



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**System zdravotní péče a zdravotních služeb v historii
a současnosti**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Vlasta Trmotová

Vedoucí práce: MUDr. Rostislav Čevela, Ph. D., MBA.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Systém zdravotní péče a zdravotních služeb v historii a současnosti*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 17. 8. 2017

.....

Vlasta Trmotová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucímu bakalářské práce panu MUDr. Rostislavu Čevelovi, Ph. D., MBA. za vstřícnost, cenné rady a připomínky k dokončení této práce. Dále děkuji všem za ochotu a pomoc při vypracování této práce a své rodině za trpělivost a podporu během celého studia.

System zdravotní péče a zdravotních služeb v historii a současnosti

Abstrakt

Bakalářská práce si dala za svůj cíl zmapování pohledu osob vybrané věkové kategorie na zdravotní péči a prevenci určitého časového období. Důležitou součástí bylo zřetelné vymezení časového rozpětí, které pro tuto práci představovalo období socialistického zdravotnictví (tzn. před rokem 1989) kontra současného zdravotnictví (tzn. po roce 1989). S tím spjatě navazoval výběr věkové kategorie osob, která je příslušná v porovnání těchto dvou období a to zastupují osoby v pozdní dospělosti. Výzkum se zakládal na rozboru anonymních dotazníků, jenž byly cíleně rozdány respondentům příslušného věku. Dotazníky byly rozdány v okruhu regionální oblasti Příbram ve Středočeském kraji. Jednotlivé odpovědi byly zaneseny do grafické podoby za pomoci tabulek a grafů. Zmapování pohledu na proměny ve zdravotní péči a prevenci ve zvolených obdobích a u vybrané věkové skupiny osob poukázalo na skutečnost značného vnímání rozdílů, ač tento proces změn není stále konečný. Stále se řeší otázky ke stabilnímu systému a podpoře zdravotnictví. Oporou ze stran obyvatel by měl být samostatný přístup ke svému zdraví v pravidelné prevenci. Zásadní úlohu však představuje měnící se hodnotový žebříček potřeb, který ovlivňuje i tvorbu legislativy. Podle výzkumu není jednomyslná převaha pouze jednoho období v kvalitě zdravotnictví, ale jsou v něm promítnuty události a politické uspořádání státu. Vše s sebou přináší světlé i stinné stránky, které ovlivňuje naše vnímání, postoje a názory. Důležitou a neopominutelnou součástí tvoří spokojenost a svoboda obyvatel, jenž se odráží na jejich zdraví.

Klíčová slova

zdravotní péče; prevence; pozdní dospělost; socialismus; současnost

The health care system and health services in the history and the present

Abstract

The aim of a Bachelor work is to map how do people of selected age group look at health care and prevention of specific time period. An important part of the Bachelor work was a clear definition of two time ranges. The first of them was a socialistic healthcare (i.e before 1989) against which stayed healthcare of nowadays. The choice of age category depended on those time periods. This sort of people had to be able to compare both of those periods. That was the reason for choosing people who were in a life part called late adulthood. This research was based on analysing anonymous questionnaires that were distributed to respondents. All respondents had requested age and all of them lived near district Příbram in Central Bohemian Region. The answers were recorded to tables and graphs. The mapping of points of view on changes in health care and prevention in selected time intervals showed that people in chosen age group are perceiving differences. Although this process is not at the end, there are still several questions about stable system and support of healthcare. Society should support it too. Everyone in society could deal better with his or her own health and practise a prevention. Main role represents changing of a value chart of needs which influences the making of legislation. The research shows that there is no superiority of one period in case of healthcare. There are occasions and political order reflected in the research. Everything comes with its own bright and shady pages that may change our point of view, our opinions and attitudes. Human freedom and satisfaction, those important and unforgettable things are reflecting on our health too.

Key words

health care, prevention, late adulthood, socialism, nowadays

Obsah

Úvod	8
1 Teoretická část	10
1.1 Historie zdravotní péče	10
1.1.1 Kořeny zdravotní péče	10
1.1.2 Vývoj zdravotní péče	11
1.1.3 Zdravotnictví v socialismu a dnes v ČR	14
1.2 Základní pojmy zdraví a nemoc	17
1.2.1 Zdravotní gramotnost	20
1.2.2 Výchova ke zdraví	21
1.2.3 Prevence	22
1.3 Období pozdní dospělosti	24
1.4 Program zdraví 2020	27
1.4.1 Význam programu	28
1.4.2 Strategie programu	29
1.4.3 Vize programu	30
1.5 Zdravotní péče	31
1.5.1 Koncept zdravotní péče	31
1.5.2 Zdravotní pojištění	32
1.5.3 Zdravotní služby	37
2 Cíl, hypotézy práce	39
2.1 Cíl práce	39
2.2 Hypotézy práce	39
2.3 Operacionalizace pojmů užitých v cíli a hypotézách práce	39
3 Metodika	41
3.1 Metodika výzkumu	41
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	41
4 Výsledky	43
5 Diskuse	57
Závěr	64
Seznam použitých zdrojů	66
Seznam použitých tabulek	74
Seznam obrázků	75

Přílohy	77
Seznam zkratek	101

Úvod

Důležitou součástí života lidí v každé společnosti je zdraví a s tím spojená prevence. Pečovat o zdraví by mělo být zodpovědným jednáním každého z nás, neboť je to jedna z nedůležitějších hodnot našeho života. Nastanou během života chvíle, kdy tato hodnota je ohrožena či narušena nepříznivými vlivy. Některé z nich řešíme svépomocí, ale na některé je nutná odborná pomoc. Stát v rámci své úpravy řízení vytvořil a stanovil podmínky pro ochranu zdraví a péči o něj. Základním dokladem zajištění je v Listině základních práv a svobod (dále zkr. LZPS) (ústavní zákon č. 2/1993Sb., čl. 31), od něhož se odvíjejí zákony a vyhlášky zabezpečující poskytnutí zdravotní péče a zdravotních služeb. Zdravotní systém, jenž se postupem let měnil, upravoval a zdokonaloval své jednotlivé části, značí posun v různých oblastech své působnosti v kooperaci s ostatními komponentami systému státu. Zdravotní systém se dnes považuje za solidární a více přístupný lidem oproti minulému režimu, kdy stránka financování je spojena s pojišťovnami, které zaštiťují regulaci úhrad, a odpovídají za jejich dostatek a přerozdělování.

Péče o zdraví není pouze záležitostí zdravotnictví, ale i vzdělávání. Výchova a vzdělání by měly jít v ruku v ruce k osvojení si poznatků, návyků a jisté disciplíny, které jsou nezbytnou součástí pro zdraví růst dětí a jejich zdravý vývoj. Vzdělávání se v oblasti péče o sebe nenáleží jen dětem, ale i dospělí v každém věku se mohou učit, jak dbát o své tělo a minimalizovat negativní příčiny dopadu na zdravotní stav. V dnešní době médií a množstvím technologicko-průmyslových vymožeností je otázka prevence a vlastní iniciativy k podpoře svého zdraví otevřená a dostupná všem bez jakéhokoliv rozdílu. Stát v rámci podpory vzdělávání podporuje nejrůznější projekty, akce, spolupracuje na mezinárodních programech, které se snaží uvádět do praxe v celorepublikovém rámci.

Odpovědnost k sobě samému se odehrává v našem nitru, které je formulováno životosprávou, zkušenostmi, přístupem k sobě a druhým, genetickými dispozicemi a stávajícím věkem. Věk v životě člověka, i když si to někdy nechceme přiznat, hraje významnou roli. S věkem se proměňují funkce a podoba těla a organismu, mění se pohled a přístup k okolnímu světu a jeho událostem, mění se i hodnotový žebříček, kdy si každý na základě získaných poznatků utváří svůj status ve společnosti. Překlenutí věkových mezidobí přináší svá pozitiva, ale i negativa. V té chvíli zaleží na osobnosti člověka a prostředí, ve kterém žije, jak stávající změny spojené s přibýváním let přijme a ztotožní se s nimi.

Výzkum práce byl vytvořen na podkladě anonymních dotazníků, které byly předány osobám ve věkové kategorii pozdní dospělosti, které jsou kompetentní k porovnání socialistického zdravotnictví (tzn. před rokem 1989) a současného zdravotnictví (tzn. po roce 1989). Cílem se tak stalo zmapování pohledu osob vybrané věkové kategorie na zdravotní péči a prevenci určitého časového období. Teoretická část práce se věnovala stručnému představení historie zdravotní péče, základních pojmů jako je zdraví a nemoc, prevence a Program 2020. Na tuto část navazuje popis pozdní dospělosti, zdravotní péče a neopominutelných dílčích komponentů. Výzkumná část definuje cíle a hypotézy práce, společně s popisem metodiky získávání a zpracování získaných dat, jež jsou využity pro výzkum. Následují výsledky, které jsou zaneseny do tabulkové podoby s krátkým popisem a v grafech, které jsou přílohou. Závěrečnými částmi jsou diskuse a závěr.

1 Teoretická část

1.1 Historie zdravotní péče

Obrazem lidského bytí je prý jeho minulost. Římský filozof, řečník a politik Marcus Tullius Cicero ji označil slovy „*Dějiny jsou svědky času, světlem pravdy, živou pamětí, učitelkou života a poslem minulosti*“ (Brýna, 2016).

1.1.1 Kořeny zdravotní péče

Svědectví o zlomu vývoje člověka byl podle antropologů zrod opočlověka kdesi na africkém kontinentě, který se objevil před 5 milióny lety a nazýval se Australopithecus (Veverka, 2013). V průběhu let se jeho vývoj neustále proměňoval a stejně tak i jeho místo výskytu. Podmínkou těchto proměn byla expanze motivována technologickým úspěchem, jež měla podobu demografického růstu populace, ariditou tamního klimatu a s tím spojený celkový úbytek potravin a anatomická preadaptace jedince (Svoboda, 2014). Díky těmto změnám, které byly následovány sociálními tlaky a kompetencemi mezi dílčími skupinami tvorů, můžeme hovořit o modifikaci první migrace (Volný, 2002). Migrační vlnu nabídla oblast Starého světa, kdy pásmo Eurasie fungovalo jako recipient lidských migrací oproti odlehlé Austrálie a Ameriky (Svoboda, 2014).

Archeologové a paleontologové se domnívají, že naši předci trpěli spoustou malformací, sužující artrózou a následky po mnohačetných zlomeninách a jiných úrazech (Porter, 2015). Volný (2002) ve svém díle uvádí, že hlavní zlom pro vývoj člověka způsobil druh *Homo erectus* (člověk vzpřímený), který se údajně odvážil zvednout hořící větev stromu a tím následně došlo k převratu mezi člověkem a přírodou. S pomocí ohně se lidé nebáli migrovat na nová místa a tvořit kolonie (Volný, 2002). Společně s migrací a kolonizací se objevují mikroorganismy – bakterie, viry a prvoci včetně různých parazitů a patogenů (Porter, 2015).

Augusta ve svých spisech z roku 1957 předkládá myšlenku směru vývoje člověka ze zvířecích prapředků, což sebou neslo i získání určitých složek zvířecích mikroorganismů a patogenů. Tuto domněnku Porter (2015) upravil v podobě vysvětlení putování skupin lidí za zdroji potravy, kdy lovci – sběrači zpočátku nepěstovali zvířectvo, ale po jejich domestikaci se zrodily základy pro patogenní původce tuberkulózy, kravských a pravých neštovic, chřipky, rinovirů, rýmy, nachlazení, spalniček, moru, bakterie *Salmonella* a jiných zdravotních komplikací.

Rozvíjející se poznatky lidského společenství ve využití zvířat, prohlubování znalostí ročních období, půdy, semen a plodů bylo předzvěstí postupu ve vývojovém žebříčku. Homo sapiens (člověk rozumný) dospíval ke kultivaci v učení umění, řemeslech, tvorby historie lidstva a podpory vzdělání (Volný, 2002).

Postupná vyspělost člověka způsobila revoluci v jeho postavení vůči svému okolí a přírodě. Hlavní proměnou bylo vytvoření měst a jejich správy, které pro rozkvět růstu říše vybíraly daně, formulovaly, vyhlášovaly nové zákony a svou orientaci také zaměřily na nové přístupy k nemocím, jejich léčení a zaznamenávání (Svoboda, 2014). Nesporné doklady o existenci písemných textů přinesla řecká civilizace, s níž je spojeno jméno otce lékařství – Hippokrata (460-377 př. n. l.) (Porter, 2015). Hippokrates se považuje po egyptském lékaři Imothepovi (2 700 př. n. l.) za prvního, který vyslovil myšlenku základní povinnosti lékaře - učinit vše nejlepší pro svého pacienta a předat zkušenosti nástupcům, což je spojeno s formulací Hippokratovy přísahy (Tomeš, 2011).

Proměna povahy života, ale i smrti vychází z využití poznatků z didaktiky, etiky a historických vzorů, jež jsou využívány pro vzdělání a morální účely (Heinen, 2011). Mezi představitelé znalostí antického lékařského umění se považují kláštery, jež byly považované za důležitá střediska medicínského vědění a profesionální péče (Märtlová, 2007). Zrcadlením života člověka mezi nemocí a zdravím v lékařských a léčitelských postojích je napětí mezi kontrasty duší a těla (Lenderová, 2013). Znamenalo to provázanost s lidovým léčitelstvím opírající se o praktické zkušenosti a magické rituály (Märtlová, 2007). Mystika, magie a víra zanesly do života lidí řád a oporu ve chvílích strachu, neúspěchu či nemoci, což bylo spjato i s prohlubováním poznatků o světě a o sobě samém. Významnou roli v tom zastávali kněží, šamani a léčitelé, kteří byli považováni za zprostředkovatele hranic mezi tělem a duší, fyzickou existencí, vírou a vzděláním.

1.1.2 Vývoj zdravotní péče

„Člověk léčí, ale Bůh (Příroda) uzdravuje“ (Svobodný, Hlaváčková, 2004, s. 20). Společnost od 12. století přijímala nemoc jako nadpřirozený zásah – trest, ale i možnou milost, kdy rozhodující úloha spočívala v praktické péči o nemocné, chudé, opuštěné, staré nebo bezmocné (Svobodný, Hlaváčková, 2004). Poznatky z antického lékařství vedou společnost k pokroku v poznání lidského těla, biologických materiálů, vynálezů a alternativních metod léčby. Díky tomu podle Hertwanga et al. (2013) je dnes svět pojímán v obraze sociálního terénu, kde lidé a zvířata jsou nesčetnými zdroji informací,

pravomocí, ale i soupeření, kdy též zahrnuje doménu učení se jeden od druhého s vírou spojenectví ve vypořádání se s rozmary přírody.

Přelomovým posunem v medicíně se stal anatomický popis lidského těla, který uvedl ve známost vlámský lékař Andreas Vesalius (1514-64) v roce 1543, kdy úzce se s ním pojil po 35 letech popis krevního oběhu lékařem Williamem Harveyem (1578-1657) (Hejný, 2000).

K poznání účinných látek proti různým parazitům, patogenům, bolestem a rozšiřování povědomí o alternativní medicíně se 18. a 19. století zasadila například vakcína proti neštovicím, jež objevuje lékař Edward Jenner roku 1796, léčbu za pomoci homeopatie aplikuje německý lékař Samuel Hahnemann (r. 1810) nebo užití chloroformu Jamesem Y. Simsonem jako anestetika (r. 1847) (Porter, 2015).

Svůj význam společnost objevuje v mnoha oblastech svého bytí. Revoluce v podobě příjmu rozličných kultur, vědění a postojů, kdy za charakteristickou změnou stálo postavení žen ve společnosti. Jedním z těchto dokladů znamenala Elizabeth Blackwellová (1821-1910), jež se stala v roce 1849 první promovanou lékařkou (Hejný, 2000). Proměny se konaly v dobročinnosti potřebným. Původní skromné útulky často zřízené církví se měnily a vyvíjely ve významnější ústavy. Instituce obsahovaly nemocniční budovy, hospice a k nim přidružené vzdělávací instituce pro získávání nebo zdokonalování znalostí v medicíně. V roce 1845 Florence Nightingaleová (1820-1910) založila v Londýně školu pro výuku zdravotních sester, v jejíž důsledku přišlo zkvalitnění úrovně ošetrovatelské péče (Porter, 2015).

Různé zásahy do života společnosti (např. války) předznamenaly nutnost pomoci potřebným nejen prostřednictvím nemocnic, chudobinců nebo hospiců. Vytvořila se myšlenka tvorby samostatných institucí, ústavů a organizací věnující svou činnost potřebným. Humanista Henri Dunant (1828-1910) spoluzakládal v duchu této myšlenky roku 1864 jednu z nejvýznamnějších organizací a to Červený kříž, dodnes považovaný za přední mezinárodní organizaci (Kuranda, 2016). Zakládaly se další zdravotní a vzdělávací instituce, při nichž se často zakládaly odborné laboratoře hledající odpovědi na nemoci a jiné problémy sužující člověka. Objevují se zjištění o původcích nemocí, zdokonaluje se lékařské zajištění péče, vynálezy a tvoří se specializovaná oddělení. K názornosti lze uvést Roberta Kocha (1843-1910), jež objevil původce cholery a tuberkulózy roku 1883, Sigmunda Freuda (1856-1939) představující léčbu psychiky člověka za pomoci mluveného slova o snech, pocitech, zážitcích z minulosti tzn.

psychoanalýza nebo první pořízení rentgenových snímků roku 1895 fyzikem Wilhelmem Roentgenem (1845-1923) (Hejný, 2000).

Společnost si postupně budovala jasné cesty ke zkvalitnění svého životního stylu a podpoře zdraví po všech stránkách. Průlomový objev uskutečnil roku 1900 Karl Landsteiner (1868-1943), popisem tří krevních skupin, kdy nezávisle na něm o sedm let později charakterizoval Jan Jánský (1873-1921) čtyři krevní skupiny – A, B, AB a 0 (Svobodný, Hlaváčková, 2004). Dvacáté století nadále povzneslo rozkvět medicíny. Otevíraly se nejen při nemocničních zařízeních specializovaná oddělení (např. r. 1921 první porodnické oddělení v Londýně), zdokonalovala se zdravotní technika a materiál, bylo sestaveno EEG na bázi zaznamenávání elektrických impulzů mozku (r. 1920), Alexandr Fleming (1881-1955) odkryl účinnost penicilinu roku 1928 a následovaly další objevy a vynálezy (Hejný, 2000). V lékařském umění se zdokonalovali i samotní lékaři, zdravotní sestry a další ošetrovatelský personál. Uskutečnily se první obtížné operace povahou transplantací orgánů, sestrojují se pomocné přístroje umožňující stabilizovat zdravotní stav nebo nahradit poškozené orgány jako byly třeba uměle vytvořené železné plíce v roce 1932 (Porter, 2015).

Lidé se ve svém poznání posunují stále kupředu. Příznačné pro spokojený a kvalitní život je nutnost mít zabezpečené základní hodnoty, jejíž zaštitění lze zaopatřit celospolečensky uznávanými závazky a to mezinárodními smlouvami, zákony, vyhláškami a směrnicemi. Jejich obsahem se vytvořil závazek mezi lidmi, ale i státní moci vůči nim. To také zaručuje propojení zdravotnictví (medicíny) se státní politikou.

Zdravotnictví v realizaci 21. století přineslo svědectví o nových problémech a rozvojových příležitostech související s jinými společenskými procesy (demografický vývoj, zájmy aktérů, ekonomické možnosti státu atd.) pro zohlednění zaopatření tvorby zdravotní politiky (Potůček et al., 2005). Zaštitěním úkonů státu ve vztahu zdravotnictví se vytvořil systém zdravotního pojištění a úkonů (př. povinná vakcinace, podpora vědy a výzkumu s novými technologiemi umožňující zkvalitnění života, včasné podchycení zdravotních problémů, výroba nových medikamentů proti různým onemocněním a tvorba dalších terapií a lékařských postupů léčby), které jsou neopomenutelnou součástí dnešního lékařství.

1.1.3 Zdravotnictví v socialismu a dnes v ČR

Nejen české zdravotnictví vychází z dějinných aktů, které jsou považovány za zrcadlení k novým přístupům, rozvoji a právům obyvatel pro každodenní život. Jedním z kroků v českém zdravotnictví bylo převzetí modelu veřejného solidárního nemocenského pojištění, jenž byl zaveden za Rakouska – Uherska přijetím zákonů o nemocenském a úrazovém pojištění v roce 1888 po bismarckovském vzoru z Německa (Janečková, Hnilicová, 2009). Postupně bylo zdravotnictví zlepšováno různými formami pojištění a dobročinností (Ústav zdravotnických informací a statistiky (dále zkr. ÚZIS), 2002). Vzhledem ke změnám, které během dalších let přicházely, se stal tento systém pojištění nedostatečným. Nesnází systému bylo zaměření se pouze na živnostníky a zaměstnance v továrnách, dolech a železnicích, zatímco pracovníci v zemědělství, lesnictví a jiní byli vyřazeni a též bylo problematické roztržité organizační pojištění na téměř 1 500 malých pokladen (Janečková, Hnilicová, 2009). V roce 1948 nastoupily politické změny v podobě vytvoření komunistické ideologie (ÚZIS, 2002). Komunistická strana se po skončení 2. světové války stala nejvýznamnější politickým subjektem, kdy se komunisté stali monopolními vládci v Československu (Vodička, Cabada, 2007). Český stát byl tak politicky i ekonomicky podřízen Sovětskému svazu, že téměř veškeré vlastnictví bylo zestátněno a to nevyjímaje zdravotní instituce a majetek Ústřední národní pojišťovny (ÚZIS, 2002). Poválečná doba přinesla s sebou přijetí zákona o národním pojištění a prvky státního zdravotnictví budovaného od 50. let dle Semaškova modelu v ovlivnění právě původními českými přístupy (Janečková, Hnilicová, 2009). Cíle modelu byly velmi pokrokové, ale realizace pouze formální, kdy problémem byl politický dirigismus a nedostatek ekonomických zdrojů provázející vývoj zdravotnictví po celou dobu Sovětského svazu (Gladkij, Strnad, 2002). Nástupem zákona o národním pojištění, kdy se sjednotily různé systémy, se zavedlo povinné pojištění pojímající rodinné příslušníky a svobodná povolání (ÚZIS, 2002). Sjednocené zákony z let 1951 – 1953 vyjadřovaly zrušení systému národního pojištění a převedení odpovědnosti za poskytování, řízení a kontrolu na stát neboli na ministerstvo zdravotnictví a výbory (Janečková, Hnilicová, 2009). Začátkem 50. let se uvedly nové organizace československého zdravotnictví, jejichž součástí byly Závodní ústavy národního zdraví často vznikajících při velkých průmyslových podnicích (Fryš, 2016). S novou zavedenou soustavou měl systém projev centralistického systému dostatečně efektivním v situaci s poválečnými problémy na počátku 60. let (ÚZIS, 2002). Centralistický a direktivní

řízený systém dosáhl značných úspěchů v povinných opatření týkající se hygieny a epidemiologie, preventivních prohlídek i očkování, která se stala součástí léčebně preventivní péče a přispěla tak k úspěchům československého zdravotnictví (Janečková, Hnilicová, 2009). Pro 60. léta to znamenalo široký rozmach nových medicínských technologií, prohloubení zdravotní péče a došlo k výraznému růstu výdajů na zdravotnictví a ke vzniku nových zdravotních problémů s tzv. civilizačních chorob (např. drogové závislosti, kardiovaskulární choroby, onkologické choroby atd.) (Gladkij, Strnad, 2002). Zdravotnictví si tak vyžádalo hledání nových řešení a úprav pro rychle se rozvíjející situaci a tak se stalo prioritní otázkou politiky. Reakce na nové zdravotní problémy (např. změny životního stylu, faktory životního prostředí, atd.) způsobily stagnaci zdravotního systému i zdravotních ukazatelů (ÚZIS, 2002). Alarmující se stala doba koncem 80. let, kdy řada odborníků z oblasti sociálního lékařství a organizace zdravotnictví kritizovala stávající režim s poukazem na nutnost změn státní politiky a systému péče o zdraví v otázce podfinancování systému, nedostatku moderních léků, zaostalého technologického vybavení a nespokojeností lékařů v nemožnosti praktikovat moderní medicínské postupy (Janečková, Hnilicová, 2009). Zjištění adekvátní péče, problému zdraví a zdravotnictví přerostl národní rámec a musí se řešit v mezinárodním měřítku, kdy předním koordinátorem se stala Světová zdravotnická organizace (dále zkr. WHO) (Gladkij, Strnad, 2002). K vážným proměnám došlo po roce 1989. Zdravotnictví do roku 1989 prošlo transformací od státem řízeného a z daní financovaného systému k modelu všeobecného zdravotního pojištění, kde hlavní odpovědnost převzaly zdravotní pojišťovny (ÚZIS, 2010). S tím se pojil rozpad tehdejších organizačních struktur tzn. krajských ústavů národního zdraví (zkr. KÚNZ), okresních ústavů národního zdraví (zkr. OÚNZ), a postupná privatizace zdravotních zařízení (Janečková, Hnilicová, 2009). K dalším klíčovým změnám přispěla v roce 1991 vstoupení v platnost vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky (dále zkr. MZ ČR) č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotních zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi, která decentralizovala okresní ústavy národního zdraví na menší a ekonomicky samostatné celky – právní subjekty, jejichž proces byl ukončen v roce 1992 (ÚZIS, 2010). V součinnosti nových návrhů systému zdravotní péče se novelizoval zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu zákonem č. 548/1991 Sb. (ÚZIS, 2010). Odstartováním přijímáním nových zákonů v rozsahu veřejného zdravotního pojištění se zahájila činnost Všeobecné zdravotní pojišťovny (dále zkr. VZP) v roce 1992 a později dalších oborových zdravotních pojišťoven (Janečková, Hnilicová, 2009). Průběh přeměn a reorganizace

zdravotních zařízení a orgánů v kooperaci se zavedením soustavy zdravotního pojištění byl bez obtíží (ÚZIS, 2002). Nastalo výrazné zlepšení technologického vybavení zdravotnictví, nakupovaly se počítačové tomografy, mamografy, magnetické rezonance, sonografy a jiné, kdy se pro další období hledala optimální podoba financování zdravotní péče (Janečková, Hnilicová, 2009). Účinnosti nabyl zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, kdy společně s nimi byl v roce 1992 přijat zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách vnášející do zdravotního pojištění konkurenční prostředí, jehož projev byl velmi rychlý v podobě vysokého nárůstu počtu zdravotních pojišťoven, které bez regulace a kontroly státu se ocitly ve finančních potížích (ÚZIS, 2010). V roce 1997 byl přijat nový zákon o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb., jenž upravuje podmínky poskytování bezplatné zdravotní péče, diferencuje financování nemocnic a ambulantních služeb a zavádí dohodovací řízení o výši úhrad za poskytovanou péči, výběrem řízení na poskytovanou zdravotní péči a další pravidla směřující k regulaci celého zdravotního systému (Janečková, Hnilicová, 2009). Zahájení privatizace ve zdravotnictví však započalo v druhé polovině roku 1992 přijetím zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči poskytované v nestátních zdravotních zařízeních, kdy počáteční vývoj první fáze se dotýkal malého počtu samostatných ambulantních ordinací, v lůžkové péči poté malých soukromých porodnic, kdy následně došlo k rychlému nárůstu počtu zdravotních zařízení oproti letům roku 1989 (ÚZIS, 2010). Pro praktickou představu lze také zmínit přechod od zavedené soustavy rozdělení pacientů podle spádových oblastí do současného stavu svobodné volby lékaře. Dalšími z mnoha opatření, které měly a mají zásadní význam pro přístup ke zdraví lidu a kvality zdravého způsobu života jsou jednotlivé programy, jenž si v rámci celosvětového měřítko zaštiťují a kooperují v jejich souladu země v podobě realizace rozmanitých projektů. Ke známým projektům patří i Projekt Zdravé město. Tento projekt dle Velemínského et al. (2012) lze v souhrnu představit jako zdravá města, obce a regiony, jenž se promyšleně snaží vytvářet město, obec či region v kvalitní a příjemné místo pro život na základě dohod s obyvateli, kdy cílem je udržitelný rozvoj s výsledkem dlouhodobě stabilizovaných podmínek pro zdraví a kvalitu života.

Transformace zdravotnictví, novelty a reformy probíhaly a budou probíhat napříč roků. V posledních letech se měnil zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování s tím spojená novela z roku 2016 ve znění zákon č. 147/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a

podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách s nabytím účinnosti novely od 1. 11. 2017 ve znění zákona č. 202/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony.

Vždy by základním kamenem by měla být LZPS - Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb., v článku 31, jenž zní „*Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon*“.

1.2 Základní pojmy zdraví a nemoc

Každý z nás si během svého života seřazuje své hodnoty dle svého cítění do tzv. žebříčku hodnot. Na předních pomyslných příčkách se objevují nejčastěji štěstí a zdraví. Zdraví vychází z latinského slova salus, - útis = zdraví, blaho či valétúdó, -inis = zdravotní stav (Kebza, 2005). Přístup k němu není jednoznačný, neboť zdraví vychází z fyzického zdravotního stavu, subjektivních pocitů štěstí a blaha jedince a jeho chování vůči vztahu ke zdraví a nemoci (Čeledová, Čevela, 2010). Definice zdraví též oplývá nejednomyslností vymezení. Velemínský et al. (2012) nejednomyslnost vysvětluje nezřetelností dělicí čáry mezi zdravím a nemocí, kde je nemožné určit hranice mezi úplným zdravím a počátkem nemoci. Vurm et al. (2007) uvádí na straně 28 publikace definici zdraví, jež byla v průběhu let predefinována: před rokem 1948 na „*Stav nepřítomnosti nemoci nebo tělesných defektů*“, kdy po roce 1948 zněla „*Stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a nejen pouhá nepřítomnost nemoci nebo vady*“. Pro uniformitu pojmu zdraví WHO stanovila definici po roce 1948 jako závaznou.

Zdraví je chápáno jako proces poukazující na stav těla jako dynamické rovnováhy, jejíž střed spočívá v kontinuu od dobrého k výbornému a vzkvétajícímu (Mein, 1993). Dynamiku vystihující fylogenetickou a ontogenetickou adaptaci člověka na nároky zevního prostředí vyslovuje chápání zdraví z dnešního hlediska jako schopnost organismu přizpůsobit měnícím se nárokům a požadavkům prostředí bez jakéhokoliv narušení životních funkcí (Čevela et al., 2015).

Člověk je neopakovatelnou individualitou a nositelem jedinečné subjektivity, jež je vnímána v pohledu bytosti bio – psycho – socio a dnes i duchovní sféry (Jankovský, 2003). Tato jedinečnost a úsilí o zdraví je v zorném úhlu lidské společnosti od jejího

vzniku, kdy úsilí nespadá jen do oblasti medicíny, ale i sociální politiky (Tomeš, 2011). Zdraví se tak stalo významnou hodnotou společnosti a každodenní potřebou. Zahrnuje tři složky:

- tělesnou a psychosociální integritu
- nenarušené životní funkce a společenské role
- adaptabilitu (Čevela et al., 2015).

Stát se zavázal tuto hodnotu společnosti zajistit v rámci vytvoření zákonného ustanovení v čl. 31 - Právo na ochranu zdraví a zdravotní péči, Hlava IV. Hospodářská, sociální a kulturní práva v LZPS – Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb. (Wagnerová, 2012). Společně v součinnosti s LZPS zajišťuje ochranu zdraví zákon č. 258/ 2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, jenž nahradil zákon č. 20/1966 Sb., péče o zdraví lidu.

Pro zachování nebo zlepšení zdraví přispívá nejen státní garance, ale převážnou účast mají faktory ovlivňující kvalitu života. Za faktory jsou považovány determinanty zdraví, jež znamenají souhrn jevů a podmínek určující či ovlivňující zdraví, které zahrnují širokou škálu osobních, sociálních a ekonomických faktorů a charakteristiku životního prostředí (Vokurka et al., 2006). Faktory účinkují na potenciál zdraví pozitivně i negativně (Marková, 2012). Zahrnují se sem vnější faktory (sociální, ekonomické a fyzické prostředí jedince), individuální charakteristiky a chování jedince (dědičnost, pohlaví, životní styl apod.) (Čevela et al., 2015). Pojetí determinant demonstruje vzájemnou propojenost zdraví a osobní pohody (Kebza, 2005). Za konkrétní determinanty se považují genetické a epigenetické faktory, faktory životního stylu (výživa, spánek apod.) a vnější faktory (chemické, sociální, environmentální apod.) (Čevela et al., 2015). Čtyři základní činitele formulují zdraví, jimiž jsou zdravotnické služby (10 – 15%), biologická danost (10 – 15%), životní prostředí (15 – 20%) a životní styl (50 – 60%) (Marková, 2012).

Rozsah vlivu jednotlivých determinant zdraví se mění v propojení rozvoje lékařské vědy i sociální sféry. Sociální sféra úzce souvisí se způsobem života jednotlivců, komunit a sociálních vrstev, kdy se jedná o okruh vzdělání, zaměstnanecké pozice a platové výměry, lokalitě bydliště, úrovně bydlení, sociálních změn a statusu (Janečková, Hnilicová, 2009).

V záplavě aktivit a emocionálních prožitků se můžeme setkat s pocity bezmoci nebo utrpení. Tyto vjemy jsou zakotveny v každém z nás, kdy bezmoc bývá často formulována v povaze subjektivní ztráty moci nad sebou samým, bezprostředním okolím a ztrátě subjektivně pociťované kompetence vypořádat se s potížemi (Vácha et al., 2012). Potíže mohou mít mnoho podob. Častým zkomplikováním kvality života bývá ataka nemocí. Původ slova nemoc vychází z latinského slova morbus nebo řeckého slova nosos či pathos (Vokurka et al., 2006). Přesné definování stejně jako u zdraví může být z mnoha pohledů. Obecně dle Tomeše (2011) se nemoc vnímá jako narušení rovnováhy mezi fyziogenními, psychogenními a sociogenními faktory osobnosti. Velemínský et al. (2012, s. 38) uvádí nejuvýstižnější definici, jenž říká „*Nemoc je stav, kdy je změněna či porušena stavba nebo funkce jednoho nebo více orgánů*“. Vokurka et al. (2006) toto doplňuje dodatkem o objektivní zjistitelnosti vnímanou nemocnou osobou, což se stává předmětem zdravotnických služeb.

Organismus se neustále udržuje ve stabilním stavu. Dojde-li k narušení stability, nastupují regulační mechanismy aspirující na nápravu změn. Příčiny změn se objevují v působení zevních či vnitřních vlivů, neadekvátní odpovědi organismu, psychogenní příčině či existenciální a sekundární formě nemoci (Velemínský et al., 2012). Nemocný prochází určitými stadii, na jejímž konci je buď uzdravení, zanechání změn či smrt. Zmíněná stadia jsou:

- stadium latentní
- stadium prodromální
- stadium manifestní
- stadium rekonvalescence
- stadium úplného uzdravení
- stadium neúplného uzdravení
- stadium přechodu do chronicity
- smrt (Čeledová, Čevela, 2010).

Z úseků průběhu nemocí můžeme vycházet z poznání, že pocity toho co je patologické nebo jen odchylkou od normy může být v pohledu objektivní a subjektivní odlišné. Znamená to tedy, že subjektivní pohled na zdravotní stav nemusí korespondovat s objektivními nálezy zdravotníků a jiných odborníků.

Proces nemoci se může jevit jako vleklá událost – chronická, na jejímž konci není úplné uzdravení a dochází často k zanechání změn na postiženém orgánu nebo jako náhlý stav - akutní, kdy subjektivní příznaky nastupují rychle a samotný průběh nemoci je krátký, někdy však může přejít do chronicity (Velemínský et al., 2012).

Proces nemoci se opírá o skutečnost mnohačetného podmínění faktorů nemoci a její dynamiky. Díky tomu se vytvořila nutnost úpravy její klasifikace. „*Klasifikaci nemocí lze definovat jako soustavu kategorií, do kterých jsou zařazovány chorobné jevy podle zavedených kritérií*“ (MKN-10, 2013, s. 6). S platností od roku 1994 v České republice platí systém Mezinárodní statistické klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti (dále zkr. MKN) zhotoven do 10 kapitol s obsahem 22 tříd nemocí označených velkými písmeny od A do Z spolu se zavazujícím číselným kódem (Čeledová, Čevela, 2010).

Řešení nemocí se hledá v léčbě. Léčba znázorňuje terapii či postup zmírňující nebo odstraňující chorobu, chorobný proces anebo jinou poruchu zdraví (Vokurka et al., 2006). Kvalita zásahu se rozděluje do procesů kauzální, symptomatické a paliativní léčby s využitím postupů konzervativních, chirurgických, rehabilitačních, farmakologických a psychických metod (Vokurka et al., 2006). Období nemoci a léčby přináší pro člověka snížení statusu v sociálním i osobním postavení. Aby nedošlo k poškození nebo ztrátě postavení člověka v době jeho snížených schopností v péči a zajištění sebe sama, stát zaručil ochranu člověka v legislativě.

Nemoc a zdraví, utrpení a štěstí spolu s bolestí lze podle mnohých také chápat jako přirozený běh života a jeho úcty k němu, kdy překonáním krizi člověk roste, dotváří svůj hodnotový systém a učí se lépe rozlišovat věci podstatné a nepodstatné (Jankovský, 2003).

1.2.1 Zdravotní gramotnost

Hlavním garantem zdraví je člověk sám. V základu zdraví je kvalita života, jenž dle Velemínského et al. (2012) jen těžko uchopitelný pojem díky své multidimenzionalitě a komplexnosti. Kvalita života (quality of life) indikuje zdraví ve fyzické, duševní i sociální pohodě v pohledu vnímání člověka sebe sama v postavení života kultury a postoje ke svým cílům, očekáváním, životního stylu a zájmů (Matoušek et al., 2013). Významným aspektem kvality zdraví se stala nově akceptovaná potřeba řešení

existenciálně založených otázek smyslu života jedince spolu s otázkami sociální nerovnosti ve společnosti (Gillernová, 2011).

K dosažení plnohodnotného a kvalitního života je potřebná znalost. Zaručuje postoj člověka k sobě sama a zájmu celé společnosti v odpovědnosti posílení zdraví populace a její kvality života. Zdravotní gramotnost znázorňuje kognitivní a sociální dovednost motivující jedince k získání přístupů ke zdravotním informacím, snahu jim porozumět a využít poznatky k rozvoji a udržení kvalitního zdraví (Holčík et al., 2015). Vytváří nedílnou součást výbavy pro život a cenné nástroje rozvoje osobnosti, základ úkolů v péči o zdraví s významem sociálního kapitálu, nesporné ekonomické priority a důležitých předpokladů cest ke zdraví, rozvoji demokracie a kultury (Holčík, 2010).

Zdravotní gramotnost se připomíná v rozlišení tří typů:

- *funkční zdravotní gramotnost* (prohlubovat znalosti o zdravotních rizikových faktorech s příjmem predepsaných opatření)
- *interaktivní zdravotní gramotnost* (posílení samostatnosti v rozvoji motivace a schopností občanů při odpovědnosti a respektu pokynů)
- *kritická zdravotní gramotnost* (tvorba zdravotně příznivého sociálního prostředí v schopnosti individuálního chování, sociálně a politicky orientovaných činností) (Holčík, 2010).

Dynamika zdravotní gramotnosti se též odráží s průběžným osvojováním nových informací, kdy se rozdělují do skupin:

- *osobní zdravotní dimenze* (informace ochrany a upevnění zdraví jedince v rozhodování zdravotních služeb)
- *zdravotnická dimenze* (informace k zdravotnickému personálu o kvalitě a hospodárnosti zdravotních služeb)
- *populační dimenze* (informace veřejnosti k údajům o zdravotním stavu populace) (Holčík, 2010).

Východiskem kvality zdraví a péči o něj záleží na snaze člověka učit se poznatkům pro jeho rozkvět a jejich dodržování a to kvůli sobě i budoucnosti.

1.2.2 *Výchova ke zdraví*

Kooperace mezi poznatky o zdraví a výchovou jsou stěžejní. S ohledem na současný stav, který vykazuje zvýšený počet výskytu civilizačních onemocnění a u dětí

a adolescentů zvýšené riziko obezity je neodmyslitelnou součástí výchovy a vzdělání i péče o své zdraví. Výchova ke zdraví předjímá snahu podnítit jednotlivce k péči o své zdraví a zahrnuje činnosti s cílem předat dostatek informací o možnostech a způsobech, jak předejít nemocem, zlepšit si povědomí o problematice zdraví, motivovat lidi k aktivnímu zájmu o své zdraví a dovést je ke změně chování k posílení zdraví (Čeledová, Čevela, 2010). Dotýká se aktivity fyzických osob, činnosti státu, samosprávy a dalších složek společnosti (Čevela et al., 2015).

Vyzvednutí úrovně péče se staví na podpoře zdraví a prevence. Zaštiťuje se pozvednutí a posílení tělesné, duševní a sociální pohody, kdy dochází ke zvýšení odolnosti vůči nemocem (Machová et al., 2016). Podpora v rámci medicíny se staví na cíli udržet nebo dosáhnout vysokého stupně kvalitního stavu (Velemínský et al., 2012). Dohromady podpora zdraví tvoří dle Křivohlavého (2009) tzv. salutogenezi, která se vyznačuje charakteristicky holistickým postojem k životu (tzn. představa o ovladatelnosti a chápání životních úkolů jako výzev). Velemínský et al. (2012) však salutogenezi definuje v podobě strategie k zachování, posílení či podpoře zdravého životního stylu. Gabrielová et al. (2015) o ni hovoří jako o integrované prevenci, jenž pojem vznikl ze dvou slov – salus = zdraví, blaho a genesis = vznik. Zaobírá se původem a zrodem zdraví, jeho kvalitou a podporou v teorii schopnosti jedince udržet si fyzické a psychické zdraví vycházející z osobních faktorů osobnosti ve třech rovinách:

- srozumitelnost světa a života
- zvládnutelný život
- smysl života.

Čeledová, Čevela (2010) východ podpory zdraví prezentují v pěti základních principech:

- zaměření na celou populaci a na podmínky její existence
- opatření vedená k determinantům zdraví a nemoci
- užití metod a postupů vedoucí ke spolupráci
- účast veřejnosti
- podpora role zdravotních pracovníků v dalším rozvoji a uplatnění podpory zdraví.

1.2.3 Prevence

Podpora zdraví jde v sounáležitosti s prevencí. Ta je předpokladem předcházení poruchám, úrazů, nehodám, nemocem a chorobám z hlediska zdravotního, sociálního,

psychologického, etického a ekonomického (Kebza, 2005). Podstata prevence tkví v zaměřenosti proti nemocem a je vedena snahou jim předcházet (Machová et al., 2016).

Dvojitý charakter mají preventivní činnosti, za něž jsou považovány obecné (nespecifické) činnosti, jež jsou zaměřeny na podporu zdravého způsobu života a tvorbu příznivého životního prostředí a na činnosti profylaktické (specifické) cílené na prevenci vzniku určité choroby, případně jejich následků (Čeledová, Čevela, 2010). Prevence se člení dle časového, objektivního, subjektivního a metodologického hlediska (Holčík et al., 2015). Z pohledu času se dělí na:

- primární (hygienická)
- sekundární
- terciální
- dispenzární (Čeledová, Čevela, 2010).

Primární prevence se uplatňuje především aktivitou posilující zdraví, odstraňující rizikové faktory (př. nekouřit) a na činnosti vedené proti určitým nemocem často ve formě očkování (Machová et al., 2016). Očkování (vakcinace) znamená postup vedoucí k vytvoření specifické a dlouhodobé imunity proti infekčním chorobám, choroboplodným zárodkům či toxinům (Vokurka et al., 2006). Samotná vakcinace probíhá v časové souslednosti buď pravidelně, na doporučení, vakcinací rizikových skupin, mimořádně, před cestou do cizích zemí nebo při úrazech či pokousání a to neživou (inaktivovanou) vakcínou tzn. tepelné nebo chemické usmrcení původců nemoci, živou (atenuovanou) vakcínou tzn. živé oslabené mikroorganismy, subjednotkovou vakcínou tzn. část mikroorganismu z celobuněčných organismů či syntetických peptidů nebo jejich kombinací (Gregora, 2005).

Sekundární prevence se snaží předejít nepříznivým následkům již vzniklé nemoci, zdravotním komplikacím či změnám a invaliditě včasnou a správnou diagnózou především během preventivních prohlídek (Čeledová, Čevela, 2010).

Terciální prevence nastupuje k následkům nemoci, vad, dysfunkcí a handicapů, které by mohly vést k invaliditě nebo imobilitě jedince s cílem omezit nebo snížit následky ohrožení kvality života jedince v sociální, osobní a pracovní sféře tzn. rehabilitace – návratná péče (Machová et al., 2016). K součásti terciální prevence může být dle některých zdrojů připisována i kvartérní prevence, jejíž zájem se soustřeďuje na předcházení a předvídání možných důsledků progredujícího a nevléčitelného

nádorového onemocnění, jenž může způsobovat zkrácení zbytku života nebo snížit jeho kvalitu (Škoda, 2014).

Dispenzární péče je aktivní, soustavná komplexní péče o obyvatelstvo spočívající v aktivním vyhledání ohrožených osob na zdraví, sledování zdravotního stavu, úpravě životních podmínek i způsobu života (Čeledová, Čevela, 2010).

Objektivní hledisko se dělí na prevenci:

- hromadnou (obyvatelstvo)
- selektivní (rizikové skupiny)
- indikativní (rizikové osoby po odborném vyšetření) (Holčík et al., 2015).

Subjektivní prevence se rozdělila na:

- společenskou
- osobní
- zdravotnickou (Holčík et al., 2015).

Podle metody se prevence pojímá:

- na úrovni jedince
- kolektivní (Holčík et al., 2015).

Oporu prevence zformuloval stát v legislativním rámci zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, ve vyhlášce MZ ČR č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, ve znění vyhlášky č. 183/2000 Sb., dále pak ve vyhlášce č. 299/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů, vyhlášce č. 443/2009 Sb., kterou se mění vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění vyhlášky č. 65/2009 Sb..

Význam prevence je především v odpovědnosti každého člověka za sebe. Hlavní roli hraje postoj ke zdravému životnímu stylu, charakteristickému svobodnou volbou chování a příjmu životních výzev a možností spolu s vědomím dodržování životosprávy – zdravá strava, pravidelný pitný režim, tělesná aktivita v kooperaci s duševní hygienou.

1.3 Období pozdní dospělosti

Životní cesta každého člověka prochází různými obdobími. Jednotlivá období mají pro člověka svůj jedinečný a charakteristický význam. Jedince o něco obohatí, ale i o něco připraví. Období, které Langmeier et al. (2006) uvádí jako období pozdní dospělosti,

je připisováno letům mezi 40/45 – 65 rokem života. Můžeme se setkat s označením tohoto období jako období *krize středního věku* (Langmeier et al, 2006). Avšak Thorová (2015) představuje pozdní věk jako období mezi 50 – 65 lety, kdy se lidé často dostávají do tzv. sendvičové etapy, která znamená vměstnání jedné životní fáze mezi potřeby mladých dospělých dětí a starých rodičů a s tím je prožívána psychosociální krize, jenž je nazývána *krizí třetího věku*. Zákonitě krize, které doprovázejí náš život, jsou brány jako stavy, kdy není možné zůstat takovým jako doposud, ale zároveň cesta kupředu není otevřená nebo snadná (Říčan, 2010). Podstata každého životního období, jak Říčan (2004) uvádí, je v tom, co se v něm má a může odehrát – jeho pozitivní určení. Charakteristickým rysem uvedené etapy života bývá bilancování. Bilancování podle Langmeiera et al. (2006) kriticky zkoumá, zda celý vývoj životních cílů byl správný, nebo ne a jedinec si tak více uvědomuje vlastní smrtelnost a plynutí času svého života.

Významným mezníkem v životě člověka bývá často 50 rok, kdy dochází k ohlédnutí na to, co se událo a povedlo za půl století života s vyhlídkou do budoucnosti, co lze ještě chtít a zažít. Dospívá k uvědomění si biologického děje, probíhajícího plynule celým životem člověka – stárnutí (Křivohlavý, 2011). Slepíčka et al. (2015) uvádí, že náznaky stáří nepřichází naráz, ale v podobě kontinuálního procesu, jehož počátek může být rozdílný s ohledem na jedince, podmínky a společnost, v nichž žije. Změny, které nás doprovází během celého života a jsou předzvěstmi změn organismu a celé osobnosti. Mohou mít na první pohled objektivně minimální významy. Specifikem prvních náznaků změn v pozdní dospělosti, jejichž vnímání se od objektivního hlediska oproti subjektivnímu výrazně liší, je projev vnějšího vzhledu - vrásky, počíná šedivění vlasů anebo jejich postupné vypadávání (převážně u mužů), dochází ke ztrátě elasticity kůže a k problematickým změnám proporce těla (převážně u žen) (Langmeier et al., 2006). Fyziologické změny jsou individuální záležitostí, které probíhají v celém lidském organismu (např. změny metabolismu, oslabení smyslových receptorů, nižší schopnost termoregulace a výkonnosti orgánů, involuce endokrinního a rozmnožovacího systém atd.), kdy na průběhu a rychlosti změn se podílí dědičné faktory z ¼ a většinový podíl však má životní styl, míra pohybové aktivity, kvalita stravování a míra stresu (Thorová, 2015). S tím dochází k proměnám postoje hodnot jedince a vnímání jeho tělesného sebeobrazu. Převážně tomu bývá u žen přibližně mezi 45 – 55 rokem života, kdy nastupuje klimakterium nazvané menopauza (Benešová et al., 2003). Jedná se o ukončení reprodukčního období ženy v důsledku hormonálních změn, které jsou doprovázeny různými výkyvy vegetativních příznaků (např. návaly horka, pocení, nespavost, atd.)

(Langmeier et al., 2006). Mužům se reprodukční období zachovává do pozdějšího věku, ale též nastupují objektivně subjektivní projevy souhrnně nazvané jako andropauza (např. zvýšená fluktuace a pokles produkce sexuálních hormonů) (Langmeier et al., 2006).

V kooperaci s fyziologickými změnami se proměňuje přístup ke zdravotní péči a to převážně v přístupu k prevenci. Kromě již pravidelných preventivních prohlídek, jež lze uplatit dle vyhlášky č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách v udaném rozmezí u zubního lékaře v rozsahu jedenkrát ročně po uplynutí 11 měsíců od poslední zubní preventivní prohlídky, pro ženy u gynekologického lékaře jedenkrát ročně po uplynutí 11 měsíců po poslední gynekologické preventivní prohlídce a u praktického lékaře jedenkrát za 2 roky, zpravidla po uplynutí 23 měsíců, kdy se zajišťuje prohlídka v rozsahu doplnění anamnézy, kontroly očkování a kompletním fyzikálním vyšetřením, ale i další vyšetření, která jsou prováděna v předepsaných termínech. Předepsanými vyšetřeními v termínech, jež by měly být nedílnou součástí obsahu všeobecné preventivní prohlídky, jsou jak pro ženy, tak i pro muže vyšetření koncentrace celkového cholesterolu po ukončení péče u poskytovatele v oboru praktický lékař pro děti a dorost a při dosažení 30, 40, 50 a 60 let věku, vyšetření glykémie po ukončení péče u poskytovatele v oboru praktický lékař pro děti a dorost a od 40 let věku ve dvouletých intervalech od posledního vyšetření, podrobení se vyšetření EKG dosažením 40 let a dále po čtyřletých intervalech, test okultního krvácení ve stolici tzv. TOKS od 50 let věku, kdy toto vyšetření lze po dosažení 55 let na doporučení nahradit screeningovou kolonoskopií jednou za 10 let a v neposlední řadě pro ženy je po dosažení 45 let věku k dispozici screeningové mamografické vyšetření v intervalech 2 let od posledního mamografického vyšetření (vyhláška č. 70/2012 Sb.).

Význačnou změnou v pozdní dospělosti se stává menší pružnost v myšlení a nižší ochota a adaptabilita přizpůsobovat se změnám (Thorová, 2015). Jedinec se často opírá o své nabyté zkušenosti, znalosti a dovednosti a tak učení se novým věcem znamená určitou obtíž (Langmeier et al., 2006). S přibývajícím věkem se přístup k věcem a událostem mění. V úsudku je člověk rozvážnější a snaží se předcházet ukvapeným řešením, kdy by následky mohly vyvolat pocity nejistoty v sebe sama a strachu z budoucna. Výraznou roli zde představuje doba, kdy nastoupí nezbytně období změny sociálního statusu a to odchod do důchodu. Vytváří se tak prostor pro reorganizaci dosavadního života a dle Thorové (2015) se v pozdějším věku připisuje vyšší hodnota duchovní aktivitě a sebepoznávání, kdy lidé rekapituluji svůj život, snaží se skrze retrospektivu dosáhnout integrity vlastní identity a úvahy o smyslu života berou v kontextu většího celku než je

pouze osobní život. Slepíčka et al. (2015) uvádí ve své publikaci výzkum společnosti Factum Inveni uskutečněný v roce 2008 na české společnosti ve věku 50+, kdy výsledkem studie bylo vytvoření osobnostní typologie dle dosavadního života, kdy z charakteristik lze usuzovat případný přístup ke stárnutí. Jedná se o sedm skupin a to rezignovaní, závislí na druhých, moderní, materialističtí, úspěšní, tradiční a soběstační (Slepíčka et al., 2015).

Podle Langmeiera et al. (2006) se v pozdní dospělosti jedná o vrcholné období kariéry s proměnou přehodnocení všech cílů, možností a předávání zkušeností mladší generaci. Dostavený úspěch však vyžaduje dostatečnou relaxaci, snížení stresu a vytvoření si určité strategie denního rozvrhu, jenž je nutné k předcházení syndromu vyhoření. Lidé pro oddálení fyzického stárnutí dle Slepíčky et al. (2015) využívají nejen zdravotní péče, ale i salony krásy, wellness centra, tělovýchovné kluby a zapojují se do činností, což se nazývá aktivní práce těla. K narušení osobního růstu může přispět nezaměstnanost, která pro toto období představuje značnou krizi. Dopadem nezaměstnanosti v období před odchodem do důchodu s sebou nese za následek snížené preference k nalezení nového pracovního místa (např. vyšší věk, atd.), pocity selhání, zhoršenou sebedůvěru a problém vyrovnání nedostatků fyzických sil. Ukončení pracovní působnosti uzavřením produktivního postavení ve společnosti vytváří proměny a rozdílnost v sociálních a partnerských vztazích a přístupu k faktu stárnutí.

Stárnutí lze tedy pojmout jako souhrn postupně nastupujících morfologických a funkčních změn, kdy se jedná o disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní proces zčásti geneticky kódovaný a zčásti rozvíjen náhodnými jevy, chybami a poruchami (Čevela et al., 2012).

1.4 Program zdraví 2020

Společnost se ubírá mnohými cestami lemovanými různorodými úskalími, která se musí během života překonávat. Řecký filozof a lékař Hérakleitos z Efesu vyslovil myšlenku vystihující podstatu prioritní lidské hodnoty „*Když chybí zdraví, moudrost je bezradná, síla je neschopná boje, bohatství bezcenné a důvtip bezmocný*“ (Zdraví 2020, 2014, s. 7).

Podstata zdraví spojila společnost k vytvoření sjednocené koncepce kvality života a jeho hodnot. Shodu na podobě plánu našlo 53 členských států Evropského regionu WHO. Program Zdraví 2020 ztvárňuje „*rámcový souhrn opatření připravených s cílem*

pomoci vládám a všem společenským aktivitám, aby přispívaly ke zdraví, a životní pohodě obyvatel evropského regionu“ (MZ ČR, 2013).

Česká republika při projednávání vlády dne 8. ledna 2014 o dokumentu „Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí“ a pro jeho realizaci k němu přijala usnesení č. 23 ve znění části I. *„vláda bere na vědomí Zdraví 2020 - Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, obsaženou v části III materiálu č.j. 1464/13, (dále jen „Národní strategie“), která navazuje na Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky Zdraví pro všechny v 21. století a je pokračováním již realizovaných aktivit v souladu s novými prioritami tak, aby byla zajištěna kontinuita zdravotní politiky České republiky“*(Zdraví 2020, 2014, s. 8).

1.4.1 Význam

Pro kvalitní chod společnosti se neodmyslitelně podepisuje dobrý zdravotní stav obyvatel. Výrazně se podílí na ekonomickém a sociálním rozvoji státu, jenž má podstatný dosah na život jednotlivců, rodin a společenských skupin. Program 2020 svůj smysl klade na vytvoření společných cílů všemi evropskými státy, které se orientují na *„výrazné zlepšení zdraví a životní pohody obyvatelstva, snížení rozsahu nerovností v oblasti zdraví, posílení péče o zdraví lidí, a to zejména ochrany a podpory zdraví i prevence nemocí, a vytvoření všeobecně dostupných, spravedlivých, udržitelných a vysoce kvalitních zdravotních systémů zaměřených na lidi“*(Zdraví 2020, 2014. s. 13).

Program se úzce propojuje s „Dlouhodobým programem zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví 21“ (dále jen „Zdraví 21“). Ten získal podporu vlády ČR v roce 2002 usnesením č. 1046/2002 a stal se náplní požadavku vlády k aktualizaci strategického dokumentu. *„Program Zdraví 21 představuje rozsáhlý soubor aktivit zaměřených na stálé a postupné zlepšování všech ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva a předpokládá účast všech složek společnosti na jeho plnění“* (Vurm et al., 2007, s. 39). Kostra Zdraví 21 se opřela o pět principů:

- spravedlnost
- solidarita
- trvalá udržitelnost
- vlastní účast
- etická volba (Čeledová, Čevela, 2010).

Členské státy WHO značí Zdraví 21 jako podnět k řešení otázek péče o zdraví a cest k dosažení 21 cílů společného evropského programu k povznesení zdravotního stavu národa a regionu (Zdraví 21, 2003).

Docílit záměru Zdraví pro všechny (Health for all) pomohou kroky vedoucí ke snížení chudoby, která je ohrožujícím faktorem kvality života, snah investovat do vzdělání, výzkumů a technologií, rovný přístup všem k právu na zdraví a zdravotní péči, posilovat zdravotní jistoty a služby, kdy je nutno pozitivně ovlivňovat determinanty zdraví a odpovědnost jednotlivých složek společnosti (Čevela et al., 2015).

1.4.2 Strategie

Přípravu programu Zdraví 2020 tvořila Regionální úřadovna WHO pro Evropu po dobu dvou let s účastí několika organizací a institucí. Rokem 2012 byl schválen Regionálním výborem WHO pro Evropu program Zdraví 2020 ve dvou verzích a to v krátké tzn. „Rámcový souhrn opatření připravených s cílem pomoci vládám a všem společenským aktivitám, aby přispívaly ke zdraví a životní pohodě obyvatel evropského regionu“ a delší verzi tzn. „Zdraví 2020: osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století“ (Zdraví 2020, 2014).

Krátká verze podává základní informace o hodnotách a principech k možnosti zavedení programu Zdraví 2020 do praxe. Delší verze nabízí podrobné analýzy, hlavní metody, opatření a informace o nezbytných prostředcích k realizaci péče o zdraví.

Úspěšnost programu 2020 spočívá v dosažení zlepšení zdraví obyvatel závisící na úspěšné kooperaci mezi státními resorty a celé veřejné správy k plnění strategických cílů:

- zlepšit zdraví obyvatel a snížit nerovnosti v oblasti zdraví
- posílit roli veřejné správy v oblasti zdraví a přizvat k řízení a rozhodování všechny komponenty společnosti, sociální skupiny i jednotlivce (MZ ČR, 2014).

Funkce vlády by měla také obsahovat schopnost předvídat změny, inovovat nebo poskytovat finanční prostředky pro podporu zdraví a prevence nemocí, kde mohou metody řízení pojímat opatření, regulace i nové formy spolupráce s občanskými organizacemi, nezávislými agenturami a odbornými institucemi (Zdraví 2020, 2014). Členské státy se dohodly na oblastech vycházející z „kategorií pro určování priorit a programů WHO“:

- celoživotní investice do zdraví, posilování role občanů a vytváření podmínek pro růst jejich osobní odpovědnosti za zdraví

- čelit největším zdravotním problémům Evropy — infekčním i neinfekčním nemocem
- posilovat zdravotnické systémy zaměřené na lidi, rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví, zajistit krizovou připravenost, průběžně monitorovat zdravotní situaci a zajistit vhodnou reakci při mimořádných situacích
- podílet se na vytváření odolných sociálních skupin žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví (Zdraví 2020, 2014).

Oblasti respektují strategie a plány WHO na regionální i globální úrovni s vědomím, že narůstá potřeba odůvodnění daných opatření, principů, respektu soukromí, dostupnosti informací, zvažování rizik a vlivu etického cítění.

1.4.3 Vize

Soužití společnosti se opírá o hodnoty, které si sama vytvořila a souhlasila s jejich plněním a ochranou. Jednou ze závazných práv, které jsou součástí Ústavy WHO a závazné pro země evropského regionu WHO a podstatou programu 2020 je právo na dosažení nejvyšší úrovně zdraví, jenž je vázáno všeobecnou dostupností zdravotní péče, solidaritou a rovným přístupem ke všem občanům bez ohledu na pohlaví, věk, etnický původ, sociální postavení nebo finanční situaci (MZ ČR, 2014).

Na tom se rozpracovala vize systému veřejného zdraví v obraze dynamické sítě subjektů, společností, institucí nebo dalších složek ve spojitosti se strategiemi programu 2020 zlepšit zdravotní stav populace a snížit výskyt nemocí a předčasných úmrtí (MZ ČR, 2014). Hledají se řešení zdravotních problémů 21. století ve spojení s ekonomickým, sociálním a demografickým vývojem, jehož hlavní vizí do roku 2020 se stala především stabilizace systému prevence nemocí, ochrany a podpory zdraví a nastartování účinných a dlouhodobých udržitelných mechanismů kooperace resortů veřejné správy pro kvalitu života a pohody lidí (Zdraví 2020, 2014).

Vize programu 2020 znějící *„Evropský region SZO, v němž jsou všichni lidé podporováni, aby dosáhli svého plného zdravotního potenciálu a v němž státy individuálně i společně usilují o snížení nerovností ve zdraví, a to jak uvnitř regionu, tak i mimo něj“*, kdy zahrnuje kromě souladu zdraví jako lidského práva i vedení činností proti omezení zdravotních nerovností, jenž navazují na schválené dokumenty členských států (např. Deklarace tisíciletí OSN) vystihující odhodlání států kooperace na zlepšení životních situací (Zdraví 2020, 2014, s. 38).

Program 2020 podporuje legislativa zákona č. 258/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů, dále pak zákon č. 372/2011 Sb., č. 373/2011 Sb., zákon č. 95/2004 Sb. a zákon č. 96/2004 Sb., spolu s programem 2020 se také zabezpečuje provázanost strategií, oblastí a cíle Zdraví 21, jejichž motivem je podpora vlády a celé populace nad zamýšlením se nad sebou a nad prioritami k dosažení nejen své prosperity, ale i prosperity budoucích generací.

1.5 Zdravotní péče

Tomeš (2010, s. 206) ve své publikaci uvádí, že „*zdraví je právem občana, tj. je soukromou záležitostí občana, jak naloží se svým zdravím*“.

1.5.1 Koncept

Péče o zdraví je dnes spojována s úlohou státu ve formě zdravotní politiky. Krebs et al. (2005, s. 308) uvádí zdravotní politiku jako „*cílevědomou činnost státu zaměřenou na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatelstva*“. Tak úlohu státu přednesl Krebs et al. (2005) jako vytváření prostředí, jehož se kritériální funkce zdraví prosazuje do lidské činnosti a při neplnění či nevytváření mechanismů dochází k národohospodářské neefektivnosti. Uspořádání právní úpravy lze nalézt nejen v zákoně č. 258/2000 Sb. v platném znění, o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Euroclinicum (2013) představuje zdravotní péči ve významu souboru činností a opatření, které jsou prováděny u osob za účelem prevence, diagnostiky, léčby, rehabilitace a ošetření, jejíž zakotvení je v zákoně 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

Zdravotní péči uvádí Vokurka et al. (2006, s. 1009) jako „*výsledný produkt jednoho nebo více procesů zdravotní péče (např. vyléčení, ústup bolesti, zlepšení kvality života, ale také komplikace nemoci či nežádoucí účinek léku)*“. Dále podle Vokurky et al. (2006, s. 1009) může být výsledek péče chápán jako „*stupeň, v němž léčebný zákrok či proces léčení naplní zdravotní potřeby a očekávání pacienta*“. Tomeš (2010, s. 206) doplňuje: „*Věci veřejnou se zdravotní péče stává, jestliže porucha zdraví ohrožuje jiné občany (nákaza), nebo pokud nemocný občan péči požaduje*“.

V kontextu toho se zdravotní péče považuje za integrální součástí metod a článků zdravotnictví a celkového sociálního rozvoje společnosti s předpokladem komplexní

dostupnosti v péči, která je nezbytně nutná a všeobecně dostupná jednotlivcům i rodinám za cenu, kterou si může společnost dovolit s nutností zachování sociální rovnováhy společnosti (Tomeš et al., 2014).

1.5.2 Zdravotní pojištění

Zdravotní péče je poskytována na základě ustanovených pravidel, kterými je v ČR stanovení § 2 zák. č. 48/1997 Sb., upravující rozsah zdravotního pojištění. Zdravotní pojištění má pojetí všeobecně platného základu, kdy zdravotní péče je hrazena osobám z prostředků obligatorního zákonného pojištění (Tröster et al., 2005). Samotné zdravotní pojištění je pojímáno podle Matouška (2003) pro případ nemoci, z něhož se hradí zdravotní péče a určuje se povinnost být pojištěn s možností doplnění připojištění. Pojištění bylo založeno na principu solidarity, který je definován Francovou, Novotným (2008) jako souvislost s utvářením a rozdělováním životních podmínek a prostředků jedinců a sociálních skupin (převážně rodin) v zájmu ideje spravedlnosti.

Pro zajištění kvalitního výsledku zdravotní péče a zdravotních služeb je ustanoveno zákonné opatření, které je pro každého závazné. Garantem zákonného opatření a bezplatné zdravotní péče je stát, který ji a k ní přidružené zájmy prosazuje mocí zákonodárnou, výkonnou a soudní za pomoci využití státní správy a administrativních složek a soudů (Krebs et al., 2005). Na řízení a organizaci zdravotnictví se podílí vláda a orgány státní správy (tj. komory, asociace, pojišťovny, nadace, kraje, obce atd.), které vypracovávají dlouhodobé koncepce, nosné programy, krátkodobé a dlouhodobé preference zdravotní politiky a věcně stanovují cíle zdravotní politiky (Krebs et al., 2005).

Základním ustanovením je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) schválil parlament ČR, jehož charakteristika je uvedena na str. 3 v § 1, jenž říká „*zákon upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb a zpracovává příslušné předpisy Evropské unie*“.

Pro realizaci práv občanů na zdraví definuje Tomeš (2010) stát, který vytváří podmínky, jenž jsou souhrnně nazývány *dostupnost zdravotní péče* a jsou dány:

- geograficky
- prostorově
- časově
- institucionálně
- ekonomicky
- kulturně civilizačně.

Rok 1989 představoval v ČR systém zdravotní péče reformu v provedení decentralizace a liberalizace, kdy započalo zavádění řady nových diagnostických metod a doplňování zdravotnických zařízení (Čevela et al., 2015). Díky probíhajícím změnám se v roce 1991 obnovilo všeobecné zdravotní pojištění, které reprezentuje potřebu úhrady za poskytování zdravotních služeb (Čevela et al., 2015).

Postavení státu a jeho stavba zdravotní politiky je východiskem pro financování zdravotní péče. Vyplývá z uznávané hierarchie, ekonomiky a společenské úrovně (Kahoun et al., 2008). Úroveň zdravotní péče a služeb podle Kahouna et al. (2008) je odrazem celkové hospodářské a kulturní vyspělosti státu, kdy by nemělo docházet k zdravotním nepoměřům mezi socioekonomickými skupinami. Krebs et al. (2005) uvádí, že v systému založeném na zákonném pojištění převládá pluralitní vlastnictví zdravotnických zařízení, kdy profinancování činností zdravotnických zařízení může probíhat různými způsoby. Z předních způsobů financování zdravotní péče je uskutečněný výdej z *veřejných zdrojů*. Veřejné zdroje zahrnují veřejné zdravotní pojišťovny a prostředky státu, krajů a obcí k zajištění péče. Tröster et al. (2005) představuje koncepci veřejného zdravotního pojistného v zásadě - každý pojištěnec je současně plátcem pojistného, pokud tuto povinnost nepřevzal stát a to bývá u skupin pojištěnců, kteří jsou sociálně slabší.

Z dalších způsobů podílejících se na financování zdravotní péče je využití *soukromých zdrojů*. Podoba soukromých zdrojů je známa jako spoluúčast pacienta, získání darů či podpora v rámci charity (Kahoun et al., 2008).

Každý stát si utváří systém financování zdravotní péče na mnohých základech několika modelů, kterými se řídí a organizuje tak svou strukturu zdravotnictví. Nemůžeme říci, který z modelů je pro zachování kvality zdravotních služeb a péče neoptimalnější. Závisí to, jak je již výše zmíněno, na základních existenčních potřebách člověka a socioekonomickém postavení dané země. K modelům financování péče se řadí:

- 1) výkonový model (tj. založen na přímé platbě pojišťovny a zdravotnických zařízení bez účasti pacienta)
- 2) kapitační model (tj. fixní prostředky vyplácené za registrovaného pacienta)
- 3) model na spoření pacientů (tj. část pojistného uloženo na osobní účet a část pojistného přechází do solidárního pojištění) (Krebs et al., 2005).

Česká republika podle Kahouna et al. (2008) nemá prozatím vytvořeno vedle povinného pojištění zdravotní péče i soukromé komerční pojištění, kdy s ohledem na zdravotní stav obyvatelstva bude nutné k přistoupení rozšířeného systému o soukromém připojištění. Obecně Kahoun et al. (2008) seznamuje se shodou o potřebě pro financování zdravotnictví vícepilířovou tvorbu, kdy nynější systém je orientován na principu sociální solidarity a následně by se upevnil spolu s ním i princip participace. Princip participace je definován Francovou, Novotným (2008) jako myšlenka, kdy lidský život je ovlivňován určitými opatřeními a rozhodnutími, na kterých má jedinec právo se účastnit, což vede k jejich přijetí a realizaci. Samotnou realizaci lze uvést v podobě přechodu od člověka (objekt politiky) k plnoprávnému, odpovědnému a respektovanému subjektu (Francová, Novotný, 2008). Zavedení soukromého pojištění by mělo přinést snížení nákladů na zdravotnictví, což znamená, že občan ve vlastním zájmu bude zvažovat nutnost využití zdravotních služeb a předejde se tak k nadbytečnému užívání zdravotní péče (Kahoun et al., 2008).

Veřejné zdravotní pojištění Kresb et al. (2005) formuluje v pohledu vycházení z principu celospolečenské solidarity a sdílení rizik všemi občany, kde smluvní legitimizace v zákonné úpravě je daná demokratickým procesem povinných plateb občanů do fondu všeobecného zdravotního pojištění odděleného od státního rozpočtu. Česká republika nastavila povinnost každého občana být zdravotně pojištěn, kdy účast pojištění není závislá na rozhodnutí občana, ale vzniká na základě zákona a podmínek stanovených v § 2 zák. č. 48/1997 Sb. podle něhož se upravuje osobní rozsah zdravotního pojištění (Kahoun et al. 2008). Osoby, kterým je ustanovením přiznáno pojištění, jsou:

- osoby s trvalým pobytem na území ČR
- osoby zaměstnané zaměstnavatelem, jehož sídlo je na území ČR, jenž nemají trvalý pobyt na území ČR, ale jsou účastníky nemocenského pojištění (Kahoun et al., 2008).

Každému občanu se stanovuje vznik a zánik zdravotního pojištění. Vznik je stanoven dnem:

- narozením osoby s trvalým pobytem na území ČR

- získání zaměstnání na území ČR bez trvalého pobytu, jenž zaměstnavatel má sídlo na území ČR
- dosažení trvalého pobytu na území ČR (Čevela et al., 2015).

K zániku pojištění dochází dnem:

- úmrtí pojištěnce
- skončení pracovního poměru u zaměstnavatele se sídlem na území ČR bez trvalého pobytu na území ČR
- ukončení trvalého pobytu na území ČR (Čevela et al., 2015).

Souhrnem služeb na daném území se prezentuje zdravotnický systém s vymezením právními normami a pravidly, jež jsou důležité pro správu, řízení a financování státu (Potůček et al., 2005). Podléhá vlivům historického vývoje a odlišnosti státní správy zemí. Na míře dobrovolnosti se rozlišuje pojištění do dvou typů:

- statutární zdravotní pojištění (povinné pro občany dle zákona)
- privátní zdravotní pojištění (dobrovolné rozhodnutí občana) (Čeledová, Čevela, 2010).

Statutární zdravotní pojištění se vyčlenilo na *zdravotní systém založený na pojištění*, pod níž spadá liberální (tržní zdravotnictví) a Bismarkův model a na *státní zdravotnictví*, který znázorňuje Beveridgeův a Sémaškův model (Němec, 2008).

Liberální model se dotýká zemí s nejednotnou zdravotní politikou (př. USA), kdy úhrada za poskytnutou péči se realizuje z různých zdrojů, od přímé platby od soukromých pojišťoven přes úhrady místních zdrojů (státní, federativní), kdy hlavním garantem péče je individuální odpovědnost jedince (Vurm et al., 2007). Podle Trad et al. (2016) nyní až 30 % amerických výdajů nezlepšuje zdravotní péči v USA, ale dochází k utrácení výdajů na zlepšení sociálních determinant zdraví, neboť nároky na výdaje pro zdravotní péči se zvyšují.

Financování Bismarkova modelu vychází z povinných odvodů pojistného z příjmu pojištěnců a provozovaný samosprávnými zdravotními pojišťovnami, kdy výše pojistného je zohledněna velikostí příjmu pojištěnce (Čeledová, Čevela, 2010). Pozici garanta zde zastává stát v případě plnění platby pojistného. Pro český zdravotní systém se stalo základem povinné pojištění, kdy však stát přebírá odpovědnost za platbu pojistného u vybraných skupin občanů dle zákona 7 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů a to například u:

- nezaopatřených dětí

- poživatelů důchodů
- příjemců rodičovského příspěvku podle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře
- ženy na mateřské nebo osoby na rodičovské dovolené (podle zákoníku práce)
- osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované (podle zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi)
- osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost) nebo stupni III (těžká závislost) anebo stupni IV (úplná závislost) (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)
- a další (VZP, 2015).

Beveridgeův model spočívá ve financování ze všeobecných daní, kdy obyvatelstvo je pojistně kryto u smluvně vázaných poskytovatelů péče a úlohu financování zdravotních zařízení mají na starost specializované úřady při státní správě, regionální nebo municipální samosprávě (Čeledová, Čevela, 2010). Za krajní formu Beveridgeova modelu se považuje Semaškův model, který byl užíván v socialistických státech na bázi úplného zestátnění, což znamená financování ze státního rozpočtu (Němec, 2008; Čeledová, Čevela, 2010). O další obdobu formy Beveridgeova modelu doplňuje Němec (2008) o Douglasův model národního zdravotního pojištění užívaného v Kanadě nebo Austrálii. Spočívá na daňových příjmech (stání dotace jednotlivým provinciím k odpovědnosti za financování a poskytnutí zdravotní péče obyvatelům na svém území).

Privátní zdravotní pojištění se charakterizuje komplementárním zdravotním pojištěním nabízející obyvatelům se dobrovolně pojistit dle vlastního úsudku nad rámec pojistného krytí statutárních systémů (Němec, 2008). Znázorňuje čtyři základní modely a jednu zvláštní formu. Rozlišují se modely:

- 1) substituční - náhrada statutárního pojištění při nepokrytí pojištění v důsledku specifických stanov státu
- 2) doplňkové – připojištění služeb mimo statutární pojištění
- 3) reziduální – spoluúčast v systému statutárního pojištění
- 4) alternativní – připojištění v případě standart služeb (Němec, 2008).

Mikropojištění se v rozvojových zemích považuje za zvláštní formu pojištění zahrnující ve statutárním systému pouze osoby s trvalým zaměstnáním, kdy ostatní obyvatelé jsou odkázáni na přímou platbu zdravotní péče (Němec, 2008).

1.5.3 Zdravotní služby

Široké spektrum preventivních, diagnostických, léčebných, výchovných a dalších odborných činností umožňuje organizovaný systém institucí a pracovišť s cílem odborně sledovat a řešit problémy obyvatelstva (Vokurka et al., 2006). Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) se zdravotní službou rozumí „*poskytování zdravotní péče podle tohoto zákona zdravotnickými pracovníky a dále činnosti vykonávané jinými odbornými pracovníky, jsou-li tyto činnosti vykonávány v přímé souvislosti s poskytováním zdravotní péče*“.

Existence péče se zajišťuje soustavou zdravotních zařízení, která poskytuje úhradu v poli působnosti státního i nestátního pokrytí. Členění zařízení popisuje Arnoldová (2002) v rozmezí:

- zařízení ochrany veřejného zdraví
- zařízení léčebné preventivní péče
- zařízení pro výchovu, výuku a pro další vzdělávání zdravotních pracovníků
- organizace pro zdravotnickou výrobu, pro zásobování léčiv
- vědeckovýzkumná a vývojová pracoviště na úseku zdravotnictví.

Zdravotní péče se poskytuje službami formou ambulantní nebo ústavní podoby. Ambulantní forma znamená péči, během níž není potřebná hospitalizace nebo příjem pacienta do zdravotnického zařízení (MZ ČR, 2014).

Podobu ambulantní péče Kahoun et al. (2008) uvádí ve třech základních bodech:

- 1) primární zdravotní péče (př. praktický lékař)
- 2) specializovaná amb. zdr. péče (př. chirurg)
- 3) zvláštní amb. péče (př. domácí péče).

Primární péči poskytuje praktický lékař, u kterého jsou jednotliví pojištěnci registrováni. Spolupráce lékaře a pacienta má svá práva a povinnosti. Každý člověk má právo na svobodnou volbu pojišťovny, ošetřujícího lékaře a zdravotnického zařízení. Pro lékaře platí právo odmítnout pacienta v případě:

- příjem pacienta by znamenal zátěž pro vykonání kvalitní zdravotní péče
- pacient není registrovaný u pojišťovny, se kterou má lékař uzavřenou smlouvu (MZ ČR, 2014).

Pokud lékař z výše uvedených důvodů odmítne přijmout pacienta je povinen předat písemné vyrozumění o odmítnutí zdravotní péče žádajícímu pacientovi. Avšak lékařské

ošetření nesmí lékař odmítnout pacientovi, který potřebuje neodkladnou zdravotní péči (př. akutní náhlé onemocnění) a následně jej předá jeho ošetřujícímu lékaři (MZ ČR, 2014).

Druhou formou poskytované péče je ústavní zdravotní péče, kterou Kahoun et al. (2008) představuje jako paliativní a symptomatickou péči pro osoby v terminálním stavu – mluví se o lůžkových zařízeních hospicového typu. MZ ČR (2014) charakterizuje využití lůžkového typu zdravotní péče na doporučení primárního lékaře nebo ambulantního specialisty, kdy se lůžková péče pojímá jako zdravotní péče, která nemůže být poskytnuta ambulantně, ale je nutná hospitalizace pacienta v rámci nepřetržitého provozu.

Za zvláštní druhy zdravotní péče můžeme považovat:

- lékařskou službu první pomoci a zdravotnickou záchrannou službu
- dispensární péči a závodní preventivní péči (Kahoun et al., 2008).

Lékařská služba první pomoci a zdravotní záchranná služba znamená hrazenou péči, kdy výkony jsou provedeny v akutních případech praktickými a zubními lékaři mimo ordinanční hodiny nebo mimo pravidelný provoz zdravotnického zařízení (Arnoldová, 2002). Zákon č. 374 o zdravotnické záchranné službě zaručuje správný chod těchto služeb.

Závodní péče formuluje preventivní zdravotní služby hrazené zaměstnavatelem, kde se vyhodnocuje vliv pracovní činnosti, pracovního prostředí a pracovních podmínek na zdraví, provádějí se preventivní prohlídky a hodnocení zdravotního stavu za účelem posouzení zdravotní způsobilosti k práci spolu s poskytující poradenskou činností na ochranu zdraví (MZ ČR, 2014).

Formy zdravotní péče mohou být podle Krebse et al. (2005) považovány v ekonomice jako statek, který se poskytuje jak na tržním tak i netržním základě. V publikaci Krebs et al. (2005) rozděluje systém poskytované péče do tří modelů:

- 1 – netržní forma (prostřednictvím státního rozpočtu)
- 2 – polotržní forma (veřejné a soukromé zdroje)
- 3 – tržní forma (přímé platby pacienta).

Další členění zdravotní péče je závislé na rozsahu poskytované péče. Rozděluje se na:

- komplexní (plnou) tj. péče poskytovaná v tuzemsku
- nezbytnou tj. péče poskytovaná v zahraničí (Kahoun et al., 2008).

2 Cíl, hypotézy práce

2.1 Cíl práce

Pro naplnění cíle práce se vymezila věková kategorie v období pozdní dospělosti spolu s určením časového období pro zmapování pohledu na proměny ve zdravotní péči a prevenci před rokem 1989 (tzn. socialistické zdravotnictví) a současností (tzn. po roce 1989).

Cílem práce je zmapovat pohled osob vybrané věkové kategorie na zdravotní péči a prevenci určitého časového období.

2.2 Hypotézy práce

1. Systém zdravotní péče v současnosti je pro většinu respondentů nepřehledný.
2. Rozdílnost daných období v oblasti zdravotní péče je u respondentů výrazně vnímána.
3. Více než polovina respondentů má nyní aktivnější přístup k prevenci.

2.3 Operacionalizace pojmů užitých v cíli a hypotézách práce

Pod pojmem operacionalizace si lze představit dle Reichela (2009) proces převedení vymezených pojmů do zkoumané podoby, kdy se údaje (tzn. vlastnosti proměnných objektů) nazývají znaky. Olecká, Ivanová (2010) tento pojem předkládá v poznatku převedení vědeckých pojmů do konkrétních projevů a faktů. S tím se úzce pojí rozdílné chápání zdravotní péče jako celku. Jednou z výstižných definic zdravotní péče uvádí Euroclinicum (2013) ve formě souboru činností a opatření se záměrem prevence, diagnostiky, léčby, rehabilitace a ošetření. Z poznání rozpětí zdravotní péče je její význačnou součástí prevence. Prevence značí činnosti vedené k podpoře zdravého způsobu života, příznivého prostředí s kroky vedené k překonání komplikací nemocí, či jejich důsledků (Čeledová, Čevela, 2010). Citelné změny nejen ve zdravotním stavu se dostávají čteně v období pozdní dospělosti. Toto období lidského života Langmeier et al. (2006) přisuzuje letům mezi 40/45 – 65 rokem života jako období bilancování. Křivohlavý (2011) připisuje k těmto letům uvědomění si biologického děje, probíhajícího plynule celým životem člověka – stárnutí. Spolu s tím má každý jiný pohled na události, které se během let staly. Proběhlé změny ve státě měly značný vliv nejen na politické

dění. Zdravotnictví podstoupilo mnoho změn, které během let měly zásadní vliv na jeho podobu. V období socialismu se zdravotnictví dle Janečkové, Hnilicové (2009) jevílo jako centralistický a direktivní řízený systém. Následný průběh přeměn a reorganizace zdravotních zařízení a orgánů v kooperaci se zavedením soustavy zdravotního pojištění byl bez obtíží (ÚZIS, 2002). V současnosti se přístup ke zdravotní péči a prevenci neustále rozvíjí a prochází transformací.

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Pro výzkumnou část bakalářské práce byla zvolena forma kvantitativního výzkumu. Ten využívá náhodné výběry, experimenty a strukturovaný sběr dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování (Hendl, 2008). Předmět zkoumání je svým způsobem měřitelný nebo minimálně nějak tříditelný, uchopitelný (Reichel, 2009). Pro sběr dat byla zvolena dotazníková metoda, jenž užila techniku anonymního dotazníku. Způsob tohoto sběru dat je stejně jako u rozhovoru technikou v sociálních výzkumech, kdy se jedná o písemný způsob dotazování (Reichel, 2009). Dotazník byl utvořen formou uzavřených, dichotomických, polytomických-výčtových a škálových otázek s vyhodnocením do grafické podoby.

Výzkumné šetření proběhlo v období duben až květen roku 2017. Pro relevanci výzkumného souboru, jenž činily osoby ve věku pozdní dospělosti, byli osloveni a požádáni o spolupráci vedoucí úseku, vedoucí oddělení tří firem a jedné organizace a zdravotní sestra v ordinaci praktického lékaře pro dospělé v okrese Příbram ve Středočeském kraji o rozdáni dotazníků zvolené kategorie osob.

Provedení dotazníkového šetření proběhlo vytištěním 100 kusů na dvě oboustranně tištěné stránky. První strana dotazníku předkládá informace o smyslu a záměru dotazníku spolu s identifikačními otázkami – pohlaví a vzdělání. Dále dotazník obsahoval 19 otázek souvisejících se záměrem práce (viz. příloha 1). Z celkového počtu vytištěných dotazníků se navrátilo vyplněných 95.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

S ohledem na záměr práce tvořili výzkumný vzorek (respondenty) osoby pozdní dospělosti v okrese Příbram ve Středočeském kraji, jenž byli vybráni formou náhodného proporcionálního výběru. Celkem se vybralo 95 vyplněných dotazníků (tzn. 95% návratnosti). Skupinu respondentů představovalo 28 mužů (29,5%) a 67 žen (70,5%), (viz. tabulka č. 1).

Tabulka č. 1 - Počet respondentů

pohlaví	absolutně	relativně (v %)
muž	28	29,5
žena	67	70,5
celkem	95	100

Zdroj: vlastní výzkum

V části uvedení dosaženého vzdělání tvořily respondentky rovnoměrný podíl ve studiu na škole střední odborné bez maturity - 26 (38,8%) a střední odborné s maturitou - 28 (41,8%). Značný podíl nejvyššího dosaženého vzdělání bylo u mužů udáno na škole střední odborné bez maturity - 17 (60,7%). Názorné setřídění respondentů podle vzdělání, (viz. tabulka č. 2).

Tabulka č. 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

pohlaví	vzdělání										celkem
	ZŠ		SOU		SŠ		VOŠ		VŠ		
	abs.	rel. (%)	ab s.	rel. (%)	abs .	rel. (%)	ab s.	rel. (%)	abs.	rel. (%)	
muž	1	3,6	17	60,7	6	21,4	0	0	4	14,3	28
žena	5	7,5	26	38,8	28	41,8	3	4,5	5	7,5	67
celkem	6	6,3	43	45,3	34	35,8	3	3,2	9	9,5	95

Vysvětlivky: ZŠ – základní, SOU – střední odborné bez maturity, SŠ – střední odborné s maturitou, VOŠ – vyšší odborné, VŠ – vysokoškolské

Zdroj: vlastní výzkum

4 Výsledky

Jak již výše bylo uvedeno, pro výzkumné šetření bylo rozdáno 100 dotazníků. Zpět se jich vrátilo 95 vyplněných (tzn. 95% návratnosti). Úhrnně se posuzovalo 21 otázek, z nichž dvě byly identifikací respondenta (tzn. pohlaví, vzdělání). Dotazníkového šetření se zúčastnilo 28 mužů (29,5 %) a 67 žen (70,5%) s různým stupněm dosaženého vzdělání (viz. tab. č. 2, příloha 2, obr. 4, 5). Níže v textu je předneseno 19 otázek týkajících se záměru práce a odpovědi na ně.

Otázka č. 3: Co vnímáte pod pojmem zdravotní péče?

Tato otázka znamenala pro výzkum pouze informaci, jakou mají respondenti představu o zdravotní péči.

Tabulka č. 3 – Co vnímáte pod pojmem zdravotní péče?

pohlaví	muž		žena		celkem
	absolutně	relativně (v %)	absolutně	relativně (v %)	
odpovědi					
Souhrn léčebných procesů a opatření se zaměřením na naplnění zdravotních potřeb.	9	31	20	69	29
Péče o zdraví, kterou poskytují zdravotní služby v soustavě odborných institucí v záměru uspokojit zdravotní potřeby obyvatel.	9	36	16	64	25
Soubor činností a opatření se záměrem prevence, diagnostiky, léčby, rehabilitace a ošetření.	10	24,4	31	75,6	41
celkem	28	29,5	67	70,5	95

Zdroj: vlastní výzkum

Na uvedené možnosti bylo muži odpovězeno rovnoměrným podílem. U žen převládala odpověď: Soubor činností a opatření se záměrem prevence, diagnostiky, léčby, rehabilitace a ošetření v hodnotě 31 žen (75,6%).

Otázka č. 4: Znáte zdravotní systém, jenž se uplatňuje v současné době v ČR?

Tato otázka se vztahuje k H1.

Tabulka č. 4 – Znáte zdravotní systém, jenž se uplatňuje v současné době v ČR?

odpověď	ANO		NE		celkem
	absolutně	relativně (v %)	absolutně	relativně (v %)	
pohlaví					
muž	12	42,9	16	57,1	28
žena	39	58,2	28	41,8	67
celkem	51	53,7	44	46,3	95

Zdroj: vlastní výzkum

Z uvedených odpovědí lze usoudit, že povědomí o zdravotním systému je relativně u mužů nižší než u žen. Celkově lze však říci, že znalost zdravotního systému je u respondentů dostatečná, kdy z 95 respondentů jich kladně odpovědělo 51 (53,7%).

Otázka č. 5: Máte povědomí, na co vše máte nárok ze zdravotního pojištění?

Uvedenou otázku lze rovněž vztahovat k H1.

Tabulka č. 5 – Máte povědomí, na co vše máte nárok ze zdravotního pojištění?

Odpověď	ANO		NE		celkem
	absolutně	relativně (v %)	absolutně	relativně (v %)	
pohlaví					
muž	8	28,6	20	71,4	28
žena	37	55,2	30	44,8	67
celkem	45	47,4	50	52,6	95

Zdroj: vlastní výzkum

Ženy uvedly, že mají povědomí o eventualitách nároků ze zdravotního pojištění, opak udali muži. Souhrnně však z uvedeného vyplývá rovnoměrný podíl odpovědí.

Otázka č. 6: Považujete informace, které máte za dostatečné pro Vaše rozhodování o přístupu ke zdravotní péči, zdravotnímu pojištění, atd.?

Rovněž otázka k H1.

Tabulka č. 6 – Považujete informace, které máte za dostatečné pro Vaše rozhodování o přístupu ke zdravotní péči, zdravotnímu pojištění, atd.?

odpověď'	ANO		NE		celkem
	absolutně	relativně (v %)	absolutně	relativně (v %)	
muž	7	25	21	75	28
žena	27	40,3	40	59,7	67
celkem	34	35,8	61	64,2	95

Zdroj: vlastní výzkum

Muži ani ženy nepovažují informace za dostatečné pro jejich rozhodování o přístupu ke zdravotní péči, zdravotnímu pojištění, apod. Dohromady více než polovina respondentů se shodla na nedostatečné informovanosti při rozhodování v podílu 61 (64,2%).

Otázka č. 7: Víte, kam se obrátit v případě lékařského či ošetrovatelského pochybení?

Otázku č. 7 můžeme zahrnout do hodnocení H1.

Tabulka č. 7 – Víte, kam se obrátit v případě lékařského či ošetrovatelského pochybení?

odpověď'	ANO		NE		celkem
	absolutně	relativně (v %)	absolutně	relativně (v %)	
muž	10	35,7	18	64,3	28
žena	50	74,6	17	25,4	67
celkem	60	63,2	35	36,8	95

Zdroj: vlastní výzkum

Ženy prokázaly v odpovědi na tuto otázku značnější přehled než muži. Více než polovina respondentů uvedla odpověď ano, tzn. 60 odpovědí (63,2%).

Otázka č. 8: Myslíte si, že máte dostatek informací o správě, distribuci a prodeji léčiv?

Výše položenou otázku lze zařadit k hodnocení H1.

Tabulka č. 8 – Myslíte si, že máte dostatek informací o správě, distribuci a prodeji léčiv?

odpověď	ANO		NE		celkem
	absolutně	relativně (v %)	absolutně	relativně (v %)	
pohlaví					
muž	0	0	28	100	28
žena	20	29,9	47	70,1	67
celkem	20	21,1	75	78,9	95

Zdroj: vlastní výzkum

Všichni muži se shodli na nedostatku informací ke správě, distribuci a prodeji léčiv, k tomu se přiklonila i většina žen. Celkově 75 respondentů (78,9%) uvedlo zápornou odpověď.

Otázka č. 9: Jak vnímáte, že se přístup ve zdravotní péči v okrese Příbram změnil po roce 1989?

Tato otázka prezentuje pohled osob na změny ve zdravotní péči po roce 1989 v okrese Příbram, lze ji považovat za dílčí součást k H2.

Tabulka č. 9 – Jak vnímáte, že se přístup ve zdravotní péči v okrese Příbram změnil po roce 1989?

hodnocení	zlepšil		zhoršil		stejný jako před rokem 1989		celkem
	abs.	rel. (v %)	abs.	rel. (v %)	abs.	rel. (v %)	
muž	13	46,4	5	17,9	10	35,7	28
žena	29	43,3	25	37,3	13	19,4	67
celkem	42	44,2	30	31,6	23	24,2	95

Zdroj: vlastní výzkum

Muži i ženy se přiklonili k názoru zlepšení přístupu ke zdravotní péči v okrese Příbram po roce 1989. Úhrnně hodnotilo zlepšení 42 (44,2%) respondentů, zhoršení 30 (31,6%) respondentů a přístup stejný jako před rokem 1989 udalo 23 (24,2%) respondentů.

Otázka č. 10: Jak byste ohodnotili zdravotní péči před rokem 1989?

Tato otázka souvisí s H2.

Tabulka č. 10 – Jak byste ohodnotili zdravotní péči před rokem 1989?

hodnocení	1		2		3		4		5		celkem
	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)	
muž	0	0	7	25	18	64,3	3	10,7	0	0	28
žena	4	6	17	25,4	42	62,7	4	6	0	0	67
celkem	4	4,2	24	25,3	60	63,2	7	7,4	0	0	95

Zdroj: vlastní výzkum

Většina respondentů označila úroveň zdravotní péče před rokem 1989 jako dobrou. Z celkového počtu 95 to je 60 (63,2%).

Otázka č. 11: Jak hodnotíte zdravotní péči v současnosti?

Uvedená otázka souvisí s H2.

Tabulka č. 11 – Jak hodnotíte zdravotní péči v současnosti?

hodnocení	1		2		3		4		5		celkem
	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)	
pohlaví											
muž	0	0	9	32,1	16	57,1	3	10,7	0	0	28
žena	4	6	25	37,3	21	31,3	13	19,4	4	6	67
celkem	4	4,2	34	35,8	37	38,9	16	16,8	4	4,2	95

Zdroj: vlastní výzkum

Zdravotní péči v současnosti hodnotili respondenti v rovnoměrném podílu mezi chvalitebně a dobře. Z uvedeného vyplývá pozitivněji vnímaná zdravotní péče oproti zdravotní péči před rokem 1989, (viz. tabulka č. 10).

Otázka č. 12: Označte prosím čtverec, kdy vnímáte níže uvedené jako lepší:

Odpovědi na tuto otázku seznamují s názory respondentů na zdravotnictví, (viz. tabulka č. 12, str. 48).

Tabulka č. 12 – Označte prosím čtverec, kdy vnímáte níže uvedené jako lepší:

hodnocení	před rokem 1989		současnost		nevidím rozdíl		celkem						
	muž	žena	muž	žena	muž	žena							
pohlaví	absolutně	rel. (v %)	absolutně	rel. (v %)	absolutně	rel. (v %)							
předmět	absolutně	rel. (v %)	absolutně	rel. (v %)	absolutně	rel. (v %)							
důvěra v kvalit. zdravotní sys.	5	5,3	19	20	12	12,6	25	26,3	11	11,6	23	24,2	95
vybavení zdrav. zařízení	0	0	1	1,1	25	20,3	61	64,2	3	3,2	5	5,3	95
dostatečný počet personálu	19	20	31	32,6	2	2,1	18	19	7	7,4	18	19	95
financování zdravotní péče	11	11,6	22	23,2	10	10,5	28	29,5	7	7,4	17	17,9	95
počet pojišťoven	5	5,3	8	8,4	14	14,7	46	48,4	9	9,5	13	13,7	95
přístup lékařů k pacientům	5	5,3	20	21,1	14	14,7	28	29,5	9	9,5	19	20	95
dostupnost léčiv	0	0	4	4,2	23	24,2	51	53,7	5	5,3	12	12,6	95
zdravotní prevence	3	3,2	9	9,5	21	22,1	45	47,4	4	4,2	13	13,7	95
konkurence ve zdravotnictví	2	2,1	2	2,1	17	17,9	49	51,6	9	9,5	16	16,8	95
potírání korupce ve zdravotnictví	8	8,4	10	10,5	9	9,5	31	32,6	11	11,6	26	27,4	95
lékaři dle spádové oblasti	3	3,2	8	8,4		-							
svobodná volba lékaře		-			21	22,1	53	55,8	4	4,2	6	6,3	95
centralizace	11	11,6	9	9,5		-							
privatizace ve zdrav. zařízení		-			10	10,5	30	31,6	7	7,4	28	29,5	95
celkem	72	6,3	143	12,6	178	15,1	465	40,8	86	7,6	196	17,2	1140

Zdroj: vlastní výzkum

Zdravotnictví skýtá mnoho hledisek, které respondenti dle svého uvážení hodnotili v rozsahu kvality. Výsledky v rozmezí částí jsou variabilní, avšak shoda u většiny mužů a žen byla příklonění se k názoru vypslosti současného stavu zdravotnictví.

Otázka č. 13: Domníváte se, že odchod mladých lékařů do zahraničí v současnosti má citlivý dopad na zdravotní péči?

Zjištění názoru na současný stav mladých lékařů a jejich reflexi na nabytí zkušeností, kdy můžeme tuto otázku připsat jako určitý díl k hodnocení H2.

Tabulka č. 13 – Domníváte se, že odchod mladých lékařů do zahraničí v současnosti má citlivý dopad na zdravotní péči?

odpověď	ANO		NE		celkem
	absolutně	relativně (v %)	absolutně	relativně (v %)	
pohlaví					
muž	24	85,7	4	14,3	28
žena	60	89,6	7	10,4	67
celkem	84	88,4	11	11,6	95

Zdroj: vlastní výzkum

Shodně muži i ženy vnímají skutečnost odchodu mladých lékařů do zahraničí jako jedno z možných dopadů na zdravotní péči. Celkově v počtu 84 respondentů (88,4%).

Otázka č. 14: Co dle Vás představuje prevence?

Uvedená otázka je pouze informativním míněním o prevenci.

Tabulka č. 14 – Co dle Vás představuje prevence?

pohlaví	muž		žena		celkem
	absolutně	relativně (v %)	absolutně	relativně (v %)	
Předcházení úrazů, nemocem a chorobám.	12	28,6	30	71,4	42
Činnosti vedené k podpoře zdravého způsobu života, příznivého prostředí a kroky vedené k překonání komplikací nemocí či jejich následků.	7	22,6	24	77,4	31
Předcházení a odstraňování rizikových faktorů ovlivňující kvalitu života a životního prostředí.	9	40,9	13	59,1	22
celkem	28	29,5	67	70,5	95

Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti v rámci představy významu prevence odpověděli stejnoměrně na uvedené možnosti, avšak malou převahu měla eventualita - Předcházení úrazů, nemocem a chorobám, (viz. tabulka č. 14).

Otázka č. 15: Docházíte pravidelně na preventivní prohlídky?

Zjištění pravidelných docházek u respondentů má souvislost s hodnocením H3.

Tabulka č. 15 – Docházíte pravidelně na preventivní prohlídky?

pohlaví	prohlídky	všeobecná lékařská pro.		zubní preventivní pro.		gynekologická preventivní pro.		celkem
		ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE	
muž	absolutně	18	10	22	6	–		56
	relat. (%)	64,3	35,7	78,6	21,4			21,8
žena	absolutně	57	10	57	10	60	7	201
	relat. (%)	85,1	14,9	85,1	14,9	89,6	10,4	78,2
celkem		75	20	79	16	60	7	257

Zdroj: vlastní výzkum

Z uvedených odpovědí v tabulka č. 15 je patrné, že respondenti ve většině nepodceňují docházku na jednotlivé preventivní prohlídky.

Otázka č. 16: Jakým způsobem Vás lékař vyzývá k návštěvě?

Tato otázka prezentuje určitou komunikaci mezi lékařem a pacientem a možnou iniciativu v podpoře prevence.

Tabulka č. 16 – Jakým způsobem Vás lékař vyzývá k návštěvě?

pohlaví	muž		žena		celkem
	absolutně	relativně (%)	absolutně	relativně (%)	
ústně při návštěvě	6	21,4	22	78,6	28
pozvánkou	2	66,7	1	33,3	3
E-mailem	0	0	0	0	0
telefonicky	1	25	3	75	4
chodím sám bez vyzvání	15	28,3	38	71,7	53
jiné	1	25	3	75	4
nevyplněno	3	100	0	0	3
celkem	28	29,5	67	70,5	95

Zdroj: vlastní výzkum

Podle výsledků odpovědí všech respondentů (viz. tabulka č. 16) lze usuzovat vyšší míru osobní odpovědnosti k návštěvám lékaře na preventivní prohlídky, kdy se následně dbá na ústní domluvu s lékařem.

Otázka č. 17: Jak často jste docházel/la na preventivní prohlídku k lékaři před rokem 1989?

Stanovení této otázky naznačilo pravidelnost docházek na preventivní prohlídky před rokem 1989 a lze ji zahrnout do hodnocení H3.

Tabulka č. 17 – Jak často jste docházel/la na preventivní prohlídku k lékaři před rokem 1989?

pohlaví	prohlídky	všeobecná lékařská pro.		zubní preventivní pro.		gynekologická preventivní pro.		celkem
	odpověď	PRAV.	NEPR.	PRA.	NEP.	PRA.	NEP.	
muž	absolutně	12	16	16	12	–		56
	relat. (%)	42,9	57,1	57,1	42,9			21,8
žena	absolutně	35	32	54	13	49	18	201
	relat. (%)	52,2	47,8	80,6	19,4	73,1	26,9	78,2
celkem		47	48	70	25	49	18	257

Zdroj: vlastní výzkum

U odpovědi respondentů na tuto otázku lze vidět rovnoměrný přístup k docházce na preventivní prohlídku před rokem 1989.

Otázka č. 18: Myslíte si, že zákonem stanovené (povinné) očkování je důležité? Názor respondentů na povinnost očkování může být jistým ukazatelem přístupu k prevenci a tím dílčí součástí hodnocení H3.

Tabulka č. 18 – Myslíte si, že zákonem stanovené (povinné) očkování je důležité?

odpověď	ANO		NE		celkem
	absolutně	relativně (v %)	absolutně	relativně (v %)	
muž	21	75	7	25	28
žena	62	92,5	5	7,5	67
celkem	83	87,4	12	12,6	95

Zdroj: vlastní výzkum

Relevantně všichni respondenti považují za nutné mít určitý řád očkování, který je nedílnou součástí preventivních opatření. Souhrnem 83 respondentů (87,4%) je s myšlenkou povinného očkování ztotožněno.

Otázka č. 19: Necháváte se očkovat doporučenými (nepovinnými) vakcinacemi, jenž jsou nabízeny v rámci podpory prevence (např. proti chřipce)?

K možnostem podpory své prevence je podstoupení nabízených očkovacích látek, které nespádají do zákonné povinnosti. A tak lze jako dílčí hodnotu přijmout odpovědi na otázku č. 19 k hodnocení H3.

Tabulka č. 19 – Necháváte se očkovat doporučenými (nepovinnými) vakcinacemi, jenž jsou nabízeny v rámci podpory prevence (např. proti chřipce)?

odpověď	ANO		NE		celkem
	absolutně	relativně (v %)	absolutně	relativně (v %)	
pohlaví					
muž	4	14,3	24	85,7	28
žena	12	17,9	55	82,1	67
celkem	16	16,8	79	83,2	95

Zdroj: vlastní výzkum

Samostatná iniciativa u většiny respondentů v doporučováním očkování se z výsledků prokázala jako minimální v kladném hodnocení 16 respondentů (16,8%).

Otázka č. 20: Jaké kroky v oblasti Vaší prevence nyní pravidelně děláte kromě očkování a preventivních prohlídek?

Každý z nás může svému zdraví přispívat mnohými způsoby činností, aktivit a zásad. V současnosti pravidelné kroky k podpoře zdraví mohou být obsahem k hodnocení H3.

Tabulka č. 20 – Jaké kroky v oblasti Vaší prevence nyní pravidelně děláte kromě očkování a preventivních prohlídek?

pohlaví	muž		žena		celkem
	absolutně	relativně (v %)	absolutně	relativně (v %)	
kroky prevence					
zdravé stravování	8	18,2	36	81,8	44
aktivní pohyb	10	23,3	33	76,7	43
nekuřáctví	14	29,2	34	70,8	48
omezení konzumace alkoholu	10	24,4	31	75,6	41
dostatečný spánek	12	23,1	40	76,9	52
besedy	0	0	1	100	1
konzultace s lékařem	3	27,3	8	72,7	11
jiné	3	21,4	11	78,6	14
žádné	4	100	0	0	4
celkem	64	24,8	194	75,2	258

Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky jednotlivých kroků k podpoře zdraví se u obou pohlaví liší. Vezmeme-li dvě odpovědi, které jsou notné u respondentek, tak je to dostatečný spánek a zdravé stravování. Muži uvedli jako svou primární součást preventivních kroků nekuřáctví a poté shodně s ženami dostatečný spánek. Celkově lze zhodnotit dostatečný spánek a nekuřáctví jako nejzásadnější kroky k současné prevenci u respondentů.

Otázka č. 21: Znáte nějaké zdravotní programy na národní či světové úrovni (např. Program 2020, projekt Zdravé město)?

Programy a projekty na podporu zdraví mají značný vliv na utváření zdravotní politiky, přístupů ke zkvalitňování životních podmínek a podpory zdraví obyvatelstva. Jejich znalost může mít významný dopad na individuální přístup k sobě samému a zdraví ostatních. Lze považovat odpovědi na tuto otázku jako dílčí k hodnocení H3.

Tabulka č. 21 – Znáte nějaké zdravotní programy na národní či světové úrovni (např. Program 2020, projekt Zdravé město)?

odpověď'	ANO		NE		celkem
	absolutně	relativně (v %)	absolutně	relativně (v %)	
pohlaví					
muž	4	14,3	24	85,7	28
žena	16	23,9	51	76,1	67
celkem	20	21,1	75	78,9	95

Zdroj: vlastní výzkum

Znalost zdravotních programů na národní či světové úrovni se u většiny respondentů ukázala jako minimální, kdy hodnota znalosti o programech činila 20 respondentů (21,1%).

5 Diskuse

Kvalita života závisí na mnoha faktorech. Jedním z faktorů je zdravotní stav obyvatelstva, jenž bývá podmíněn i zdravotní politikou státu. Bakalářská práce se věnovala problematice zdravotního systému a jeho komponentám nezbytných pro kvalitní život jedince. Výzkum se zaměřil na pohled osob v pozdní dospělosti na proměňující se zdravotní systém v rámci odstupu let v rozpětí od socialistického zdravotnictví (tzn. před rokem 1989) až po jeho současný stav. Zajištění údajů proběhlo oslovením a požádáním o spolupráci vedoucí úseku, vedoucí oddělení firem, organizace a zdravotní sestry v ordinaci praktického lékaře pro dospělé a jejich seznámení se záměrem práce a žádosti o rozdáni anonymních dotazníků vybrané věkové skupině osob. Návratnost ze 100 vytištěných dotazníků činila 95%, tzn. 95 dotazníků. Dotazník tvořil 21 otázek (tj. včetně identifikačních), kde byly položeny i otázky, které poodhalily představu osob o pojmech či názoru na danou oblast, o níž slýcháme denně.

Cílem práce se stalo zmapování pohledu osob vybrané věkové kategorie na zdravotní péči a prevenci pro určité časové období. Z hlediska stanoveného cíle byly zformulovány tyto hypotézy práce: 1. Systém zdravotní péče v současnosti je pro většinu respondentů nepřehledný. 2. Rozdílnost daných období v oblasti zdravotní péče je u respondentů výrazně vnímána. 3. Více než polovina respondentů má nyní aktivnější přístup k prevenci. Vzhledem k hypotézám práce se vymezily oblasti, na které se následně vytvořily jednotlivé otázky do dotazníkového šetření. Po sběru všech dotazníků byly jednotlivé odpovědi vyhodnoceny a zaneseny do tabulek (viz. kap. 4 Výsledky) vytvořených v programu MS Excel 2013 spolu s grafy, jenž jsou součástí přílohy 2. Tabulky i grafy obsahují rozdělení do jednotlivých oddílů a to uvedení významu zvláště u mužů a u žen, kdy jsou zaznamenány hodnoty absolutní i relativní (v %) společně s popisy dalších komponent. K potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz se posuzoval celkový výsledek všech respondentů.

Zdravotní systém se v naší zemi několikrát transformoval. K proběhlým změnám se váží i určitá opatření, omezení či nové přístupy, které mohou být pro jedince zmatečné či nepřehledné. Zda současný zdravotní systém je pro občany přehledný, poukázaly odpovědi respondentů na dotazníkové šetření v otázkách 4 – 8. Z odpovědí respondentů na znalost zdravotního systému, jenž se nyní uplatňuje v ČR, vyplývá dostatečná znalost a to 51 respondenty (53,7%). Rozdíl mezi kladně odpovídajícími a záporně odpovídajícími je v řádu 7,4% (tzn. rozdíl 7 respondentů). Důležitou roli ve zdravotním

systemu tvoří zdravotní pojištění, které dle plnění nároků zajišťuje pokrytí zdravotních služeb a péče. Povědomost respondentů o celkovém nároku v plnění pojištění se ukázala jako nedostatečná v záporných odpovědích 50 respondentů (52,6%). Jakákoliv činnost a k ní zvolený přístup závisí na našem osobním uvážení a na dostatku přístupu k vzájemným informacím. Podle vyjádření respondentů, zda považují informace jim podávané k jejich rozhodnutí k přístupu ke zdravotní péči atd. za dostatečné, nesouhlasilo 61 (64,2%). Každá oblast má svá úskalí. Vždy by měla být vytvořena možnost k ohlášení a učinění případné nápravy. Nastanou-li pochyby v kvalitě poskytované zdravotní péče, či služeb, respondenti dle svých odpovědí uvedených v šetření ve většině vědí, kam se obrátit v počtu 60 dotazovaných (63,2%). S tím úzce se pojí správa a prodej léčiv s pomyslným otazníkem dostatečné informovanosti. Podle výsledků z šetření si lidé ve většině (tzn. 75 respondentů; 78,9%) nemyslí, že by měli dostatečné množství informací v oblasti správy, distribuce a prodeje léčiv. Z uvedeného hodnocení, které je vytvořené i v grafické úpravě a lze jej nalézt od v příloze 2, vyplývá, že hypotéza 1 - Systém zdravotní péče v současnosti je pro většinu respondentů nepřehledný *se potvrzuje*. Eim (2008) se ve své diplomové práci věnuje podrobně českému zdravotnictví a jeho změnám během let, kdy se též zmiňuje o současných nedostatcích nastavení převážně právního rámce zdravotního systému.

Proměny přináší s sebou nové pohledy a postoje k věcem, lidem a událostem, které nás každodenně obklopují. K významným změnám došlo i v českém zdravotnictví. Uvědomění si výrazných proměn potvrdily i odpovědi respondentů na otázky transformace zdravotnictví z období socialismu (tzn. před rokem 1989) a v současnosti. Hlavním společným ukazatelem změn byl výrazný pokrok medicíny. Opouští se od základních medicínských postupů a zařazují se nové lékařské metody, které se nezaměřují jen na ozdravení těla, ale i ducha v rámci pospolitosti. Ukázkou vnímání změn ve zdravotnictví měli možnost prezentovat respondenti v otázce č. 12 (viz. tab. 12; příloha 2). Zřetelným rozdílem mezi těmito dvěma obdobími podle respondentů dochází v okruhu vybavení zdravotního zařízení. Toto zlepšení v současnosti oproti minulému režimu zaškrtnulo 86 respondentů (90,5%). Tento výrazný rozdíl lze zcela pochopit. Věda a výzkum, jenž jsou dnes podporovány ze strany státu (např. vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče) i veřejnosti, se nadále rozvíjí a přináší mnohé nové objevy, které podporují či pomáhají ke kvalitnímu zdravému životu. Jednu praktickou roli v tom sehrálo přístrojové vybavení, kdy po roce 1989 došlo ke změnám struktury

zdravotního systému a zdravotnická zařízení byla vybavována drahou a často dovozovou technikou, kdy MZ ČR stanovilo evidenci rozmístění prostředků zdravotní techniky, které během let byly sledovány a zjišťovány jejich výkony (Ondráčková, 2003). Určitou oponentu uvádí Blecha (2010) ve své bakalářské práci, že důsledkem privatizace v období 1993 – 1997 došlo k neprůhledným finančním transakcím týkající se majetku nemocnic a značného plýtvání prostředků při nákupu vybavení. Další oblasti, které respondenti uvedli jako nejpodstatnější, jsou dostupnost léčiv a svobodná volba lékaře. Výsledky ukázaly shodu odpovědí u 74 respondentů (77,9%). Ze stručného seznámení s obdobím socialistického zdravotnictví (tzn. před rokem 1989) je patrný, podle Janečkové, Hnilicové (2009), alarmující stav sociálního zdravotnictví a celkově zdravotního systému, jehož následkem byla nutnost změn státní politiky, která se nejvíce podepsala na podfinancování zdravotního systému a dostupnosti moderních léků. Tento stav se měnil v průběhu let na základě nových reforem, vyhlášek a především nového státního zřízení. Stát zajistil kontrolu nad léčivý zřízením Ústavu pro zkoumání léčiv v roce 1918, po letech tento ústav ministerstvo změnilo na Státní ústav pro kontrolu léčiv (zkr. SÚKL) s rozšířenou agendou roku 1997, jenž byl vyčleněn z organizační struktury Státního zdravotního ústavu (zkr. SZÚ) a v současnosti si vzal za své poslání zájem ochrany zdraví občanů (např. zajištění dostupnosti farmaceutických jakostí, účinných a bezpečných humánních léčiv, atd.) (SÚKL, 2007). Lze tedy předpokládat na bázi odpovědí od respondentů, že zmíněné změny měly a mají citelný dopad na vnímání změn mezi lidmi v otázce dostupnosti léků, které proběhly po roce 1989, s přispěním nových informačních technologií (např. internet) a jejich státním zaštitěním. Svobodná volba lékaře jako taková je upravena v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů a zároveň v § 28 a 29 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, jenž přinesly pro občany určitý řád a záruku. Holubová (2014) se ve své diplomové práci zajímá o možnostech pacienta zvolit si poskytovatele zdravotních služeb a jaká jsou omezení, kdy poukazuje na aktuálnost tématu a stále se rodící otázky. V závěru práce Holubová (2014) dospěla k názoru, že některá omezení jsou v rámci určitého řádu nutná, nesledují žádný cíl nebo nepřiměřeně zasahují do práv pacienta, i když si to pacient třeba neuvědomuje. Nastavení určitého řádu slouží k přehlednosti služeb a zajištění kvality práce lékaře, kdy se stále přihlíží na osobnost člověka. S přihlédnutím na názory respondentů je patrná vyšší přijatelnost projevu vlastní vůle ve výběru lékaře, než být zavázán stanovou k určenému lékaři.

Ze spektra odpovědí pro komparaci období s možností výběru ze tří variant se z celkového vyhodnocení ukázala shoda názorů respondentů, že zdravotnictví v jednotlivých složkách uvedených v dotazníku je v současnosti lepší (56,4%) oproti zdravotnictví před rokem 1989 (18,9%). Mezi respondenty se našli i ti, kteří uvedli, že nevnímají žádný rozdíl v daných složkách ve zdravotnictví mezi obdobími ve 24,7%. U dílčích součástí odpovědí se projevil rovnoměrný podíl v oblasti financování zdravotní péče. Jako lepší období pro financování zdravotní péče před rokem 1989 vnímá 33 respondentů (34,7%), v současnosti to vidí 38 respondentů (40%) a ti, kteří sdělili, že v této oblasti rozdíl nevidí, bylo 24 (25,3%). Proměny ve financování zdravotnictví, jak uvádí Bečková (2016) ve své bakalářské práci s připomenutím na reakci Miroslava Macka své koncepce financování zdravotního systému, jenž poukázáním na nutnou spoluúčasť pacienta pro zvýšení procenta soukromých výdajů ve zdravotnictví, která v důsledku střídání vlád nebyla uvedena v praxi a došlo tak k zpolitizování zdravotnictví jsou dodnes otevřenou otázkou. Za jistý doklad lze považovat výše zmíněný rovnoměrný podíl odpovědí respondentů na tuto problematiku. I když se téměř ve všech oblastech prokázala většinová náklonost pro současnost, tak v oblasti dostatečného počtu personálu se více jak polovina respondentů přiklonila k názoru lepšího stavu před rokem 1989 v počtu 50 respondentů (52,6%). Dnes nás média téměř pravidelně seznamují s tímto nedostatkem zdravotnického personálu, ať z důvodu finančního podhodnocení, problematikou kvalifikovanosti zdravotního personálu, či přecházení zdravotníků do zahraničí. Ukazatelem protikladu může být podle Vrtiškové (2012) počet zdravotníků připadající od roku 1949, kdy se více jak zdvojnásobil a znamenalo to jednoho lékaře na 1033 obyvatel a po 34 letech tomu bylo o 641 obyvatel méně. I přes většinu nesouladu mezi obdobími respondenti hodnotili zdravotní péči v sestupné škále v rovnoměrném většinovém podílu známkou 3 (tzn. dobré). Na bázi posouzení všech odpovědí lze zhodnotit hypotézu 2 - Rozdílnost daných období v oblasti zdravotní péče je u respondentů výrazně vnímána jako *potvrzenou*.

Jakákoliv změna dodává určitý pozitivní i negativní aspekt, který každý z nás odlišně vnímá. Je to dáno naší osobností, neboť každý z nás je jedinečná a neopakovatelná individualita, pojící se zkušenostmi, osobními vlohami, charakterem a postoji k sobě samému a okolí. Závažným postojem je přístup ke svému zdraví, jenž úzce ovlivňuje zdraví celé společnosti. Proniká do všech oblastí společnosti, ať se jedná o kulturu, ekonomiku, politiku apod. a sehrává tak úlohu nezbytné komponenty pro kvalitu života. Podmínkou pro zdraví je pečování o něj. Jedním z dílů péče o zdraví znamená

předcházení jeho oslabením nebo poškozením. Tomu lze dosáhnout za pomoci preventivních opatření. Ty jsou rozděleny do jednotlivých částí, nabízeny společnosti v různé míře a podpoře. Za podporu lze považovat preventivní prohlídky, které během let také zaujaly místo svou korektností v přístupu. Otázkou však zůstává, do jaké míry se stal posun v postoji osob k prevenci. Výzkumné šetření poukázalo v rámci ústředních preventivních prohlídek, jenž jsou všeobecná zdravotní prohlídka, zubní preventivní prohlídka a pro ženy gynekologická prohlídka, v komparaci zvolených období minimální odchýlení výsledků odpovědí respondentů (viz. tab. č. 15, 17; příloha 2). Je to dáno působením mnoha faktorů na jedince. Význačným faktorem je věk respondentů před rokem 1989 (tzn. v období socialismu) a po roce 1989 (tzn. v současnosti). Těžko lze určit, zda rozestupem let se někteří respondenti stali zodpovědnější vůči svému zdraví a naopak nebo se stav zdravotnictví v tomto nějak výrazně změnil. Určitou roli zde má i osobní přesvědčení o smyslnosti preventivních prohlídek. Těžko žádat a docházet někam, kde je jedinec přesvědčen o neúčelnosti. Vynucováním docházek na preventivní prohlídky by však znamenalo popření svobody jedince, která je zaznamenána již v Preambuli Ústavy ČR. Faktorů podněcující pravidelnost a nepravidelnost uskutečnění docházek může být ještě několik, které se na první pohled mohou zdát nepodstatné (např. ekonomický status jedince, místo bydlení, výchova, vzdělání, apod.), ale jejich role je zásadní. Kladný názor na zákonem stanovené očkování vyjádřilo 83 respondentů (87,4%), ale využití prevence v podpoře dalších očkovaní, jenž jsou doporučená a tudíž nechána na rozhodnutí každého jedince, uvedlo pouze 16 respondentů (16,8%). Obtížně lze usuzovat k tomuto závěry. Snad je to způsobeno nedůvěrou k vakcinacím, nedostatkem informací o této možnosti podpory vlastní prevence, myšlenkou zbytečnosti, vírou či alternativním postojem osob. Otázkou do budoucna se stává, jaká zásadní příčina pasivního postoje k doporučeným vakcinacím vlastně je. Zarážející je i fakt, kdy dnes v době medií a propagace v rámci vzdělávání, společenských akcí, apod., se u respondentů naznačila nízká znalost zdravotních programů, ať na národní či světové úrovni. Na ně navazují jednotlivé projekty, jenž jsou především v dnešní době stoupajícího počtu výskytu civilizačních chorob v populaci a to děti nevyjímaje, významným pomocníkem v podpoře zdraví a kvality života. Z oslovených 95 respondentů sdělilo 75 (78,9%) svoji nevědomost o zdravotních programech a projektech. Z jakého důvodu je tato skutečnost zapříčiněna si lze jen domýšlet. Zda je to pouhý nezájem populace, ignorace, malá osvěta v propagaci zlepšení kvality života a zdraví či nedostatečná podpora v oblasti vzdělávání. Z toho vyplývá otázka, do jaké míry naše

vzdělání ovlivňuje naše stanoviska ke zdravotní péči a prevenci? Machová et al. (2015) uvádí ve své knize obdobný poznatek v uznání lidí důležitosti prevence (tzn. předcházení nemocem, než jimi trpět) a uvědomění si, že preventivní opatření a prohlídky vedou ke zkvalitnění života, ale přesto neochotně přijímají opatření, nedbají na ně nebo dokonce se ochotně nepřijemnému léčení podrobují. Podpora prevence a zdraví se střetává ve všech soustavách státu – politiky, ekonomiky, kultury, sportu, vzdělání, apod.. Výzkum poukázal na kolísavost odpovědí respondentů a díky tomu hypotézu

3 - Více než polovina respondentů má nyní aktivnější přístup k prevenci *nelze potvrdit*.

Často se stává, že dokud je člověk zdravý a nemá žádné bolesti či jiné potíže, nemá potřebu navštěvovat lékaře nebo se domnívá, že právě jemu určitá nemoc nehrozí (Machová et al., 2015). Mnohé představy mohou být klamné nebo neúplné, i když o nich slyšíme z různých stran. Projevilo se to i v poznání významu pojmů ve zdravotnictví. Představy o obsahu zdravotní péče a prevence jsou rozdílné. Nelze však v tomto určit jistou mylnost toho co je špatné a co je dobré. Každý z nás vychází ze svých poznatků, zájmů a zkušeností, které během let nabyt a nabývá. Z několika dalších podnětů utvářející náš pohled na svět a jeho proměny je prostředí kolem nás. Zdravotnictví na Příbramsku mělo obdobné počátky jako jinde. Druhá světová válka výrazně nezasáhla do chodu příbramské nemocnice a poskytování zdravotní péče, ale na počátku 70. let 20. století mělo výrazný dopad stagnující příbramské zdravotnictví a to v důsledku nedostatku lékařů, kteří odcházeli do zahraničí, kdy změny po listopadu 1989 neměly markantní dopad na přístup k péči, ale hledalo se řešení problematiky financování, jejíž výsledkem byla fúze (Fryš, 2016). Vnímané zlepšení v přístupu ke zdravotní péči na Příbramsku (viz. tab. 9), lze považovat pouze za informaci respondentů na současný stav v okrese. Lékaři stejně jako osoby užívající jejich služby mají význačnou roli v chránění zdraví sebe i druhých osob. Zodpovědnost, osobní disciplína a vzájemná kooperace lékaře a pacienta jsou klíčové pro podporu zdraví a kvalitu života. Vlastní iniciativa a aktivita v podpoře svého zdraví a předcházení tak nemocem v dodržování správné životosprávy a jiných podmínek, nejen pro sebe, ale pro budoucnost našich dětí, které se učí nápodobou a přijímají zvyky, které jim předáváme je nutné pravidelně činit a dodržovat kroky podporující zdraví (viz. tab. 20). Lékaři v souladu zákona uskutečňují prohlídky, za účelem předcházení a včasným poznáním příznaků případných nemocí. V této souvislosti je komunikace a spolupráce mezi lékařem a pacientem podstatná. Včasné podchycení případného rizika napadení organismu znamená snížení negativních dopadů na zdraví jedince.

Život se skládá z mnoha dílků, které se průběžně mění. Každý z těchto dílků nese s sebou své poslání. Poslání se mění chvílí, místem a adresátem. I když jsou věci stejné, každý z nás je vnímá jinak, v jiné hloubce, dynamice nebo rozpětí. Zdraví a péče o něj bývá pro většinu z nás tou nejvyšší hodnotou. Péče o něj se během těch let měnila, uzpůsobovala danému systému a otevřela prostor vlastní iniciativě. Bude tomu i nadále, ale záleží jen na nás, jak se k tomu postavíme.

Závěr

Cílem práce bylo zmapování pohledu osob vybrané věkové kategorie na zdravotní péči a prevenci určitého časového období. Předpokladem bylo stanovení si časového období a věkové kategorie, u kterých byla dána dispozice k dosažení kvalitních dat pro výzkum. Na této bázi bylo zvoleno časové období socialistického zdravotnictví (tzn. před rokem 1989) a současného zdravotnictví (tzn. po roce 1989). V souvislosti se zvoleným obdobím byla vybrána náležitá věková kategorie a to pozdní dospělost. Výzkum poukázal na pohledy osob v oblasti zdravotní péče a prevence v porovnání dvou období. Respondenti shledali rozličnost těchto období ve zdravotní péči, ale v přístupu k prevenci se postoj nijak nelišil. Samotný systém zdravotnictví vytvořený v určitém řádu a z části i závislosti na obchodu bývá někdy těžko pochopitelným až zmatečným. Jsou okruhy, které v současnosti podléhají tomuto proudu a dochází tak k nepřehlednosti informací, které vedou osoby k určitému nevědomí a vytváří se tak jejich pasivní postoj k dané problematice. Ač dnes je doba technologických, komunikačních a dalších prostředků na vysoké úrovni, pořád se lze setkat a nízkým příjmem informovanosti, který může být zapříčiněn mnoha různými důvody. Jedním nepopíratelným faktem je věk, který též do jisté míry určuje, do jaké míry nás proměny doby zasáhnou. V období dospívání nebo rané dospělosti se potřeba zdravotní péče výrazně liší oproti době překlenutí dospělosti a stáří. S tím je i spjat příjem nových podnětů, produktů a potřeb, které jsou závislé nejen na člověku samotném, ale i na prostředí v kterém žije. Pádnou roli zastává politika státu. Ta je výchozím činitelem pro utváření a osvojení si zásad, které kooperují se všemi okruhy společnosti. Vládní systém by měl dokládat a zaručovat základní hodnoty člověka a v případě jejich narušení zajistit pomoc a podporu. Historické události přinášely pokrok k chápání jednotlivých potřeb pro život člověka a jejich zajištění. Rozporný je fakt celistvosti uchopitelný. Nelze zajistit úplnou kvalitu ve všech směrech podpory a zajištění zdravotní péče i prevence, neboť je člověk jedinečnou individualitou a tím k věcem a ději má jedinečný postoj a názor. I když současná doba ve výzkumu byla hodnocena ve větší míře, má prokazatelně ještě podle některých co pilovat a tomu tak bude stále. Avšak kromě státu a jeho institucí se na kvalitě zdraví podílí především sám člověk. Každý je za své skutky odpovědný a i za přístup a starost o své zdraví a tím i zdraví ostatních. Podstatou je jedinečný žebříček hodnot, který se u každého z nás skládá z odlišných potřeb a hodnot. Podle mého názoru každý si v duchu uvědomuje cennost zdraví, ale mnohdy věci jsou brány samozřejmě, že na jejich pravidelnou péči se pozapomíná.

V tomto případě je snaha státního systému a jiných složek krátká, pokud si sám člověk nepřizná, že v důsledku mnoha změn a proměn je mu umožněna široká škála možností pečovat o sebe a své zdraví.

Seznam použitých zdrojů

1. ARNOLDOVÁ, A., 2002. *Slovník sociálního zabezpečení*. Praha: Galen. ISBN 80-7262-175-0.
2. AUGUSTA, J., 1957. *Z vývojových a kulturních pradějin člověka*. Praha: Orbis.
3. BEČKOVÁ, L., 2016. *Systém financování zdravotní péče v ČR od roku 1989 do roku 2015*. Praha. Bakalářská práce. Vysoká škola ekonomická. Fakulta národohospodářská. Specializace: národní hospodářství.
4. BENEŠOVÁ, M. et al., 2003. *Odmaturuj z biologie!* Brno: DIDAKTIS. ISBN 80-86285-67-7.
5. BLECHA, V., 2010. *Zdravotní systém v ČR a ostatních zemích*. Praha. Bakalářská práce. Bankovní institut vysoká škola Praha. Katedra ekonomických a sociálních věd. Právní administrativa v podnikatelské sféře.
6. Citáty slavných – historie, 2016. [online]. Brýna, J. [cit. 2016-07-23]. Dostupné z: <http://the.cz/citaty/index.php?page=citaty&kategorie=6659>
7. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3213-8.
8. ČESKÁ PRŮMYSLOVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA, 2012. (eds.). Zdravotní služby. *Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách*. Otrava: Sagit, ISBN 978-80-7208-928-4.
9. ČESKÁ PRŮMYSLOVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA, 2012. (eds.). Zdravotní služby. *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*. Otrava: Sagit, s. 3. ISBN 978-80-7208-928-4.

10. Český červený kříž, 2016. [online]. Kuranda, T. [cit. 2016-07-23]. Dostupné z: <http://www.cervenkykriz.eu/cz/hnuti.aspx>
11. ČEVELA, R., et al., 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.
12. ČEVELA, R., et al., 2015. *Sociální a posudkové lékařství*. Praha: UK. ISBN 97880-246-2938-4.
13. Druhy zdravotních služeb, 2013-2014. [online]. MZČR. [cit. 2016-07-23]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.
14. EIM, J., 2008. *Vývoj zdravotního systému v ČR*. Brno. Diplomová práce. Právnická fakulta Masarykovy univerzity. Katedra národního hospodářství.
15. FRANCOVÁ, H., NOVOTNÝ, A., 2008. *Sociální politika v základech*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-125-3.
16. FRYŠ, J., 2016. *135 let Příbramské nemocnice*. Příbram: Oblastní nemocnice v Příbrami. ISBN 978-80-270-0882-7.
17. GABRIELOVÁ, J., et al., 2015. *Prevence v kontextu zdravotní-sociální problematiky*. Praha: LN. ISBN 978-80-7422-443-0.
18. GILLERNOVÁ, I., et al., 2011. *Psychologické aspekty změn v české společnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2798-1.
19. GLADKIJ I., STRNAD L., 2002. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. Olomouc. ISBN 80-244-0500-8
20. GREGORA, M., 2005. *Očkování a infekční nemoci u dětí*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1126-5.

21. HEINEN, U., 2011. *Welche Antike: konkurrierende Rezeptionen des Altertums im Barock*. Wiesbaden: Harrassowitz. ISBN 978-3-447-06405-7.
22. HEJNÝ, P., 2000. *Všeobecná encyklopedie*. 2. vydání. Bratislava: Euromedia. ISBN 80-7202-679-8.
23. HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.
24. HERTWING, R., et al., © 2013. *Simple Heuristics in a Social World* [online]. Berlín: University of Lausanne [cit. 2016-08-20]. ISBN: 978-019995008-9 DOI: 10.1093/acprof:oso/9780195388435.001.0001
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1093/9780195388435.001.0001>
25. *Historie a současnost*, 2007. [online]. SÚKL. [cit. 2017-07-14]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/sukl/historie-a-soucasnost?highlightWords=historie>
26. HOLČÍK, J., 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: MU. ISBN 978-80-210-5239-0.
27. HOLČÍK, J., et al., 2015. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. 2. vydání. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-575-4.
28. HOLUBOVÁ, K., 2014. *Právo pacienta vybrat si poskytovatele zdravotní služby*. Brno. Diplomová práce. Právnická fakulta Masarykovy univerzity právo a právní věda. Katedra pracovního práva a sociálního zabezpečení.
29. JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H., 2009. *Úvod od veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-592-9.
30. JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. ISBN 807254-329-6.

31. KAHOUN, V., et al., 2008. *Vybrané kapitoly z pojišťovnictví*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-130-7.
32. KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.
33. KREBS, V., et al., 2005. *Sociální politika*. 3. vydání. Praha: Aspi, a.s. 308 s. ISBN 80-7357-050-5.
34. KŘIVÁKOVÁ, M., ČÍKOVÁ, Z., 2016. *Pečovatelská péče o zdravé a nemocné dítě*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-263-3.
35. KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 978-807367568-4.
36. KŘIVOHLAVÝ, J., 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie možnosti, které čekají*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3604-4.
37. LANGMEIER, J., et al., 2006. *Vývojová psychologie*. 4. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.
38. LENDEROVÁ, M., et al., 2013. *Dějiny těla*. Červený Kostelec: Pavel Mervart. ISBN 978-80-7465-068-0.
39. MACHOVÁ, J., et al., 2015. *Výchova ke zdraví*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5351-5.
40. MACHOVÁ, J., et al., 2016. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. ISBN 978-802475-351-5.
41. MÄRTLOVÁ, C., 2007. *Středověk – 101 nejdůležitějších otázek*. Mnichov: C. H. Beck. ISBN 978-80-903873-7-9.

42. MARKOVÁ, M., 2012. *Determinanty zdraví*. Brno: NCO. ISBN 978-80-7367-211-9.
43. MATOUŠEK, O., 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-71785490.
44. MATOUŠEK, O., et al., 2013. *Encyklopedie sociální péče*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
45. MEIN, E., 1993. *Klíče ke zdraví*. Turnov: Arica. ISBN 80-85619-73-3.
46. MKN-10: *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví pověřilo překladem a zpracováním publikace Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013, s. 6. ISBN: 978-809042590-3.
47. NĚMEC, J., 2008. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada. ISBN 97880247-2628-1.
48. OLECKÁ, I., IVANOVÁ, K., 2010. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola. ISBN 978-80-87240-33-5.
49. ONDRÁČKOVÁ, A., 2003. *Vývoj přístrojového vybavení zdravotnických zařízení* [online]. Praha: ÚZIS [cit. 2017-07-14]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/vyvoj-pristrojoveho-vybaveni-zdravotnickych-zarizeni>
50. *Pohledy na zdravotnictví v České republice*, 2002. [online]. ÚZIS. [cit. 2017-07-05]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pohledy-zdravotnictvi-ceske-republice>
51. PORTER, R., 2015. *Dějiny medicíny – od starověku po současnost*. 3. vydání. Praha: Prostor. ISBN 978-80-7260-324-4.

52. POTŮČEK, M., et al., 2005. *Veřejná politika*. Praha: Slon. ISBN 80-86429-50-4.
53. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.
54. ŘÍČAN, P., 2004. *Cesta životem-vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7367-124-7.
55. ŘÍČAN, P., 2010. *Psychologie osobnosti-obor v pohybu*. 6. vydání. Praha: Grada. ISBN 987-80-247-3133-9.
56. SLEPIČKA, P., et al., 2015. *Sport a pohyb v životě seniorů*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3110-3.
57. SVOBODA, J., 2014. *Předkové – evoluce člověka*. Praha: Academia. ISBN 97880-200-2324-7.
58. SVOBODNÝ, P., HLAVÁČKOVÁ, L., 2004. *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha: Triton. s. 20. ISBN 80-7254-424-1.
59. ŠKODA, J., 2014. *Sociální patologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5046-0.
60. THOROVÁ, K., 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0714-6.
61. TOMEŠ, I., 2010. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál, s. 206. ISBN 978-80-7367-680-3.
62. TOMEŠ, I., 2011. *Osoby sociální politiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-868-5.
63. TOMEŠ I., et al., 2014. *Sociální právo ČR*. Praha: Linde Praha a.s. ISBN 978807201-938-0.

64. TRAN, L. D., et al., © 2016. Public health and the economy could be served by reallocating medical expenditures to social programs [online]. Los Angeles: Center for Health Sciences [cit. 2017-08-02]. ISSN: 23528273 DOI:10.1016/j.ssmph.2017.01.004
<https://www.researchgate.net/publication/312604053>
65. TRÖSTER, P., et al., 2005. *Právo sociálního zabezpečení*. 3. vydání. Praha: C. H. Beck. ISBN 80-7179-856-8.
66. Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 1, s. 2-16. ISSN 1211-1244.
67. ÚZIS ČR, 2010. *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989*. Praha: Úzis. ISBN 978-80-7280-900-4.
68. VÁCHA, M., et al., 2012. *Základy moderní lékařské vědy*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-780-0.
69. VELEMÍNSKÝ, M., et al., 2012. *Klinická propedeutika*. 6. vydání. České Budějovice: ZSF JČU. ISBN 978-80-7394-360-8.
70. VEVERKA, M., 2013. *Evoluce svým tvůrcem*. Praha: Prostor. ISBN 978-807260276-6.
71. VODIČKA, K., CABADA, L., 2007. *Politický systém České republiky*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-337-6.
72. VOKURKA, M., et al., 2006. *Velký lékařský slovník*. 6. vydání. Praha: Maxdorf, s. 1009. ISBN 80-7345-105-0.
73. VOLNÝ, Z., 2002. *Toulky minulostí světa*. Český Těšín: Baronet a Via Facti. ISBN 80-7214-237-2.

74. VRTIŠKOVÁ, M., 2012. *Zdravotní nauky*. Praha. Studijní text pro účastníky projektu OPPA. ISBN 978-80-87779.01-9.
75. VURM, V., et al., 2007. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton. s. 28-39. ISBN 978-80-7254-997-9.
76. WAGNEROVÁ, M., 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.
77. Zdraví 2020: rámcový souhrn opatření připravených s cílem pomoci vládám a všem společenským aktivitám, aby přispívaly ke zdraví a životní pohodě obyvatel evropského regionu. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem a Kanceláří WHO v České republice, 2014. s. 7-38. ISBN 978-80-85047-45-5.
78. Zdraví 21 – dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. Praha: MZ ČR, 2013. ISBN 80-85047-99-3.
79. Zdravotní péče, 2013. [online]. Euroclinicum. [cit. 2016-07-23]. Dostupné z: <http://www.euc.cz/zdravotni-pece>
80. Zdravotní pojištění, 2015. [online]. VZP ČR. [cit. 2016-07-23]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/platci/informace/stat>

Seznam použitých tabulek

Tabulka č. 1: Počet respondentů	41
Tabulka č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	41
Tabulka č. 3: Co vnímáte pod pojmem zdravotní péče?.....	42
Tabulka č. 4: Znáte zdravotní systém, jenž se uplatňuje v současné době v ČR?.....	43
Tabulka č. 5: Máte povědomí, na co vše máte nárok ze zdravotního pojištění?	43
Tabulka č. 6: Považujete informace, které máte za dostatečné pro Vaše rozhodování o přístupu ke zdravotní péči, zdravotnímu pojištění, atd.?	44
Tabulka č. 7: Víte, kam se obrátit v případě lékařského či ošetrovatelského pochybení?.....	44
Tabulka č. 8: Myslíte si, že máte dostatek informací o správě, distribuci a prodeji léčiv?.....	45
Tabulka č. 9: Jak vnímáte, že se přístup ve zdravotní péči v okrese Příbram změnil po roce 1989?.....	46
Tabulka č. 10: Jak byste ohodnotili zdravotní péči před rokem 1989?	46
Tabulka č. 11: Jak hodnotíte zdravotní péči v současnosti?	47
Tabulka č. 12: Označte prosím čtverec, kdy vnímáte níže uvedené jako lepší:	48
Tabulka č. 13: Domníváte se, že odchod mladých lékařů do zahraničí v současnosti má citlivý dopad na zdravotní péči?	49
Tabulka č. 14: Co dle Vás představuje prevence?	50
Tabulka č. 15: Docházíte pravidelně na preventivní prohlídky?	50
Tabulka č. 16: Jakým způsobem Vás lékař vyzývá k návštěvě?	51
Tabulka č. 17: Jak často jste docházel/la na preventivní prohlídku k lékaři před rokem 1989?.....	52
Tabulka č. 18: Myslíte si, že zákonem stanovené (povinné) očkování je důležité?	52
Tabulka č. 19: Necháváte se očkovat doporučenými (nepovinnými) vakcínami, jenž jsou nabízeny v rámci podpory prevence (např. proti chřipce)?.....	53
Tabulka č. 20: Jaké kroky v oblasti Vaší prevence nyní pravidelně děláte kromě očkování a preventivních prohlídek?.....	54
Tabulka č. 21: Znáte nějaké zdravotní programy na národní či světové úrovni (např. Program 2020, projekt Zdravé město)?	55

Seznam obrázků

Obrázek č. 1: počet respondentů.....	80
Obrázek č. 2: nejvyšší dosažené vzdělání respondentů- absolutně	81
Obrázek č. 3: nejvyšší počet respondentů - relativně v %	81
Obrázek č. 4: co vnímáte pod pojmem zdravotní péče? - absolutně	82
Obrázek č. 5: co vnímáte pod pojmem zdravotní péče: - relativně v %.....	82
Obrázek č. 6: znáte zdravotní systém, jenž se uplatňuje v současné době?	83
Obrázek č. 7: máte povědomí, na co vše máte nárok ze zdravotního pojištění?	83
Obrázek č. 8: považujete informace, které máte za dostatečné pro vaše rozhodování o přístupu ke zdravotní péče, zdravotnímu pojištění, atd.?	84
Obrázek č. 9: víte, kam se obrátit v případě lékařského či ošetřovatelského pochybení?.....	84
Obrázek č. 10: myslíte si, že máte dostatek informací o správě, distribuci a prodeji léčiv?	85
Obrázek č. 11: jak vnímáte, že se přístup ve zdravotní péči v okrese příbram změnil po roce 1989?- abs.	85
Obrázek č. 12: jak vnímáte, že se přístup ve zdravotní péči v okrese příbram změnil po roce 1989? - rel.	86
Obrázek č. 13: jak byste ohodnotili zdravotní péči před rokem 1989? - absolutně.....	86
Obrázek č. 14: jak byste ohodnotili zdravotní péči před rokem 1989? - relativně	87
Obrázek č. 15: jak hodnotíte zdravotní péči v současnosti? - absolutně	87
Obrázek č. 16: jakým způsobem vás lékař vyzývá k návštěvě? - relativně.....	88
Obrázek č. 17: označte prosím čtverec, kdy vnímáte níže uvedené jako lepší: abs. (1). 88	
Obrázek č. 18: označte prosím čtverec, kdy vnímáte níže uvedené jako lepší: rel. (1).. 89	
Obrázek č. 19: označte prosím čtverec, kdy vnímáte níže uvedené jako lepší: ab. (2) .. 89	
Obrázek č. 20: označte prosím čtverec, kdy vnímáte níže uvedené jako lepší: rel. (2).. 90	
Obrázek č. 21: označte prosím čtverec, kdy vnímáte níže uvedené jako lepší: abs. (3). 90	
Obrázek č. 22: označte prosím čtverec, kdy vnímáte níže uvedené jako lepší: rel. (3).. 91	
Obrázek č. 23: domníváte se, že odchod mladých lékařů do zahraničí v současnosti má citlivý dopad na zdravotní péči?	91
Obrázek č. 24: co dle vás představuje prevence? - absolutně.....	92
Obrázek č. 25: co dle vás představuje prevence? – relativně v %	92

Obrázek č. 26: docházíte pravidelně na preventivní prohlídky? – všeobecná preventivní prohlídka	93
Obrázek č. 27: docházíte pravidelně na preventivní prohlídky? – zubní preventivní prohlídka?	93
Obrázek č. 28: docházíte pravidelně na preventivní prohlídky? – gynekologická preventivní prohlídka?	94
Obrázek č. 29: jakým způsobem vás lékař vyzývá k návštěvě? - absolutně	94
Obrázek č. 30: jakým způsobem vás lékař vyzývá k návštěvě? - relativně.....	95
Obrázek č. 31: jak často jste docházel/la na preventivní prohlídku k lékaři před rokem 1989?-všeobecná preventivní prohlídka	95
Obrázek č. 32: jak často jste docházel/la na preventivní prohlídku k lékaři před rokem 1989?- zubní preventivní prohlídka.	96
Obrázek č. 33: jak často jste docházel/la na preventivní prohlídku k lékaři před rokem 1989?- gynekologická preventivní prohlídka.	96
Obrázek č. 34: myslíte si, že zákonem stanovené (povinné) očkování je důležité?	97
Obrázek č. 35: necháváte se očkovat doporučenými (nepovinnými) vakcínami, jenž jsou nabízeny v rámci podpory prevence?.....	97
Obrázek č. 36: jaké kroky v oblasti vaší prevence nyní pravidelně děláte, kromě očkování a preventivních prohlídek? – absolutně (1).....	98
Obrázek č. 37: jaké kroky v oblasti vaší prevence nyní pravidelně děláte, kromě očkování a preventivních prohlídek? – relativně (1).....	98
Obrázek č. 38: jaké kroky v oblasti vaší prevence nyní pravidelně děláte, kromě očkování a preventivních prohlídek? – absolutně (2).....	99
Obrázek č. 39: jaké kroky v oblasti vaší prevence nyní pravidelně děláte, kromě očkování a preventivních prohlídek? – relativně (2).....	99
Obrázek č. 40: znáte nějaké zdravotní programy na národní či světové úrovni?	100

Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník

DOTAZNÍK

Vážení respondenti,

dovoluji si Vás touto cestou oslovit s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, jenž by měl sloužit k vypracování bakalářské práce na téma: „Systém zdravotní péče a zdravotních služeb v historii a současnosti“.

Dotazník je anonymní, NEPODEPISUJTE SE. Veškeré Vámi poskytnuté údaje budou využity pouze ke zpracování práce. Prosím, v jednotlivých otázkách zaškrtněte jednu odpověď, pokud nebude uvedeno jinak, která je dle Vás nejdůležitější.

Děkuji za Vaši ochotu a čas věnovaný vyplnění dotazníku.

studentka ZSF JČU v Českých Budějovicích

Vlasta Trmotová

1) Pohlaví

muž

žena

2) Vzdělání

základní

střední odborné bez maturity

střední odborné s maturitou

vyšší odborné

vysokoškolské

3) Co vnímáte pod pojmem zdravotní péče?

- souhrn léčebných procesů a opatření se zaměřením na naplnění zdravotních potřeb občana
- péče o zdraví, kterou poskytují zdravotní služby v soustavě odborných institucí v záměru uspokojit zdravotní potřeby obyvatel
- soubor činností a opatření se záměrem prevence, diagnostiky, léčby, rehabilitace a ošetření

4) Znáte zdravotní systém, jenž se uplatňuje v současné době v ČR?

- ano
- ne

5) Máte povědomí, na co vše máte nárok ze zdravotního pojištění?

- ano
- ne

6) Považujete informace, které máte za dostatečné pro Vaše rozhodování o přístupu ke zdravotní péči, zdravotnímu pojištění, atd.?

- ano
- ne

7) Víte, kam se obrátit v případě lékařského či ošetrovatelského pochybení?

- ano
- ne

8) Myslíte si, že máte dostatek informací o správě, distribuci a prodeji léčiv? (např. doplatky za léky, platba za léky, atd.)

- ano
- ne

9) Jak vnímáte, že se přístup ve zdravotní péči v okrese Příbram změnil po roce 1989?

- zlepšil
- zhoršil
- stejný jako před rokem 1989

10) Jak byste ohodnotili zdravotní péči před rokem 1989?
(hodnocení sestupně – 1 výborně/ 5 nedostatečně)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

11) Jak hodnotíte zdravotní péči v současnosti?
(hodnocení sestupně – 1 výborně/ 5 nedostatečně)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

12) Označte prosím čtverec, kdy vnímáte níže uvedené jako lepší:

	před rokem 1989	současnost	nevidím rozdíl
- důvěra v kvalitní zdravotní systém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vybavení zdravotních zařízení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dostatečný počet personálu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- financování zdravotní péče	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- počet pojišťoven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- přístup lékařů k pacientům	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dostupnost léčiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zdravotní prevence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- konkurence ve zdravotnictví	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- potírání korupce ve zdravotnictví	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- lékaři dle spádové oblasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - svobodná volba lékaře	<input type="checkbox"/>
- centralizace (tzn. systém řízení z jednoho organizačního ústředí)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - privatizace ve zdravotních zařízeních	<input type="checkbox"/>

13) Domníváte se, že odchod mladých lékařů do zahraničí v současnosti má citlivý dopad na zdravotní péči?

- ano ne

14) Co dle Vás představuje prevence?

- předcházení úrazů, nemocem a chorobám
- činnosti vedené k podpoře zdravého způsobu života, příznivého prostředí a kroky vedené k překonání komplikací nemocí či jejich následků
- předcházení a odstraňování rizikových faktorů ovlivňující kvalitu života a životního prostředí

15) Docházíte pravidelně na preventivní prohlídky?

- všeobecná preventivní prohlídka (1 x za 2 roky) ano ne*

- zubní preventivní prohlídka (2 x ročně) ano ne*

vyplní pouze ženy

- gynekologická preventivní prohlídka (1x ročně) ano ne*

* je-li Vaše odpověď ve všech bodech ne, přejděte prosím na otázku č. 17

16) Jakým způsobem Vás lékař vyzývá k návštěvě?

ústně při návštěvě pozvánkou E-mailem

telefonicky chodím sám bez vyzvání jiné

17) Jak často jste docházel/la na preventivní prohlídku k lékaři před rokem 1989?

- praktický lékař pravidelně nedocházel/la jsem

- zubní lékař pravidelně nedocházel/la jsem

vyplní pouze ženy

- gynekologický lékař pravidelně nedocházel/la jsem

18) Myslíte si, že zákonem stanovené (povinné) očkování je důležité?

ano ne

19) Necháváte se očkovat doporučenými (nepovinnými) vakcínami, jenž jsou nabízeny v rámci podpory prevence (např. proti chřipce)?

ano ne

20) Jaké kroky v oblasti Vaší prevence nyň pravidelně děláte kromě očkování a preventivních prohlídek? (možno zaškrtnout více odpovědí)

zdravé stravování aktivní pohyb (min. 20 min. denně) nekuřáctví

omezení konzumace alkoholu dostatečný spánek (min. 7 hod.) besedy

konzultace s lékařem jiné žádné

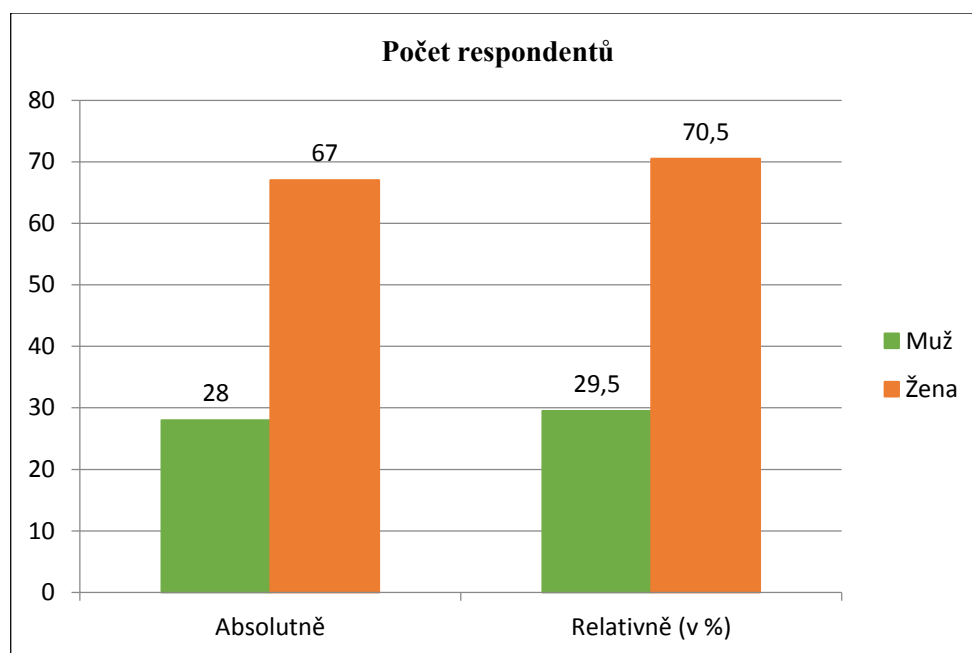
21) Znáte nějaké zdravotní programy na národní či světové úrovni (např. Program 2020, projekt Zdravé město)?

ano ne

DĚKUJI za vyplnění

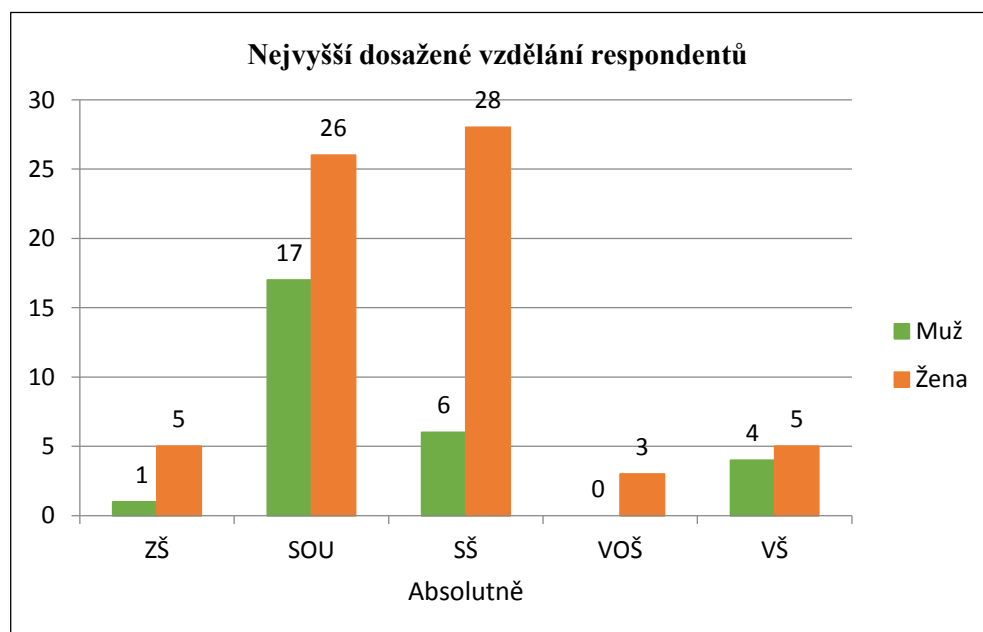
Příloha č. 2: Vyhodnocení dotazníků v grafech

Obrázek č. 1: Počet respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

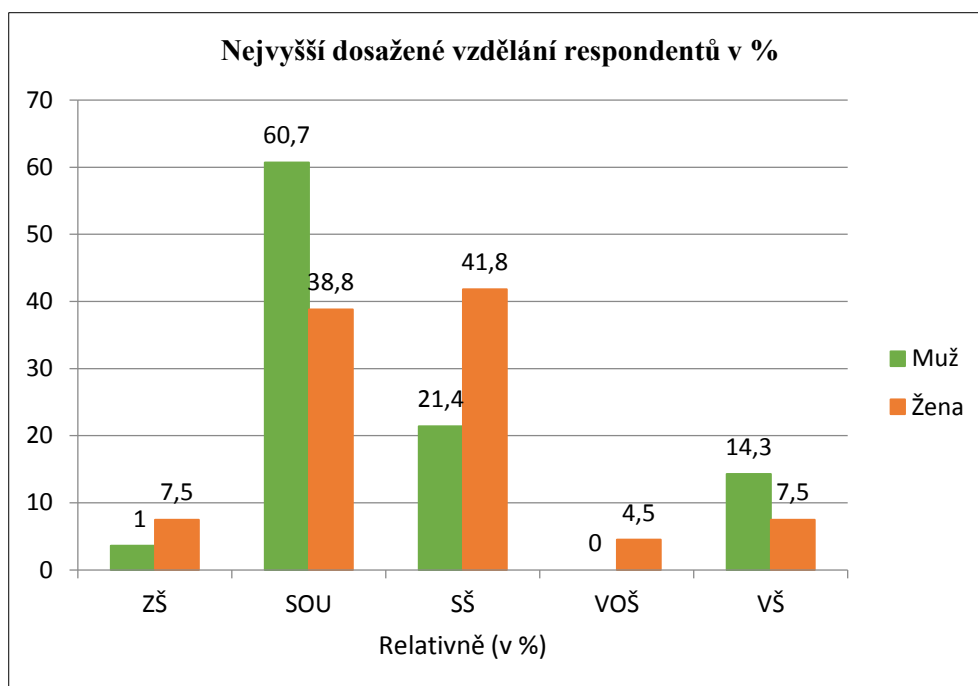
Obrázek č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů – absolutně



Vysvětlivky: ZŠ – základní, SOU – střední odborné bez maturity, SŠ – střední odborné s maturitou, VOŠ – vyšší odborné, VŠ – vysokoškolské

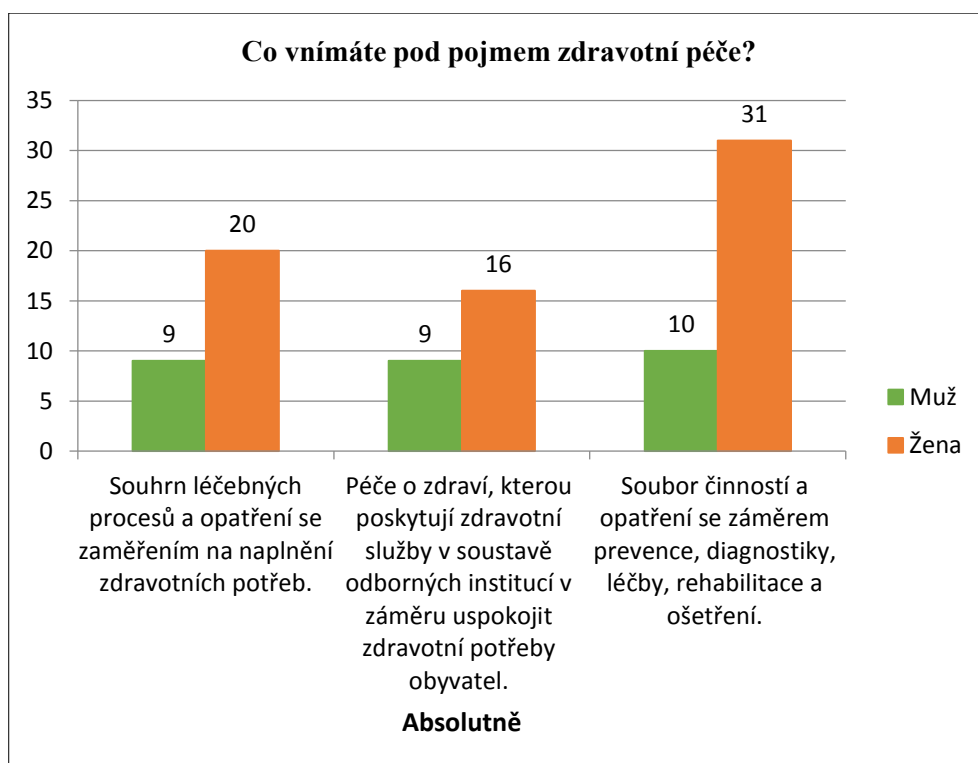
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů – relativně v %



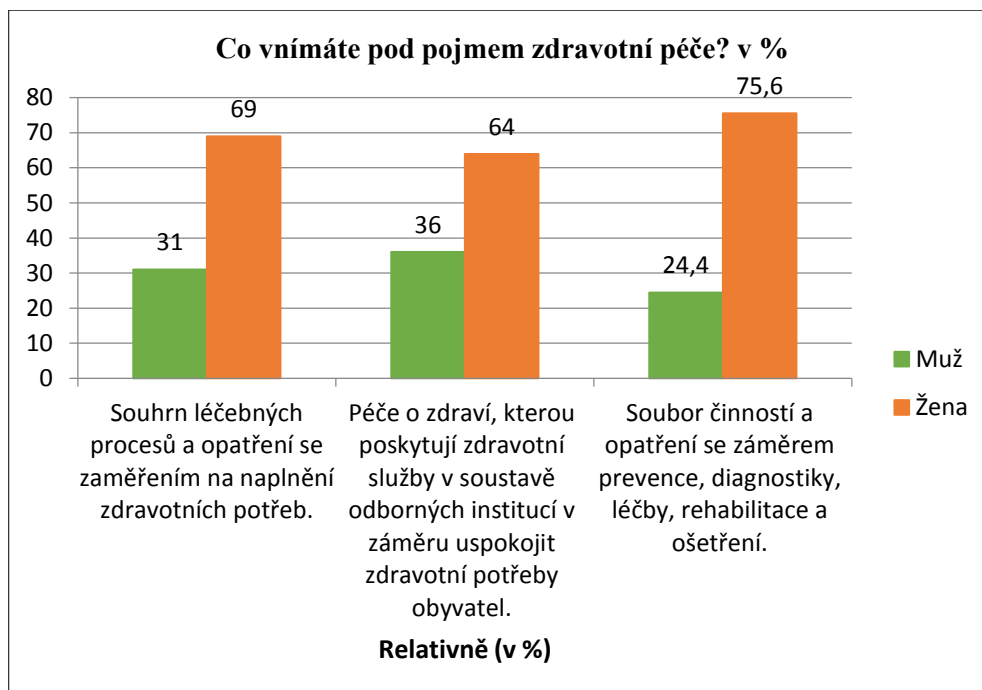
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 4: Co vnímáte pod pojmem zdravotní péče? – absolutně



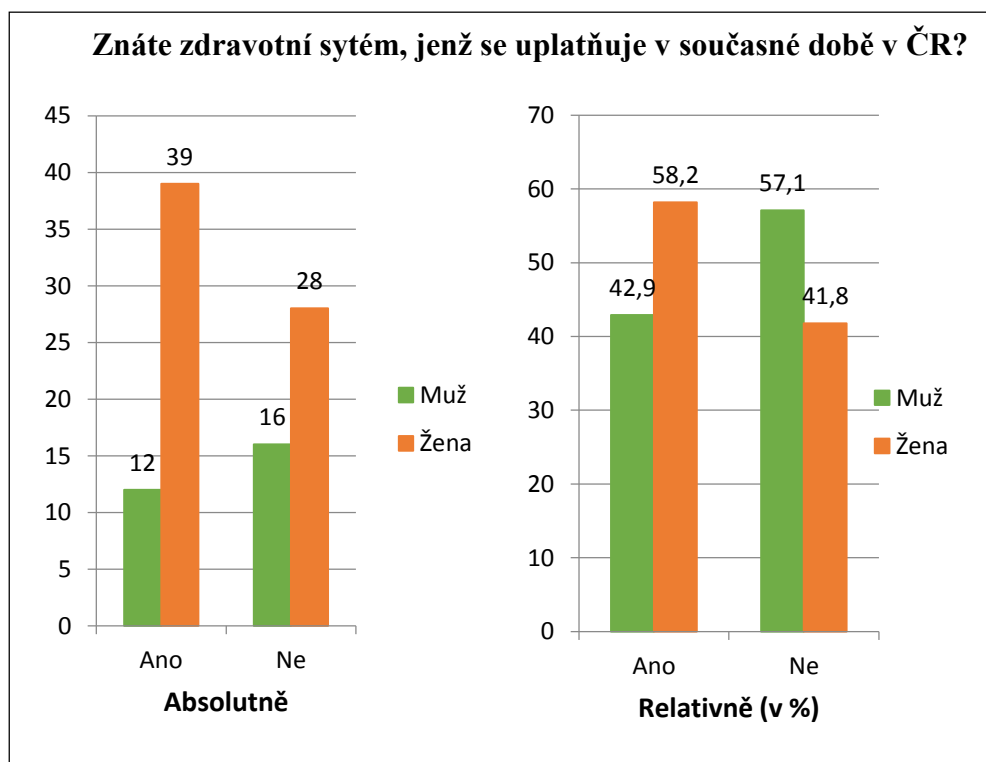
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 5: Co vnímáte pod pojmem zdravotní péče? – relativně v %



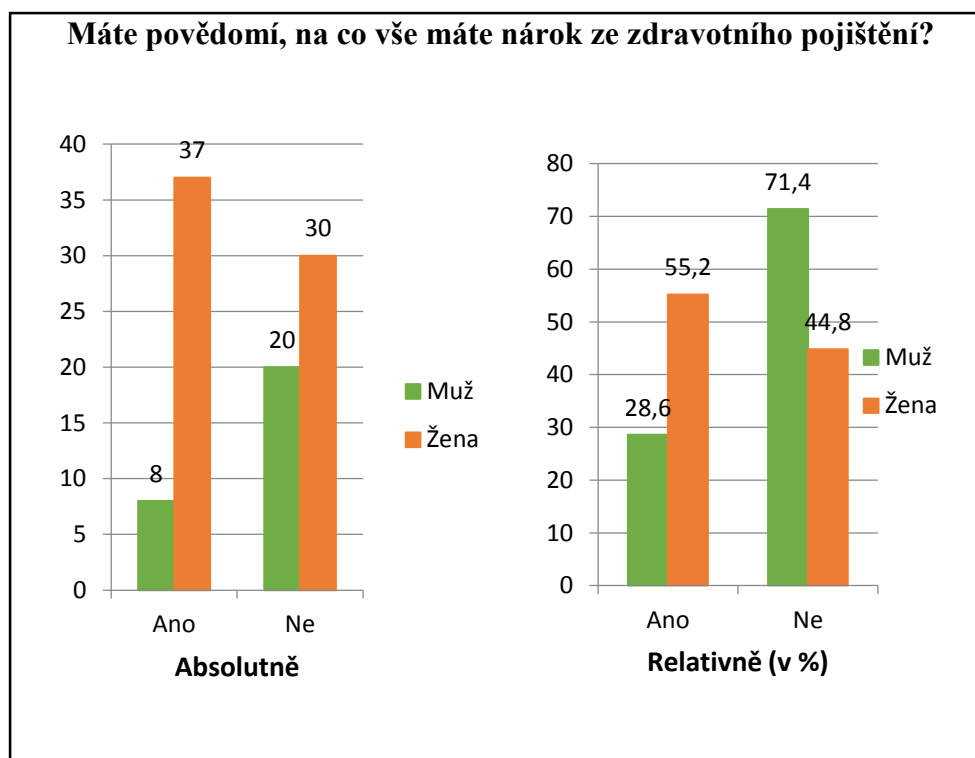
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 6: Znáte zdravotní systém, jenž se uplatňuje v současné době v ČR?



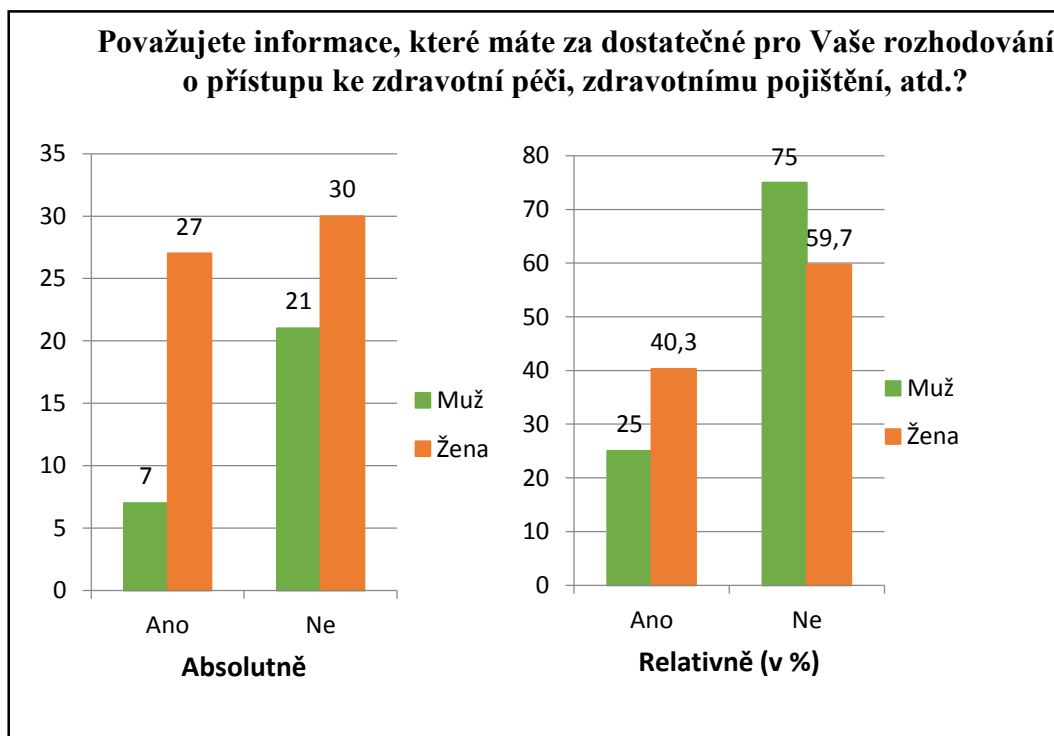
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 7: Máte povědomí, na co vše máte nárok ze zdravotního pojištění?



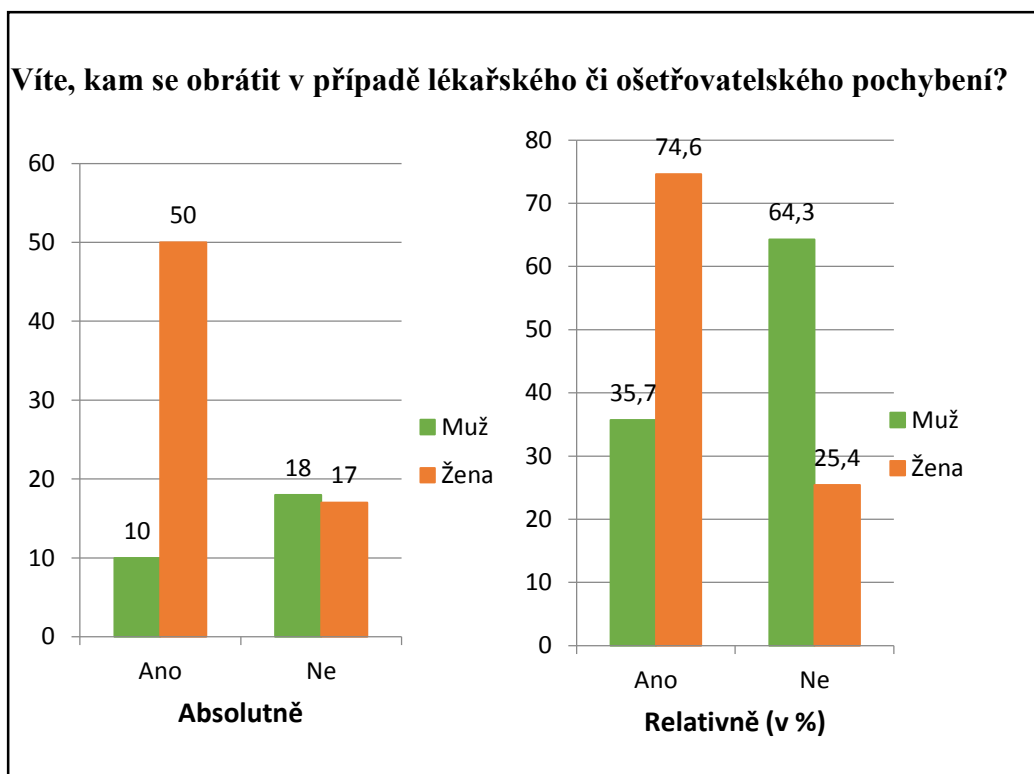
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 8: Považujete informace, které máte za dostatečné pro Vaše rozhodování o přístupu ke zdravotní péči, zdravotnímu pojištění, atd.?



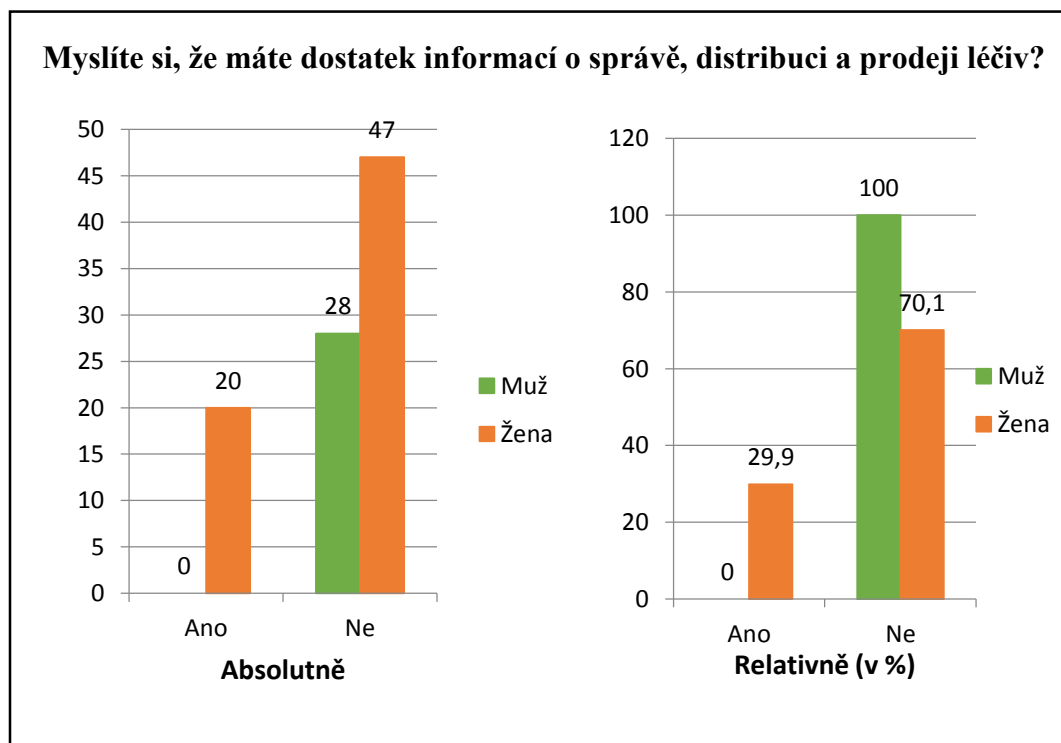
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 9: Víte, kam se obrátit v případě lékařského či ošetrovatelského pochybení?



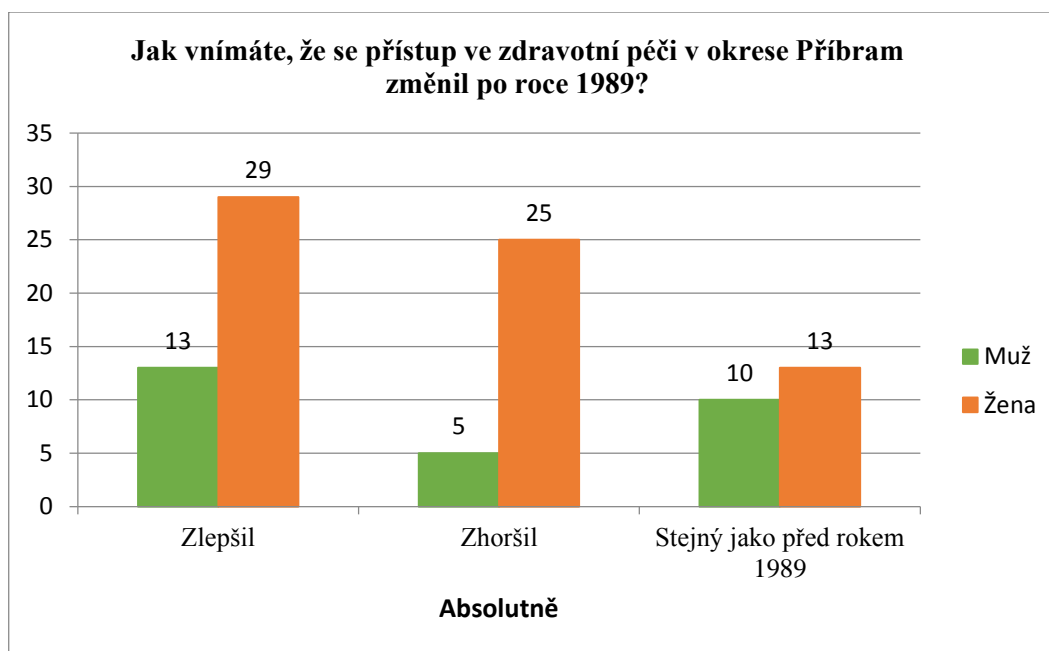
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 10: Myslíte si, že máte dostatek informací o správě, distribuci a prodeji léčiv?



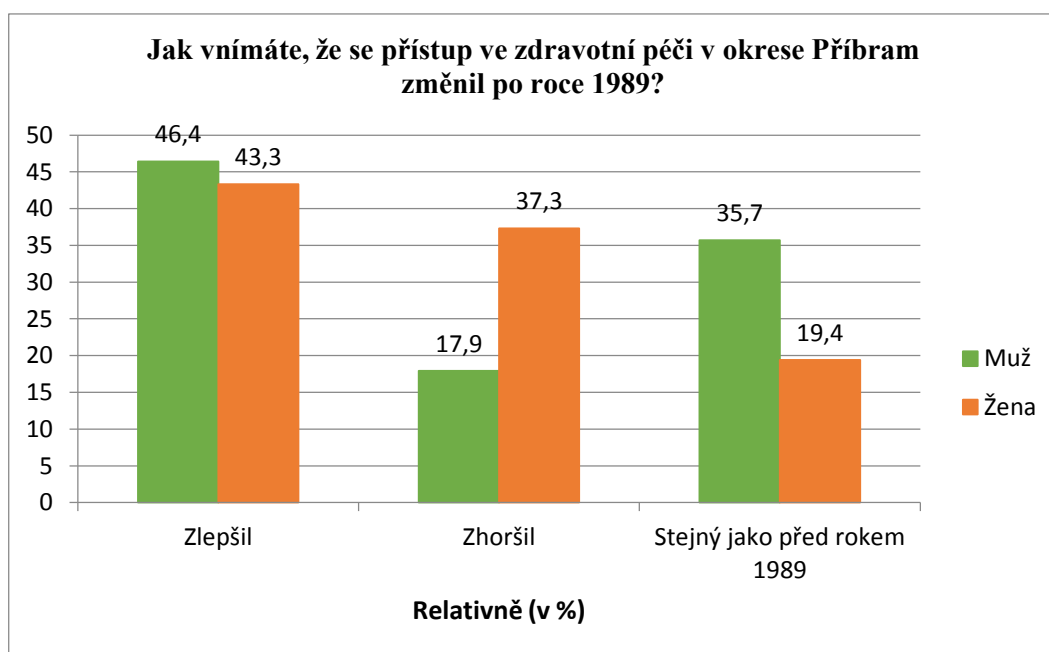
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 11: Jak vnímáte, že se přístup ve zdravotní péči v okrese Příbram změnil po roce 1989? - absolutně



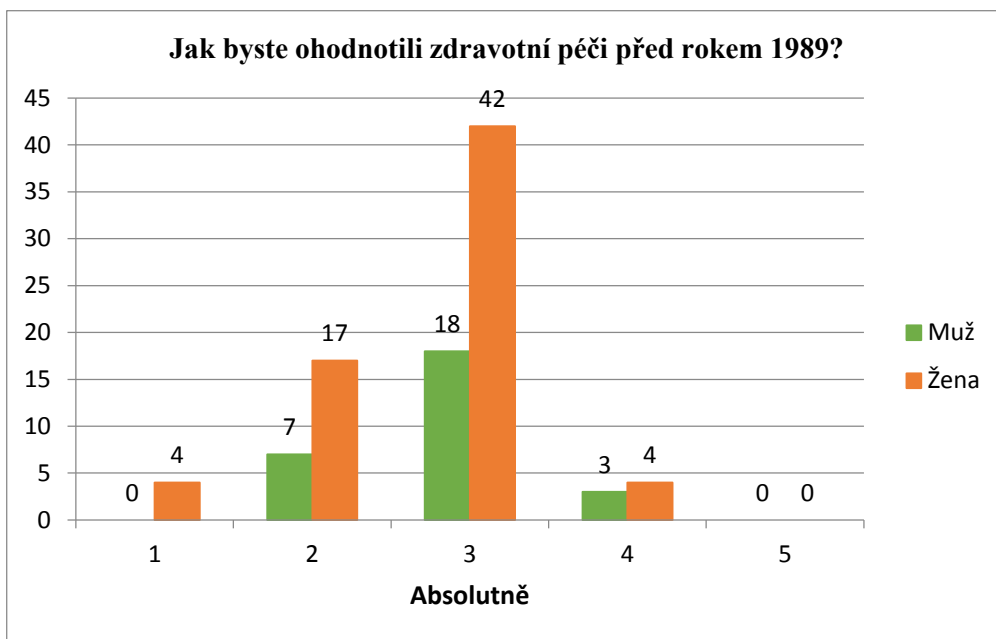
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 12: Jak vnímáte, že se přístup ve zdravotní péči v okrese Příbram změnil po roce 1989? – relativně v %



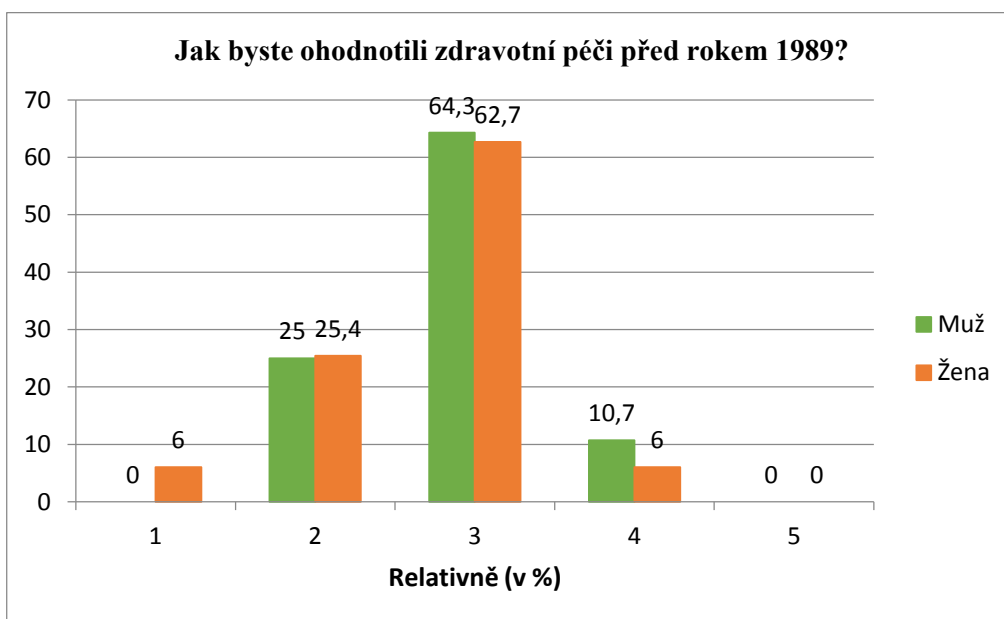
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 13: Jak byste ohodnotili zdravotní péči před rokem 1989? - absolutně



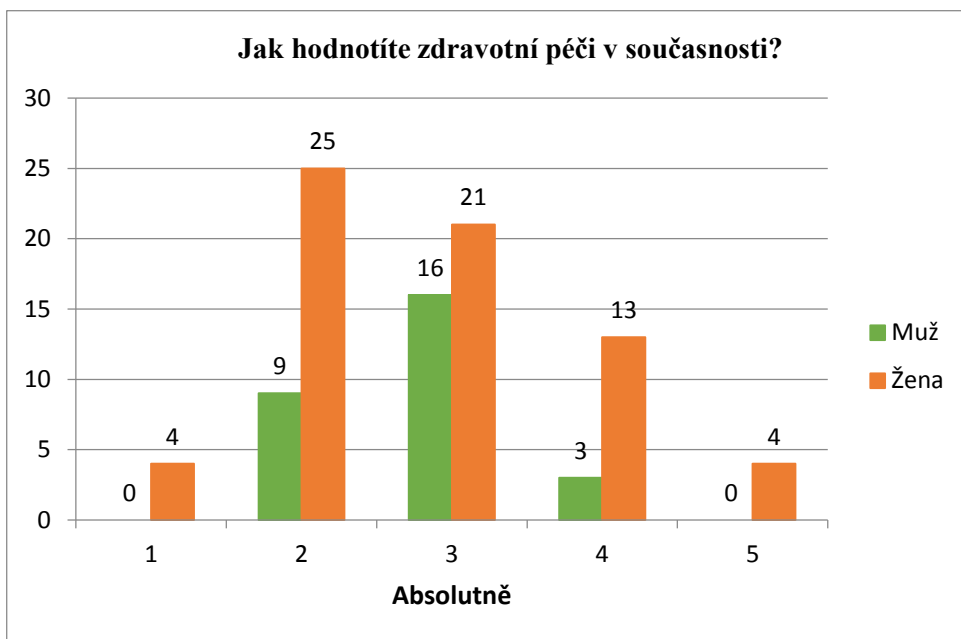
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 14: Jak byste ohodnotili zdravotní péči před rokem 1989? – relativně v %



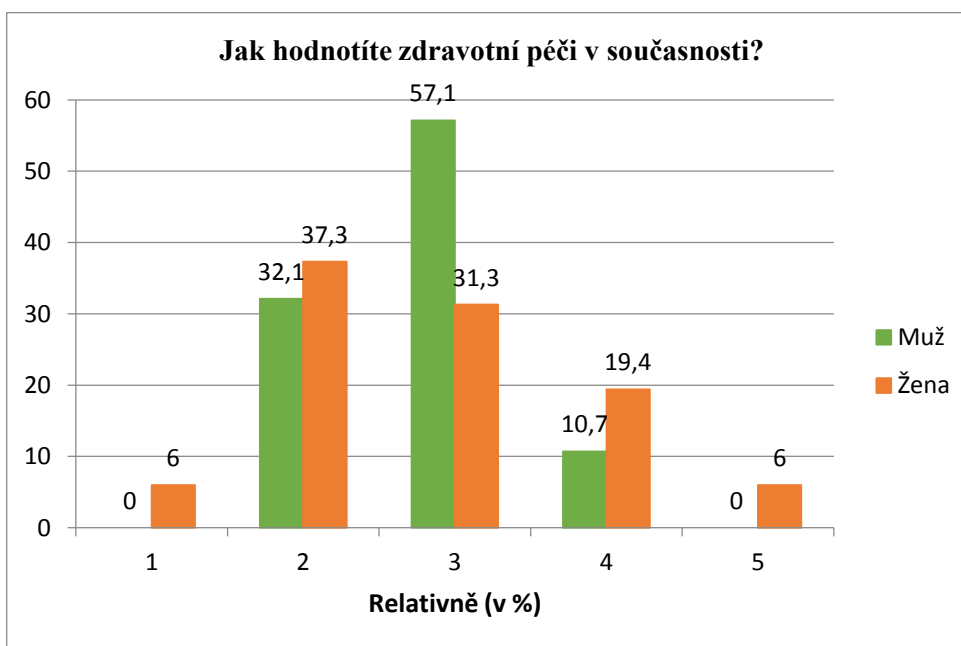
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 15: Jak hodnotíte zdravotní péči v současnosti? – absolutně



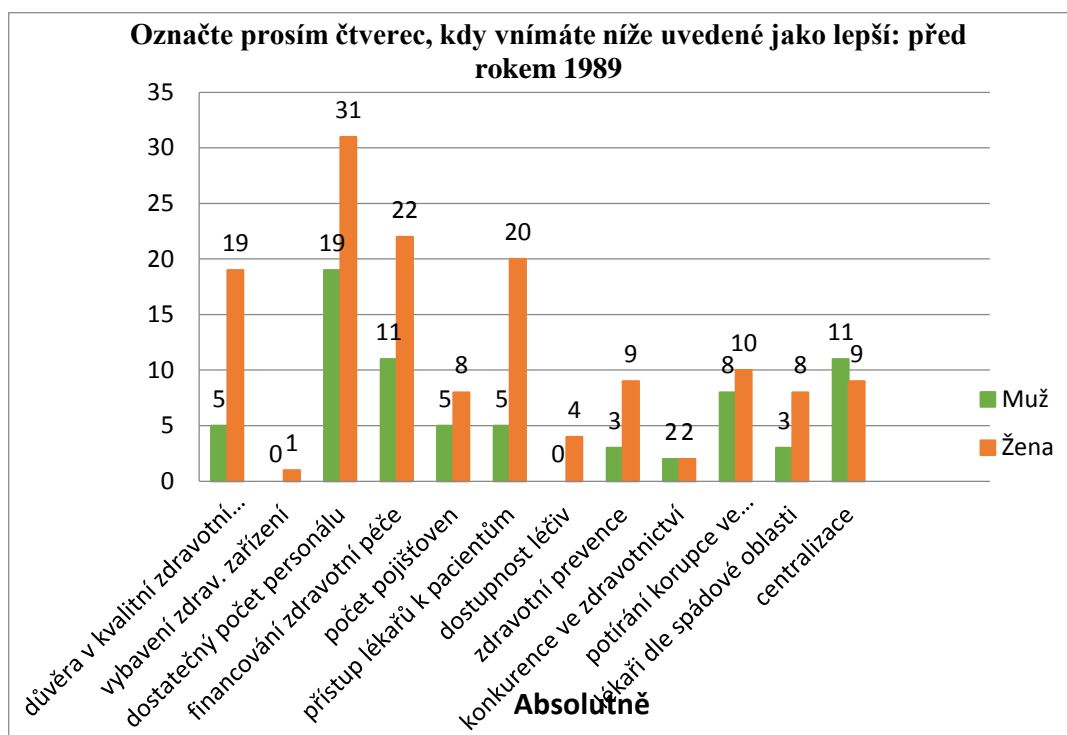
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 16: Jak hodnotíte zdravotní péči v současnosti? – relativně v %



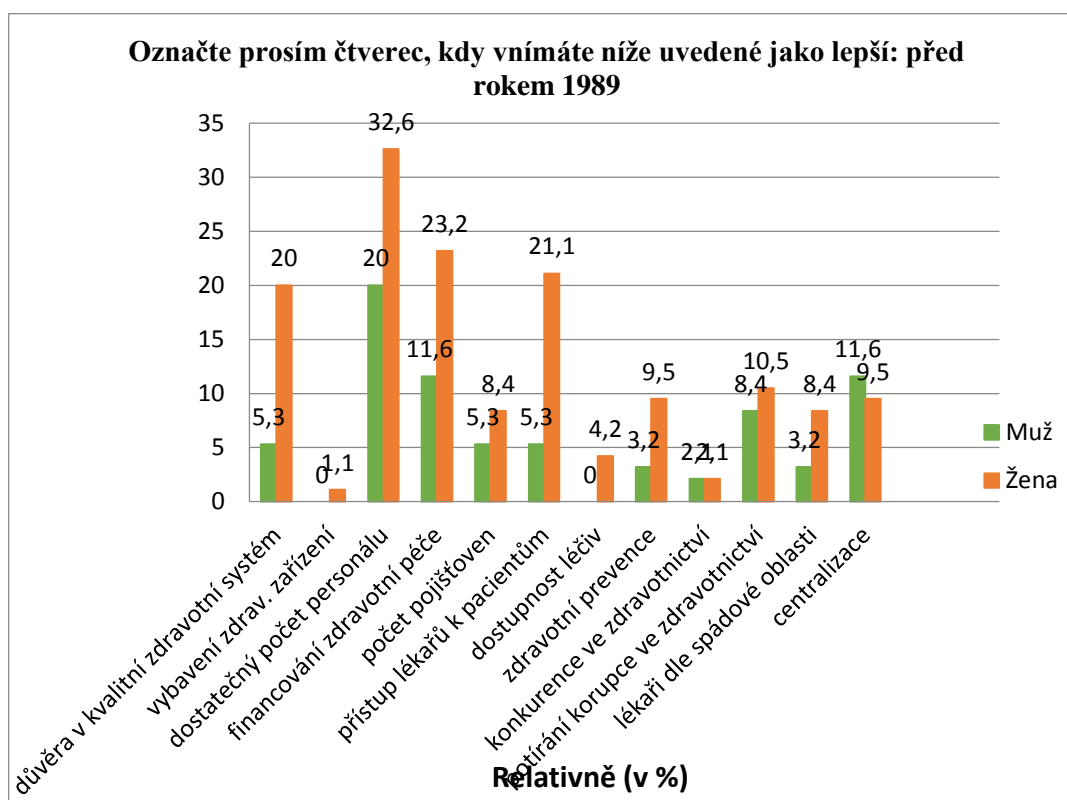
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 17: Označte prosím čtverec, kdy vnímáte níže uvedené jako lepší: absolutně



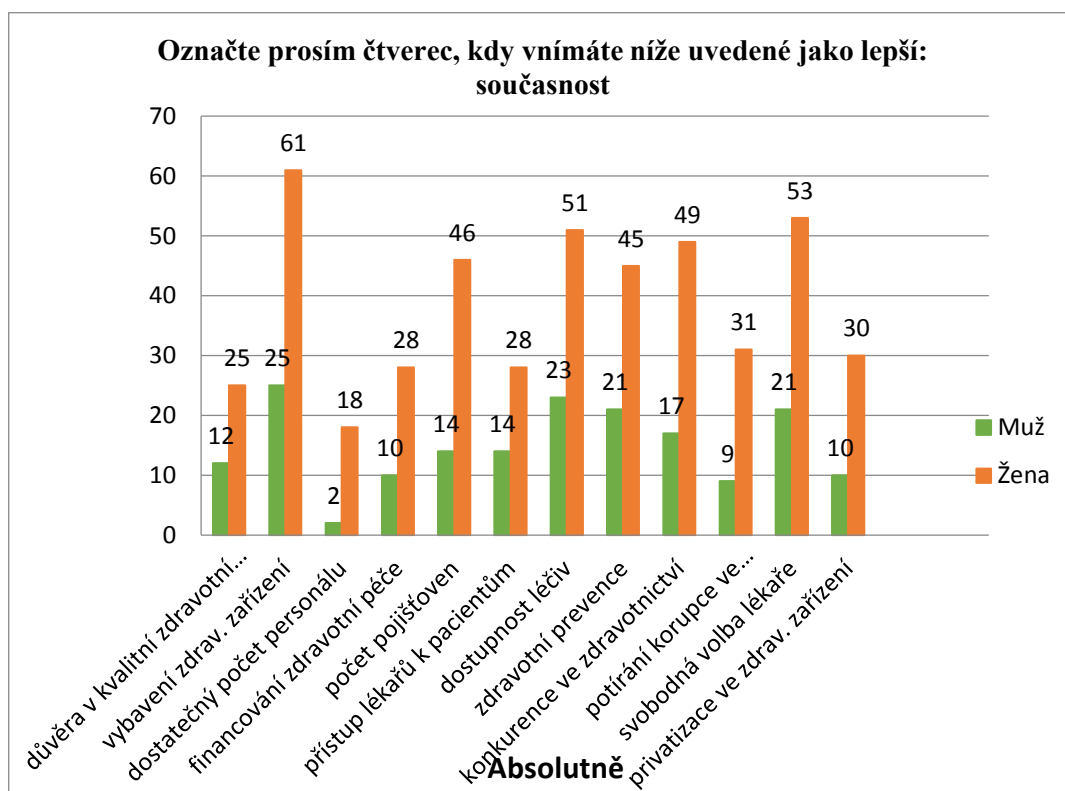
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 18: Označte prosím čtverec, kdy vnímáte níže uvedené jako lepší: relativně %



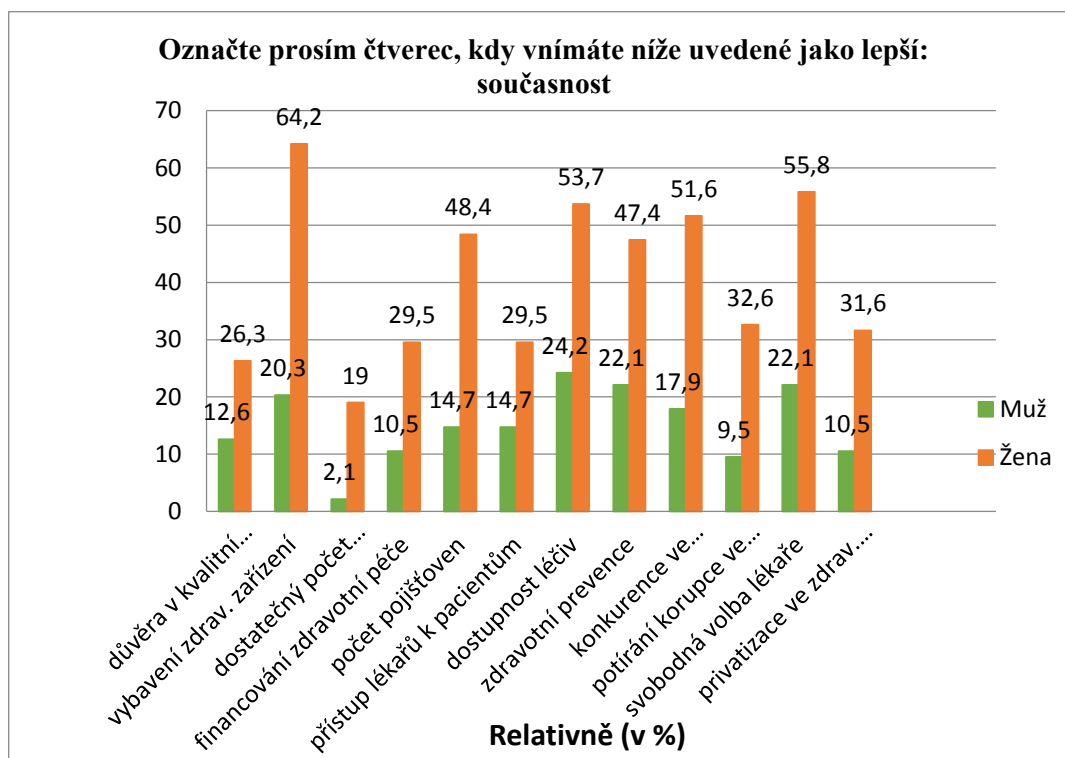
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 19: Označte prosím čtverec, kdy vnímáte níže uvedené jako lepší: absolutně



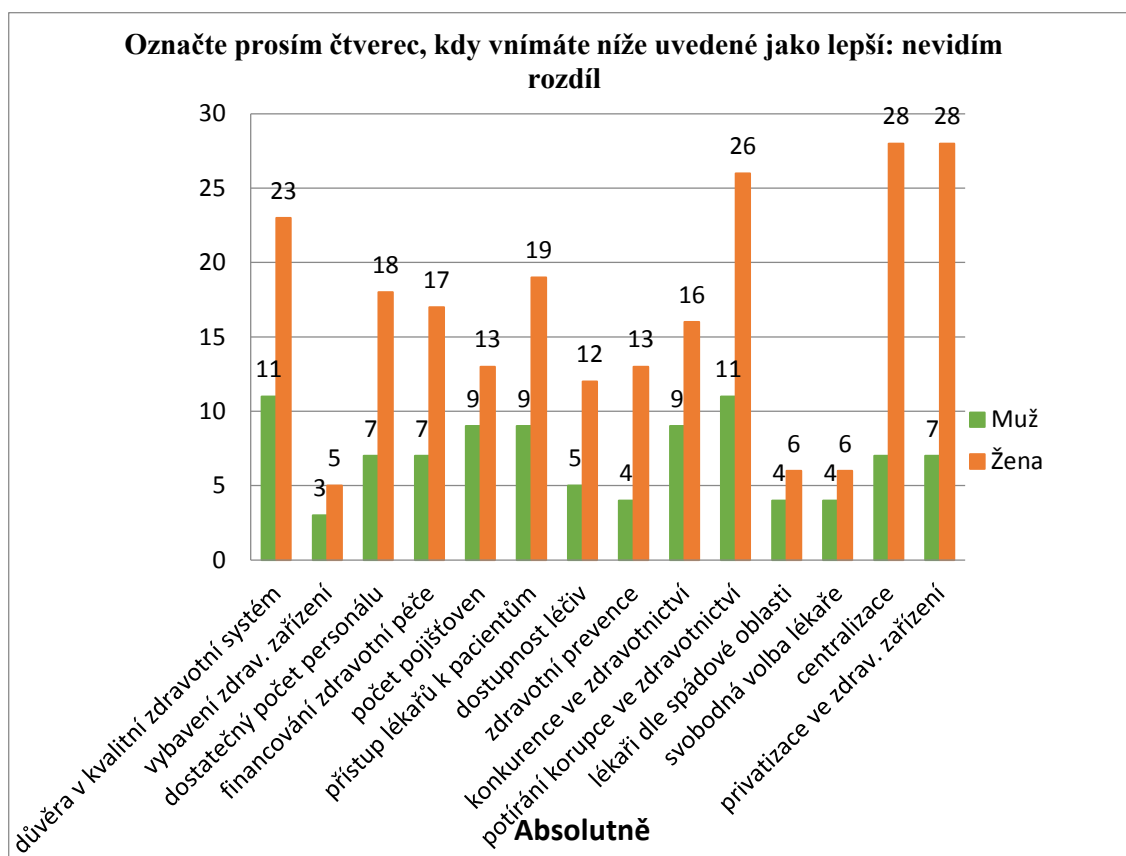
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 20: Označte prosím čtverec, kdy vnímáte níže uvedené jako lepší: relativně %



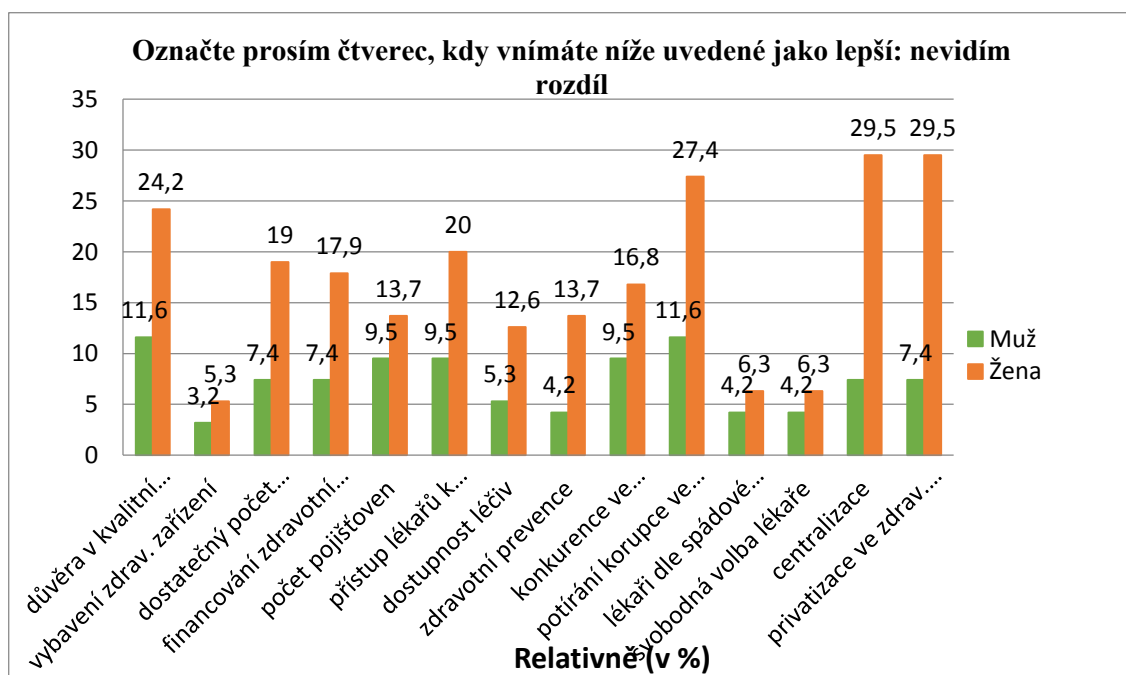
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 21: Označte prosím čtverec, kdy vnímáte níže uvedené jako lepší: absolutně



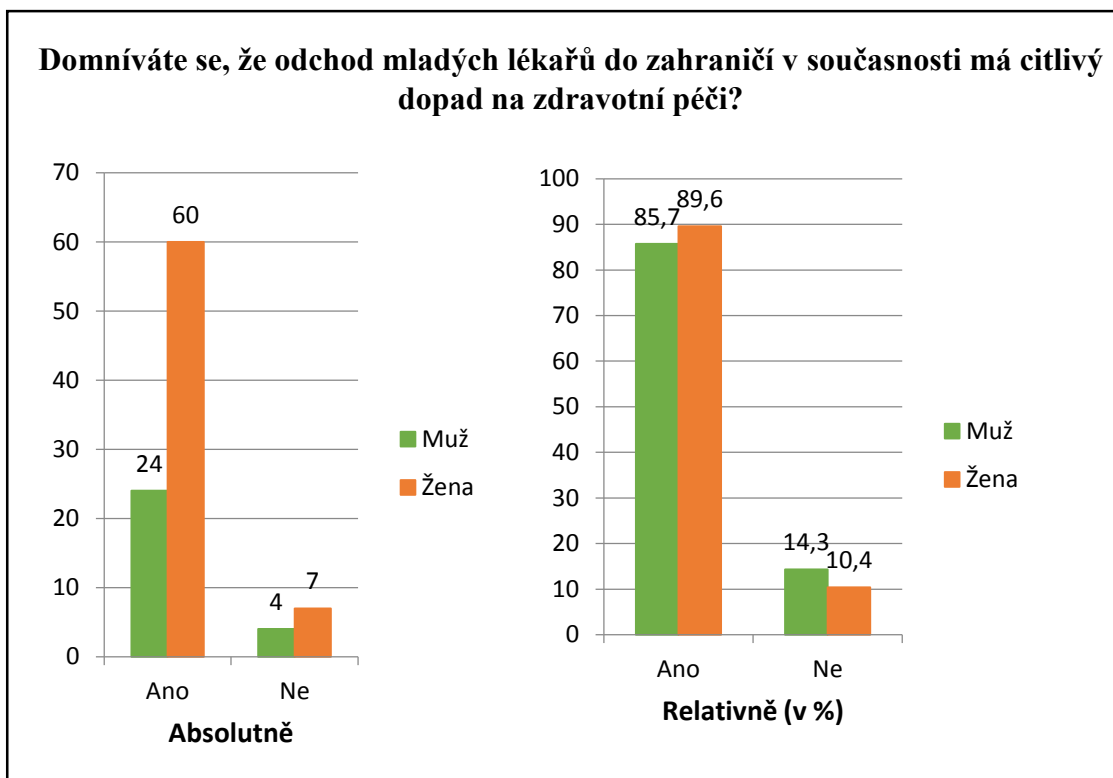
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 22: Označte prosím čtverec, kdy vnímáte níže uvedené jako lepší: relativně %



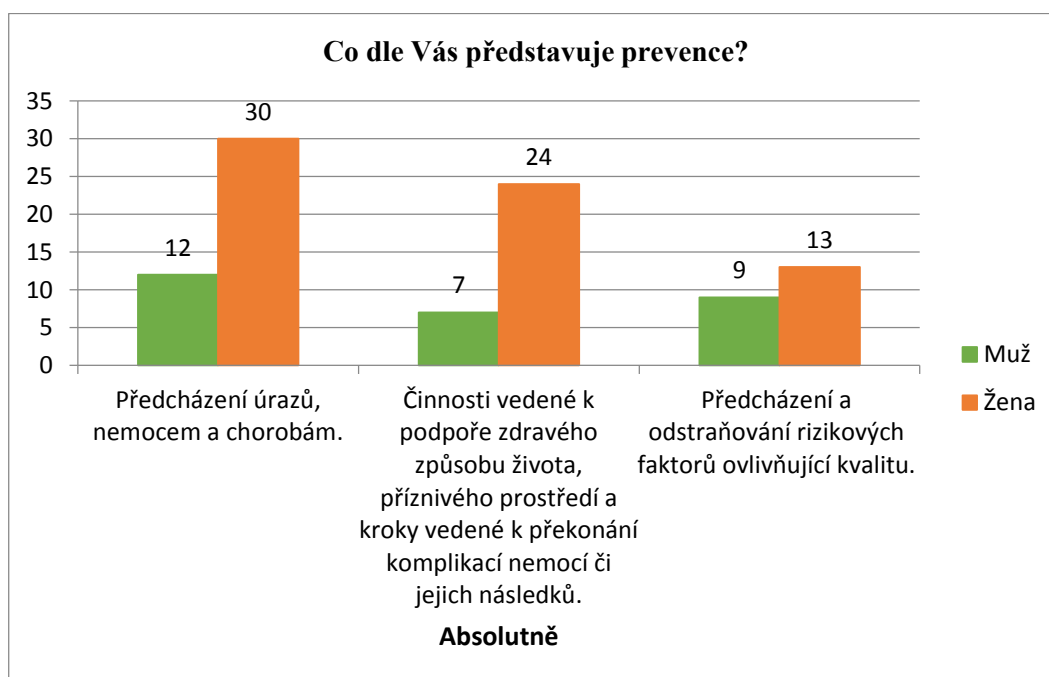
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 23: Domníváte se, že odchod mladých lékařů do zahraničí v současnosti má citlivý dopad na zdravotní péči?



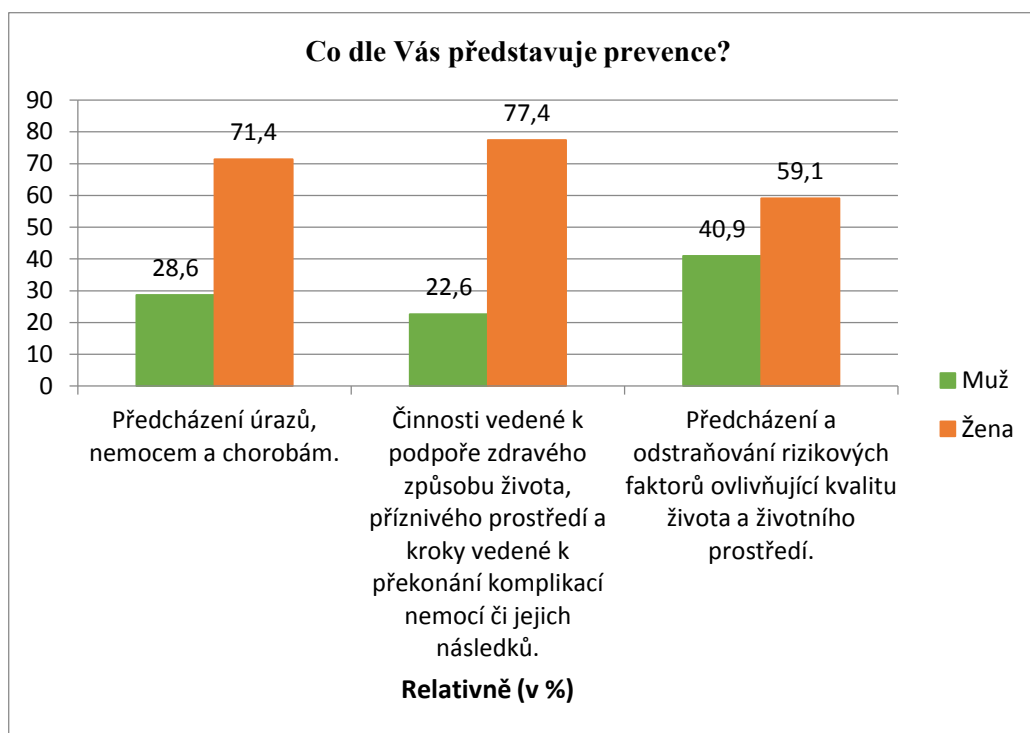
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 24: Co dle Vás představuje prevence? – absolutně



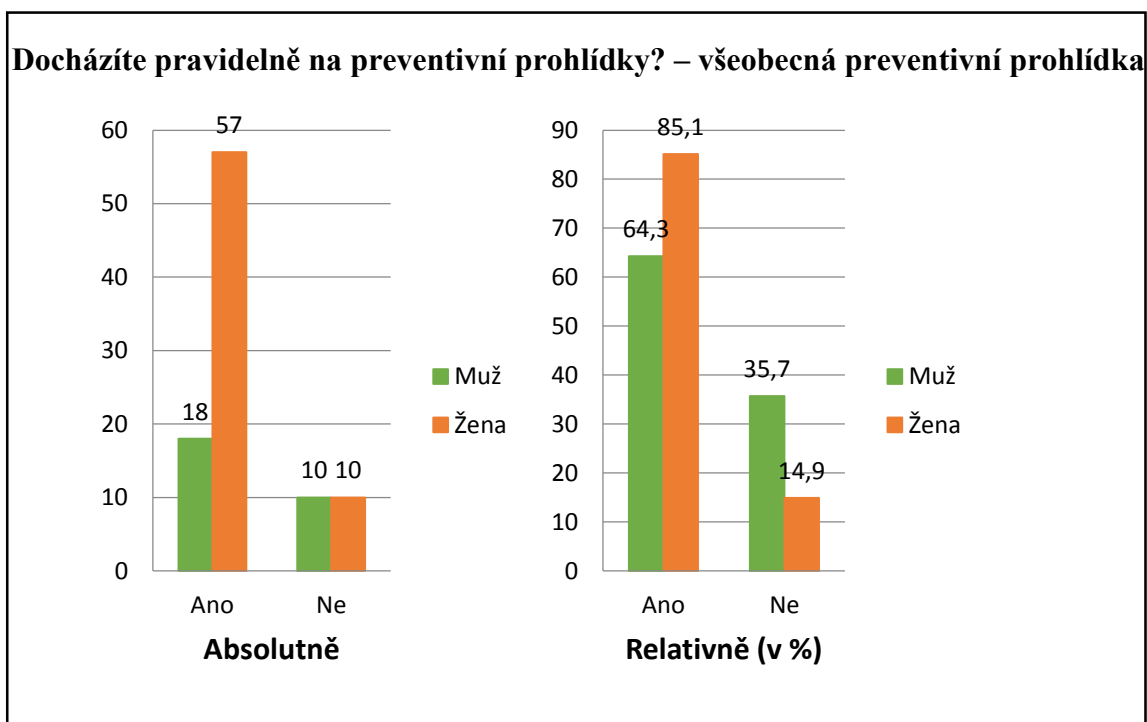
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 25: Co dle Vás představuje prevence? – relativně v %



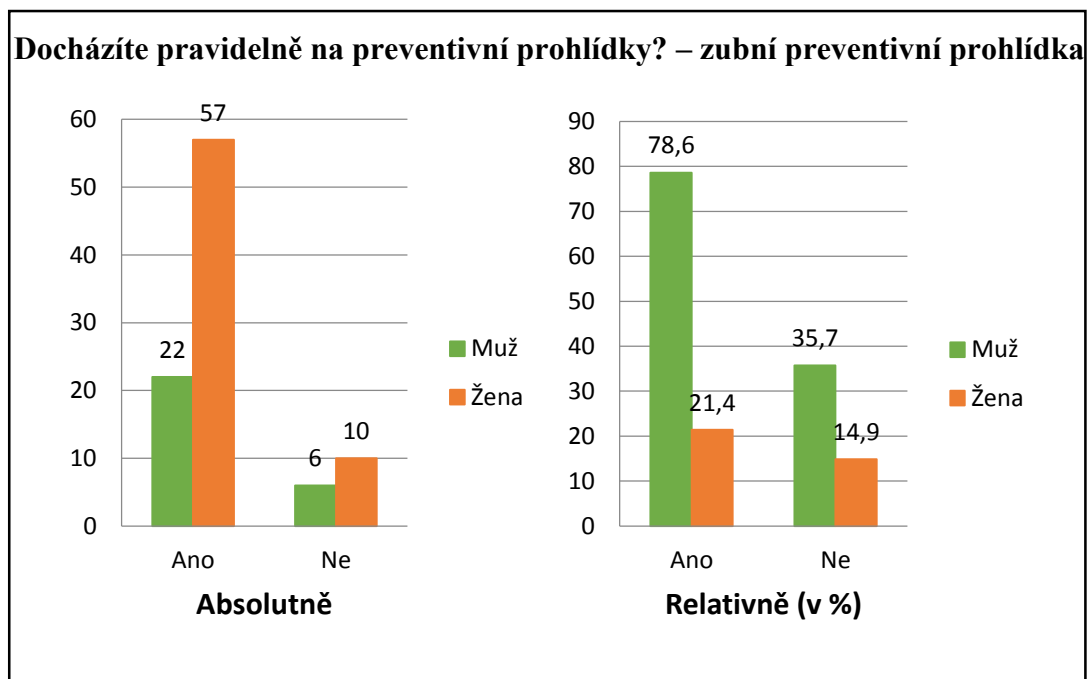
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 26: Docházíte pravidelně na preventivní prohlídky? – všeobecná preventivní prohlídka



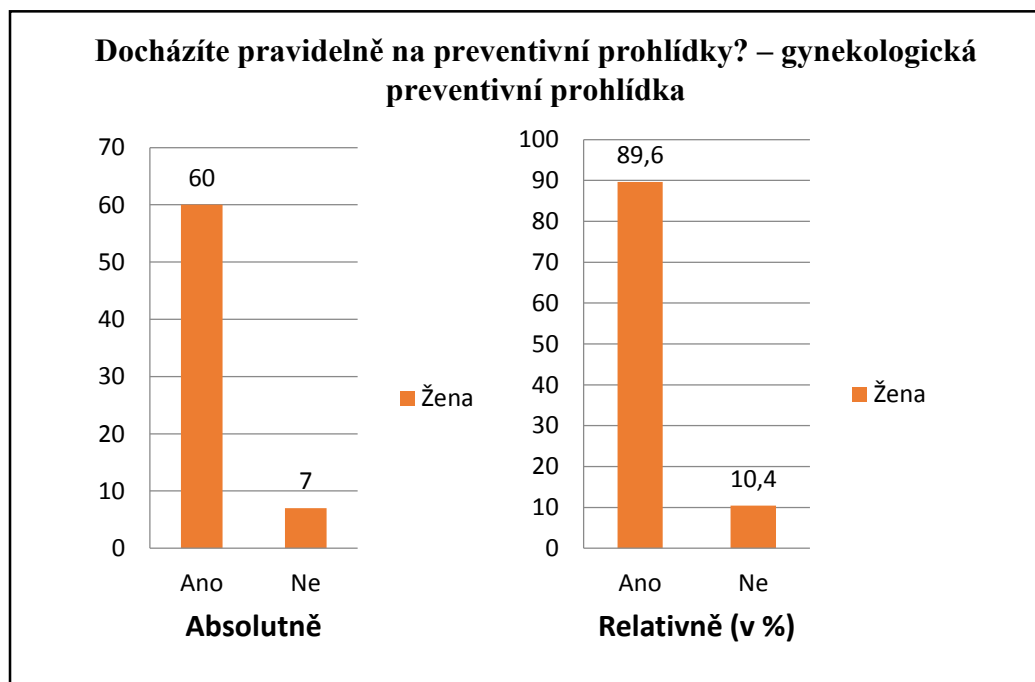
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 27: Docházíte pravidelně na preventivní prohlídky? – zubní preventivní prohlídka



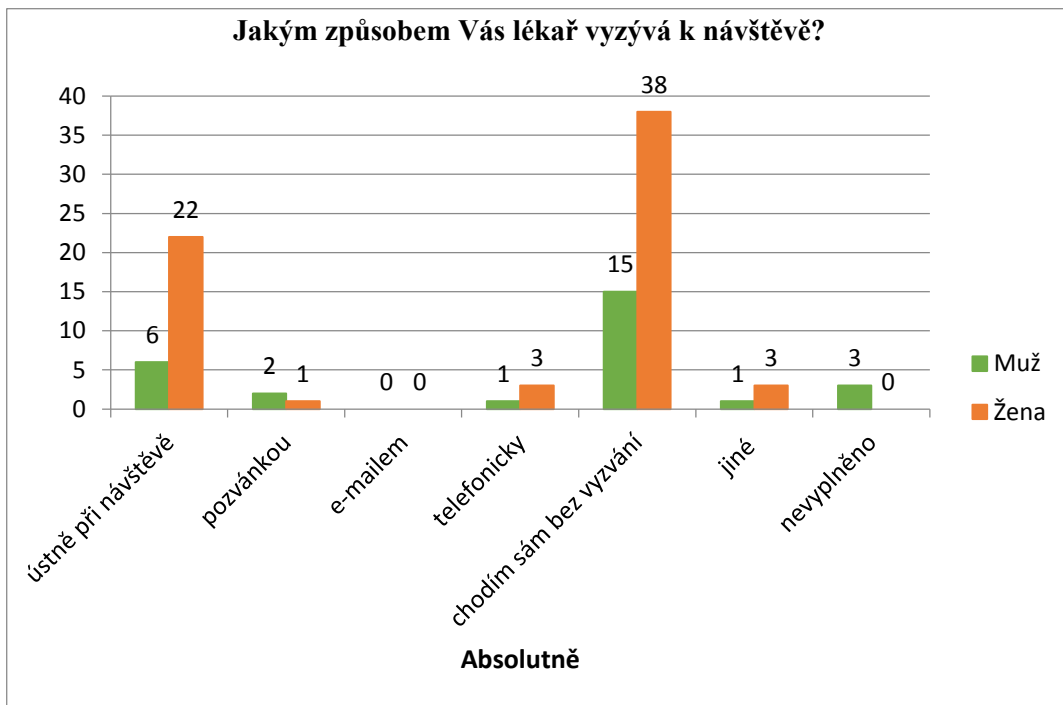
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 28: Docházíte pravidelně na preventivní prohlídky? – gynekologická preventivní prohlídka



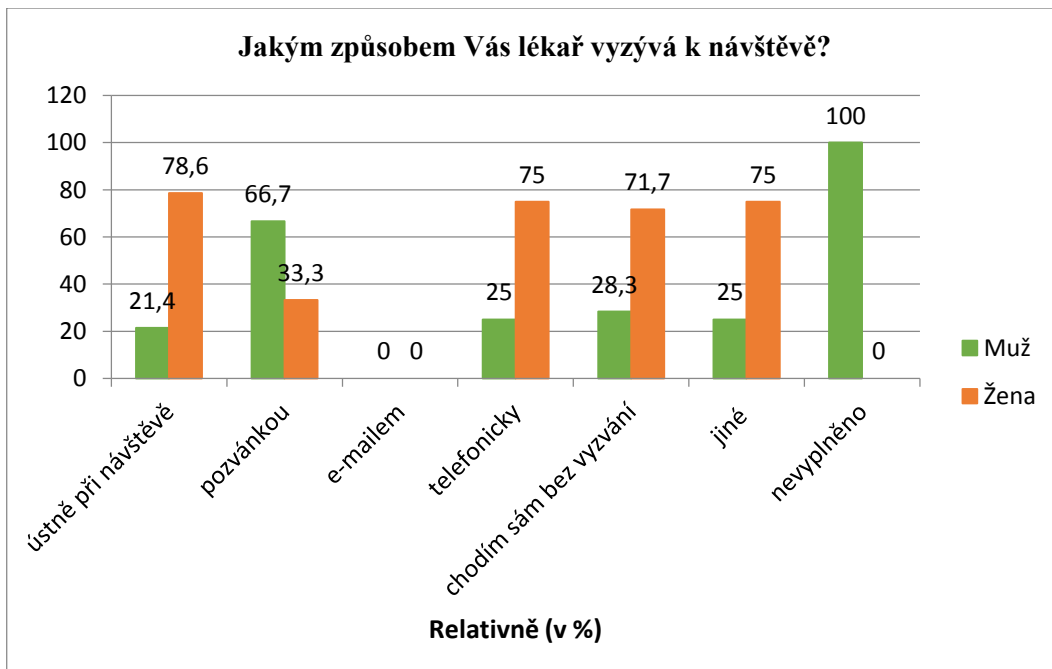
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 29: Jakým způsobem Vás lékař vyzývá k návštěvě? - absolutně



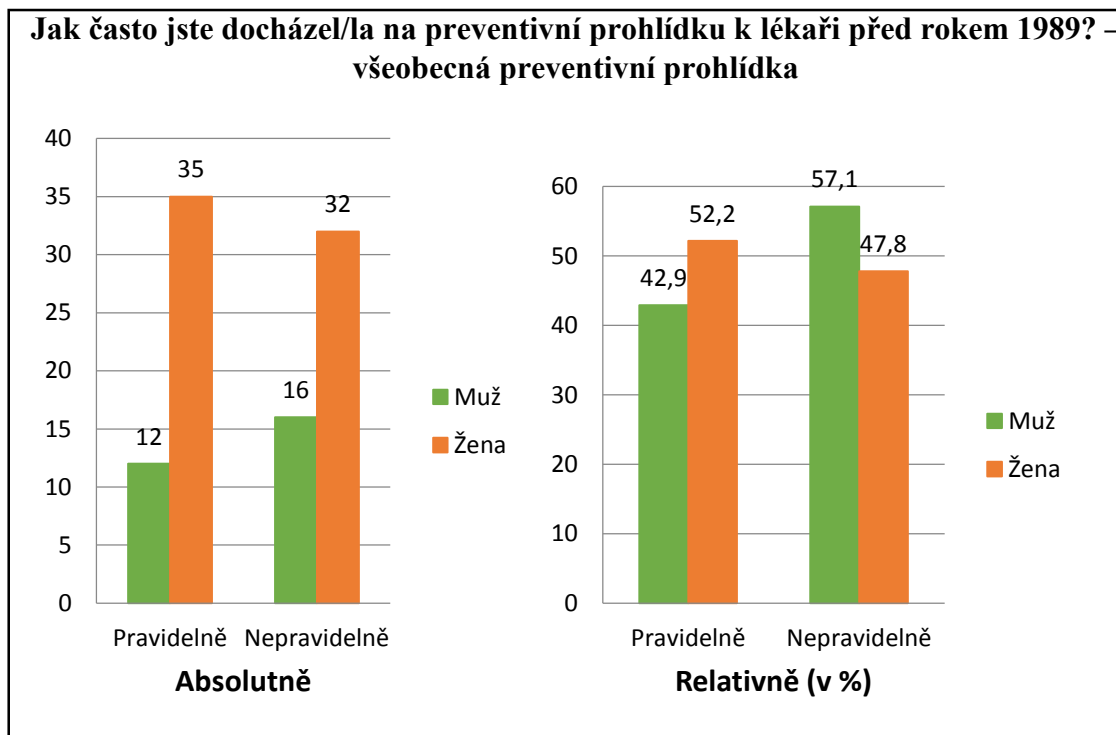
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 30: Jakým způsobem Vás lékař vyzývá k návštěvě? – relativně v %



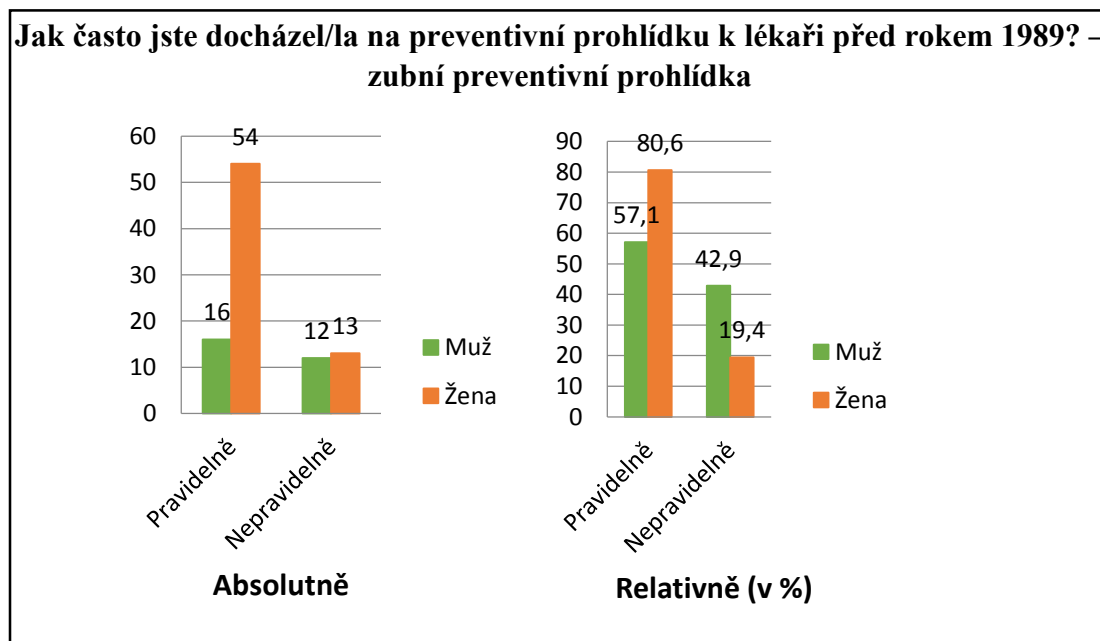
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 31: Jak často jste docházel/la na preventivní prohlídku k lékaři před rokem 1989? – všeobecná preventivní prohlídka



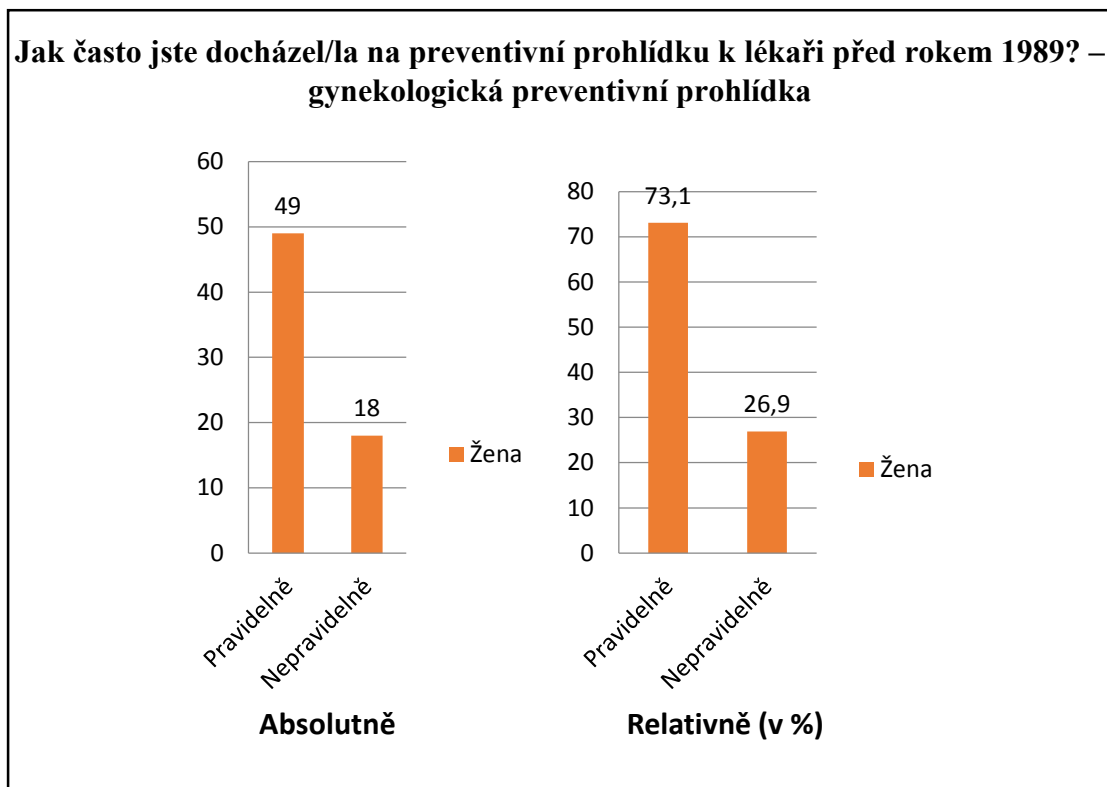
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 32: Jak často jste docházel/la na preventivní prohlídku k lékaři před rokem 1989? – zubní preventivní prohlídka



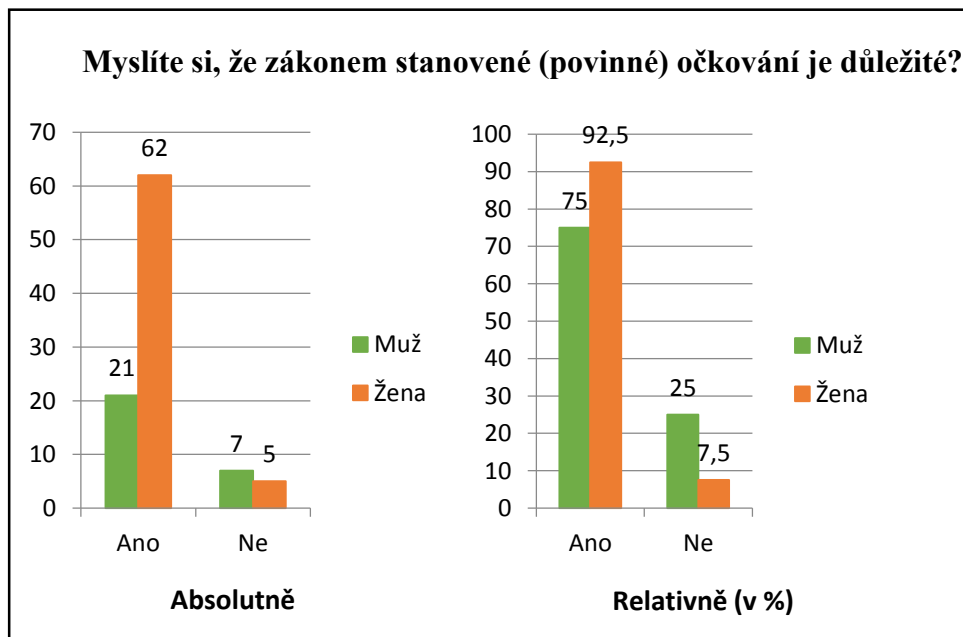
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 33: Jak často jste docházel/la na preventivní prohlídku k lékaři před rokem 1989? – gynekologická preventivní prohlídka



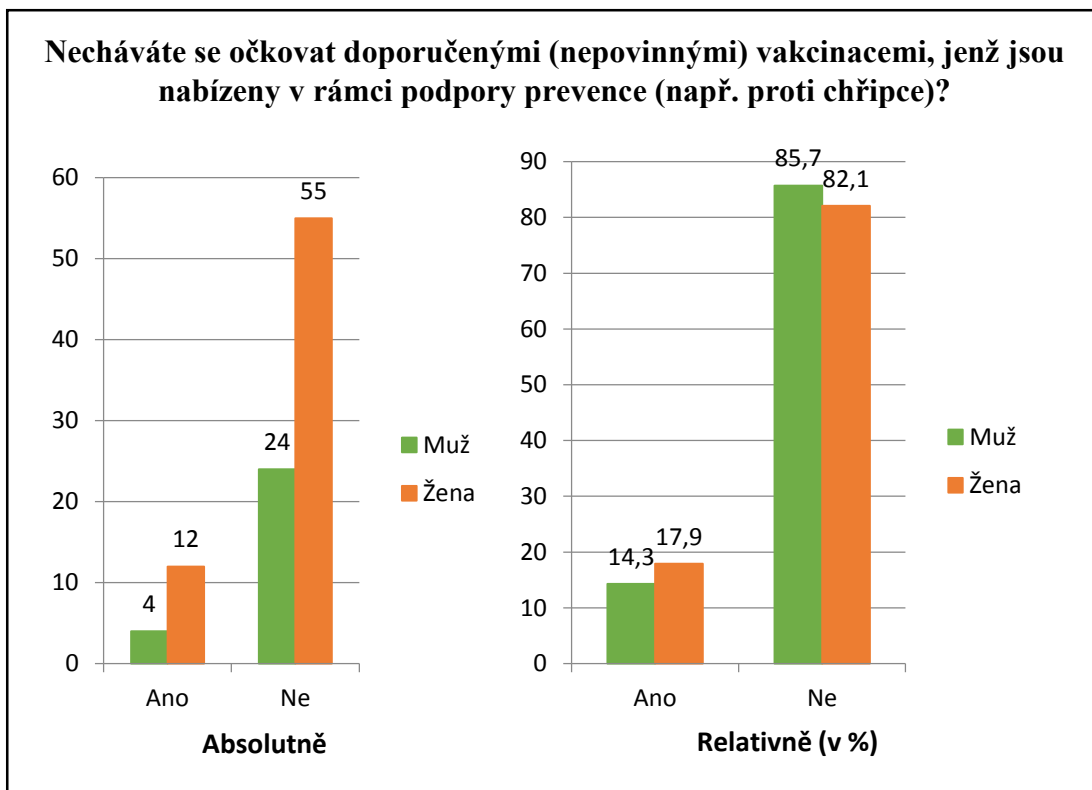
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 34: Myslíte si, že zákonem stanovené (povinné) očkování je důležité?



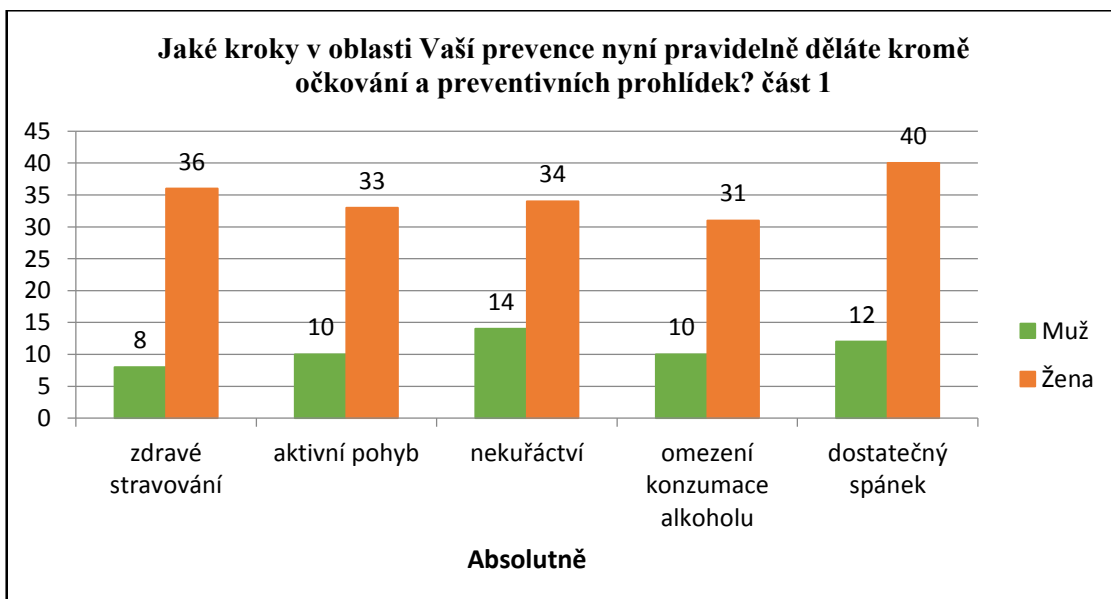
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 35: Necháváte se očkovat doporučenými (nepovinnými) vakcínami, jenž jsou nabízeny v rámci podpory prevence (např. proti chřipce)?



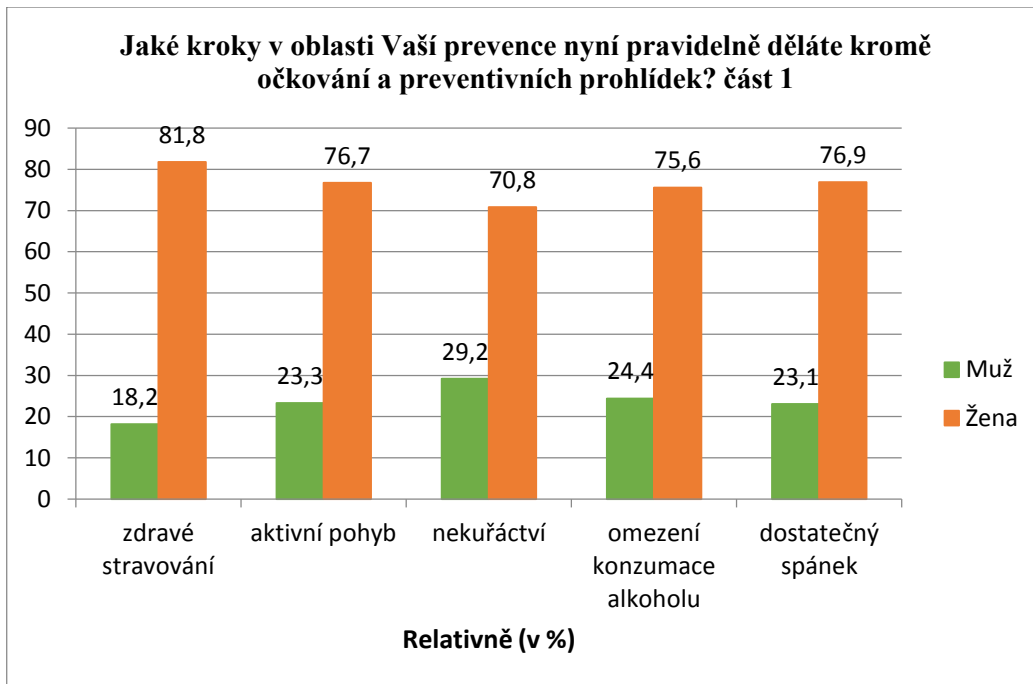
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 36: Jaké kroky v oblasti Vaší prevence nyní pravidelně děláte kromě očkování a preventivních prohlídek? část 1 - absolutně



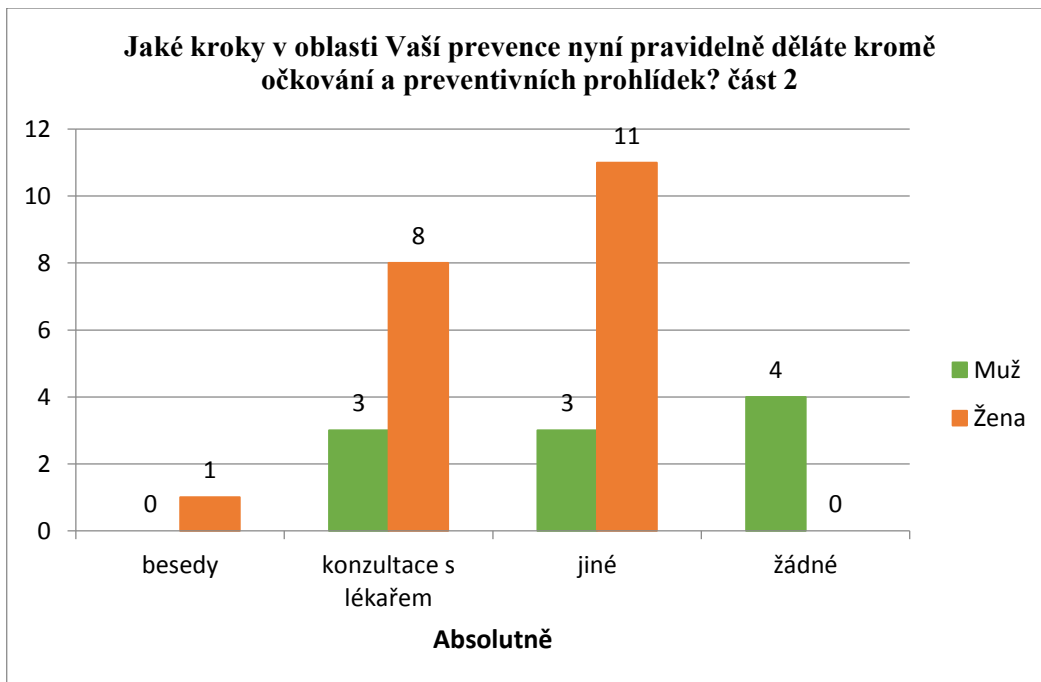
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 37: Jaké kroky v oblasti Vaší prevence nyní pravidelně děláte kromě očkování a preventivních prohlídek? část 1 – relativně v %



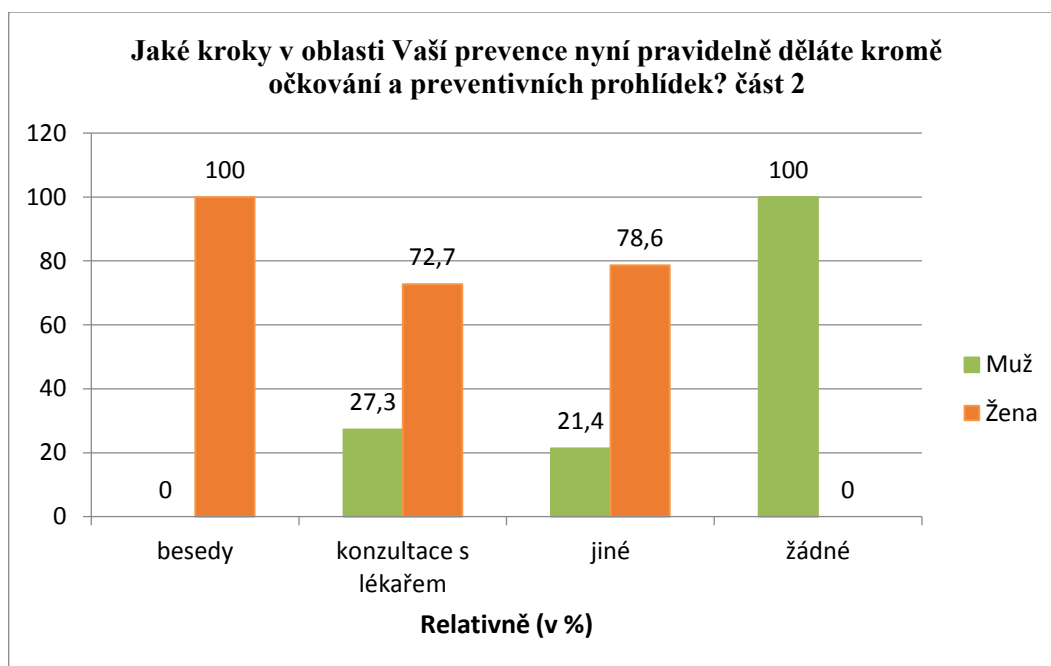
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 38: Jaké kroky v oblasti Vaší prevence nyní pravidelně děláte kromě očkování a preventivních prohlídek? část 2 – absolutně



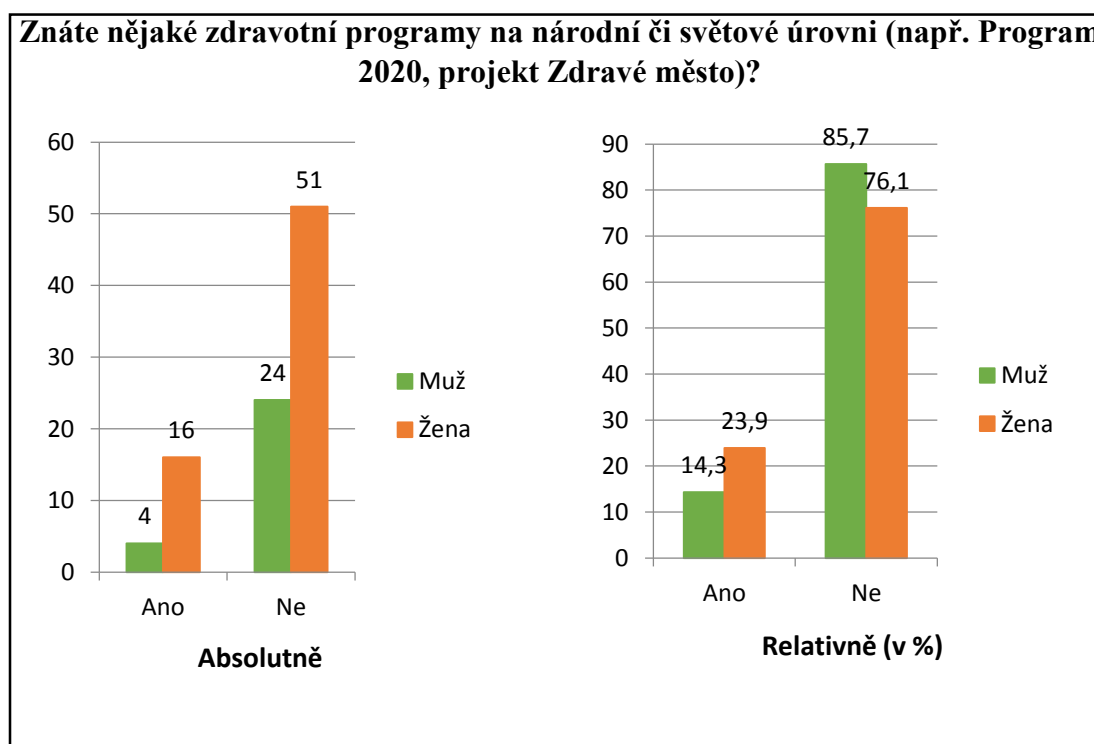
Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 39: Jaké kroky v oblasti Vaší prevence nyní pravidelně děláte kromě očkování a preventivních prohlídek? část 2 – relativně v %



Zdroj: vlastní výzkum

Obrázek č. 40: Znáte nějaké zdravotní programy na národní či světové úrovni (např. Program 2020, projekt Zdravé město)?



Zdroj: vlastní výzkum

Seznam zkratek

EKG	Elektrokardiogram
KÚNZ	Krajský úřad národního zdraví
LZPS	Listina základních práv a svobod
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocnosti
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
OSN	Organizace spojených národů
OÚNZ	Okresní ústav národního zdraví
TOKS	Test okultního krvácení do stolice
ÚZIS	Ústav zdravotních informací a statistiky
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	Světová zdravotnická organizace (také zkr. SZO)
Zdraví 21	Dlouhodobý program na zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva