

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Katedra humanitních věd

Provozně ekonomická fakulta



Bakalářská práce

Komparace zdravotní péče v ČR a SRN

Sára Dutá

© 2016 ČZU v Praze

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Sára Dutá

Hospodářská a kulturní studia

Název práce

Komparace zdravotní péče v ČR a SRN

Název anglicky

Comparison of health care in the Czech Republic and Germany

Cíle práce

Cílem bakalářské práce je porovnání dvou zdravotnických systémů (v České republice a ve Spolkové republice Německo) prostřednictvím hodnocení zdravotní péče v České republice a ve Spolkové republice Německo, konkrétně pak zjistit, jak vnímají přístup lékaře ve vztahu k pacientovi vybraní dotazovaní, kteří mají osobní zkušenost se zdravotní péčí v obou systémech.

Metodika

Teoretická část bakalářské práce (jako předpoklad zpracování části empirické), vychází z prostudování teoretické literatury, odborných zdrojů, pramenů, kronik, materiálů a dokumentů vztahujících se ke sledované problematice tak, aby byl vymezen teoretický rámec a základní pojmosloví pro studované oblasti zdraví v současné společnosti, systému zdravotní péče v České republice a zdraví jako součásti sociální politiky v současné společnosti. Vlastní empirická část práce, je nejprve tvořena sekundární a komparativní analýzou dat o zdravotní péči v ČR a v SRN (jako propojením teoretické a empirické části bakalářské práce), aby pak zjištění v ní učiněná, byla využita a komparována s daty, získanými v navazujícím empirickém šetření, realizovaném pomocí polostandardizovaných rozhovorů, s vybranými dotazovanými, kteří mají osobní zkušenosti se zdravotnickým systémem v České republice, ale žijí v Německu, o vnímání přístupu lékaře ve vztahu k pacientovi v ČR a SRN. Doplnkově bude použita technika pozorování. Data, získaná terénním šetřením budou zpracována, analyzována, vyhodnocena a interpretována.

Doporučený rozsah práce

cca 30 – 40 stran textu

Klíčová slova

zdraví, hodnota zdraví, determinanty zdraví, nemoc, choroba, zdravotní politika, sociální politika, zdravotnický systém, péče o zdraví, společnost, role lékaře, role pacienta, vztah lékař – pacient

Doporučené zdroje informací

Bártlová, S., Matulay, S.: Sociologie zdraví, nemoci a rodiny. Martin: Osveta, 2009.
Bártlová, S.: Sociologie medicíny a zdravotnictví. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005.
Disman, M.: Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Karolinum, 2002.
Dufková, J., Urban, L., Dubský, J.: Sociologie životního stylu. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008.
Giddens, A.: Sociologie. Praha: Argo, 1999.
Kubátová, H.: Sociologie životního způsobu. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010.
Mareš, J., Hodačová, L., Býma, S.: Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství. Praha: Karolinum, 2009.
Potůček, M., a kol.: Veřejná politika. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2005.
Tomeš, I., a kol.: Sociální správa: Úvod do teorie a praxe. Praha: Portál, 2009.
Velký sociologický slovník. Praha: Karolinum, 1996.

Předběžný termín obhajoby

2015/16 LS – PEF

Vedoucí práce

Ing. Lucie Kocmánková Menšíková, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra humanitních věd

Elektronicky schváleno dne 30. 10. 2015

doc. PhDr. Michal Lošťák, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 10. 11. 2015

Ing. Martin Pelikán, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 14. 03. 2016

Poděkování

Poděkování patří Ing. Lucii Kocmánkové Menšíkové, Ph.D., za odborné vedení této práce, cenné rady a neustálou ochotu pomáhat a dále všem dotazovaným za poskytnutí užitečných informací týkajících se zdravotní péče v Německu, za jejich vstřícnost a čas.

„Prohlašuji, že tato práce je mým původním autorským dílem. Veškerá literatura a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, jsou uvedeny v seznamu použité literatury a v práci jsou řádně citovány. Jako autorka uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.“

V Praze, 7. března 2016

Abstrakt

Česká zemědělská univerzita v Praze, Provozně ekonomická fakulta

Katedra humanitních věd

Název práce: Komparace zdravotní péče v ČR a SRN

Souhrn: Bakalářská práce se zabývá porovnáním dvou zdravotnických systémů, rozdílů mezi kvalitou lékařské péče v České republice a ve Spolkové republice Německo, přesněji pak konkrétním přístupem lékaře k pacientovi. Práce v teoretické části vysvětluje základní pojmy, které se týkají tématu zdraví (hodnota zdraví a jeho determinanty, způsob života, prevence, nemoc, choroba, zdravotní péče, zdravotnický systém a zdravotní politika), dále pojednává o českém a německém zdravotnickém systému a komparuje jejich základní strukturu, kde nejzásadnějším rozdílem je odlišnost německého systému zdravotnictví, který se dělí do dvou úrovní – celostátní a spolkové. Práce také studuje roli lékaře a pacienta a vztah mezi nimi. Sekundární a komparativní analýza dat o rozdílech ve zdravotní péči v ČR a v SRN ukázala, že dotazovaní jsou s péčí a obecně s přístupem lékaře k pacientovi spokojeni spíše v Německu, ačkoliv zde existují také nedostatky. Data získaná pomocí polostandardizovaných rozhovorů ukazují, že názory na zdravotní péči se liší podle počtu let strávených v SRN (dotazovaní, kteří v SRN žijí např. již 15 let, měli s tamním zdravotnictvím více zkušeností). Téměř všichni dotazovaní se však shodují na tom, že rozdíl ve zdravotní péči ve zmíněných státech je zapříčiněn i rozdílem ve finančních prostředcích, které jsou na zdravotnictví vynakládány. Ročně je v Německu na zdravotnictví vynaloženo zhruba 11,6 % HDP, z čehož 76,8 % jsou veřejné finanční prostředky. Na zdravotní péči je v České republice to 7,5% HDP. Spoluúčast na úhradách zdravotní péče v ČR byla 15,8 %, v SRN 23,5 %. Ze získaných dat lze usuzovat, že kvalita péče ovlivňuje i důvěru v ní a také potřebu pacienta se léčit.

Klíčová slova: zdraví, hodnota zdraví, determinanty zdraví, nemoc, choroba, zdravotní politika, sociální politika, zdravotnický systém, péče o zdraví, společnost, role lékaře, role pacienta, vztah lékař - pacient

Abstract

Czech University of Life Sciences Prague, Faculty of Economics

Department of Humanities

Title: Comparison of health care in the Czech Republic and Germany

Summary: This thesis deals with comparing the two health systems, the differences between the quality of medical care in the Czech Republic and the Federal Republic of Germany, and more specifically with the individual physician access to the patient. The thesis explains in the theoretical part the basic concepts relating to the topic of health (the value of health and its determinants, lifestyle, prevention, illness, disease, health care, health care system and health policy) further discusses the Czech and German health care system and compares them basic structure, where the most fundamental difference is the difference of the German health system, which is divided into two levels, national and federal. The thesis also studies the role of the doctor and patient and the relationship between them. Secondary and comparative data analysis of the differences in health care in the Czech Republic and Germany showed that respondents are with care and physician access to the patient rather satisfied in Germany, although there are also drawbacks. Data obtained through semi-structured interviews show that views on health care varies according to the number of years spent in Germany (respondents who lived in Germany for example for 15 years, had with the local health care more experiences). Almost all interviewees seem to agree that the difference in health care in these countries is due to the differences in funds that are spent on health care. Annually put Germany on Health care about 11, 6% of GDP, of which 76.8% are public funds. On health care in the Czech Republic it is 7.5% of GDP. Participation in the payment of health care in the Czech Republic was 15.8%, Germany 23.5%. From the data obtained suggests that the quality of care affects the confidence in it and the need to treat the patient.

Keywords: health, the value of health, determinants of health, illness, disease, health policy, social policy, health care system, health care, society, the role of the physician, the patient's role, relationship doctor - patient

Obsah

1	Úvod	8
2	Cíl a metodika.....	9
3	Vymezení základních pojmů vztahující se ke zdraví a péči o zdraví.....	11
4	Péče o zdraví v moderní společnosti	15
4.1	Národní hospodářství a sociální politika.....	15
4.2	Zdravotnictví jako součást sociální politiky a systém péče o zdraví	16
4.3	Kvalita života, sociální nerovnost a zdraví	17
4.4	Role lékaře	20
4.5	Role pacienta.....	22
4.6	Vztah lékař – pacient.....	23
4.6.1	Komunikace lékaře s pacientem	24
5	Systém zdravotní péče v ČR a v SRN.....	26
5.1	Zdravotní péče v ČR	26
5.1.1	Problémy v českém zdravotnictví.....	28
5.1.2	Zdravotnická zařízení a jejich financování.....	29
5.2	Zdravotní péče v SRN.....	29
5.2.1	Zdravotnická zařízení a jejich financování.....	30
5.2.2	Problémy v německém zdravotnictví	31
5.3	Shrnutí rozdílů mezi systémy zdravotní péče v ČR a v SRN	32
6	Sekundární a komparativní analýza dat o zdravotní péči v České republice a Spolkové republice Německo	33
6.1	Základní statistické údaje ČR.....	33
	34
6.2	Základní statistické údaje SRN	37
6.3	Stručný souhrn výsledků sekundární a komparativní analýzy.....	41
7	Empirické šetření o vnímání přístupu lékaře ve vztahu k pacientovi v ČR a SRN.....	41
7.1	Rozhovory	43
7.2	Vyhodnocení dat získaných pomocí rozhovorů.....	44
7.2.1	Interpretace dat získaných rozhovory s dotazovanými D1 a D2	44
7.2.2	Interpretace výsledků D4 a D5	45
7.2.3	Interpretace výsledků D6 a D3	47
7.3	Souhrnná interpretace výsledků dat z rozhovorů a jejich komparace.....	48
8	Závěr.....	49

9	Citovaná literatura	53
9.1	Bibliografie	53
9.2	Dokumenty z webu	53
9.3	Internetové zdroje.....	54
10	Přílohy.....	55
10.1	Úplný přepis rozhovorů.....	55

Seznam obrázků

Obrázek 1 - zdroj: statistisches Bundesamt	34
Obrázek 3 - zdroj: statistisches Bundesamt	37
Obrázek 4 - zdroj: Urbanová Radka	40

Tabulka 1: Porovnání ZS ČR a SRN (Vlastní zpracování)	32
Tabulka 2: Vzdělání v ČR (Vlastní zpracování)	34
Tabulka 3 – Vzdělání (zdroj: Pousková)	38
Tabulka 4: vlastní zpracování	43
Tabulka 5: vlastní zpracování	44
Tabulka 6: vlastní zpracování	45
Tabulka 7: vlastní zpracování	46

Seznam grafů

Graf 1: vlastní zpracování.....	35
Graf 2: vlastní zpracování.....	36
Graf 3: vlastní zpracování.....	39

1 Úvod

„Lékaři předepisují léky, o nichž toho málo vědí - proti nemocím, o nichž vědí ještě méně lidem, o jejichž stavu nevědí vůbec nic.“ Voltaire

Dokud o naše zdraví nepřicházíme, jen stěží si uvědomujeme jeho hodnotu. Zdraví je neodmyslitelná součást našeho života, naše psychické a fyzické rozpoložení se odráží na jeho kvalitě a špatné zacházení s ním vede ke vzniku nemocí, díky nimž teprve zjišťujeme, jak je pro nás podstatné.

S lidským zdravím je spjata zdravotnictví, jeho systém, kvalita zdravotní péče nebo alternativní medicína. *„Kvalita zdravotní péče podle WHO je definována jako stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a také současné úrovni technologického vývoje. Zvyšující se nároky na zdravotní péči a snižující se finanční možnosti staví všechny země před úkol vytvořit efektivní zdravotnický systém, který bude schopen pružně reagovat na nové možnosti a na potřeby společnosti (Uttendorfská, 2008).“*

„Systém zdravotnictví se v posledních letech ve většině států stává jedním z nejdůležitějších oblastí, představuje odbornou část péče o zdraví, jeho hlavní úlohou je organizovat a řídit poskytování zdravotních služeb, kam patří mimo jiné i hygienické služby, léčebně preventivní péče a poskytovat zařízení pro výchovu a výuku a pro další vzdělávání pracovníků. Na území ČR existují jak státní, tak nestátní zdravotnická zařízení. Téměř všechna zařízení mají uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou a poskytují pacientům pojištěným u příslušné zdravotní pojišťovny zdravotní péči bez přímé úhrady (Ondrák, 2008).“

Tématu zdravotnictví se chci ve své bakalářské práci věnovat, protože patří k jednomu z nejsledovanějších odvětví, je součástí společnosti, a také např. sociální politiky. Jeho problematika se týká všech věkových skupin obyvatelstva a dostupnost některých technologií nebo léků může mít výrazný vliv na kvalitu života člověka.

Bakalářská práce se zabývá porovnáním dvou zdravotnických systémů a rozdíly mezi kvalitou lékařské péče v České republice a ve Spolkové republice Německo, přesněji pak konkrétním přístupem lékaře k pacientovi, který se v obou zemích liší. Zjišťování rozdílů mezi dvěma systémy zabývající se péčí o zdraví obyvatel jsem si vybrala proto, že mám možnost navázat přímý osobní kontakt s dotazovanými, tedy lidmi, kteří mají s oběma z nich zkušenosti. Osobní setkání a technika dotazování mi umožní nejen lépe porozumět jejich subjektivním pocitům a názorům na oba sledované systémy péče o zdraví.

2 Cíl a metodika

Cílem bakalářské práce je porovnání dvou zdravotnických systémů (v České republice a ve Spolkové republice Německo) prostřednictvím hodnocení zdravotní péče v České republice a ve Spolkové republice Německo, konkrétně pak zjistit, jak vnímají přístup lékaře ve vztahu k pacientovi vybraní dotazovaní, kteří mají osobní zkušenost se zdravotní péčí v obou systémech.

Teoretická část si klade za cíl důkladné prostudování relevantní literatury sledované problematiky, odborných zdrojů, pramenů, materiálů a příslušných dokumentů, vztahujících se ke sledovanému předmětu. Nejprve bude vymezen teoretický rámec pomocí charakteristiky a definování základních pojmů sledované problematiky, pozornost bude věnována pojetí zdraví v současné společnosti, systému zdravotní péče v České republice a zdraví jako součásti sociální politiky v současné společnosti.

Následující kapitola, jako propojení teoretické a empirické části bakalářské práce, je tvořena sekundární a komparativní analýzou dat obsažených v dokumentech, které souvisí s reformou zdravotnictví a dále pak komparaci obou zdravotnických systémů, mezi nimiž budou vyčleněny základní rozdíly.

Cílem navazujícího empirického šetření realizovaného pomocí polostandardizovaných rozhovorů s vybranými dotazovanými je zjistit, jak vnímají Češi, kteří mají osobní zkušenosti se zdravotnickým systémem v Česku, ale žijí v Německu, odlišnosti, výhody a nevýhody spojené s tamní zdravotní péčí v porovnání se zkušenostmi se zdravotní péčí v ČR. Konkrétně se bude empirické šetření zaměřovat na zjišťování rozdílů, které se týkají přístupu, průběhu a postupu lékaře ve vztahu k pacientovi.

Pro zajištění komparace zdravotní péče prostřednictvím polostandardizovaných rozhovorů bude empirická část práce řešena pomocí techniky dotazování. Dotazovanými budou lidé ve věku 20 – 55 let, kteří delší dobu žijí nebo pracují v Německu, ale jsou narozeni v naší zemi, přičemž s jejím zdravotnictvím mají také osobní zkušenosti a jsou ochotni a schopni o nich preferovat a srovnat je se zkušenostmi se systémem ve shora zmiňovaném státě. Pozornost bude věnována hlavně názorům na kvalitu péče o zdraví ve sledovaných zemích s konkrétním předmětem výzkumu – přístup lékaře k pacientovi.

Empirické části práce předchází již zmiňovaná kapitola, která je věnována komparativní a sekundární analýze dat vztahující se k rozdílům ve zdravotnických systémech. K získání informací pro tuto část bude použita technika studia dokumentů,

konkrétně odborné literatury, která je vhodná pro předmět práce, dále také studium odborných článků a sociologických slovníků. Tato technika patří mezi neinvazivní techniky sběru dat. Za výhody studia dokumentů může být označena možnost studia výpovědí nedostupných osob a příležitost dlouhodobého porovnání dat a sledování vývoje jevu, který se pozoruje.

Doplňkově bude využívána technika pozorování, která spočívá v cílevědomém, záměrném a plánovitém sledování skutečností, které jsou smyslově vnímatelné, přičemž do nich pozorovatel nijak zásadně nezasahuje. Při pozorování musí být jasně stanoveno, jaký bude předmět, který se bude pozorovat a čas, kdy se bude pozorování uskutečňovat. Dále se pak určuje, do jakých kategorií budou pozorovaná fakta zařazena, způsob, jak budou jevy sledovány a provedení pozorovaného záznamu. Tato technika je méně strukturovaná a otevřenější, určuje se zde míra přímosti, spoluúčasti, strukturovanosti a utajení pozorovaného. Za výhodu se při této technice dá označit možnost vytváření záznamů, naopak její nevýhodou je pak ne zcela přirozené chování pozorovaného, který si je svého sledování vědom. Je proto třeba pozorování opakovat (Kubeczková, 2012).

Empirický výzkum této práce je laděn spíše ke kvalitativnímu přístupu, který se používá především pro porozumění a pochopení určitého zvoleného jevu. Jeho výhodou je získání podrobných, hloubkových výpovědí, které se zkoumají v přirozeném prostředí, kde za přítomnosti stále nových teorií a hypotéz dochází k porovnání případů, sledování jejich vývoje a zkoumání příslušných procesů. Naopak nevýhodou může být malá reliabilita a oproti kvantitativní analýze nelze v kvalitativním výzkumu zobecňovat na celou populaci. Díky pružnému a nestrukturovanému charakteru ho nelze replikovat. Tím, že pracuje s omezeným počtem jedinců obvykle na jednom místě, mohou nastat potíže se zobecňováním výsledků (Hendl, 2005).

„Výzkumné otázky v kvalitativním výzkumu se většinou týkají třech oblastí. Za první sem patří popis a interpretace významů, které přisuzují jedinci situacím a jednáním, za další pak jazyk jako prostředek komunikace a interakce v dané sociální skupině a jako poslední se sem řadí vytváření teorií zkoumáním konfigurací a kontingencí v kvalitativních datech. Měl by být dodržen postup, při němž jsou otázky kladeny stále stejným způsobem a ve stejném pořadí. Na základě odpovědí klade tazatel ještě další doplňující otázky, při nichž nechá respondenta odpověď dále rozvíjet, případně se tazatel může ptát na další detaily (Hendl, 2005).“ Tento typ výzkumu se tedy zaměřuje především na to, jak jednotlivci a skupiny

nahlížejí na určitý jev. Problém, který při zkoumání vytyčujeme, není nikdy zcela ohraničený a stále jej při výzkumu vyjasňujeme. Kvalitativní výzkum používá strukturovaný sběr dat a mezi používané techniky patří především sběr dat pomocí dotazníků, nejčastěji pozorování a polostandardizovaný rozhovor.

Jak již bylo zmíněno, dílčím cílem práce je zjistit, jak je vnímána péče o pacienta v České republice a v Německu, konkrétně pak zjistit, jak vnímají přístup lékaře k pacientovi vybraní dotazovaní, kteří mají osobní zkušenost se zdravotní péčí v obou systémech. Výsledky této práce by mohly napomoci pochopení příčin rozdílů mezi systémy v obou zemích a pomoci zjistit, jaký vliv má samotný přístup a chování lékaře k nemocnému na jeho vůli se léčit, na důvěru, kterou díky zájmu nebo nezájmu lékaře ztrácí či získává a na samotný pocit správného postarání se o člověka, který potřebuje nejen zdravotní, ale i psychickou podporu a pomoc. Data, získaná při terénním šetření, budou zpracována, analyzována, vyhodnocena a interpretována.

3 Vymezení základních pojmů vztahující se ke zdraví a péči o zdraví

Člověk je determinován jako společenská bytost, ale je také bytostí biologickou, zejména pak ve vztahu k jeho fyziologickým potřebám a tělesným funkcím. Je současně bytostí přírodní a společenskou, i když své přirozené fyziologické potřeby, jako je potřeba jídla, uspokojuje kulturně určenými způsoby. **Osobností** je tedy každý člověk se svými biologickými, psychickými a sociálními znaky. Tento pojem zahrnuje také odlišnost jedince od ostatních, které mohou být jednak typologické (lidi spojují jisté vlastnosti a zároveň se jejich skupina ve společnosti liší od jiných skupin, například děti obratné a neobratné) a jednak individuální (každý člověk je jiný, má jiné vlastnosti, postoje, názory apod.). Jednotlivé skupiny vlastností osobnosti se navzájem propojují a tvoří celek (Slezáčková, 2012).

Vlastnosti osobnosti jsou utvářeny společenskými a biologickými vlivy. Složky osobnosti se dělí do dvou skupin, za první sem patří **sociální stránka člověka**, která vyjadřuje zařazení do společnosti, kam patří zejména úlohy jedince v rodině nebo jiných skupinách, vztahy a jeho sociální role, za druhé potom **biologická stránka člověka**, jež zahrnuje tělesné vlastnosti jako je např. vzhled, fyzická kondice, pohlaví, věk a zdraví nebo zdravotní stav (Machová, 2009).

Zdraví je to nejčennější, co máme. A ačkoliv toto tvrzení slyšíme ze všech stran, chová se řada z nás tak, jako by tato nejvyšší hodnota v našem životě neměla žádnou cenu. Teprve když jsme nemocní či máme nějaký zdravotní problém, ať už psychický nebo fyzický, si uvědomíme, jak je pro nás podstatné. Zejména v mladém věku má většina lidí tendence hazardovat se zdravím a také podceňovat prevenci.

„Zdraví je dynamická rovnováha organismu ve vztahu k endogenním a exogenním podmínkám, která zajišťuje jeho optimální fungování. Zdraví je pojem mnohorozměrný, jehož všeobecně přijatelná, operativně použitelná definice nebyla dosud podána. Největšího rozšíření doznala definice Světové zdravotnické organizace (WHO) z r. 1948, která vymezuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a spol. pohody (well-being), nejen tedy jako nepřítomnost nemoci. Toto pojetí vyjadřuje biopsychosociální jednotu kategorie zdraví, bere v úvahu jeho objektivní i subjektivní aspekty, nezachycuje však jeho dynamiku. Je přijímána především pro svou komplexnost a překonání dřívějšího biologizujícího pohledu na zdraví i pro svůj programový a cílový význam. Zdraví je ale zároveň výsledkem a procesem vzájemné interakce organismu a prostředí (Linhart, 1996).“

Pochopit **hodnotu zdraví** není snadné, existuje v zásadě dvojí, a to individuální a sociální. Už ve výroku, který je připisován Herakleitovi, se uvádí: „Když chybí zdraví, moudrost je bezradná, síla je neschopná boje, bohatství je bezcenné a důvtip bezmocný.“ Výstižně hodnotu zdraví vyjadřuje také výrok bývalého generálního ředitele Světové zdravotnické organizace Halfdana Mahlera: „Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic.“

Individuální hodnota zdraví je spojena s pudem sebezáchovy. Abychom si tuto cennost neuvědomovali teprve při onemocnění, cestou k jejímu lepšímu pochopení by měla být výchova posilující naši důstojnost a svébytlí. **Sociální hodnota zdraví** pak vychází z teorie, že každý populační celek, má-li přežít, musí věnovat pozornost zdraví lidí. Důvody takové pozornosti jsou sociálně a historicky podmíněny, kdy dříve byla důvodem například snaha o postavení silné armády nebo ekonomická výkonnost populace. Lidé by však určitě neměli být zdraví jen proto, aby se stali dobrými vojáky a produktivními pracovníky. Základním důvodem, proč má být člověk zdravý, je prostá skutečnost, že se tak může těšit spolu se svými blízkými ze všeho, co zdravý a plný lidský život přináší (Heřmanová, 2012).

Pokud o naše zdraví správně nepečujeme či je jinými vlivy nebo nedopatřením poškozeno, dochází ke stavu, který je označován jako nemoc. **Nemoc** je stav organismu,

který vzniká působením vnějších či vnitřních okolností, jež narušují jeho správné fungování, je také souhrnem reakcí organismu na porušení rovnováhy mezi ním a prostředím, postihuje okolí nemocného a je vždy doprovázena subjektivními pocity a individuálními prožitky.

Porucha zdraví, přesněji porucha tělesných, kognitivních, sociálních anebo psychických funkcí, které zřetelně negativně ovlivňují výkonnost a zdraví organismu, je označována jako **choroba**. Choroby lze rozdělit na **choroby sociální**, označující nemoci vzniklé nebo negativně ovlivňované působením sociálních podmínek a **choroby civilizační**.

Dnešní pojetí **sociálních chorob** se liší pro situaci nevyvinutých a vyspělých průmyslových zemí. U prvních se sociální choroby týkají nemocí způsobených chudobou, podvýživou a nedostatečnou hygienou (tzv. chorob z nedostatku). Jsou to zejména nemoci infekční, tuberkulóza, dětské infekční nemoci, nemoci z podvýživy (jako křivice) aj. Ve vyspělých zemích jsou za takové choroby považovány nemoci způsobené či ovlivněné nezdravými důsledky průmyslové civilizace, industriální urbanizace, narušeného životního prostředí, nadměrné psychické zátěže, stresů a škodlivých návyků v životním způsobu, jako je nedostatek pohybu, kouření, alkoholismus, nadměrná konzumace některých potravin apod.

Do popředí vystoupil výskyt chronických nemocí, nepřesně nazývaných **civilizační choroby**, jako jsou ischemická choroba srdeční, ateroskleróza, zhoubné nádory, alergická onemocnění, poruchy imunity, hypertenzní choroba, chronická plicní onemocnění, vředová choroba žaludku, psychoneurózy, sebevražednost, otravy a úrazy. S pokrokem genetiky se prokazuje i sociální ovlivnění některých genetických vad, jako jsou vrozené malformace, tzn. vývojové vady morfologické odchylky přesahující normální variabilitu spojené s významnými tvarovými a funkčními poruchami (Linhart, 1996).

Vzniku nemoci a jejím následkům se v některých případech dá zabránit, a to zejména správnou **prevencí**, jež je v nejširším slova smyslu definována jako předcházení nějakým (zpravidla škodlivým) vlivům. Nejčastěji se pojem používá ve vztahu k poruchám zdraví jedinců a populací, kde je prevence souborem činností, které vedou k zabránění vzniku nemocí, vad, zranění a jejich následků a pomáhají udržet optimální stav zdraví (Linhart, 1996).

Existuje také tzv. **medicínská prevence**, kterou se v řadě států zabývá preventivní medicína jako speciální odvětví medicíny. Je to disciplína, která se na rozdíl od kurativy soustřeďuje především na preventivní aktivity. Studuje šíření nemocí, všímá si zejm. faktorů

zvyšujících zranitelnost člověka nemocemi a faktorů, které usnadňují průběh nemocí a způsobují jejich progres. Druhotným efektem preventivní medicíny je zpomalení procesů nemoci, zabránění jejím negativním následkům, zachování maximální fyzické, psychické a sociální funkčnosti lidského organismu (Machová, 2009).

Zdraví člověka je složitým způsobem podmíněné (determinované) kladným i záporným spolupůsobením souboru vnitřních a vnějších vlivů. Příčiny a podmínky, které komplexně působí na zdraví člověka, se nazývají **determinanty zdraví**. Základní determinanty, ovlivňující zdraví člověka jsou: životní styl, genetický základ, sociálně-ekonomické a přírodní životní prostředí a zdravotní péče (Machová, 2009).

Z hlediska možností ovlivnění zdraví je nutné na jejich rozdělení nahlížet jako na faktory: 1. / individuální (životní styl)

2. / faktory prostředí (přírodní, sociální, zdravotní péče)

Přírodní životní prostředí je nezbytné pro život člověka vůbec. Prosazování ekologického chování společnosti a jednotlivců v zájmu zachování přírodní rovnováhy musí být základním principem politiky státu. Obnovitelnost přírodních zdrojů není neomezená a z hlediska průmyslové výroby musí jít už v blízké budoucnosti o střídmost ve využívání přírodních zdrojů (Ludin, 2010).

Lékař je zdravotnický pracovník, který samostatně provádí odborné pracovní činnosti preventivní a léčebné zdravotní péče. Obvykle jde o absolventa lékařské fakulty, který získal vysokoškolské vzdělání 2. stupně v doktorském studijním programu. Má titul doktor medicíny - MUDr. Doktorský studijní program zahrnuje nejméně 5 500 hodin teoretické výuky. Absolvováním specializačního studia má lékař právo používat profesionální označení lékaře specialisty spojené s názvem příslušného specializačního oboru. Součástí udělení doktorského titulu lékaře je zpravidla složení přísahy dodržování lékařské etiky včetně výlučné oddanosti životu při výkonu povolání - tzv. Hippokratova přísahy (Drbal, 2005).

Léčitelství je definováno jako diagnostická a léčebná činnost, kterou vykonává **léčitel**, tedy osoba bez odpovídajícího lékařského vzdělání. Léčitel používá metody alternativní medicíny, která je souborem nejrůznějších diagnostických a terapeutických metod. Jejich spektrum je dnes nesmírně široké, zahrnují se mezi ně metody lidové, přírodní a moderní, které mohou být domácího nebo exotického původu. Některé metody léčitelů jsou jednoduché, jiné vysoce sofistikované, využívající moderní techniku. Metody, které

používají, závisí do značné míry na místní tradici. V Orientu je konvenční metodou tradiční čínská medicína, zatímco západní medicínu tam lze dokonce považovat za alternativní, jiná je medicína v Indii, jiná u australských domorodců. Ale i mezi západními zeměmi jsou velké rozdíly dané místní lidovou léčebnou tradicí a různými módními vlivy. V České republice není spektrum používaných metod AM ani zdaleka tak široké jako např. v sousedním Německu nebo Rakousku (Heřt, 2010).

Alternativní medicína je zdravotní péče, která leží mimo hlavní proud konvenční medicíny. Podle definice W. B. Jonase je „*Oblastí léčebných prostředků, která zahrnuje všechny zdravotní systémy, modality, praxi a jejich původní teorie a víry, jiné než ty, které jsou vlastní politicky dominujícímu systému zdravotní péče konkrétního společenství nebo kultury v daném historickém období.*“

4 Péče o zdraví v moderní společnosti

4.1 Národní hospodářství a sociální politika

Národní hospodářství České republiky tvoří konkrétní odvětví (části, sektory) a je součástí hospodářství světového. Pohlížíme na něj jako na systém, který je tvořen subsystémy, které spolu souvisí. Jeho strukturou rozumíme rozdělení podle určitých hledisek.

Rozlišujeme tři hospodářské sektory. Je to sektor primární, sekundární a terciální. Do primárního sektoru se řadí prvovýroba, již se rozumí pěstování zemědělských plodin a výroba zemědělských výrobků. Sekundární sektor se zaměřuje zejména na výrobu statků hmotných, tvoří ho stavebnictví a zpracovatelský průmysl. Terciální sektor zahrnuje všechny služby pro obyvatelstvo a výrobu. Za základní funkci hospodářství je považováno uspokojení potřeb společnosti, které neustále rostou (Rektořík, 2001).

„*Pojem ekonomika (hospodářství) slouží jako označení pro hospodaření určitého subjektu, například podniku, země (národní ekonomika), případně celého světa (tzv. světová či globální ekonomika). Statkem máme na mysli cokoli, co uspokojuje potřeby osob. Patří k nim i činnosti (služby). Jako zboží a služby označujeme statky, které jsou určeny k prodeji* (Duková, 2013).“

„*Národní hospodářství je systémem, kde se uskutečňuje hospodářský proces vymezený hranicemi státu. Pro oblast sociální politiky jsou ekonomické možnosti státu určující. Všechny instituce jsou vytvořeny za účelem sloužit realizaci společenských zájmů a potřeb. Ke správné funkci ekonomiky vede účinná hospodářská politika, tvorba právních*

a věcných podmínek pro hospodářský rozvoj a kultivace a aktivace lidského potenciálu, jíž se rozumí aktivní složky sociální politiky v oblasti školství a zdravotnictví (Duková, 2013).“

4.2 Zdravotnictví jako součást sociální politiky a systém péče o zdraví

Sociální politika je politikou, která se primárně orientuje k člověku, k rozvoji a kultivaci. Jedná se o soustavné a cílevědomé úsilí jednotlivých subjektů o změnu nebo udržení svého sociálního systému. Aktivní sociální politika státu podporuje preventivní opatření, kterými se snaží předcházet vzniku sociálních problémů. Pasivní sociální politika zmírňuje důsledky vzniklých sociálních problémů (Tomeš, 2010).

„Hlavním posláním sociální politiky je vytvoření důstojných podmínek pro život a zajištění rovných příležitostí v oblasti vzdělávání, bydlení, pracovních příležitostí, zdravotní péče, garance dostatečného minimálního příjmu, který je definován pro oblasti různých sociálních situací. Cíle musí sledovat podmínky společenského vývoje, předvídat potenciály budoucího vývoje, musí čelit ekonomickým a sociálním rizikům. Mají vytvářet pozitivní podmínky pro vývoj jedinců a sociálních skupin. Hlavním z cílů je zabezpečování blahobytu všem občanům státu. Pod tímto termínem rozumíme vzdělání, osobní bezpečí, adekvátní bydlení, zdravou výživu, odpočinek, možnost cestování aj. (Duková, 2013).“

Zdravotní politika, ze které vychází financování zdravotnictví a systém poskytování zdravotních služeb, je součástí hospodářské a sociální politiky každého státu. Nedílným prvkem sociální politiky je podpora péče o ochranu zdraví. Režim zdravotní politiky je přizpůsoben historickým a kulturním podmínkám v dané zemi.

Mezi časté zásahy státu do systému zdravotnictví se řadí regulace cen. Stát je obvykle účastníkem dohodovacích řízení, která určují výši úhrad za zdravotní péči. Dále má možnost regulovat počet studentů, kteří jsou přijati na fakulty lékařství a kontrolovat poskytovatele zdravotních služeb prostřednictvím udělování licencí. K dalším nástrojům státu patří stanovení výše pojistného na zdravotní pojištění.

Vzhledem ke schopnosti moderní medicíny léčit lidi za poměrně obtížných podmínek, rostou ve vyspělých zemích náklady na poskytování zdravotnických služeb. Je to zapříčiněno zhoršujícím se stavem životního prostředí a rostoucími nároky na kvalitu a množství zdravotní péče (Ondrák, 2008).

Systém péče o zdraví je definován jako organizovaný a koordinovaný soubor činností, jejichž cílem je realizace výhod, služeb, preventivní léčba a rehabilitace ochrany

zdravotního stavu jednotlivců a komunit. Jedná se o ucelený soubor ekonomických, kulturních, sociálních, politických a výchovných zdravotnických prostředků, který upevňuje a navrácí lidem zdraví a umožňuje jim přístup k odborným službám. Tato soustava zahrnuje zařízení preventivní léčebné péče, hygienické služby, zařízení pro výchovu a výuku a vědecko-výzkumná pracoviště.

V dnešní společnosti neexistuje jednotné uplatňování systému zdravotní péče. Naopak, tyto řády se v různých státech odlišují. Značné rozdíly můžeme pozorovat zejména ve způsobu financování, ve struktuře vlastnických vztahů, státních zásadách, v podmínkách přístupu lékařů k pacientům a přístupu pacientů ke zdravotní péči, a také v řízení, organizaci a rozsahu zdravotnictví. Rozdíly ve zdravotní politice vychází z odlišných tradic, závisí na ekonomické vyspělosti státu, na politických prioritách obecné politiky vlády, na kulturních, sociálních a historických strukturách a hodnotách převládajících ve společnosti.

I přes nemalé nerovnosti v systémech zdravotní péče je možné najít jejich společné rysy. Jedná se zejména o snahu o vytvoření vysoké dostupnosti standardních služeb bez ohledu na výši příjmů. Ta je zajištěna společnou koexistencí neziskových a ziskových organizací, které se v systému doplňují. Primární péče je zajištěna především prostřednictvím soukromých lékařských praxí, silným omezením růstu výdajů na zdravotnictví, převaha plateb zdravotními pojišťovnami a vysoká míra regulace odvětví ze strany státu. Stát uskutečňuje svůj vliv na systém výkonem vlastnických práv, a to jako vlastník zdravotnických zařízení. (Křížová, 1998)

Ke studované problematice patří také pojem **zdravotnictví**, jež je souhrnem specializovaných zařízení poskytujících profesionální služby v oblasti péče o zdraví, které vyvíjejí činnost v příslušném legislativním, ekonomickém a sociálním rámci. Zdravotnictví jako instituce vznikalo postupně, v závislosti na vývoji lékařských věd a na ekonomických možnostech společnosti. V současné době zaznamenává ve vyspělých zemích světa nebývalý rozvoj, související zvláště s diagnostickými a léčebnými možnostmi moderní medicíny. (Bártlová, 2005)

4.3 Kvalita života, sociální nerovnost a zdraví

K tématu zdraví se bezpochybně váže **kvalita lidského života**, která v celkovém pohledu zahrnuje zkušenosti a poznatky četných oborů. Lze ji obecně lze rozlišit na objektivní a subjektivní (Hodačová, 2007). Objektivní dimenze se týká materiálního zabezpečení, sociálních podmínek, fyzického zdraví, funkčního stavu nebo třeba sociálního

statutu. Byla zpočátku vnímána jako jediná a určující, nicméně postupně se pojem se pro pojem kvality života stala nedostačující, protože nestačila k vysvětlení různého pocitu spokojenosti u lidí, jejichž zdravotní, sociální nebo materiální stav se při použití objektivních deskriptorů nelišil.

Subjektivní dimenze je v současné době zásadní a určující, je pojímána jako individuální hodnocení vlastního života - jedná se o prožívání a vnímání postavení sebe sama, svých osobních cílů, očekávání, zájmů, odvíjí se od prožitých zkušeností a od systému osobních hodnot a představ o svém vlastním životě (Gullone, Cummins, 2002; Hnilica 2006).

Ve všech typech politických a sociálních systémů lze zaznamenat **diference ve stavu zdraví**, a to jak mezi rozličnými sociálními skupinami lidí, tak i mezi geografickými oblastmi. Rozdíly lze pozorovat podle M. Whiteheadové (Whitcheadová, 1993) např. mezi městským a venkovským obyvatelstvem. Znevýhodněné skupiny lidí mají horší podmínky na přežití, kdy např. ve Španělsku umírá dvakrát více dětí v rodinách zemědělců než v rodinách inteligence. Značné rozdílnosti jsou prokazatelné i v tom, jak choroby probíhají.

Ekonomicky slabší skupiny populace trpí během onemocnění většími obtížemi než ostatní, ale i začátek chronického stadia a invalidita se u nich vyskytuje dříve. Ve Finsku např. 42 % lidí s nejnižšími příjmy trpí nemocemi chronického charakteru, ve skupině s vysokými příjmy je to pouze 18%. Ostatní dimenze zdraví a životní pohody vykazují podobně horší charakteristiky. Nezaměstnaní lidé v mnoha zemích mají oslabené duševní zdraví a jejich děti bývají menšího věku, oproti dětem, jejichž rodiče pracují. Vztah nerovnosti v příjmu na domácnost a úmrtnosti porovnal studie provedená v padesáti státech USA v letech 1980 a 1990. Úmrtnost lidí, kteří žili v domácnostech spadajících do nižší poloviny příjmové stupnice, byla významně vyšší, než úmrtnost lidí, kteří žili v domácnostech spadajících do vyšší příjmové poloviny (Kaplan, 1996).

Rozdíly existují také v dostupnosti a kvalitě zdravotnických služeb. Extrémním příkladem nerovného zdravotnictví je, když lidé nemohou využívat zdravotní péči vzhledem k nízkým příjmům, vzdělání, rase, pohlaví, věku, náboženství nebo jiným faktorům, které nejsou ve vztahu s potřebnou péčí.

Nespravedlnost v přístupu vzrůstá rovněž tehdy, když zdroje a zdravotnická zařízení jsou v zemi nesprávně rozloženy, existují převážně v urbanizovaných a více prosperujících oblastech a méně v místech venkovských a hospodářsky zanedbaných.

V souvislosti s problémem stejné kvality péče ve společnosti je nutné, aby každému jednotlivci byla věnována odpovídající pozornost, a to podle skutečné potřeby péče než ve vztahu k jeho sociálnímu postavení. Na tento typ nespravedlivého přístupu poukázala jedna studie prokazující, že v Polsku, a to v době, kdy byly nemocniční služby nedostatečné, se projevilo, že čím vyšší byla zaměstnanecká třída pacientů, tím větší část těch, kdo se osobně znali se zdravotnickým personálem, využila svých známosti k přijetí do nemocnice. Odpovídající kvalita péče pro každého také znamená, že každý člověk může očekávat potřebný standard profesionální péče (Bártlová, 2005).

V odborné zdravotnické literatuře se setkáváme s pojmem ekvita - překládá se jako spravedlnost nebo rovnost. „Ekvita ve zdraví“, podle definice publikované SZO znamená, „že v ideálních podmínkách by každý měl mít stejnou příležitost dosáhnout svého plného zdravotního potenciálu a - řečeno pragmatičtěji - nikdo by neměl být znevýhodněn při jeho dosahování, lze-li se ovšem takovému znevýhodnění vyhnout.“ Znamená to tedy, že každému se musí dostat zdravotní péče podle jeho potřeb, neboť zdraví je předpokladem uplatnění práva na život a osobní svobodu.

Setkáváme se též s rozlišováním tzv. horizontální rovnosti, čímž rozumíme poskytování stejné péče osobám se stejnými zdravotními problémy a vertikální rovnosti, což předpokládá poskytování diferencované péče osobám s různými zdravotními potížemi. Rozhodujícím činitelem je diagnóza, stupeň závažnosti onemocnění, prognóza onemocnění, léčebné možnosti, tedy medicínsky stanovená zdravotní potřeba.

Zdravotní potřeby lidí však nejsou stejné, neboť jsou podmíněny subjektivním rozhodnutím nemocného, jeho očekáváním a představami, uvědoměním si nemoci a následným chováním, ale též objektivním profesionálním hodnocením lékaře, který posuzuje zdravotní potíže různých jedinců podle kritérií medicíny a svých znalostí. To, co však rozhoduje o různých zdravotních potřebách a různé zdravotní péči v rámci rovnosti ve zdraví, však nemohou být subjektivní očekávání, nároky ani přání nemocného, nýbrž pouze objektivně stvrzená potřeba zdravotní péče podle medicínského hlediska (Křížová, 1998).

Snížení sociální nerovnosti by mělo být programovým cílem v každém demokratickém systému. Ke snížení sociální nerovnosti se snaží evropské státy přistupovat jako k určité povinnosti vůči svým občanům. V roce 1978 bylo 134 členskými státy oficiálně potvrzen program Světové zdravotnické organizace s názvem „Zdraví pro

všechny do roku 2000“. Podle tohoto dokumentu je rovnost ve zdraví prvním zdravotně-politickým cílem a prioritou zdravotní politiky.

Politika Zdraví pro všechny ve 21. století, přijatá světovou komunitou v květnu roku 1998, klade v nově definovaných 21 cílech problematiku spravedlnosti a solidarity opět na jedno z předních míst. Uvádí nutnost větší spravedlnosti a solidarity v rozvoji zdraví mezi jednotlivými státy a spravedlnost ve zdraví mezi sociálními skupinami v každé zemi (Bártlová, 2005).

4.4 Role lékaře

Uvnitř sociální sítě zdravotnictví působí řada zdravotnických profesí i jiných odborných pracovníků (např. lékaři s rozličnou specializací, sestry, laboranti, rehabilitační pracovníci, ošetřovatelky, sanitární pracovníci, psychologové, statistici, programátoři, přírodovědci, farmaceuti...). Mezi nimi představuje role lékaře rozhodující pozici. Obecně je činnost lékaře funkcionálně zaměřena na ochranu a upevňování zdraví, na diagnostiku a odstraňování nemoci, na záchranu ohroženého života (Schickler, 2008).

V dnešní složité horizontálně i vertikálně členěné zdravotnické instituci zastávají jednotliví lékaři konkrétní pracovní role, které se odlišují kompetenčním polem odborné činnosti, mírou sociálních vazeb, četností a charakterem styku s pacientem, postavením ve vztazích nadřízenosti a podřízenosti a dalšími faktory. Rozdílné jsou pozice a funkcionální činnosti praktického (rodinného) lékaře, odborného lékaře v nemocnici nebo v ambulanci, lékaře v hygienické službě nebo působícího ve farmaceutickém průmyslu atp. Pokud dále budeme mluvit o roli lékaře, budeme se snažit v obecné podobě postihnout charakteristické rysy, které jsou pro konkrétní role lékaře společné. Přitom budeme mít na mysli především nemocničního a praktického lékaře (Bártlová, 2005).

„I když se s činností lékařů setkáváme již ve starověku, o roli lékaře v současném pojetí lze hovořit až od poslední třetiny 19. století. To je také doba, kdy se formovaly nemocnice jako zdravotnická zařízení a kdy v nich také začali působit lékaři. V té době byla i nadále dáována přednost stonání v rodině, kam lékař docházel za nemocným, a nemocnice byly určeny pro chudé a opuštěné, kteří nemohli být léčeni a ošetřováni v rodině. Ostatně šance na vyléčení byla v nemocnici značně malá. Nemocniční pobyt znamenal zpravidla dlouhodobou izolaci, spojenou často s přípravou na blížkou smrt (Bártlová, 2005).“

„Teprve později vznikaly lékařské ordinace, nemocný začal docházet za lékařem a jeho činnost nabyla charakteru svobodného povolání. Rychle rostly lékařské poznatky a nemocnice se staly centrem medicínského pokroku. Do léčebného procesu byla a je zařazována i vyspělá technika. To vedl k růstu prestiže lékaře i nemocnice. Pokroky medicíny se projevily hlavně redukcí úmrtnosti, nárůstem počtu uzdravení, zkracováním doby terapie u různých onemocnění (Bártlová, 2005).“

Tím došlo k přeměně nemocnice z ústavu charakterizovaného jistou terapeutickou nedostatečností a s tím souvisejícími dlouhodobými pobyty pacientů v léčebném centru na ústav, jemuž již bylo možno důvěřovat zejména vzrůstajícími šancemi na přežití. Nemocniční zařízení ztratilo nálepku azylu chudých a otevřelo se rovněž majetným vrstvám jako místo pro nejkvalifikovanější lékařskou pomoc.

Přes veškerou prestiž, kterou si moderní medicína získávala, však mělo zlepšení lékařské péče až do počátku 20. století jen poměrně malý podíl na poklesu celkové úmrtnosti. Nové léky a chirurgické metody se při dalším snižování úmrtnosti významněji uplatňují teprve od poloviny 20. století. Antibiotika proti bakteriím a infekcím se začala používat ve 40. letech a povinná očkování se prosadila až v poválečném období.

Současnou podobu lékařské profese můžeme chápat jako důsledek vývojového stupně moderního průmyslového období, přinášejícího medicinalizaci společnosti, jejímž následkem je rozšiřování trhu pro lékařské služby. Tato profesionalizace musí být ovšem souvztažně pojímána se sociálními státními zásahy, jež jsou zaměřovány na zabezpečení zdraví obyvatelstva. Lékaři získávají role a společenské funkce, které bezprostředně nejsou součástí léčebného procesu. Lékař má za úkol nemoc definovat, tzn. vyhledat, stanovit, z čeho se skládá, a určit, co je zapotřebí k jejímu ukončení. Lékař také legitimizuje status nemoci, je osobou vlastnicí monopol znalostí, zkušeností a schopností umožňujících určení nemoci a její terapii. Proto se jeho mocenská pozice jeví jako přirozená, je však současně i velmi zatěžující (Bártlová, 2005).

Lékaři v současné době pociťují konflikt rolí. Na jedné straně rozsáhlá profesní autonomie lékařů při současných téměř neomezených možnostech medicíny, na straně druhé však podmínky omezených finančních zdrojů na zdravotní péči s sebou přinášejí vnitřní inkompatibilitu jejich role.

Činnosti lékaře mají mnoho stránek, které ho odlišují od ostatních povolání. Nejzákladnější pramení ze skutečnosti, že předmětem jeho činnosti je člověk (na rozdíl např.

od technických profesí, které nepotřebují brát bezprostřední zřetel na konkrétního člověka), a nesprávné, nevhodné Pochybné postupy mají většinou nezvratné následky. Toto je zvláště závažné, uvědomíme-li si, že lékař se musí rozhodovat a jednat, i když nezná nebo nemá jistotu o druhu a příčině poruchy zdraví, často v kritické časové tísní (Bártlová, 2005).

4.5 Role pacienta

Zhruba 10 % populace tvoří společenská skupina **pacienti**. Je velmi proměnlivá, což je dáno jejím přechodným rázem. Každá nemoc nebo handicap má své negativní důsledky, a to už z toho důvodu, že velké množství nemocí se projeví ve stáří, kdy je taková společenská skupina sociálně slabá, více zranitelná a manipulovatelná. Nemocný člověk má nízkou možnost se obhajovat a je potřeba, aby byly jeho zájmy respektovány. (Schickler, 2008)

Práva pacientů tak především vyvažují rozhodovací moc, jež vyplývá z pozice lékaře. Vztah mezi lékařem a pacientem není vyrovnaný. Zatímco lékař si svoji roli vybral a nic svou rolí neztrácí, nemocný je v situaci opačné. Prožívá fyzickou i psychickou bolest, slabost a strach o své zdraví a někdy i o svůj život. Dostává se tak do pozice závislosti na druhých a do prostředí, které nezná a kterému nerozumí.

Z pohledu sociologů je pacient ten, kterému brání jeho nemoc ve výkonu takových funkcí, které by jinak plnil. V průběhu nemoci se pacient soustřeďuje na své onemocnění a nemůže tak vykonávat svou činnost, kterou by jinak vykonával. K jeho povinnostem pak patří vyhledání lékařské pomoci a následná spolupráce s ošetřujícím lékařem. Role pacientů se liší. Přízpusobením se charakteru a průběhu onemocnění je závislé na sociální situaci nemocného. Úlohu zde hraje psychika, prožitky, bolesti, strach z diagnózy a léčebných úkonů, ze smrti, nejistota z vývoje nemoci (Křivohlavý, 2012).

Nemocné, respektive občany, se kterými přijde zdravotní personál do styku, se dělí do několika skupin, kam patří na příklad hospitalizovaní nemocní, kteří přijímají roli pacienta v její nejvyhraněnější podobě. To znamená, že hospitalizovaný pacient je vyloučen ze společnosti zdravých. Ocitá se tak v pozici člověka psychicky a společensky podřízeného. Pro hospitalizovaného pacienta je nemocnice dvojím prostředím, na jedné straně představuje zařízení, do kterého nemocný vstoupil z důvodu nalezení a vyléčení zdravotního problému, na druhé straně pak představuje dočasný domov. Dále sem patří nemocní v domácím ošetřování, kteří si zachovávají určité role vykonávající ještě v době jejich zdraví (např. role

otce, sourozence atd.). Nemocný, který se léčí v domácím prostředí, na rozdíl od hospitalizovaného pacienta, neztrácí kontakt se svým nejbližším okolím, tedy rodinou a přáteli, čímž si často svoji chorobou upevňuje (Bártlová, 2005).

4.6 Vztah lékař – pacient

„Všeobecně se pod vztahem lékař – pacient rozumí souhra sociálních podmínek a způsobu jednání ve vzájemném působení k předmětu své činnosti (Bártlová, 2005).“ Vztah lékaře a pacienta závisí na vlastnostech a daného člověka. Lékař je člověk, který má znalosti a schopnosti, dokáže léčit a pomáhat. Pacient je člověk, který potřebuje od lékaře pomoc a plně se svěřuje do jeho rukou a zároveň si chce zachovat možnost své svobodné volby, tedy plnou informovanost - rozhodování "sám o sobě".

Vztah můžeme definovat jako cestu: Pacient přijde za lékařem s problémem, který by měl lékař vyřešit, přičemž však nezáleží jen na samotném výsledku, ale i cestě, kterou byl výsledek dosažen. Prvořadým úkolem lékaře je tedy léčit reakci pacientů a to nejen fyzicky, ale i psychicky, protože psychika často hraje podstatnou roli v etiopatogenezi různých nemocí.

Pacient si postupně vytváří názor na lékaře, který se začíná budovat od prvního kontaktu s ním, proto lékař musí vystupovat ochotně ve všem, co pacient (a jeho problém) vyžaduje. Z tohoto důvodu by se měla např. zkrátit doba čekání v ambulanci na minimum (a také samotné čekání příjemně), protože pacient je často kvůli své nemoci v stresu. Snahou lékaře by mělo být, aby vztah mezi ním a pacientem byl kladný, protože v takovém případě pacient ochotněji spolupracuje, a tím se urychlí proces léčby (Schickler, 2008).

Jiný typ vztahu se samozřejmě vytváří např. mezi lékařem, se kterým se pacient setkává poměrně často a jiný mezi pacientem a specialistou, se kterým se pacient setká jen jednou za život - jako např. chirurg. Pokud je vztah lékař - pacient pozitivní, u pacienta vzbuzuje důvěru (a víru) k vyřešení jeho problému (Ptáček, 2015).

Důležitý je nejen odborný přístup lékaře k pacientovi- tedy stanovení diagnózy a prognózy, ale také lidský přístup, který musí ukázat, že plně akceptuje pacienta. Lékař se musí dívat na pacienta nejen jako na problém, který je třeba řešit, ale jako na člověka, který má problém, který je třeba řešit. Lékař musí při řešení problému pacienta projevit velkou empatii a cítit se do jeho pocitů, do toho, co pacient prožívá a podle toho při léčení postupovat. Lékař musí posoudit sám, na jaké úrovni je schopen vybudovat svůj vztah

k pacientovi, přičemž ale často nezáleží jen na pacientovi, ale na lékařových schopnostech. Snaha lékaře musí být přitom upřímná, protože naopak přílišnou snahu o vztah nemusí pacient správně pochopit - může ji pochopit jako zasahování do svého osobního života.

Samotné vybudování vztahu záleží na obou stranách, ale přitom lékař by se měl snažit za každých okolností vybudovat tento vztah kladný, nebo přinejmenším, aby vztah nebyl dokonce negativní, protože tehdy se pacient ztrácí důvěru v lékaře a tím často i ve vyřešení vlastního problému a může se odklonit od lékaře doporučené léčby ať už k jinému lékaři, nebo k úplné ignoraci nebo dokonce z beznaděje vyústit v patové řešení - suicidii (Ptáček, 2015).

4.6.1 Komunikace lékaře s pacientem

Efektivní léčba vyžaduje úzkou spolupráci mezi pacientem a lékařem a není možná bez vzájemné důvěry a kvalitní komunikace. Oproti minulosti, kdy měl lékař pozici absolutní autority a pacient byl v poloze pasivního příjemce léčby, se v současné době tento vztah posunul do roviny partnerské spolupráce. Pacient má možnost získat více informací, být angažovanější na léčbě, ale zároveň nese za svá rozhodnutí a chování i větší odpovědnost. O partnerské spolupráci je řeč z toho důvodu, že se v průběhu několika let změnila nejen naše společnost, ale i technologie, které dříve nebyly k dispozici (media, sociální sítě, internet apod.) a tak byl pacient většinou odkázán na lékaře a jeho znalosti. Dnes je možnost se v případě nespokojenosti s konvenční léčbou obrátit na léčbu alternativní, která dříve nebyla tak rozšířena. I určití lékaři již některé z jejích metod uznávají (např. akupunktura, akupresura, homeopatie apod.) a proto můžeme v tomto smyslu hovořit o partnerské spolupráci mezi pacientem a lékařem, kdy se v určitých případech oba dohodnou, jaký přístup bude nejlepší a pacient má tak možnost své návrhy s lékařem prodiskutovat. Jak v Německé spolkové republice, tak i v Čechách se nekonvenční metody léčení neustále rozvíjí, přibývá i lékařů, kteří klasickou alopatickou medicínu zklamaně opouštějí (např. MUDr. David Frej¹) a začínou se sami od sebe věnovat

¹ **MUDr. David Frej:** je český lékař, který po ukončení studia Lékařské fakulty Univerzity Karlovy pracoval několik let na interním oddělení. Na stáži v Londýně se rozhodl studovat holistickou a přírodní medicínu, protože ho zajímala vždy individuální léčba i prevence. Kromě jiného studoval i alternativní medicínu v Albuquerque v Novém Mexiku, v Rakousku a v indické Puně. Ve své praxi se zabývá léčbou chronických, zejména civilizačních nemocí, řešením vleklých zánětů v těle jako příčiny nemocí, výživou, detoxikací a regenerací organismu

té alternativní, zkoumat nové možnosti, postupy léčení nebo nabízet pacientům i jiné léčebné metody.

Komunikace mezi pacientem a lékařem je vcelku mnohotvárná a její průběh je ovlivňován více faktory. Velmi důležitou součástí jsou informace, které lékař pacientovi sděluje, neboť čím lépe je obeznámen se svým zdravotním stavem, tím lépe může s lékařem spolupracovat. Může se však stát, že informace danému člověku také uškodí, a to zejména v případech, kdy v něm budí strach nebo vyvolávají jiné nežádoucí reakce. Pacient může také ztratit důvěru v lékaře a zvláště tehdy, pokud postřehne nejistotu v informaci o diagnóze či léčbě (Christian & Klaus, 2009).

Rozhovor je interaktivní proces, tedy vstupuje do něj pacient i lékař, a oba nesou odpovědnost za jeho kvalitu. Podle pacientů zhoršuje kvalitu komunikace s lékařem několik faktorů, mezi které patří např. dojem, že lékař je v neustálém časovém stresu a nemá na pacienta dostatek času, používání medicínských výrazů, kterým pacient nerozumí, nedostatek lidského zájmu a úcty, v jejichž důsledku se pacient cítí jako objekt léčby nebo číslo diagnózy a také neochota lékaře odpovědět na otázky nebo bagatelizování některých obtíží pacienta.

Existují ale i faktory, které v komunikaci s pacientem ruší naopak lékaře a patří mezi ně zejména nepřesné a nejasné podávání informací o zdravotních potížích, zatajování některých důležitých faktů, postoj "udělejte se mnou něco" - tedy pasivita v komunikaci i v léčbě a nezáměr podílet se na ní (Linhartová, 2014).

Jedním z nejčastějších faktorů, který má na kvalitu rozhovoru pacienta s lékařem také negativní vliv, je stres. Člověk může být ve stresu ze samotné návštěvy u lékaře, kdy prožívá strach z toho, jaká vyšetření bude muset podstoupit, nebo co se dozvíte, a podobně. V takovém rozpoložení je pak těžké jasně a celistvě popsat své zdravotní potíže. Zároveň se zhoršuje schopnost soustředit se na informace, které od lékaře dostáváte.

Podle výsledků jistého výzkumu si až třetina pacientů nepamatuje diagnózu, kterou jim lékař řekl, a dvě třetiny vnímají jen část z toho, co slyší. Pokud je na rozhovor s lékařem pacient připravený předem, může alespoň částečně těmto potížím předejít. Existuje doporučení, které v tom mohou pomoci, jako je např. napsání v bodech, co je třeba lékaři říct a na co se je nutné se zeptat, také sem patří absolvování důležité návštěvy u lékaře v doprovodu někoho blízkého. Pacient se tak cítí jistější, co si nezapamatuje on, zapamatuje průvodce a později s ním může probrat, co se od lékaře dozvěděl. Není ostuda, pokud přijde

dotyčný s doprovodem, na začátku rozhovoru se může tato skutečnost lékaři i vysvětlit. (Christian & Klaus, 2009)

Je důležité, aby lékař podával při rozhovoru informace jasně a stručně, snažil se popsat podstatu problému a až potom přešel k detailům. Lékař musí mít prostor pro doplňující otázky. Naopak otázky, které jsou lékaři kladeny, je třeba formulovat v krátkých větách a srozumitelně. Pokud dojde k nepochopení ze strany pacienta, měl by lékaře přerušit a požádat ho, zda by to vysvětlil ještě jednou nebo jinými slovy, průvodce si může dělat během rozhovoru poznámky. Na konci rozhovoru může pacient vlastními slovy shrnout, jak pochopil, co lékař řekl. Tzv. "Zpětná vazba" je účinný prostředek k minimalizaci nedorozumění (Linhartová, 2014).

5 Systém zdravotní péče v ČR a v SRN

5.1 Zdravotní péče v ČR

Zdravotnictví ČSR patřilo do roku 1950 k nejnávštěvnějším v Evropě, a to jak vlastním organizačním pojetím a sociálním zaměřením, tak i dosahovanou úrovní zdravotního stavu populace. Jeho činnost vycházela z klasického pojišťovacího systému, jehož principů používá i v současné době Spolková republika Německo a Rakousko. Celý komplex zdravotnictví vycházel a důsledně se řídil na tehdejší dobu vyspělou sociální a zdravotní legislativou dvacátých let. V padesátých letech byl tento systém destruován s následným vznikem struktury se zdánlivě jednoduchou organizací, provázanosti jednotlivých složek a finančním zajištěním, včetně nezávislosti na výkyvech principu tržního hospodářství (Bártlová, 2005).

V každém kraji, okrese a v některých vybraných velkých městských aglomeracích došlo v rámci jednotné zdravotnické soustavy ke zřízení určitých typů zdravotnických organizací (krajského, okresního popřípadě městského Ústavu národního zdraví). Do jejich struktury byly začleněny všechny nemocnice, polikliniky, obvodní zdravotnická střediska, lékárny, hygienické stanice, záchranná služba, popř. i další zařízení.

Téměř všechny finanční prostředky plynuly do centrálního rozpočtu, z něhož se opět přerozdělovaly krajům a v další fázi okresům. Rozpočtové prostředky pro ústavy národního zdraví byly přidělovány zřizovatelským orgánem, tedy krajským národním výborem, okresním národním výborem apod., zhruba podle počtu obyvatel a stavu z předchozího roku, mnohdy bez ohledu na kvantitu výkonů, potřebu zkvalitňování preventivní a léčebné péče i rozvoje příslušných územních celků. Výsledkem byl značně nepružný systém s nejasností

určení, z jakých zdrojů je vlastně zdravotnictví financováno. Informační zpětné vazby mezi ústředním orgánem a jednotlivými zdravotnickými zařízeními byly slabé a nedostatečné (Bártlová, 2005).

Postupem času se prohlubovalo omezování finančních prostředků pro zdravotnictví a nezdůvodně se s redukovánými rozpočty neúčelně nakládalo, v některých případech i vysloveně plýtvalo. To mělo za následek rostoucí technickou zaostalost zdravotnictví, vyrovnávanou extenzivním rozvojem - zvyšováním počtu lůžek a lékařů. Uvedená situace vedla k rozvoji stínové ekonomiky, úplatkům apod. V součinnosti s dalšími negativními vlivy působícími vně oblasti zdravotnictví docházelo k postupnému zhoršování zdravotního stavu obyvatelstva. Z vyhodnocení některých závažných ukazatelů lze např. uvést, že v letech 1964-1984 poklesla střední délka života z 10. místa na 21. místo mezi 27 uváděnými evropskými státy (Bártlová, 2005).

Ve srovnání s průmyslově vyspělými zeměmi došlo v průběhu 70. a 80. let v našich podmínkách ke značnému poklesu finančních dotací do resortu zdravotnictví. Snaha řešit uvedenou situaci extenzivním rozvojem, zvyšováním počtu lůžek a lékařů vedla ke značné provozní neefektivnosti v čerpání těchto omezených prostředků. K zamezení dalšího negativního vývoje zdravotnictví v ČR bylo v důsledku závažných politických změn možno teprve po listopadu 1989 přistoupit k zahájení reformy českého zdravotnictví a k přípravě nového modelu organizace zdravotní péče.

Porovnáme-li systémy zajišťující zdravotní péči v jednotlivých hospodářsky prosperujících státech, zjistíme, že každý má své přednosti i nedostatky. V zásadě je lze charakterizovat jako pluralistické nebo centralistické. V pluralistických systémech existuje velká různorodost objektů poskytujících zdravotní péči, počínaje jednotlivci přes skupiny až k velkým institucím. V těchto systémech, založených na tržním mechanismu, je nevýhodou implicitní růst cen, projevující se zvláště v posledních letech. K jeho zvládnutí přijímá pak stát různá politická, zákonodárná i ekonomická opatření. Centralizované systémy vykazují zpočátku svého uplatnění dobrou možnost zorganizovat zdravotní péči pro veškeré obyvatele. Negativním rysem je však vznik rozsáhlého byrokratického aparátu, jehož extenzivní růst v podstatě brzdí rozvoj skutečných zdravotních služeb. Tato vlastnost se jeví jako neodstranitelná a vyvolala např. ve Velké Británii, kde je současný státní zdravotní systém (National Health System) velmi kritizován, snahu po jeho demokratizaci, včetně reprivatizačních opatření.

Na základě již zmíněných nedostatků byl proto po listopadu 1989 ustanoven tým odborníků, který připravoval studie o variantách modelů zdravotnictví v ČR. „Návrh nového systému zdravotní péče“, ve kterém jsou zformovány zásady reformy zdravotnictví, byl přijat vládou České republiky jako oficiální usnesení č. 251 dne 12. 12. 1990. Koncem roku 1990 byly zrušeny krajské ústavy národního zdraví (KÚNZ) a krajské hygienické stanice přestaly být podřízeny KÚNZ. Během roku 1991 se okresní ústavy národního zdraví (OÚNZ) rozpadly do většího či menšího počtu samostatných zařízení a okresní hygienické stanice přestaly být podřízeny OÚNZ. V tomto období byly přijaty normy týkající se programu zajišťování a způsobů poskytování zdravotní péče, jako např. „Národní program Obnovy a podpory zdraví“, Zákon o péči o zdraví lidu a Zdravotnický řád. (Bártlová, 2005)

Česká republika se rozhodla pro přechod od státního modelu k více pluralitnímu a decentralizovanému systému všeobecného zdravotního pojištění. Součástí nového návrhu systému zdravotní péče byla privatizace, která se postupně stala stěžejním problémem transformace českého zdravotnictví (Bártlová, 2005).

5.1.1 Problémy v českém zdravotnictví

Obecným problémem zdravotnictví v ČR je rozpor mezi rychle rostoucí technickou úrovní a tím i rychle rostoucími výdaji a pomaleji rostoucími zdroji pro jejich pokrytí. České zdravotnictví hledá cestu k šetření rychle rostoucích nákladů. Teoreticky jsou dvě základní možnosti, a to za první - šetření na straně nabídky, a za druhé - šetření na straně poptávky. Oba přístupy jsou reálné, nevylučují se a měly by být používány v kombinaci. První přístup je reprezentován systémem regulace sítě, legislativními omezeními systému pojišťoven, lékovou politikou, akcentem na moderní management apod. Pro druhý přístup je typický např. důraz na podporu zdraví a prevenci, podpora laické péče apod.

Kromě toho existuje celá řada dalších problémů, jako účast státu na financování a regulaci zdravotnických služeb, systém organizace zdravotnických zařízení, oblast veřejného zdravotnictví, spoluúčast pacienta, integrace svépomocných skupin a začlenění laické medicíny do péče o zdraví.

V souvislosti s transformací českého zdravotnictví se modifikují sociálně-profesní role jednotlivých skupin zdravotnických pracovníků, jejich prestiž a kooperační vztahy. Pomalu se mění vztah jedince ke svému zdraví a jeho podíl na péči o něj (Bártlová, 2005).

5.1.2 Zdravotnická zařízení a jejich financování

Česká republika je demokratickým, sociálním a právním státem, základní lidská práva, jako je právo na život a ochranu zdraví, jsou tedy ústavně zaručena. Občané mají právo na bezplatnou zdravotní péči a zdravotní pomůcky na základně veřejného pojištění. V rámci tohoto ustanovení existuje další úprava zákona, která se vztahuje k poskytování zdravotní péče - úprava dává zdravotním pojišťovnám možnost volnosti v rozhodování ohledně zdravotnických zařízení a lékařů, se kterými uzavírají smlouvy o hrazení zdravotní péče.

„Na zdravotní péči je v České republice ročně vynakládáno 7,5% HDP. V této sumě není ovšem zahrnuta řada nákladů, které se v zemích OECD započítávají výdajů na zdravotnictví. (Pešek, 2005). V České republice je síť zdravotnických zařízení tvořena ordinacemi praktických lékařů, ordinacemi odborných ambulantních lékařů, nemocnicemi a odbornými lůžkovými zařízeními. Většina lůžkových zařízení má veřejný charakter a většina ambulantních lékařů je zprivatizována (Drbal, 2005).“

Ministerstvo zdravotnictví, kraje a města mohou být zřizovateli lůžkových zařízení, která mají většinou uzavřeny smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Výsadní postavení mezi nimi má Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP), hradící zhruba 60% zdravotní péče. Povinným zdravotním pojištěním je zajištěno její financování. Ekonomicky aktivní osoby, jako jsou zaměstnavatelé a osoby samostatně výdělečně činné, mají povinnost odvádět pojistné. Za ostatní občany (děti, důchodci, nezaměstnaní, matky na mateřské dovolené, vězni ad.) hradí pojistné stát, jedná se asi o 55% pojištěnců (Pešek, 2005).

„Všeobecná zdravotní pojišťovna je veřejnoprávní institucí a zřizuje ji stát. Kromě této působí v České republice ještě 8 dalších zdravotních pojišťoven. Podmínkou výkonu povolání lékaře nebo zřízení zdravotnického zařízení je udělení licence. Licence vydává Česká lékařská komora, která je také garantem kvality poskytované lékařské péče. Stát vykonává svou působnost garanta zdravotní péče prostřednictvím krajských úřadů, které mají povinnost zajistit na svém území poskytování zdravotních služeb, provádí registrace a povolují zřízení zdravotnického zařízení (Skripová, 2006).“

5.2 Zdravotní péče v SRN

Za otce univerzálního systému zdravotní péče v Německu je považován kancléř Otto von Bismarck. Základní předpoklady současného zdravotního systému, ve kterém jako plátcí

služeb fungují nezávislé pojistné fondy, byly realizovány v roce 1883. Německo funguje zejména na privatizovaném zdravotnickém trhu. Předpoklady pro reformy, jejíž prioritou je třeba, aby se zabránilo zvýšení nákladů na péči, byly přijaty parlamentem v roce 2007.

Německý systém je decentralizovaný, ve kterém jsou poskytovatelé služeb lékařská sdružení a organizace, nemocnice a boční plátcí - nemocenské fondy (veřejné i soukromé) a sdružení nemocenských pokladen. V Německu existuje 252 fondů veřejného zdraví, fungující na neziskovém principu, včetně 17 regionálních zdravotních pojišťoven. Tento systém je založen na principech pojištění. Od ledna 2009 mohou všichni občané, na které se vztahuje povinné zdravotní pojištění bez ohledu na výši výdělku, zvolit buď obecné anebo soukromé zdravotní pojištění (Schickler, 2008).

Ministr zdravotnictví a sociálních věcí je zodpovědný pouze za systém legislativy zdravotní péče, neexistuje žádný přímý vliv na plátce a poskytovatele. V tomto systému nemá žádnou kontrolu nad množstvím poskytovaných služeb a kontrola jejich cen také není kompletní

5.2.1 Zdravotnická zařízení a jejich financování

„Německý zdravotnický systém je založen na 4 pilířích. Jsou to pojištěnci, zdravotní pojišťovny – pojištění, zprostředkovatelé výkonů (např. nemocnice) a jiné připojené subjekty. Příjemci zdravotnické péče jsou samozřejmě pacienti, mezi zprostředkovatele výkonů spadají lékaři, lékárníci, ošetrovatelský personál a jiné zdravotnické služby. Zdravotnická péče je v Německu zajištěna buď přímo státně ve státních nemocnicích anebo soukromě díky privátním lékařům, lékárníkům, klinikám a ordinacím. Tvzení o dvojím financování pozbývá svoji pravdivost v momentě, kdy si uvědomíme, že vybrané finanční prostředky za zdravotní pojištění jsou obhospodařovány státem a až poté přerozdělovány mezi jednotlivé pojišťovací subjekty, kterých v Německu působí více než 200. Prvním článkem dlouhého řetězce zdravotnické péče je všeobecný lékař (tzv. Allgemeinarzt), který je brán jako lékař komunitní a vedle fyzického zdraví pečuje i o sociální a psychickou pohodu svých pacientů. Všeobecný lékař v případech, kdy není schopen sám vhodnou péči zajistit, odesílá pacienta buď za soukromým specialistou, nebo do zařízení lůžkové péče (nemocnice, klinika) (Zdravotnictví v zahraničí, 2015).“

„Financování zdravotnické péče je pokryto dvojitým základním pojištěním. Jde o povinné zákonné veřejné pojištění (GV), jehož výše se odvíjí od výše příjmu daného pojištěnce. Zajímavostí je, že za určitých podmínek pokrývá platba za zdravotní pojištění rodiče s nejvyšším příjmem celou jeho rodinu. Nesmíme zapomenout i bezplatné zdravotní pojištění pro vojáky a jejich rodiny, pracovníky v civilní službě a zaměstnance v sociální sféře. V tomto smyslu je systém velice sociální. Asi 10 % obyvatelstva je pojištěno privátně. Privátní pojištění je druhým základním typem a jeho výše se stanovuje na základě zdravotního stavu pojištěnce, věku, pohlaví, rizikových faktorů a požadovaných pokrývaných výkonů (Zdravotnictví v zahraničí, 2015).“

Od 1. ledna 2009 zde začal působit zdravotní fond (něm. Gesundheitsfond). Je to nová instituce, která mění vyplácení příspěvků od zaměstnavatelů na zdravotní pojištění. V současné době jsou všechny příspěvky ve vlivu fondu, který pak prochází každý jednotlivý příspěvek pojištěnců, což umožnilo vyrovnání příspěvků vypočtených ze mzdy, které dostávají (Schickler, 2008).

Pokud převedené příspěvky nepokrývají náklady na lékařské služby, má zdravotní pojišťovna možnost účtovat dodatečnou prémii pojištěného. Záměrem je zvýšit konkurenci mezi zdravotními prostředky a snížit rostoucí náklady na zdravotní péči zavedením účinných technik řízení zdraví. Občané vyberou hotovost, která nevyžaduje žádné další poplatky.

V roce 2007 byly v Německu výdaje na zdravotnictví ve výši 10,2 % HDP, z čehož 76,8 % byly veřejné finanční prostředky. Výdaje veřejných prostředků se skládají z všeobecného zdravotního pojištění, všeobecného pojištění s dlouhodobou péčí, dalších veřejných pojistných systémů (např. pro úředníky) a státního rozpočtu. Soukromé zdroje financování sestávají především z přímých výdajů pacientů, což je 57,1 % soukromých výdajů (drogy, dotované služby) a soukromého zdravotní pojištění - 39,7 % (Schickler, 2008).

5.2.2 Problémy v německém zdravotnictví

Řada problémů má historické kořeny již v první polovině 20. století nebo dokonce v 19. století. Prakticky celé 20. století můžeme sledovat dominantní postavení lékařů (zejména privátních). Další významné aktéry zdravotnictví v Německu tvoří zdravotní pojišťovny, jejichž struktura zatím přestála četné politické proměny, zejména pak ve starých spolkových zemích.

„V Německu byl koncem 19. století zavedeno zákonné zdravotní pojištění a vznikl „moderní“ zdravotnický systém. Vedle povinného pojištění a množství pojišťoven ho charakterizoval princip vzájemného zabezpečení uvnitř solidarizujících sociálních skupin. Vývoj systému zdravotního pojištění (od druhé poloviny 19. století dodnes) je poznamenán permanentními střety zájmů mezi zdravotními pojišťovnami, lékaři a zřizovateli nemocnic. Organizační uspořádání německého systému, ze kterého vyplývá silná pozice některých aktérů a jejich svazů, k tomu do značné míry přispívá. Historickým vývojem se nejsilnější skupinou v německém zdravotnictví stali lékaři (PhDr. Barták, 2006).“

5.3 Shrnutí rozdílů mezi systémy zdravotní péče v ČR a v SRN

U zdravotních systémů ve sledovaných zemích nalezneme několik společných znaků. Hlavním společným problémem je otázka sestavení růstu výdajů na zdravotnictví, s čímž souvisí také problém rostoucí poptávky po zdravotní péči, problém celkové podpory zdraví, zdůraznění prevence, zdravého životního stylu a řešení růstu podílu starších občanů v populaci. Cíle, které si tyto zdravotní systémy kladou, se od sebe také příliš neliší. V obou případech se jedná zejména o snahu poskytovat co nejkvalitnější zdravotnickou péči, která vede ke zlepšování ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva, kam patří např. střední délka života.

Země	Příspěvky z měsíčního př.	Pojištění	Struktura ZS	Cíle	Problémy	Nejvyšší správní orgán
ČR	13,5 %	VZP	Státní a soukromý	Poskytování kvalitní péče	Výdaje, poptávka po ZP, spoluúčast na financování	Ministerstvo zdravotnictví
SRN	15,5 %	GKV, PKV	Celostátní a spolková úroveň	Poskytování kvalitní péče	Výdaje, poptávka, uspořádání	Bundesministerium für Gesundheit

Tabulka 1: Porovnání ZS ČR a SRN (Vlastní zpracování)

V České republice jsou poskytovateli zdravotní péče instituce poskytující zdravotní služby. Mohou být státní i soukromé. Jedná se především o nemocnice, ordinace lékařů, lékárny apod. Poskytovatelé zdravotní péče v Německu jsou nemocnice, lékárny, soukromé ambulance lékařů a zubních lékařů apod., které jsou ve většině případů sdruženi ve spolcích (na zemské či spolkové úrovni).

Struktura německého zdravotnického systému se od českého modelu se liší v první řadě tím, že je rozdělena do dvou úrovní – celostátní a spolkové. Nejvyšším správním

orgánem je – podobně jako v ČR – ministerstvo zdravotnictví (Bundesministerium für Gesundheit) (Pousková, 2015).

„Pilířem německého zdravotnického systému je, stejně jako u nás, veřejné zdravotní pojištění. Existují dva základní druhy: zákonné zdravotní pojištění (Gesetzliche Krankenversicherung-GKV) a soukromé zdravotní pojištění (Private Krankenversicherung-PKV). Většina obyvatel SRN je pojištěna prvním jmenovaným typem, u nás se většina obyvatel řadí k Veřejnému zdravotnímu pojištění (VZP). Hlavním rozdílem je plošná povinnost být pojištěn pro osoby s trvalým pobytem na území ČR a povinnost být pojištěn na zákonném zdravotním pojištění pouze do dosažení zákonem dané hranice příjmů v SRN. Dalším rozdílem (vycházejícím z tohoto faktu) je existence soukromého zdravotního pojištění v SRN (Pousková, 2015)“

Rozdílná je taktéž výše příspěvků na zdravotní pojištění, kdy zaměstnanci v ČR platili 13,5 % z měsíčních příjmů (9,0 % hradí zaměstnavatel, 3,5 % hradí zaměstnanec) a zaměstnanci v SRN 15,5 % (7,3 % hradí zaměstnavatel, 8,2 % hradí zaměstnanec). Spoluúčast na úhradách zdravotní péče v ČR byla 15,8 %, v SRN 23,5 % (Pousková, 2015).

6 Sekundární a komparativní analýza dat o zdravotní péči v České republice a Spolkové republice Německo

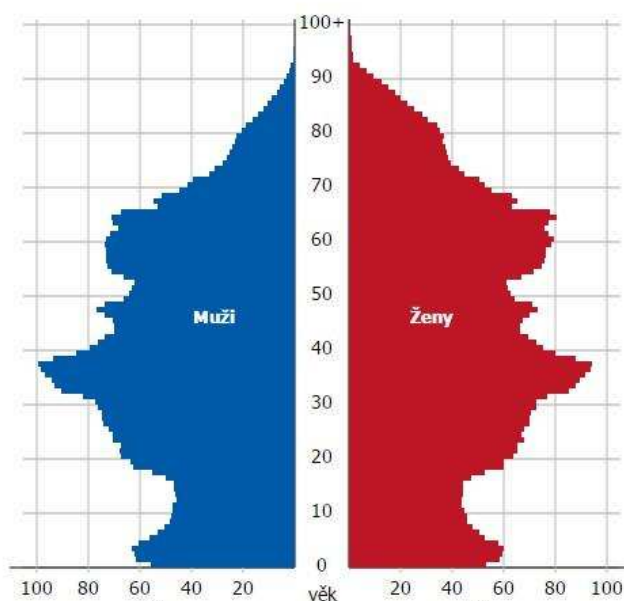
6.1 Základní statistické údaje ČR

Pro dobrou orientaci v problematice zdravotnictví ve sledovaných zemích je zapotřebí nejdříve srovnat některá makroekonomická a demografická data, která jsou znázorněna v následujících tabulkách a grafech a následně okomentována v textu.

„Česká republika měla k 31. 12. 2013 celkem 10 512 419 obyvatel, z toho 49 % mužů a 51 % žen. Věkový medián obyvatelstva byl 40,1 let. Naděje na dožití při narození byla 78,1 let, u žen 81,2 let, u mužů pak 75,1 let. Průměrná hrubá mzda v roce 2013 byla 25 129 Kč a obecná míra nezaměstnanosti byla 6,7 % (Pousková, 2015).“

Mezi základní demografické struktury patří bezpochyby struktura obyvatelstva podle pohlaví a věku. Při stejném početním stavu mohou mít jednotlivé populace zcela rozdílnou věkovou strukturu a zastoupení podle pohlaví. Struktura obyvatelstva podle věku je vyjádřena rozdělením celkového počtu obyvatel do věkových skupin, přičemž toto členění se provádí prakticky vždy odděleně pro muže a ženy (Demografie, 2010).

Věková struktura k 31. 12. 2011
Česká republika



Obrázek 1 - zdroj: statistisches Bundesamt

„Věková struktura každé populace je výslednicí předcházejícího vývoje úrovně porodnosti, úmrtnosti a migrací zhruba minulých sta let. Většina evropských populací, včetně České republiky, má v současnosti značně nepravidelnou věkovou strukturu, odrážející vliv událostí z průběhu celého 20. století. V důsledku dlouhodobě nízké úrovně plodnosti a rostoucí naděje dožití při narození dochází k demografickému stárnutí populace (Demografie, 2010).“

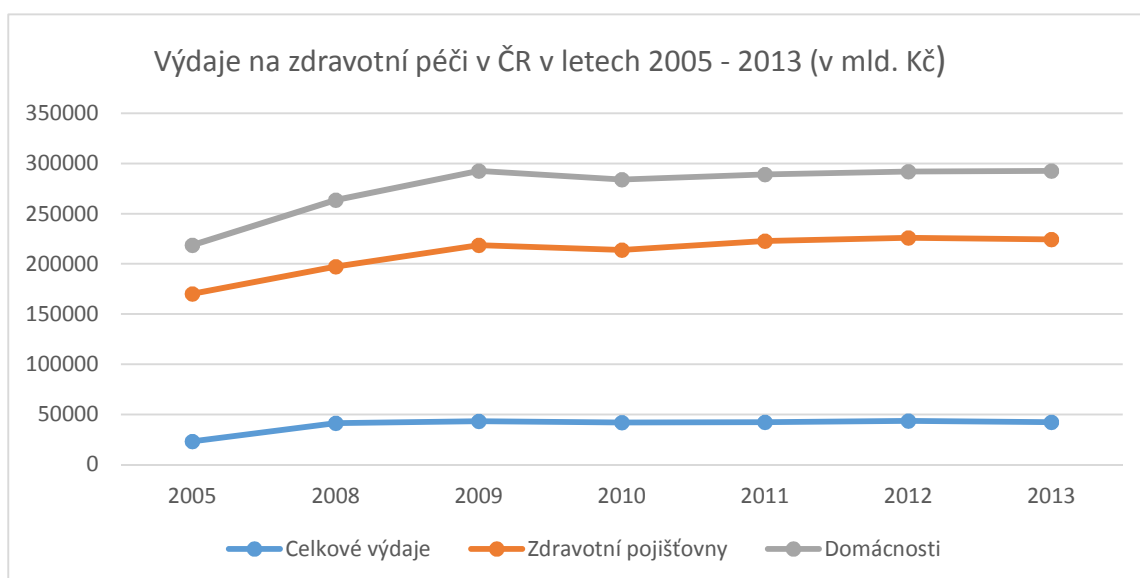
Z grafu je patrné, že věková struktura v České republice je typem regresivním, kde děti nedosahují zastoupení postreprodukční složky. V dlouhodobém pohledu také dochází ke snižování početního stavu populace.

Ukončené vzdělání	V tisících obyvatel	V % z celkového počtu
Celkem nad 15 let	8 947,632	100,0
Základní	1571,602	17,6
Střední odborné	2952,112	33,0
Úplné střední všeobecné	610,759	6,8
Úplné střední odborné	1814,305	20,3
Vyšší	365,048	4,1
Vysokoškolské	1114,731	12,5

Tabulka 2: Vzdělání v ČR (Vlastní zpracování)

„Proměny struktury obyvatelstva podle nejvyššího ukončeného stupně vzdělání mezi roky 1950 až 2011 odráží poměrně výrazný nárůst vzdělanostní úrovně obyvatelstva. Při prvním poválečném sčítání lidu v roce 1950 ještě více než čtyři pětiny populace ve věku 15 a více let dosahovaly nejvýše základního vzdělání, u žen to bylo více než 85 %. Každý desátý obyvatel uvedl jako nejvyšší dosažené vzdělání na úrovni středního odborného (bez maturity). Vysokoškolské vzdělání získal pouze jeden ze sta obyvatel (Český statistický úřad, 2014).“

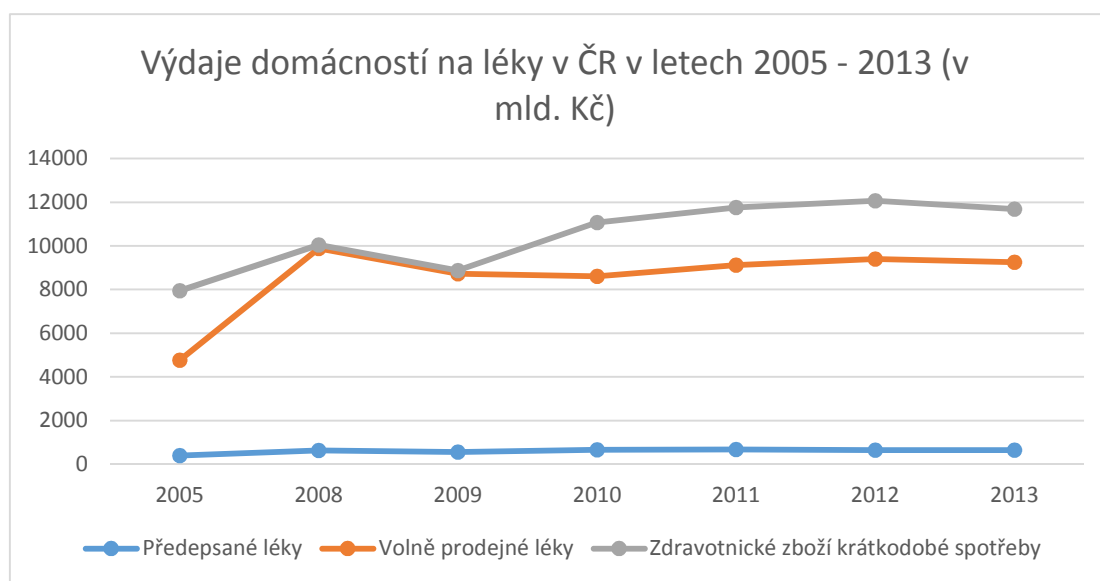
V posledním sledovaném období mezi roky 2001 až 2011 jsou ve vývoji vzdělanostní struktury patrné změny oproti dlouhodobým trendům předchozích desetiletí, kdy pro převážnou část rodin bylo náročné či nemožné nechat své děti studovat déle než vyžadovala základní školní docházka, žádoucí byl naopak brzký nástup do zaměstnání. K tomu se přidávaly další nepříznivé okolnosti v období 2. světové války – uzavření vysokých škol, omezené fungování středních škol, nasazení mladých lidí na nucené práce a další nacistické perzekuce (Český statistický úřad, 2014).



Graf 1: vlastní zpracování

Kromě dalšího poklesu u osob se základním vzděláním dochází také ke snížení počtu i podílu populace se středním vzděláním bez maturity. Snížení zájmu o odborné vzdělání se projevilo i na úrovni úplného středního vzdělání. Počet vysokoškolsky vzdělaných osob se v České republice v letech 1995 až 2010 téměř zdvojnásobil (Český statistický úřad, 2014).

Na zdravotní péči bylo v roce 2005 vydáno 219 mld. Kč, kdy 23 mld. z celkové částky zaplatily domácnosti. Jejich výdaje přesahují od roku 2008 hranici 40 mld. Kč. V roce 2013 se výdaje pohybovaly již na hranici 292 mld. Kč a z rodinných rozpočtů bylo investováno na zdraví více než 42 mld., což bylo o 83 % více než v roce 2005. Výdaje domácností na zdravotní péči se tedy zvyšovaly průměrným ročním tempem, přitom u zdravotních pojišťoven byl nárůst nižší (Kalnická, 2015).



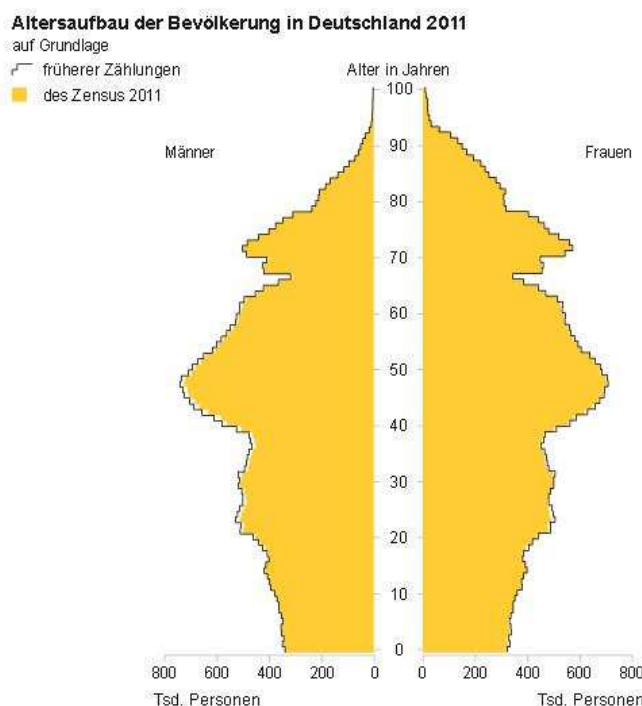
Graf 2: vlastní zpracování

Největší část svých financí vydávají domácnosti na léky a prostředky zdravotnické techniky (PZT). V roce 2013 tvořily léky důležitou výdajovou položku. Zásahem do rodinného rozpočtu jsou také přímé platby za péči, vybrané stomatologické výkony, poplatky za lékařské prohlídky (dříve) a různá jiná potvrzení provedené v osobním zájmu pacienta (na příklad plastické operace).

Za léky a PZT utratili obyvatelé ČR v roce 2013 téměř 27 mld. Kč. V uplynulých letech docházelo k postupnému zvyšování výdajů na předepsané léky, které dosáhlo vrcholu v roce 2008, o rok později byl pak zaznamenán jejich mírný pokles, který pokračoval i v roce 2010. Po výrazném nárůstu výdajů za volně prodejné léky mezi roky 2009 a 2010 docházelo každoročně k jejich pozvolnému zvyšování. V roce 2013 byl zaznamenán mírný pokles výdajů za léky bez receptu (Kalnická, 2015).

6.2 Základní statistické údaje SRN

„Spolková republika Německo měla k 31. 12. 2013 celkem 80,767 milionů obyvatel, 49 % mužů a 51 % žen. Věkový medián obyvatelstva v tom samém roce byl 45,3 let, naděje na dožití při narození 81,0 let, u žen 83,3 let, u mužů 78,6 let. Průměrná hrubá mzda v roce 2013 byla 3 449 € a obecná míra nezaměstnanosti 6,6 % (Pousková, 2015).“



Obrázek 2 - zdroj: statistisches Bundesamt

Věkovou strukturu obyvatelstva Německé spolkové republiky charakterizují zejména významné demografické dopady z posledních desetiletí, mezi které patří především ekonomické a společenské události. Grafické znázornění ukazuje počet žen a mužů podle věkových kategorií.

Do počátku 20. století byla pro Německo typická věková struktura ve tvaru tzv. „pyramidy“, která se označovala také jako „věková pyramida“, byla pro ni typická vysoká porodnost a zároveň vysoká úmrtnost. V současné době je možné hovořit spíše o tzv. „roztřepeně jedli“, která je charakteristická několika řezy či vybouleními ve věkové struktuře, jak můžeme pozorovat na grafu. Její současná podoba se vztahuje k událostem z minulosti, kde v současné struktuře stále dominují oběti druhé světové války a děti narozené v průběhu dvou světových válek a velké deprese (Statistische Bundesamt, 2014).

Populační situaci Německa charakterizoval až donedávna nulový nebo záporný růst počtu obyvatel a nadto se demografický vývoj stárnutím populace zhoršoval. Úhrnná plodnost se v roce 2010 pohybovala kolem hodnoty 1,4 dítěte na ženu, což byla tehdy nejvyšší hodnota od roku 1990 (Pousková, 2015).

Ukončené vzdělání	V tisících obyvatel	V % z celkového počtu
Populace (> 15 let) celkem	71 421	100
Ještě se vzdělává	2 657	3,7
Hauptschulabschluss ^a	25 392	35,6
Abschluss der polytechnischen Oberschule ^b	4 961	6,9
Mittlerer Schulabschluss ^c	15 818	22,1
Fachhochschulreife ^{d/} Hochschulreife ^e	19 488	27,3
Bez údajů o všeobecném vzdělání	141	0,2
Bez všeobecného vzdělání	2 700	3,8

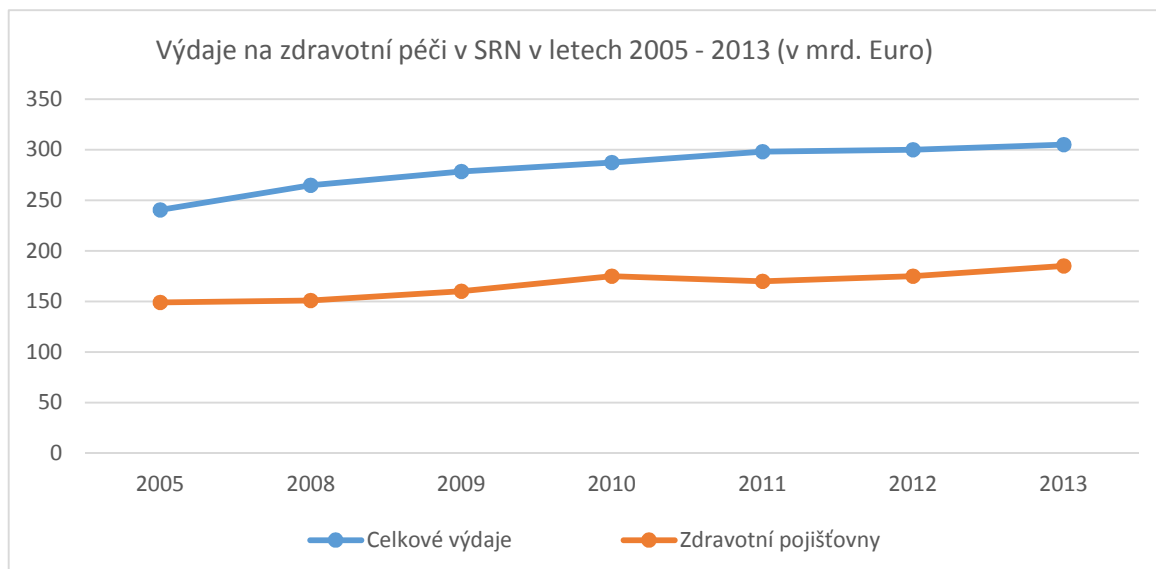
Tabulka 3 – Vzdělání (zdroj: Pousková)

- a Úspěšné absolvování školy typu Hauptschule – minimální požadavek na odborné vzdělávání
- b Úspěšné absolvování školy typu polytechnische Oberschule, která existovala v Německé demokratické republice
- c Neboli Mittlere Reife, úspěšné zakončení školy typu Realschule
- d Neboli fachgebundene Hochschulreife, úroveň vzdělání, opravňující ke studiu některých oborů na vysoké škole, je možné získat studiem více typů škol
- e Úroveň vzdělání, získaná především úspěšným zakončením gymnázií, opravňující ke studiu na univerzitách a odborných vysokých školách (Pousková, 2015)

Vzdělávání v Německu je řízeno jednotlivými spolkovými vládami a podmínky škol a jejich osnovy se v jednotlivých státech liší. Centrální řízení federální vládou je omezeno pouze na regulaci a koordinaci profesní přípravy, vědeckého výzkumu. Stát podporuje i rozvoj vysokých škol a stipendií. Jinak mají školství ve své kompetenci zemské orgány a úřady, federální vláda jejich činnost koordinuje a vytváří jakýsi společný rámec (Čáková, 2006).

Vedle sebe zde fungují jak školy státní tak soukromé a církevní. Pro všechny spolkové země je stejná délka povinné školní docházky, zajištění návaznosti všech stupňů, označení vzdělávacích zařízení a vzájemné uznávání. Povinná školní docházka v Německu začíná šestým rokem žáka. Zpravidla trvá 9 - 10 let jako plná povinná docházka, další tři roky jako částečná docházka pro učně, celkem tedy 12 let. Dále je možnost navštěvovat dobrovolně navíc jeden rok školy, jehož absolvování znamená dokončení úplného středního vzdělání. Bývalé východní země si ponechaly docházku kratší (Čáková, 2006).

Podle nejaktuálnějších údajů Destatis (Statistische Bundesamt) z posledních let tvoří počet osob ve věku 29 a méně 30,1% populace. Veřejné školy navštěvuje 92,1% dětí a zbývající 7,9% zase privátní školy. V odborném vzdělávání celkem 91,3% žáků dochází do veřejných škol a 8,7% dochází do škol soukromých (Člověk v tísni, 2012).



Graf 3: vlastní zpracování

„Celkové výdaje na zdravotnictví v letech 2001 – 2009 v ČR a Německu mají společné to, že celkové výdaje často rostou rychleji než HDP v daných zemích a absolutní hodnota výdajů se od roku 2001 zvyšuje. Zatímco se ale procentní přírůstek výdajů v Německu pohybuje okolo 2 – 3 %, v ČR náklady přirůstají v průměru ročně o 7 – 8 % (Urbanová, 2011).“

„V Německu i České republice je zdravotnictví financováno z více zdrojů. Především z veřejného zdravotního pojištění. V České republice krylo tento zdroj v roce 2009 76,3 % výdajů, v Německu byl tento podíl 57,8 %. V České republice jsou dalším zdrojem finance z veřejných rozpočtů a přímé platby obyvatel. V Německu je dalším důležitým zdrojem soukromé zdravotní pojištění, které hradilo v roce 2009 9,3 % z celkových výdajů (Urbanová, 2011).“

Země	Oběhový systém		Ischemické choroby srdeční		Cévní nemoci mozku		Oběhový systém		Ischemické choroby srdeční		Cévní nemoci mozku	
	1995						2008					
	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži
ČR	455,9	710,5	192,3	356,4	135,1	177,0	292,4	437,5	137,4	227,5	70,8	86,6
SRN	281,5	442,7	109,3	216,6	71,6	90,5	186,3	263,6	61,8	117,4	35,8	41,6

Obrázek 3 - zdroj: Urbanová Radka

„Podle tabulky, která vykazuje počet zemřelých podle příčin smrti a pohlaví na 100 000 obyvatel v roce 1995 a 2008, je vidět, že v Německu bylo v roce 2008 méně úmrtnosti ve všech třech druzích nemocí jak u mužů, tak i u žen. Například na oběhový systém umřelo v roce 2008 v ČR 292 žen ze sto tisíc obyvatel, ale v Německu byl tento počet u žen jen 186. Dokonce i v roce 1995 bylo v těchto oblastech v Německu menší úmrtnost než v ČR, kdy na oběhový systém zemřelo 456 žen ze sto tisíc obyvatel, ale v Německu jen 282 žen. Avšak nelze říci, že tuto úmrtnost zavinily neefektivně vložené prostředky, ale může to být jedna z příčin (Urbanová, 2011).“

6.3 Stručný souhrn výsledků sekundární a komparativní analýzy

„Česká republika a Spolková republika Německo jsou sousedící evropské země, které se liší svou rozlohou, počtem obyvatel, životní úrovní obyvatelstva i strukturou zdravotnického systému. V roce 2013 mělo Německo 7,7x více obyvatel, jejichž průměrná mzda byla 3,56x vyšší. HDP na obyvatele dosahovala v Německu 154 % hodnoty v ČR. Hodnota HDI za rok 2012 v SRN dosahovala 0,920, v ČR 0,873. Z těchto čísel je patrná vyšší životní úroveň v SRN (Pousková, 2015).“

Spolková republika Německo měla k 31. 12. 2013 celkem 80,767 milionů obyvatel, Česká republika k tomu samému datu 10 512 419 obyvatel. Věkový medián obyvatelstva v tom samém roce byl v Německu 45,3 let, v Česku 40,1 let. Naděje na dožití v Německu při narození 81,0 let, v ČR 78,1 let. Průměrná hrubá mzda v roce 2013 byla 3 449 € a obecná míra nezaměstnanosti 6,6 %. Průměrná hrubá mzda v ČR v roce 2013 byla 25 129 Kč a obecná míra nezaměstnanosti byla 6,7 %

Celkové výdaje na zdravotnictví v letech 2001 – 2009 v ČR a Německu mají společné to, že celkové výdaje často rostou rychleji než HDP. V Německu i České republice je zdravotnictví financováno z více zdrojů. Především z veřejného zdravotního pojištění. V České republice krylo tento zdroj v roce 2009 76,3 % výdajů, v Německu byl tento podíl 57,8 %. Podle tabulky uvedené v sekundární a komparativní analýze dat bylo v Německu v roce 2008 také méně úmrtnosti týkající se ischemických chorob srdečních, oběhového systému a cévních nemocí mozku jak u mužů, tak i u žen.

Zásadní pro empirické šetření týkající se porovnávání zdravotnické péče jsou výdaje vynaložené na zdravotnictví, které souvisí i s vyšší životní úrovní a možností zabezpečovat lépe obyvatele státu. Ročně je v Německu na zdravotnictví vynaloženo zhruba 11, 6 % HDP, z čehož 76,8 % jsou veřejné finanční prostředky. Na zdravotní péči je v České republice je to 7,5% HDP.

7 Empirické šetření o vnímání přístupu lékaře ve vztahu k pacientovi v ČR a SRN

Empirické šetření bylo provedeno pomocí polostandardizovaných rozhovorů, s vybranými dotazovanými, kteří mají osobní zkušenosti se zdravotnickým systémem v České republice, ale žijí v Německu, o vnímání přístupu lékaře ve vztahu k pacientovi

v České republice a Spolkové republice Německo. Pro uskutečnění komparativní analýzy a zaznamenání co nejširšího názorového spektra byli osloveni osoby různého věku.

Pro interpretaci dat získaných pomocí polostandardizovaných rozhovorů je užito kvalitativního přístupu „*Kvalitativní přístup v psychologických vědách je přístupem, který se hodí pro popis, analýzu a interpretaci nekvalifikovaných či nekvantifikovaných vlastností, zkoumaných fenoménů naší vnější a vnitřní reality. Na základě zakotvené teorie provádím rozhovor a pozorování. Metody pozorování lze dělit z několika různých hledisek. Dle předmětu pozorování můžeme rozlišovat mezi introspektivními technikami a extrospektivními. Pozorování vnějších jevů a procesů můžeme dále členit na přímé a nepřímé* (Hendl, 2005).“

Kromě polostrukturovaného interview je z části použita také extrospektivní pozorovací metoda, při které je možnost zaznamenávat dotazovaného a jeho projevy, které mohou mnohdy také napovědět, jak dotyčný na problematiku nahlíží (např. z gest, mimiky obličeje, výrazu ve tváři apod.). Je důležité si nechat vysvětlit, jak danou věc účastník myslí, aby byly odpovědi dobře pochopeny a mohly být správně vyhodnoceny, k čemuž při rozhovoru sloužily i doplňovací otázky pro upřesnění popisované problematiky.

K vyhodnocení dat bylo užito kódování kvalitativně získaných dat. „*Pod pojmem kódování rozumíme operace, pomocí nichž jsou zjištěné údaje analyzovány a konceptualizovány, hledají se také souvislosti. Hranice mezi jednotlivými typy kódování mají především didaktický význam a běžně se v praxi stává, že přecházíme z jednoho typu do druhého. Při otevřeném kódování vznikají tzv. kategorie, kdy vzájemně porovnáváme a třídíme významové jednotky a v nich obsažené pojmy* (Taušnerová, 2014)“

7.1 Rozhovory

Rozhovory byly prováděny v klidném prostředí, ve dvou případech přes Skype. Jako záznam kvalitativních dat bylo zvoleno nahrávání, dotazovaní byli předem upozorněni a vyjádřili souhlas. Byl vytvořen seznam otázek specifikující téma, na které byly otázky pokládány. Základní charakteristika dotazovaných je zaměřena na údaje týkající se pohlaví, věku, vzdělání, zaměstnání a délky pobytu v Německu.

Dotazovaný	Věk	Pohlaví	Vzdělání	Délka pobytu v SRN	Zaměstnání
D1	55	muž	Úplné střední všeobecné	25 let	Podnikatel
D2	37	žena	Vysokoškolské	14 let	Vedoucí firmy
D3	36	žena	Vyšší odborné	5 let	Zdr. sestra
D4	35	žena	Úplné střední všeobecné	10 let	Zdr. sestra
D5	27	žena	Úplné střední odborné	9 let	Pečovatelka
D6	22	muž	Student VŠ v Německu	3 roky	Obsluha

Tabulka 4: vlastní zpracování

Pro komparaci jsou dotazovaní rozdělení podle délky pobytu v Německu (doba, po kterou je zde dotazovaný zaměstnán nebo byl zaměstnán, protože někteří v zemi již nežijí a vrátili se zpět do České republiky). Doba pobytu ve zmiňované zemi je podle názoru autorky této práce určující, protože při delším pobytu dochází k získání takových zkušeností a poznatků, které jsou podstatné nejen pro zhodnocení zdravotnické péče.

Dotazovaným byl při rozhovoru položen vždy shodný soubor otázek²:

- 1.) Zhodnoťte, jak vnímáte zdravotní péči v ČR?
- 2.) Zhodnoťte, jak vnímáte zdravotní péči v SRN?
- 3.) Jak vnímáte přístup lékaře k pacientovi v České republice? (Komunikace, sdělení diagnózy, chování/vystupování lékaře, ochota pomoci)
- 4.) Jak vnímáte přístup lékaře k pacientovi v Německu? (Komunikace, sdělení diagnózy, chování/vystupování lékaře, ochota pomoci)
- 5.) Pokud byste měl/a charakterizovat typického českého lékaře, jaké vlastnosti byste uvedl/a? (Vycházejte ze svých zkušeností)
- 6.) Pokud byste měl/a charakterizovat typického německého lékaře, jaké vlastnosti byste uvedl/a? (Vycházejte ze svých zkušeností)

² Přepisy rozhovorů jsou uvedeny v přílohách této práce, na straně 56.

7.2 Vyhodnocení dat získaných pomocí rozhovorů

Otázka	D1	D2
Péče v ČR	Špatná, přístupy, vstupy, přijímací místnosti, čekárny, nečistota, personál, oblečení personálu, přístup lékaře, nehezké místnosti, nevlídné	Objednání rychlejší, kvalitní ošetření, přeplněné čekárny, rádoby nemocní, nevýhoda zrušení poplatků
Péče v SRN	Rozdíl markantní, čistota, příjem, recepce, kvalita, nástroje, oslovování, otázka peněz	Dlouhé čekací doby ke specialistovi (až několik měsíců (!), soukromé a veřejné pojištění, zacházení s pacientem podle typu pojištění, občerstvení a ovocné šťávy, koordinace, více místností, lepší příprava pacientů, „jako na drátku“
Přístup lékaře ČR	Rádoby ukazování se, neprofesionalita, jsem „další číslo“	Žádný negativní zážitek, velká ochota, komplikované sdělení diagnózy, užívání terminologie, nedostatek možností výběru
Přístup lékaře SRN	Pacient s „velkým P“	Mnoho možností výběru, velká ochota, příjemný personál, kancelářské síly
Vlastnosti lékaře (ČR)	Arogance, nekomunikativnost, zastaralý přístup, neochota, nadřazenost	„Doktor/ka klidás“, nic se neděje, „tak pošlete dalšího“
Vlastnosti lékaře (SRN)	Přátelskost, profesionální vystupování	„V jednom kole“, organizovaný, stihne 2x více pacientů než v ČR

Tabulka 5: vlastní zpracování

7.2.1 Interpretace dat získaných rozhovory s dotazovanými D1 a D2

D1 a D4 se ve svých názorech na zdravotní péči v ČR sice výrazně neodlišují, ale každý se při vyjadřování názoru zaměřuje na jinou oblast. D1 hodnotí péči jako špatnou. Není spokojen hlavně se vzhledem nemocničních zařízení a interiérů ordinací a čekáren. České zdravotnictví podle D1 nemá dostatek peněz na zajištění kvalitních zdravotnických služeb pro své občany. D2 pak nehovoří tolik o péči obecně, ale vyzdvihuje např. zejména téma zrušení poplatků u lékaře, jehož zavedení bylo podle něj pro zdravotnictví přínosem. „Vnímám, že zrušením poplatku u lékaře dochází opět k přeplňování čekáren lidmi, kteří si chtějí „popovídat“. Systém poplatků jaký byl, byl nepohodlný pro lékaře a ordinace, v Německu se platilo každý kvartál, pokud se šlo k lékaři, ale už to také zrušili. Byl to jeden z mála byrokratických kroků, který považují za výhodný pro boj proti rádoby nemocným,“ konstatuje D2.

Se zdravotní péči v SRN jsou oba dotazovaní spokojeni, pouze na skutečnost, kterou zmiňuje D2, že čekací doby na objednání se ke specialistovi je běh na dlouhou trať, může trvat až několik měsíců. Jako důvod zmíněné spokojenosti uvádí oba velmi moderní vybavení a kvalitní nástroje, dobrou koordinaci, více místností, které zabezpečují lepší přípravu pacientů na vyšetření, čerstvé šťávy, které jsou k dispozici čekajícím pacientům v některých německých zdravotnických zařízeních apod. D2 se navíc zmiňuje o rozdílech v pojištění: „Podle typu pojištění s Vámi zacházejí i u lékaře. Jako „soukromý pacient“

dostanete dříve termín, ošetření by se dalo přirovnat k nadstandardu. Dostáváte po ošetření fakturu, kterou většinou předáváte na danou pojišťovnu. Lékaři toto upřednostňují, protože tyto pojišťovny rychle a více úkonů proplácejí.“

Podle D1 a jeho osobního názoru se český systém péče o zdraví od toho německého markantně liší. Český lékař se podle D1 rádoby ukazuje, i když není zrovna v čem, také je velmi neprofesionální v tom smyslu, že si D1 při kontaktu s lékařem připadá jako další „číslo v pořadníku“. D2 příliš negativní zážitky nemá, jako nedobře provedené hodnotí ale sdělení diagnózy, kdy pacienti lékaři většinou nerozumí, protože užívá příliš odbornou terminologii. Upozorňuje také neexistenci možností výběru z více postupů při léčbě, kterou zná právě ze SRN.

D1 se v péči německého lékaře připadá jako pacient s „velkým P“ a podle jeho slov mnohem lépe, než v péči toho českého, k jehož vlastnostem podle D1 patří zejména arogance, nekomunikativnost, zastaralý přístup, neochota a nadřazenost. Vlastnosti německého lékaře jsou podle D1 naopak přátelskost a profesionalita. D2 vnímá německého lékaře jako velmi organizovaného a stíhajícího ošetřit dvakrát tak více pacientů než v ČR.

Otázka	D4	D5
Péče v ČR	Vysoká úroveň, špičkové vybavení, nejnovější léky, čekání „akorát“, přiměřený počet personálu, přesčasové lékařů, přetížení, psych. náročné, neadekvátní odměny	Špatná, nízká úroveň, málo možností, finance
Péče v SRN	Špičkové vybavení, pomůcky, diagnóza, možnost výběru, kompetentnost, alternativy, zastaralé léky, neexperimentování	Lepší než v ČR, Pflegeversicherung, postaráno o seniory, domácí péče, organizace, spolupráce, domácí intenzivní péče, krátké čekací doby
Přístup lékaře ČR	Mladý komunikativní, starší ne, serióznost, nedostatek času	U starších – nadřazenost
Přístup lékaře SRN	Vstřícný, objednáva bez problému, vyšetřuje v domácnosti	Lepší než v ČR, rovnost pacienta a lékaře
Vzniklá podotázka: nemocniční péče	Špatná zkušenost, jiné vzdělání, propouštění	
Vlastnosti lékaře (ČR)	Nedostatek času, únava, neochota, arogance, kolegiálnost, týmovost	Pacient musí poslechnout
Vlastnosti lékaře (SRN)	Přátelskost, solidní vystupování, ochota, vstřícnost	Individuální, všude dobří i špatní

Tabulka 6: vlastní zpracování

7.2.2 Interpretace výsledků D4 a D5

Dotazování D4 a D5 se v uvedených odpovědích příliš neliší. D4 tvrdí, že zdravotní péče v ČR je na velmi vysoké úrovni, pacientům jsou předepisovány nejnovější léky, a lékařské ordinace obývá špičkové vybavení. Přitom ale také zmiňuje, že lékaři jsou vystavováni velkému psychickému i fyzickému zatížení, musejí kolikrát pracovat na

přesčasy, jsou přetížení a nejsou za svou práci adekvátně ohodnoceni. Dotazovaný D5 vidí českou zdravotní péči jako špatnou a na nízké úrovni, kde existuje jen málo možností výběru.

U zdravotní péče v SRN chválí D4 hlavně špičkové vybavení, kompetentnost a existenci alternativ, kdy si pacient může vybrat z více možností léčby. D5 se zaměřuje v odpovědi zejména na péči o seniory, která je podle něj v SRN mnohem lepší, také existence tzv. domácí intenzivní péče, která je nově zavedena a spočívá v navštěvování pacienta lékařem v jeho domě.

U otázky týkající se přístupu lékaře k pacientovi v ČR se dotazovaní shodují, že čeští starší lékaři se většinou chovají nadřazeně a nejsou tak komunikativní, jako ti mladší. D4 navíc zmiňuje, že mají nedostatek času. Přístup lékaře v SRN hodnotí dotazovaní jako vstřícný, jako plus zmiňuje D4 existenci ošetřování v domácnosti, kdy lékař za nemocným bez problémů dochází. D4 sám od sebe zmínil při rozhovoru i zdravotní péči v nemocnici, která se podle něj odlišuje od té u obvodního lékaře. Jako zdravotní personál má D4 s péčí v německé nemocnici špatné zkušenosti, německý zdravotnický personál má prý jiné vzdělání, které se od českého odlišuje a dochází tak k nedorozumění, pacienti jsou také často příliš brzy z nemocnice propuštěni nedoléčení. „Často se setkávám u klientů po propuštění z nemocnice s nedoléčenými ranami, dekubity, infekcemi a dalšími problémy, zejména u seniorů,“ říká D4. Jako typické vlastnosti českého lékaře jmenují tázaní neochotu, aroganci a nenalezení dostatku času, D5 navíc říká, že čeští lékaři se vyznačují přístupem „mám vždy pravdu“ a pacient musí poslechnout. Vlastnostmi německého lékaře jsou podle D4 přátelskost, solidní vystupování, ochota, vstřícnost, D5 je odmítá jmenovat.

Otázka	D6	D3
Péče v ČR	Pozitivně, dobré zkušenosti, kartotéka nemocnice zastaralé/komunistické, chybí peníze	Vysoká úroveň vzdělání, finančně podhodnocení, kvalifikovanější sestry
Péče v SRN	Negativně, dlouhé čekání na termíny, nemají kartotéku, u zubaře se platí hodně, moderní zařízení	Spokojenost, lepší přístup lékaře, vstřícnější
Přístup lékaře ČR	dobré zkušenosti, vyslyšení, vysvětlení	Neochotní, strach se na něco zeptat,
Přístup lékaře SRN	Dlouhé čekací doby, málo času, vysoké ceny u zubaře	Srozumitelnější, vstřícnější
Vlastnosti lékaře (ČR)	Přátelský, ochotný, nápomocný	Vysoká odbornost, přepracovanost, zkušenost
Vlastnosti lékaře (SRN)	Nedostatek času	Vstřícnost

Tabulka 7: vlastní zpracování

7.2.3 Interpretace výsledků D6 a D3

D6 hodnotí českou péči ve všech ohledech mnohem lépe, než tu německou. K lékařské péči v ČR D6 říká, že s ní má jen ty nejlepší zkušenosti. Líbí se mu hlavně existence pacientovy kartotéky, kdy je při případném přechodu k jinému lékaři kartotéka zachována a další z ní pak může čerpat. Jediné, co dotazovaný zmínil jako menší negativum, je vzhled nemocnic a jiných zařízení, které jsou podle něj zastaralé.

Dotazovaný D6 není v Německu spokojen zejména s příliš dlouhými čekacími dobami na objednání se k lékaři a vysokými cenami za služby u zubního lékaře. *„U zubaře se platí hodně... Třeba teď jsem... já totiž studuju na vysoký škole, ale nemohl jsem se účastnit jedné zkoušky, protože jsem byl nemocnej a musel jsem přinést od doktora potvrzení, tak za to jsem samozřejmě platil, ale to je tak možná i v Česku, nevím. Ale u zubaře se teda platí nehorázný peníze, hlavně za plomby a tak,“* konstatuje D6. Jako další mínus zdravotnického systému v SRN zmiňuje dotazovaný také neexistenci kartotéky: *„Co se mi tady nelíbí, je to, že člověk tady... pacienti nemaj kartotéku u toho praktickýho lékaře tady v Německu, že vlastně když jsem u jednoho lékaře a přijdu k jinýmu lékaři, tak tam akorát vyplním nějaký dotazník, jak jsem ho našel, kolik mi je a kdesi cosi, ale vlastně ten lékař nedostane žádnou mojí kartotéku,“* říká D6. S přístupem českého lékaře k pacientovi má D6 také dobré zkušenosti, jeho problém byl vždy vyslyšen a postup léčby vysvětlen, český lékař je podle jeho zkušeností nápomocný a přátelský, u německého vidí jako mínus nedostatek času na pacienta.

D3 vnímá vzdělání českých zdravotníků jako velmi kvalitní a na vysoké úrovni (vychází se svých zkušeností práce ve zdravotnictví). Za jejich práci jsou podle jeho názoru velmi špatně finančně ohodnoceni. V Čechách jsou prý také mnohem kvalifikovanější zdravotní sestry než v SRN. Německou zdravotnickou péči však z pohledu pacienta vnímá přesto lépe. Přístup lékaře je vstřícnější a v jeho rukou si připadá spokojenější. Čeští lékaři jsou podle D3 často přepracovaní, neochotní a mají na pacienta nedostatek času.

7.3 Souhrnná interpretace výsledků dat z rozhovorů a jejich komparace

Výpovědi všech dotazovaných se od sebe sice mírně odlišují, ale podle zpracovaných a vyhodnocených dat získaných pomocí polostandardizovaných rozhovorů je zdravotnická péče v Německu vyhodnocena jako ta lepší - zejména ve smyslu vstřícnějšího přístupu lékaře k pacientovi a kvalitnějších zdravotnických služeb. Pouze jeden z dotazovaných (D6) hodnotí německou péči ve všech ohledech zcela negativně, protože, jak tvrdí, nasbíral jen špatné zkušenosti, co se např. příliš dlouhé čekací doby týká a lékařů, u kterých měl při vyšetření pocit, že na něj nahlízejí jako na hypochondra. To vše ale může být kromě jiného zapříčiněno počtem let, po které v zemi pobývá, v případě D6 tedy zatím pouze 3 roky, což může být pro hlubší poznání místního systému nedostačující (např. kvůli stále jazykové bariéře apod.). Není však vyloučeno, že by byl německý systém bez chyby. Naopak. Vyhodnocená data poukazují na to, že chyby má, dotazovaní se shodují například na problému příliš dlouhých čekacích dob pro objednání se k lékaři – specialistovi (např. kardiologie, ortopedie), kde není výjimkou, že pacient na termín své návštěvy čeká až několik měsíců. Dalším problémem, na kterém se shoduje zejména D6 a D2, je (mnohdy) velmi rychlý průběh vyšetření, který může být pacientem vnímán jako nedostačující. Jak uvádí D2, němečtí lékaři stihnout za den vyšetřit zhruba 2x více pacientů než v České republice.

Na německé zdravotní péči oceňují dotazovaní hlavně kvalitu a modernost nemocničních a ošetrovatelských zařízení, stejně tak jako kvalitu všech lékařských nástrojů, která je podle většiny na velmi vysoké úrovni. Dále pak vstřícný, přátelský a nápomocný postoj lékařů k pacientovi, kdy se člověk necítí jako další číslo v pořadníku, nýbrž je skutečným pacientem, kterému je chtěno pomoci. Podle D5 jsou si pacient a lékař v Německu více rovni. Dále si německý zdravotnický systém dotazovaní cení pro jeho přístup k seniorům, kdy je o ně v Německu podle D5 mnohem lépe postaráno než v ČR, co se zdravotnické péče týká. Hodnocena je také existence tzv. výběru z více možností při léčbě. Čistota, příjem, kvalita, nástroje, oslovování, přístup, vstřícnost, ochota (...) – to jsou “synonyma“, která by mohla, dle dotazovaných, charakterizovat zdravotní péči ve Spolkové republice Německo.

Zpracovaná data však také ukazují, že existuje vnímání mnoha dobře hodnocených poznatků ke zdravotní péči České republiky, které je třeba zmínit, protože jsou pro její správné fungování podstatné. Patří sem na příklad vysoká kvalifikovanost zdravotnického

personálu, tedy vzdělání lékařů na vysoké úrovni, a dotazovaní uvedené vnímají tak, že hodnotí vzdělání českých zdravotních sester jako mnohem kompetentnější. Mezi další klady patří podle D6 bezpochyby také existence kartotéky, kde jsou popsány všechny okolnosti vztahující se ke zdraví jedince a slouží tak jako dobrý materiál k dalšímu vývoji zdravotního stavu pacienta. Je nutno zmínit, že podle většiny respondentů nejsou čeští lékaři za svou odbornost, vysokou vzdělanost a mnohdy své psychické či fyzické přetížení dobře finančně ohodnoceni, na rozdíl od těch německých.

Problémy ve fungování české zdravotní péče jsou podle výpovědí zapříčiněny zejména nedostatkem finančních prostředků, které jsou na ni vynakládány. Podle mého osobního názoru bych zde přidala ještě produktivitu práce, která je v Německu zatím stále řádově vyšší, také ochotu pracovat „na plno“, známé „pünktlich“ a kulturně zakořeněnou slušnost druhému pomoci.

8 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo porovnání dvou zdravotnických systémů (v České republice a ve Spolkové republice Německo) prostřednictvím hodnocení zdravotní péče v České republice a ve Spolkové republice Německo, konkrétně pak zjistit, jak vnímají přístup lékaře ve vztahu k pacientovi vybraní dotazovaní, kteří mají osobní zkušenost se zdravotní péčí v obou systémech.

Teoretická část se opírá o důkladné prostudování relevantní literatury sledované problematiky, odborných zdrojů, pramenů, materiálů a příslušných dokumentů, vztahujících se ke sledovanému předmětu. Kapitoly, které jsou tvořeny sekundární a komparativní analýzou dat obsažených v dokumentech, propojují teoretickou a empirickou část bakalářské práce.

Výsledky teoretické části práce ukázaly, že u zdravotních systémů ve sledovaných zemích nalezneme několik společných znaků. Hlavním společným problémem je otázka sestavení růstu výdajů na zdravotnictví, s čímž souvisí také problém rostoucí poptávky po zdravotní péči, problém celkové podpory zdraví, zdůraznění prevence, zdravého životního stylu a řešení růstu podílu starších občanů v populaci. Cíle, které si tyto zdravotní systémy kladou, se od sebe také příliš neliší. V obou případech se jedná zejména o snahu poskytovat co nejkvalitnější zdravotnickou péči, která vede ke zlepšování ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva, kam patří např. střední délka života.

Cílem empirického šetření bylo zjistit, jak vnímají Češi, kteří mají osobní zkušenosti se zdravotnickým systémem v Česku, ale žijí v Německu, odlišnosti, výhody a nevýhody spojené s tamní zdravotní péčí v porovnání se zkušenostmi se zdravotní péčí v ČR, a tohoto cíle bylo dosaženo pomocí polostandardizovaných rozhovorů s vybranými dotazovanými. Dotazovanými byli lidé ve věku 20 – 55 let, kteří delší dobu žijí nebo pracují v Německu, ale jsou narozeni v naší zemi, přičemž s jejím zdravotnictvím mají také osobní zkušenosti a byli ochotni a schopni o nich poreferovat a srovnat je se zkušenostmi se systémem ve shora zmiňovaném státě. Pozornost byla věnována hlavně názorům na kvalitu péče o zdraví ve sledovaných zemích s konkrétním předmětem výzkumu – přístup lékaře k pacientovi.

Empirické části práce předcházela již zmiňovaná kapitola, která je věnována komparativní a sekundární analýze dat vztahující se k rozdílům ve zdravotnických systémech. K získání informací pro tuto část byla použita technika studia dokumentů, konkrétně odborné literatury, která je vhodná pro předmět práce, dále také studium odborných článků a sociologických slovníků.

Ve výsledcích komparativní a sekundární analýzy dat se projevilo, že v roce 2013 mělo Německo 7,7x více obyvatel, jejichž průměrná mzda byla 3,56x vyšší a HDP na obyvatele dosahovala v Německu 154 % hodnoty v ČR. Hodnota HDI za rok 2012 v SRN dosahovala 0,920, v ČR 0,873. Z těchto čísel je patrná vyšší životní úroveň v SRN. Celkové výdaje na zdravotnictví v letech 2001 – 2009 v ČR a Německu mají společné to, že celkové výdaje často rostou rychleji než HDP. V Německu i České republice je zdravotnictví financováno z více zdrojů. Především z veřejného zdravotního pojištění. V České republice krylo tento zdroj v roce 2009 76,3 % výdajů, v Německu byl tento podíl 57,8 %. Podle tabulky uvedené v sekundární a komparativní analýze dat bylo v Německu v roce 2008 také méně úmrtnosti týkající se ischemických chorob srdečních, oběhového systému a cévních nemocí mozku jak u mužů, tak i u žen.

Výsledky terénního šetření ukázaly předpokládané rozdíly v systémech zdravotní péče v České republice a Německu. Podle srovnání dat získaných pomocí rozhovorů byl německý systém vyhodnocen lépe než český, jak co se lékařské péče týká, tak ohledně samotného přístupu lékaře k pacientovi. Dotazovaní vyzdvihovali především kvalitu lékařských nástrojů a vybavení, vnější i vnitřní vzhled zdravotnických zařízení, vstřícnější, ohleduplný postoj lékaře a jiného zdravotnického personálu a také možnost výběru z více

postupů při léčbě. Jeden z dotazovaných se vyjadřuje takto: „*Vybavení ordinace domácích lékařů (obvodních) v SRN je na špičkové úrovni, většinou mají k dispozici základní vyšetřovací pomůcky, např. Ultrazvuk, EKG (...), pomocí kterých jsou schopni určit diagnózu bez nutnosti odesílat pacienta na odborné pracoviště. Co mě překvapilo, byl fakt, že pacient si určuje, kam chce jít na odborné vyšetření, k jakému lékaři, k jakému terapeutovi, jaké chce užívat léky na svá onemocnění... a lékař je buď schválí a předepíše nebo poradí vhodnější alternativu. Obecně mi přijdou němečtí lékaři kompetentnější.*“

Na českém zdravotnictví je hodnocena velmi kladně vysoká vzdělanost, odbornost a profesionalita lékařů, za kterou jsou nejen podle jednoho respondenta nedostatečně finančně ohodnoceni. „*Pracovala jsem 5 let na JIP a 4 roky na ZZS. Setkala jsem se s mnoha lékaři, sestrami a zdravotníky obecně. Z toho soudím, že máme zdravotníky, co se vzdělání týká na velmi vysoké úrovni. Co je naprosto podhodnocený, jsou platy. Já měla po pěti letech na JIP s VOŠ 14 500 Kč čistého v soukromé nemocnici... Jo a oproti Německu máme mnohem kvalifikovanější sestry,*“ říká D3.

Za negativa zdravotnické péče v ČR jsou považována především zastaralá nemocniční zařízení (v určitých krajích či regionech například), se kterými souvisí i vybavenost interiéru ordinací, domů pro seniory, nemocnic apod. K tomuto tématu se vyjadřuje nejpodrobněji D1: „*Zdravotnictví v České republice je už od základů velice špatné, přístupy, vstupy, přijímací místnosti, čekárny, nečistota, personál jako takovej, oblečení personálu, přístup lékaře vůči Vám, nehezké místnosti, nevládné, ať jsem kdekoliv a jakkoliv nastoupil nebo navštívil nějakou zdravotnickou čekárnu nebo lékaře, musím přiznat, že jestli to byl soukromý lékař nebo doposud možná nějaká akciová společnost, byla to pro mě špatná zkušenost.*“ Ani přístup lékaře k pacientovi nehodnotí většina dotazovaných příliš kladně. „*Chápu, že mají hodně přesčasu, je jich málo apod., ale dost často jsou neochotní, člověk se pomalu bojí na něco zeptat,*“ říká D6. Ani D4 se k tématu přístup českého lékaře nevyjadřuje příliš pozitivně: „*Mám dojem, že v ČR se spousta lékařů, zejména těch starších, cítí být nadřazení pacientovi. Možná jsou to ještě následky starého režimu.*“

Nedostatky, na kterých by se dalo možná pracovat, nalzáme tedy v obou systémech. Stejně tak jako v systému školství, kultury, ekologie, průmyslu (...), tak i ve zdravotnictví se zcela jistě v dnešní době najdou chyby. Česká republika ani Německo nejsou v tomto ohledu výjimkou. To, že je zdravotnická péče v Německu vyhodnocena lépe, může mít

mnoho důvodů. Patří sem zajisté individualita, se kterou každý dotazovaný péči posuzoval, také očekávání, zmíněné již v teoretické části práce, která každý z nás máme a předpokládáme tedy, že s námi bude podle nich také zacházeno, a finanční prostředky, které mají či nemají k dispozici pacienti a zdravotnictví státu.

9 Citovaná literatura

9.1 Bibliografie

- Bártlová, S. (2005). *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing.
- Čákiová, J. (12. Duben 2006). Německý vzdělávací systém.
- Drbal, C. (2005). *Česká zdravotní politika a její východiska*. Praha: Nakladatelství Galén.
- Duková, I. (2013). *Sociální politika*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- Heřt, J. (2010). *Alternativní medicína a léčitelství*. Chomutov, Ústecký, Česká republika.
- Heřmanová, E. (2012). *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: SLON.
- Christian, K., & Klaus, B. (2009). *Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert*. Koln: Springer.
- Kaplan, R. (1996). *The Balanced Scorecard*. Massachusetts: Harvard business school press.
- Křížová, E. (1998). *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Brno: IPVZ.
- Křivohlavý, J. (2012). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- Linhartová, V. (2014). *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada.
- Machová, J. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada.
- Pešek, J. P. (2005). *Naše zdravotnictví a lékarenství v EU*. Praha: Grada Publishing.
- Ptáček, R. (2015). *Lékař a pacient v moderní medicíně*. Praha: Grada.
- Rektořík, J. (2001). *Ekonomika veřejného sektoru*. Brno: ESF MU.
- Schickler, A. (2008). *Die Arzt-Patient-Beziehung*. Norderstedt: Pedagogische Hochschule Freiburg.
- Tomeš, I. (2010). *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál.

9.2 Dokumenty z webu

- Český statistický úřad. (2014). Úroveň vzdělání obyvatelstva podle sčítání lidu. Praha.
- Člověk v tísni. (2012). Komparativní analýza vzdělávacích systémů. Ostrava.
- Kubeczková, K. (2012). *Bakalářská práce, Uplatnění marketingu v rámci vybrané průmyslové dráhy*. Pardubice: Univerzita Pardubice.
- Ludin, T. (2010). *Obavy z ekologické krize a realita naší současné ekologické krize*. Brno, Jihomoravský kraj, Česká republika.
- Linhart, J. P. (1996). *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.
- Ondrák, J. (2008). *Bakalářská práce, Reforma zdravotnictví*. Lipnice nad Sázavou: Vysoká škola ekonomická v Praze.
- PhDr. Barták, M. (21. duben 2006). *Zdravotnické systémy*. Praha, ČR.
- Pousková, K. (2015). *Názory a postoje pacientů na rozdíly ve zdravotnických systémech v ČR a v SRN*. Hradec Králové, Česká republika.

Skripová, Z. (2006). *Diplomová práce, Právní regulace financování zdravotnictví*. Brno: Právnická fakulta Masarykovy univerzity.

Slezáčková, V. (2012). *Věk a gender učitele z pohledu žáků ZŠ*. Brno, Jihomoravský kraj, Česká republika.

Statischische Bundesamt. (2014).

Taušnerová, O. (2014). *Zvíře jako dětský terapeut*. České Budějovice.

Urbanová, R. (2011). *Systém financování zdravotnictví*. České Budějovice, Česká republika.

Uttendorfská, M. (2008). *Bakalářská práce, Spokojenost hospitalizovaných pacientů*. Brno: Masarykova univerzita.

9.3 Internetové zdroje

Demografie. (2010). *O demografii: Pohlaví, věk*. Načteno z Web Demografie: http://www.demografie.info/?cz_pohlavivekobecne

Kalnická, V. (červen 2015). *Nárůst výdajů na zdravotní péči si dal „pohov“*. Načteno z Statistika a my: <http://www.statistikaamy.cz/2015/06/narust-vydaju-na-zdravotni-peci-si-dal-pohov/>

Zdravotnictví v zahraničí. (2015). Načteno z Calypte: <http://www.calypte.cz/zdravotnictvi-v-zahranici/nemecko/>

10 Přílohy

10.1 Úplný přepis rozhovorů

Dotazovaný 1

Takže přejdeme k první otázce, která zní: Zhodnote jak vnimate zdravotní péči v CR?

Zdravotní péče v CR má z mého pohledu velice vysokou úroveň. Vybavení nemocnic je na špičkové úrovni a doba čekání na vyšetření je přímo úměrná urgentnosti požadovaného vyšetření, množství personálu příslušného pracoviště a také výši nasmlouvaných výkonů s danou pojistovnou. Části lékařů využívají obecně nejnovější dostupné léky a postupy.

Na druhé straně jsou zdravotníci často přetěžováni přesčasovými hodinami a službami. Za vykonanou psychicky a mnohdy i fyzicky náročnou práci jsou neadekvátně odměňováni.

Dobře... a teď pokud byste tím samym způsobem mohla zhodnotit i to, jak vnimate zdravotní péči v SRN?

Vybavení ordinací domácího lékaře (obvodních) v SRN je na špičkové úrovni, většinou mají k dispozici základní vyšetřovací pomůcky, např. Ultrazvuk, EKG, ..., pomocí kterých jsou schopni určit diagnózu bez nutnosti odesílat pacienta na odborné pracoviště. Co mě překvapilo byl fakt, že pacient si určuje kam, chce jít na odborné vyšetření (k jakému lékaři, k jakému terapeutovi), jaké chce užívat léky na své onemocnění a lékař je buď schváli a předepíše, nebo poradí vhodnější alternativu. Obecně mi přijdou němečtí lékaři více kompetentnější, avšak mnohdy předepisují „zastaralé“ léky a neradi experimentují.

Jak vnimate přístup lékařů k pacientovi v Německu?

Přístup domácího lékaře je vstřícný, bez problému vykonává návštěvní službu v domácnosti klienta. Většinou je možno se objednat na vyšetření na určitou hodinu, pro zaměstnané klienty je nespornou výhodou ordinacíní doba i v podvečerních hodinách. O víkendech, v noci a o svátcích je dostupná pohotovostní služba domácích lékařů.

Se zdravotní péčí v nemocnicích nemám tu nejlepší zkušenost. Zdravotnický personál má jasné dané kompetence v souvislosti se vzděláním (např. vzdělávání „sester“ v Německu je zcela jiné a kompetence dosti odlišné než v Česku). Nemocnice se soustřeďují na „neodkladnou“ péči a mnohdy posílají pacienta na dolečení domů a předávají ho do péče domácích lékařů a rodiny. Často se setkávám u klientů po propuštění z nemocnice s nedolečenými ranami, dekubity, infekcemi a dalšími problémy, zejména u seniorů.

Pokud byste měl/a charakterizovat typického českého lékaře, jaké vlastnosti byste uvedl/a?

No... Mladí lékaři komunikují s pacientem, diagnózy sdělují bez problému a většinou s ohledem ke stavu pacienta. Jinak vystupují a chovají se seriózně... ale vše záleží na individualitě jedince. Starší lékaři, většinou v nemocnicích, „nemají“ čas na pacienta a komunikaci s ním hlavně... V soukromých ordinacích je potom podle mě situace úplně jiná, než ve státních a městských zařízeních.

Jinak... kdybych měla vyjmenovat vlastnosti českého lékaře (pauza)...tak by to byla určitě unava, neochota, arogance...taky nedostatek času a neochota hledat jiné řešení. Ve vztahu k ostatnímu zdravotnickému personálu jsou většinou kolegiální a tívomí, rekla bych.

A pokud byste měla charakterizovat naopak typického německého lékaře, jaké vlastnosti byste mu dala?

Tady bych to rozdělila na vlastnosti německého lékaře vůči klientovi, a ty si myslím, že jsou hlavně přátelství, pak taky solidní vystupování, ochota a vstřícnost.

No a pak druhá skupina a to by byly vlastnosti německého lékaře vůči ostatnímu zdravotnickému i nezdravotnickému personálu...mhmh, a to bych rekla, že je hlavně arogance a nadřazenost.

Dotazovaný 2

Zhodnot'te, jak vnímáte zdravotní péči v SRN?

Celkově vnímám strukturu německého zdravotnictví o něco lepší než tu českou. Vedle klasického zdravotního pojištění stěhne tak každý povinně platí tzv. „Pflegeversicherung“. Přelozila bych to jako „pojištění péče v případě nemohoucnosti“, nic výstiznějšího mě zrovna nenapadá. Myslím, že v případě bezmocnosti (zejména tedy ve stáří) je lépe postarano o seniory v Německu. Už dlouhá léta existují domácí péče, kde odborný zdravotnický personál navštěvuje klienty doma a stárá se o veskerou odbornou zdravotnickou i ošetřovatelskou péči, spolupracují s lékaři, vše obstarávají, organizují různá vyšetření apod, jsou k dosazení 24 hodin denně, spolupracují i s institucemi, které doma pacientům instalují přístroj na tísňové volání, kdy pacient má na krku nebo na zápěstí tlačítko, které v nouzi stiskne a v zapetí neprodlené přijede sestřa a zajistí situaci. Dale v posledních letech je v Německu nový trend - domácí intenzivní péče, kdy pacienti dostávají intenzivní péči stejně nebo i lepší než v nemocnici a to v domácím prostředí. Tzv LDN v Německu neexistují a čekací doby v domovech pro seniory zpravidla nebyvají tak dlouhé.

Zhodnot'te, jak vnímáte zdravotní péči v ČR?

Tak dobře zkušenosti jako s německým systémem s tím čekáním bohužel nemám... V posledních letech u nás sice vzniklo spousty domácích péčí, kde je kvalita už mnohem lepší než na začátku, ale stále ne na té úrovni jak ji znám z Německa. I finance, které poskytuje „Pflegeversicherung“ nabízí více možností než české příspěvky na péči. Nedostatek personálu je v Německu asi stejně velký jako v u nás, tudíž péče v mnoha nemocnicích a domovech také není ta nejlepší a to hlavně na základě toho, že „není čas“. Je to dost individualní, no.

Zhodnot'ě, jak vnímáte přístup lékaře k pacientovi v SRN?

Přístup lékaře k pacientovi...Mhmm, myslím, že asi všude najdeme „ty dobře“ i „ty špatně“... Já osobně mám v tomto ohledu lepší zkušenost v Německu, tam jsou si pacient a lékař více rovni a názor pacienta má větší váhu...To je všechno, co bych k tomu rekla.

Zhodnot'e, jak vnímáte přístup lékaře k pacientovi v ČR?

Mám dojem, že v ČR spousta lékařů (zejména těch státních) se cítí být nadřazeni pacientovi. Možná jsou to ještě následky starého režimu.

Pokud byste měl/a charakterizovat typického českého lékaře, jaké vlastnosti byste uvedl/a?

Charakterizovat typického českého či německého lékaře ani nechci... myslím, že všude jsou dobří a spolešní. Jediné, co bych zmínila, že v ČR je stále ještě dost takových, kteří vyžadují přístup, že mají vždy pravdu a pacient musí bez debat poslechnout... Je to tvrde, ale takových zkušeností mám bohužel více.

Dotazovaný 3

Zhodnot'te, jak vnímáte zdravotní péči v ČR? (obecně: strukturu, finance, podmínky, systém, instituce, můžete zde zahrnout i jakoukoliv osobní zkušenost)

Vnímám, že zrušením poplatku u lékaře dochází opět k přeplňování čekáren lidmi, kteří si chtějí „popovídat“. Systém poplatků jaký byl, byl nepohodlný pro lékaře a ordinace, v Německu se platilo každý kvartál, pokud se šlo k lékaři. Ale už to také zrušili. Byl to jeden z mála byrokratických kroků, který považují za výhodný pro boj proti rádoby nemocným...

Objednávání ke specialistům je rychlejší než v SRN. Ošetření na velmi kvalitní úrovni. U zavedených lékařů se často setkává člověk s faktem – že používají staré dobré metody a nenechají se ovlivnit farmaceutickým průmyslem a moderními novinkami a to může mít dvojí efekt – staré dobré funguje, pak je to pozitivní, a nebo ten efekt – vždycky jsme to tak dělali, tak proč bychom to měnili a nehlídali na možnost zlepšení.

Zhodnot'te, jak vnímáte zdravotní péči v SRN? (obecně: strukturu, finance, podmínky, systém, instituce, můžete zde zahrnout i jakoukoliv osobní zkušenost)

Objednávání ke specialistům je běh na dlouhou trať. Výjimkou nejsou čekací doby na oční třeba 3 měsíce, ortopedie například pod 2 měsíce téměř nemyslitelná.

Hlavní rozdíl je v německu v druhu zdravotního pojištění, který se dělí na veřejné a soukromé.

Do veřejného...tak tam spadají všichni zaměstnanci, ti mohou zvolit soukromé pojištění pokud jejich příjem přesahuje určitou hranici, dříve to bylo myslím 4200 netto /měsíc. No a soukromé pojištění... tak to jsou osvč, podnikatelé, pokud začnou přispívat do tohoto systému relativně mladí a zdraví, pak jsou i měsíční částky nižší. Mohou si zažádat o pojištění o veřejné pojišťovny, ta je ale nemusí přijmout.

Podle typu pojištění s Vámi zacházejí i u lékaře. Jako „soukromý pacient“ dostanete dříve termín, ošetření by se dalo přirovnat k nadstandartu. Dostáváte po ošetření, prohlídce atd fakturu, kterou většinou předáváte na danou pojišťovnu. Lékaři toto upřednostňují, protože tyto pojišťovny rychle a více úkonů proplácejí. Výjimkou není ani oddělená čekárna, na jedné ortopedii u nás vím o čerstvé pomerančové šťávě a drobném občerstvení.

Specialisti, jsou většinou schopni mít ordinaci velmi dobře zkoordinovanou, mívají více místností a tak může personál lidi postupně připravit, na prohlídku apod. Jede to více „jako na drátku“ Má to ovšem i negativní efekt, často máte pocit, že doktor vletí dovní, rychle vás okoukne a letí dál...ale asi je to jen pocit a stíhajícího ošetřit dvakrát tak více pacientů než v ČR.

Jak vnímáte přístup lékaře k pacientovi v České republice? (Komunikace, sdělení diagnózy, chování/vystupování lékaře, ochota pomoci apod.)

U specialistů, ke kterým chodím v ČR, jsem neměla všeobecně nikdy negativní zážitek ohledně chování. Ochota pomoci mi přišla vždy silná. Sdělení diagnózy už bylo komplikovanější, schovávají se za terminologii a myslím si, že mnoho lidí vůbec nerozumí.

Co mi chybí, je výčet možností postupu...Vždy se rychle určí řešení problému a nedostanete vybrat, i když je vícero možných řešení. Třeba s příplatkem, co nehradí pojišťovna, ale to by si určitě lidi doplatili, kdyby věděli, že budou za polovinu času zdraví.

Jak vnímáte přístup lékaře k pacientovi v Německu? (Komunikace, sdělení diagnózy, chování/vystupování lékaře, ochota pomoci apod.)

Líbí se mi, že mluví o možnostech, navrhnou podle nich samých nejlepší řešení, ale dají Vám na výběr, pokud je. Ochota pomoci je ve většině případů velká, personál je vždy velmi příjemný. Rozdíl je, že v ordinacích nepracuje klasický zdravotnický personál v takové míře, jako v ČR, je tam vždy jedna sestra, která může dělat zdravé úkony, ale jinak jsou to vlastně kancelářské síly s kurzem.

Pokud byste měl/a charakterizovat typického českého lékaře, jaké vlastnosti byste uvedl/a? (Vycházejte ze svých zkušeností)

Řekla bych to asi takto: Doktor/ka klid'as, nic se neděje, no tak pošlete dalšího, sestři! Nemám k tomu asi víc co dodat.

Pokud byste měl/a charakterizovat typického německého lékaře, jaké vlastnosti byste uvedl/a? (Vycházejte ze svých zkušeností)

Je v jednom kole. Organizovaná/ý. Zajímalo by mě, jestli se dá nějak porovnat průměrný počet ošetřených pacientů denně v ČR a Německu. Podle zkušeností bych si troufla tvrdit, že v Německu je jich o polovinu více...minimálně.

Dotazovaný 4

Zhodnoťte, jak vnímáte zdravotní péči v ČR? (obecně: strukturu, finance, podmínky, systém, instituce, můžete zde zahrnout i jakoukoliv osobní zkušenost)

Zdravotní péči v České republice vnímám vlastně docela pozitivně, mám to tam, dobrý zkušenosti jsem si udělal. Líbí se mi tam, že každý člověk má praktickýho lékaře má svojí kartotéku a když člověk toho lékaře změní tak jde i ta celá kartotéka k tomu jinému lékaři, takže on ví, na co se pacient léčil apod., pak třeba nemocnice, ty jsou zastaralý a

komunistický, myslím, že tam chybí peníze ale jinak všeobecně si myslím že je tam větší zájem toho lékaře.

Zavedl bys opět poplatky u lékaře? Nepřipadalo mi to vhodný, protože platili důchodci a platili děti, protože ty si na sebe neuměj vydělat nebo vlastně ani nemůžou.

Máš nějakou konkrétní zkušenost, kterou bys chtěl zahrnout? Mhm, noo, když jsem byl u lékaře a měl jsem dlouhodobý problémy, že se mi vracela furt jedna nemoc, tak jsem šel k lékaři, ten mi teda udělal všechny možný vyšetření, ani jsem si o to nemusel požádat a vlastně potom se teda našlo, že teda mám nějakou bakterii a vlastně on mi teda vysvětlil o co se jedná a dostal jsem antibiotika a bylo to, no.

Zhodnot'te, jak vnímáte zdravotní péči v SRN? (obecně: strukturu, finance, podmínky, systém, instituce, můžete zde zahrnout i jakoukoliv osobní zkušenost)

Abych řekl tak na mě působí docela negativně, já teď mám nějaký zdravotní problémy a přemýšlím tedy, že si zajedu do Česka, protože tady v Německu se to strašně táhne, pokládám za strašně negativní to, že se tady všude musí udělat nějaký termín u lékaře aby tam člověk mohl zajít, dokonce i u lékaře praktickýho... Mě se třeba stalo, že jsem byl nemocnej a zavolal jsem jestli můžu přijít a byla středa a oni mi řekli, že teprve až v pátek můžu přijít, což je prostě strašně strašně pozdě, že jo. A měl jsem vlastně ve 4 hodiny termín a potřeboval jsem nějak odběry z krku nebo krve a vlastně to není možný protože krev se odebírá ráno, takže jsem potom musel přijít až v pondělí... Co se mi tady nelíbí je to, že člověk tady...pacienti nemaj tady kartotéku u toho praktickýho lékaře tady v Německu, že vlastně když jsem u jednoho lékaře a přijdu k jinýmu lékaři, tak tam akorát vyplním nějaký dotazník, jak jsem ho našel, kolik mi je a kdesi cosi, ale vlastně ten lékař nedostane žádnou mojí kartotéku...tak můžu jít od doktora k doktorovi a můžu chodit třeba k dvaceti najednou.

A ani když je to tvůj vyloženě praktický lékař, tak nemá tvoji kartu? Ne, já tady vlastně ani žádnýho svýho nemám.

Jak je to s financema, musí se něco platit u doktora v Německu? U zubaře se platí hodně..Třeba teď jsem ja totiž studuju na vysoký škole, ale nemohl jsem se účastnit jedné zkoušky, protože jsme byl nemocnej a musel jsem přinést od doktora potvrzení, tak za to jsem samozřejmě platil, ale to je tak možná i v Česku, nevim. Ale u zubaře se teda platí nehorázný peníze, hlavně za plomby apod.

Jak vnímáte přístup lékaře k pacientovi v České republice? (Komunikace, sdělení diagnózy, chování/vystupování lékaře, ochota pomoci apod.)

Taky mám docela dobrý zkušenosti v Český republice, vlastně když jsem něco potřeboval vysvětlit nebo měl nějaký problém, tak mě vždy bylo vyslyšeno. Lékař si vždy našel čas, mohl jsem tam přijít když jsem zrovna potřeboval. Vysvětlil mi vždycky všechno, rozuměl jsem, vysvětlil mi to vlastně lidsky. Mám pocit že mi chtěl pomoc a taky mi pomohli vždycky.

Jak vnímáte přístup lékaře k pacientovi v Německu? (Komunikace, sdělení diagnózy, chování/vystupování lékaře, ochota pomoci apod.)

Jsou tam rozdíly, člověk čeká dlouho na ten termín a když už přijde teda konečně na řadu, tak je to takový celý cak cak. Vlastně rychle říct o co se jedná. Já jsem třeba 4 měsíce tady čekal na termín na kardiologii, i když jsem obvolal všechny kardiology tady v Mnichově, kde žiju, tak vlastně jsem našel nejbližší termín až za 4 měsíce, což prostě jako že jo... to je hrozně dlouho. A to vyšetření trvalo 2 minuty, se vším všudy. Ten lékař mi taky vždycky vysvětlil a všecko, takže...když jsem něčemu nerozuměl, tak jsem se zeptal a oni mi to vysvětlili, tam problém nebyl.

Třeba ja mam hodně negativní zkušenosti u zubaře, a sice já jsem chodil v Český republice k zubaři, každého půl roku a naposledy jsem byl u zubaře v červenci a potom jsem byl objednanej na prohlídku tady v Německu a ta budova a to zařízení bylo tady velice moderní, tady v Německu. A když jsem šel na kontrolu, tak tam byla zubařka a našla mi 8 kazů, a tak sem se divil kde se ty kazy najednou vzaly, když jsem byl před půl rokem na prohlídce tady v Česku a ta zubařka mi dokonce říkala, že si musím koupit plomby, že jedna teda stojí 80 euro, když jsem to říkal mým známím, tak říkali že to není pravda že teda pojišťovna hradí jiný plomby a když tam můj známej zavolal a zeptal se jak je to možný že je mám platit, tak otočila a řekla, že já je platit nemusím, že můžu vzít tu od pojišťovny. A vlastně mi tam dali 8 plomb a když jsem pak byl u českýho zubaře, tak ten se úplně zhroutil a řekl, že to vůbec nebylo nutný. K zubaři už v Německu nepujdu ani jednou

Pokud byste měl/a charakterizovat typického českého lékaře, jaké vlastnosti byste uvedl/a? (Vycházejte ze svých zkušeností)

Přátelský, ochotný, nápomocný, zajímá se o mě, bral vážnost toho co jsem mu říkal na vědomí, nemyslel si že jsem hypochondr

Pokud byste měl/a charakterizovat typického německého lékaře, jaké vlastnosti byste uvedl/a? (Vycházejte ze svých zkušeností)

Cítím se tam jak hypochondr, nedostatek času

Dotazovaný 5

Zhodnoťte, jak vnímáte zdravotní péči v ČR? (obecně: strukturu, finance, podmínky, systém, instituce, můžete zde zahrnout i jakoukoliv osobní zkušenost)

Zdravotnictví v České republice je už od základů velice špatné, přístupy, vstupy, přijímací místnosti, čekárny, nečistota, personál jako takovej, oblečení personálu, přístup lékaře vůči Vám, nehezké místnosti, nevlídné, at jsem kdekoliv a jakkoliv nastoupil nebo nějakou zdravotnickou čekárnu nebo lékaře, musím přiznat že jestli to byl soukromý lékař nebo doposud možná nějaká akciová společnost byla o pro mě špatná zkušenost.

Zhodnoťte, jak vnímáte zdravotní péči v SRN? (obecně: strukturu, finance, podmínky, systém, instituce, můžete zde zahrnout i jakoukoliv osobní zkušenost)

Rozdíl přístupu zdravotnictví v SRN je markantní, je velký, čistota, příjem, recepce, né jakási sestra zdravotní která na Vás volá kamsi a jaksi, oslovení jiné. Byl jsem u ušního

lékaře, lékař sám o sobě se ke mě choval jinak, seděl jsem v kvalitním zdravotnickém křesle, měl jsem pocit že nástroje jsou na trochu jiné úrovni, navštívil jsem očního lékaře, prostě oslovení, nebyly to písmenka kdesi 5 metrů daleko, a pomoc a přístup a nabídka dalších věcí. Navštívil jsem nemocnici, kliniku, zrovna tak jsem měl zkušenost v té klinice být pár dnů a je to jiná liga... Domnívám se že je to otázka peněz, že ty lidi jsou prostě jinak placení čili ten zájem těch lidí je přirozeně vůči tomu pacientovi je jiný, přístup k tomu pacientovi je jiný, těch aspektů je strašně moc.

Jak vnímáte přístup lékaře k pacientovi v České republice? (Komunikace, sdělení diagnózy, chování/vystupování lékaře, ochota pomoci apod.)

Navštívil jsem českého lékaře, který se rádoby chtěl ukázat, že už je na nějaké světové úrovni, že se musím dívat na jeho obrázky z dovolených, podle obrázků na zdi, jestli to byl surfař nebo lyžař neměl jsem pocit že je tam profesionalita z pozice lékaře neboli lékař vs. Pacient.

Jak vnímáte přístup lékaře k pacientovi v Německu? (Komunikace, sdělení diagnózy, chování/vystupování lékaře, ochota pomoci apod.)

V Německu jsem pro něj pacient, o všem mě informuje, sestřička se ptá, jestli nechci cokoli jiného... těch věcí je strašně moc...na rozdíl od českých lékařů... nemám pocit že bych tam byl přijat jako pacient s velkým P, zkrátka jsem tam byl jako další číslo

Pokud byste měl/a charakterizovat typického českého lékaře, jaké vlastnosti byste uvedl/a? (Vycházejte ze svých zkušeností)

Arogance, nekomunikativnost, zastaralý přístup, neochota, nadřazenost

Pokud byste měl/a charakterizovat typického německého lékaře, jaké vlastnosti byste uvedl/a? (Vycházejte ze svých zkušeností)

Přátelskost, profesionální vystupování

Dotazovaný 6

Zhodnoťte, jak vnímáte zdravotní péči v ČR? (obecně: strukturu, finance, podmínky, systém, instituce, můžete zde zahrnout i jakoukoliv osobní zkušenost)

Pracovala jsem 5 let na JIP a 4 roky na ZZS. Setkala jsem se s mnoha lékaři, sestrami a zdravotníky obecně. Z toho soudím, že máme zdravotníky co se vzdělání týka na velmi vysoké úrovni. Co je naprosto podhodnocení, jsou platy. Já měla po 5ti letech na JIP s VOŠ 14 500 Kč čistého v soukromé nemocnici (tohle skupování nemocnic AGELEM je další tragédie). Oproti Německu máme mnohem kvalifikovanější sestry.

Zhodnoťte, jak vnímáte zdravotní péči v SRN? (obecně: strukturu, finance, podmínky, systém, instituce, můžete zde zahrnout i jakoukoliv osobní zkušenost)

Zatím můžu soudit jen s pohledu pacienta. A naprostá spokojenost co se čekací doby týče, nesrovnatelné s ČR. A taky přístup lékaře k pacientovi. Nemůžu házet všechny do kupy, ale obecně tady je ten přístup vstřícnější. Finance (zatím nemám vlastní zkušenost, ale pokud

inzeráty nelžou, tak tady jsou sestry adekvátně vzhledem k potřebnému vzdělání apod. ohodnoceny. Lékaři zatím nevím.

Jak vnímáte přístup lékaře k pacientovi v České republice? (Komunikace, sdělení diagnózy, chování/vystupování lékaře, ochota pomoci apod.)

Jak kdo. Chápu že mají hodně přesčasu, je jich málo apod. ale dost často jsou neochotní, člověk se pomalu bojí na něco zeptat. Zase se jich najde spousta co i přes to že mají za sebou 24 hodin v kuse, tak jsou milí. Ale celkově v Německu vnímám přístup pacient-lékař lepší a vstřícnější.

Jak vnímáte přístup lékaře k pacientovi v Německu? (Komunikace, sdělení diagnózy, chování/vystupování lékaře, ochota pomoci apod.)

Srozumitelnější, vstřícnější, ale věřím že je to i časem který na pacienta mají

Pokud byste měl/a charakterizovat typického českého lékaře, jaké vlastnosti byste uvedl/a? (Vycházejte ze svých zkušeností)

Vysoká odbornost, přepracovanost, zkušenost

Pokud byste měl/a charakterizovat typického německého lékaře, jaké vlastnosti byste uvedl/a? (Vycházejte ze svých zkušeností)

Vstřícnost