vazbou na počet zdravotnického personálu

5.3.1 Vybrané ukazatele kvality zdravotnických zařízení

Pro oblast analýzy ukazatelů kvality zdravotnických zařízení byly s ohledem na dostupnost dat vybrány 3 proměnné – kojenecká úmrtnost, průměrná délka ošetřovací doby (ALOS), průměrný plat lékařů. Všechny tyto tři indikátory vykazují

vysoký koeficient determinace s HDI. Proto lze usuzovat, že vztah mezi HDI a kojeneckou úmrtností (R^2 = 0,9924), průměrnou délkou ošetřovací doby (R^2 = 0,9617) i průměrným platem lékařů (R^2 = 0,9704) je velice silný. Z čistě statistického hlediska by tudíž nebylo chybou vybrat k popisu této oblasti kteroukoliv ze zmíněných proměnných.

Magistr Šamaj a doktor Andres se shodli na nutnosti zohlednění úmrtnostních indexů při popisu kvality zdravotnických zařízení. Magistr Šamaj je zastáncem toho, aby byly úmrtnostní indexy posuzovány vzhledem ke konkrétním diagnózám, nicméně pro účely analýz připouští jisté zjednodušení například sledováním kojenecké úmrtnosti.

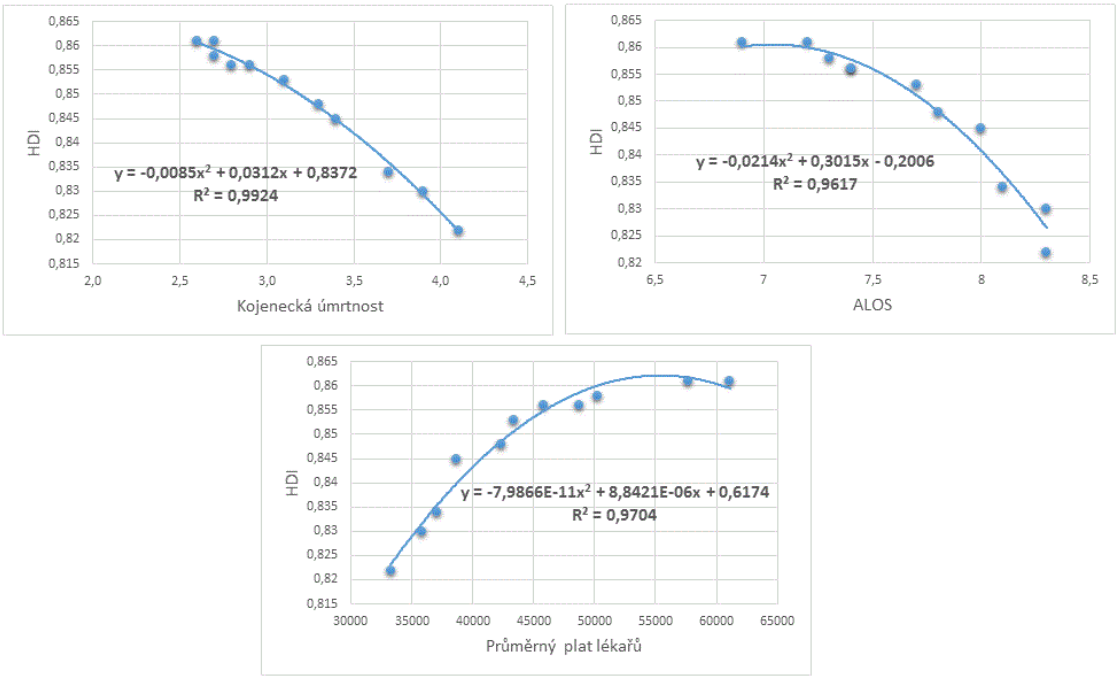
Na základě regresní analýzy byl identifikován velmi těsný vztah mezi HDI a kojeneckou úmrtností. V modelu na obrázku 15 je vidět, že kojenecká úmrtnost vysvětluje 99,24 % variability HDI. Takto těsný vztah lze zdůvodnit tím, že součástí indexu HDI je výpočet naděje na dožití, který vychází z podrobných úmrtnostních tabulek. Proto je možné spekulovat nad tím, zda zde více než závislost mezi kojeneckou úmrtností a životní úrovní obecně nebyl namodelován vztah kojenecké úmrtnosti a naděje na dožití.

Závislost mezi HDI a průměrnou délkou ošetřovací doby, kterou zachytil regresní model, je kvadratická. Lze tvrdit, že prodlužující se doba hospitalizace negativně působí na životní úroveň. Současně však platí, že ani krátké doby hospitalizace se nemusí nutně odrazit ve výrazně vyšší hodnotě HDI. Dokonce je možné se domnívat, že příliš nízká hodnota proměnné ALOS může negativně působit na životní úroveň, a to z toho důvodu, že pacienti mohou být propouštěni domů nedoléčeni. To se následně může odrazit ve vyšším počtu reoperací a hospitalizací pacientů se stejnou diagnózou.

Vztah mezi HDI a průměrným platovým ohodnocením lékařů popsal jednoduchý regresní model z 97 %. Z grafu na obrázku 15 je patrná kvadratická závislost mezi HDI a průměrnými platy lékařů. Jakmile je překročena určitá míra platového ohodnocení, pak s každou další dodatečnou jednotkou dochází jen k malému nárůstu životní úrovně ve smyslu HDI. Tento vztah tedy postupně slábne.

Magistr Šamaj doplnil, že indikátor platového ohodnocení by bylo vodné rozšířit o vlastní počet personálu ve zdravotnickém zařízení. Má-li totiž lékař podat kvalitní výkon, nejenže musí být adekvátně platově ohodnocen, ale nesmí být také přetížen.

Doktor Andres zmínil, že zhruba 10% rozdíl v platech lékařů napříč republikou nemusí mít podstatný vliv na kvalitu zdravotnických zařízení. Pokud se však platy lékařů vychylují o více jak 15 %, lze podle něj očekávat, že se kvalifikovanější pracovníci budou seskupovat v tom zdravotnickém zařízení, které lékařům nabízí vyšší platové ohodnocení. Na národní úrovni to však dle doktora Andrese nejsou jen platy, co působí na rozhodování o změně místa působnosti kvalifikovaných lékařů a na jejich výkon. Velmi podstatnou roli zde totiž podle něj hrají jak jazykové schopnosti jedince, tak i míra xenofobie v dané zemi.



Obr. 15 Vztah mezi HDI a vybranými ukazateli kvality zdravotnických zařízení

5.4 Dostupnost zdravotnických zařízení

Dostupnost zdravotnických zařízení je poměrně široký pojem. V prvé řadě je nutné si uvědomit, že dostupnost je možné posuzovat nejen v geografickém, ale i v ekonomickém kontextu. Dostupnost z geografického hlediska zohledňuje, za jakou časovou jednotku se může pacient dostat z bodu X do zdravotnického zařízení. Vzhledem k tomu, že samotné geografické umístění zdravotnického zařízení nezaručuje, že je s to ihned zajistit ošetření všech příchozích pacientů, rozlišuje se v rámci geografické dostupnosti ještě její časová složka. Tu zohledňuje například OECD, jako čekací dobu pro plánovanou operaci. Prodlužující se čekací doba má neblahý vliv na spokojenost pacientů. Po ekonomické stránce je pak nutné z hlediska dostupnosti zajistit, aby i sociálně nejslabší skupina obyvatel byla schopna se za svůj příjem dopravit k lékaři.

Měření dostupnosti zdravotnických zařízení je průběžně sledováno Světovou bankou či OECD. Dostupnost zdravotnických zařízení ve svém hodnocení zohledňuje také již zmíněný Evropský spotřebitelský index zdravotní péče a v podmínkách České republiky mapuje dostupnost zdravotnických zařízení ÚZIS.

Tab. 14 Indikátory dostupnosti zdravotnických zařízení

	Indikátor
OECD	Početl lékařů na 1000 obyvatel ✓ praktických lékařů, ✓ lékařů pro děti a dorost, ✓ gynekologů ✓ počet odborných lékařů na 1 000 obyvatel ✓ počet zubařů
	Čekací doba na plánované operace neakutní chirurgické operace ✓ šedého zákalu, ✓ náhrada kyčelního kloubu ✓ náhrada kolenního kloubu
OECD/ÚZIS	Počet lůžek na 1 000 obyvatel ✓ využití lůžek ve dnech maximální kapacity ✓ průměrná ošetřovací doba (ALOS)
Evropský spotřebitelský index zdravotní péče (HCP)	Přijetí lékařem ještě týž den
	Možnost využití služeb specialisty i bez doporučení od tzv. „gatekeepera“
	Čekací doba na náhradu kyčelního a kolenního kloubu
	Čekací doba na chemoterapii při léčbě rakoviny
	Čekací doba na neakutní pokročilé vyšetření (CT skener, MRI)
	Čas mezi příjezdem do nemocnice a okamžikem, kdy se doktor začne věnovat pacientovi

ZDROJ: Práce autorky na základě údajů OECD, ÚZIS a HCP

Dostupnost zdravotnických zařízení je podle PharmDr. Ondreje Sukeľa jedním z hlavních atributů kvality zdravotnických zařízení. Z hlediska nemocniční péče se PharmDr. Sukeľ vesměs ztotožňuje s indikátory obsaženými ve zdravotnické databázi OECD. Základním ukazatelem je přitom podle něj počet lůžek na 1000 obyvatel, a to v kontextu s jejich využitím ve dnech maximální kapacity nebo s čekací dobou na plánované operace. Zároveň však podotýká, že hodnocení ukazatele počtu lůžek na 1000 obyvatel má také své slabé stránky. Nevypovídá totiž nic o tom, jaká je dostupnost zdravotnických zařízení pro starého nemohoucího člověka. Právě u těchto pacientů totiž není pobyt na lůžku v konečném důsledku ovlivněn ani tak nemocniční péčí, jako právě dostupnou kapacitou zdravotnických zařízení pro tento segment zdravotnického trhu. V tomto směru se pak nabízí sledovat jako in-

dikátor dostupnosti zdravotnických zařízení čekací dobu nemohoucího člověka na umístění ve zdravotnickém zařízení.

Dostupnost lékáren, jakožto jednoho z typů zdravotnických zařízení, je podle názoru PharmDr. Sukeľa vhodná hodnotit skrze ukazatele počtu lékáren připadajících na 1000 obyvatel. Přiznává však, že tento ukazatel může být do jisté míry zkreslující vzhledem k aktuálnímu trendu zakládání lékáren v centrech velkých měst. Následkem toho se lékáren nedostává například na vesnicích. Jako jednu z možností eliminace tohoto zkreslení uvádí sledovat minimální vzdálenost lékárny od místa bydliště. PharmDr. Sukeľ poukazuje na další problém, který by také mohl v jistém směru zkreslovat hodnocení dostupnosti lékáren. Jsou jím prakticky neexistující pohotovostní služby ve slovenských lékárnách. Ze zkušenosti ví, že po osmé hodině večerní, kdy se zavřou dveře všech lékáren na Slovensku, je dostupnost nulová, třebaže indikátor počtu lékáren na 1000 obyvatel hovoří o něčem jiném. Hlavním problémem v tomto směru je nedostatek farmaceutů na 1 lékárnu. PharmDr. Sukeľ je přesvědčen o tom, že pokud by bylo lékáren méně, ale pracovalo by v nich více farmaceutů, faktická dostupnost by byla rázem vyšší.

Doktor Andres se stejně jako PharmDr. Sukeľ ztotožňuje s počtem lůžek na 1000 obyvatel, jakožto možným ukazatelem k posouzení dostupnosti zdravotnických zařízení. Doplňuje však, že tento ukazatel je vhodný vyhodnocovat jen v případě, že je lůžek v daném zdravotnickém zařízení nedostatek. V podmínkách České republiky jde tedy především o to, aby byl vždy dostatek lůžek akutních, neboť kapacita lůžek následné péče je aktuálně dostačující.

Mnohem důležitějším indikátorem než zmíněný počet lůžek na 1000 obyvatel jsou podle doktora Andrese čekací doby na plánované operace. Tyto čekací doby dle jeho názoru nejsou ani tak důsledkem nedostatečné kapacity zdravotnických zařízení nebo nedostatku kvalifikovaných lékařů - chirurgů, jako spíše nastavením smluvních podmínek s pojišťovnami. Konkrétně například čekací doba na totální endoprotézu kyčelního kloubu je dána sjednanými smluvními podmínkami konkrétního zdravotnického zařízení se zdravotní pojišťovnou, které stanoví, kolik operací totálních endoprotéz kyčelního kloubu bude danému zdravotnickému zařízení uhrazeno za rok.

Magistr Šamaj se domnívá, že délka čekacích dob je ryze problémem plátců zdravotní péče. Mělo by být zájmem právě zdravotních pojišťoven, aby nabídli svým zákazníkům – pojištěncům co nejširší portfolio poskytovatelů zdravotní péče. Z hlediska hodnocení dostupnosti samotných zdravotnických zařízení je zastáncem geografického úhlu pohledu na tuto problematiku. Jako nejvýznamnější indikátor pro zhodnocení dostupnosti zdravotnických zařízení po geografické stránce uvádí počet lékařů na 1000 obyvatel, který je vhodné dále specifikovat především na počet praktických lékařů a počet lékařů pro děti a dorost. [14]

[14] Magistr Šamaj je přesvědčen, že problém nedostatku lékařů například v horských nebo v pohraničních oblastech by mohl vyřešit koncept rodinného lékaře.

Tab. 15 Ukazatele dostupnosti zdravotnických zařízení identifikované na základě rozhovorů

	Ukazatele dostupnosti zdravotnických zařízení
PharmDr. Ondrej Sukeľ	Počet lůžek na 1000 obyvatel Využití ve dnech maximální kapacity Čekací doba starého člověka na umístění ve zdravotnickém zařízení dlouhodobé péče Počet lékáren na 1000 obyvatel Minimální vzdálenost lékárny od místa bydliště Počet farmaceutů na 1 lékárnu
MUDr. Pavel Andres, MBA	Čekací doba na plánované operace ✓ Katarakta (operace šedého zákalu) ✓ Operace kyčelního kloubu Počet lůžek na 1000 obyvatel
Mgr. Martin Šamaj, MBA	Počet lékařů na 1000 obyvatel Počet praktických lékařů na 1000 obyvatel Počet praktických lékařů pro děti a dorost na 1000 obyvatel

5.4.1 Vybrané ukazatele dostupnosti zdravotnických zařízení

Aspekt dostupnosti zdravotnických zařízení byl statisticky posuzován pro proměnné počet lůžek na 1000 obyvatel (R^2 = 0,984), počet lékařů na 1000 obyvatel (R^2 = 0,9221), počet farmaceutů na 1 lékárnu (R^2 = 0,834), počet lékáren na 1000 obyvatel (R^2 = 0,7749) a pro využití lůžek ve dnech maximální kapacity (R^2 = 0,5242). Nejvýznamnější závislost byla identifikována mezi prvními třemi zmíněnými proměnnými.

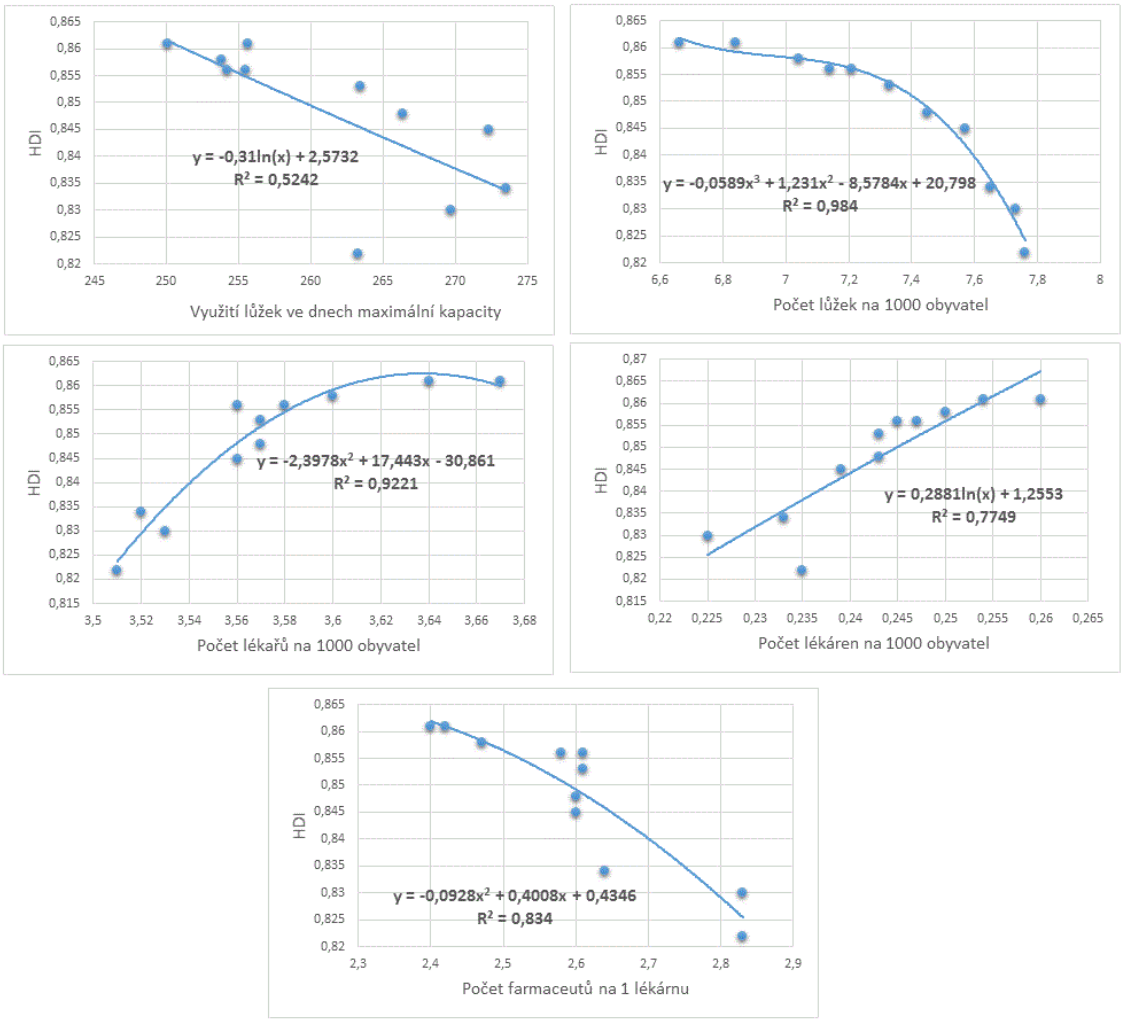
Nejvyšší koeficient determinace vykazovala závislost HDI a počtu lůžek na 1000 obyvatel. Nutno však podotknout, že tento vztah je výsledkem polynomické spojnice trendu. Jednodušší křivkou totiž nebylo možné model specifikovat kvůli rozkolísanosti dat.

PharmDr. Sukeľ i doktor Andres se shodli na tom, že k měření dostupnosti zdravotnických zařízení by mohl do jisté míry posloužit ukazatel počtu lůžek na 1000 obyvatel. PharmDr. Sukeľ pak navrhl doplnit indikátor počtu lůžek na 1000 obyvatel například proměnnou využití lůžek ve dnech maximální kapacity. Tu model vysvětlil jen z 52,42 %.

O něco menším koeficientem determinace, přesto však dostatečně kvalitně, vysvětluje životní úroveň vyjádřenou skrze HDI proměnná počet lékařů na 1000 obyvatel. V tomto případě bylo regresním modelem vysvětleno 92,21 % variability, přičemž závislost mezi vysvětlovanou a vysvětlující proměnnou se ukázala jako kvadratická.

S počtem lékařů na 1000 obyvatel se ztotožňuje magistr Šamaj, pro kterého je prvořadá geografická dimenze dostupnosti zdravotnických zařízení. Doporučuje sledovat především primární zdravotní péči, tedy praktické lékaře a praktické lékaře pro děti a dorost.

Poměrně kvalitně byla životní úroveň popsána také proměnnými navrženými PharmDr. Sukeľem, totiž počtem farmaceutů na 1 lékárnu a počtem lékáren na 1000 obyvatel. Hodnoty koeficientu determinace se v těchto případech pohybovaly kolem 0,8. Proto by se dalo uvažovat i nad použitím těchto proměnných k detekci životní úrovně v oblasti dostupnosti zdravotnických zařízení.



Obr. 16 Vztah mezi HDI a vybranými ukazateli dostupnosti zdravotnických zařízení

5.5 Finanční náročnost služeb ve zdravotnictví

Finanční náročnost se nejčastěji hodnotí na základě tzv. tvrdých dat. Čas od času je však vyvinuta iniciativa, jejímž úsilím je nechat posouzení finanční náročnosti služeb ve zdravotnictví na subjektivních názorech respondentů. Takto získané údaje jsou ale často odlišné oproti oficiálním statistikám. Většina lidí má totiž tendenci své výdaje nadhodnocovat. V této souvislosti se tak nabízí otázka, zda je vhodné přikládat těmto údajům nějakou váhu.

Statisticky uchopitelné objektivní údaje pro účely zhodnocení finanční náročnosti služeb ve zdravotnictví nabízí především databáze OECD. Výhodou této databáze je, že údaje v ní shromážděné sledují vývoj různých proměnných ve vybraných zemích Evropy, dále také v USA, Kanadě, Austrálii, Japonsku, Koreji, Turecku, Mexiku, Chile, Izraeli či na Novém Zélandě.

Jde-li o to zjistit, nakolik jsou zdravotnické služby finančně náročné z pohledu domácností, je možné spíše uvažovat o zaměření se na objektivní údaje zachycující soukromé výdaje obyvatel. Soukromé výdaje jsou rovněž součástí již zmíněné databáze OECD. Ta navíc ze soukromých výdajů zvlášť vyčleňuje kategorii tzv. „out of pocket" výdajů, tedy přímých úhrad pacientů za zdravotní péči. Kompletní seznam nalezených indikátorů finanční náročnosti služeb ve zdravotnictví zachycuje následující tabulka.

Tab. 16 Indikátory finanční náročnosti služeb ve zdravotnictví

	Indikátor
OECD	Podíl výdajů na zdravotnictví na celkovém HDP země dle parity kupní síly
	„out of pocket" výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele (přímé úhrady)
OECD/Legatum prosperity index	Výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele v přepočtu dle parity kupní síly
Světové šetření o zdraví v České republice (ÚZIS)	Subjektivní posouzení nákladů na zdravotnické služby[15]

ZDROJ: Práce autorky na základě údajů OECD, Legatum prosperity index, ÚZIS

Všichni oslovení experti se shodují na tom, že subjektivní posuzování této kategorie by bylo více než zavádějící. PharmDr. Sukeľ konstatuje, že je sice důležité vědět, co si lidé myslí. Na druhou stranu k výsledkům podobným těm, jaké vyplynuly například ze Světového šetření o zdraví v České republice, je vždy třeba přistupovat velice citlivě. V České a ostatně i ve Slovenské společnosti totiž stále panuje předsudek vžitý z více než čtyřicetileté éry socialismu, že zdravotnictví bylo, je a má být zdarma a že každá vynaložená koruna navíc v tomto směru je nežádoucí.

PharmDr. Sukeľ je tedy přesvědčen, že relevantní mohou být pouze objektivní ukazatele finanční náročnosti služeb ve zdravotnictví. Vychází přitom z indikátorů OECD. Myslí si, že by se určitě měly hodnotit celkové výdaje na zdravotnictví s ohledem na celkový výkon ekonomiky. Nemělo by se však zapomínat ani na zhodnocení finanční náročnosti pro samotné spotřebitele zdravotnických služeb. Soukromé výdaje na zdravotnictví by pak bylo vhodné z důvodu mezinárodní srovnatelnosti vztahovat k průměrné mzdě v daném státě.

Doktor Andres zastává názor, že je vhodné sledovat jak veřejné výdaje na zdravotnictví, tak i ty soukromé. Přesněji řečeno podíl zvlášť soukromých a zvlášť veřejných výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví. Současně však ke svému

[15] Podíl výdajů na zdraví uváděný respondenty byl asi třikrát vyšší oproti oficiálním statistikám.

vlastnímu zklamání přiznává, že finanční náročnost se často zvyšuje v důsledku špatného obchodování a slabých vyjednávacích pozic na centrální úrovni. Je přesvědčen, že kdyby se lépe zobchodovaly léky, technologie a stavby, mohlo by se ušetřit spoustu finančních prostředků, čímž by se v konečném důsledku snížila i finanční náročnost zdravotnických služeb. Důležité je v této souvislosti sledovat rovněž racionalitu prováděných investic ve smyslu zhodnocení jejich účelnosti.

Magistr Šamaj je zastáncem spíše toho, aby se hodnotily pouze celkové náklady na zdravotnictví vztažené na 1 obyvatele. Navíc zdůrazňuje, že zdravotnictví není izolovaný sektor, což již pochopily některé členské státy Evropské unie a z tohoto důvodu sloučily ministerstvo zdravotnictví s ministerstvem práce a sociálních věcí.

Tab. 17 Ukazatele finanční náročnosti služeb ve zdravotnictví identifikované na základě rozhovorů

	Ukazatele finanční náročnosti služeb ve zdravotnictví
PharmDr. Ondrej Sukeľ	Výdaje na zdravotnictví jako % z HDP Výdaje pacientů k průměrné výši důchodu
MUDr. Pavel Andres, MBA	Podíl soukromých a veřejných výdajů na zdravotnictví
Mgr. Martin Šamaj, MBA	Výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele (sledovat i provázanost s nezdravotnickými výdaji, např. sociálními)

5.5.1 Vybrané ukazatele finanční náročnosti služeb ve zdravotnictví

Pro oblast finanční náročnosti služeb ve zdravotnictví byly analyzovány 4 proměnné - výdaje na zdravotnictví jako procento z HDP (R^2 = 0,3539), výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele (R^2 = 0,9766), podíl soukromých výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví (R^2 = 0,9857) a podíl soukromých výdajů k průměrné mzdě (R^2 = 0,979).

Nejméně kvalitně byla životní úroveň popsána procentním podílem výdajů na zdravotnictví na HDP. V jistém ohledu je obecně možné sice říci, že ekonomicky vyspělejší země vykazují obvykle i vyšší podíl výdajů na zdravotnictví vyjádřených procentním podílem na HDP. Tento ukazatel je ale možné považovat pouze za orientační, neboť do určité míry závisí na cenových hladinách jednotlivých zemí. Není také vyloučeno, že větší podíl výdajů na zdravotnictví může značit vyšší nákladovost zdravotnictví, pravděpodobně především kvůli vyšší ceně na trhu práce.

Mimo finanční náročnost služeb ve zdravotnictví pro samotného spotřebitele mohou i výdaje na zdravotnictví přepočtené na 1 obyvatele, stejně jako ty vyjádřené procentním podílem z celkového HDP, vyjadřovat vyšší nákladovost zdravotnického systému jako takového. V tomto případě byl však model proměnnou vysvětlen z 97,66 %, z čehož lze usuzovat, že výše výdajů na zdravotnictví připadající

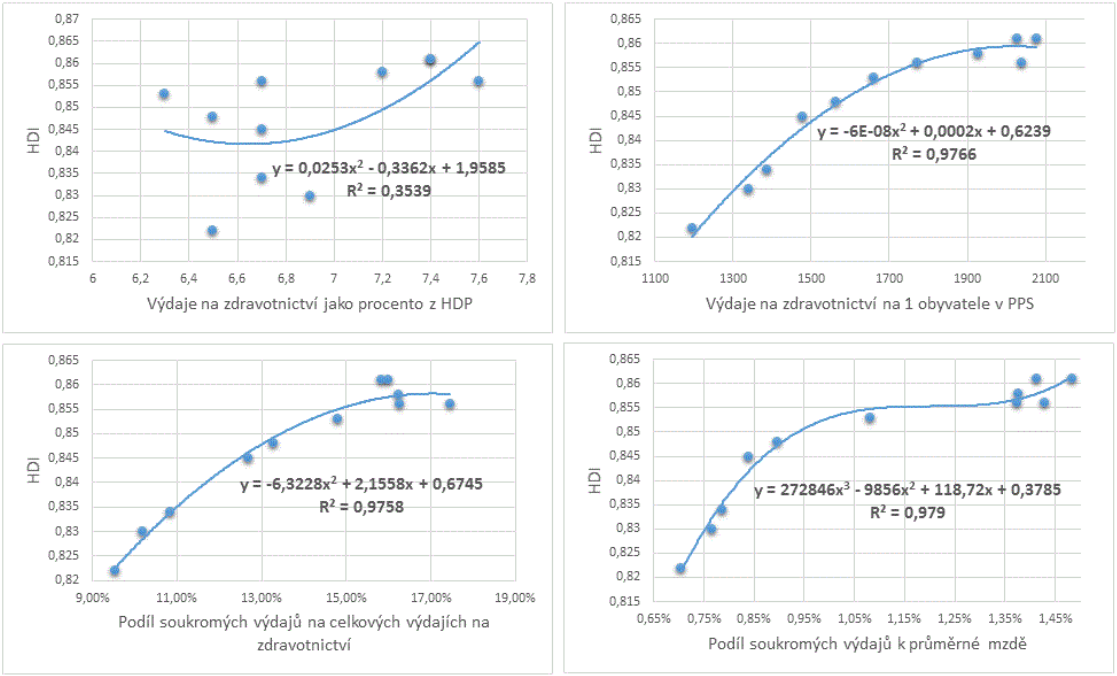
na 1 obyvatele vysvětluje životní úroveň kvalitněji nežli výdaje na zdravotnictví vyjádřené procentem z HDP.

S indikátorem celkových výdajů na zdravotnictví na 1 obyvatele se ztotožnil magistr Šamaj. Ten dále doplnil, že je vhodné tyto výdaje sledovat nejen z pohledu zdravotnických kapitol. Bylo by totiž také žádoucí zaměřit se například na výdaje vynakládané v sociální sféře. Sociální a zdravotní politika jsou totiž podle něj velmi těsně provázány a je příliš krátkozraké posuzovat vynaložené peněžní prostředky v každé oblasti zvlášť. Pro ilustraci uvedl dopady kouření. Zde by bylo příhodné sledovat, kolik lidí ve skutečnosti umírá na následky kouření, a jaké jsou následné „úspory" z hlediska důchodové politiky státu.

Finanční náročnost služeb ve zdravotnictví byla dále analyzována z pohledu soukromých výdajů domácností na celkových výdajích na zdravotnictví v propočtu na 1 obyvatele. I zde koeficient determinace dosáhl vysoké hodnoty, když pomocí této proměnné model vysvětlil 97,58 % variability.

Poslední regrese byla provedena pro vztah HDI a podíl soukromých výdajů k průměrné mzdě. Také v tomto případě byl koeficient determinace vysoký, avšak správná specifikace modelu byla potvrzena až v případě užití polynomu 3. stupně. Data tedy byla poměrně rozkolísaná, a tak je nebylo možné model popsat jednodušší křivkou.

Tento indikátor navrhl PharmDr. Sukeľ. Podle něj je pro účely validního mezinárodního srovnání finanční náročnosti služeb ve zdravotnictví nutné chápat soukromé výdaje na zdravotnictví ve vztahu k průměrnému důchodu obyvatel. Jen tak je totiž možné zohlednit reálnou zátěž, která z těchto výdajů pro domácnosti plyne.



Obr. 17 Vztah mezi HDI a vybranými ukazateli finanční náročnosti služeb ve zdravotnictví

5.6 Komunikace zdravotnického personálu

Komunikace zdravotnického personálu se na prvý pohled může zdát jako jednoduchá věc. Vždyť co je komunikace oproti samotné záchraně lidského života a zdraví. Řada expertů se nicméně shoduje na tom, že komunikace zdravotnického personálu významnou měrou vypovídá o kvalitě zdravotnických zařízení. Právě dobře vedená komunikace s pacientem může totiž v praxi odhalit různé komplikace a slouží ke správnému stanovení diagnózy.

Oblast komunikace zdravotnického personálu se nejčastěji hodnotí z perspektivy samotných pacientů. Takto je posuzován vliv komunikačních schopností zdravotnického personálu na vnímání kvality pacientů. Určující v tomto směru může být například množství formulářů, které je nutné vyplnit nebo počet pracovníků, zdravotních sester a lékařů, kteří mluvili s pacienty během jejich hospitalizace. Dále lze zaznamenat i snahy o zhodnocení úrovně komunikace přímo z pohledu zdravotnického personálu. Oba způsoby však mohou být značně zkreslující. Z tohoto důvodu je klíčové zvolit vhodnou metodiku pro sběr dat.

Tab. 18 Indikátory komunikace zdravotnického personálu

	Indikátor
The importance of communication for patient satisfaction (Society for health system)	Zkoumání vlivu komunikačních schopností zdravotnického personálu na vnímání kvality pacienty.
Patient Satisfaction Questionnaire from RAND Health	Globální spokojenost s lékařskou péčí v pěti různých aspektech – kvalita technologií, finanční aspekty péče, dostupnost péče, mezilidské vztahy, komunikace a čas strávený s lékařem. Pacienti vždy vyjadřují souhlas s předkládanými tvrzeními na pětibodové škále. **Komunikace** ✓ Doktor mi vždy dobře vyjasní důvody k provedení lékařských testů ✓ Při vizitě se vždy můžu zeptat na všechno, co mě zajímá ✓ Doktor používá odborné názvy, aniž by mi vysvětlil, co znamenají ✓ Doktor občas ignoruje, co mu říkám ✓ Doktor mi naslouchá **Strávený čas s doktorem** ✓ Personál, který mě ošetřuje, někdy příliš spěchá ✓ Doktoři se mnou tráví hodně času **Mezilidské aspekty** ✓ Doktor se mnou jedná věcně ✓ Doktoři dělají, co mohou, abych byl bez obav ✓ Při poskytování zdravotní péče si mohu připlatit za větší respekt ke svému soukromí ✓ Doktoři, kteří mě léčí, o mě mají skutečný zájem ✓ Někdy mě doktoři přimějí cítit se hloupě ✓ Doktoři, kteří mě léčí, jsou velmi přátelští a zdvořilí ✓ Doktoři, kteří mě léčí, by mě mohli více respektovat
Dotazník Pickerova institutu v Bostonu (KOP) - I	✓ Vyhovovalo Vám, jak často Vás ošetřující lékař navštěvoval? ✓ Když jste položil/a lékaři důležitou otázku, dostal/a jste odpověď, které jste

Dotazník Pickerova institutu v Bostonu (KOP) - II	rozuměl/a? ✓ Hovořil s Vámi lékař každý den? ✓ Když jste položil/a zdravotní sestře důležitou otázku, dostal/a jste odpověď, které jste rozuměl/a? ✓ Byl/a jste seznámen/a s právy nemocného?
Zeisbergerová	Hodnocení komunikace z perspektivy zdravotnického personálu (znalost základních pojmů v oblasti komunikace, znalost cizích jazyků a přístup ke vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti komunikace)

ZDROJ: Práce autorky na základe údajů Salehi et al, RAND Health,

Všechny způsoby hodnocení komunikace zdravotnického personálu uvedené výše jsou založené na subjektivních názorech respondentů. Oslovení experti byli proto dotázáni, zda je napadá objektivní ukazatel, který by mohl být užit k posouzení této proměnné. Otázky rovněž směřovali k tomu, jestli by se komunikace měla posuzovat spíše z perspektivy pacientů nebo zdravotnického personálu. V tomto ohledu se všichni tři odborníci shodli, že je žádoucí hodnotit tuto kategorii očima pacientů. Ze zkušeností totiž ví, že optika samotného zdravotnického personálu může být značně zkreslena. Shoda expertů panovala také v nutnosti objektivizace subjektivních parametrů při hodnocení úrovně komunikace zdravotnického personálu z perspektivy pacientů.

PharmDr. Ondrej Sukeľ navrhl zajímavý objektivní ukazatel k hodnocení komunikace zdravotnického personálu. Ta by mohla být posuzována na základě systému soustavného vzdělávání, a to procentním podílem zdravotnických pracovníků, kteří absolvovali akreditovaný komunikační program. Zároveň však dodal, že při měření komunikační úrovně zdravotnického personálu s pacienty je subjektivní pohled na věc nesmírně důležitý. Subjektivní chybu by se pokusil eliminovat formou jakéhosi mystery shoppingu. Fiktivní, dobře proškolený pacient by pak mohl objektivněji posoudit kvalitu komunikace zdravotnických pracovníků.

MUDr. Pavel Andres, MBA by ohodnotil komunikaci zdravotnického personálu skrze objektivizované ukazatele o tomto subjektivním parametru. Jeho představa je založena na posouzení toho, zda pacient obdržel dostatečnou informaci o své diagnóze a dalším průběhu hospitalizace. Konkrétně by se mělo podle něj zjišťovat, zda:

- pacient ví, jaká je jeho diagnóza
- má pacient představu o tom, co se s ním bude dělat
- pacient ví, jak dlouho zde bude
- lékař nebo sestra diskutuje s pacientem alespoň 2x denně 5 minut
- pacient rozhodl o své péči

Doktor Andres podotýká, že v komunikaci zdravotnického personálu je nesmírně důležitý prvek soucítění a empatie. Zdůrazňuje však, že nikdy nesmí dojít k vytvoření závislosti mezi pacientem a zdravotnickým personálem.

Magistr Šamaj si myslí, že nalezení zcela objektivního ukazatele pro zhodnocení prvku komunikace zdravotnického personálu je utopie. Pro zdravotnické služby je typické, že spotřebitel zdravotní péče - pacient, zákazník, nebude nikdy v optimální zdravotní ani psychické kondici, což se následně projeví také v jeho hodnocení svého okolí. Nicméně je stejně jako doktor Andrés přesvědčen, že správně nastavenými otázkami lze do subjektivního hodnocení vnést prvek objektivity. Konkrétně by se při hodnocení komunikace zdravotnického personálu zaměřil na následující otázky:

- Zaklepal lékař, když vstupoval na pokoj?
- Představil se, že je můj dnešní ošetřující lékař?
- Vysvětlil mi lékař, o jakou nemoc se jedná a jaká vyšetření se budou realizovat?

Z otázek navržených magistrem Šamajem je jasně patrný více klientský přístup k věci. Nicméně jim to ani trochu neubírá na jejich pragmatičnosti. Magistr Šamaj dodává, že přístup zdravotnického personálu je jedním z významných indikátorů kvality celého zdravotnického zařízení a správná komunikace je klíčová v navázání prvku důvěry mezi pacientem, jeho rodinou a zdravotnickým personálem. Důvěru mezi zmíněnými subjekty staví na první místo v procesu poskytování zdravotní péče.

Tab. 19 Ukazatele komunikace zdravotnického personálu identifikované na základě rozhovorů

	Ukazatele komunikace zdravotnického personálu
PharmDr. Ondrej Sukeľ	Procento zdravotnických pracovníků v dané specializaci, kteří mají absolvovaný akreditovaný komunikační program Fiktivní pacient (mystery shopping)
MUDr. Pavel Andres, MBA	Objektivizované ukazatele o subjektivní parametru: ✓ Ví pacient, jaká je jeho diagnóza? ✓ Ví pacient, co se s ním bude dělat? ✓ Ví pacient, jak dlouho zde bude? ✓ Diskutuje lékař nebo sestra s pacientem alespoň 2x denně 5 minut? ✓ Rozhodl pacient o své péči?
Mgr. Martin Šamaj, MBA	Objektivizované ukazatele o subjektivní parametru: ✓ Zaklepal lékař, když vstupoval na pokoj? ✓ Představil se, že je můj dnešní ošetřující lékař? ✓ Vysvětlil mi lékař, o jakou nemoc se jedná a jaká vyšetření se budou realizovat?

5.7 Dostupnost zdravotnických pomůcek a léků

Oblast dostupnosti zdravotnických pomůcek a léků zohledňuje již zmíněný Evropský spotřebitelský index zdravotní péče. Přístup k léčivům vyhodnocuje na základě sedmi dílčích proměnných. OECD pak pracuje s definovanou denní dávkou na 1 000 obyvatel, a to u spotřeby léků na vysoký krevní tlak, antidepresiv, antidiabetik a léků na snížení cholesterolu. Databáze OECD dále mapuje počet farmaceutů na 1 000 obyvatel. Z hlediska geografické dostupnosti lze pak použít data, která pravidelně shromažďuje ÚZIS, udávající například informace o počtu obyvatel na 1 lékárnu.

Tab. 20 Indikátory dostupnosti zdravotnických pomůcek a léků

	Indikátor
Evropský spotřebitelský index zdravotní péče (Health Consumer Powerhouse)	Rx dotace na léky (kolik procent z celkového objemu prodeje léků je veřejně dotováno)
	Zajištění široké dostupnosti lékopisu
	Rychlost nasazování nových léků na rakovinu
	Dostupnost nových léčiv (délka časové prodlevy mezi registrací léčiva a dnem kdy je léčivo zařazeno do národního dotačního systému)
	Dostupnost léku na artritidu
	Použití Metforminu vztahující se k jednomu diabetickému případu
	Spotřeba antibiotik v DDD na 1000 obyvatel
OECD	Spotřeba léků na vysoký krevní tlak, antidepresiv, antidiabetik a léků na snížení cholesterolu
ÚZIS	Počet obyvatel na 1 lékárnu

ZDROJ: Práce autorky na základě údajů EHCI, OECD, ÚZIS

PharmDr. Sukeľ při hledání vhodného indikátoru dostupnosti zdravotnických pomůcek a léků vychází z platné legislativy. Na Slovensku je totiž zákonem stanovený limit, za jakou časovou jednotku se musí pacient dostat k potřebnému léku. Dále jsou legislativně vymezené ATC skupiny léků povinně hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Zajímavé by tak podle jeho názoru bylo mezinárodní srovnání z hlediska množství těchto ATC skupin, případně jejich konkrétní specifikace.

Dalším bodem, který by PharmDr. Sukeľ zohlednil v mezinárodní srovnání, je výskyt lékových interakcí. Ne vždy totiž platí, že více je lépe. Nežádoucí lékové interakce se obecně vzato vyskytují u 3 až 6 % pacientů. Tyto interakce v konečném důsledku spíše škodí zdraví pacienta, než aby mu prospívaly. [16] Ukazatel, který by byl vhodný k měření tohoto parametru, by pak vycházel šestistupňové klasifikace klinické závažnosti interakce, kde se první a druhý stupeň nepovažuje za klinicky nebezpečný. Třetí, čtvrtý a pátý stupeň je již klinicky významný a šestý stupeň by se pak v žádném případě neměl vyskytovat, neboť je hodnocen jako klinicky velmi závažný. Souhrnně řečeno, vypovídací hodnotu v tomto směru by měl ukazatel sledující množství lékových interakcí konkrétního druhu v přesně daném souboru pacientů, přičemž jako nežádoucí by byl stanoven četný výskyt pacientů s lékovými interakcemi náležícími do skupiny 3 až 6.

Doktor Andres se v otázkách dostupnosti přiklání podobně jako PharmDr. Sukeľ k ukazateli procentního objemu léků, které jsou veřejně dotovány. Konstatuje, že v České republice by se jen těžko hledala ATC skupina léků, která by nebyla

[16] PharmDr. Sukeľ doplňuje, že ve Velké Británii je 10 % všech hospitalizací způsobeno právě chybnou léčbou.

v základní verzi plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění, pokud taková vůbec existuje. Dále navrhuje sledovat spotřebu antibiotik. Dodává, že na jednu stranu se s antibiotiky obecně plýtvá. Na druhou stranu je někdy lékař posuzován právě podle toho, zda antibiotika, která jsou poměrně drahá, předepíše či nikoliv.

Se spotřebou antibiotik jako indikátoru dostupnosti a částečně i kvality zdravotnických pomůcek a léků se ztotožňuje také magistr Šamaj. Ve své úvaze ji chápe především ve vazbě na stávající mikroflóru zdravotnického zařízení, konkrétně na nozokomiální nákazy. Důležitým aspektem je podle něj také rychlost registrace nových léčiv. Magistr Šamaj však zdůrazňuje, že tato registrace je plně v kompetenci centrálních orgánů. [17]

Tab. 21 Ukazatele dostupnosti zdravotnických pomůcek a léků identifikované na základě rozhovorů

	Ukazatele dostupnosti zdravotnických pomůcek a léků
PharmDr. Ondrej Sukeľ	Časová jednotka, za kterou se pacient na základě platné legislativy musí dostat k léku Množství ATC skupin dostupných bez jakékoli spoluúčasti pacienta Jaké množství lékových interakcí (hlavně ve skupině 3-6) se vyskytlo u daného souboru pacientů za rok
MUDr. Pavel Andres, MBA	Kolik procent celkového objemu léků je veřejně dotováno Spotřeba antibiotik
Mgr. Martin Šamaj, MBA	Spotřeba antibiotik ve vazbě na stávající mikroflóru daného pracoviště ve zdravotnickém zařízení Rychlost registrace nových léčiv

5.7.1 Vybrané ukazatele dostupnosti zdravotnických pomůcek a léků

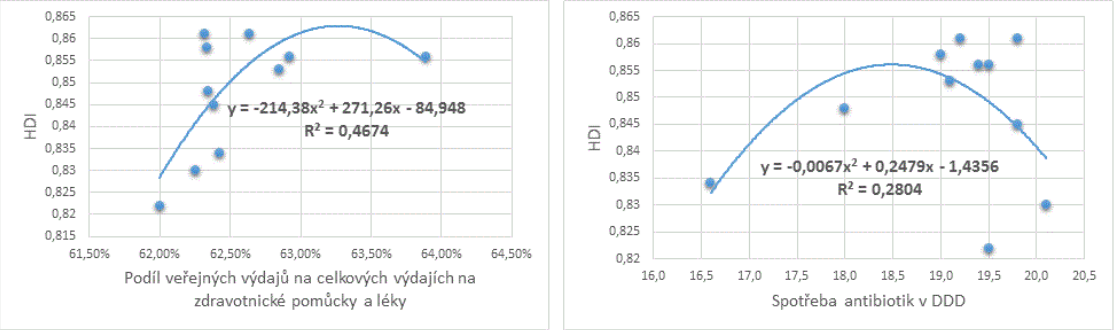
Pro analýzu ukazatelů dostupnosti zdravotnických pomůcek a léků byly sestaveny dva regresní modely, které vysvětlují závislost HDI na podílu veřejných výdajů na celkových výdajích za zdravotnické pomůcky a léky, a dále na spotřebě antibiotik.

Ukázalo se, že oba tyto modely vykazují poměrně nízký koeficient determinace. Podíl veřejných výdajů na zdravotnické pomůcky a léky vysvětlil životní úroveň vyjádřenou indexem HDI ze 46,74 %. Za pokus by proto stálo zvolit jiné měřítko, které by popisovalo objem veřejně dotovaných léků. Jednou možností je například sledovat, jaké množství ATC skupin je dostupné bez jakékoli úhrady pacienta. Takovou regresi však nebylo možné sestavit z důvodu nedostupnosti těchto dat v delším časovém horizontu.

[17] Magistr Šamaj dodává, že v ČR probíhají registrace nových léčiv rychleji než na západ od našich hranic. Rychlost této registrace je však často vykoupena vyšší cenou, za kterou lze léky pořídit.

Druhý model, zachycující jak spotřeba antibiotik dokáže vysvětlit velikost HDI, měl ještě nižší koeficient determinace. Tato proměnná vysvětlila jen 28,04 % celkové variability.

S ohledem na poměrně nízké koeficienty determinace je vhodné zvážit, zda by oblast dostupnosti zdravotnických pomůcek a léků nebylo vhodnější popsat jedním z indikátorů, které byly uvedeny v kapitole, jež analyzovala ukazatele dostupnosti zdravotnických zařízení. Počet farmaceutů na 1 lékárnu nebo počet lékáren na 1000 obyvatel totiž vysvětloval zhruba 80 % variability modelu.



Obr. 18 Vztah mezi HDI a vybranými ukazateli dostupnosti zdravotnických pomůcek a léků

5.8 Ceny zdravotnických pomůcek a léků

Na způsoby měření zdravotnických pomůcek a léků lze pohlížet skrze výdaje, které plynou do této oblasti, ať už z veřejných zdrojů (zdravotní pojišťovny), nebo přímo z peněženek konečných spotřebitelů léčivých přípravků. Ceny zdravotnických pomůcek pak dále významně ovlivňují marže distributorů a podstatnou měrou do nich vstupuje také výše sazby DPH, které se někdy přezdívá univerzální daň, neboť ji platí každý při nákupu zboží a služeb.

Tab. 22 Indikátory cenové náročnosti zdravotnických pomůcek a léků

	Indikátor
OECD	Out of pocket výdaje na léky na 1 obyv.
ÚZIS	Cena 1 balení distribuovaných léčiv
	Průměrný doplatek pacienta na recept
	Průměrná úhrada zdravotních pojišťoven za recept
SÚKL	Výše maximální obchodní přirážky
	Výše sazby DPH na léky

ZDROJ: Práce autory na základě údajů OECD, ÚZIS, SÚKL

PharmDr. Sukeľ se domnívá, že při srovnávání cen zdravotnických pomůcek a léků by měl být hodnocen podíl celkových výdajů domácností, který jde na zdravotnické pomůcky a léky. Dalším aspektem, který je podle něj v tomto směru zásadní, je

rychlost nástupu generik. Konkrétně je vhodné sledovat jeho přidanou hodnotu v podobě nižší ceny zhodnocením toho, o kolik procent musí generický přípravek snížit cenu, aby mohl vstoupit na trh. PharmDr. Sukeľ dále doporučuje zaměřit se na existenci jakéhokoliv ochranného limitu na léčivé přípravky v dané zemi. V případě, že tento limit skutečně existuje, specifikovat jeho výši a skupiny obyvatel, které jej mohou nárokovat.

Doktor Andres při dotazu na hodnocení výše cen zdravotnických pomůcek a léku v prvé řadě zmiňuje, že léky se pohybují ve světových cenách, a proto nelze identifikovat markantní rozdíly v ceně léčiv, minimálně napříč Evropou. Pokud by se ceny léků výrazně lišily například u dvou sousedních států, docházelo by k reexportu. To však distributoři léčiv nikdy nenechají dopustit. Doktor Andres dále doplňuje, že SÚKL má v případě vstupu nového léčivého přípravku na trh povinnost porovnat jeho ceny v okolních státech a v tomto směru ohlídat, aby nebyl do České republiky distribuován stejný lék avšak za vyšší cenu.

Cena samotného léčivého přípravku je tedy v Evropě víceméně stejná. Co se však různí, to je výše sazby DPH na léky, případně marže distributora. Výše sazby DPH na léčivé přípravky by tedy podle doktora Andrese mohla být v mezinárodním srovnání významným indikátorem. Dále se doktor Andres ztotožňuje s ukazatelem průměrné úhrady zdravotních pojišťoven na recept a připouští také indikátor průměrného doplatku pacienta na léčiva.

S průměrnou výši doplatku pacienta na recept při hodnocení cenové náročnosti léčivých přípravků se ztotožňuje také magistr Šamaj. Dále pak zmiňuje, že velice zajímavým ukazatelem by mohlo být též sledování čistých cen léčiv, tedy cen očištěných o bonusovou politiku. Jedním dechem však dodává, že tyto informace jsou kryty obchodním tajemstvím a z tohoto důvodu jsou takřka nezjistitelné. Pokud by to však možné bylo, zaměřil by se především na oblast léčiv na rakovinu, kardiovaskulárních nemocnění a v neposlední řadě také na oblast ortopedie. V souvislosti s čistými cenami léčiv pak doplňuje, že by zajímavé výsledky mohly vyplynout z monitorování jejich vývoje od udělení patentu do doby, kdy bude danému léčivému přípravku schválena registrace na národním trhu.[18]

[18] V této souvislosti magistr Šamaj zmiňuje německou vládu, která od doby udělení institutu poměrně otálí s povolením k registraci nových léčiv na trh. Německé ministerstvo zdravotnictví tak činí záměrně, neboť si je vědomo, že s určitým časovým odstupem se bude maximální cena daného léčiva pohybovat v diametrálně odlišných (nižších) částkách.

Tab. 23 Ukazatele cen zdravotnických pomůcek a léků identifikované na základě rozhovorů

	Ukazatele cen zdravotnických pomůcek a léků
PharmDr. Ondrej Sukeľ	Kolik % výdajů domácností je utraceno za zdravotnické pomůcky a léky Rychlost nástupu generik ✓ O kolik % musí generikum snížit cenu, aby mohlo vstoupit na trh Strop úhrady pacienta za léky
MUDr. Pavel Andres, MBA	Průměrný doplatek pacienta za recept Průměrná úhrada zdravotní pojišťovny za recept Sazba DPH na léky
Mgr. Martin Šamaj, MBA	Průměrný doplatek pacienta za recept Čisté ceny léčiv na rakovinu, kardiovaskulární onemocnění a ortopedie

5.8.1 Vybrané ukazatele cen zdravotnických pomůcek a léků

U cen zdravotnických pomůcek a léků bylo sledováno, jak je životní úroveň vysvětlena průměrným doplatkem pacienta na recept a výší sazby DPH na léky.

Vztah první z proměnných, průměrného doplatku pacienta na recept, a HDI byl vysvětlen kvadratickou funkcí s poměrně vysokým koeficientem determinace, totiž $R^2 = 0{,}9693$. Počátek kvadratické křivky je rostoucí, a tak vyšší průměrný doplatek pacienta na recept svědčí o vyšší životní úrovni obyvatel. S každou další dodatečně vynaloženou peněžní jednotkou se však životní úroveň zvyšuje méně.

S indikátorem průměrného doplatku pacienta na recept se ztotožnil doktor Andres. Konstatoval, že v České republice se téměř v každé ATC skupině nachází takový léčivý přípravek, který je v základní verzi plně veřejně dotován. Příplatek pacienta pak tedy svědčí o ochotě, respektive možnosti pacienta dobrovolně si připlatit za nadstandard.[19]

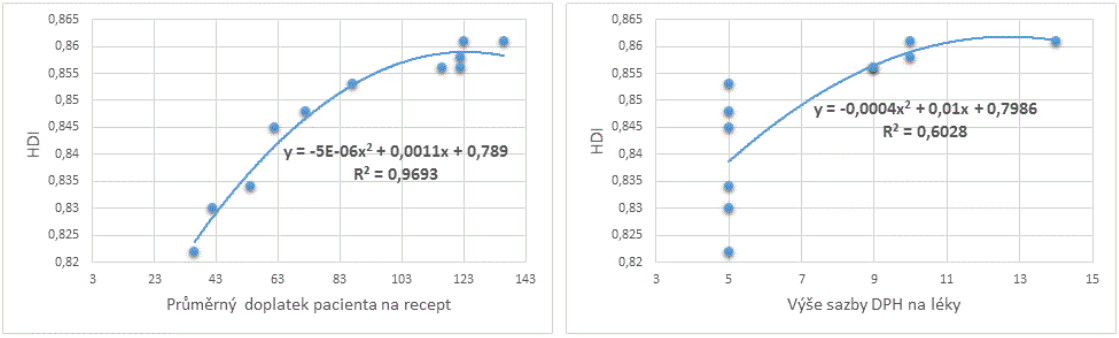
Také magistr Šamaj a PharmDr. Sukeľ zdůrazňují, že je v tomto směru žádoucí najít proměnnou, která bude zohledňovat rozdíl mezi soukromými a veřejnými výdaji na zdravotnické pomůcky a léky. Magistr Šamaj konstatuje, že pro tyto účely je možné využít například právě výši průměrného doplatku pacienta na recept.

Druhá proměnná, která byla analyzovaná, je výše sazby DPH. Závislost mezi touto proměnnou a HDI byla popsána rovněž kvadratickou křivkou, avšak s výrazně nižším koeficientem determinace. Ten činil 0,6028. S rostoucí sazbou DPH roste i životní úroveň obyvatel, ale stále pomaleji.

Tento vztah je pozorovatelný také v Evropě. Přestože valná většina zemí EU uplatňuje sníženou sazbu DPH na léčiva, existují i výjimky. Například Dánsko uplatňuje jedinou sazbu na všechny výrobky. Švédsko a Norsko pak sice mají legislativně zavedenu sníženou sazbu DPH, ale aplikují ji jen na potraviny, knížky či

[19] Doktor Andres však dále doplnil, že podobná léková politika na západ on našich hranic nefunguje. Běžně se tam lze totiž setkat s doplatkem třeba i na bazální antibiotika.

ubytovací služby. Za léky se tak ve všech severských zemích platí plná 25% sazba DPH. I přesto se všechny tyto země řadí mezi státy s velmi vysokým HDI, Norsko je pak dlouhodobě v čele tabulky. (Vojta, 2015)



Obr. 19 Vztah mezi HDI a vybranými ukazateli cen zdravotnických pomůcek a léků

6 Diskuze a závěr

Možnosti měření faktoru zdravotnictví jako jednoho z mnoha rozměrů životní úrovně byly v této práci zkoumány pro šest kategorií, které vyplynuly z výsledků dotazníkového šetření Interního grantového projektu PEF MENDELU IGA 42/2013 Faktory ovlivňující životní úroveň v EU. Tento průzkum odhalil, že rozhodující vliv na spokojenost se životem v oblasti zdravotnictví má z pohledu domácností kvalita zdravotnických zařízení, dostupnost zdravotnických zařízení, finanční náročnost služeb ve zdravotnictví, dostupnost zdravotnických pomůcek a léků a ceny zdravotnických pomůcek a léků.

V práci byly nejprve hledány různé přístupy k hodnocení každé z výše uvedených tematických skupin. V další části práce byly získané poznatky rozebrány s odborníky na oblast zdravotnictví. Tímto způsobem došlo k selekci vhodných ukazatelů, z nichž ty, pro které byla k dispozici dostatečně dlouhá datová základna, byly následně podrobeny regresní analýze.

Ve sféře kvality zdravotnických zařízení byla analyzována kojenecká úmrtnost, průměrná délka ošetřovací doby a průměrný plat lékařů**.** U všech těchto tří ukazatelů byl identifikován poměrně silný vliv na závisle proměnnou (HDI).

Za posledních 20 let kojenecká úmrtnost celosvětově klesla téměř o polovinu. Sestupný trend tohoto ukazatele se ve stejném období zároveň výrazně zrychlil. Dlouhodobý setrvačný pokles kojenecké úmrtnosti byl v České republice nastolen již v 80. letech minulého století. Dle statistik OECD zemřelo v roce 2012 během prvního roku života 2,6 dětí na 1 000 živě narozených. Z tohoto pohledu by se mohlo zdát, že Česká republika může chlubit velmi dobrou kvalitou prenatální a neonatální lékařské péče, neboť se tato hodnota nachází nad průměrnou úrovní zemí OECD, kde průměrně umírají 4 děti na 1000 živě narozených. Tomuto indikátoru však bývají často vytýkána jistá úskalí. Také magistr Šamaj se během rozhovoru vyhradil k jeho užívání. Přestože připustil jeho užití jako jisté zjednodušení úmrtnostních indexů pro účely statistiky, konstatoval dále, že jej nelze brát jako úplné dogma. Důvodem může být například skutečnost, že na mezinárodní úrovni neexistuje jednotná metodika pro posouzení toho, jaké dítě se považuje za živě narozené. Podobně zavádějící pak může být různorodá definice mrtvě narozeného dítěte. Tím je podle české definice každé dítě neprojevující známky života a současně vážící alespoň 1000 gramů. Naproti tomu v Evropě se za mrtvě narozené považuje ve většině případů dítě, které neprojevuje známky života a jehož hmotnost je do 500 gramů. Je tak běžnou realitou, že ročně přijdou v ČR na svět zhruba dvě stovky dětí, které by podle evropské definice měly být považovány za narozené, z pohledu české metodiky se však jedná o potraty. (OECD, 2014; Procházková, 2011)

Otázkou ale zůstává, do jaké míry je doopravdy vhodné kojeneckou úmrtnost snižovat. Je skutečně správné chlubit se zachraňováním dětí vážících pár stovek gramů, které si dost možná ponesou trvalé následky po celý svůj život? Radikálové jsou striktně proti. Argumentují mimo jiné vysokými náklady vynaloženými nejen při samotné záchraně drobné lidské duše, ale i v průběhu života tohoto jedince.

Existuje totiž velká pravděpodobnost, že tito lidé budou pobírat invalidní důchod, čímž se fakticky stanou zátěží pro sociální systém. Na druhou stranu je zde alespoň z mého pohledu velice podstatné etické hledisko a právo každého člověka na život garantované ustanovením článku 6 Listiny základních práv a svobod a článkem 2 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod. V této souvislosti je pak také k zamyšlení tolik opěvovaný „úspěch prenatální medicíny", kterého je však dosaženo především z toho důvodu, že v případě nalezení vady plodu je minimálně v podmínkách České republiky vytvářen silný tlak na umělé přerušení těhotenství.

Dle dat ÚZISu (2014) činila v roce 2013 průměrná délka ošetřovací doby v České republice 6,8 dne. Od poloviny 80. let se tato doba snížila bezmála o polovinu. Poskytovatelé zdravotní péče jsou motivování ke zkracování průměrné ošetřovací doby mimo jiné systémem úhrad hospitalizací vybraných skupin pacientů případovým paušálem DRG, který je v České republice uplatňován od roku 2008. Je ale otázkou do jaké míry nastolený vývoj tohoto ukazatele odráží měnící se strukturu a rozsah nemocnosti a nakolik jej lze skutečně připsat lepší kvalitě poskytované zdravotní péče.

Jako třetí v pořadí byl analyzován ukazatel sledující platové ohodnocení lékařů. V tomto směru jsou čeští lékaři ve srovnání s okolními státy nedoceněni. Výrazný nepoměr je patrný například při srovnání se sousedním Německem, kde je nástupní plat absolventa v univerzitní nemocnici 4220 EUR, v komunální pak 4023 EUR. Naproti tomu v České republice je absolventovi lékařské fakulty nabídnut základní tabulkový plat 850 EUR. V nemocnicích se statutem akciové společnosti, které se tarifními tabulkami nemusí řídit, může absolvent očekávat částku ještě nižší. Navíc také podmínky pro udělení atestace jsou v zahraničí mnohdy přívětivější než na území ČR. Zákonitým důsledkem rozdílů v platech a šancích je emigrace lékařů za hranice České republiky. Z pohledu doktora Andrese však tento ukazatel nepůsobí samostatně při rozhodování lékařů o odchodu za prací do zahraničí. Proto jej nedoporučuje ani pro účely mezistátního srovnání kvality zdravotnických zařízení. (TEMPUS MEDICORUM, 2015)

Na základě výše uvedených skutečností je možné konstatovat, že **kvalitu zdravotnických zařízení asi nejlépe vystihuje indikátor průměrné délky ošetřovací doby**. Tento indikátor by pak bylo vhodné doplnit například o ukazatele počtu reoperací na stejnou diagnózu, a to z toho důvodu, aby nedošlo ke zkreslení při posuzování kvality zdravotnických zařízení s příliš krátkou ošetřovací dobou, která posílají své pacienty domů nedoléčené.

Pro oblast dostupnosti zdravotnických zařízení byl hodnocen počet lékařů na 1000 obyvatel, počet lůžek na 1000 obyvatel, využití lůžek ve dnech maximální kapacity, počet farmaceutů na 1 lékárnu a počet lékáren na 1000 obyvatel. Zde byla nejsilnější závislost s HDI zaznamenána pro indikátory počet lůžek na 1000 obyvatel a počet lékařů na 1000 obyvatel. Naopak nejslabší vztah byl detekován u indikátoru využití lůžek ve dnech maximální kapacity.

Podle statistik OECD v Česku připadá 3,7 lékařů na 1000 obyvatel, což je o 0,5 lékaře více ve srovnání s průměrnou hodnotou tohoto ukazatele v zemích OECD. I tak je ale odborná veřejnost znepokojena tím, že se Česká republika již ně-

kolik let potýká s nedostatkem lékařů, což do jisté míry souvisí také s výše zmíněnou emigrací lékařů. Počet členů České lékařské komory sice průběžně roste. Od roku 2007 se jejich množství zvýšilo zhruba o 4,5 tisíce. Problém je v tom, že pouhé tři čtvrtiny z nich jsou ve skutečnosti aktivní. Varovné znamení udává také statistika sledující počet aktivních lékařů starších 60 let. Ještě v roce 1995 bylo takových lékařů 10,5 %. V roce 2013 byl jejich podíl více než dvojnásobný. (TEMPUS MEDICORUM, 2015)

V České republice trpí nedostatkem lékařů hlavně primární péče, a to především v horských a pohraničních oblastech. Magistr Šamaj se domnívá, že by tento problém bylo možné alespoň z části vyřešit zavedením institutu rodinného lékaře, který měl na území našeho státu tradici již v dobách před světovou válkou.

Česká republika disponuje v průměru o 1,9 lůžky na 1000 obyvatel více oproti jiným zemím OECD. Současně je patrné snižování počtu akutních lůžek ve prospěch lůžek následné péče. S ukazatelem počtu lůžek na 1000 obyvatel je při posuzování dostupnosti zdravotnických zařízení nutné zacházet velmi opatrně. Pokud by se totiž úvahy o dostupnosti zdravotnických zařízení omezily pouze na tento indikátor, byla by zcela opomenuta síť samostatných ambulantních zařízení, která v podmínkách České republiky tvoří více než 85 % všech zdravotnických zařízení. (ÚZIS, 2014)

Experti se shodli na tom, že tento ukazatel má sám o sobě jen malou vypovídací hodnotu. Proto je vhodné jej vždy doplnit například o průměrnou délku ošetřovací doby nebo o ukazatel využití lůžek ve dnech maximální kapacity.

Ačkoli se lékárny na celkovém počtu zdravotnických zařízení podílí zhruba z 10 %, nelze je při úvahách o dostupnosti zcela opomenout. Proměnné navržené PharmDr. Sukeľem mohou také do jisté míry vypovídat o další kategorii, kterou je dostupnost zdravotnických pomůcek a léků (viz níže). V České republice připadá na 1 lékárnu 3759 obyvatel a v každé lékárně se pak lze v průměru setkat s 2,4 farmaceuty. V tomto směru je dosti patrný růst počtu lékáren, který nastal po Sametové revoluci. Ještě v roce 1990 na 1 lékárnu totiž připadalo 11 303 obyvatel. V tomto směru se jistě dostupnost lékárenských zařízení za posledních 25 let podstatně zvýšila. Některé lékárny v České republice, na rozdíl například od těch na území našich slovenských sousedů, provozují také pohotovostní služby. Tím je fakticky podpořena jejich dostupnost i v pozdních nočních hodinách.

Každá ze zmíněných proměnných má tedy jistě své opodstatnění, avšak **pro účely všeobecného srovnání dostupnosti zdravotnických zařízení se s ohledem na výše uvedené jeví jako nejvhodnější ukazatel počtu lékařů na 1000 obyvatel.** Je nutné mít na zřeteli, že dostupnost zdravotnických zařízení ovlivňuje celá řada dalších někdy jen těžko měřitelných vlivů. Může se například jednat o přespřílišnou regulativní složitost fungování zdravotnických zařízení. Dostupnost může podstatným způsobem ovlivnit i rychlost přijímání změn úhradových předpisů či různých omezení poskytovatelů zdravotnických služeb. Uplatnění těchto ukazatelů při srovnání dostupnosti zdravotnických zařízení na mezinárodní úrovni by však bylo dle mého názoru nesmírně složité už jen s ohledem na rozličné zdravotní politiky, které jednotlivé státy aplikují. Lze předpokládat, že například ve

velké Británii, kde je většina lékařů zaměstnána ve veřejném sektoru, by stát snáze prováděl restrikce a změny. Ty by se pak mohly stát častějším jevem, což by v případě negativních opatření znamenalo vyšší pravděpodobnost zhoršení dostupnosti zdravotnických zařízení. Naproti tomu v České republice s převahou privátních lékařů je jakékoli omezení poskytovatelů zdravotnických služeb možné pouze skrze legislativní opatření, jejichž tvorba je velice zdlouhavá. Rámec poskytování zdravotní péče v ČR je tedy stabilnější a více předvídatelný.

V České republice zcela paradoxně omezuje dostupnost zdravotní péče nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o minimální dostupnosti zdravotních služeb. Podle této vyhlášky má každý občan právo na to, aby mu například cesta osobním vozem k nejbližšímu lékaři netrvala déle než 35 minut. Realizace tohoto nařízení by však znamenala zhoršení oproti dosavadnímu stavu. Navíc by se tato vyhláška mohla stát v budoucnu také pádným argumentem pro zdravotní pojišťovny, které by díky ní mohly zdůvodnit likvidaci v podstatě jakéhokoliv zdravotnického zařízení.

V pořadí třetí kategorií, pro kterou byly hledány vhodné způsoby měření, byla finanční náročnost služeb ve zdravotnictví. Regresí bylo zjištěno, že tuto oblast nejlépe vysvětlují výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele, podíl soukromých výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví a také podíl soukromých výdajů k průměrné mzdě.

Výdaje vynakládané v ČR na zdravotnictví v propočtu na 1 obyvatele jsou v evropském měřítku spíše podprůměrné. V roce 2012 činily po přepočtu podle parity kupní síly jen 1560 USD, zatímco na 1 Evropana průměru připadalo 2193 USD. Veřejné výdaje v Česku tvoří 84 % všech vynaložených prostředků. Zbývajících 16 % jsou soukromé výdaje pacientů. Na první pohled tato čísla mohou evokovat dobrý pocit. Při jejich podrobnějším zkoumání ale lze zjistit, že v České republice téměř neexistuje možnost připojistit se. V případě, že člověk onemocní závažnou chorobou a nebude mít dostatek peněžních prostředků na úhradu léčby, jeho osud bude čistě v rukou zdravotní pojišťovny, která se s ohledem na jeho zdravotní stav a stáří buď rozhodne jeho léčbu uhradit či nikoliv.

Je třeba uvědomit si, že oněch 16 % je celorepublikový průměr. Individuální míra spoluúčasti například seniorů či invalidních důchodců je mnohem vyšší. A tak přestože je systém zdravotního pojištění založen na principu solidarity zdravých s nemocnými a bohatých s chudými, nad rámec zdravotního pojištění si více připlácí spíše nemocní a chudí než zdraví a bohatí. Paradoxní je také skutečnost, že navzdory stejným podmínkám pro platbu zdravotního pojištění jsou v podmínkách České republiky zdravotní služby jinak dostupné pro klienty jednotlivých pojišťoven.

Ačkoli byl vztah mezi HDI a všemi třemi zmíněnými proměnnými určujícími oblast finanční náročnosti služeb ve zdravotnictví velmi těsný, jsou zde jisté skutečnosti, podle nichž je **nejvhodnější sledovat podíl soukromých výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví na 1 obyvatele**. U výdajů na zdravotnictví na 1 obyvatele je totiž možné nabýt podezření, že mimo poměřování objemu peněz tekoucích do zdravotnictví může tento ukazatel představovat také srovnání nákladnosti zdravotnického sektoru v daných zemích například v důsledku vyšší ce-

ny na trhu práce. Indikátor sledující podíl soukromých výdajů k průměrné mzdě měl pak sice ve vztahu k HDI vysoký koeficient determinace, nicméně byl vysvětlen polynomickou spojnicí trendu. Jednodušší křivkou tento vztah nešlo popsat.

Identifikace vhodných indikátorů v kategorii komunikace zdravotnického personálu vycházela pouze z rozhovorů s odborníky. V této oblasti totiž nebylo možné najít objektivní indikátor, pro nějž by současně byla dostupná data. Oslovení experti se shodli, že v této sféře by měl být určitě zachován jistý prvek subjektivity. Důležité je **stimulovat respondenta smysluplně objektivizovanými otázkami.** Přitom je také klíčová vhodná volba okamžiku sběru dat.

Pro skupinu indikátorů určujících dostupnost zdravotnických pomůcek a léků byl regresí posuzován podíl veřejných výdajů na celkových výdajích na zdravotnické pomůcky a léky a spotřeba antibiotik. Ani jeden z modelů však dostatečně přesně nevysvětlil životní úroveň popsanou indexem HDI. Z tohoto důvodu by bylo podle mého názoru vhodnější k hodnocení této oblasti použít jeden ze dvou z indikátorů, o kterých bylo pojednáno v kapitole dostupnosti zdravotnických zařízení, tedy počet farmaceutů na 1 lékárnu nebo počet lékáren na 1 obyvatele.

Poslední kategorií, pro niž byl hledán vhodný způsob měření, byla cenová náročnost zdravotnických pomůcek a léků. V tomto případě byl pro účely regresní analýzy použit průměrný doplatek pacienta a výše sazby DPH na léky. **Průměrný doplatek pacienta na recept byl regresí popsán podstatně kvalitněji než výše sazby DPH, a proto jej lze považovat za vhodnější k hodnocení cen zdravotnických pomůcek a léků.**

Výše průměrného doplatku pacienta na recept v České republice značně narostla v roce 2008, kdy Češi v průměru zaplatili o 40 % více za každý recept. V žádném dalším roce tato částka v meziročním srovnání už tak markantně nenarostla. I tak je ale aktuální výše doplatků na recept nejvyšší od přelomu tisíciletí. Příčinu růstu výše těchto doplatků nelze připsat na vrub jen regulačním poplatkům zavedeným v roce 2008. Zvýšené výdaje se v té době mohly projevit rovněž například v důsledku růstu sazby DPH. (ÚZIS, 2014)

Regresní model HDI a výše sazby DPH byl, stejně jako ostatní modely, sestaven pro období 2002 – 2012. V roce 2012 byla v České republice uplatňována jedna z nejvyšších sazeb DPH vůbec. Od 1. 1. 2015 tato sazba výrazně poklesla a aktuálně činí 10 %. Za posledních 7 let je to v pořadí už 5. změna. Podle České televize (2014) však snížení sazby DPH nemusí nutně znamenat, že se sníží ceny medikamentů. Ty mají totiž ve svých rukou pouze distributoři léčiv a tak jen na nich záleží, kolik nakonec spotřebitelé zaplatí. Navíc je nutné dodat, že snížená sazba se netýká všech léčiv. Například u antikoncepce, antibiotik nebo přípravků na vysoký krevní tlak skutečně tato sazba poklesla. Naopak 15% sazba DPH byla zachována pro vitamíny, doplňky stravy i většinu bylinných čajů. Zlí jazykové tvrdí, že takovéto manévry nikterak nepomohou podnikatelům ani ekonomice jako takové, neboť jakákoli změna vnáší do systému hlavně chaos.

Z výše uvedeného vyplývá, že **úroveň zdravotnictví v ČR je spíše podprůměrná, minimálně v evropském měřítku**. Největším problémem je podfinanco-

vání celého systému zdravotnictví. Ruku v ruce s tím vyvstává celá řada dalších problémů. Vzhledem k nedostatečným prostředkům nemohou být nakupovány například nejnovější technologie v takové míře, jako je tomu zvykem na západ od našich hranic. Ceny přístrojů, ale také léků či zdravotnického materiálu se totiž pohybují ve světových cenách. Nízké prostředky plynoucí do zdravotnictví se dále odráží v neadekvátním ohodnocení lékařů, kteří stále častěji míří za prací za hranice našeho státu. V tomto ohledu nelze upřít snahu ministerstva zdravotnictví o navyšování mezd zdravotnickému personálu. I přesto jsou stále platy českých lékařů nesrovnatelné například s Německem a rozhodně to není tím, že by německý lékař léčil pětkrát lépe nežli ten český. Lze tedy tvrdit, že mzdy a platy lékařů v České republice neodpovídají produktivitě práce.

Českému zdravotnictví budiž ke cti, že za posledních 25 let je možné v mnoha oblastech zaznamenat výrazný pokrok. Otevření trhu po Sametové revoluci podpořilo například růst počtu lékáren. Z hlediska jejich dostupnosti je nutné dbát na to, aby nebylo zájmem lékárníků zřizovat nová zdravotnická zařízení lékárenského typu pouze ve velkých městech a podpořit tak dostupnost medikamentů také pro obyvatele vesnic či v pohraničí.

7 Literatura

AUSTRALIAN CENTRE ON QUALITY OF LIFE. About Quality of Life [online]. 2014 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.acqol.com.au/

CES VŠEM. Konkurenční schopnost České republiky 2011–2012. Praha: Linde, 2013. 168 s. ISBN 978-80-86730-97-4.

CIA. The world factbook - Coutry comparison: Distribution of family income – Gini index [online]. 2015 [cit. 2015-04-06]. Dostupné z: https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2172rank.html

ČELEDOVÁ Libuše, Rostislav Čevela. Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly. Praha: Grada, 2010. ISBN 8024732130.

ČERMÁK, Petr. Jak chudý (bohatý) je chudý Čech [online]. 2009 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.penize.cz/hdp/54135-jak-chudy-bohaty-je-chudy-cech

ČESKÁ ASOCIACE SESTER. Pády [online]. 2015 [cit. 2015-04-06]. Dostupné z: http://www.cnna.cz/pady/

ČESKÁ TELEVIZE. Levnější léky? Snížená sazba DPH nemusí zafungovat [online]. 2014 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/296163-levnejsi-leky-snizena-sazba-dph-nemusi-zafungovat/

ČESKÁ TELEVIZE. Odchody lékařů sílí. Němeček chystá změny a nabízí 3,5 procenta [online]. 2014 [cit. 2015-04-06]. Dostupné z: http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/288213-odchody-lekaru-sili-nemecek-chysta-zmeny-a-nabizi-3-5-procenta/

ČESKÝ ROZHLAS. Léky v datech: Na čem jsme závislí, kolik utrácíme? [online]. 2015 [cit. 2015-04-06]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/zpravy/data/_zprava/leky-v-datech-na-cem-jsme-zavisli-kolik-utracime--1465581

ČSÚ. Gini koeficient ekvivalizovaného disponibilního příjmu [online]. 2015 [cit. 2015-04-06]. Dostupné z: http://apl.czso.cz/pll/eutab/html.h?ptabkod=tessi190

ČSÚ. HDP na obyvatele v PPS [online]. 2015 [cit. 2015-04-06]. Dostupné z: http://apl.czso.cz/pll/eutab/html.h?ptabkod=tec00114

ČSÚ. Hlavní makroekonomické ukazatele [online]. 2015 [cit. 2015-04-06]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/hmu_cr

ČSÚ. Plodnost žen [online]. 2013 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/20551769/170224-14.pdf/287dc43c-df94-40c1-bf04-b322ed0e4b84?version=1.0

ČSÚ. Statistika rodinných účtů - Metodika [online]. 2012 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/rodinne_ucty

ČSÚ. Výběrové šetření Životní podmínky (EU-SILC) [online]. 2014 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/zivotni_podminky_eu_silc/$File/zp_metodika_20140616.pdf

ČSÚ. Vývoj obyvatelstva České republiky 2013: Migrace [online]. 2014 [cit. 2015 04-06]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/20554223/130069-14_7.pdf/3a8230f0-208e-4f39-be94-2c8e8cda45ee?version=1.0

DURDISOVÁ, Jaroslava. Ekonomika zdraví. Praha: Oeconomica, 2005, 228 s. ISBN 80-245-0998-9.

ENCYCLOPEDIA BRITANNICA. Standard of living [online]. 2014 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.britannica.com/EBchecked/topic/344816/standard-of-living

EUROPEAN COMMISSION. Healthy Life Years [online]. 2015 [cit. 2015-04-06]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years/hly_en.htm#fragment2

EUROPEAN COMMISSION. Patient safety and quality of healthcare [online]. 2010 [cit. 2015-04-06]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf

EUROSTAT. European Union Statistics on Income and Living Conditions [online]. 2013 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/eu_silc

EUROSTAT. Life expectancy at birth, by sex [online]. 2013 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tps00025&language=en

EUROSTAT. Mean and median income by household type [online]. 2015 [cit. 2015-04-06]. Dostupné z: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_di04&lang=en

EUROSTAT. Minimum wage statistics [online]. 2015 [cit. 2014-04-06]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Minimum_wage_statistics

EUROSTAT. Share of national equivalised disposable income by quintile [online]. 2014 [cit. 2015-04-06]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Share_of_national_equivalised_disposable_income_by_quintile,_2012_V2.png

EVROPSKÁ KOMISE. Evropa 2020 [online]. 2014 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/europe2020/index_cs.htm

EVROPSKÁ KOMISE. Sdělení komise Evropskému pralamentu, Radě, Evropskému hospodářskému s Sociálnímu výboru a Výboru regionů: Jak pokračuje Evropa

2020: strategie pro inteligentní a udržitelný růst podporující začlenění [online]. 2014 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/europe2020stocktaking_cs.pdf

FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA. Redukce chyb ve zdravotnictví se stala hlavním cílem zdravotnických pracovníků na celém světě [online]. 2011 [cit. 2015-04-07]. Dostupné z http://www.fno.cz/documents/NL_2011_duben.pdf

GALBRAITH, John Kenneth. Společnost hojnosti. Praha: Svoboda, 1967. 335 s.

GEORGE, Henry. Progress and Poverty. U.S.: Schalkenbach (Robert) Foundation, 2006. ISBN 0911312986.

HEŘMANOVÁ, Eva. Koncepty, teorie a měření kvality života. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0.

GLADKIJ, Ivan. Management ve zdravotnictví. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2003, xii, 380 s. ISBN 8072269968.

HAMPEL, David, Veronika BLAŠKOVÁ a Luboš STŘELEC. Ekonometrie 2. Brno: Mendelova univerzita v Brně, 2011. 147 s. ISBN 978-80-7375-540-9.

HEALTH CONSUMER POWERHOUSE. Euro Health Consumer Index. 2012. ISBN 978-91-977879-9-4

HEALTH CONSUMER POWERHOUSE. Euro Health Consumer Index. 2014. ISBN 978-91-980687-5-7

JAN PAVEL II. Encyklika Jana Pavla II. k 100. výročí Rerum novarum. Praha: ZVON, České katolické nakladatelství a vydavatelství, 1996. ISBN 80–7113–154–7

JANOVSKÁ, Kateřina, Lumír KOMÁREK, Jaroslav KŘÍŽ, Jarmila RÁŽOVÁ a Stanislav WASSERBAUER. Podpora zdraví, prevence zdravotních rizik a nemocí [online]. 2013 [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: http://www.khshk.cz/e-learning/kurs6/index.html

INVESTOPEDIA. Standard Of Living Vs. Quality Of Life [online]. 2014 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.investopedia.com/articles/financial-theory/08/standard-of-living-quality-of-life.asp

KADEŘÁBKOVÁ, Anna a Václav ŽĎÁREK. Makroekonomická analýza. Praha: Vysoká škola ekonomie a managementu, 2006. 293 s. ISBN 80-86730-05-0.

KENNEDY, Robert. Robert F. Kennedy Speeches [online]. 1968 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.jfklibrary.org/Research/Research-Aids/Ready-Reference/RFK-Speeches/Remarks-of-Robert-F-Kennedy-at-the-University-of-Kansas-March-18-1968.aspx

KOUBOVÁ Michala. Odchody mladých lékařů do ciziny? Situace není tak dramatická, říká děkan 1. lékařské fakulty [online]. 2014 [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: http://www.zdravotnickydenik.cz/2014/12/odchody-mladych-lekaru-do-ciziny-situace-neni-tak-dramaticka-rika-dekan-1-lekarske-fakulty/

KŘÍŽOVÁ, Eva. Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání. Praha: Vlastním nákladem, 1998, 133 s. ISBN 80-238-0937-7.

KUBÁTOVÁ, Helena. Sociologie životního způsobu. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2456-0.

KUČERA, Zdeněk a Jana HAVELKOVÁ. Podpora zdraví: Vývoj teoretických základů. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví ve spolupráci s Institutem zdravotní politiky a ekonomiky, 2005. ISSN 1213-6050

KVALITA OČIMA PACIENTŮ. Jak projekt měří kvalitu zdravotních služeb? [online]. 2014 [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/Jak-projekt-meri-kvalitu-zdravotnich-sluzeb.html

LAPÁČEK Michal. Solidarita, ekvivalence a příjmová nerovnost v českém sociálním systému Praha: KUFR, 2008. ISSN 1802-5854

LEGATUM INSTITUTE. Sub-indices: Health. 2014 [online]. 2014 [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: http://www.prosperity.com/#!/health

LUDWIG VON MISES INSTITUT. Ekonomické nepravidelníky [online]. 2015 [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: http://www.mises.cz/literatura/ekonomicke-nepravidelniky-25-kapitola-i-adam-smith-81.aspx

LUKÁŠOVÁ, Růžena. Organizační kultura a její změna. Praha: Grada, 2010. 238 s. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-2951-0.

MANKIW, Gregory N. Macroeconomics. 7. vyd. : Worth Publishers, 2010. 763 s. ISBN 80-7169-891-1.

MALINA, Antonín. Úvod do veřejného zdravotnictví [online]. 2009 [cit. 2015-04-02] Dostupné z: http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod_do_vz.pdf

MIČÁNKOVÁ, Magdalena. Hodnocení kvality života [online]. 2012 [cit. 2015-04-02] Dostupné z: http://is.muni.cz/th/206481/esf_m/diplomova_prace_-_hodnoceni_kvality_zivota_-_finalni_verze.pdf

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Minimální a zaručená mzda [online]. 2012 [cit. 2015-04-02] Dostupné z: http://www.mpsv.cz/cs/7667

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2008 – 2070 [online]. 2010 [cit. 2015-04-02] Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/8842/Prognoza_2010.pdf

MINISTERSTVO ZAHRANIČNÍCH VĚCÍ. Jak se máte? Blahobyt v OECD [online]. 2013 [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: http://www.mzv.cz/oecd.paris/cz/zpravy_udalosti_aktuality/jak_se_mate_blahobyt_v_zemich_oecd.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemoc. Praha: MZČR, 2014. SBN 978-80-85047-47-9

MLČOCH, Lubomír. Ekonomie štěstí: proč méně může být více [online]. 2005, č. 94 [cit. 2014-11-24]. Dostupné z: ies.fsv.cuni.cz/default/file/download/id/2763

NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. Registr Národní sady ukazatelů zdravotních služeb [online]. 2011 [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: http://kvalita.nrc.cz/ukazatele/index.php

NOVÁČEK, Pavel. Udržitelný rozvoj. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 430 s. ISBN 978-80-244-2514-6.

OECD. Better life index [online]. 2014 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.oecdbetterlifeindex.org/

OECD. OECD Factbook 2013. 2013. 235 s. ISBN 978-92-641-8366-7.

OECD. Health at a Glance: Europe 2014. 2014. 140 s. ISSN 2305-607X.

OECD. Health Statistics [online]. 2014 [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: http://stats.oecd.org/

OECD. How's Life? 2013 [online]. 2013 [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: http://www.oecd.org/statistics/how-s-life-23089679.htm

OECD (2014), How's Life in Your Region?: Measuring Regional and Local Well-being for Policy Making, OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264217416-en

ORGANIZACE SPOJENÝCH NÁRODŮ. Program OSN na ochranu životního prostředí (UNEP) [online]. 2005 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.osn.cz/system-osn/programy-a-dalsi-organy-osn/?i=98

ORGANIZACE SPOJENÝCH NÁRODŮ. Všezahrnující přístup k rozvoji [online]. 2005 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.osn.cz/zpravodajstvi/zpravy/zprava.php?id=704

PATRIA. Je HDP skutečně tak špatným ukazatelem naší spokojenosti? [online]. 2013 [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: http://www.patria.cz/zpravodajstvi/2233281/je-hdp-skutecne-tak-spatnym-ukazatelem-nasi-spokojenosti.html

PORDATA. Monthly minimum wage as a proportion of average monthly earnings in Europe [online]. 2015 [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: http://www.pordata.pt/en/Europe/Search+Environment/Table

PRAŽSKÁ ŠKOLA ALTERNATIV. Chudoba, nezaměstnanost: a další témata Pražské školy alternativ: Pražská škola alternativ - sborník 06. Praha: Ekumenická akademie Praha, 2012. 70 s. ISBN 978-80-87661-03-1.

PROCHÁZKOVÁ Martina. Novorozenecká úmrtnost u nás není tak nízká, jak se Česko chlubí. [online]. 2011 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/novorozenecka-umrtnost-u-nas-neni-tak-skvela-jak-se-cesko-chlubi-pxc-/domaci.aspx?c=A111216_204559_domaci_taj

RABUŠIC, Ladislav. Česká společnost stárne. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 1995. 192 s. ISBN 80-210-1155-6.

RAND Health. Patient Satisfaction Questionnaire from RAND Health [online]. 2015 [cit. 2015-06-04]. Dostupné z: http://www.rand.org/health/surveys_tools/psq.html

SALEHI, Arash, Lesley STRAWDERMAN a Laura RUFF. The importance of communication for patient satisfaction [online]. 2015 [cit. 2015-06-04]. Dostupné z: http://www.iienet2.org/SHS/Details.aspx?id=18430

SIMON, Julian. The Ultimate Resource. Princeton: Princeton University Press, 1998. ISBN 978-0691003818.

SKARUPSKÁ, Helena. Úvod do sociální problematiky. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 61 s. ISBN 978-80-244-3762-0.

SMRČKA, Luboš. Rodinné finance: ekonomická krize a krach optimismu. V Praze: C. H. Beck, 2010. 538 s. Beckovy ekonomické učebnice. ISBN 978-80-7400-199-4

SOJKA, Milan a Luděk KOUBA. Kapitoly z dějin ekonomických teorií. Brno: Mendelova zemědělská a lesnická univerzita v Brně, 2006. 152 s. ISBN 80-7157-935-1.

STEM. Názory na cizince v ČR a jejich zaměstnávání [online]. 2014 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://stem.cz/clanek/2943

STŘEDOEVROPSKÉ CENTRUM PRO FINANCE A MANAGEMENT. Robin Hood Index [online]. 2012 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.finance-management.cz/080vypisPojmu.php?IdPojPass=104

SYROVÁTKA, Miroslav. UPOL. Jak (ne)měřit kvalitu života: Kritické pohledy na index lidského rozvoje [online]. 2008 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.development.upol.cz/uploads/dokumenty/Syrovatka_HDI.pdf

SÚKL. Kdo stanovuje cenu léků [online]. 2015 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.olecich.cz/encyklopedie/kdo-stanovuje-cenu-leku

SÚKL. Mapa lékáren [online]. 2011 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.sukl.cz/modules/pharmacymap/

TEMPUS MEDICORUM. Olomouc: Mladá fronta, 2015. roč. 24, 4. ISSN 1214-7524.

THE ECONOMIST. Democracy Index 2013 [online]. 2014 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.eiu.com/Handlers/WhitepaperHandler.ashx?fi=Democracy_Index_2013_WEB-2.pdf&mode=wp&campaignid=Democracy0814

THE NEW ECONOMICS FOUNDATION. Happy planet index [online]. 2014 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.happyplanetindex.org/about/

THE VOLUNTARY HUMAN EXTINCTION MOVEMENT. May we live long and die out [online]. 2014 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.vhemt.org/

THE WORLD BANK. GDP (current US$) [online]. 2014 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD

THE WORLD BANK. GINI index [online]. 2014 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI

THE WORLD BANK. Poverty Overview [online]. 2014 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.worldbank.org/en/topic/poverty/overview

THE WORLD BANK. Prosperity for All: Ending Extreme Poverty [online]. 2014 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.worldbank.org/en/news/feature/2014/04/10/prosperity-for-all-ending-extreme-poverty

THE WORLD BANK. What we do [online]. 2014 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.worldbank.org/en/about/what-we-do

TICHÁ, Michaela. Česká ekonomika na prahu 21. století v kontextu společenského vývoje. Ostrava: VŠB-TU Ostrava, 2013. 221 s. ISBN 978-80-248-3071-1.

TOŽIČKA Tomáš. Čechů ohrožených chudobou přibývá. V evropském měřítku si ale země vede dobře [online]. 2014 [cit. 2014-04-06]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/zpravy/politika/_zprava/cechu-ohrozenych-chudobou-pribyva-v-evropskem-meritku-si-ale-zeme-vede-dobre--1405107

TRANSPARENCY INTERNATIONAL. Corruption Perceptions Index 2013 [online]. 2014 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.transparency.org/cpi2013/results

UNICEF. Child survival [online]. 2015 [cit. 2015-04-06]. Dostupné z: http://data.unicef.org/child-mortality/under-five

UNICEF. Millennium Development Goals monitoring [online]. 2012 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.unicef.org/statistics/index_24304.html

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. Human Development Index [online]. 2014 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. Multidimensional Poverty Index [online]. 2014 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://hdr.undp.org/en/content/multidimensional-poverty-index-mpi

ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. Vliv minimální mzdy na nezaměstnanost v ČR. 2014. ISBN 978-80-7440-118-3.

ÚZIS. Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013. 2014. 131 s. ISBN 978-80-7472-133-5

ÚZIS. Lůžková péče. 2014. 138 s. ISBN 978-80-7472-094-9

ÚZIS. Metodologické dokumenty [online]. 2013 [cit. 2015-04-06]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/nshnu/metodicke-dokumenty

ÚZIS. Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007–2013 [online]. 2014 [cit. 2015-04-29] Dostupné z: http://www.uzis.cz/rychle-informace/spotreba-zdravotnickych-sluzeb-letech-2007-2013

ÚZIS. Statistická ročenka. 2013. 260 s. ISSN 1210-9991

ÚZIS. Světové šetření o zdraví v České republice. 2004. 95 s. ISBN 80-7280-419-7

VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

VAŠTÍKOVÁ, Miroslava. Marketing služeb: efektivně a moderně. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2014. 268 s. Manažer. ISBN 978-80-247-5037-8.

VODIČKA, Milan. Co s námi bude?: stručná historie příštích 20 let. Vyd. 1. Praha: Práh, 2014, 302 s. ISBN 978-80-7252-522-5.

VOJTA, Tomáš. DPH v Evropě: vizualizace dat na mapě [online]. 2015 [cit. 2015-04-06]. Dostupné z: http://www.uctovani.net/clanek.php?t=DPH-v-Evrope-vizualizace-dat-na-mape&idc=186

VOJTOVIČ, Sergej. Koncepce personálního řízení a řízení lidských zdrojů. Praha: Grada, 2011. 186 s. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-3948-9.

WILKINSON, Richard a Kate PICKETT. The Spirit Level: Why Greater Equality Makes Societies Stronger. New York: Bloomsbury Press, 2011. ISBN 978-1608193417.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Definition of Health [online]. 2003 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.who.int/about/definition/en/print.html

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Density of physicians: Situation and trends [online]. 2015 [cit. 2015-04-06]. Dostupné z: http://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density_text/en/

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health 21: Health for all in 21st century. Publications of the World Health Organization. 1998. ISBN 928-90-1348-6

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health workforce: Density od physician [online]. 2015 [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/health_workforce/PhysiciansDensity_Total/atlas.html

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Observatory (GHO) data: Density of physicians (total number per 1000 population, latest available year) [online]. 2015 [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: http://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density_text/en/

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Ottawa Charter for Health Promotion [online]. 1986 [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/

ZEISBERGEROVÁ Ivana. Komunikativní dovednosti zdravotníků při kontaktu s pacientem [online]. 2011 [cit. 2015-04-02]. Dostupné z https://theses.cz/id/944xqi/Komunikativn_dovednosti_zdravotnk_pi_kontaktu_s_pacientem.pdf

ZLÁMAL, Jaroslav a Zdeněk MENDL. Ekonomie nejen k maturitě. Vyd. 2. Kralice na Hané: Computer Media, 2008. 128 s. ISBN 978-80-86686-98-1.

ŽALOUDÍKOVÁ, Iva. Podpora zdravé a zdravého životního stylu s důrazem na onkologickou prevenci ve škole [online]. 2009 [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/23671/pedf_d/DISERTACKA_konec.pdf

8 Seznam zkratek

ČR	Česká republika
DRG	Diagnosis Related Group
EU	Evropská unie
EHCI	Euro Health Consumer Index (Evropský spotřebitelský index)
HDI	Human development index (Index lidského rozvoje)
HDP	Hrubý domáci produkt
HCP	Health Consumer Powerhouse
KOP	Kvalita očima pacientů
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development (Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj)
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
UNDP	United Nations Development Programme
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Dětský fond Organizace spojených národů)
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WB	World Bank (Světová banka)
ZZ	Zdravotnické zařízení

Přílohy

A Podkladové materiály zasílané před rozhovorem

Kvalita zdravotnických zařízení
European Community Health Indicators:
- monitoruje vývojové trendy, které by zajistily validní mezinárodní komparaci zdravotnictví

- Proočkovanost u dětí
- Proočkovanost proti chřipce u starší populace
- Screening rakoviny prsu
- Screening rakoviny děložního hrdla
- Screening kolorektálního karcinomu
- Časování prvních návštěv v rámci prenatální péče u těhotných žen
- Nemocniční lůžka
- Zaměstnaní lékaři
- Zaměstnaný ošetřovatelský personál
- Mobilita odborných zdravotnických pracovníků
- Medicínské technologie: MRI a CT
- Vícedenní hospitalizace na vybrané diagnózy
- Jednodenní hospitalizace na vybrané diagnózy
- Poměr jednodenních a vícedenních hospitalizací u vybraných diagnóz
- Průměrná ošetřovací doba u vybraných diagnóz
- Návštěvy u praktického lékaře
- Vybrané ambulantní návštěvy
- Vybrané operace: transluminální koronární angioplastika, umělá náhrada kyčelního kloubu, katarakta
- Užívání vybraných skupin léčiv
- Mobilita pacientů
- Pokrytí zdravotním pojištěním
- Výdaje na zdravotní péči
- Přežití na zhoubné novotvary
- Úmrtnost do 30 dnů po přijetí u hospitalizovaných s AIM a mozkovou mrtvicí
- Ekvita v přístupu ke zdravotním službám – (% vlastních hlášení o neuspokojené zdravotní péči v důsledku finančních překážek, čekacích dob či vzdálenosti)
- Čekací doby u plánovaných operací
- Infekce chirurgických ran
- Prodleva v léčbě rakoviny
- Péče o diabetiky

Evropský spotřebitelský index zdravotní péče:
Šest dílčích kategorií, kterými hodnotí celkovou kvalitu (kombinace subjektivních a objektivních indikátorů):

- Informovanost pacientů a e-Health

    - Existuje zákon na ochranu práv pacienta? Jsou ve vnitrostátní právní úpravě zdravotní péče explicitně vyjádřena práva pacientů?
    - Mohou dostat pacienti odškodnění v případě pochybení zdravotnického personálu i bez nutnosti soudního procesu?
    - Mají pacienti právo na posouzení diagnózy jiným specialistou?
    - Mohou pacienti nahlížet do svých vlastních zdravotních záznamů?
    - Mají pacienti k dispozici telefonní linku, kde mohou dostat důležité informace 24 hodin denně, 7 dní v týdnu (např. informace o nejbližší nemocnici či postup při užití nepatřičných léků,…)?
    - Mohou se pacienti svobodně rozhodnout pro léčbu ve kterémkoli členském státě EU?
    - Je k dispozici katalog poskytovatelů zdravotní péče s pořadím dle jejich kvality?
    - Rozšířenost elektronických informačních systémů: Kolik procent lékařů využívá elektronické záznamy o svých pacientech?
    - Mohou se pacienti objednávat k lékaři online?
    - E-recepty: Jsou elektronické lékařské předpisy zavedeny v celé zemi nebo alespoň ve většině regionů?
- Čekací doba na léčbu (viz níže),
- Výsledky léčby
    - Úmrtnost na ischemickou chorobu srdeční
    - Úmrtnost na mrtvici
    - Kojenecká úmrtnost na 1 000 živě narozených
    - Přežití na rakovinu
    - Procentní podíl MRSA infekce
    - Počet potratů na 1 000 živě narozených
    - Deprese – průměrný výsledek odpovědí respondentů na 5 otázek
- Rozsah a dosah služeb
    - Rovný přístup ke zdravotnickým službám (podíl veřejných výdajů na zdravotní péči na celkových výdajích)
    - Počet operací šedého zákalu na 100 000 obyvatel (pacienti 65+)
    - Počet transplantací ledvin na 1 mi. obyvatel
    - Je zubní péče součástí veřejného zdravotního pojištění?
    - Kolik procent dialýz je prováděno mimo kliniku?
    - Počet císařských řezů na 1 000 živě narozených
- Prevence
    - Proočkovanost u dětí (tetanus, černý kašel, dětská obrna, hepatitida B, spalničky, příušnice, zarděnky)
    - Krevní tlak: procento lidí s krevním tlakem vyšším než 140/90
    - Prevence kouření
    - Absolutní spotřeba čistého alkoholu (populace 15+)
    - Fyzická aktivita: počet hodin tělocviku ve školách
    - HPV očkování: Existuje národní program pro dospívající dívky?
    - Úmrtí na silnicích na 100 000 obyvatel

- Farmaceutika (viz níže).

Na národní úrovni:

- Analýza nežádoucích událostí - s rostoucím počtem nahlášených nežádoucích událostí ve zdravotnickém zařízení roste i stupeň rozvoje kultury bezpečí v dané organizaci. Nadprůměrný počet nahlášených nežádoucích událostí je tak vlastně pozitivním jevem neboť svědčí o dobré edukaci a motivaci pracovníků daného zařízení

Česká asociace sester

- Pády pacientů: podíl zraněných z pádu na 1000 ošetřovacích dnů (Akceptované rozmezí takto vypočteného indikátoru je 0,4 – 0,8)

Ministerstvo zdravotnictví ČR

- Národní sady ukazatelů zdravotních služeb (Národní referenční centrum) – jednotlivé ukazatele dostupné z http://kvalita.nrc.cz/ukazatele/index.php (např. počet výkonů porodů, počet lůžek intenzivní péče, pokrytí mamografickým screeningem,…)

ÚZIS:

- Osobní náklady ve zdravotnictví (lékaři, zubaři, všeobecné zdravotní sestry a porodní asistentky) → Vysoká mzda motivace ke kvalitnímu výkonu vs. nákladová efektivnost (tj. posouzení kvality zdravotnického zařízení z ekonomického pohledu)

Subjektivní posouzení kvality:

- dotazník Pickerova institutu v Bostonu (využit například i v České republice – Kvalita očima pacientů)
- EU - Patient safety and quality of healthcare – názory respondentů na bezpečnost pacientů a jejich postoje ke kvalitě zdravotní péče v dané zemi.

Dostupnost zdravotnických zařízení

- OECD: Počet lékařů na 1 000 obyvatel
  - počty praktických lékařů,
  - lékařů pro děti a dorost,
  - gynekologů
  - počet odborných lékařů na 1 000 obyvatel
  - počet zubařů
- Počet lůžek na 1 000 obyvatel
  - Využití lůžek ve dnech maximální kapacity, které se rovná podílu ošetřovacích dnů a průměrného počtu lůžek
  - Průměrná ošetřovací doba (ALOS) daná podílem ošetřovacích dnů a počtem hospitalizovaných
- OECD: Čekací doba na plánované operace
  - neakutní chirurgické operace šedého zákalu,
  - náhrada kyčelního kloubu
  - náhrada kolenního kloubu

- Evropský spotřebitelský index zdravotní péče v rámci jedné své podkategorie specifickou metodikou hodnotí, zda mohou obyvatelé v dané zemi počítat s tím, že je jejich praktických lékař příjme ještě týž den, jaký je přístup ke specializované zdravotní péči - je možné dostat se ke specialistovi i bez doporučení?. Sledují se rovněž čekací doby na různé zákroky (opět náhrada kolenního či kyčelního kloubu) či čekací doba na chemoterapii při léčbě rakoviny. Index dále zohledňuje počet dní, po které je nutné čekat na neakutní pokročilé vyšetření (CT skener/MRI). V neposlední řadě se sleduje i čas mezi příjezdem do nemocnice a okamžikem, kdy se doktor začne věnovat pacientovi.

Finanční náročnost služeb ve zdravotnictví

OECD:

- podíl výdajů na zdravotnictví na celkovém HDP země dle parity kupní síly
- výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele v přepočtu dle parity kupní síly (sledováno rovněž Legatum prosperity indexem)
- tzv. „out of pocket“ výdaje (přímé úhrady)

ÚZIS - publikace Světové šetření o zdraví v České republice:

- Subjektivní posouzení nákladů na zdravotnické služby (podíl výdajů na zdraví uváděný respondenty byl asi třikrát vyšší oproti oficiálním statistikám)

Komunikace zdravotnického personálu

Subjektivní indikátory:

- Studie The importance of communication for patient satisfaction společnosti Society for health systém zkoumá vliv komunikačních schopností zdravotnického personálu na vnímání kvality pacientů
- Patient Satisfaction Questionnaire from RAND Health - dotazník zkoumá globální spokojenost s lékařskou péčí a to v pěti různých aspektech – kvalita technologií, finanční aspekty péče, dostupnost péče, **mezilidské vztahy, komunikace a čas strávený s lékařem**
    - 3 verze dotazníku (80, 50 a 18 otázek)
- Projekt Kvalita očima pacientů v ČR (komunikace je jednou z oblastí, na niž se dotazník zaměřuje)
- Absolventská práce Zeisbergerové z roku 2011 - dotazníkové šetření **mezi zdravotnickým personálem** zjišťovala znalost základních pojmů v oblasti komunikace (proxemika, haptika, asertivita…), znalost cizích jazyků a přístup ke vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti komunikace + možnosti vzdělávání, které jim v tomto směru nabízí zaměstnavatel, zhodnocení vlastních komunikačních schopností respondenta

Dostupnost zdravotnických pomůcek a léků

Evropský spotřebitelský index zdravotní péče:

- rx dotace - kolik procent z celkového objemu prodeje léků (včetně OTC léků) je veřejně dotováno.
- zajištění široké dostupnosti lékopisu. Tato dostupnost však není posuzována sama o sobě ale rovněž v kontextu srozumitelnosti pro běžného laického spotřebitele
- rychlost nasazování nových léků na rakovinu. Zde je sledován anatomicko-terapeuticko-chemický kód L01XC, tzv. monoklonální protilátky, na obyvatele.
- přístup k novým lékům - měří časové prodlevy mezi registrací léčiva a dnem kdy je léčivo zařazeno do národního dotačního systému.
- dostupnost léku na artritidu - důležitou vypovídací hodnotu mají TNF-α inhibitory standardně měřené v jednotkách na osobu. Je totiž prokázáno, že nasazením TNF-α inhibitorů dochází k dramatickému zlepšení zdravotního stavu pacientů s artritidou. I přesto však některé země s touto léčbou otálí.
- použití Metforminu vztahující se k jednomu diabetickému případu.
- spotřeba antibiotik - tento indikátor byl ještě v roce 2012 měřen v procentním vyjádření obyvatel, kteří vědí, že antibiotika nejsou účinná proti nachlazení a chřipce. Index z roku 2014 však již používá ukazatele definované denní dávky (DDD) antibiotik na 1000 obyvatel.

OECD:

- spotřeba léků na vysoký krevní tlak, antidepresiv, antidiabetik a léků na snížení cholesterolu

ÚZIS:

- počet obyvatel na 1 lékárnu

Ceny zdravotnických pomůcek a léků

- DPH na léčiva

SÚKL

- průměrná výše maximální obchodní přirážky

OECD

- tzv. „out of pocket“ výdaje za léky a ostatní zdravotnický materiál na 1 obyvatele.

ÚZIS

- průměrná cena 1 balení léčiv v Kč
- průměrný doplatek pacienta za 1 recept v Kč
- průměrná úhrada zdravotních pojišťoven za recept v Kč

B Rozhovor PharmDr. Ondrej Sukeľ

Dobrý den. Úvodem bych se Vás chtěla zeptat, jestli Vám nebude vadit, kdybych náš rozhovor nahrávala.
Nech sa páčí.
Dobře, děkuji. Jak už jsem Vám předesílala, náš rozhovor se bude týkat faktoru zdravotnictví, jakožto jedné z kategorií životní úrovně. První otázka, kterou na Vás mám, se týká kvality zdravotnických zařízení. Takže jak tedy chápete kvalitu zdravotnických zařízení, v jaké dimenzi? Je to totiž velice široký pojem. Měla by se například měřit skrze výkony, skrze spokojenost pacientů a jejich subjektivní názory, nebo například z hlediska ekonomické nákladovosti a tak podobně?
Áno, je tam veľa faktorov, ktoré sa týkajú kvality hodnotenia zdravotnej starostlivosti. Sú to jednak nástroje, ktoré sú dané legislatívou. Tam ide vo vašich podmienkach hlavne o tú dostupnosť kapacity ako priepustnosť, teda ako sú zdravotnícke zariadenia, respektíve konkrétne špecializácie, konkrétne druhy zariadení dostupné a nakoľko sú priepustné. Teda koľko pacientov dokážu odbaviť v istej časovej jednotke. Neviem ako je to u vás, ale u nás je aj vyhláška ministerstva o minimálnej sieti. Napríklad koľko ambulancií musí byť na okres, koľko všeobecných lekárov. Tak toto je jeden z ukazovateľov kvality, to je tá dostupnosť a priepustnosť. Druhým ukazovateľom kvality sú také tie štatistické ukazovatele, ktoré sa hodnotia každý rok - počet lekárov, počet lôžok, počet lekární, výskyt konkrétnych špecializácií. No a tretím ukazovateľom je odbornosť a tá sa nehodnotí priamo, že by sa každý rok dávali lekárom písomky a tak, ale hodnotí sa na základe výsledkov a tými sú vlastne výskyt hypertenzie, množstvo kontrolovaných pacientov, počet zaočkovaných detí a ďalšie ukazovatele, ktoré sleduje napríklad WHO.
Dobře děkuji, ještě jsem se Vás chtěla zeptat, jestli jste dostal moje podkladové materiály.
Mám ich tu.
Tak jak si můžete všimnout, jsou tam shromážděné indikátory, podle nichž se ta kvalita aktuálně nejčastěji měří. A tak se Vás chci zeptat, jestli se s nějakým z nich ztotožňujete, případně se kterým, nebo se kterým třeba naprosto nesouhlasíte.
Áno, tie indikátory som videl. Ak by záležalo na mne, čo sa týka liekov, pretože to je moja špecializácia, tak tam máte pekné veci, že spotrebiteľský index a spotreba liekov na vysoký krvný tlak a tak ďalej, ale ÚZIS, to je asi váš štatistický úrad, u nás je to NCZI, hodnotí aj počet lekárnikov na 1000 obyvateľov, pretože je síce možné mať aj milión lekární, ale keď nemáte farmaceuta ... A ceny, priemerná výška maximálnej obchodnej prirážky, to sa u nás ani nehodnotí, pretože tou cenovú reguláciu sa to nijako výrazne nelíši lekáreň od lekárne. Takže potom out of pocket, áno s tým sa stotožňujem, Len by som tu doplnil ten počet farmaceutov na 1000 obyvateľov. Takže toto a dal by som tam aj veci týkajúce sa spotreby. Nie že spotreby ako také, ale vývoj spotreby liekov. Keď to dáme do kontextu s výdavky alebo ... Tak spotreba môže pokojne rásť, ale na druhej strane môžu tie výdavky klesať .. Toto

sme zažili v roku 2003, 2004 kedy spotreba rástla, ale výdavky klesali. Takže to sú dva ukazovatele, ktoré môžu ísť proti sebe., Ale keď ich porovnáme, tak môžu o niečom vypovedať. A potom ešte e-recepty. Viem, že u Vás lekári posielajú pacientov s e-recepty priamo do lekárne, ale u nás čo sa zarábá systém a je už na to aj legislatíva, je centrálne úložisko receptov. Áno, toto je ukazovateľ, ktorý by časom možno mohol pripadať do úvahy.

Když jste mluvil o té spotřebě léků, jsou podle Vás nějaké konkrétní léky, u kterých by se ta spotřeba měla měřit, nebo by konkretizace určitých léků mohla být zavádějící? Napadl by Vás konkrétní příklad?

Nešiel by som po konkrétných liekoch, skôr konkrétne ATC skupiny.

Takže máte na mysli třeba ta antibiotika a tak?

Áno, antibiotiká sa meria.

V jednom indexu byla dříve spotřeba antibiotik měřena dokonce na základě subjektivního posouzení spotřebitelů, kdy se jich ptali, jestli vědí, že antibiotika nejsou účinná proti nachlazení a chřipce. Myslíte si, že takovéto subjektivní posouzení je vhodné nebo se přikláníte spíš k těm objektivním ukazatelům?

Z hľadiska nejakého merania kvality by som to neodporúčal. Podľa mňa by to moc nevypovedal.

Takže to bychom měli k té kvalitě. Co se týká ještě dostupnosti zdravotnických zařízení, což je další z kategorií, tak zde bych se Vás chtěla zeptat na to jaká dimenze dostupnosti má tady podle Vašeho názoru nejdůležitější vypovídající schopnost ve vztahu ke kvalitě života obyvatelstva – časová, geografická, ekonomická…

Ja sa budem vyjadrovať len k lekárňam. Na Slovensku je taký dvojitý meter pre zdravotnícke zariadenia. Takže jednak máme vyhlášku o minimálnej sieti, ale tá sa lekární netýka. Tá vyhláška rieši to, že v kraji musí byť napríklad 4 alergiológovia, minimálne, áno? Ale je to dosť zneužívaných tým spôsobom, že ak v kraji už sú 4 alergiológovia, tak ďalší tam už nemá šancu, pretože aj keby si tam chcel ďalší lekár otvoriť súkromnú ambulanciu, tak v konečnom dôsledku už nemá šancu, pretože nedostane zmluvu s poisťovňami a teda mu neuhradí výkony. A čo sa týka lekární, u nás nemáme žiadne kriteriálnej ani geografické podmienky, pričom možno to hodnotiť napríklad lekárňami na 1000 obyvateľov, minimálnou vzdialenosťou od miesta bydliska. Lebo u nás je taký trend, neviem ako u vás, kedy lekárne sú v centre veľkých miest a naproti tomu inde zasa chýba, napríklad na dedinách. Takže tieto dva a ešte ti ako je podmienený vznik lekární. U nás treba môže nová lekáreň vzniknúť len na 5000 obyvateľov a musí byť minimálne 500 metrov vzdialená od tej existujúcej, aby sa to vykrývali. Takže toto je jeden ukazovateľ a jedna z vecí, ktorá by sa mala riešiť u nás. A plus poisťovňa musí zasmluvnit každú lekáreň. Takže tým pádom lekáreň vznikne a tá tu je. Na jednej strane z hľadiska dostupnosti to vyzerá fajn, že tí pacienti majú veľa lekární, ale keď sa zamyslíme nad inými ukazovateľmi, ktoré by tie lekárne mali poskytovať, tak nám chýba napríklad pohotovostné služby, hej? Pohotovostnej služby v lekárňach na slovenskom vôbec neexistujú. Lekární je síce dosť, priemerne to vychádza na 1,9

farmaceuta, ale to striedanie je také, že ... Keby lekární bolo menej a pracovalo v nich viac ľudí, bolo by to z hľadiska dostupnosti lepší. Ale tým že je mnoho lekární, tak pripadá málo ľudí na 1 lekáreň a tak chýba pohotovostnej služby. Takže na jednej strane to vyzerá, že čím viac lekární, tým lepšie pre dostupnosť, ale po tej ôsmej hodine večernej, kedy sa zatvárajú všetky lekárne, už nie je dostupnosť lekární žiadna.

Dobře, a když se ještě podíváte na ty indikátory, které jsem Vám posílala k té dostupnosti zdravotnických zařízení, vybral byste si z nich některý, podle Vašeho názoru důležitý, ukazatel? Vy jste mluvil o tom počtu lékařů na 1 000 obyvatel. Je ještě nějaký další, se kterým byste se ztotožnil?

Mne sa páči tie faktory, čo tam máte. Počet lôžok na 1000 obyvateľov, využitie v dňoch maximálnej kapacity, čakacia doba na plánovanú operáciu ... Toto sú podľa mňa základné ukazovatele. Ten počet medicínskych technológií toho podľa mňa zas toľko nevypovedá, ale tá základná štatistika, teda koľko čoho máme na 1000 obyvateľov a ako to využívame.

K tomu počtu lůžek bych se Vás teda chtěla ještě zeptat, jestli můžu, jestli se tento ukazatel dá vztahovat přímo úměrně ke kvalitě života? Protože u nás lze aktuálně zaznamenat trend ve snižování počtu nemocničních lůžek, ale naproti tomu dochází k zefektivňování péče, zkracování ošetřovacích dob a tak podobně. Například Legatum prosperity index, který poměřuje lidské blaho, tak uplatňuje tento ukazatel v přímé úměře ke kvalitě života. Já si však myslím, že to není úplně vhodné. Jaký je Váš názor?

Počet lôžok na 1000 obyvateľov nie, ale keď ho dáme do kontextu napríklad s čakacou dobou na plánované operácie alebo napríklad s výskytom opakovaných hospitalizácií, pretože to sa niekedy hodnotí, že do koľkých týždňov od ukončenej hospitalizácie je pacient hospitalizovaný s tým istým problémom znova. Tak to by do kopy už mohlo niečo vypovedať. Ale samozrejme počet lôžok na 1000 obyvateľov, ten nám nič nehovorí. Keď máme 1000 lôžok až toho 500 prázdnych, tak to nám o ničom nevypovedá. Ale sme u toho vyvodenie tých hospitalizácií a potom už tie ďalšie indikátory, teda výskyt dekubitov v nemocnici, množstvo jednodňovej chirurgie. Ale nie je správne hodnotiť len samotné lôžka, pretože máme aj veľa starých pacientov, u ktorých ten pobyt na lôžku nie je v konečnom dôsledku nemocničnej starostlivosťou. Takže toto by mohlo byt - prístup starého nevládného človeka a čakacia doba na umiestnenie v nejakom takom zariadení.

Dobře, tak děkuju. Teď se tedy dostáváme k finanční náročnosti služeb ve zdravotnictví. Já bych se Vás tedy zeptala, jestli si myslíte, že je vhodné tady tu finanční náročnost hodnotit skrze agregované výdaje, které zahrnují jak veřejné, tak i privátní výdaje na zdravotnictví nebo jestli je z hlediska kvality života spíše vhodné poměřovat vyloženě jen přímé úhrady pacientů, tedy například kolik peněž měsíčně je vynaloženo na zdravotnické služby přímo z jejich peněženek.

Toto hodnotí hlavne OECD a má na to milión indikátorov. Minulý týždeň som ich pozeral, hlavne tie out of pocket, teda tie priame náklady. Ale určite je dôležité zhodnotiť aj celkové náklady z hľadiska výkonu ekonomiky, pretože je rozdiel,

keď... Poviem to tak, sú vysoké náklady na lieky. U nás je to okolo 25-30% celkových nákladov, celkových verejných výdavkov na lieky. Takže na jednej strane to vyzerá hrozivo, pretože okolité štáty majú 15, niektoré len 10% verejných výdavkov na lieky, u nás je to 30%. Ale keď si zoberieme, že je podfinancovaná ambulantná sféra, je podfinancovaná ústavné starostlivosť, tak logicky to percento stúpa. Keby stúpli celkové náklady na nemocnice a na ambulancie, tak náklady na lieky by boli nízke, pretože lieky sa pohybujú vo svetových cenách, tak je ťažké to nejakým spôsobom svedčiť od krajiny ku krajine. Takže treba určite hodnotiť aj celkové výdavky, aj výdavky pacientov. Tie verejné výdavky chápať v pomere k HDP alebo stavu ekonomiky a ty výdavky pacientov chápať k priemerné mzde, priemernému dôchodku, alebo k inej mene, s ohľadom na to, že iné príjmy má slovenský dôchodca a iné rakúsky. Tie priemerné dáta považujem za podstatne dôležitejšie.

Ještě bych se Vás chtěla v této kategorii teda zeptat, na Váš názor na šetření ÚZISu, který zjišťoval subjektivní názory respondentů na finanční náročnost služeb ve zdravotnictví, přičemž vyšlo najevo, že respondenti viděli své výdaje na zdravotnictví až třikrát vyšší než co odpovídá oficiálním statistikám. Je podle Vás vhodné zavádět subjektivní ukazatele pro tuto proměnnou?

Ono je to fajn vedieť, čo si ľudia myslia, ale na druhej strane je potrebné pristupovať k výsledkom trošku citlivo, pretože ľudia budú vždy nespokojní. U nás ešte stále pretrváva trend, že pacientov sú hlavne ľudia, ktorí v mladom produktívnom veku zažili ešte socializmus a majú zažitý predsudok, že zdravotníctvo je zadarmo. Každý cent je pre nich zbytočným výdavkom, rovnako tak je pre nich každý cent vysokým výdavkom. Takže z hľadiska nejakých sociologických nálad by som hodnotenie finančnej náročnosti služieb v zdravotníctve neodporúčal. Podľa môjho názoru totiž ľudia neposkytujú relevantné údaje. Myslia si, že dopláca veľa, pritom v skutočnosti je to minimum.

V této souvislosti mě napadá otázka, tuším, že v Rakousku se osvědčilo vystavování účtenek za zdravotnické služby, třeba že jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Myslíte si, že je vhodné zavést podobný způsob, díky němuž by si lidé uvědomili, jak moc jsou zdravotnické služby ve skutečnosti nákladné?

Áno, myslím si, že toto by bolo určite fajn. Poznáme to napríklad z lekární, kde je na každej účtenke k lieku je jasne označené akú sumu platí pacient a koľko hradí poisťovňa. Vďaka tomu si pacient môže uvedomiť, koľko ten liek skutočne stojí. Bolo by dobré niečo podobné zaviesť aj v ambulanciách, ale tomu sa zrejme lekári budem brániť, pretože oni stále potrebujú ventilovať verejnosť, ako málo zarábajú. Takže nepredpokladám, že by to v najbližšej dobe bolo u nás reálne, ale áno v Rakúsku to tak funguje. Alebo napríklad v Holandsku, pokiaľ viem. Tam je finančná styk medzi pacientom a lekárom nulový. Pacient nepotrebuje žiadnu hotovosť, aj keď niektoré výkony dopláca, všetko je mu to zúčtujú až na konci roka zdravotnou poisťovňou.

Děkuji Vám za odpověď. Nyní se dostáváme ke komunikaci zdravotnického personálu. Tam jsem osobně našla samé subjektivní ukazatele. Nejsem si

sama jistá, jestli by se tato proměnná dala zjistit i nějakým objektivním ukazatelem. Jestli Vás nějaký objektivní ukazatel napadá, budu ráda, když se se mnou o něj podělíte.

Objektívny ukazovateľ by mohol byť, neviem ako u Vás, ale u nás založený na systéme sústavného vzdelávania. Každý kto chce získať špecializáciu, musia sa ďalej vzdelávať a zbierať kredity. A to zbieranie kreditov prebieha dvoma spôsobmi. Skrze akreditované študijné programy a neakreditované. 90% prebieha v neakreditovaných. To sú rôzne lekárnickej prednášky, lekárnické dni a podobne. A potom sú to také akreditované ministerstvom zdravotníctva. Ministerstvo zdravotníctva malo zaviesť nejaké štandardy pre tých akreditované študijné programy. U nás od roku 2005 zaviedlo len pre 2 študijné programy. A to je prvá pomoc a komunikácie zdravotníckych pracovníkov. Takže jeden objektívny ukazovateľ by mohol byť, aké percento zdravotníckych pracovníkov vo svojej špecializácii má absolvovaný tento komunikačný program. Iný ma zatiaľ nenapadá.

A nevíte, prosím, jestli je zjištění počtu pracovníků v té které kategorii možné skrze veřejně dostupná data?

Nie, nie sú. Pochybujem, že by tieto dáta boli dostupné pre verejnosť. Absolvovanie programov, o ktorých som hovoril, nie je podmienkou ničoho. Je to dobrovoľná záležitosť, takže zhromažďovať také dáta nie je potrebné.

Máme-li tuto kategorii shrnout, domníváte se, že by bylo vhodné posuzovat komunikaci zdravotnického personálu spíše objektivním nebo subjektivním pohledem?

Subjektívne veci sú dôležité, pretože tam to priamo vypovedá o tom, ako sa ten pacient cíti. Ale problém je v tom, že to každý subjektívne vníma inak. Niekomu je všetko jedno, niekto sa cíti ukrivdený, keď sa na neho personál neusmeje. Je veľmi dôležitá metodika tých dát a ich vyhodnotenie. Podľa môjho názoru by bolo vhodné nájsť nejaké objektívne meranie, či už to, o ktorom som hovoril, alebo ... Nechcem povedať mystery shopping, ale nejaký fiktívny pacient, ktorý by bol kvalifikovaný na to, aby vedel ako s ním má personál komunikovať a vedel veci objektívne vyhodnotiť.

Vidíte, to moc dobrý nápad. Já jsem ještě zjistila, že jedna absolventská práce se zabývá hodnocením komunikace zdravotnického personálu z perspektivy samotných zaměstnanců. V této práci byla hodnocena znalost základních pojmů v oblasti komunikace (proxemika, haptika, asertivita…), znalost cizích jazyků a přístup ke vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti komunikace, dále možnosti vzdělávání, které jim v tomto směru nabízí zaměstnavatel a zhodnocení vlastních komunikačních schopností. Myslíte si, že tohle by mohla být třeba lepší cesta než hodnocení komunikace zdravotníků z pohledku pacienta, o které jsme hovořili?

Je potrebné si uvedomiť, že ak ten zdravotnícky pracovné vie, že ho niekto skúma, tak už je to trošku zaťažené neúprimnosťou. Možno na tom niečo bude, ale podľa môjho názoru to bude tiež zaťažené tou subjektívne chybou.

Tak nyní se dostáváme k otázkám odpovídajícím přímo Vašemu profesnímu změření. Máme tu dostupnost zdravotnických pomůcek a léků. Proto bych se

Vás chtěla zeptat, jaká dimenze je podle Vás nejdůležitější z pohledu posuzování dostupnosti zdravotnických pomůcek a léků a jakým indikátorem byste Vy osobně tuto proměnnou změřil.

Tak u nás je to napríklad legislatívne dané, že sa každý pacient musí dostať ku každému lieku do 24 hodín. Takže keď sa zamyslíme, tak v konečnom dôsledku lekáreň nemusí mať žiadne zásoby, môže jeden deň vyzbierať recepty a na druhý deň vydávať lieky. Takže túto vec máme danú. Do 24 hodín sa pacient musí dostať k lieku. Potom máme dané ATC skupiny, ktoré musia byť povinne hradené z VZP. Keby sme teda chceli zhodnotiť zdravotnícky systém, tak by som to videl z tohto hľadiska, teda ako je legislatívne dané, ten časový limit, za ktorý sa pacient musí dostať k liekom a ktoré konkrétne a aké množstvo tých ATC skupín a na aké diagnózy sú dané, že musí byť dostupné bez finančnej spoluúčasti pacienta. A čo sa ešte týka liekov, tak výskyt liekových interakcií. Na toto sa trošku zabúda. U každého pacienta, ktorý užíva od 3 do 5 liekov, stúpa riziko liekových interakcií. Avšak málo kto sa pri hodnotení kvality zaoberá tým, aké je percento výskytu liekových interakcií. Teraz som na to mal jednu diplomantku. V zásade platí, že od 3 do 6 percent pacientov má nežiaduce liekové interakcie, ktoré v konečnom dôsledku skôr poškodzujú zdravie pacienta, než aby mu prospievali. Takže ak by sa tento ukazovateľ začal objektívne hodnotiť treba aj zdravotnými poisťovňami, tak by sa na jednej strane zvýšila kvalita, pretože by sme sa vyvarovali takýchto chýb a na druhej strane by sa ušetrili peniaze za riešenie týchto chýb. V Británii bolo dokonca zistené, že 10% všetkých hospitalizácií nie je spôsobené ochorením, ale chybnou liečbou. Takže keď sa zamyslíme, že 10% pacientov bolo liečených kvôli zlému liečebnému postupu a nie preto, že by boli chorí, tak ...

A jaká jednotka by byla podle Vás vhodná pro měření této lékové interakce?

Existuje 6 stupňov klinickej závažnosti interakcie, pričom prvý a druhý stupeň sa nepovažuje za klinicky nebezpečný, ale aj tak je potrebné ich sledovať. Trojka, štvorka a päťka už sú klinicky významné interakcie a šestka by sa v žiadnom prípade vyskytnúť nemala. Takže na tomto by mohol byť založený ten ukazovateľ. Vezmeme si súbor pacientov za rok a pozrieme sa na to aké množstvo interakcií a konkrétneho druhu sa u nich vyskytovalo. Ak by bolo veľa takých pacientov v skupine 3 - 6, tak je treba s tým niečo robiť. Minimálne upozorniť lekára a proškolovať je na to, aké lieky sa spolu užívať nesmie..

Dobře, tak děkuju. A poslední oblastí, kterou tu máme, jsou ceny zdravotnických pomůcek a léku. Jak si myslíte, že by se dal poměřovat tento ukazatel třeba i na mezinárodní úrovni?

Existuje smernica o transparentnosti, ktorá určuje, ako rýchlo musí byť zaradený ten ktorý liek do kategorizácie a ako má celý ten proces vyzerať. Ale to hovorí len o tej procesnej stránke. Určite je potrebné hľadať tú finančnú náročnosť tým, že koľko percent svojich domácich peňazí pacient dáva za lieky a zdravotnícke pomôcky. Určite je potrebné skúmať rýchlosť zaradenie generík do úhrady. U nás máme, že generikum môže vstúpiť na trh vtedy, keď zníži cenu o 35 alebo o 25%. V tomto smere musí teda priniesť pridanú hodnotu v podobe nižšej ceny. A kľudne je možné zohľadniť aj verejné výdavky aj výdavky pacientov. Takže rýchlosť ná-

stupu generík, spôsob kategorizácie a percenta súkromných výdavkov na lieky a zdravotnícke pomôcky.

A pokud ještě chvíli zůstaneme u těch generik, myslíte si, že takto snížená cena léků může být pozitivní vzhledem k životní úrovni obyvatel? Mohlo by se totiž stát, že by došlo k zaostávání výzkumu a vývoje nových léků, protože by se to farmaceutickým firmám z ekonomického hlediska jednoduše nevyplatilo.

Áno na to je tá patentová ochrana, ktorú je potrebné správne nastaviť. Aktuálne je nastavená na 20 rokov. V Amerike je táto ochrana kratšia. A ešte jednu vec by som chcel k tomu dodať. Neviem, či vy to máte, ale zavedenie nejakého ochranného limitu a doplatky. Poisťovne raz za štvrť roka vyhodnocujú, koľko ten pacient doplácal a je tam daný strop úhrad pacienta. Nie je však daný pre všetkých, len pre dôchodcov a invalidný dôchodca. Ak pacient počas tohto obdobia zaplatí väčšiu sumu, poisťovňa mu to potom vráti späť.

Ano. U nás je také něco podobného. Tuším, že se jedná zhruba o částku 2 500 Kč.

Presnú sumu si nepamätám, ale tuším, že sa to pohybuje okolo 300 eur.

Takže, když bychom to shrnuli. Vy osobně se přikláníte globálně spíše k objektivním nebo subjektivním indikátorům?

Som skôr pre tých objektívne. Len u tej komunikácie zdravotníckeho personálu je to na zamyslenie.

Dobře. A na závěr bych se Vás zeptala, jaký je Váš názor na HDP na obyvatele a na HDI? Je podle Vašeho názoru možné dát do vzájemné souvztažnosti HDI a zdravotnické indikátory a pokud ne, který alternativní ukazatel životní úrovně byste navrhoval k vyhodnocení korelace zdravotnických indikátorů a životní úrovně?

Iný index ma bohužiaľ nenapadá. Ale myslím si, že napríklad to HDI by sa mohlo dať použiť pre účely štatistického spracovania zdravotníckych indikátorov.

To by bylo z mé strany vše. Mnohokrát Vám děkuji za rozhovor, pane doktore, a přeji Vám příjemný zbytek dne! Na shledanou.

Dovidenia.

C Rozhovor MUDr. Pavel Andres, MBA

Dobrý den, na úvod bych se Vás chtěla zeptat, jestli by Vám nevadilo, kdybych si náš rozhovor nahrávala.
V pořádku.
Moje první otázka na Vás by byla, jak chápete kvalitu zdravotnických zařízení? V jaké dimenzi by se podle Vás měla kvalita zdravotnických zařízení posuzovat?
Ze zkušenosti vím, a je to zajímavý, že když se zeptáte pacienta na kvalitu zdravotnických zařízení v nějakým průzkumu, tak hodnotí na prvním místě kvalitu stravy. Nehodnotí to, jestli doktor má 2 atestace nebo jestli ho dobře zoperovali. To dejme tomu posoudí až s nějakým časovým odstupem, ale hodnotí stravu, což je docela neuvěřitelný.
No to jo.
Je to tak asi jako u člověka hodnotíte, nebo ne třeba konkrétně vy, ale dá se hodnotit cena jeho oblečení a nikoliv jeho obsah. Je to tak asi podobně. Jako šaty dělaj člověka, tak vlastně ten špitál dělá strava, případně něco, co on posoudí očima. Úklid, barvičky, vymalováno, jestli na něj něco nepadá.
Ano, o tom jsme se teď bavili s paní docentkou Martinovičovou.
Kdežto to, o čem my bychom teď měli hovořit, čili naším cílem je orientace na faktory životní úrovně, tak musíme najít něco jinýho, než co ti lidi viděj. Takže kvalita zdravotnických zařízení. Tohle to jsou tedy indikátory, který vy jste vyzkoumala.
Ano, jedny z mnoha. Například hned ty první, to jsou faktory, které se hodnotí v rámci EU. Ta má zavedený celý index, který má řadu indikátorů, které vypovídají i o kvalitě, ale zase jsou tam i screeningové programy a podobně, o čemž já si myslím, že ty screeningové programy jsou zaměřeny spíš na kvalitu zdravotnického systému jako takového. Protože podle mě zdravotnická zařízení u nás nemají se screeningovými programy zas až tak co dočinění. Takže tohle máme jakoby jednu sadu indikátorů, pak je ten Evropský spotřebitelský index a tak dál.
Ano, takže kvalita zdravotnických zařízení. Takže proočkovanost u dětí. To se dělá zásadně v ambulantním procesu. To znamená, jestli ZZ, myslíte tím hlavně lůžkový asi, ano?
Ono je to v podstatě jedno. Bavme se všeobecně o ZZ.
Je otázka, jestli to má být ZZ nebo zdravotnictví.
Ano, zdravotnické zařízení. To jsou i ordinace soukromých lékařů a tak.
Dobře, tak kvalita ZZ. Tak proočkovanost u dětí. To si myslím, že není vhodný ukazatel, protože dítě vám oočkují úplně kdekoliv. To je u nás dostupný úplně všude. Ještě se zeptám, to srovnání má být uvnitř republiky?
Ano, já to dělám pro ČR, ale má z toho vyplynout jaké faktory by se daly použít i pro mezinárodní srovnání.
Dobře, takže proočkovanost u dětí toho o kvalitě ZZ moc neříká, protože to dělá každej a jde o to jim udělat akorát ten rozpis, aby to dítě tam šlo a mělo k dispozici čistou stříkačku. Tak to si myslím, že ne. Proti chřipce u starší populace si myslím,

že taky ne. Pak jsou tady ty 3 Screeningový programy. Já si myslím, že taky příliš nevypovídají o kvalitě ZZ, protože je to daný množstvím peněž, který si ten stát do toho uvolní, protože to všechno něco stojí, ten screening. Rakovina prsu, to je nejčastější onemocnění u žen, pročeš teda stát si myslí, že když to bude vyhledávat v těch nižších stádiích, tak…

…tak to bude levnější.

Ano, protože jinak to stojí miliony ročně. Třeba léčba za 10 milionů.

Já jsem se teď dívala, že výdaje na léky na rakovinu, ačkoli se jich tolik nespotřebovává, tak jsou z hlediska výdajů na léky nejvyšší. Jako že předčí i výdaje na léky kardiovaskulárních onemocnění.

Je to tak. Je to i tím, že jich je hodně novejch. Za čas ta cena vždycky klesne. Uvedu příklad, třeba u toho prsu, tak se léčí, nebo léčilo, teďka už jsou modernější léky, tak se léčí preparátem z tisu. Ze stromu jako z toho tisu.

Já jsem myslela, že je to jedovaté.

No je to jedovatý, ano. Ono taky ta chemoterapie, to toho člověka napůl zabije. No tak ta rakovina prsu se léčí tím preparátem z tisu. Já si pamatuju na studiích, což je u mě před nějakým 27 lety, tam to vykládali jako velký sci-fi, že se ten lék nikdy nemůže dostat do provozu, protože to bylo strašně drahý. Teď v tuhle chvíli už je ten lék za zenitem. Měl nějakej peak, třeba před 15 lety byl šíleně drahej, potom po 5 letech se dostal na cenu, kdy už se to dalo prodávat komukoliv a teďka už je na výběru, protože už jsou ještě lepší léky místo něj. To znamená je to dáno jen tou cenou, co to zdravotnictví si do toho může dát. Když si vezmeme takovou Indii třeba nebo Čínu…Prostě na to nemaj peníze. Takže toto si myslím, že není o ZZ. Časování prvních návštěv v rámci prenatální péče u těhotných žen, taky si myslím, že ne. Tak nemocniční lůžka, určitě. U lůžkového ZZ určitě ano. Jejich kvalita, polohovatelnost, matrace a tak dál. Tak to určitě ano. Lékaři, určitě. Tady by se dalo říct jejich kvalifikace.

Takže složení konkrétních lékařů podle kvalifikace, kolik je gynekologů, zubařů a tak?

No když jste teda zmínila ty gynekology, tak když budete na nějakým lůžkovým oddělení, například v Hodoníně nebo nějaký jiný špitál, který je vám hodně vzdálejnej a nejste odtamtud, tak bude-li tam vůbec gynekologie, tak tam bude primář a třeba 4 doktoři. Budou furt jakousi formou cyklovat. Budou dejme tomu extrémně vytížení z tohoto pohledu a nebudou moct se zabývat nějakýma novinkama a žádnou novou technologii tam nekoupěj a tak to bude zaměřený spíš na tu bazální péči. Když se podíváme tady na fakultku za rohem, tak těch doktorů tam bude prostě hromada, budou se extrémně vzdělávat, zkoumat nový technologie, nový preparáty a podobně, takže ta kvalita pak je trochu jiná. Zase na rozdíl od ukazatele, který by byl o tom, kolik toho udělají. Protože v tom Hodoníně ten doktor, když mu tam přijde pacient, tak dělá úplně všechno. Kdežto v tý fakultní nemocnici ho k tomu nepustí, pokud neudělá 30 porodů z někým, tak ho nenechají dělat samotnýho. Tady ten doktor je u toho hned. To znamená zase je tady větší šance poškození. To znamená je to i o kvalifikaci a o množství. Takže to je určitě srovnatelný.

Ten ošetřovatelský personál totéž. Ať už jsou to sestřičky nebo pomocnej personál a jeh vzdělanost.

Jestli Vám do toho můžu vstoupit, tak jeden průzkum zaměřený na tu oblast komunikace prokázal, že zase nadměrná komunikace se zdravotnickým personálem škodí té kvalitě ZZ. Bylo to tuším, že v Mississippi a tam vyšlo najevo, že pokud ty sestry se pacientům věnují příliš, že je to v konečném důsledku ze subjektivního pohledu špatně.

Vážně? Protože třeba obecně český zdravotnictví trpí tím, že ta sestřička vůbec nemá čas na ty pacienty. Vůbec ho nevidí. Musí udělat 50 papírů. Je to o té byrokracii, že ty sestry vůbec nemají čas na toho člověka. Ráno mu něco odeberou, nějaký převaz se udělá. Takový to teplý slovo, který léčí. Já nevím, když si vzpomenete, když jste byla malá, tak to nejdůležitější byla ta maminka. Často to stačilo místo toho léku. Jo, takový uklidnění nebo…

Ano, to je tak dodnes. (Smích)

Soucítění jo, a takový. A v tom špitále, já bych to asi bránil, ale je možný, že to v tý Mississippi bylo jinak. Já zase znám studii, která porovnávala v kojeneckým ústavu psychomotorický zrání dětí. To znamená, jak se pohybujou a jak psychicky rostou, jak jim roste IQ, tak z nějakýho důvodu se v jednom ústavě zjistilo, že na nějaký posteli vždycky to dítě, který tam je, je nějak akcelerovanější, jde víc dopředu. Nemělo to vůbec žádný objektivní důvody. Strava, péče těch fyzioterapeutů. Strava stejná, postele stejné. A zjistili, že to bylo tím, že uklízečka, která tam chodila, tak každý večer si na téhle posteli vždycky chvíli hrála s tím dítětem. Vzala ho, pochovala ho, dala mu vlastně to srdíčko. A to dítě jenom na tý jedný posteli předčilo ty ostatní. Nemělo ten studený odchov. Vátím se teda k tomu personálu. Dalo by se to asi srovnat i se školstvím. Je-li tam taková ta empatie, nemyslím vlezlost, jakože by člověk sháněl drby od pacienta, ale taková ta empatie, soucítění, tak to je to na co v tom zdravotnictví není vůbec čas a určitě by to nebylo na škodu. Samozřejmě nevím, jestli v tom Mississippi, o co tam šlo, jestli ta komunikace neznamenala tisíce dotazníků.

To se přiznám, že teď taky přesně nevím. Ale oni došli k závěru, že je potřebné určité množství sester, ale ten kontakt s těma pacientama by neměl být nějaký výrazný.

Určitě nesmí dojít k závislosti. To znamená, pokud ten pacient v tý sestřičce uvidí něco víc, než by měl, tak to je špatně. To zase by takhle nemělo přerůst. Mělo by to mít nějakou hranici. Nebo v tom doktorovi. A to se stává, že je pacient závislý na lékaři. To je chybný. Takže já si osobně myslím, že je to důležitý.

Mobilita odborných zdravotnických pracovníků. To asi znamená, že po tom špitále je hromada konziliářů, kteří prostě když máte gynekologii, ale bolí vás páteř, tak že tam ten neurolog doputuje. Pokud byste vzala nějakej špitál, který nebude mít zrovna neurologii, tak je problém, protože toho člověka tam nedostanou ten den, dostanou ho tam třeba jednou za tejden a pak by to byl problém.

Medicínský technologie. Určitě, ale to nemusej být jenom tyto (CT, MRI). To můžou být jakýkoliv jiný. To může být ultrazvuk a cokoliv jinýho. Takže ano, medicínský technologie limitujou kvalitu toho ZZ. To je jasný, protože když tam bude

ultrazvuk…Uvedu příklad. Já když jsem studoval, tak nás učili vyklepávat hranici srdce. Klepe se na plíce, má to svoje mechanismy. Nevím, jestli vám někdy lékař poslouchal plíce?

Asi jo.

Tak to dělal fonendoskopem, pravděpodobně vám na ty plíce neklepal. To se dělá tady přes ten článek. A vy jste zdravá, tak vás nikdy nevyšetřovali. Ale nás ještě na studiích učili vyklepávat hranici srdce zepředu. Což je složitý, protože se to skoro nedá slyšet. Přesto, když se podíváme do polovina 20. století, tak ultrazvuky a RTG nebyly, tak se to standardně vyklepávalo, byl na to postup takových těch lékařů typu Tomajera. Ti to vyklepávali prostě tu hranici a na těch plicích byli schopní najít nějaký ložisko, což už dneska lékaři nejsou schopní. Takže nás to tehdy učili. Potom si pamatuju, že ještě než jsme skončili vysokou školu, tak nám říkali, co jsme vás učili před 3 lety, na to zapomeňte. Přišly ultrazvuky. Jednoduchý. Vidíte okraje, vodu, jestli je tam okolo toho srdíčka. Takže ano, určitě technologie ano. Tak dál průměrná ošetřovací doba, tak to je určitě indikátor kvality. Protože pokud v jedno špitále s obyčejným slepým střevem u stejně starý nekomplikovaný osoby v jednom bude ležet 10 dní ve druhým 20 a ještě to zhnisá, tak tam je někde chyba. Vybrané operace. Stejně jako ty medicínské technologie, tak ty operace taky. Ale znamená to výkony. Protože jestli ten chirurg to konkrétní oddělení dělá tolik výkonů, tak ta péče je určitě lepší než když dělá třeba jenom dva. Takže to určitě ano. Mobilita pokrytí zdravotním pojištěním.

To je zase spíš o tom zdravotnické systému si myslím.

Ano, jsou špitály, nebo špitály ani tak ne, spíš praktici nebo specialisté, kteří nemají nasmlouvaný všechny pojišťovny. Tak to možná o tý kvalitě ani tak není, protože ten pacient tam ani nedoputuje.

Přežití na zhoubné novotvary, to určitě ano, protože jeden špitál to léčí tak a druhý to může léčit jinak. Tudíž to srovnání určitě ano. Úmrtnost do 30 dnů po přijetí u hospitalizovaných s AIM a mozkovou mrtvicí, to může být indikátor kvality taky, určitě. Jo, jestli u jedno umíraj víc. Ekvita v přístupu ke zdravotním službám, procento vlastních hlášení o neuspokojené zdravotní péči v důsledku finančních překážek, čekacích dob či vzdálenosti. Ekvita, to je tako srovnatelnost.

Ano, nebo spíš jako spravedlnost.

Přístup ke zdravotním službám. To u nás neexistuje. Takhle, když byste se koukala na nějaký zahraniční film ze zdravotnictví. Nějaký Chicago hope. Asi na to nekoukáte.

Ale ano, znám to.

Tak tam vidíte taky, že se podívaj na jeho pojištění a vyhodí ho na dlažbu, běž pryč, umři. Doslova! Umři nebo si našetři.

Ano, oni tam mají ten tržní model.

Ano, tak to je ono. Procento vlastních hlášení o neuspokojené zdravotní péči v důsledku finančních překážek. Prostě neměl peníze. Museli ho nechat umřít, kvůli tomu, že neměl peníze. To u nás není. Čekacích dob či vzdáleností. Tak tohleto dejme tomu ano.

Ale asi je to víc o samotné dostupnosti než přímo o kvalitě, že?

Ano. Já myslím, že to v televizi sledujete, diskuzi o tom, jaká má být hustota záchranných služeb, aby se vždycky do toho špitálu s tím pacientem dostalo. Bylo to nastavený na nějakých 5 minut, 10 minut, 20 minut. Zase to záleží na penězích. Jestli tady budeme všichni dávat ještě 10 % víc ze mzdy na zdravotnictví, tak může být na každým rohu sanitka. Na každým rohu může být doktor. Takže toto dejme tomu ano ten přístup, ty vzdálenosti. Nějaká rozumná vzdálenost se tam dělá. Čekací doby u plánovaných operací určitě ano. Infekce ano, určitě. Prodleva v léčbě rakoviny, taky.

Ale všechno je to zase o té dostupnosti.

Hm. Já si vzpomínám na jedno období, kdy byl na ministerstvu pan doktor Rath. Ten propíranej lékař. Tak když byl ministr, tak vyhlásil takový restrikční opatření v čerpání léků, který způsobily to, že jsme ve špitále museli udělat normálně čekací listy na léčbu rakoviny. Jako já to nechci úplně hodnotit, ale znamenalo to určitě, že těch lidí víc umřelo, protože nedostali všichni to, co by mohli dostat. A protože těch peněz bylo jakoby míň, tak se hledaly ještě levnější cesty, než ty úplně nejmodernější. Samozřejmě ten pacient se to nikdy nedozví. Protože prostě ten systém to umožňuje a není to nějaký neetický nebo nehumánní. Prostě my jsme v malým udělaly to, co ty státy udělaly ve velkým. Nejsou peníze, nedaj to. Takže když řeknou hele, na léky je jenom tolik, tak my jsme museli použít zas ten starší lék, třeba ten z toho tisu, místo nějakýho lepšího. Takže ano. Péče o diabetiky, obecně i o jakoukoli jinou diagózu. Ještě jestli byste mohla najet na stránky. Nekoukala jste se náhodou na stránky spojený akreditační komise?

Ne, nedívala.

Tak najeďte na www.sakcr.cz. Tak tady mají akreditační standardy pro nemocnice platné od 1. ledna 2014. Hned na začátku tohoto dokumentu máme obsah. Tahle firma 15 let působí ve ZZ a zabývá se kvalitou. Objektivně kvalitou. Ne tím co někdo řekne. A má tady stanovených nějakých 75 ukazatelů, který, když do toho špitálu přijde, tak je prověřuje. A vychází to tady z těch 13 skupin. Třeba jednoznačná identifikace pacientů. Aby když vám tam přichází Novák Jan, Novák, nejčastější jméno v ČR, tak abyste ho nezaměnila při tom, když mu dáváte léky a jsou dva na oddělení. Nebo když ho berete na operaci, abyste neudělala jinýho. Rizikové léky, záměny, pády,… Tady jsou už ze zkušeností vyjmenovaný ty nejkritičtější věci, který se řeší. Předávání pacientů, aby to nebylo takový „Maruško, vezu vám pacienta." Postaví ho na konci chodby a někde si tam dává kafé a on ta zůstane. Stejně tak na sále předávání, čekání v sanitkách, určitě tady někde budou i stranový záměny, záměny výkonu. Je to, nechci říct častý. Možná si nevzpomenete, ale před nějakými pěti, šesti lety došlo k záměně ledviny v Hradci Králové. Přišel, měl jednu ledvinu zdravou a druhou, kterou mu měli vyndat. No, kterou si myslíte, že mu vyndali. Tu zdravou. Rozumíte, jo? Jenom proto, že to nebylo označený. Například že mu na ty záda tu ledvinu třeba nenamalovali. Nebo u kolen se to stává. Vezou ho na sál, mají mu operovat pravý, vyjedou ze sálu a má odoperovaný levý. Rozumíte, zoufalý situace. A to jsou prostě skutečnosti, který jsou ozkoušený už nějakou dobu. Nebo standard dva šest - souhlas pacienta. To už dneska… Tenhle standard se už dneska v žádným špitále nedá překročit, protože kdyby náhodou byl ten pacient poškozen,

tak každému pacientovi ve špitále před sebemenším zákrokem dávají podepsat papíry, tzv. informovaný souhlas, tady máte ty indikátory k tomu informovanýmu souhlasu. A on to podepíše, že mu to bylo celý dostatečně vysvětlený. Protože i když si berete acylpyrin, tak můžete umřít. Svým způsobem, když to tak řeknu na nějakou alergickou reakci. Svým způsobem, i když vám ten praktik dává ty léky, tak teoreticky byste mu mohla podepsat, nebo kdyby to bylo v Americe, tak by možná i něco vysoudili ti pacienti, tak byste mu mohla dát podepsat papír, že si je vědom, že bere-li acylpyrin na teplotu, že může umřít. Rozumíte, je to absurdita, ale to je o těch složitých operacích. No podívejte, kontinuita péče, předávání, čekací doby,…

Dalším indexem, který posuzuje kvalitu ZZ, je Evropský spotřebitelský index zdravotní péče. Máme tu různé oblasti.

Ano, takže tohleto se určitě překrejvá, protože zákon na ochranu práv máme, je tam na to ten standard. A zajímavý, výsledky léčby. To tam je taky. Dneska u léčby pacientů, přednášela inženýrka Černá, že u tý lůžkový péče se to dneska hradí tzv. DRG. A to znamená, že když jdete třeba na slepý střevo nebo na žlučník, tak Vám říká pojišťovna, že vám uhradí třeba 30000, když to řeknu za pacienta, kterýho tam necháte ležet v rozmezí 5 až 10 dní zhruba takhle, s tím že když na něj utratíte nějakej materiál, dejme tomu třeba pět až deset tisíc korun, tak ona říká hele, dám ti 10 tisíc korun. A co to ZZ udělá? Pokusí se mu dát za 5 tisíc materiál a po 5 dnech ho pustit domů. Dostane 30 tisíc korun. Proč to zmiňuju. Tohleto je logicky srovnatelný, vezmeme si jeden špitál, druhý, třetí a teď se zjistí, že v jednom špitále leží vždycky 12 dní a vždycky tam stojí 15 tisíc drahý antibiotika, všechno hnisá, nic se nepodaří, rozumíte. Tak je to logicky benchmarking, je to na srovnání, je to kvalita. Samozřejmě pokud zjistíte pak v druhý fázi, že všichni pacienti v jednom špitále jsou pouštěni 5. den, tak jsou nízce léčení, ovšem všichni mají komplikace za měsíc za dva, a tak je zas chyba v tom, že jim nic nedali a vykopli je brzo.

Ano, to tam máme dál taky zohledněné v nějakém indikátoru. Počet týdnů, za které se pacient vrátí na reoperace nebo tak nějak to je.

Jojojo, správně, správně. Takže to tam všechno je popsaný. To jsou ty indikátory kvality vlastně. Procentní podíl MRSA infekce, to víte co je?

Hledala jsem si to, ale nemůžu s vzpomenout.

To MRSA znamená Methicilin-rezistentní Staphylococcus aureus. To je jeden typ infekce, kterej ten stafylokok je zcela rezistentní na tu léčbu, pročeš pokud se to v tom špitále rozšíří, tak ti lidi, nemáte je skoro čím léčit. Antibiotika jim nezabíraj, antibiotika jim nezabíraj, jedny, druhý třetí. To znamená, že na toto se dělají permanentně stěry, posílá se to na hygienickou stanici. Jakmile se to jednou prokáže, tak se to oddělení musí vydesinfikovat, vyčistit, uzavřít třeba na 14 dní a podobně. Proto se třeba taky mění ty desinfekční prostředky, jestli jste o tom někde četla. Jsou prostě hygienický řády, že na každým oddělení jednou za týden nebo za 14 se mění desinfekční prostředky, aby ty bakterie si na ně nezvykly. To znamená, že na chirurgii to máte jeden týden takhle, ta gynekologii opačně a pak to zase prohodíte neustále dokola, aby ty bakterie si na to nezvykly.

Takže tento indikátor byste do té kvality taky zahrnul, ano?

No stoprocentně. V podstatě všechno co je tady. To bych tam logicky zahrnul. Ta dál, deprese, to tam taky nepatří, protože depresi nechytnete ve špitále, ale máte ji zvenku. Rovný přístup. To už jsme tady měli.

To je ta ekvita.

Ano ekvita. Počet operací na 100 000 obyvatel, to tam taky nepatří. Počet císařských řezů, ano, tak toto ano. Je snahou, aby to šlo přirozenou cestou.

Takže byste to tam zahrnul v nepřímo úměrném měřítku ve vztahu k životní úrovni?

No tak pokud dojde k nějaký komplikaci, tak to musí vrchem. Pokud v nějakým špitále by to neuměli porodit přirozenou cestou, tak by to mohl být indikátor nekvality.

Takže čím víc, tím hůř, jo?

Ano. Proočkovanost už jsme tu taky někde měli. Analýza nežádoucích účinků určitě, souhlas.

A které ty nežádoucí účinky byste vybral? Já jsem se dívala především na pády a dekubity. Ale u těch dekubitů, tam nejsou zas až tak dostupné data.

To může být totiž cokoliv.

A ještě jsem se dočetla, že čím víc nežádoucích událostí je, tím líp.

No vy jste se dočetla, že se to netrestá, protože jinak to lidi nebudou hlásit. Když si představíte, že někdo udělá záměnu, že podá místo léku A lék B, tak je logický, že to nechce ohlásit. Můžou ho za to postihnout, že ano? Seberou mu peníze nebo ho vyhodí. Pacient je poškozený, někdo to musí zaplatit. Tak to nenahlásí. Pročeš se to hlásí a je snahou, aby to bylo v takovým anonymizovaným procesu. Nežádoucí událostí může být ale i třeba skok z okna ve špitále. Proto musí být okna zabezpečený a takový nějaký záležitosti. Nebo to může být poskytnutí resuscitace uvnitř špitálu tomu pacientovi. Nebo to může být ta záměna toho pacienta, záměna operace. To všechno jsou nežádoucí události. Svým způsobem to může být i lék, když mu jej podáte a nevšimla jste si, že je na něj alergickej. Nežádoucí události jsou v těch standardech detailně rozpracovaný.

A bral byste je vzhledem k té kvalitě života teda pozitivně nebo negativně?

Myslím si, že čím je vyšší životní úroveň, tím míň nežádoucích událostí se vyskytuje. Pády, tak to tam spadá taky, o tom jsme se teď bavili. Podíl zraněných z pádu na 1000 ošetřovacích dnů. To je úplně jedno na co to vztáhnete, to může být třeba počet pádů na počet hospitalizací. Národní sada ukazatelů zdravotnických služeb…

To vám kdyžtak najdu na internetu.

Najeďte na to, jasný.

Tady právě to Národní referenční centrum, tak oni vyvinuli sadu ukazatelů a je jich hrozně moc. Některé jsou ve fázi, že jsou už schválené, jiné jsou doporučené k dalšímu vývoji nebo se neosvědčily vůbec. A je tu to rozebráno spíše jakoby z toho lékařského pohledu. Tak mi to tedy aspoň připadá. Počet jakých konkrétních operací, mortalita, a tak podobně.

No, myslím si, že to Národní referenční centrum bude zrušený. Ale si myslím, že 99 % z toho je obsaženo i v tom SAKu. Samozřejmě pokud vytáhnete třeba nemoc-

niční úmrtnost na JIP, tak ano, můžeme to srovnávat, ale to je obecná úmrtnost na nějakou diagnózu.

Ale tak máte tu třeba taky ten počet těch císařských řezů nebo podíl císařských řezů.

Ano, tak samozřejmě, i ta mortalita. Ale pozor, když si představíte, že by se to srovnávalo mezi Hodonínem a fakultní nemocnicí, tak ten Hodonín by pravděpodobně dopadl lépe, protože ten hodně komplikovanej případ by se vezl do fakultky. Tak by se muselo bedlivě srovnávat, aby to bylo mezi špitálem typu Hodonín a pak mezi fakultkama. Ale ano, je to určitě na srovnání.

Ale tak všeobecně si myslíte, že ta mortalita nebo počet operací by měl být součástí takového indikátoru kvality?

Určitě, úmrtnost jakákoli, novorozenecká nebo po operaci nebo obecně. Určitě.

Dál tady mám z ÚZISu, že by o kvalitě mohly částečně svědčit i platy lékařů. Ale tak zase z ekonomického hlediska čím vyšší budou osobní náklady, jakože i tak jsou už nejvyšší nákladovou položkou v nemocnici, tak tím hůř. Na druhou stranu čím vyšší plat budou mít lékaři, tím více kvalifikovaného personál možná přilákám. Myslíte si, že by tedy i tohle mělo být zohledněné v indikátoru kvality ZZ?

Já si myslím, že ten plat u těch zdravotníků hraje určitě roli, ale v nějakým rozpětí. Já to rozpětí neumím přesně říct, ale když si představíme, že plat lékaře, který končí školu ve 24 letech, udělá atestaci, to znamená do 30 let, bude jeh plat v průměru, existují celostátní průměry podle věku, odbornosti a kvalifikace lékařů, takže pokud do 30 let bude celostátní průměr se pohybovat kolem 30 tisíc, do 40 let 60 tisíc a nad 40 let kdyby byl průměr třeba 80 tisíc, tak já si dovedu představit variantu, že to nehraje roli, pokud to bude plus mínus třeba 10 %. Jakmile by to tady kleslo o 15 %, tak ten doktor půjde pryč.

Tím se právě v jedné části své práce zabývám, že aktuálně velice moc lidí odchází do zahraničí. On tady právě dostane nástupní plat 20, 30 tisíc a v Německu je to třeba 100 tisíc.

Janě, ale v Německu je to zase úplně jiný. Má to druhou stranu mince. Za A jazyková bariéra. Dobře řekněme, že umí výborně německy. Pak je tam vždycky úplně jiný pohled na toho člověka, že je z ciziny. To je jak u nás, když by byl někdo z Afriky. Dejme tomu, že Slováky akceptujeme, jakože jsou naši. I když přesto v některých drobnejch detailech jako jazykově si s nimi třeba mladší populace úplně nemusí porozumět, protože jim nerozumíte. Tak to to pak někdy brání tý kvalitě. Myslím si, že i u těch Slováků by se mělo po čase trvat, že když chtějí dělat ve špitále, budou se muset naučit česky. Uvedu příklad, vankušík, to je polštářek. A těle máte různý váčky. Teďka ten doktor, který by se ptal slovensky, položí jinak tu otázku. Tak jak řekneme hej, u nich hej je ano. Rozumíte, už je tam posun v těch slovech.

Ano, jasně, komunikační šum.

Komunikační prostě posun. To znamená tady já si myslím, že ta hranice je někde kolem těch 10 %, kdy to nic neznamená. Pokud ale ten špitál má 40 tisíc a druhej má 30 tisíc, no tak ten doktor tedy logicky bude usilovat o to, aby šel tam, kde je víc platu za stejnou práci. To znamená, že osobní náklady ano, ale do určitý míry. To

znamená, je-li to například nad těch 10 %. Když je v jednom 27 a ve druhým 30, to si myslím, že je skoro jedno.

Dál tu máme subjektivní posuzování kvality přímo pacienty.

Můj názor je, že ty dotazníky od pacientů jsou absolutně nerelevantní, protože když v tom špitále vezmete jednu důchodkyni, sestřičku nebo pomocnej personál a pověříte ho, aby každýmu spokojenýmu pacientovi dal ten dotazník na vyplnění a takhle se tím budete zabývat půl roku a pak to odešlete někam do centrály, kde to budou jakože anonymní dotazníky, tak je to úplně nerelevantní jako když ve druhým špitále rozhodíte po odděleních a kdo ty dotazníky nejvíc vyplní? No ten vytočenej. Tak to je k ničemu. Muselo by to být od všech pacientů ze všech výkonů.

Ale to je asi zase nereálné, že?

Ano, to je nereálný. Ať to pak měříme tou kvalitou, kterou dovedeme posoudit. Já si myslím, že subjektivní posouzení kvality je k ničemu.

Já jsem ještě slyšela takový názor, ale teda nevím, nakolik je to proveditelné, že by se to mohlo posuzovat formou mystery shoppingu. Jakože by prostě byl fiktivní pacient, který by byl vyškolený na to, aby věděl, jak se k němu má správně personál chovat, a ten by právě do toho mohl vnést ten subjektivní pohled. Ale na druhou stranu i tak jsme každý jiný. Určitě by tam taky nějaká ta subjektivní chyba byla.

Já bych tady uvedl jedno srovnání, když dělali reklamní agentury takový ty hodně drahý, který dělaj reklamu pro nějaký drahý auta nebo Coca Colu, tak testujou efekt jimi navržené reklamy na náhodně vybraných vzorcích populace. Stejně tak, když se dělá průzkum ohledně toho, jak se nám líbí prezident, tak se vezme po všech městech nějaký vzorek populace. Dejme tomu, že je teda reprezentativní, něco se vezme před školou, něco před úřadem práce, něco v Hypernově. Tak to něco řekne. Kdyby se vzal vyškolenej, no ani nemusí být vyškolenej. To můžete být vy. Ale vy jste pozitivně naladěná, pohodářka, tak vás nic nerozhodí. Kdežto když si představíte, že i u vás ve třídě byť jsou fajn ty lidi, tak tam bude někdo, kdo bude už od přírody trošičku pesimističtější, kdo ve všem vidí problém, všechno ho vystraší, netroufne si na něco. Tak takový člověk to vždycky uvidí subjektivně úplně jinak. To byste musela vzít 5 těchto a 5 vás, aby to bylo objektivní a těchto 10 z každýho tábora pesimistů a optimistů nechat posoudit tu situaci. A tím jsme to zase zobjektivizovali. Já si myslím, že péče očima pacientů, ať uděláme, co uděláme, je tak strašně neobjektivní, že je to k ničemu.

Kdybychom to teď shrnuli, tak které tři třeba indikátory byste vybral k posouzení ZZ a jaké by bylo jejich pořadí, kdybyste je chtěl zařadit do nějakého indexu, který by měl vypovídat o životní úrovni.

Tak podívejte se, čeho si lidé nejvíc cení? Života. Kde bud nejnižší úmrtnost, ona se často dělí na novorozeneckou a na tu ostatní, ale to je jedno. Prostě kde bude nejnižší úmrtnost, tak tam je to nejlepší. Ať už toho dosáhli příjemnou sestřičkou nebo skvělý doktorem nebo pomocí té MRSy, to je jedno. To znamená, ta úmrtnost je obecně indikátor kvality. Pak bych druhým indikátorem zvolil klidně tu průměrnou ošetřovací dobu. Docela bych si tipl, že bude-li to delší, tak ta péče tam bude horší. Ve špitále musí udělat nějaký předoperační vyšetření, rentgen, CT,… Ale ta ošetřo-

vací doba, pokud to ten lékař dobře zorganizuje, tak vám ten rentgen a to CT udělá před tou hospitalizací. V případě, že se na to vykašle, tak vás přijme a udělá vám to za hospitalizace. Tím se logicky ta hospitalizace natáhne, takže i ta kvalita, že vy tam trávíte 10 dní. Ono to není jenom o tom, že vás to tam nebaví. Prodraží se to tomu státu. Protože kdybyste byla zaměstnaná pak, tak je logický, že budete o dalších 5 dní déle na neschopence. Měla jste podporu, sociální dávky. A to jenom jedna část. Druhá část je, že jste neprovedla ten výkon. Kdybyste pracovala třeba v průmyslu, tak nejenom, že neuděláte ty výrobky, ale ještě dostáváte od státu podporu za tu nemoc a to je tam vlastně ta dvojí stránka z tohoto pohledu. Takže úmrtnost, ošetřovací doba a … Ono je to všechno provázaný. Kde bude delší ošetřovací doba, tam bude určitě i vyšší úmrtnost. Protože z nějakýho důvodu je to tam špatně. Já bych sem možná dal ještě třetí ukazatel, spektrum poskytovaných výkonů. Tím míním, že když jeden gynekolog dělá všechno, neurolog dělá všechno, že je zkušenej, plně atestovanej. Kdyby nebyl atestovanej, nemůže ty výkony dělat. Já si myslím, že je-li tam co nejširší míra tý poskytovaný péče napříč těma odděleníma, je-li tam dobrá, to znamená nízká ošetřovací doba a nízká úmrtnost, tak si myslím, že by to mělo být všechno v pořádku. Je logický, že maj-li tam hodně těch MRSA infekcí, tak se zvyšuje úmrtnost a současně délka, protože nezabírají jednotlivý antibiotika. Rozumíte, to jsou provázaný nádoby. Mají-li nižší spektrum výkonů, tak musí všechno někam odeslat. Mají-li tam nějaký složitý nádor a teď nedělají všechna vyšetření, tak ho musí převést z Hodonína do tý fakultky, tak se ta ošetřovací doba strašně natahuje. To znamená, že toto by mohly být třeba ty nejdůležitější ukazatele.

A do toho spektra poskytovaných služeb byste teda zařadil i ty CT a tak?

No určitě, jasně. I technologie. No protože ten výkon je třeba CT hlavy, ultrazvuk ledviny. Ale teď ještě k tomu způsobu měření. Jak to měříme tu úmrtnost?

Tak asi počet úmrtí na počet operací, počet obyvatel.

Jasně. To znamená, že tam je to daný tím, že když ten pacient odchází, tak se v dotazníku zatrhává - odchází do domácího ošetřování, je přeložený do jinýho ZZ stejný péče,… To znamená, třeba kdyby to bylo na ORL v Hradišti, a kdyby tam něco nezvládli, tak by toho pacienta přeložili do Zlína. No a pak je tam bohužel teda jako úmrtí. To znamená, toto se zjišťuje na konci každý hospitalizace. Je to tzv. statistický zjišťování a je to přes ten ÚZIS. Na to se vyplňuje dotazník. Průměrná ošetřovací doba. To je zase úplně jednoduchý, protože se zase na konci každý hospitalizace se píše datum přijetí a datum propuštění. Takže z toho je jasný, že na ten jeden vstup tam ležel 10 dní. To se dá zase zjistit z toho ÚZISu. No a to spektrum poskytovaných výkonů v tom ZZ, tak to se zjistí dle smlouvy s VZP. VZP každýmu špitálu, ať už je to fakultka nebo privátní neurolog nebo privátní praktik, tak mu nasmlouvá z těch asi šesti nebo sedmi tisíc výkonů podle jeho odbornosti, zkušenosti, lokality mu nasmlouvá výkony.

A nevíte, jestli jsou tato data veřejně dostupná?

Já mám takový pocit, že podle nějakýho zákona jsou ty dokumenty veřejně dostupný. Ale to je třeba pro fakultku takový stoh papírů, protože pro každý oddělení je to tam nasmlouvaný sólo. Někdy je to tam dokonce ještě i se jménem doktora, kterej

má ten specializovanej kurz a na něj je ten výkon vázanej. Uvedu příklad, třeba MRI složitý vyšetření a prostě jeden doktor neb dva projdou nějakým kurze, který stojí peníze, tak na ně je to vázaný, protože jen oni dva to můžou posuzovat.

Tak děkuji vám. A teď se dostáváme k dostupnosti ZZ. Já jsem k této proměnné našla třeba počet lůžek na 1000 obyvatel. To měří třeba Legatum prosperity index a dává to do přímé úměry ke kvalitě života. Čím více lůžek, tím lepší životní úroveň, ale já si teda nemyslím, že je to úplně pravda, protože se všeobecně zkracuje ošetřovací doba a samotný počet lůžek zas tak o ničem nevypovídá. Co si o tom myslíte vy, dal byste ho do indikátoru dostupnosti ZZ?

No takže celý se to točí kolem faktorů životní úrovně, takže takhle. Pokud by byl nedostatek lůžek, to znamená, že například u operace mandlí, kdyby to byl akutní stav, to znamená, že by vám to poškozovalo srdíčko nebo by ty mandle byly prostě nějaký úplně na hadry, prostě něco strašnýho, tak pak jako by to byla situace, kdy by to bylo potřeba vyndat a nebylo by třeba to lůžko. Pak by to bylo o tý životní úrovni, že je snížená. Takže ano, kdyby těch lůžek bylo málo, třeba v nějaký Indii, v Rusku nebo někde, tak to určitě tu životní úroveň snižuje.

A takto třeba z hlediska dostupnosti byste třeba co konkrétně vy zařadil? Já jsem našla ještě třeba počet lékařů na 1000 obyvatel, ale nevím, jestli je třeba je i nějak konkrétně specifikovat. Nebo napadá vás nějaký lepší ukazatel?

Ale jo, tak můžeme to tam dát, protože pokud budeme mít toho neurologa třeba jenom ve fakultce, tak… Dá se to tam dát. Asi bych pro tu dostupnost tam dal taky na jakýsi region, nebo jak bych to řekl. Třeba v pojišťovně, když se dělá mapa komu co nasmlouvat, tak oni si prachobyčejně vezmou mapu třeba jižní Moravy. Tady je někde Brno a z toho Brna jez mou nějakou čtvrť a v tý čtvrti se podívají a řeknou hele, tady máme třeba 3 stomatology a zjistěj, že jinde těch stomatologů mají třeba 10. Tak pokud bude chtít další stomatolog chtít to tady nasmlouvat, tak mu řeknou ne, jedině tady můžeš, protože prostě v těch čtvrtích to sledujou. Takže pokud tady budou 3, tamhle 4, tam zase 3, tady 2 a tam 10, tak mu to nenasmlouvaj. To je o tý dostupnosti, aby ti lidi nemuseli přes celý Brno na stomatologii. To znamená, když se ptáte na dostupnost zdravotní péče nebo zdravotnických zařízení, tak ano, dá se říct, že lůžka určitýho typu a lékaři určitýho typu, tak jsou indikátorem.

Ještě tady mám třeba čekací dobu na různé plánované operace.

Tak to je určitě indikátor!

A u které operace se domníváte, že by to bylo nejvhodnější to posuzovat z hlediska té dostupnosti? (neakutní chirurgické operace šedého zákalu, náhrada kyčelního kloubu, náhrada kolenního kloubu) Ti lékaři, lůžka nebo ty čekací doby?

No v našem případě jsou to ty čekací doby na tu operaci.

A vybral byste třeba čekací dobu nějakou konkrétní operaci?

Jsou operace akutní a neakutní. U tý akutní vás vezmou kdykoliv. Ti doktoři tam zůstanou přes noc, i kdyby měli pracovat ve 2 ráno, protože to jinak udělat nejde. Například někdo s úrazem v nemocnici. Když si zlomíte ruku, nebo to je asi banalita, ale kdyby se vám stalo něco s páteří, a budete tady blízko, tak vás zavezou do

fakultky a bude třeba 18 hodin, tak oni mají udělanou sestavu týmů, kdy oni ví, koho mají zavolat. Ti lidi jsou doma na tzv. pohotovostní službě a oni přijedou. Jsou to týmy, který svolávaj třeba po čtyřech doktorech a ta operace trvá třeba 16 hodin. Začne se v 18 hodin, do 22 hodin je to jeden tým, pak druhej třetí, čtvrtej tým a takhle to normálně funguje, dokud toho pacienta nezpraví. Takže to je akutní, to nemá omezení. To je jenom o tom, jestli to lůžko existuje. Samozřejmě můžeme se bavit, jestli úrazovka má být v každý čtvrtý nebo nemocnici nebo jestli stačí jedna na celý Jihomoravský kraj. Asi stačí jedna, protože je to ještě i ve fakultkách. Vozí se to letecky, takže ta rychlost je skvělá. No ale teď jde o tu druhou o ty plánovací operace. Na to jste se ptala. Na to jsou čekací lhůty. Na ty první nejsou. No a na ty druhý se dělaj standardně pořadníky. Zase je-li to žlučník a máte-li akutní záchvat, začnete-li žloutnout, ultrazvukem zjišťují, že se to nafukuje, že to možná praskne a že se to vyleje ta žluč do dutiny břišní, tak vás vezmou okamžitě na sál a okamžitě to zoperujou, i kdyby bylo 15:30 jako, kdy končí pracovní doba. Pokud ale přijdete 3x během půl roku k lékaři a bolí vás v pravém podžebří a občas zvracíte, ultrazvukem zjistí, že už je to úplně nacpaný ten žlučník a už léky nepomáhaj, tak vás objedná na plánovanou operaci. A to je ta situace, na kterou se ptáte. Musí být volný lůžko, to tam většinou je a musí být volný prostor na sále a ještě hraje roli počet těch chirurgů. To znamená, že tam může nastat problém v čekací době a ta by neměla být velká. Já to nedovedu odhadnout. Ale asi by to nemělo být dýl jako do 14 dnů. Čekací doby jsou dneska určitě na totální endoprotézy kyčelních kloubů,…

Ano, to tam mám, kyčelní a kolenní klouby a na operaci šedého zákalu.

Ano, takže to znamená katarakta – šedý zákal, kyčelní klouby a dejme tomu i ty kolenní, ale to si myslím, že tolik ne. Na ně jsou ale čekací doby z jinýho důvodu. Což vlastně vy nevíte. Ty čekací doby jsou proto, že když vezmeme třeba krajskou nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně a když jsme řekli to vaše UH, tak myslím si, že obě mají ortopedie a čekací doba na totální endoprotézu kyčelního kloubu, tak sem vstupuje faktor, kdy jednotlivé zdravotní pojišťovny, dejme tomu ta VZP, nasmlouvá pro ortopedii na rok, dejme tomu plácnu 365 dní, tak 365 těch TEPEK. To znamená, že když ti lidi z toho regionu se stahují špatně na tu ortopedii, tak ti ortopedové vědí, ono jich bude třeba 5x tolik, já jsem to dal jenom jako příklad, tak oni vědí, že každý den můžou udělat jednu. Tudíž se může stát, což ti ortopedové dělají, oni jsou strašně nedisciplinovaní, oni dělají to, že dřou jak fretky a v polovině roku hlásí „Já už jich mám 365.“ To je standardní proces. Všichni se můžou zbláznit, protože je problém, jelikož nemůžou nikoho zoperovat, pročeš se jim to plánuje, říká se jim, že nemůžou dělat víc než jednu denně. A tak se jim nezbývá nic jiného než se přizpůsobit, pročeš pak vzniká ta čekací doba. Takže ta čekací doba v tomto případě vzniká v důsledku tlaku pojišťovny. Dám tady zase ještě B. Ne každá ta totální endoprotéza by se operovala, kdyby to třeba nebylo pro ten špitál výhodný. Ale kolem těch TEPEK se točí dost peněž a tak se jich snaží udělat co nejvíc. Je to výhodný pro všechny, pro doktory, dobře placený výkon a tak se jich snaží udělat víc. Kdyby to dobře placený nebylo, tak by ten doktor, kdyby se koukl na tu kyčel, tak by v řadě případů řek, že to ještě počká. Rozumíte, je tam bohužel i tento faktor.

Pak se k tomu dostaneme u léků. Takže čekací doby taky u kolene a u tý katarakty, u toho šedýho zákalu jsou daný jenom těmahle těma čísílkama.

A tak do toho indikátoru byste vy osobně vybral čekací dobu na co? Myslíte si, že by měly být zohledněné všechny tři tyto zákroky?

Já bych si tam dovedl představit všechny tři. I když asi spíš tu kataraktu, protože jestli trošičku kulháte – koleno, kyčel, tak se nezblázníte, kdežto když nevidíte, tak je to zoufalý. Takže já si myslím, že ta katarakta je nejzávažnější.

Takže z hlediska dostupnosti jsou podle vás nejpodstatnější ty čekací doby?

Ano, jasně, čekací doby.

Ještě tady mám teda finanční náročnost služeb ve zdravotnictví. To jsem se chtěla zeptat, jestli byste to spíš měřil z hlediska výdajů, které vynaloží spotřebitelé ty tzv. „out of pocket" výdaje, ty jejich přímé úhrady nebo spíš jaké jsou výdaje na zdravotnictví jako takové? Případně jestli by bylo vhodné zahrnout oba tyto indikátory, například podílem na HDP.

Když se podíváte na množství miliard, které se dávají do zdravotnictví, tak to se pohybuje kolem 250-300 miliard. Neustále to stoupá.

Ano, 293 tuším.

Tak to prostě neustále stoupá. No a na západě to funguje tak, že je tam vlastně, já to nazvu celkovej výdaj. Což je u nás dejme tomu těch 300 mld. To je vlastně z toho zdravotního pojištění. A pak je tam ještě vlastně jakoby samoplátci. Já si myslím, že tyhle dvě kategorie by se mely sledovat, protože u nás je to tak podíl bych si tipl, tak jako 98 ku 2 procentům. Kdežto na západě to bývá třeba 90 ku 10 nebo 85 ku 15. Prostě jsou lidi schopní si sehnat víc těch financí z těch zdrojů. A pak si osobně myslím, že ta finanční náročnost těch služeb v tom zdravotnictví je daná, já nechci použít přímo termín korupcí, ale je daná špatným obchodováním. Kdyby se třeba na tý centrální úrovni zobchodovaly ty léky… Z těch 300 miliard, tak abyste měla představu, 40 miliard jsou ty léky. Což je nějakejch 15 % nebo kolik. Kdyby se tady u týhletý položko podařilo to na tý centrální úrovni donutit ty firmy, aby to dodali za ¾, to znamená, že by se 10 miliard ušetřilo, tak by to minimálně stačilo na 2 roky a nemusela by se tam vůbec dosýpat ani koruna na zdvihání mezd. Takže to jsou léky za A. Druhý, co kdyby se dobře zobchodovalo, vy to tady máte, to jsou ty technologie, to jsou ty CT. To kdyby se dobře zobchodovalo za polovinu ceny, jak to má být, tam je strašná vata, tak by se tady hrozně ušetřilo. Třetí kdyby se dobře zmenežovaly stavby, to je to, za co toho Ratha zavřeli. Mluvili o nějakejch 10 %, který se měly posouvat těm manažerům, osobně si myslím, že na těch stavbách je takových 50 % zisk, tak kdyby ty stavby byly mínus 30 %, technologie mínus 30 %, léky dejme tomu mínus 25 %, tak to by v tom zdravotnictví bylo peněz, že bychom nevěděli co s tím dělat. Dalo by se to dát do mezd, logicky.

Ano, taky k tomu jsem viděla ten dokument Obchod v bílých pláštích nebo tak nějak se to jmenovalo. No je to hrůza.

Určitě je to nechutný a je to pravda. Jsou i léky, který ne až tak fungujou, ale dobře se prodávaj, bohužel. To máte ale úplně stejný jako s kosmetickým průmyslem. Já teda sice úplně dobře nevidím, ale vy na sebe nic nepatláte, že jo?

Ne, nepatlám.

Dobře děláte, protože takový ty keratiny a podobně. Já se obávám, že ten, kdo na sebe nic neplácá, tak ten tu pleť bude mít zcela evidentně v horizontu nějakých 5, 10, 15 let daleko zdravější než ten, kdo si každej vzduchovej pór ucpe ráno, dopoledne, odpoledne, večer a na noc. Obrovskej byznys. A stejně tak je to i se zdravotnictvím. To je dobrý na to, tlak je potřeba snižovat, no jo, ale kdo řek, která je ta hranice. Furt nám říkají, že se musí tlak snižovat. No tak ale je to o celkovým tom přístupu. Peněz je dost. To znamená, jestli finanční náročnost, ano je potřeba prostě tyhlety technologie, stavby a léky hlídat. Pokud by se toto uhlídalo, spadá to do těchto celkových výdajů logicky, takže si myslím, že by to bylo v pořádku.

Takže celkově si myslíte, že by se to dalo zhodnotit třeba podílem soukromých a veřejných výdajů?

Jo a z těch veřejných prostě sledovat za kolik se nakupujou ty dražší technologie, CT, rezonance, lineární urychlovače, ultrazvuky. Třeba všechno nad 5 milionů korun. Nebo když se podíváte, vy tomu určitě rozumíte, třeba do účetních závěrek špitálu, kde vidíte nákupy a odpisy. A když se na tyhlety přístroje podíváte, tak ještě u nich by byla důležitá věc zjistit, jak jsou vytížený. Typicky se stane, když to ten špitál koupí. Typicky u toho Ratha, koupí to a moc se na tom nedělá, všichni si z toho jenom něco vozobaj. Třeba postaví nový sály a pracuje se na nich třeba jenom 4 hodiny denně. Chtěl stavět někde tam u něj na tý vesnici nějakou univerzitu…. Samozřejmě, bavíme se o zdravotnictví, ale to máte stejný silnice, školství, to je všude.

No u těch silnic jsem slyšela, že by se to dalo považovat za součást prevence. Protože například v Rakousku staví obchvaty a to díky tomu mají méně úrazů na silnicích a tak. Vlastně že tam to všecko začíná ta kvalita zdravotnického systému.

Svým způsobem ano. To máte to stejný jako stavět. Když se podíváte, tak Brno mělo chemu kdysi. Ta teď už nefunguje, ale to je jedno. To, co se vypouštělo do vzduchu, určitě nemohlo fungovat pozitivně na zdraví. Když se podíváte Ústí nad Labem, chemička, taky to nemohlo působit dobře. Určitě stavět tyhle konglomeráty mimo a ty obchvaty určitě taky, logicky. Ale musí to být funkční.

Tak teď ty ceny zdravotnických pomůcek a léků.

Já si myslím, že to máte v názvu. Tak za kolik se nakupuje. To je ta vlastní cena těch pomůcek a léků.

Právě pak z hlediska nějakého toho mezinárodního srovnání jsem si říkala, že by to mohlo jít porovnat podle nějaké té maximální obchodní přirážky, ale zase nevím, jestli to úplně všechny státy mají stanovené, jestli se to dá podle toho porovnávat. Nebo třeba podle výše DPH na léky. U nás je ta sazba na léky snížená, ale přesto některé státy mají tuto sazbu ještě nižší, jiné vůbec žádnou a obzvlášť u severských států tato sazba přesahuje 25 % a možnosti snížit sazbu DPH vůbec nevyužívají.

Já si myslím, že u tý ceny zdravotnických pomůcek a léků je to o tom, že ty firmy, když vstupujou na trh toho zdravotnictví, tak je vůbec nezajímá, že je tady potřeba nějaký preparát na nějakou diagnózu. Oni to vnímaj pouze z obchodního hlediska jako trh. Což je hrozný, protože, když by se jim náhodou nepodařilo dostat sem ten

preparát za tu cenu, za kterou to chtějí, tak oni normálně nevstoupěj. To tak je. Vy na to koukáte určitě, takže ten preparát sem přichází a bude to skvělý. Blbost! To v Americe sedí 4 dospělí chlapi, kteří chtějí peníze, a do Česka se ten preparát teda pošle, zobchodujte ho tam. Kdyby ten preparát když se podíváte tady na nějakou mapu, tady budeme my a tady jsou další státy a v jednom se ten preparát bude prodávat za stovku jinde za 98 korun a tady za 102 a tady jim někdo řekne, že to chce za 50 korun, tak to sem nikdy nedaj, protože by došlo k tomu, že ty okolní státy by pro ten lék jezdily sem. Tomu se říká reexport. Oni by to sem pak nikdy neprodali. Takže oni tady buď musej někoho uplatit na tý centrální úrovni, anebo ho sem nedodají. Protože prostě z obchodního pohledu ho sem nedaj. Normálně to neudělaj.

Takže zase takové rozdíly napříč těmi státy nejsou a ani nemůžou být, jo?

SÚKL, když sem vstupuje nový lék, tak má porovnat ceny, aby v okolí ty ceny nebyly nižší, než nám nabízí ta firma. Aby se nestalo, že přijdou a řeknou, že tady pro vás to bude za tisíc a vedle to už je za sto. Tak se to pokoušej nějak hlídat. Samozřejmě že oni to maj šéfovaný všude. Všude je to podchycený, aby se to nedostalo níž. Na druhou stranu jsou mechanismy, jak ten lék nakoupit i teď třeba za 50 korun a přesto to není vidět. Ty firmy to uměj, že věděj, že tady se to prodává za stovku a maj to tam domluvený, tak tady se udělá dohoda, že se to prodává za stovku a dodá vám 2 balení. Což není vidět. Jsou mechanismy, jak to některý ty lidi obcházej, aby si stále udrželi třeba po tý Evropě co nejvyšší ceny. Já jsem zmínil jenom okrajový způsob, ale určitě tady v těch cenách je velký prostor pro snížení objemu těch financí, který zbytečně protejkaj tím zdravotnictvím. Ta cena se skládá z nějaký marže distributora, DPH a pak je nějaká cena. Tohleto je bohužel ve státech různý.

Já tu mám ještě k té ceně, jestli by se nedala měřit třeba skrze ty přímé úhrady těch pacientů, ale tam je zase otázka, jestli to skutečně řeší tu cenu a ne spíš spotřebu.

Heleďte hodně v tom hraje roli reklama, skvěkej výrobek, ten ti pomůže. Lidi hodně berou takový ty léky na ty klouby, chrupavky a tydlety imunitní preparáty. To jsou bláboly.

No ještě tu mám z toho ÚZISu průměrnou cenu jednoho balení léčiv, průměrný doplatek za recept anebo průměrnou úhradu zdravotních pojišťoven. Tak to by se možná dalo vyjádřit jako podíl veřejných a soukromých výdajů, co myslíte?

Heleďte preparát jednoho balení onkologických léčiv stojí 20 tisíc. To by bylo strašně zkreslující hodnotit to přes tu cenu jednoho balení léčiv. To by se muselo rozdělit na nějaký skupiny léčiv. Nebo konkrétní preparát. Ale ten průměrný doplatek, to by šlo. Průměrná úhrada zdravotních pojišťoven za recept není úplně srovnatelná, protože VZP tady byla první a všichni staří u ní zůstali. Ty mladší pojišťovny typu nějaká oborová dělají teď nábor mezi mladými a zdravými, a tak natahují jakoby zdravější kmen té populace. Pak je to logicky nesrovnatelný. To by se musely vzít ty pojišťovny dohromady. Pak by to bylo relevantní, protože ta má zdravější kmen, ta starší kmen…

Ano, takže kdyby to bylo dohromady a posuzovalo se to na mezinárodní úrovni, tak by to posle vás šlo?
Tak to jo, to jo. To určitě ano. Protože byste zjistila, že co je u nás hrazený na recept, tak u vedle neuhradí nikdo.
Takže z hlediska toho spotřebitele by to možná mělo větší vypovídací hodnotu. A osobně si myslíte, že by bylo lepší posoudit to skrze to DPH nebo přes ty data toho UZISu?
No pokud to srovnáváte se zahraničím, tak to DPH má smysl, neboť je různý a průměrná úhrada pojišťoven bude taky různá. Pokud byste to srovnávala jako uvnitř, což nevím, jak by se dalo udělat, tak dojdete k jednomu číslu. Samozřejmě můžete ten průměrný doplatek vzít třeba do 30 let, do 50 a nad 50 a zjistíte něco. A ještě to třeba můžete rozdělit na muže a na ženy. A pak byste zjistila i rozdíly třeba vedle ve státě. Zjistila byste, že třeba nad 50 let si lidi daleko víc doplácí. Jako já si myslím, že to DPH jako mezistátní srovnání ano a tohleto taky mezistátně taky. Tu průměrnou cenu si ale myslím, že ne.
Dobře, tak děkuju a teď jestli teda můžem ještě aspoň v rychlosti tu dostupnost zdravotnických pomůcek a léků a komunikaci?
No jasně. Jdeme na to.
Tak tady mám právě z toho Evropského spotřebitelské indexu, ten se tím hodně zabývá. Řeší dostupnost z hlediska té finanční stránky a to jak veřejné, tak i soukromé výdaje, dál například dostupnost lékopisu, pak je tady spotřeba antibiotik nebo dostupnost léků na artritidu. Myslíte si v této souvislosti, že by se měla vymezit nějaká konkrétní skupina léčiv, u nichž by se dostupnost měla měřit? Nebo znáte lepší indikátor, kterým by šla změřit?
Kolik procent celkového objemu prodeje léků je veřejně dotováno. Jako v mezistátním srovnání?
Ano.
Tak to je tohle, povinná úhrada. To si myslím, že tohle je určitě dobrej index. Tady zjistíte, že není skupina léků, který by nebyly v základní verzi hrazený plně. To je tam na 100 % hrazený. Takže toto pokud byste srovnala s něčím, tak ano, určitě, toto je dobrej ukazatel. Já si myslím, že i bazální antibiotika nejsou na západě vůbec hrazený. Vždycky si je zaplatíte. Takže to určitě ano. Široká dostupnost lékopisu, no se obávám, že bude víceméně skoro stejný. Rychlost nasazování nových léků na rakovinu to bude taky stejný. Jo ale spotřeba antibiotik, tu si myslím, že bych tam dal, protože s antibiotikama obecně se hrozně plýtvá. Někdy je lékař třeba posuzovaný podle toho, jestli je dá nebo nedá, protože když jdete k lékaři a on vám dá něco, co není antibiotikum, třeba něco na kašlání, samozřejmě pokud se ta nemoc vleče trošičku dýl, tak pacient to může vnímat stylem "on mi nedal ty drahý léky, já tady budu jenom něco kloktat ". Tak v tomto smyslu to může být vnímaný negativně. Je to určitě jedna z položek, který se v lůžkový péči, když při tý hospitalizaci dáváte nějaký léky, tak ty nejdražší bejvaj ty antibiotika.
No oni zjišťovali dřív subjektivním názorem respondentů, jestli ti lidi vůbec ví, že ty antibiotika nejsou účinné na všechno. Ale teď se už zaměřují na spotřebu v těch konkrétních číslech.

Ano, ale ono ani toto není pravda, protože u staršího pacienta nebo u kuřáka, jo u někoho kdo to a těch plicích nemá už tak úplně v pohodě, tak se ví, že když začne chřipka a bude se špatně léčit, tak mu na to nasednou bakterie. A na bakterie jsou právě antibiotika. Tudíž pokud ten pacient dostane ty antibiotika hned, i když má ještě jenom tu virózu, protože ty průdušky, ty průdušinky, ty sklípečky, ten hlen se tam usazuje, je tam humus, špatně vykašlává, začne se to množit, ty bílý krvinky když to nezničej, tak pokud vy mu dáte dřív ty antibiotika, tak mu pomůžete v tom, že takzvaně nenasedne bakteriální infekce na tu virovou. Ale pravda je v tom, že antibiotika nefugujou na viry. Ale ty bakterie tam jsou jako druhej proces, kterej na to nasedne. Asi jako bych řekl, dejme tomu máte zánět žlučníku a aby vás nebolel, dostanete nějakej preparát, kterej uvolní tu křeč. Ovšem ten kámen v tom žlučníku jak se bude dřít o tu stěnu, ten způsobí, že začne zánět, tam se to infikuje a ten zánět se může rozšířit. Tudíž pokud by Vám dal někdo při tom i antibiotika, když to bude jako dlouhodobý, tak odstraní současně i ten zánět a pak i tu bolest. Ale samozřejmě dát na bolest antibiotika je blbost. Rozumíte, ano? Ale ono to tam trošku patří z tý strany. Tak tady je to stejný. Samozřejmě antibiotika nefungujou na nachlazení a na chřipku, ale z mojí vlastní zkušenosti, pokud je někomu dáte, vám ne, vy jste mladá, ale kdyby to byl třeba někdo 40 vejš a třeba ještě kuřák, tak pokud při nějaký složitý chřipce, kdy je vyřízenej a po 5 dnech se to nějak neléčí a dáte mu antibiotika, tak tu chřipku to omezí sama, ale vy zarazíte ten rozvoj tý druhotný infekce. Takže ano. Já si myslím, že antibiotika stále roste, furt se toho lidi domáhaj na cokoliv, klouby, vždyť se to dává i zvířatům do žrádla – kuřatům krávám. Vždyť je to nakonec i v mléce.

Ano, já jsem to slyšela od kamarádky, ona je na veterině v Košicích. Říkala mi, že od té doby, co byla na praxi na statku, tak je vegan a už ani to mléko nepije. No raději nevědět.

Jasně. Takže souhlasím. Ty antibiotika bych dal a tu veřejnou dotaci na léky taky.

Ještě mám na vás poslední 2 otázky. Napadá vás nějaký objektivní ukazatel k té komunikaci zdravotnického personálu? Já jsem o tom mluvila s panem Sukeľem, on je ze Slovenska a říkal mi, že u nich by to šlo posoudit skrz akreditační program, kdy doktoři sbírají kredity ve dvou kategoriích – první pomoc a právě ta komunikace. Takže u nich by to možná šlo posoudit podle toho, kolik kreditů mají v oblasti té komunikace nasbíráno kteří lékaři. Ale ptala jsem se ho a ta data nejsou zřejmě vůbec veřejně dostupná. Ministerstvo zdravotnictví nemá důvod, aby takové údaje schraňovalo. Jakože je to pro ty doktory vlastně. Takže žádná dostupná a ucelená evidence toho není.

No komunikace zdravotnického personálu, dovedl bych si představit, že se dá změřit takto. Za prvé informace pacientovi co mu je. Za druhý co se s ním bude dělat. Za třetí jak dlouho zde bude. Já si dovedu představit, že… Za čtvrtý každý den diskuse s lékaři nebo sestrou 2x za den 5 minut. Já si dovedu představit, že by se to takto dalo zverifikovat. Protože když byste se zeptala, jak s váma personál komunikuje? Jo dobrý, skvělý. No jo, ale když to řeknete dámě, který bude 55 let a která je zvyklá denně 8 hodin telefonovat: „Jak s váma personál komunikuje?“ „No vůbec se mnou

nemluvěj.“ Protože ona potřebuje mluvit furt, jo? Kdežto vy budete ráda, že vás tam…

Pozdraví.

Jasně. To znamená, že to je subjektivní. To znamená informace: Víte, co vám je? Dostali jste to vysvětlení?, Rozumíte přesně tomu co je? Plácnu, se žlučníkem jdu na operaci. Víte, s čím tady jste? Vysvětlili Vám to? Pokud je odpověď já nevím, tak to není komunikovaný. Víte co se s váma bude dělat? Operace nebo půjdete někam, přeložej vás? Víte, jak dlouho tady budete? Každej den s váma lékař hovoří jednou nebo dvakrát? A co sestřička? Tak pokud by se tam stanovily takovýhle ukazatele, tak si myslím, že jsou docela objektivní.

Takže je třeba to nechat na subjektivním posouzení respondentů, ale objektivizovat to.

No ano, ale to se á objektivně posoudit. Samozřejmě, když se budete ptát osmdesátiletýho dědečka, který tam je na žlučník, a kterej špatně slyší, tak mu to ten doktor musí vysvětlovat dýl. Kdežto když vy tam půjdete, rychle všechno pochopíte, tak míň. Ale oba dva dostanou dostatečnou informaci. Samozřejmě pokud by ten dědeček byl úplně senilní, tak vám řekne, že je já nevím na Safari. Tak tam asi ne. Ale pokud by ti lidi byli dostatečně lucidní, tak si myslím, že těma jasnejma otázkama vyfiltrujete právě tu drbnu, nebo někoho, kdo bude nějakej manažer, nebude chtít být řízenej a bude tam chtít odpočívat, nebude chtít s nikým mluvit, tak tyhle ty informace by měl mít. Ty by měl dostat vždycky. Co mu je, co s ním bude, jak dlouho tam bude a každej den aby mu řekli, na co bere léky, jaký jsou, k čemu nebo když dostane nějakou kapačku, tak na co to je. Protože tam se může stát, že ten člověk je tam jak převislý. Dovezou ho tam, něco mu napíchaj, voholej ho, vyřežou ho a vypustí ven a on vůbec neví co se děje, jo? Tak to není o komunikaci. Takže myslím si, že tohleto, ještě by se tam dal dát určitě pátý ukazatel, zda rozhodl o své péči. To je taky důležitý. Těch přístupů je vždycky několik. Tak nějak je probrat. Třeba budete mít nějakej ekzém, tak se na to bude dávat nějaká mast nebo nějaký záření nebo se s tím dá něco dělat. Vždycky je tam víc cest a každá má nějaký pozitiva a nějaký negativa a podobně. Tak jestli ten pacient dostal nějakou volbu. Vždycky je tam nějaká volba. Takže pokud se ho zeptáte, jestli ví detailně co mu je a to se porovná a zjistíte, že ne… Pokud se ho zeptáte co se s ním bude dělat a on to pořádně neví a řekne no oni se mnou udělaj to nejlepší. Pokud neví, jak dlouho tam bude, pokud s ním nikdo za den nemluví a pokud o ničem nerozhodovat, tak vidíte, že ta komunikace v tom špitále není žádná. Pokud na všechno někdo odpoví jasně – vysvětlili mi to, podepsat jsem to, jasný vím, budu tady 14 dní, když to bude takový, makový a ještě je záznam v dokumentaci, o tom se dělá záznam, takže pokud je záznam v dokumentaci a i on to ví, že za ním přišli a řekli mu, co s ním bude, tak objektivně víte, že komunikace je dobrá. Takže to jsou objektivní ukazatele o subjektivním parametru.

Ano, ano. To je asi nejlepší to tak nějak posuzovat.

To určitě, protože kdybyste to nechala na tom právě „Jak s váma komunikujou?“ tak to bude o tom. Šťastný mladý holky, vidlák z vesnice a naopak nějaká stará paní, která je nešťastná, protože s ní nikdo nemluví.

Tak a poslední teda otázka. Já bych tady ty indikátory, co nám vyšly jako nejlepší, tak bych chtěla zkusit porovnat s HDI. Myslíte si, že by to mohl být vhodný ukazatel k těmto účelům? Je to vlastně Human Development Index, Index lidského rozvoje, který každoročně sestavuje OSN. A ten kromě HDP na obyvatele, který se používá jako k tomu materiálnímu vyjádření životní úrovně, tak kromě toho zahrnuje ještě faktor zdravotnictví, v němž zohledňuje naději na dožití a dál tam má faktor vzdělání.

No tak to HDP na obyvatele, to je úplně hrubej ukazatel. To je asi jako kdybyste porovnávala výši kapesnýho od rodičů ve vaší třídě. To je to stejný jako % HDP na zdravotnictví, jo? Když byste se podívala na národ, kterej bude třeba plnej alkoholiků a kuřáků a takovýhle nezodpovědný národ, když to řeknu, tak když tam budete dávat 10 % z HDP, tak budou všichni nemocní, že jo. No a pak máme nějakej kultivovanější národ, kterej se stará o své zdraví, tak 10 % bude hodně. Když si vezmete, že budete všichni ve třídě dostávat nějakejch, plácnu 1500 Kč měsíčně, kapesný, tak nekouříte, nepijete, nepotřebujete mít každej týden nový hadry, tak 1500 je skvělý. Když tam půjde někdo druhý, tak mu to stačí sotva na tejden. Tak je to ukazatel, kterej je velmi hrubej na to srovnání těch potřeb. A co jste říkala, že je v tom ještě?

Ještě je tam zdravotnictví – naděje na dožití a vzdělání no a tam je to střední nebo očekávaná délka vzdělání.

Naděje na dožití při narození, no tak to je určitě indikátor. Ta novorozenecká a ta celková kvalita, to je jasný. No a určitě i vzdělanější lidé se víc staraj o své zdraví. Samozřejmě netvrdím, že extrémně vzdělanej Rath je… protože je to zase člověk eticky úplně na dně. Nebo ta Pancová s tím Kottem. Ale dejme tomu, že nehovoříme o morálce. To znamená, že vzdělaný lidi, i tihleti tři se budou o své zdraví starat víc, než když to řeknu cikán se čtyřma obecnejma. Ale nemám nic proti romům. Takže vzdělání určitě hraje roli. Naděje na dožití při narození, ano. Určite ve státě, který má vysoce sofistikovanou péči, dostupnost jako jsme my, špičkový neonatologii, skvěle to je řízený na rozdíl od nějaký Indie, kde nejsou silnice, kde nenajdete porodnici. Prostě musíte zavolat nějakou bábu, která přijde s nějakejma bylinkama. A to HDP na obyvatele je velmi hrubej ukazatel. To znamená, já si myslím, že tydlety dva ukazate v tomhletom ukazateli jsou daleko výstižnější než samotný to HDP. Takže já si myslím, že ano. HDI a zdravotnictví určitě můžeme dát do souvztažnosti.

Já bych právě chtěla vybrat, které z těch oblastí, nebo všeobecně indikátory, o kterých jsme mluvili, tak které z nich budou pak asi nejdůležitější a právě bych chtěla, aby mi to vyplynulo podle korelace s tím HDI.

Ano, tu souvztažnost tam já vidím. Samozřejmě čím vyšší naděje na dožití a čím vyšší vzdělání, tak tím určitě ta životní úroveň v tom státě je vyšší. Tak to je provázaný úplně. Kvalita s životní úrovní, se vzděláním, s nadějí… Ale je divný, že v tom HDI není úmrtnost, protože to je ukazatel, kterej… Samozřejmě, když se podíváte zase do nějakejch And nebo někde, ti lidi, kteří v životě neviděli televizi a celej den tam sedí pod stromem a jsou šťastní a dožijou se nějakejch 110 let a nejsou vzdělaný, naději mají nízkou.

Ale teda v celým tom čím se zabýváme, chybí parametr, kdy čím jsme dospělejší, neříkám starší, tak tady v tom chybí parametr etiky a víry. To jsou 2 ukazatele, nebo 2 úrovně, který je myslím, že v tom životě hrajou roli, která se tím prolíná a pokud má někdo na vysokým stupni projevenou etiku a víru, tak jsem přesvědčenej, že může být úplně nevzdělanej a netuší naděje na dožití a může se dožít vysokýho věku ve zdraví a v pohodě. Kdežto když někdo bude extrémně vzdělanej, bude to takový ten zdravý darebák, tak ať udělá, co udělá, tak se nedožije takovýho věku v takový psychický pohodě. Třeba ten Rath, ať to bude, jaký to bude, tak už se nikdy pořádně nevyspí. A ještě nějaký další úředníci, ti už se nikdy nevyspěj, ti lidi. Tak logicky, že budou mít nějaký svědomí, který budou mít nabouraný, tak jim to to tělo zničí. Heleďte placebo, to je jenom víra. To je víra v to, že vám to pomůže.

Ale tak jo, já si myslím, že odpověď je ano.

Dobře, tak já vám moc děkuji, že jste si na mě udělal čas a přeju vám hezký zbytek dne!

Rádo se stalo.

D Rozhovor Mgr. Martin Šamaj, MBA

Dobrý den.
Dobrý den.
V prvé řadě bych se Vás chtěla zeptat, jestli by bylo z Vaší strany možné, abych si náš rozhovor nahrávala.
Ano, samozřejmě. S tím jsem počítal.
Dobře, moc děkuju. Na úvod bych se Vás zeptala, v jaké dimenzi vnímáte kvalitu ZZ. Vy jste o tom mluvil už na přednášce, pokud si dobře pamatuju, že tam v té kvalitě ZZ je vlastně především důležitá ta bezpečnosti, kterou vnímají pacienti.
Ano, můj názor je jednoznačný. Já se přiznám, že kvalitu vnímám primárně jako bezpečí poskytované zdravotní péče jednotlivých poskytovatelů. Pokud se máme bavit o jednotlivých úhlech jak je vnímaná ta kvalita nebo jak by mohla být potom případně i hodnocena, tak z mého pohledu je asi nejvýznamnější se věnovat procesu poskytování zdravotní péče. To znamená zaměřit se na proces a potom samozřejmě na výstupy, protože z výstupů jednoznačně vycházejí indikátory, které mohou zpětně ovlivnit tu realizační fázi poskytování zdravotní péče.
Dobře, děkuju. A když se teď podíváte třeba na ty indikátory, které jsem Vám posílala, tak který z nich je podle Vás vhodný k posouzení kvality ZZ?
Tak u kvality ZZ se přiznám, že bych je asi rozdělil na subjektivní a objektivní. A ty subjektivní bych nechal čistě jenom pro pacienty, protože ten jediný má právo subjektivně hodnotit. Myslím si, že poskytovatelé a odborníci už by měli hodnotit už čistě jenom objektivní. Z mého pohledu je jeden z takových nejvýznamnějších subjektivních indikátorů právě přístup zdravotnického personálu tak jak je vnímám právě tím spotřebitelem, zákazníkem – pacientem. Myslím tím komunikaci, vystupování, to jestli se představili správně, jak se mají představit, aby doopravdy navázali ten prvek důvěry, který mezi pacientem a tím, že poskytování zdravotní péče je služba, tak si myslím, že to navázání důvěry je na prvním místě a je to primárně právě o komunikaci. To znamená, jestliže neselže komunikace mezi profesionálem a zákazníkem, tady je to zdravotník versus pacient, tak si myslím, že tím je hodně ušetřeno právě těch negativních stížností případně stížností z neznalosti toho prostředí. Takže přiznám se, že jako jeden z významných indikátorů, těch subjektivních, které budou mít vliv čistě jenom na pacienta, tak si myslím, že to je hodnocení prostředí, hodnocení prostředí jako hotelové služby a potom přístup toho personálu – představování se správně, vysvětlení o jakou nemoc se jedná, o všechno se bude realizovat za následné vyšetření, to znamená vysvětlit to všechno, zedukovat toho pacienta. Já si myslím, že to jsou ještě takové slabiny, které třeba minimálně to české zdravotnictví má.
Aha. Takže se domníváte, že z hlediska posuzování kvality ZZ by bylo vhodné rozdat pacientů nějaký dotazník a posoudit jejich subjektivní pohled. A z těch objektivních indikátorů?
Z těch objektivních indikátorů si myslím, že indikátor by měl vždycky přinést nějakou úpravu do toho systému. Jinak řečeno primárně bych hledal ty indikátory, kte-

ré budou mít předpoklad nebo hypotézu, že mi vyjde negativní informace, se kterou budu moct jako s negativním feedbackem pracovat a zlepšovat ten systém. Tady vnímám jako objektivní indikátor v tom daném ZZ, pokud se bavíme o konkrétních zařízeních, tak například reoperace u konkrétních diagnóz a na konkrétního lékaře, operatéra, protože je to vždycky spojené s konkrétním týmem, který se o toho pacienta stará. Potom to může být objektivní indikátor opakované návštěvy v rámci hospitalizací na stejnou diagnózu.

Ano, podobný indikátor jsem viděla. Měřil počet týdnů, za které se pacienti vrací a kolik se jich vrací se stejnou diagnózou zpět do nemocnice.

To si myslím, že je zase velmi sofistikovaný objektivní parametr bez nějakého subjektivního zázemí, a pokud máme dobře vyskódovaného pacienta v databázi přes DRG, tak můžeme určit přesně, jestli se bavíme o pacientovi, který je bez komplikací nebo s malými komplikacemi nebo s velkými. Takže to si myslím, že touto cestou bych asi šel. Samozřejmě by se tam nemělo zapomenout na úmrtnostní indexy, což je zřejmé, protože u některých diagnóz je jasné, že to může dopadnout i takto. Je to služba, která se poskytuje lidem a pracujeme s nemocemi, s úrazy, tak holt i tady to může nastat. Takže se přiznám, že tedy indexy úmrtí na jednotlivé diagnózy, jsou určitě žádoucí.

A myslíte si, že by to šlo posoudit třeba nějak souhrnně jako například úmrtnost v celé nemocnici nebo je potřeba specifikovat konkrétní diagnózy?

Ne, já se přiznám, že já jsem spíš odpůrce v rámci toho srovnávání jako všech ZZ, protože rozdílnost spektra pacientů a možnost poskytované péče v jednotlivých nemocnicích se bude lišit. Proto i ten indikátor by měl významnou statistickou odchylku, když bychom všechno sumarizovali do jednoho číselného data za region, kraj nebo nedej bůh za celou republiku. Tady si myslím, že je to spíš doopravdy o kvalitním sledování toho indikátoru jako interního indikátoru v té dané nemocnici z pohledu retrospekce. To znamená, že pokud ho sleduju posledních 5, 10, 15 let, tak z toho mohou vycházet už zajímavé výsledky.

A kdybyste měl vzít indikátor, který by hodnotil kvalitu ZZ v rámci celé České republiky a mohl by sloužit k případnému srovnání České republiky s jinými zeměmi, tak to by pak ale bylo asi hodně složité sledovat jednotlivé diagnózy v rámci každého ZZ.

Ano, to by bylo složité.

Myslíte si teda, že by bylo možné posoudit třeba jen kojeneckou úmrtnost?

Ona ve skutečnosti se takto i sleduje. Novorozenecké, kojenecké úmrtnosti, to jsou všechno indexy, které se sledují na té národní úrovni ať už v rámci členských zemí EU nebo přes OECD. Tak tady tyto data jsou k dispozici a myslím si, že ty nám mohou mnoho ukázat, především tu predikci kam směřuje to konkrétní zdravotnictví toho konkrétního státu, což si myslím, že je správné, že se tady tyto data evidují. Na druhé straně ta struktura těch poskytovatelů, principy financování a principy úrovně medicíny bude v každé té zemi rozdílné. Proto si myslím, že je to doopravdy spíš jen orientační parametr, dejme tomu, abychom se mohli srovnávat. Nebral bych to asi jako úplně dogma.

Ještě se vás zeptám, myslíte si, že by se dala hodnotit kvalita ZZ z hlediska těch nežádoucích událostí, jako je například počet pádů v nemocnicích?
Já se přiznám, že jsem odpůrce tady těchto indikátorů. Pády pacientů, to není zrovna parametr, který by byl založený na objektivitě, protože se pohybujeme v prostředí, kde jsou nemocní lidé a některé typy nemocí způsobují právě to, že pacient může zkolabovat. O to víc, když leží v nemocnici, tak je zřejmé, že má nějaké akutní onemocnění a s tím je samozřejmě spojeno to riziko, že ten pacient může spadnout, dokonce některé nemoci to mají jako jeden ze symptomů, že prostě ten pacient upadne nebo že zkolabuje. Proto se domnívám, že sledovat to jako indikátor, kdy není přesně stanovená metodika co je pád, co se myslí pádem, což není, tak to si myslím, že je špatně. Nevnímal bych to jako nežádoucí událost. Muselo by se přesně specifikovat, co se myslí pádem, a já si myslím, že by to šlo konkretizovat pád pacienta imobilního, který je nějakým způsobem ležící na lůžku a spadne z lůžka. To potom ano. Ale to, že se mi sesune pacient po zdi, protože zkolabuje v důsledku nějakého ortostatického kolapsu nebo něčeho, tak se domnívám, že to není nežádoucí událost. To je prostě běžný symptom té nemoci, která třeba u toho pacienta zrovna probíhá. Takže přiznám se, že k tomuto indikátoru minimálně třeba já mám výhrady a nevnímal bych ho zrovna jako indikátor, který by měl hodnotit úroveň nežádoucích událostí v tom konkrétním ZZ.
Ještě mě napadá, jestli by se dala kvalita ZZ posuzovat skrze výši platu lékařů nebo všeobecně zdravotnického personálu. Přece jenom osobní náklady jsou nejvyšší nákladovou položkou nemocnice. Na jednu stranu tedy čím vyšší náklady, tím hůře z ekonomického hlediska. Na druhou stranu vyšší platy mohou přilákat lepší lékaře, odbornější zdravotnický personál. Tak myslíte si, že by i tohle mohl být indikátor kvality?
Určitě provázanost mezi indikátorem ohodnocování lékařů a zdravotnického personálu s vazbou na počet zdravotnického personálu, který se stará o určitou strukturu pacientů, tak by byl určitě zajímavým indikátorem. To určitě ano. Je to služba, službu poskytují lidé a ti lidé na to, aby odvedli kvalitní práci, tak musejí být sociálně zajištění. A jeden z prvků toho sociálního zajištění je, že nebudou přetížení a že budou kvalitně ohodnoceni. Kvalitně ohodnoceni je relativní pro každého z nás, ale určitě bych to vnímal v korelaci právě s tou přetížeností. A to samozřejmě lze i legislativně uchopit, protože existují vyhlášky o minimálním personálním obsazení, které teď v tuto chvíli jsou třeba poddimenzované. A víme, že jsou poddimenzované a je jenom na odborném ministerstvu, aby toto upravilo ve prospěch požadavků z odborných společností.
A dovedete si představit, jak přesně by takovýto indikátor mohl vypadat? Jaká by byla jeho konstrukce? Jestli by to byly jenom samotné ty mzdy, nebo jestli by tam bylo potřeba zakomponovat teda i ten počet pracovníků.
Určitě bych vnímal to, že by měl být nastavená nějaká korelace mezi indikátorem ohodnocení, finančního ohodnocení a tím vlastním počtem toho personálu. To si myslím, že takovýto výpočet by byl z mého pohledu reálný. Matematicky určitě, otázka co by z toho vycházelo, jaké by z toho byly výstupy. Domnívám se, že na to, aby byl zdravotnický pracovník spokojený, tak jak už jsem uvedl v úvodu, není to

jenom o těch financích, protože je to krátkodobý prospěch. Když dostanu výplatu, tak je to fajn, ale až to mám všechno utracené, tak už je to tak jako horší. Vnímám, že na to, aby odváděl kvalitní a bezpečnou péči, což služba je postavená na lidech, takže je to jasné, že tyto lidi si chceme nějakým způsobem zavázat, tak by hlavně neměli být přetížení, což musím říci, že v některých oblastech, v některých oborech medicíny určitě k tomu nedostatku toho personálu dochází a může to být do budoucna i velký problém. Takže jako indikátor si dokážu i na národní úrovni, protože to je poměrně tvrdý objektivní parametr, výše ohodnocení mzdy nebo platu a potom samostatně propočet v jaké jednotce, na jaké struktuře se pohybuje, to znamená počet lůžek, počet ošetřených pacientů, kolik je tam toho personálu jak lékařského, tak nelékařského, tak se domnívám, že tady by nějaké korelace mohly vzniknout, mohl by to být velmi zajímavý indikátor. Ale to mě teď tak jenom napadlo.

Jasně, děkuju. Tak teď se dostáváme k té dostupnosti ZZ. Máme tady různé indikátory. Tady ta poslední skupina indikátorů, to je vlastně zase ten Evropský spotřebitelský index, který jsme měli na začátku i u té kvality. Pak tady jsou indikátory OECD, která vlastně chápe dostupnost zdravotní péče vzhledem k čekacím dobám, jakoby to časové hledisko. No a pak je tu počet lůžek na 1000 obyvatel nebo počet lékařů na 1000 obyvatel. Myslíte si, že je nějaký z těchto indikátorů relevantní z vašeho pohledu z hlediska dostupnosti ZZ?

Já budu primárně vnímat, že bysme měli rozdělovat co je zájmem a indikátorem na národní úrovni, co u poskytovatelů a co u plátců zdravotní péče, protože minimálně ty zmíněné časy, které tady jsou čekací doby na plánované operace, to se domnívám, že je čistě problematika plátců zdravotní péče. Ti by přece pro své zákazníky, což je portfolio pojištěnců, měli by jim nabídnout co nejlepší spektrum poskytovatelů v co nejlepším čase. A měl by to být parametr, podle kterého by se mohli i v uvozovkách prezentovat plátci zdravotní péče. Tedy kdo má kvalitní a dobře uzavřené smlouvy s poskytovateli a kdo tady tuto smluvní politiku nemá zrovna za svou, plně pro užitek svých pojištěnců. Takže tento indikátor nevnímám vůbec jako indikátor třeba na národní úrovni nebo na úrovni poskytovatelů, i přesto, že poskytovatelé to teď mají mnohdy jako povinnost na webových stránkách svých přímo prezentovat jaké jsou čekací doby třeba na ortopedické totální endoprotézy kyčelních kloubů, kolenních a tak dále. Myslím si, že toto je čistě problematika vůbec ne poskytovatelů, ale primárně problematika plátců.

Ano, zrovna minulý týden mi říkal pan Andrés, že to je hrozný byznys hlavně s těma totálníma endoprotézama kyčelních kloubů. Že je to jenom o tom, kolik ta pojišťovna tomu ZZ nasmlouvá těch totálních endoprotéz.

Je to tak. Určitě na té národní úrovni je třeba sledovat jeden z takových těch asi nejvýznamnějších indikátorů v té zdravotní politice, kterým je geografická dostupnost. My si musíme uvědomit, že přestože ČR není až tak jako, není alpskou zemí, i přes to žijí lidé i v pohraničí, žijí lidé i v horách a je zapotřebí, aby ta běžná zdravotní péče, což je praktický lékař pro děti a dorost a praktický lékař pro dospělé, byla dostupná z pohledu geografie i už pro tady tyto, abych tak řekl hraniční oblasti. A přiznejme si to, že pokud někde chybí lékaři v určité oblasti, tak jsou to právě

tady tito. Tam je zapotřebí na té národní úrovni nabídnout něco teda těm lékařům, něco víc i za cenu toho, že nebudou perzekuováni například v těch úhradách potom.

Ano, to pojišťovny pak vlastně dorovnávají těm praktikům ty kapitační platby, že? A tím jim to jakoby kompenzují.

Tak, tak, jo. Takže určitě touto cestou, kdyby to bylo motivační ještě víc pro ně, tak si myslím, že by někteří zájemci z řad lékařů tady v tomto směru byli. Takže já vnímám dostupnost ZZ z pohledu indikátorů právě těch počtu lékařů na 1000 obyvatel, což se sleduje právě i v těch zemích OECD anebo v zemích členských států Evropské unie. Tak určitě jako jeden z indikátorů významných.

A zařadil byste tam spíš, nebo hlavně teda ten počet praktických lékařů na 1000 obyvatel a počet lékařů pro děti a dorost na 1000 obyvatel nebo lékaře všeobecně?

Já bych primárně směřoval tady k tomuto, protože je určitý trend v některých členských zemích Evropské unie primární péči transferovat na rodinného lékaře. On tady historicky ještě před světovou válkou byl, potom došlo k takové, bych řekl destabilizaci a destrukci těch rodinných lékařů. To znamená, že jeden lékař léčí toho pacienta od útlého dětského věku až po vlastně jeho úmrtí v té dané rodině, v té komunitě znají to sociální prostředí. Samozřejmě podle toho ví přesně, jestliže někdo onemocněl virózou, a když to nebude třeba viróza, ale nějaká vážnější choroba, takže ví přesně jaké léky nasadit, zná to prostředí, ve kterém žijí atd. Takže ten rodinný lékař mně připadá, že je třeba koncepte, který je určitě zajímavý a je to možná i budoucnost jak do budoucna vyřešit problematiku nedostatku lékařů právě v tady těch pohraničních oblastech nebo v těch horských oblastech, protože mít určité spektrum všech těch odborností jako je pediatr, lékař pro dospělé, gynekolog, stomatolog, některé věci ten rodinný lékař dokáže vyřešit. Já neříkám, že bude dělat invazivní výkony stomatologické nebo gynekologické. Samozřejmě, že jestliže má někdo nějaké zánětlivé onemocnění, gynekologické, tak to rodinný lékař by dokázal určitě zvládnout. Takže myslím si, že toto je třeba trend, kterým by se to mohlo ubírat. Pokud mám o dostupnosti říci, tak na prvním místě geografie a indikátory jsou zřejmé, které se v rámci OECD nebo členských států Evropské unie evidují. Tak to bych ponechal, protože je to parametr, který je důležitý právě z pohledu dostupnosti v rámci daného regionu nebo kraje.

Dobře a můžu teda ještě k té geografické dostupnosti, myslíte si, že by tam hrálo roli třeba i to, jak jsou kde legislativně nastavené časové dojezdové vzdálenosti záchranných služeb?

Ona obecně záchranná služba poskytuje vlastně už péči ze zákona z pohledu selhávání základních životních funkcí, jako je vědomí, krevní oběh, dýchání nebo nějaký těžký úraz nebo závažný úraz. A záchranná služba nemůže nikdy plnit roli primární péče. Záchranná služba je obecně specializovaný orgán, který se věnuje čistě jen těm akutním pacientům. Tady se domnívám, že určitě by záchranná služba neměla krýt nedostatky z pohledu chybějících lékařů, praktiků nebo pediatrů. To určitě ne.

Dobře, tak děkuju. Teď se dostáváme k finanční náročnosti služeb ve zdravotnictví. Tam bych se vás chtěla zeptat, jestli si myslíte, zda by vzhledem k té

životní úrovni bylo vhodnější posuzovat jakoby ty přímé úhrady pacientů, ty out of pocket výdaje anebo jestli by bylo třeba vhodnější posuzovat celkové výdaje na zdravotnictví právě z toho hlediska té finanční náročnosti služeb ve zdravotnictví.

Tak já si osobně myslím, že celkové, protože nikdy, a musím říci, že některé členské země Evropské unie to tak už pochopily, že zdravotnictví není izolovaný sektor. Proto taky sloučily třeba ministerstvo zdravotnictví s ministerstvem práce a sociálních věcí. Je zřejmé, že politika zdravotní a politika sociální je přímo provázaná a mnohdy je obtížné i na lékařské úrovni definovat přesně kde už končí hranice zdravotnictví a začíná ta politika čistě jenom sociální, nebo pečovatelská, když to teda tak řeknu. Takže myslím si, že ta cesta sledování těch celkových výdajů na zdravotnictví je určitě žádoucí. O to víc, že se to nedotýká vlastně jenom tady těchto oblastí, ale my víme, že v České republice vesměs zatím selhávají preventivní programy, které třeba severní země mají nastaveny velmi kvalitně a i politika potravinářského průmyslu, strojírenského průmyslu, to znamená kolik do ovzduší bude proudit těch negativních látek, jak budou nastaveny normy pro dovoz potravin v jaké kvalitě, tak domnívám se, že to zdravotnictví tím, že se bavíme o životním stylu, významně ovlivňuje životní styl a nějakým způsobem i to jeho vlastní zdraví, toho pacienta budoucího, tak se domnívám, že to jde průřezově přes většinu ministerstev. Proto taky si myslím, že by se měly sledovat celkové výdaje. A to nejen z pohledu zdravotnických kapitol, ale i z těch nezdravotnických, jako je právě sociální sféra. Viz například dopady kouření, vazba na to, kolik kuřáků umře ve skutečnosti a kolik třeba potom stát ušetří následně na politice vyplácení anebo nevyplácení starobních důchodů.

No ano. A to je třeba zajímavé, že spotřební daň z benzínu nebo alespoň její část jde zpět do opravy silnic, kdežto z cigaret tyto prostředky nejdou do zdravotnictví.

Já zastávám názor, že by měla jít. A myslím si, že tím, že vycházíme, vy to z přednášek mých víte, že vycházíme z té politiky Rakousko-Uherska, z toho bismarkovského modelu, který je založen na veřejném zdravotním pojištění, to znamená, že většinu výdajů kryjí veřejné zdroje a ne soukromé, tak si myslím, že je na místě se bavit, jestliže víme, že kouření jednoznačně škodí zdraví, tak prostě část této daně by měla jít zpět do zdravotnictví. A teď je jenom otázka jak správně alokovat tyto finanční prostředky, aby došly ke koncovým spotřebitelům.

A ještě teda kdybyste měl vybrat, jestli tu finanční náročnost hodnotit procentním podílem z HDP nebo jako výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele. Samozřejmě po přepočtu na paritu kupní síly, aby bylo možné mezinárodní srovnání.

Na to, o čem se bavíme, tak bych šel spíš do zdravotnictví.

Dobře. Takže když bychom se teď podívali na tu komunikaci, tak tady já osobně jsem našla jen samé subjektivní indikátory. My už jsme o tom vlastně mluvili částečně na začátku u té kvality, protože komunikace zdravotnického personálu je určitě součástí kvality. Takže já bych se vás zeptala, jestli vás napadá nějaký objektivní indikátor k té komunikaci? Já když jsem mluvila

s panem Sukeľem, tak on třeba říkal, že na Slovensku mají zavedený akreditační systém v rámci první pomoci a právě komunikace zdravotnického personálu. V těchto dvou oborech tam lékaři sbírají kredity. Takže na Slovensku by to možná šlo posoudit takto, nevím jak u nás. A hlavně bude určitě problém s dostupností takovýchto dat.

Tak určitě nějaké kurzy, workshopy semináře na komunikaci zdravotníků ať již s agresivními nebo neagresivními pacienty existují, to určitě ano. Je otázka jak správně potom sledovat výstupy těch účastníků. Co nabyli ještě, než nastoupili na ten kurz a jak potom následně. To se přiznám, že asi nebude zrovna jednoduché. Nejsem zrovna psycholog a expert na mezilidskou komunikaci. Na druhé straně já vnímám, že každá ta situace, která… Ve zdravotnictví se budeme setkávat s tím, že ten pacient nikdy nebude úplně v optimální kondici. Jestliže je někomu zle, je nemocný nebo má nějaký těžký úraz, tak samozřejmě se chová jinak než zdravý člověk, který si přijde do kadeřnictví na svoji vlastí žádost ostříhat vlasy. On nechtěl jít do té nemocnice, byl tam mnohdy i násilně dovezen, protože hold jako má třeba zlomenou nohu, takže jeho samozřejmě jednání bude jiné. Já si myslím, že nalézt v komunikaci objektivní indikátor možná je to utopie z mé strany, ale myslím si, že je to nereálné. Spíš bych vnímal teda jako doopravdy komunikaci, sledovat,… Jestli bychom chtěli aspoň trochu tu subjektivitu eliminovat, tak bych konkrétně se zaměřil třeba na otázku, která je nesmírně důležitá a v komunikaci hraje asi i významnou roli a to bude čistě z praxe a to je otázka – pokud přijde za mnou lékař na pokoj, zaklepal, když vstupoval? První otázka, která bude mít potom asi významný vliv asi i na tu komunikaci, jak budu vnímat já toho lékaře, který zaklepe nebo potom který tam vletí jak voda. A pak druhý bod, zda mi podal ruku a představil se, že je můj ošetřující dnešní lékař atd. Jmenuje se Martin Šamaj atd. Tak to si myslím, že takhle lze objektivizovat tu vlastní subjektivitu vnímání každého pacienta, jestli ten zdravotnický personál komunikoval správně nebo nějak nešťastně.

Já jsem ještě četla, že je taky důležité, kdy to tomu pacientovi dáme posoudit. Jakou byste viděl vy osobně vhodnou dobu? Jestli například když pacient odchází z nemocnice úplně nebo někdy jindy. Prostě jestli můžete určit třeba nějaký časový interval, aby to bylo objektivní i z tohoto hlediska.

Já budu reagovat asi na nějakou svoji předchozí odpověď, z předchozích otázek, že na to, aby byl úspěšně pacient vyléčen, tak tam musí být souhra minimálně tří stran. Je to souhra zdravotníci, souhra pacient a jeho rodina. Jo, tak by měla být nějaká souhra. Mezi těmi třemi musí vzniknout prvek důvěry a bez důvěry to nepůjde. To znamená, kdybychom to udělali třeba až na konci, tak toto celé selže, celý ten proces poskytování zdravotní péče. Já si myslím, že základ je, aby ta nemocnice se ukázala právě nejpěkněji a nejvstřícněji, nejdůvěryhodněji právě na začátku. To znamená, ten první kontakt by měl být ten, který toho dotyčného osloví. Osloví ho tak, že já ucítím ano, jsem u profesionálního týmu, který teď má na prvním místě mě vyléčit.

Takže byste mu ten dotazník dal třeba hned první den?

Já bych mu to dal hned po prvním dni, ať zhodnotí ten začátek, ten první dojem té nemocnice. To určitě ano.

A ještě jsem viděla názor, že se hodnotila kvalita komunikace i z perspektivy samotného zdravotnického personálu, kdy se posuzovali jakoby oni sami. Myslíte si, že to má nějaký význam?

Zdravotníci se mnohdy pasují do role…Do rolí…

Bohů?

Ano bohů, protože ovlivňují život, bytí a nebytí. Já se domnívám, že tam bude velká statistická odchylka.

Dobře. Tak teď tady máme dostupnost zdravotnických pomůcek a léků. Když se tak podíváte na ty indikátory, který by se vám z toho tak třeba zamlouval k hodnocení dostupnosti zdravotnických pomůcek a léků s ohledem na životní úroveň?

Přiznám se, že sem jsem až nedospěl. To je tady na konci až.

Ano. Je tu vlastně například poměr těch veřejných a celkových výdajů na zdravotnické pomůcky a léky, potom široká dostupnost lékopisu, ale nejenom lékopisu jako takového, ale také aby mu ti spotřebitelé porozuměli. Pak přístup k novým lékům, kde je to možné členit buď jako přístup všeobecně nebo k lékům na artritidu, cukrovku anebo potom posuzovali spotřebu antibiotik. Tam je teda zajímavé, že oni to ještě do roku 2012 posuzovali subjektivním názorem respondentů, kdy se jich ptali, jestli ví, že ty antibiotika nejsou účinné proti chřipce a nachlazení, jakože nejsou všespásné. Ale od roku 2013 to teda hodnotí už objektivně definovanými denními dávkami na 1000 obyvatel.

Asi na prvním místě bych řekl, že indikátor dostupnosti zdravotnických pomůcek a léků jde přímo do kompetence ministerstva zdravotnictví a jeho přímé organizace, což je Státní ústav pro kontrolu léčiv. Ti vlastně vydávají registrace vůči novým léčivům. Myslím si, že z těch vydefinovaných indikátorů, které tady sdělujete, sledování u poskytovatelů zdravotní péče může být určitě spotřeba antibiotik a to ve vazbě na stávající mikroflóru toho definovaného pracoviště, protože zde se můžeme setkávat s nozokomiálními nákazami, což je infekce, která je způsobena pobytem pacienta v nemocnici.

To jsou ty MRSA?

Ano, můžou to být i tady tyhle. A je zřejmé, že toto jsou komplikace, které jsou zcela zásadní. Je to indikátor, který by přímou vazbou na antibiotickou politiku mohl být evidován po jednotlivých ZZ. To znamená, nozokomiální nákazy versus spotřeba antibiotik. Tady si myslím, že opět může být toto zajímavé pro poskytovatele zdravotní péče. Ve skutečnosti poskytovatel zdravotní péče nemůže vůbec ovlivnit nasazování nových léků ve smyslu registrací přes SÚKL. Toto je politika, které jde čistě jenom přes ministerstvo zdravotnictví a přes SÚKL. Ve skutečnosti je ale známo, že Česká republika je v tomhle směru hodně proaktivní a registrace probíhají dřív než na západ od našich hranic, státy jako je Německo nebo Rakousko, což musím říct, že je někdy překvapením. Myslím si ale, že pokud celé ty odpovědi směřovaly primárně na poskytovatele, tak dostupnost zdravotnických pomůcek

a léků já bych vnímal spíš jako anitibiotická politika vs. nozokomiální nákazy. Tady si myslím, že by se určitě našly cesty, jak sledovat tuto korelaci.

A co si myslíte třeba o počtu obyvatel na jednu lékárnu. Mohl by třeba i toto být relevantní ukazatel?

On je sledován, vychází z toho nějaké data, postupně každý rok narůstají počty lékáren,… Jak každé lůžko si najde pacienta, tak i každá lékárna si najde člověka, který si tam půjde něco koupit…Spotřeba léků na vysoký krevní tlak vs. antidepresiva, ta struktura obyvatelstva, i geograficky jako jo…Hodnotit ty data mezi jednotlivými státy mně připadá nestandardní, protože je logické, že větší spotřebu antidepresiv budou mít severní státy, protože je tam méně světla než třeba v České republice a úplně jinak budou vypadat asi i jižní státy evropské oproti třeba České republice. Vychází to prostě z prostředí, ve kterém se nacházíme, což nemůžeme ani vůbec ovlivnit, protože je to tak prostě dáno. Takže já si zrovna myslím, že to jsou takové indikátory, které sumarizují nějakou informaci, ale ve skutečnosti, že bych na základě toho měl dělat do zdravotní politiky nějaké zásahy, to asi ne. To znamená, že měnit nějakou koncepci zdravotní péče v České republice, to určitě ne. Já bych asi vnímal, že toto jsou takové indikátory podružné teda z mého pohledu.

Dobře. Tak a poslední co tady máme, tak jsou ceny zdravotnických pomůcek a léků. Takže tam byste viděl nějaký vhodný indikátor? Ať už z těch, co jsem vybrala já nebo pokud vás napadá nějaký jiný vhodný indikátor?

Určitě z pohledu průměrný doplatek pacienta, to je určitě žádoucí. Vždycky budeme sledovat rozdíl mezi soukromými a veřejnými výdaji. Takže toto si myslím, že je indikátor, který by na té národní úrovni měl být určitě sledovaný. Potažmo potom v rámci jednotlivých členských států. Asi zajímavější než průměrná výše s maximální obchodní přirážkou by bylo samozřejmě sledování čistých cen, které jsou očištěné i o bonusovou politiku, dobropisy, což musím říci, že je ale informace, která je krytá obchodním tajemstvím, takže se to člověk nikdy ve skutečnosti člověk nemůže dozvědět. Maximální ceny jsou stanoveny SÚKLem, ty jsou definované, maximální ceny se pak i vykazují pro plátce zdravotní péče. Tady se domnívám, že na to, aby docházelo k adekvátnímu prvku spravedlnosti v úhradách od zdravotní péče, tak by plátci měli mít eminentní zájem si sledovat marketingově trh, jak se chovají ceny léčiv a zdravotnických prostředků a na základě toho přes SÚKL upravovali maximální ceny. To by určitě mělo být zájmem těchto dvou institucí. Protože pak v tu chvíli víme, že eliminujeme možnost, že některé nemocnice mají lepší vyjednávací pozice. Třeba například nákupu, že si vyjednají lepší dobropisování vyfakturovaných částek.

Takže byste to sledoval i přes ty maximální ceny, ano?

Já bych spíš šel na čisté, ale ty já nikdy nezískám.

A u kterých konkrétních léčiv byste toto sledoval? Třeba u antibiotik? Nebo já jsem se dívala, že nejdražší léky jsou na rakovinu, takže jestli třeba i u těch?

U těch centrových léčiv, to jsou centrové léčiva, které se teď používají za poslední léta a jsou vysoce nákladná. Tak je to vždycky o té dostupnosti. Že když už to tu někdo zaregistruje, tak samozřejmě je to možnost, kterou zas z ústavy ten občan to

může nárokovat samozřejmě a pokud ten lékař je motivován k tom, aby ten lék dal, tak ho samozřejmě dá. Jako zrovna z mého pohledu v cenách zdravotnických pomůcek a léčiv je problém v tom, že státní orgán, který uděluje maximálky, tak ve skutečnosti a teď to jenom říkám, domnívám se, že nemá úplnou představu o tom, jak se zrovna teď už marketingově chovají ceny v některých komoditách. A přiznejme si to, že třeba zrovna u těchto onkologických léčiv, které jste zmínila, tak oni se ve skutečnosti mění v řádech měsíců ty ceny a významně směrem dolů, protože každá farmaceutická firma na úvod když samozřejmě pustí daný lék na trh, tak samozřejmě potřebuje zaplnit ten patent, takže samozřejmě v prvních měsících je to nejnákladnější, ale tím jak se rozšiřuje trh, jak se postupně registruje do dalších a dalších států na světě, tak samozřejmě ta cena pak rapidně padá dolů. Protože tím množstvím samozřejmě prodaného zboží se ten patent zaplatí. Takže tady by byl zajímavý možná jiný indikátor, co mě zrovna teď napadá. Od udělení patentu a vložní na trh v rámci světa do doby registrace v tom konkrétním státě, tak jaký je tam ten čas. Toto si myslím, že by byl hodně zajímavý parametr, který může sledovat, jak se může chovat právě ten národní hospodář, obecně to ministerstvo zdravotnictví, že ve skutečnosti, a to tady je zřejmé zejména u těch onkologických léčiv, že třeba ministerstvo zdravotnictví v Německu vůbec nemá potřebu po udělení institutu, že léčivo může jít do distribuce, že udělí hned registraci pro německý trh. Tam nechává to portfolio třeba s odstupem několika měsíců, dokonce i roků, než ho potom zaregistruje pro ty své občany. Protože ví, že za ten rok ta cena maximální potom bude v úplně jiných výších než při tom, když vstupuje na trh ten nový konkrétní lék. Tady se přiznám, že možná toto by mohl být zajímavý indikátor, kdyby to bylo sledováno v rámci jednotlivých států.

Takže byste vybral tu skupinu léčiv na rakovinu, ano?

Asi ano, asi ano. Tady toto. V rámci těch zdravotnických prostředků bych tam dal určitě i obecně celou kardiologii plus ortopedii. To jsou takové ty obory, kde doopravdy se obecně vyskytuje velké množství zvlášť účtovaného materiálu, ZUMu takzvaných. Ty ZUMy, zvlášť účtované materiály jsou samozřejmě vysoce nákladné, takže určitě by bylo žádoucí tady toto sledovat v rámci těch maximálek, jak to směřuje směrem dolů teda.

Dobře, tak děkuju. A ještě se vás teda úplně na závěr zeptám, jaký je váš názor na ukazatel HDI. Myslíte si, že by se dal zhodnotit s těmi zdravotnickými ukazateli k tomu, aby se to použilo do regresní analýzy, kde by se sledovala korelace HDI zdravotnické ukazatele, které se jeví z našeho rozhovoru jako významné.

Ve srovnání jenom pro ČR nebo ve srovnání i s okolními státy.

S daty pro Českou republiku, ale výsledky pak aplikovat na výběr ukazatele pro mezinárodní srovnání.

Tak ono, pokud to mám vzít z pohledu zdravotnického, to řeknu, protože jsem zdravotník a ekonom, tak z pohledu zdravotnického si myslím, že by to korelovat mělo. To je logické, protože jestliže 50 % nemocí zdraví ovlivňuje životní úroveň, životní styl toho konkrétního pacienta, tak ano. Z pohledu ekonomického trošičku narážím na tu pragmatičnost, že přece jenom nejsem si stoprocentně jistý, že tak

co já vím o HDI, zda všechny ty údaje budou podloženy objektivně a budou podloženy tak, že budu moct se podívat do dostatečné časové lhůty, jakoby retrospektivně do minulosti, že mi potom z toho bude vycházet nějaká regrese. Trochu se toho bojím. Ty data tady prostě k dispozici, minimálně pro Českou republiku, určitě bych to sledoval jen pro ČR, pokud by do toho člověk chtěl jít, tak určitě bych to sledoval jenom pro tu Českou republiku, určitě bych nechtěl se vůbec srovnávat v rámci HDI s okolními státy. Protože sběr těch dat nikdy není úplně stoprocentně garantovaný, že to, co se zaeviduje potom v těch makročíslech na OECD na Světové zdravotnické organizaci nebo na Evropskou komisi, že doopravdy ty data jsou stoprocentně validní. Proto si myslím, že bych s těmito, a teď to řeknu multicentrickými indexy byl velmi opatrný. A spíš jsem tady těchto indexů odpůrcem.

A podle čeho byste to tedy zkusil vy osobně posoudit? HDP je totiž hrozně tvrdý ukazatel.

To je tvrdý ukazatel, to ne.

HDI vlastně zahrnuje HDP a mimo to zahrnuje dále vzdělání a zdravotnictví. A zase si říkám, že vzdělaní lidé více dbají o své zdraví a ta střední délka života, která je tam taky zohledněna, tak by mohla být taky teoreticky korelována s tím zdravím.

To ano. Jako určitě budete mít úplně jiný názor na výstupy z populace, která bude v produktivním věku, z populace, která je 50 a výše, nedej bůh populace, která je už důchodová. Tam si myslím, že bude docházet k rozdílným názorovým diskrepancím. Myslím si, že ta diskrepance minimálně v podmínkách české republiky je, protože když se podíváte na to, jak vypadá politické rozložení stran, tak není tady zrovna nějaké alespoň základní konsenzuální stanovisko. Vycházíme z Rakousko-Uherska, tak jsme středo levicově řízený stát. Ok, klidně, ale tím pádem se nesnažme hledat extrém úplně na levici nebo extrém úplně na pravici. Hledejme něco v tom středu. Je potom otázka, jaké i ty výstupy by byly v rámci, teď to řeknu…Pro mě vždycky indexy, které se sumarizují z mnoha dalších databází, tak čím víc těch databází člověk použije, tak samozřejmě musí pracovat s tím, že ta statistická odchylka tam bude významnější. Tak to já vnímám, když jsem měl možnost studovat právě například výstupy v životních úrovních. Myslím si, že se tomu věnuju hodně a i zahraniční literatury je tady hodně odborníků, kteří spíš naopak kritizují tady ty multicentrické indexy.

Tak dobře. Já vám moc děkuju, že jste si na mě udělal čas a přeji hezký zbytek dne.

Vám taky, na shledanou.

Na shledanou.