

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**ZDRAVOTNÍ POLITIKA STÁTU A JEJÍ MEDIÁLNÍ OBRAZ**  
**( HEALTH POLICY A STATE AND ITS MEDIA IMAGE)**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Autor: Bc. Zuzana Šušová**

**Vedoucí práce: Mgr. František Kotrba**

**Datum odevzdání: 17. 8. 2009**

**Abstrakt:**

Zdravotní politika představuje souhrn politických aktivit, jež mají vliv na zdraví a kvalitu života lidí a společenských skupin. Zdravotní politika přesahuje činnost zdravotnických služeb a zahrnuje zamýšlené jednání veřejnosti, veřejných, soukromých i dobrovolných organizací a jedinců, které a kteří mají vliv na zdraví. Do těchto organizací patří například Světová zdravotnická organizace SZO (World Health Organisation WHO), která je jedním z největších a nejvýznamnějších specializovaných zařízení Organizace spojených národů. Zdravotní politika je zaměřena na osobní, environmentální a socioekonomické působení na zdraví a na složité a členěné poskytování zdravotní péče. Význam dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky -Zdraví pro všechny v 21. Století - tkví v tom, že představuje racionální, dobře strukturovaný model komplexní péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj, vypracovaný týmy předních světových odborníků z medicínských oborů a odborníků pro zdravotní politiku a ekonomiku. V České republice je program Zdraví 21 aplikován jako Národní akční plán zdraví a životního prostředí. Komunitní programy se orientovaly hlavně na zmapování terénu v ČR a na následnou prevenci, v níž se neustále pokračuje. Jednotlivé programy jsou Zdravé město, Škola podporující zdraví, Podnik podporující zdraví, Nemocnice podporující zdraví.

Média představují stále významnější podobu společenského, politického i kulturního života současných společností a podmínku ekonomické úspěšnosti řady odvětví. Jejich role informátora, nositele informace, toho kdo formuje názory a postoje veřejnosti, může být pro šíření a vysvětlování aspektů zdravotní politiky zcela klíčová.

**Summary:**

Health policy comprises a sum of political activities affecting quality of life and health of people and social groups. The health policy exceeds activities of health-service institutions and covers intended manners of the public, private, public and voluntary organisations and individuals who impact the health. Among them e.g. WHO, one of the biggest and most important specialised institutions of UN. The health policy concentrates on personal, environmental and socioeconomic impact on health and on complicated and complex providing of health care. The long-range strategy of health improvement of the population of the Czech Republic “Health for Everyone in the 21<sup>st</sup> Century” is a rational and well structured model of complex societal care of health and its development; created by teams of prominent world experts in health policy and economics. In the Czech Republic the Health 21 programme has been applied as the National Action Plan on Health and Environment. Community programmes focused mainly on mapping of the situation in the Czech Republic and consequent continuing prevention. The single programmes are Healthy Town, Healthy School, Healthy Company and Healthy Hospital.

Media represent both more and more important form of social, political and cultural life of present societies and condition of economic successfulness of many branches and their role of informant, vehicle of information and public opinion maker can be absolutely key element of propagation and explaining of health policy aspects.

**PROHLÁŠENÍ:**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: Zdravotní politika státu a její mediální obraz vypracovala samostatně a použila jsem jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích .....

Podpis: .....

**PODĚKOVÁNÍ:**

Velmi ráda bych poděkovala svému vedoucímu diplomové práce panu Mgr. Františkovi Kotrbovi za vedení diplomové práce a za poskytnutí odborných konzultací a množství praktických rad a připomínek k diplomové práci.

## OBSAH

|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| Úvod.....                                                          | 8  |
| 1. <b>Současný stav</b> .....                                      | 10 |
| 1.1 Zdravotní politika státu.....                                  | 10 |
| 1.1.1 Zdravotní politika, její úkoly a koncepce.....               | 10 |
| 1.1.2 Světová zdravotnická organizace.....                         | 14 |
| 1.1.3 Zdraví 21.....                                               | 17 |
| 1.1.4 NEHAP – Národní akční plán zdraví a životního prostředí..... | 22 |
| 1.1.5 Národní program zdraví.....                                  | 22 |
| 1.1.6 Agenda 21.....                                               | 24 |
| 1.1.7 Ukazatele zdravotní péče.....                                | 25 |
| 1.1.8 Důležité hodnoty Zdraví 21.....                              | 26 |
| 1.1.9 Komunitní programy.....                                      | 26 |
| 1.2 Systém zdravotní péče.....                                     | 34 |
| 1.2.1 České zdravotnictví a jeho úroveň.....                       | 34 |
| 1.2.2 Princip fungování zdravotnictví .....                        | 35 |
| 1.2.3 Financování zdravotnictví .....                              | 37 |
| 1.2.4 Veřejné zdravotní pojištění .....                            | 38 |
| 1.2.5 Lékárenská péče .....                                        | 40 |
| 1.3 Média .....                                                    | 41 |
| 1.3.1 Média a jejich přehled .....                                 | 41 |
| 1.3.2 Orgány pověřené kontrolou publikovaného obsahu .....         | 43 |
| 1.3.3 Média v České republice .....                                | 43 |
| 1.3.4 Způsoby studia médií .....                                   | 48 |
| 2. <b>Cíle práce a hypotézy</b> .....                              | 50 |
| 3. <b>Metodika</b> .....                                           | 51 |
| 3.1 Způsob řešení.....                                             | 51 |
| 3.2 Charakteristika souboru .....                                  | 52 |

|                                   |           |
|-----------------------------------|-----------|
| <b>4. Výzkum.....</b>             | <b>53</b> |
| 4.1 Cíl č. 1.....                 | 53        |
| 4.2 Cíl č. 2 .....                | 60        |
| 4.3 Cíl č. 3 .....                | 65        |
| 4.4 Hypotéza č. 1 .....           | 67        |
| 4.5 Hypotéza č. 2 .....           | 68        |
| 4.6 Hypotéza č. 3 .....           | 70        |
| <b>5. Diskuze.....</b>            | <b>82</b> |
| <b>6. Závěr.....</b>              | <b>90</b> |
| <b>7. Použitá literatura.....</b> | <b>93</b> |
| <b>8. Klíčová slova.....</b>      | <b>98</b> |
| <b>9. Přílohy.....</b>            | <b>99</b> |

## Úvod

Téma své diplomové práce, tedy Zdravotní politika státu a její mediální obraz, jsem si vybrala pro svou aktuálnost a rozmanitost v možnostech jeho zpracování. Již od počátku studia na Zdravotně sociální fakultě jsem se o tuto tematiku zajímala.

Zdraví, zdravotní stav obyvatel a jeho podpora mě provází celé studium, proto tematika zdravotní politiky je neopomenutelná a v dnešní době zdravotnických reforem hodně diskutovaná. Bez ní by se nedala řešit většina problémů týkající se zdraví a jeho podpory. Zájem státu o zdraví svých obyvatel svědčí o vyspělosti a úrovni státu a naopak i zájem obyvatel o své zdraví svědčí o jejich vyspělosti.

Zdravotní politika tedy nespočívá jen v konkrétních profesních aktivitách odpovědných ministerstev, ale i v tom, jakým způsobem se podílejí na informovanosti a vytváření postojů veřejnosti. Je zde na místě iniciativa všech úrovní řízení i rodiny a jednotlivých občanů a jejich zájem o zdraví a jeho podporu. Proto zdravotní politika zasahuje do mnoha resortů a měla by být v povědomí i těch, jejichž zaměstnání či zaměření přímo se zdravotní politikou nesouvisí.

Diplomová práce je standardně rozdělena do několika kapitol, v nichž se zabývám zdravotní politikou obecně, jejím stavem současným a minulým, jejími úkoly a její koncepcí, faktory ovlivňující zdravotní politiku, Světovou zdravotní organizací a její strukturou, dále konkrétními programy zabývajícími se zdravotní politikou, např. program Zdraví 21, Národní akční plán zdraví a životního prostředí, Národní program zdraví, Agenda 21, komunitními programy, tedy Škola podporující zdraví, Zdravé město, Nemocnice podporující zdraví a Podnik podporující zdraví. V další části se zmiňuji o systému zdravotní péče a zdravotnictví v České republice, médiu ve spojitosti se zdravotní politikou, jejich funkcemi a mediální komunikací.

Výzkumná část diplomové práce se věnuje obsahové analýze tiskových médií celorepublikových a regionálních, analýze strategických dokumentů a jejich medializací. Dále jsem si vytýčila následující hypotézy: Komunikační strategie vlády v oblasti zdravotních reforem byla determinována stranickostí médií. Regionální média

hrají aktivní roli v prosazování zdravotní politiky v kraji. Implementace cílů strategického dokumentu Zdraví 21 do zdravotní politiky jihočeského regionu je úspěšná. Ověření těchto hypotéz je hlavní složkou mé diplomové práce.

## 1. SOUČASNÝ STAV

### 1.1 Zdravotní politika státu

#### *1.1.1 Zdravotní politika, její úkoly a koncepce*

Zdravotní politika jako vědní obor se zrodila až po druhé světové válce. Navzdory výrazně odlišným formám vlády a společenskému uspořádání, došlo téměř ve všech evropských zemích k obdobně výrazným zlepšením sociálních, ekonomických a environmentálních podmínek života lidí. Na těchto pozitivních změnách se velkou měrou podílelo několik činitelů, např. masová zaměstnanost a ekonomické zabezpečení rodin, poskytování základního bydlení na dobré úrovni, dostupné vzdělání, zajištění dostatečného množství výživných potravin, rozšíření hromadné dopravy, dostupnost komplexních zdravotnických služeb a rozvoj možností pro odpočinek a rekreaci **(13)**.

Zdravotní politika jednotlivých států vycházela z úsilí potlačovat hlavní příčiny nemoci a úmrtnosti a ze snahy dosáhnout ekonomické dostupnosti zdravotnické pomoci a péče pro různé skupiny obyvatelstva. A na těchto obecných základech byly vybudovány zdravotnické systémy. Konkrétní naplňování těchto principů bylo ztělesňováno až od počátku druhé poloviny minulého století zejména bojem proti tehdy převažujícím infekčním chorobám a dále rozvíjením různých pojišťovacích nebo národních modelů poskytované zdravotnické péče koncipovaných na principu solidarity. Tento vývoj byl v následujících desetiletích zásadně ovlivněn některými významnými okolnostmi. Především to bylo zrychlení vědeckého a technického rozvoje otevírající také samotné medicíně možnosti nejen zcela nových pohledů, ale i zásahů do nesmírně složitých oblastí a vztahů zdraví a nemoci člověka. Tyto skutečnosti a okolnosti vyžadují nové přístupy k tvorbě zdravotní politiky **(6)**.

Významnou součástí zdravotní politiky je prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví, až v posledních stoletích díky značnému pokroku v poznávání příčin chorob začala prevence přinášet vynikající úspěchy. Nejprve v potlačování infekčních chorob a poruch z nedostatečné výživy, poté u mnoha chronických neinfekčních nemocí **(21)**.

Určité zárodky zdravotní politiky nalezneme již v sanitárních opatřeních z období středověku. Objevy týkající se příčin vzniku přenosných nemocí a snaha o jejich prevenci taktéž podněcovala aktivity řady lékařů i politiků v oblasti takzvaného veřejného zdraví. Na základě zákona č. 68 z roku 1887 O veřejné zdravotní službě v bývalém Rakousku-Uhersku a v návaznosti na tzv. zdravotní policii vznikla i v českých zemích bývalého Rakouska-Uherska uspořádaná síť institucí v čele s úředními lékaři, jež zabezpečovala, sledovala a kontrolovala stanovená hygienická, protiepidemická a preventivní opatření, a v roce 1888 byl zaveden systém nemocenského (zdravotního) pojištění. Do druhé světové války neexistovala v žádné jiné evropské zemi ucelenější koncepce zdravotní politiky a zdravotnického systému. Jako výjimku lze zmínit jen bývalý Sovětský svaz, ve kterém byl ve dvacátých letech zaveden státní systém zdravotnictví podle návrhu tehdejšího ministra zdravotnictví. Po druhé světové válce bylo třeba v evropských státech značně zlepšit zdravotní stav. Od šedesátých let docházelo k širokému rozmachu nových medicínských technologií, k prohloubení zdravotní péče, k výraznému růstu výdajů na zdravotnictví a také ke vzniku nových zdravotních problémů souvisejících s prudkým nárůstem kardiovaskulárních nemocí a rozšířením AIDS. Zdravotní péče a zdravotnictví se tak postupně stávaly závažným politickým problémem s vysokou prioritou. Se zajištěním adekvátní péče se musí vyrovnat jednotlivé státy, ale i nadnárodní orgány, a řada problémů se musí řešit v mezinárodním měřítku. Koordinátorem hlavních činností se stala především Světová zdravotnická organizace jako jedna ze specializovaných organizací OSN **(10)**.

Zdravotní politika představuje souhrn politických aktivit, jež mají vliv na zdraví a kvalitu života lidí a společenských skupin. Obsahuje směry činnosti, jenž působí na řadu institucí, podpůrných zařízení a služeb a na způsoby úhrady systému zdravotní péče. Zdravotní politika přesahuje činnost zdravotnických služeb a zahrnuje zamýšlené jednání veřejnosti, veřejných, soukromých i dobrovolných organizací a jedinců, kteří mají vliv na zdraví. Zdravotní politika je zaměřena na osobní, environmentální a socioekonomické působení na zdraví a na složité a členěné poskytování zdravotní péče. Zdravotní politika jako vědní obor i cílevědomá praktická činnost se zrodila v podstatě

až po druhé světové válce v souvislosti s řešením těžké zdravotní situace ve většině evropských zemí. Její rozvoj souvisí také s rozvojem medicínských technologií a rychlým růstem výdajů na zdravotnictví ve většině ekonomicky vyspělých zemí světa **(11)**.

Zdravotní politika České republiky tvoří organizační, ekonomický a politický rámec aktivit, které směřují k ochraně, upevňování, rozvíjení a navrácení zdraví, k omezování negativních důsledků poruch zdraví, ke zdravému stylu života a ke kvalitě zdravotní péče **(17)**.

Stanovit jedinou definici zdravotní politiky je velmi obtížné, neboť její zvláštnosti jsou dány pojetím práva na zdraví jako určité hodnoty. Existují různá pojetí zdravotní politiky uváděná prostřednictvím různých zdravotnických mechanismů v kontextu vždy s danou hospodářskou a sociální politikou zemí. Důležitým prvkem této problematiky je prolínání práva na zdraví do mezinárodního práva, čímž dochází k určitým tendencím ve sbližování zdravotních politik v rámci širších mezinárodních hospodářských seskupení **(8)**.

Zdravotní politika je přístup oficiálních institucí, především vlády příslušného státu ke stanovení zdravotních cílů, dávání či nedávání priority zdravotnickým službám, ale i resortům mimo zdravotnické služby, které ovlivňují zdraví. Spočívá na řadě rozhodnutí, usnesení i činností při naplňování zdravotních potřeb a ovlivňování komponent, které ovlivňují zdraví jednotlivce nebo společnosti. Zdravotní péče, její organizace, a zdravotnictví jako celek se postupně staly závažným politickým problémem s vysokou prioritou. Se zajištěním adekvátní péče se musí vyrovnávat nejen zdravotnické politiky jednotlivých států, ale staly se problémem politiky světové. Koordinátorem hlavních činností v této oblasti se stala Světová zdravotnická organizace (WHO) jako jedna ze specializovaných organizací OSN **(43)**.

O zdravotní politice můžeme tvrdit, že je výrazem zájmu států na zdravotním stavu obyvatelstva. Východiskem pro zdravotní politiku je vždy existence určitým způsobem uspořádané konkrétní společnosti a její hospodářské a sociální politiky, kterou aplikuje v oblasti péče o zdraví. Zdravotní politika vychází vždy z konkrétních

hodnot a priorit. Hodnoty a morální teorie jsou tak jedním z východisek zdravotní politiky. Morální hodnoty velké části Evropy jsou tvořeny směsicí národních, náboženských a sociálních tradic, které přispívají k obecnému povědomí historické sounáležitosti. Zdraví je nutno chápat jako národní bohatství. Z toho vyplývá i úloha státu jako subjektu zdravotní politiky, která by měla spočívat ve vytváření takového prostředí, ve kterém se funkce zdraví prosazuje do každé lidské činnosti. Docílit tohoto ideálního stavu v současném kontroverzním světě znamená prosadit do soustavy kritérií hospodářské efektivity i kritériální funkci zdraví. Zdravotní politiku chápeme jako nepřetržitý proces ovlivňování fyzikálně-biologických a sociálních příčin chorob, zvyšování kvality života a prosazování čisté společenské rentability založené na poměrování společenských užiteků a nákladů **(8)**.

V rámci zdravotní politiky jsou identifikovány nejvýznamnější zdravotní problémy společnosti, jako je např. zdravotní stav obyvatelstva. Formulují se také cíle a postupy.

Faktory ovlivňující zdravotní politiku:

- Společenská kultura státu (etika, tradice, morálka, kultura, právo).
- Dosažení stupně ekonomiky (HDP, solidarita, veřejné výdaje).
- Vstup faktorů (veřejné mínění, masmédia, loby).
- Specifická politická a sociální situace.
- Specifická transformace dosavadní centrálně řízené ekonomiky na tržní.
- Změny v sociodemografickém vývoji naší společnosti.
- Rizikové faktory restrukturalizace a diferenciacie společnosti (nezaměstnanost, rozdíly životní úrovně, životní styl, pracovní vytížení).
- Migrační pohyb.
- Specifický charakter různých patogenních faktorů.
- Převaha bezprostředních politických zájmů nad zdravím obyvatelstva (riziko deformace hodnotového systému).

Zdravotní politika by měla spočívat na obecně platných celospolečenských předpokladech, což je demokratický model společnosti založený na humánní hodnotové bázi a umožňující participaci všech subjektů na péči o zdraví, a na prosperující tržní

ekonomice, jež napomáhá zachování ekologické rovnováhy a přírodního prostředí a ochraně a podpoře lidského zdraví. Zdravotní politika by dále měla reflektovat sociální, ekonomické a kulturní specifické rysy společnosti současné i minulé a reagovat na rizika, která reálně působí na zdravotní stav populace **(18)**.

Ačkoli je zlepšení zdraví základním cílem zdravotnických systémů, nejdůležitější determinanty zdravotního stavu populace leží mimo bezprostřední kompetence poskytovatelů zdravotní péče a tvůrců zdravotní politiky. Pozornost věnovaná kvalitě péče je relativně nový politický problém, inovace v této oblasti se jeví jako slibná a má naději na zlepšení výkonnosti ve vztahu k nákladům a poskytování zdravotní péče **(5)**.

### ***1.1.2 Světová zdravotnická organizace***

Světová zdravotnická organizace SZO (World Health Organisation WHO) je jedním z největších a nejvýznamnějších specializovaných zařízení Organizace spojených národů. Ústava Světové zdravotnické organizace vstoupila v platnost dne 7. dubna 1948, kdy byla ratifikována potřebným počtem 26 členských států OSN. K zakládajícím členům SZO patřilo i Československo, které Ústavu SZO ratifikovalo roku 1947. První zasedání SZO v Ženevě prohlásilo 7. duben za mezinárodní den zdraví. Činnost SZO jako jediné vládní mezinárodní zdravotnické organizace se řídí její ústavou, kterou přijalo první valné shromáždění Spojených národů v roce 1946. Podle této ústavy je cílem organizace dosažení co možno nejvyšší úrovně zdraví všemi národy světa. Klíčovou otázkou SZO je: „Dosažení nejvyšší úrovně zdraví je jedním ze základních práv každého člověka bez rozdílu ras, náboženství, politického přesvědčení a ekonomické nebo sociálního postavení.“ Předvídavost a modernost pojetí zmíněné ústavy vyplývá i z jednoznačné formulace, že vlády jednotlivých zemí jsou odpovědné za zdraví svého lidu, jehož může být dosaženo pouze zajištěním přiměřených zdravotních a sociálních opatření. Široké pojetí zdraví dává podklad k širší aktivitě SZO, které se neomezují jen na boj proti nemocem, ale participují i na řešení řady problémů sociálního charakteru (hlad, populační exploze, znehodnocování životního prostředí,

atd.). V ústavě SZO jsou hlavní činnosti SZO, směřující k dosažení vytčeného cíle, vymezeny takto:

- Řízení a koordinace mezinárodní zdravotnické spolupráce.
- Pomoc vládám na jejich žádost ke zlepšení zdravotnických služeb.
- Poskytování stálých služeb v otázkách, které zajímají všechny země (boj proti infekčním nemocem).
- Realizace mezinárodních výzkumných programů.
- Poskytování informací, rad a pomoci v oblasti péče o zdraví.

SZO není nadřazena zdravotnickým orgánům jednotlivých zemí a též nepřijímá odpovědnost za zdravotnické služby. Vedle těchto hlavních úkolů má SZO ještě řadu vedlejších úkolů, z nichž pro oblast zdravotně-sociální mají zvláštní význam úkoly a práce na Mezinárodní klasifikaci nemocí, úrazů a příčin smrti a řada aktivit SZO týkající se studia zdravotního uvědomění, zdravotní výchovy obyvatelstva a sociálních problémů světa **(43)**.

SZO je specializovanou organizací v rámci soustavy OSN. SZO však není podřízena OSN, má vlastní vedení, členství a rozpočet. SZO je řídicím a koordinačním orgánem pro mezinárodní spolupráci v péči o zdraví, má obdobné postavení v OSN jako Mezinárodní dětský fond (UNICEF), Mezinárodní organizace pro výchovu, vědu a kulturu (UNESCO) a další.

Struktura SZO a hlavní orgány:

SZO je řízena 192 členskými státy prostřednictvím Světového zdravotnického shromáždění. Světové zdravotnické shromáždění je nejvyšším orgánem SZO. Poprvé se sešlo v červnu 1948, od té doby se schází každoročně, obvykle v červnu v Ženevě. Hodnotí činnost za uplynulý rok a schvaluje program a rozpočet na další období. Dalším orgánem SZO je Výkonný výbor SZO, ten se schází dvakrát ročně a je tvořen 32 členy zvolenými na Světovém zdravotnickém shromáždění. Sekretariát SZO má sídlo v Ženevě, tvoří jej zaměstnanci SZO z jednotlivých zemí a v jeho čele stojí generální ředitel. SZO je decentralizována do šesti regionů, v jejichž čele stojí

regionální ředitelé, kteří řídí Regionální úřady a Regionální výbory. Jednotlivé regiony SZO jsou: Evropa, Amerika (Jižní, Střední, Severní), Afrika (mimo arabské země), Východní Středomoří, Jihovýchodní Asie a Západní Tichomoří. Sídlo Regionální úřadovny SZO pro Evropu se nachází v Kodani a zaměstnává přibližně 300 stálých pracovníků, každým rokem svolává přes 1000 expertů na porady a semináře z přibližně 400 spolupracujících výzkumných center. Člení se na oddělení, která se orientují na plnění stanovených cílů evropské zdravotní strategie. Ve většině zemí má SZO kancelář se svým zástupcem (styčným důstojníkem SZO), jenž pochází z dané země. SZO se soustředí zejména na těchto šest základních funkcí:

- Formulování a obhajobu věrohodné, eticky a vědecky podložené zdravotní politiky.
- Zpracování informací, jejich srovnání, hodnocení testů a rozvoj výzkumu v této oblasti.
- Organizační podpora změn s cílem rozvíjet spolupráci a posílit možnosti řešení zdravotních problémů.
- Rozvoj partnerství na národní i mezinárodní (globální) úrovni.
- Stanovování, ověřování, monitorování a zavádění norem a standardů.
- Podpora a rozvoj nových technologií, nástrojů a doporučení (směrnic) pro zvládnutí nemocí, snížení rizika, řízení péče o zdraví a poskytování zdravotnických služeb.

SZO každoročně připomíná čtyři Světové dny:

1. 24. březen – Světový den proti tuberkulóze (World TB Day).
2. 7. duben - Světový den zdraví s každoročně vyhlašovaným tématem .
3. 31. květen – Světový den boje proti kouření.
4. 1. prosinec – Světový den boje proti AIDS.

SZO organizuje nepravidelná shromáždění a konference, na kterých jsou definovány hlavní priority zaměření celosvětové zdravotní politiky a vyhlašovány strategické zdravotní programy. K nejdůležitějšímu setkání odborníků patřila společná mezinárodní konference Světové zdravotnické organizace a dětského fondu Organizace

spojených národů UNICEF v Alma-Atě (1978), kde byla přijata deklarace Základní zdravotní péče jako klíče k dosažení cíle pozdějšího programu Zdraví pro všechny v roce 2000. Na této konferenci bylo definováno nové pojetí zdravotní péče – primární zdravotní péče s cílem rozvinout základní zdravotní péči jako součást péče o zdraví ve spojení s dalšími resorty (27, 53).

### **1.1.3 Zdraví 21**

Program zdraví 21 představuje osnovu pro přípravu, realizaci i hodnocení zdravotní politiky. Tento program bývá často nazýván programem Světové zdravotnické organizace (SZO), nejde ve skutečnosti o její vlastní představu, ale o výraz zájmu o zdraví vyjadřovaný jednotlivými členskými zeměmi. SZO takový zájem i odpovědnost všestranně podporuje a snaží se v mezinárodním měřítku rozvíjet komunikaci o zdraví a usnadňovat pochopení i řešení zdravotních problémů. Hlavním smyslem programu je zlepšit zdraví lidí a zvýšit jeho úroveň.

Na 51. světovém zdravotnickém shromáždění v květnu 1998 se členské státy Světové zdravotnické organizace usnesly na deklaraci, která formulovala základní politické principy péče o zdraví v jeho nejširších společenských souvislostech. Zdraví je v deklaraci, obdobně jako v české ústavě, stanoveno jedním ze základních lidských práv a jeho zlepšování je hlavním cílem sociálního a hospodářského vývoje. Uskutečňování této zásady vyžaduje spravedlnost a solidaritu, všeobecný přístup ke zdravotním službám založeným na současných vědeckých poznatcích, dobré kvalitě a udržitelnosti pozitivního rozvoje. Deklarace byla přijata, aby zdůraznila a podpořila program Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny ve 21. století. Jeho hlavními cíli je ochrana a rozvoj zdraví lidí po jejich celý život a snížení výskytu nemocí i úrazů a omezení strádání, které lidem přinášejí. K signatářům deklarace patřila také Česká republika, jejíž vláda nyní schvaluje národní rozpracování tohoto programu. Je si vědoma, že zdraví obyvatelstva patří mezi nejvýznamnější priority její činnosti a činnosti všech resortů. Význam dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky -Zdraví pro všechny v 21. století je v tom, že představuje racionální, dobře strukturovaný model komplexní péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj,

vypracovaný týmy předních světových odborníků z medicínských oborů a odborníků pro zdravotní politiku a ekonomiku. Pro členské státy Světové zdravotnické organizace je Zdraví 21 podnětem a návodem k vlastnímu řešení otázek péče o zdraví, k vlastním cestám, jak dosáhnout 21 cílů společného evropského programu k povznesení zdravotního stavu národů a regionu. Protože cíle vesměs nejsou stanoveny v absolutních ukazatelích, ale koncipovány jako zlepšení současných národních úrovní, jsou stejně náročné pro státy s různou výchozí úrovní zdraví obyvatelstva. Důležitým cílem Zdraví 21 je snížit rozdíly ve zdravotním stavu uvnitř států a mezi státy Evropy, protože jsou jedním z prvků sociálních nerovností a faktorem, který může ovlivňovat stabilitu národních společenství a v důsledcích i regionu. ČR z tohoto hlediska nepatří mezi země s kritickou úrovní zdravotního stavu obyvatelstva, není však bez problémů a přes znatelný pokrok dosud nedosáhla parametrů zdraví v nejvyspělejších demokratických průmyslových státech. Nadto má úroveň zdraví výraznou časovou dynamiku a teoretická i reálná hladina zdraví jednotlivce a populace se v prosperujících společnostech stále posunuje výš.

Velký význam přikládá Zdraví 21 účasti všech složek společnosti na zlepšování národního zdraví a společné odpovědnosti všech resortů. Zdraví jako konkrétní důvod spolupráce resortů není stejně jako kritéria pro politické rozhodování běžnou praxí činnosti ministerstev. Jde o zdravotní dopady zásadních rozhodnutí v energetice, dopravě, legislativě, zemědělství, vzdělávání či v daňových otázkách. Je známo, že dopravní obslužnost významně ovlivňuje dostupnost zdravotní péče, že obsah a úroveň vzdělání silně determinují postoje ke zdraví a že důležitým předpokladem dobrého zdraví je sociální úroveň lidí. V některých zemích se používá hodnocení dopadu strategických rozhodnutí na zdraví. Dobrým příkladem meziresortní kooperace v ČR je Akční plán životního prostředí a zdraví. Je ho třeba dále rozvíjet a intenzivněji aplikovat na regionálních a místních úrovních **(50,53)**.

Novou variantu programu Zdraví pro všechny v 21. století přijala vláda dne 30. října 2002, nahradila tak program pod názvem Zdraví 21 schválený v září 1998. Ve srovnání s předchozí variantou programu z roku 1991 bylo do programu nově zařazeno celoživotní pojetí a byla zdůrazněna multisektorová zdravotní strategie. Počet

cílů byl zmenšen z 38 na 21 a větší důraz je kladen na solidaritu a ekvitu. Základním cílem programu je dosáhnout plného zdravotního potenciálu pro všechny. Na tento cíl navazují dva hlavní cíle, a to posilování a ochrana zdraví lidí během jejich celého života, snížení výskytu hlavních nemocí a omezení strádání, které lidem nemoci přinášejí.

Etický základ programu je tvořen třemi základními hodnotami:

1. Zdraví jako základní lidské právo.
2. Ekvita (spravedlnost) ve zdraví a solidarita při činnosti mezi jednotlivými zeměmi i mezi skupinami lidí uvnitř jednotlivých zemí, a to včetně žen a mužů.
3. Vlastní účast a odpovědnost jednotlivých osob, skupin, společenství, organizací a resortů v rozvoji zdraví.

Byly zvoleny čtyři základní postupy, jejichž smyslem je přispět k realizaci programu využitím vědeckých, ekonomických i politických podmínek:

1. Meziresortní strategie postihující determinanty zdraví beroucí v úvahu zdravotní, ekonomické, sociální, kulturní a další okolnosti a soustavně hodnotící zdravotní dopad přijatých opatření.
2. Příprava a realizace programů zaměřených na zdravotní výsledky a důsledné hodnocení investic do zdraví z hlediska jejich přínosu.
3. Integrovaná základní zdravotní péče zaměřená na rodinu a celé společenství podporována pružným a citlivým nemocničním systémem.
4. Participační zdravotní rozvoj, jehož prostřednictvím bude rozvíjena účast všech, kteří mohou ke zdraví lidí přispět.

Program Zdraví 21 byl připraven pro evropský region jako celek a je žádoucí, aby jej jednotlivé země upravily a konkretizovaly podle svých podmínek.

Stručný přehled jednadvaceti cílů postihuje především tyto oblasti:

1. Solidarita pro zdraví v evropském regionu – do roku 2020 by se měl současný rozdíl ve zdravotním stavu mezi členskými státy evropského regionu snížit alespoň o jednu třetinu.

2. Spravedlnost ve zdraví – do roku 2020 by se měly zdravotní rozdíly mezi socioekonomickými skupinami uvnitř jednotlivých členských zemí snížit nejméně o jednu čtvrtinu, a to podstatným zlepšením úrovně zdraví deprimovaných populačních skupin.
3. Zdravý životní start – do roku 2020 by ve všech členských zemích evropského regionu měly mít všechny narozené děti a děti předškolního věku lepší zdraví umožňující jim zdraví životní start.
4. Zdraví mladých lidí – do roku 2020 by měli mladí lidé evropského regionu být zdravější a schopnější plnit svoji roli ve společnosti.
5. Zdravé stárnutí – do roku 2020 by měli mít lidé nad 65 let příležitost se těšit plnému zdravotnímu potenciálu a hrát aktivní sociální roli.
6. Zlepšení duševního zdraví - do roku 2020 by se měla zlepšit psychosociální pohoda lidí a měly by se zlepšit komplexní služby, které by byly dostupné lidem s duševními problémy.
7. Snížení výskytu přenosných chorob - do roku 2020 by měly být podstatně sníženy nežádoucí důsledky přenosných nemocí prostřednictvím systematicky realizovaných programů na eradikaci a zvládnutí společensky závažných infekčních nemocí.
8. Snížení výskytu neinfekčních nemocí - do roku 2020 by v evropském regionu měla být na co nejnížší možnou míru snížena nemocnost, invalidita a předčasná úmrtnost v důsledku hlavních chronických nemocí.
9. Snížení výskytu poranění způsobených násilím a nehodami - do roku 2020 by mělo dojít v evropském regionu k podstatnému snížení výskytu zranění, invalidity a úmrtí v důsledku nehod a násilí.
10. Zdravé a bezpečné přírodní prostředí - do roku 2015 by lidé evropského regionu měli žít v bezpečném přírodním prostředí, v němž by výskyt zdraví nebezpečných látek neměl přesahovat mezinárodně schválené normy.
11. Zdravější život - do roku 2015 by si lidé v celé společnosti měli osvojit zdravější životní způsob.

12. Omezení škodlivých účinků alkoholu, drog a kouření - do roku 2015 by ve všech členských státech měly být významně sníženy nepříznivé důsledky návykových látek, jako je tabák, alkohol a psychoaktivní látky.
13. Zdravé místní životní podmínky - do roku 2015 by lidé evropského regionu měli mít větší příležitost žít ve zdravých životních podmínkách doma, ve školách, na pracovištích a v místních společenstvích.
14. Zodpovědnost za zdraví pro více resortů - do roku 2020 by měly všechny resorty zvážit a přijmout svou zodpovědnost za zdraví.
15. Integrovaný zdravotní sektor - do roku 2010 by lidé evropského regionu měli mít mnohem lepší přístup k základní zdravotní péči orientované na rodinu a společnost a podporované flexibilním a citlivým nemocničním systémem.
16. Řízením k vyšší kvalitě péče - do roku 2010 by se měly členské státy ujistit, že řízení zdravotního sektoru, od populačních programů po individuální péči o pacienty na klinické úrovni, je orientováno na zdravotní výsledky.
17. Financování zdravotnických služeb a přidělování zdrojů- do roku 2010 by členské státy měly mít takový mechanismus financování a alokace zdrojů pro zdravotnictví, který by spočíval na principu rovného přístupu ke zdravotnickým službám, na hospodárnosti, solidaritě a optimální kvalitě.
18. Příprava pracovníků pro zdravotní péči - do roku 2010 by se měly všechny členské státy ujistit, že pracovníci ve zdravotnictví i pracovníci ostatních sektorů mají odpovídající znalosti, postoje a dovednosti k ochraně a rozvoji zdraví.
19. Výzkum a znalosti pro zdraví - do roku 2005 by měly všechny členské státy mít takový zdravotní výzkum, informační a komunikační systém, který by umožnil získávat, využívat a předávat znalosti vedoucí k podpoře zdraví pro všechny.
20. Mobilizace partnerů pro zdraví- do roku 2005 by do realizace strategie zdraví pro všechny měli být zapojeni jednotlivci, skupiny a organizace jak veřejného, tak soukromého sektoru, občanských společností a sdružení pro zdraví.
21. Opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny - do roku 2010 by měly všechny členské státy realizovat opatření směřující ke zdraví pro všechny, a to na

celostátní, krajské i lokální úrovni, která by byla podporována vhodnou institucionální infrastrukturou, řízením a novátorským vedením.

Realizace programu by měla začít cílem jednadvacet. Dlouhodobým a konečným cílem je cíl první **(14, 16)**.

#### ***1.1.4 NEHAP – Národní akční plán zdraví a životního prostředí***

V České republice je program Zdraví 21 aplikován jako Národní akční plán zdraví a životního prostředí, který byl schválen usnesením vlády ČR 9. 12. 1998 s hlavním záměrem:

1. Zlepšovat zdraví národa a vyrovnat nežádoucí rozdíly ve zdravotním stavu jednotlivých populačních skupin.
2. Reagovat na změny po roce 1989.
3. Minimalizovat rizika vlivu životního prostředí na zdraví obyvatelstva.
4. Harmonizovat politiku ochrany zdraví a životního prostředí politikou Evropské unie.
5. Reagovat na podněty vzešlé z významných mezinárodních aktivit posledních let **(27)**.

Z hlediska vnitrostátního je NEHAP výrazem politického konsensu jednotlivých resortů ve vztahu ke strategii řešení problémů zdraví a životního prostředí. NEHAP a Národní program zdraví budou pokládány za komponenty zdravotní politiky na úseku odborného usměrňování péče o zdravé životní podmínky a ochranu a podporu zdraví **(42)**.

#### ***1.1.5 Národní program zdraví***

Národní program zdraví České republiky (NPZ) je zásadní realizační dokument veřejného zdravotnictví. Byl koncipován po listopadu 1989 jako česká varianta evropské zdravotní strategie Světové zdravotnické organizace **(21)**.

Národní program zdraví ČR je zásadní dokument, jehož cílem je dlouhodobé vytváření podmínek pro zlepšení zdraví občanů České republiky. Orientuje se na

předcházení nemocem a začlenění všech složek společnosti do všeobecného zájmu o zdraví. Vychází ze skutečnosti, že neexistuje odvětví či obor, který by ve větší či menší míře neovlivňoval zdraví lidí. K naplňování cílů programu přispívají projekty podpory zdraví, jejich předmětem je příznivě ovlivňovat životní podmínky a výchovu ke zdravému způsobu života v rodinách, školách, podnicích, obcích a jiných společenstvích nebo případně na regionální či regionální úrovni. Za aktivity související s tímto programem odpovídá úsek hlavního hygienika MZ ČR a Státní zdravotní ústav, jehož úkolem je vykonávat pro státní zdravotní správu odborné práce a zkoumání potřebná k účinným zdravotním opatřením a podporovat výchovu v preventivní medicíně **(28, 39)**.

Je třeba zdůraznit, že se nejedná o projekty výzkumné, ale intervenční. Cílem je dosažení pozitivních změn v chování lidí a v jejich životních podmínkách **(21)**.

Tematické okruhy národního programu zdraví jsou následující:

- Ozdravení výživy
- Omezování kuřáctví
- Omezování a zvládání nadměrného stresu
- Zlepšování reprodukčního zdraví
- Omezování spotřeby alkoholu
- Optimalizace pohybové aktivity
- Prevence škodlivého užívání drog
- Prevence nemocí
- Prevence úrazů a otrav
- Životní prostředí

Komunitní projekty:

- Zdravé město
- Podpora zdraví ve školách (Škola podporující zdraví)
- Zdraví podnik (Podnik podporující zdraví)
- Nemocnice podporující zdraví **(17)**.

První veřejné výběrové řízení dotačního programu NPZ proběhlo v roce 1993. Východiskem pro jeho vyhlášení byla realizace Projektu střednědobé strategie obnovy a podpory zdraví, který byl schválen usnesením vlády ČR č. 273/1992 k Národnímu programu obnovy a podpory zdraví a návrhu Projektu střednědobé strategie obnovy a podpory zdraví. Poté byl tento dotační program zakomponován jako jeden ze strategických přístupů do dlouhodobé strategie Národního programu zdraví, projednaného vládou dne 15. 3. 1995.

V současné době je dotační program NPZ důležitým nástrojem MZ ČR pro naplňování některých cílů „Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky - Zdraví pro všechny v 21. století“, který byl schválen usnesením vlády ČR č. 1046 ze dne 30. října 2002 a je znám jako program ZDRAVÍ 21. Tento dokument se opírá o akční strategii programu Světové zdravotnické organizace „Zdraví pro všechny v 21. století“ a svým pojetím navazuje na cíle dlouhodobé strategie Národního programu zdraví (25).

#### ***1.1.6 Agenda 21 - dokument Organizace spojených národů***

Agenda 21 byla přijata na konferenci OSN v červnu 1992 v Rio de Janeiru, signatářem byla i Česká republika. V roce 2002 je organizována konference Rio+10 v Johannesburgu, kde v rámci reprezentace České republiky jsou uváděna i Zdravá města ČR jako aktivní realizátoři Agendy 21. Agenda 21 (neboli program pro 21. století) obsahuje 40 kapitol v nich odráží celosvětový konsensus a na nejvyšší úrovni přijatý politický závazek ke spolupráci v oblasti rozvoje a životního prostředí a obsahuje principy udržitelného rozvoje. Tzv. místní Agenda 21 je mezinárodním programem pro zavádění udržitelného rozvoje na místní a regionální úrovni. Je to proces, který prostřednictvím zkvalitňování správy věcí veřejných, strategického plánování a řízení a zapojování veřejnosti zvyšuje kvalitu života ve všech jeho aspektech. Jedním z hlavních principů je stabilita mezi hlavními oblastmi rozvoje tedy sférou hospodářského rozvoje, sférou sociálního rozvoje a oblastí životního prostředí. V procesu je zdůrazněna účast veřejnosti a otevřený typ spolupráce mezi jednotlivými subjekty, jako jsou veřejná správa, nevládní organizace, podnikatelské subjekty, účelová zařízení, zájmové skupiny, věda a výzkum i laická veřejnost (46).

### **1.1.7 Ukazatele zdravotní péče – zdravotní indikátory**

Zdravotní indikátory slouží pro vyhodnocování zdravotně politických opatření a činností a výsledků zdravotnických institucí a zdravotního stavu obyvatelstva. Zdravotní indikátory, jimiž lze měřit dosažené změny, byly definovány WHO v rámci programu zdraví 21. Indikátory jsou proměnné, dovolují přímo či nepřímo měřit změny stavu a vyhodnocovat plnění závěrů, cílů, úkolů, které jsou stanoveny programem. Naprostá kvantifikace indikátorů však není vždy možná, proto se používají i kvalitativní ukazatele. Indikátory podle WHO:

1. Indikátory zdravotního stavu – jako výsledku působení celospolečenského, zdravotnického a individuálního včetně ukazatelů kvality života.
2. Indikátory zabezpečení obyvatelstvu zdravotní péči a její kvalitu – podíl populace se zajištěnou primární péčí, podíl z nákladů na zdravotní péči, rozdělování zdrojů.
3. Indikátory zabezpečení zdravotně relevantních životních a pracovních podmínek, včetně životního a pracovního prostředí, životního stylu a úrovně.
4. Indikátory zdravotní politiky státu – státní zdravotní politika, prosazování opatření pro dosažení cílů ke zlepšování zdravotního stavu či zdravotní situace (existence, zákonů, nařízení a metod, rozvoj primární péče, podpora programů WHO apod **(18)**).

Determinanty zdraví – zdraví je ovlivňováno celou škálou zevních a vnitřních faktorů, působící samostatně nebo společně. Mezi faktory, které nelze ovlivnit patří pohlaví, věk a vrozené předpoklady. Zdravotní péče ovlivňuje zdravotní stav jen z 20 %, ve srovnání s dalšími vlivy jako jsou životní prostředí, životní podmínky a vlastní způsob života, tyto determinanty ovlivňují zdraví z 80 %. Faktory, které se ne nejvíce podílejí na úmrtí, jsou tyto: kouření, nadměrná konzumace alkoholu, nadváha, pracovní rizika, nedostatek zeleniny ve výživě, chudoba, nezaměstnanost, závislost na drogách, dopravní úrazy, nedostatek pohybu, mnoho živočišných tuků ve výživě, exhalace a ovzduší. Zdraví významně ovlivňuje podmínky existence člověka ve společnosti, tedy podmínky sociální **(43)**.

### **1.1.8 Důležité hodnoty programu Zdraví 21**

Jednou z významných hodnot programu Zdraví 21 je ekvita - spravedlnost. Ekvita je jednou z důležitých kategorií zdravotnické etiky. Etické problémy je nezbytné studovat a zvládat v mnoha oblastech medicíny, ve zdravotní politice, pokud jde o práva občanů, pacientů, jednotlivých sociálních skupin a celých populačních celků, při poskytování zdravotnických služeb i pokud jde o různá meziodvětvová opatření v péči o zdraví. Etickým aspektům rozhodování a jednání by měla být v demokratickém systému zdravotní péče věnována náležitá pozornost **(14)**.

### **1.1.9 Komunitní programy**

Komunitní programy již existují v ČR od roku 1991, kdy byl schválen Národní program podpory zdraví v rámci evropské strategie Zdraví pro všechny do roku 2000. Programy se orientovaly hlavně na zmapování terénu v ČR a na následnou prevenci, v níž se také pokračuje. Jednotlivé programy jsou:

Evropský program WHO Škola podporující zdraví – tento program jako první po roce 1989 přinesl ucelený pohled na postupnou změnu stávajících škol, vzdělávání a pedagogiky z hlediska očekávaných perspektiv a trendů společensko-politického vývoje, mezi něž patří strategie podpory zdraví obyvatelstva, zvláště pak zdraví mladých, což je obsahem cíle čtyři v Dlouhodobém programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva- Zdraví pro všechny v 21. století. Záměrem programu ŠPZ je aplikovat strategii podpory zdraví na podmínky školy, v praxi to znamená, že všechno, co se ve škole dělá záměrně i nezáměrně se pedagogové učí promýšlet a ovlivňovat a posuzovat možné důsledky. V potaz se musí brát i celkový vliv školy na zdraví nejen žáků, ale i ostatních-pedagogů, zaměstnanců, rodičů atd. program ŠPZ pomáhá školám (MŠ, ZŠ, SŠ), aby si týmovou spoluprací stanovily dlouhodobou a vyváženou koncepci, strategii a metody řízení své kvalitativní proměny ve zdravou školu a zdravý životní styl.

Metodika programu podpory zdraví v mateřské, základní a střední škole:

Je zde ještě jeden rozdíl v obsahu metodiky programu ŠPZ pro MŠ a ZŠ / SŠ. Nová verze metodické příručky pro MŠ obsahuje navíc modelový vzdělávací program pro MŠ podporující zdraví (kurikulum podpory zdraví v MŠ). MŠ, která si vypracuje podle tohoto modelu svůj školní vzdělávací program, splňuje požadavky Rámcového vzdělávacího programu pro MŠ. Základní a střední škola podporující zdraví použije jiné řešení: uplatní program ŠPZ při aplikaci RVP požadavků Rámcového vzdělávacího programu (RVP) na školní vzdělávací program, který v připravovaném návrhu již sám dává prostor pro výchovu ke zdraví i podporu zdraví. Integroující principy činnosti školy podporující zdraví:

- Respekt k přirozeným potřebám jednotlivce považujeme za nejdůležitější postoj, který škola podporující zdraví kultivuje jak u žáků, tak učitelů a rodičů. Tento postoj je pro ni klíčem k uskutečňování obecnějšího postoje - úcty k člověku, lidským společenstvím a přírodě na naší planetě.
- Rozvíjení komunikace a spolupráce považujeme za proces osvojování stěžejních dovedností, jejichž prostřednictvím škola podporující zdraví dokáže uspokojovat potřeby jednotlivce v kontextu společnosti a světa a současně žáky efektivněji vzdělávat. Škola podporující zdraví se touto praxí sama stává modelem komunikace a spolupráce.

Zásady mateřské školy podporující zdraví:

- Učitelka podporující zdraví
- Věkově smíšené třídy
- Rytmický řád života a dne
- Tělesná pohoda a volný pohyb
- Zdravá výživa
- Spontánní hra
- Podnětné věcné prostředí
- Bezpečné sociální prostředí

- Participativní a týmové řízení
- Partnerské vztahy s rodiči
- Spolupráce mateřské školy se základní školou
- Začlenění mateřské školy do života obce

Zásady základní a střední školy podporující zdraví:

Pohoda prostředí (1. pilíř): Pohoda věcného prostředí

Pohoda sociálního prostředí

Pohoda organizačního prostředí

Zdravé učení (2. pilíř): Smysluplnost

Možnost výběru, přiměřenost

Spoluúčast a spolupráce

Motivující hodnocení

Otevřené partnerství (3. pilíř): Škola – model demokratického společenství

Škola – kulturní a vzdělávací středisko obce

ŠPZ v ČR je součástí celoevropské sítě národních sítí:

Česká republika byla přijata mezi prvními. V průběhu let 1992/1993 bylo do národní sítě ŠPZ přijato celkem 94 základních škol, z nichž 11 plnilo úkol pilotních škol. V roce 1994 v ČR vznikl nový impuls, který významně rozšířil podporu zdraví i do další oblasti školství, do mateřských škol. Tým pedagogů mateřských škol a odborníků Státního zdravotního ústavu (SZÚ) vytvořil metodiku podpory zdraví v MŠ (první verze 1995 a inovované verze 2000, 2006 resp. 2008). Síť ŠPZ se začala rozšiřovat o mateřské školy. Dalším významným krokem bylo, když po vyhodnocení efektivity jednotlivých ZŠ, které byly v síti od jejího počátku, na základě zpracování získaných zkušeností z koordinace sítě ŠPZ a v souladu se strategií rozvoje programu na celoevropské úrovni, byla v SZÚ vytvořena metodika podpory zdraví i pro ZŠ / SŠ (první verze 1998 a inovovaná verze 2006).

V současné době tvoří Národní síť ŠPZ 96 mateřských škol, 112 základních škol, 6 středních škol a 7 speciálních a praktických škol, které se neustále vzdělávají, zdokonalují a inovují svoje školní projekty.

Evropský program ŠPZ je ve svých hlavních směrech koordinován a rozvíjen prostřednictvím setkávání a průběžné spolupráce národních koordinátorů z jednotlivých členských zemí. Klíčovými setkáními jsou mezinárodní konference na celoevropské úrovni, s nimi související konference několika zemí z jednoho regionu a konference národního rozsahu **(41)**.

Zdravé město, obec, kraj, mikroregion – projekt vychází z mezinárodního projektu OSN – WHO Zdravé město a byl poprvé představen v roce 1988. V Evropě je do něj v současnosti zahrnuto 1300 zdravých měst ze 30 zemí. Česká republika se k tomuto mezinárodnímu projektu připojila v roce 1989. V roce 1994 vytvořilo 11 měst asociaci s názvem Národní síť zdravých měst, která k 1. 3. 2004 zastřešovala 820 měst a obcí, což představuje 17% populace ČR. Členství v tomto programu přináší řadu výhod pro město. Mezi tyto výhody patří:

- zastřešení významnou mezinárodní autoritou (OSN-WHO)
- principy a doporučení EU a OSN pro kvalitní rozvoj
- informace, služby k finančním zdrojům (dotace, fondy EU)
- síťová spolupráce, výměna zkušeností v ČR i zahraničí
- pomoc při zpracování a řízení kvalitní strategie rozvoje
- spolupráce s mnoha odbornými partnery v ČR i zahraničí
- vizitka vůči zahraničí a návštěvníkům.

NSZM ČR je v současné době jedinou municipální asociací v ČR, která má ve svém statutu systematicky podporovat praktickou realizaci hodnot: udržitelný rozvoj, zdraví a vytváření podmínek pro kvalitní život v městech, obcích a regionech. Hlavními kampaněmi jsou Den Země, Den bez tabáku, Dny bez úrazu, Den bez aut, Dny zdraví. Nástrojem k realizaci Projektu Zdravé město a místní Agendy 21 (PZM a MA21) ve Zdravých městech, obcích, regionech ČR je Metodika NSZM ČR, kterou po dobu více než deseti let vytváří asociace NSZM ČR (29).

Každé z členských měst však dosahuje různé úrovně místní Agendy 21, která má 21 kritérií rozdělená do 5 kategorií:

Kategorie Zájemci - tuto kategorii charakterizuje zájem obce, města či regionu o proces MA21 jako takový, aniž by docházelo k vytváření jakýchkoliv formálních struktur či procesů v rámci obce, města nebo regionu. Jedná se o dobu, v níž se obce, města, regiony i místní aktéři seznamují s celým procesem MA21 a mohou se na základě vlastní zkušenosti rozhodnout, zda postupovat do vyšších kategorií či nikoliv. Smyslem zařazení do této kategorie je být informován o tom, co MA21 obnáší díky zápisu do evidence MA21, součástí kategorie je též ustavení kontaktní osoby a v neposlední řadě je třeba v rámci této kategorie pravidelně poskytovat informace o dění souvisejícím s MA21.

Kategorie D - je nejnižší řádnou kategorií, která vyžaduje širší aktivity v rámci MA21 založené na principu partnerství a formální přístup ze strany obce, města či regionu, je potřebné vytvořit organizační strukturu (Kritérium č. 1), která zahrnuje např. ustanovení koordinátora MA21 a jmenování osoby, jež bude zastupovat volenou, tedy politickou reprezentaci municipality; součástí jsou rovněž komunikační a manažerské postupy, jako je např. aktivní zapojování veřejnosti do oblastí plánování a realizace významných opatření (Kritérium č. 2) a spolupráce s občanským a podnikatelským sektorem při jejich tvorbě (Kritérium č. 4); municipalita v této kategorii musí prezentovat svoji činnost v rámci MA21 (Kritérium č. 3).

Kategorie C - tato kategorie se od předchozí odlišuje zejména propracovanější organizační strukturou, politickým zastřešením a vyšší mírou participace obyvatel, jež

celý proces MA21 zabezpečují; předpokladem je ustanovení oficiálního orgánu samosprávy pro MA21 (Kritérium č. 5) a schválení oficiálního dokumentu k MA21 – deklarace, charta apod. (Kritérium č. 6); nedílnou součástí procesu MA21 v této kategorii je schválení jeho finanční podpory ze strany municipality (Kritérium č. 9); významným faktorem jsou pravidelná setkání na veřejném fóru udržitelného rozvoje nebo MA21 (Kritérium č. 10) a informace a vzdělávání ve vztahu k udržitelnému rozvoji (Kritérium č. 7) celý proces MA21 je pak nutné pravidelně sledovat a vyhodnocovat (Kritérium č. 8).

Kategorie B - navazuje na předchozí a rozšiřuje ji o řadu významných prvků, kromě dílčích koncepcí respektujících principy udržitelného rozvoje (Kritérium č. 11), dochází v této fázi k vytvoření ucelené strategie udržitelného rozvoje za účasti expertů a schválené politickou reprezentací municipality (Kritérium č. 12); finanční zajištění procesu MA21 se rozšiřuje a zahrnuje taktéž externí zdroje mimo samosprávu (Kritérium č. 13 a 14); v této fázi prezentuje daná municipalita své aktivity v rámci MA21 i navenek zapojením se do výměny zkušeností s jinými obcemi, městy či regiony, včetně sdílení příkladů dobré praxe (Kritérium č. 18) a sledováním jak vlastních (Kritérium č. 15), tak mezinárodních indikátorů (Kritérium č. 16); spolupráci napříč jednotlivými částmi samosprávného úřadu a komunikaci s veřejností a dalšími aktéry by měl zajišťovat koordinátor, jenž je zapojen do akreditovaného školení pro koordinátory MA21 (Kritérium č.17);

Kategorie A - tato kategorie shrnuje všechna předchozí stádia do jednoho vzájemně provázaného celku. Vyjadřuje snahu municipality o harmonický, strategický a dlouhodobý rozvoj za aktivní účasti veřejnosti, založený na principech udržitelného rozvoje, jež zkvalitněním veřejné správy jako takové přispívá ke zvyšování kvality života svých občanů, municipalita v této kategorii propojuje jednotlivé oblasti své činnosti respektující principy udržitelného rozvoje do komplexního procesu strategického plánování, rozhodování a realizace jednotlivých opatření (Kritérium č. 19); realizace procesu MA21 je zabezpečována stálým orgánem rady (komise MA21) či zastupitelstva (Kritérium č. 20); municipalita zavádí systém managementu kvality

veřejné správy, jehož podstatou je zavádění certifikovaného systému řízení kvality v rámci úřadu obce, města či regionu (Kritérium č. 21) **(34)**.

Zdraví podnik – realizace projektu Zdravý podnik vytyčeného ve strategickém programu MZČR byla schválením usnesení vlády ČR č. 273/1992 svěřena v roce 1995 MZ ČR na základě iniciativy WHO – Euro Národní síti podpory zdraví na pracovišti. Podpora zdraví na pracovišti rozšiřuje ochranu zdraví v podnicích, spolupracuje se zdravotnictvím a jednotlivými zdravotními pojišťovnami **(27)**.

V programu Podnik podporující zdraví jde o souhrn aktivit a opatření, která směřují ke zlepšování zdravotního stavu a životního stylu pracovníků. Podpora zdraví na pracovišti je strategie doplňující péči o zdraví zaměstnanců. Zavádění a uskutečňování těchto aktivit není povinné, přesto již mnoho zaměstnavatelů uznává význam podpory zdraví zaměstnanců, která může po určité době přinést snížení krátkodobé i dlouhodobé pracovní neschopnosti, zlepšení spokojenosti a zdraví zaměstnanců vedoucí ke zvýšení produktivity práce, zlepšení pověsti a atraktivity podniku a další výhody. Jejich význam bude ještě narůstat s předpokládaným stárnutím populace a tedy i pracovní síly a s plánovaným přímým hrazením nemocenských dávek zaměstnavatelem. Podporou zdraví na pracovišti rozumíme souhrn organizačních, vzdělávacích, motivačních a technických aktivit a programů zaměřených tak, aby podporovaly zdravý životní styl a vedly zaměstnance a jejich rodinné příslušníky k ozdravení vlastního životního stylu. Prakticky se může jednat například o zavádění nekuřáckých programů, osvětové dny zdraví, zvyšování pohybové aktivity, prevenci traumatického poškození z práce, programy na zvládání stresu, prevenci a kontrolu obezity, ozdravení výživy, prevenci nádorových, kardiovaskulárních a akutních respiračních onemocnění a podobně. Do programu Podnik podporující zdraví patří Národní síť podpory na pracovišti ČR a s tím související dokumenty (Lucemburská deklarace o podpoře zdraví na pracovišti, která byla přijata všemi členy Evropské sítě Podpora zdraví na pracovišti na schůzi sítě v Lucemburku 27. – 28. listopadu 1997, byla aktualizována v červnu 2005.

Kriteria kvality podpory zdraví na pracovišti - Kritéria jsou rozdělena do 6 sekcí, které společně dávají komplexní obraz kvality podpory zdraví na pracovišti. Jedná se o tyto sekce:

1. Podpora zdraví na pracovišti a politika závodu
2. Lidské zdroje a organizace práce
3. Plánování podpory zdraví na pracovišti
4. Společenská zodpovědnost
5. Uplatňování podpory zdraví na pracovišti
6. Výsledky podpory zdraví na pracovišti

Od roku 2005 je každoročně hlavním hygienikem České republiky oficiálně vyhlašována soutěž o titul Podnik podporující zdraví. Protože neexistují pro provádění podpory zdraví na pracovišti právní požadavky, byl vybrán materiál Quality Criteria of Workplace Health Promotion Evropské sítě pro podporu zdraví na pracovišti, který byl přeložen do češtiny (37, 42).

Nemocnice podporující zdraví – na ozdravení prostředí nemocnice mají působit jak zaměstnanci, tak i pacienti. Projekty se týkají samotné úpravy prostředí, dostatečného zázemí pro personál, možnosti odpočinku poskytované kvalitní péče pro pacienty. Veškeré aktivity programů jsou průběžné a soustavné. Jejich skutečným výsledkem musí být posílení potenciálu zdraví obyvatel, snížení prevalence chorobných stavů v populaci, posléze pak dosažení takových hodnot základních ukazatelů zdravotního stavu, které by byly plně srovnatelné s vyspělými státy světa. Jednotlivé programy jsou finančně dotovány MZ ČR, MPSV ČR, MŠMT ČR, MV ČR, ale i územními orgány, občanskými sdruženími a ostatními nestátními organizacemi.(27)

Do programu Nemocnice podporující zdraví je Česká republika zapojena od roku 2004 a členy mezinárodní sítě jsou tři nemocnice, a to Fakultní nemocnice v Motole, Masarykův onkologický ústav Brno a Šumperská nemocnice. Je pět standardů podpory zdraví v nemocnicích (1. Politika managementu, 2. Posuzování potřeb pacienta, 3. Informovanost pacientů a opatření na podporu zdraví, 4. Podpora zdravého pracovního prostředí, 5. Kontinuita a spolupráce) (30).

## 1.2 Systém zdravotní péče

Česká republika usiluje o vytvoření skutečně stabilního, širokého a moderního zdravotního systému. Ten by měl v budoucnosti doznat dalších změn zejména v oblasti financování. Pochopitelným cílem je také další zkvalitňování zdravotnických i farmaceutických služeb.

### 1.2.1 České zdravotnictví a jeho úroveň

V současné době má ve většině vyspělých zemích značnou úlohu v péči o zdraví obyvatel stát s celým systémem orgánů. Stát plní důležité úkoly v tvorbě koncepcí zdravotní péče, v sladění oprávněných zájmů účastníků zdravotní péče a odpovídá za efektivní využívání prostředků určených na zdravotní péči. Hlavními nástroji státu při realizaci zdravotní politiky jsou:

- systém zákonů, norem, normativů a standardů
- finanční prostředky a způsoby jejich alokace
- instituce
- informace
- vyjednávání s účastníky procesu zdravotní péče **(12)**.

Úroveň zdravotnictví patří mezi hlavní ukazatele vyspělosti země. V České republice je základní zdravotní péče poskytována všem občanům na základě zdravotního pojištění zdarma. Dostupnost zdravotní péče je nezbytným předpokladem realizace práva na ochranu zdraví. jde o dostupnost a zpřístupnění základní zdravotní péče pro všechno obyvatelstvo. Obecně jsou ceny za zdravotnické výkony považovány za evropsky podprůměrné. V České republice se zavedly zdravotnické poplatky od ledna 2008.

Obecně se daří úroveň českého zdravotnictví postupně zvyšovat. Preventivní péče je zaváděna od dětského věku, a tak pouze minimální počet lidí onemocní například tetanem **(45)**.

### **1.2.2 Princip fungování zdravotnictví**

Na území ČR existují jak státní, tak nestátní zdravotnická zařízení. Téměř všechna zařízení mají uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou a poskytují pacientům pojištěným u příslušné zdravotní pojišťovny zdravotní péči bez přímé úhrady.

#### **Organizace systému poskytování zdravotní péče v ČR**

##### **Ambulantní péče:**

V případě onemocnění se pacient obrací zpravidla nejprve na lékaře tzv. primární péče, kteří pracují v okolí jeho bydliště. Jsou to praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost, zubní lékaři a ženští lékaři. Při výběru lékaře je ovšem třeba mít na paměti, že se lze přihlásit pouze k lékaři, který má uzavřenu smlouvu o poskytování zdravotní péče s pojišťovnou, u níž je pacient pojištěn. U všech lékařů primární péče se musí pacient nejprve zaregistrovat. Lékař může pacienta odmítnout zaregistrovat pouze v případech, kdy by jeho přijetí znamenalo pro lékaře takové pracovní zatížení, jež by mu znemožnilo kvalitní péči o tohoto pacienta či o jiné pacienty, které již ve své péči má. Lékař ovšem nemůže odmítnout ošetření v případě neodkladné péče (úrazu, akutního náhlého onemocnění), po tomto ošetření však předává pacienta jeho ošetřujícímu lékaři. V případě odmítnutí má nemocný právo, aby mu lékař odmítnutí potvrdil písemně. Poté se může obrátit na odbor zdravotnictví místně příslušného krajského úřadu s žádostí o prošetření.

Odborného specialistu může pacient v ČR navštívit i bez doporučení lékaře primární péče.

##### **Ústavní péče:**

Pokud to vyžaduje charakter onemocnění, doporučí lékař primární péče nebo ambulantní specialista pacientovi léčbu v nemocnici nebo mu přímo toto přijetí sám dohodne.

Lůžková péče je vedle nemocniční péče poskytována v síti odborných léčebných ústavů. Jde o léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny, rehabilitační ústavy, ozdravovny a noční sanatoria, léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí a lázeňské léčebny.

#### Pohotovostní a záchranná služba:

Zdravotní péče je zajištěna i v případě náhlého onemocnění nebo úrazu v době mimo ordinaci hodiny nebo nepřítomnosti ošetřujícího lékaře. Toto zajištění se uskutečňuje v závislosti na místních podmínkách - v menších místech se to děje obvykle ve spolupráci lékařů, kteří se navzájem zastupují, ve větších lokalitách jsou pak organizovány pohotovostní služby ve zvláštních ordinacích nebo v pohotovostní službě nemocnic. Pohotovostní služby jsou organizovány i pro náhlá onemocnění zubní. Pro případy náhlých těžkých onemocnění, kdy se pacient nemůže sám dopravit k lékaři a kdy je nezbytné rychlé ošetření a jeho přeprava do zdravotnického zařízení, aby nedošlo k nebezpečnému zhoršení zdravotního stavu nebo ohrožení jeho života, je organizována záchranná služba, jejíž pomoci se lze dovolat prostřednictvím zvláštní telefonní linky 155.

#### Závodní zdravotní služba:

Závodní preventivní péče zabezpečuje ve spolupráci se zaměstnavatelem prevenci a ochranu zdraví zaměstnanců před nemocemi z povolání a jinými poškozeními zdraví na pracovišti, včetně prevence úrazů. Zařízení závodní preventivní péče provádějí odbornou poradní činnost v otázkách ochrany a podpory zdraví a sociální pohody zaměstnanců. Pravidelně kontrolují pracoviště podniků, zjišťují vlivy práce a pracovních podmínek na zdraví zaměstnanců, vykonávají preventivní lékařské prohlídky zaměstnanců (vstupní, průběžné a výstupní).

#### Lékárenské služby:

Lékárenské služby zajišťují pacientům léčiva a zdravotnické prostředky, a to jak na základě lékařského předpisu tak i bez něj. Lékárny vydávají pacientům léčiva podle předpisu buď bez úhrady, pokud je cena léčiva zdravotní pojišťovnou hrazena zcela,

nebo za příslušný poplatek, pokud pojišťovna hradí pouze část ceny léčiva nebo je nehradí vůbec.

Platnost lékařského předpisu:

- Předpis z pohotovostní služby platí v den vydání a následující den,
- Předpis na antibiotika platí 3 dny,
- Všechny ostatní předpisy platí týden **(35)**.

### **1.2.3 Financování zdravotnictví**

Vláda musí zaručit zabezpečení všeobecného přístupu ke zdravotní péči, stejně jako pokrytí veškerých nezbytných nákladů na zdravotní péči. Platební systémy, které kombinují kapitační platbu, libovolný výběr poskytovatele péče a placenou službu, nejspolehlivěji udržují lepší možnosti pro směřování systému k dosažení vyšší kvality, efektivnějšímu využití zdrojů, uspokojení poskytovatele zdravotní péče i pacienta a zaměření na prosazování zdraví a preventivní služby **(12)**.

Péče o zdraví je v posledních letech v Evropě i jinde ve světě spojena s rostoucími náklady na zdravotní péči. Příčiny lze hledat zejména:

- ve stárnutí populace spolu s vyšším výskytem invalidity,
- ve vyšším výskytu civilizačních chorob, některých onemocnění v důsledku životního stylu, životního prostředí a paradoxně i v důsledku zdravotní péče,
- ve zvyšující se dostupnosti nových, stále nákladnějších léků, léčebných postupů a zvyšujících se nárocích a očekáváních společnosti
- v humanizaci a solidaritě vyplývající z úrovně myšlení ve vyspělých zemích,
- v ekonomických vlivech, které se nepříznivě promítají do růstu nákladů (inflace),
- komercializace zdravotnictví.

Od ledna 2008 se zavádí následující poplatky:

30 Kč za návštěvu lékaře, stejně tak za recept. 60 Kč za den hospitalizace v nemocnici. 90 Kč za návštěvu pohotovosti. Návštěva stomatologa je zpoplatněna

specificky.

Poplatky nemusí platit následující návštěvníci: novorozenci narození po 1. srpnu 2008, lidé v hmotné nouzi, děti v dětských domovech, občané, kterým soud nařídil ochrannou léčbu, dárci orgánů. Zároveň byla stanovena hranice 5 000 Kč, po jejímž překročení už pacient poplatky platit nebude (35).

Jmenované faktory zvyšují tlak na zdravotní i sociální výdaje, ať už jsou financovány ze státního rozpočtu, nebo z ostatních veřejných fondů či soukromých zdrojů. Ukazuje se však, že zvyšování standardu, dostupnosti špičkových výkonů je neufinancovatelné a současně, že neustálý nárůst výdajů v primární sféře naráží na objektivní bariéry, dané jejími možnostmi a není doprovázen úměrným efektem ve zlepšování zdravotního stavu obyvatel (8).

Systém zdravotní péče je financován mimo jiné ze státního rozpočtu formou veřejného zdravotního pojištění. Povinnost účasti na tomto systému formou pravidelných plateb jsou jak všichni občané České republiky, tak cizinci s trvalým pobytem na území ČR anebo zaměstnanci firem se sídlem v ČR.

#### **1.2.4 Veřejné zdravotní pojištění**

Do systému veřejného zdravotního pojištění je zapojen každý občan České republiky. Na základě prováděných plateb pojistného tak získává nárok na zdravotní péči. V některých případech je plátcem tohoto pojištění stát (studenti do 26 let věku, nezaopatřené děti, důchodci aj.). V případě zaměstnaneckého poměru platí zaměstnavatel na zdravotní pojištění 9 % hrubé mzdy zaměstnance a zaměstnanec přispívá částkou ve výši 4 % své hrubé mzdy. Zákon o veřejném zdravotním pojištění přesně stanoví, co lze a nelze ze zdravotního pojištění uhradit.

##### *Zdravotní pojištění cizinců*

Cizincům pobývajícím na území ČR se poskytuje zdravotní péče:

- bezplatně (na základě mezinárodních smluv a dvoustranných dohod mezi státy - platí například v rámci Evropské unie),
- bez přímé úhrady na základě veřejného zdravotního pojištění (povinné zdravotní pojištění) nebo
- za přímou úhradu (např. cizinci mimo EU).

Cizinci s trvalým pobytem na území ČR mají právní nárok na pojištění v rámci veřejného zdravotního pojištění. To platí i pro azylanty. Cizinci bez trvalého pobytu na území ČR, kteří jsou na území ČR zaměstnáni, jsou pojištěni u zaměstnavatele, který má sídlo na území republiky (v případě, že zaměstnavatelem je fyzická osoba, platí, že tato musí mít na území ČR trvalý pobyt). Pojistné odvádí zaměstnavatel a pojištění trvá pouze po dobu zaměstnání a cizinec má stejná práva a povinnosti jako cizinec s trvalým pobytem. Zánikem účasti na nemocenském pojištění spojeném zpravidla s ukončením zaměstnání zaniká i nárok na úhradu lékařské péče zdravotní pojišťovnou. Cizinci bez trvalého pobytu v ČR, kteří nejsou v ČR zaměstnáni, nemohou být účastníky veřejného zdravotního pojištění, ale mohou uzavřít tzv. smluvní zdravotní pojištění, které je nezávislé na veřejném zdravotním pojištění.

a) Dlouhodobé smluvní zdravotní pojištění je určeno cizím státním příslušníkům a osobám bez státní příslušnosti, kteří nesplňují podmínky pro účast ve veřejném zdravotním pojištění a nemají nárok na poskytnutí bezplatné péče na základě dvoustranných mezivládních smluv, ale mají na území ČR povolen přechodný pobyt.

b) Krátkodobé smluvní zdravotní pojištění mohou uzavřít cizinci zdržující se v ČR jen krátkodobě, např. jako turisté. Tento typ pojištění do 365 dnů zahrnuje náklady nutného a neodkladného léčení, kterému se klient podrobil v důsledku úrazu či náhlého onemocnění vzniklého při pobytu v ČR.

## Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny uzavírají smlouvy s lékaři a zdravotnickými zařízeními. O každém léčebném výkonu pro konkrétního pacienta následně lékař informuje příslušnou zdravotní pojišťovnu, která výkon za pacienta uhradí na základě pojištění.

Zdravotní pojišťovnou se zdaleka největším počtem pojištěnců je Všeobecná zdravotní pojišťovna. Jedná se veřejnoprávní instituci s garancí státu. Rozsah péče hrazené pacientům z jejich zdravotního pojištění pro ni pravidelně sestavuje Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Dále v České republice funguje osm veřejnoprávních zdravotních pojišťoven, které operují v systému veřejného zdravotního pojištění.

Seznam českých zdravotních pojišťoven pravidelně aktualizuje Ministerstvo zdravotnictví ČR.

### **1.2.5 Lékárenská péče**

V České republice jsou léky prodávány v lékárnách. Ty jsou zpravidla rozděleny na dvě části, z nichž jedna nabízí pacientům volně prodejné léky (bez lékařského předpisu) a druhá vydává léky na předpis lékaře.

Volně prodejné léky jsou plně hrazeny pacienty, lékárník především upravuje dávkování nebo upozorňuje na nepříznivé účinky.

Léky na předpis mohou být buď zcela hrazeny pacientem, spoluhrazeny pacientem nebo hrazeny zdravotní pojišťovnou. O tom, do jaké skupiny bude konkrétní lék patřit, rozhoduje komise Ministerstva zdravotnictví ČR (35).

## 1.3 Média

### 1.3.1 Média a jejich přehled

Kdyby nebylo informací, neměla by média s čím pracovat. pojem informace pochází z latinského základu slova „*informatio*“ a znamená představu, obrys. Jde o původní sdělení, zprávu, podávanou písemně, ústně nebo jiným způsobem (s pomocí signálů, technických prostředků), od poloviny 20. století obecně vědecký pojem, užívaný v řadě oborů, který znamená:

- Zprávu o nějaké věci nebo situaci, jež se někomu předává
- sdělení těsně spojené s řízením, signály spojené se syntaktickými, sémantickými a pragmatickými charakteristikami (17).

Média představují stále významnější atribut společenského, politického i kulturního života současných společností a podmínku ekonomické úspěšnosti řady odvětví. Pojem média patří mezi nejpoužívanější pojmy současnosti. Sociologové, psychologové, novináři i politici mluví a píší o médiích často a v nejrůznějších souvislostech a významech. Mezi média jako prostředníky informace patří sem především tisk, rozhlas, televize a multimédia. Mediální komunikace představuje ve společnosti velmi významný zdroj zkušeností, prožitků a poznatků pro stále větší okruh příjemců. Média vstupují do soukromého života jedince a vnášejí do něj nebyvalou měrou veřejný rozměr, sdílený s ostatními. Současně se média podílejí na formování podoby veřejného života společnosti a vnášejí do něj řadu prvků ryze intimních. Média současně nabízejí množství neustále se opakujících interpretací našeho života, informují nás o hodnotách, postojích a názorech, které jsou díky mediální komunikaci sdílené s ostatními. Schopnost zpracovat, vyhodnotit a využít podněty, které přicházejí z okolního světa, se stále více rovná schopnosti zpracovat, vyhodnotit a využít podněty, které přicházejí z médií, především z tisku, rozhlasu a televize, ve stále větší míře i z oblasti nových médií jako jsou elektronické deníky a časopisy. Média mají svou existenci a roli zřejmý vliv na chování jednotlivce a společnosti, na životní styl, dokonce i na politické rozhodování, o němž se stále častěji hovoří jako o medializovaném (19).

Tisková média - tisková média jsou nejstarším druhem masových médií, jsou to taková média, která jsou zachycena na hmotném substrátu tiskem. Mezi tisková média patří:

- Periodický tisk: periodickým tiskem se rozumí noviny, časopisy a jiné tiskoviny vydávané pod stejným názvem, se stejným obsahovým zaměřením a v jednotné grafické úpravě nejméně dvakrát v kalendářním roce. Termín noviny se vžil pro označení deníků a zpravodajských periodických tiskovin. Ostatní, obvykle barevná média s delší periodicitou, se obecně nazývají časopisy.
- Neperiodický tisk: jde o rozmnoženiny literárních, vědeckých a uměleckých děl určené k veřejnému šíření, tedy zpřístupnění individuálně neurčenému okruhu osob, a to i šíření zdarma, např. formou rozdávání těchto publikací, které jsou vydávány jednorázově, popřípadě nejvýše jednou ročně.

Tiskový zákon:

V oblasti periodických tiskovin je hlavním regulativem nový Tiskový zákon č. 46/2000 se vztahuje na periodický tisk vydávaný a šířený na území České republiky a upravuje práva a povinnosti vydavatelů a některých dalších fyzických osob v souvislosti s vydáváním periodického tisku. Vymezuje se zde např. co je periodikum - pro potřeby zákona tiskovina vydávaná alespoň dvakrát do roka pod stejným názvem a se stejným obsahovým vymezením a ve stejné grafické úpravě. Kdo odpovídá za obsah periodického tisku: vydavatel, s výjimkou údajů obsažených v reklamě nebo inzerci. V naléhavém veřejném zájmu je vydavatel povinen uveřejnit v periodickém tisku rozhodnutí o nouzovém stavu, o stavu ohrožení státu nebo o válečném stavu (23).

Tiskové a mediální agentury: Nejstarší českou veřejnoprávní mediální agenturou je Česká tisková kancelář. Je to speciální instituce, která působila v oblasti tiskových médií, i když v současné době je její zařazení mezi tisková média spíše přežitkem, neboť poskytuje služby i v dalších oblastech multiplikace, především elektronickou formou. ČTK je instituce zřízená zákonem, je právnickou osobou, která nakládá s vlastním majetkem, jehož základem je majetek převedený u Československé tiskové

kanceláře. Posláním ČTK je poskytovat objektivní a všestranné informace pro svobodné vytváření názorů.

Elektronická média – média, která zajišťují přenos informací svým uživatelům elektronickou cestou. V současné době se přes dominanci rozhlasového vysílání, které se stalo masovým médiem v dvacátých letech minulého století a následný masový rozvoj vysílání televize ve druhé polovině dvacátého století, rozvinul systém elektronických médií do tří základních kategorií – rozhlas, televize a multimédia, především internet jako fenomén elektronické multiplikace. U některých typů elektronických médií (Česká televize, Český rozhlas, Česká tisková kancelář) jsou stanoveny závazné obsahy, které spočívají v poskytování veřejné služby. V České republice se počátkem 90. let v oblasti elektronických médií vyvinul duální systém, což znamená, že vedle sebe existují veřejnoprávní provozovatelé vysílání a soukromí neboli komerční provozovatelé vysílání (38).

### ***1.3.2 Orgány pověřené kontrolou publikovaného obsahu***

V České republice je plně rozvinuta svoboda slova, která je zajištěna Listinou základních práv a svobod. Přesto existují, jako ve všech dalších demokratických státech, orgány pověřené kontrolou publikovaného obsahu – od redakčního zpravodajství a publicistiky až po reklamu. Mezi tyto orgány patří např. Rada České televize, Rada České republiky pro rozhlasové a televizní vysílání, Český telekomunikační úřad.

### ***1.3.3 Média v České republice***

Pojem masové médium - masmédium se užívá jako termín pro veřejný sdělovací prostředek, multiplikovaný masově, s velkým počtem oslovených příjemců. Klasickými masmédii tak historicky byly periodický tisk, rozhlas a televize. V poslední době není pochyb o tom, že jedním z nevlivnějších masmédií se stal internet (24).

Televize – pravidelné televizní vysílání bylo po pokusech z let 1948 a 1953 v České republice zahájeno 25. února 1954. Televize byla v té době pouze státní Československá televize. Jejím nástupcem je dnešní Česká televize, která v současnosti

vysílá na čtyřech programech. Dva z nich jsou klasické analogové (ČT1 a ČT2), dva novější jsou digitální (zpravodajský kanál ČT24 a sportovní ČT4 Sport). Česká republika byla prvním východoevropským státem, který udělil licenci k celostátnímu vysílání soukromé televizi, a to zcela zdarma a téměř bez jakýchkoli podmínek. V roce 1994 byl na základě výběrového řízení odevzdán někdejší první federální program ČT komerční televizi TV Nova a tím byl nastartován rozvoj soukromého televizního vysílání. V roce 1997 pak zahájila své vysílání TV Premiéra, dnešní TV Prima. V současné době vysílají v České republice čtyři celoplošné televizní stanice a přes dvacet regionálních televizních stanic. Největší sledovanost má TV Nova, kterou majoritně vlastní společnost CME.

Česká televize byla zřízena zákonem č. 483/1991 Sb. O České televizi, ve znění pozdějších předpisů. Česká televize je veřejnou institucí provozující televizní vysílání. Jejím hlavním úkolem je tvorba televizních programů a jejich vysílání prostřednictvím pozemních vysílacích zařízení a jiných technických prostředků, a to analogově i digitálně. Česká televize je právnickou osobou, která hospodaří s vlastním majetkem. Stát neodpovídá za závazky České televize, a ta neodpovídá za závazky státu. Česká televize poskytuje službu veřejnosti tvorbou a šířením televizních programů na celém území České republiky, jež nazýváme veřejnou službou v oblasti televizního vysílání.

Hlavními úkoly veřejné služby v oblasti televizního vysílání je zejména poskytování objektivních, ověřených, ve svém celku vyvážených a všestranných informací, přispívání k právnímu vědomí obyvatel České republiky, vytváření a šíření programů a poskytování vyvážené nabídky pořadů pro všechny skupiny obyvatel, rozvíjení kulturní identity obyvatel a výroba a vysílání zejména zpravodajství.

Rozhlas – na území České republiky dnes vysílá 7 celoplošných a 76 regionálních rádií. Na celém území vysílá zpravodajsko-publicistická stanice Českého rozhlasu ČRo1 Radiožurnál, rodinná stanice Českého rozhlasu ČRo Praha, kulturní stanice Českého rozhlasu ČRo Vltava, analyticko-publicistická stanice Českého rozhlasu ČRo 6, komerční stanice zaměřená na aktuální hudební hity a zábavu Evropa

2, komerční stanice zaměřená na hudební hity minulých let a zábavu Frekvence 1, rozhlasová stanice informačně hudebního charakteru Radio Impuls a další **(35)**.

Poslechovost rádií v České Republice je důležitým atributem obliby stanice mezi posluchači. Zjišťuje, kolik posluchačů v daném čase danou stanicí sledovalo. Na první místo se v posledních letech propracovalo Rádio Impuls s denní poslechovostí 1 084 000 posluchačů, na druhém místě Frekvence 1 (954 000), na třetím místě Evropa 2 (931 000) a čtvrté místo obsadil ČRo 1 – Radiožurnál (764 000) **(44)**.

Denní tisk – v oblasti tisku existuje v České republice mnoho vydavatelů periodických i neperiodických titulů. O pozornost čtenářů soupeří 4 hlavní seriózní tituly, a to MF Dnes a Lidové noviny patřící vydavatelství MAFRA, Právo společnosti Borgis a Hospodářské noviny společnosti Economia. V regionech hrají důležitou roli Deníky Bohemia a Deníky Moravia společnosti Vltava-Labe-Press, nejmenší čtenost mají levicově profilované Haló noviny společnosti Futura. Nejvýznamnější distributoři denního tisku v České republice jsou Mediaprint - Kappa a PNS **(35)**.

Bulvární tisk – bulvární noviny obsahují velké titulky a obrázky, zkrácené články, jazyk může být vulgární, výrazně pracuje s emotivními slabikami a výkřiky, jednoduchou větnou skladbou, omezeným slovníkem. Finančně žije z inzerce masových řetězců a statisícových nákladů. Bulvár pracuje ve zpravodajství s aktualitou, kde význam klesá s časem, namísto s informací, kde význam s časem naopak roste. Zprostředkovává pudové emoce (sex, násilí), namísto informací. Pohybuje se na hranici nebo za hranicí etických pravidel, používá model fotografů paparazzi. Pro nákladnost modelu "paparazzi" český bulvár zprávy raději falšuje, finguje nebo konstruuje společně s jejich celebritami. Zjevně také existuje napojení a křížová propagace mezi masovými televizemi a bulvárem v oblasti televizních soutěží, seriálů. Bulvár v českém denním tisku tvoří především Aha, Blesk, Šíp, dříve také Špígl, Super (2001-2002), Impuls (2003-2003). Lze také zařadit tzv. "společenské" časopisy Spy, časopisy pro teenagery Bravo, Bravo Girl, Dívka **(4)**.

Mladá fronta Dnes (MF Dnes) je jeden z nejprodávanějších českých deníků, noviny jsou registrované pod kódem ISSN 1210-1168. Začaly vycházet 1. Zářím 1990 a jsou vydávány denně s výjimkou neděle. Vydání obsahuje regionální přílohu příslušného kraje. Zaměřují se převážně na komentované zpravodajství a tematické přílohy. Denně je prodáno průměrně 258 tisíc výtisků, podle výzkumu Media Projekt čte MF Dnes 1, 07 milionu lidí (viz. tabulka).

Právo (deník) dříve vycházel pod názvem Rudé právo, před sametovou revolucí byl stranickým tiskem Komunistické strany Čech. Deník Rudé právo byl založen roku 1920. V období 1948 – 1989 bylo Rudé právo deníkem s nejvyšším nákladem a sehrávalo klíčovou roli v ideologické propagandě. Podle průzkumu agentur GfK Praha a Median čte v současné době Právo s jeho regionálními mutacemi průměrně 410 tisíc čtenářů (26, 36).

### **Čtenost deníků:**

Tabulka č. 1 Celostátní deníky (v období od 1. 1. 2008 – 17. 12. 2008)

|                    | čtenost   | PN      |
|--------------------|-----------|---------|
| Blesk              | 1 477 000 | 435 505 |
| MF Dnes            | 1 076 000 | 291 711 |
| Právo              | 411 000   | 145 032 |
| Sport              | 338 000   | 64 113  |
| Aha!               | 320 000   | 114 238 |
| Hospodářské noviny | 223 000   | 57 390  |
| lidové noviny      | 220 000   | 70 413  |
| Šíp                | 146 000   | 55 287  |

Zdroj: [www.median.cz](http://www.median.cz)

V tabulce č. 1 a č. 2 je znázorněná čtenost, jde o odhad čtenosti na vydání (počet čtenářů), PN je průměrný prodaný náklad.

Tabulka č.2 Regionální deníky (v období od 1. 1. 2008 – 17. 12. 2008)

|                                     | čtenost   | PN      |
|-------------------------------------|-----------|---------|
| Deník západní Čechy                 | 161 000   |         |
| Deník - Moravskoslezský kraj        | 139 000   |         |
| Deník východní Čechy                | 138 000   |         |
| Deník střední Čechy + Pražský deník | 135 000   |         |
| Deník - Jihomoravský kraj           | 130 000   |         |
| Deník severní Čechy                 | 129 000   |         |
| Deník - Jihočeský kraj              | 126 000   |         |
| Deník střední a východní Morava     | 105 000   |         |
| Deník - kraj Vysočina               | 77 000    |         |
|                                     |           |         |
| Deníky celkem                       | 1 138 000 | 295 307 |

Zdroj: [www.median.cz](http://www.median.cz)

Čtenost – odhad čtenosti na vydání (počet čtenářů), PN – průměrný prodaný náklad. Skupina denního tisku zůstává nadále stabilní a pořadí titulů se dlouhodobě nemění. Nejčtenějším celostátním deníkem je Blesk, následovaný Mladou frontou Dnes a Prámem a na dalším místě je síť regionálních titulů Deníku **(44)**.

Časopisy – dále je vydáváno velké množství časopisů pro všechny skupiny čtenářů, ve spektru jsou zastoupeny jak originální české tituly, tak licenční tituly ze zahraničí. Mezi společenskými týdeníky jsou nejčtenější Rytmus života, týdeník Květy, 21. století, Reflex, MF Plus, Instinkt. Zpravodajským týdeníkem v České republice je Respekt nebo Týden.

Internet – v oblasti internetových vyhledávačů soupeří o přízeň uživatelů internetu několik internetových portálů, mezi nejnavštěvovanější patří Seznam, Centrum, Atlas, iDnes, Volný a Tiscali **(35)**.

Historickým problémem masmédií byla vždy otázka odpovědnosti. S příchodem internetu se charakter této otázky výrazně změnil - zatímco zhruba do konce 20. století

získával jedinec možnost prezentovat své myšlenky v masmédiích na základě výběrových kritérií, resp. vytvoření ekonomicky významné osobní pozice, je dnes přístup do masmédií umožněn širokým vrstvám obyvatel. To na jedné straně rozšiřuje rozsah svobody slova, na druhé straně omezuje možnosti společenských elit usměrňovat vývoj společnosti a usnadňuje šíření nepravdivých, resp. cíleně lživých informací, které mají negativní důsledky pro život jedinců.

Funkce masmédií:

- Orientační a informační funkce – média jsou zdrojem informací a dezinformací; určují priority, o kterých se mluví,
- interpretační funkce – média vykládají souvztažnosti a formují veřejné mínění a manipulují s veřejným míněním; nutí lidem, jak mají informace chápat,
- veřejná kontrola moci pomocí médií - významný nástroj formování politických postojů lidí v autoritativních a totalitních systémech,
- socializační funkce – média předávají informace dalším kulturám a pokolením a výběrem toho, co reprodukuje, ovlivňují kulturu někdy negativně,
- názorotvorná – pomáhá masovému publiku orientovat se v základních otázkách a formovat vlastní názory a postoje,
- zábavná a oddechová, tzv. rekreativní - masmédia nabízejí běžnému člověku zábavu nebo naopak snižují úroveň zábavy, kultura se v nich stává předmětem komerce. Tato funkce se v posledních desetiletích dostává do popředí společně s další funkcí – funkcí komerční, kdy roste význam médií jako nositelů komerční informace (24).

#### **1.3.4. Způsoby studia médií**

Studium médií je mladý obor. Studovat média znamená osvojit si různé metody, jejichž pomocí je možné zkoumat nejrůznější aspekty existence a chování médií a docházet k poznatkům, jejichž platnost je ověřitelná. Studium médií je obor, který má k dispozici svůj soubor již ověřených poznatků a svůj rejstřík metod práce a výzkumu.

Veškerá komunikace, a tedy i mediální, je proces. Chceme-li poznat podstatu a zákonitosti procesu zvaného mediální komunikace, musíme věnovat pozornost:

- Institucím, jež vlastní, řídí a financují média,
- systémům výroby, které sestavují výsledná sdělení,
- kontextu vzniku a nabídky,
- vlastnímu produktu, tedy výslednému sdělení, které je vyrobeno a nabídnuto v distribuci, a významům, jež jsou v něm obsaženy,
- publiku, jež celému produktu přisuzuje nějaký smysl,
- sociálnímu, ekonomickému, politickému a kulturnímu kontextu, v němž je sdělení přijímáno a chápáno.

Studium médií se tedy netýká jen výsledného produktu, vždyť důležitějším než produkt může být v interaktivním procesu mediálního působení spíše efekt, který mediovaná informace zanechá.

V rámci mediálních studií je možné rozlišit na jedné straně metody analýzy médií, na druhé straně metody výzkumu médií. Metodami analýzy médií se rozumí především možné přístupy k vyhodnocení role médií ve společnosti, jejich fungování, popřípadě jejich účinků na příjemce. Metody analýzy médií vypovídají nejvíce o rozdílech ve způsobu myšlení o médiích. Mezi tyto metody analýzy médií patří sémiotická analýza, marxistická analýza, psychoanalytický kriticismus a sociologická analýza. Metody výzkumu médií představují soubory pracovních postupů, jejichž využitím se lze dobrat objektivizovatelných dat **(19)**.

## 2. CÍLE A HYPOTÉZY

Cíle:

Hlavní cíl:

- Zmapovat formy a metody prezentace zdravotní politiky státu v klíčových médiích.

Dílčí cíle:

- a) Analýza zdravotní politiky a její obraz v regionálních médiích.
- b) Analýza strategických dokumentů zdravotní politiky vlády a jejich medializace.

Hypotézy:

- a) Mediální obraz komunikační strategie vlády v oblasti zdravotních reforem byl determinována stranickostí médií.
- b) Regionální média hrají aktivní roli v prosazování zdravotní politiky v kraji.
- c) Implementace cílů strategického dokumentu Zdraví 21 do zdravotních politiky jihočeského regionu je úspěšná.

### 3. METODIKA

#### 3.1 Způsob řešení:

Pro svůj výzkum jsem zvolila kvalitativní metodu – analýzu dat a to sekundární analýzu dat a obsahovou analýzu dat.

Studium dokumentů je klasická metoda, jedná se o analýzu jakýchkoli dokumentů, které nebyly vytvořeny za účelem našeho výzkumu. Dokumentem je chápán jakýkoli způsob zachycení informace na hmotném médiu. Podle tohoto média se dokumenty dělí na tištěné nebo psané na papíře, dokumenty na magnetofonových páscích, na videozáznamech či fotografiích. Obsahová analýza dokumentů je kvantitativní. Za dokumenty lze používat úřední statistiky, novinové články, osobní deníky, telefonní účty, plakáty, letáky, studie atd.

Podle personifikace (vztahu ke konkrétní osobě) dělíme dokumenty na osobní (dopisy, deníky, memoáry apod.) a neosobní (statistiky, úřední dokumenty, zprávy apod.). Podle statusu pramene lze dokumenty dělit na oficiální (úřední) - ty bývají závazné, mnohdy kontrolované či jiným způsobem objektivizované, patří sem zákony, vyhlášky, nařízení, úřední statistické prameny, dále neoficiální - ty mívají zpravidla vyšší míru subjektivity (reklamní letáky). Posledním typem dělení je dělení podle pramene informací na primární (prvotní). Ty jsou bezprostředním záznamem událostí situace, nálady, dojmu, názoru, chování atd., pocházejí od prvních aktérů nebo svědků jevů, které zachycují např. osobní dokumenty (rodné listy), chorobopisy, soudní protokoly, znalecké posudky, osobní či úřední korespondence atd. Sekundární (druhotné) jsou v podstatě již zpracované prvotní prameny např. biografie, různé statistické zprávy, zprávy o zdravotním stavu části populace, o průběhu určitých epidemií.

Důležitým krokem v práci s dokumenty je stanovení jejich hodnověrnosti. Nejvýznamnějším pravidlem je rozlišení popisu událostí a jejich hodnocení.

Vždy, než začneme uvažovat o opatření si dat, podíváme se, zda již neexistují v hotové podobě, aby nedošlo k tomu, že naše práce už je jednou zpracovaná **(1)**.

Obsahová analýza médií poskytuje informace o mediálním obrazu zkoumaného tématu, zkoumá frekvenci, valenci, intenzitu a kontingenci mediálních sdělení na dané téma ve vybraných médiích. Metoda umožňuje kvantifikovat základní trendy a srovnávat prezentaci definovaných témat v jednotlivých typech médií. Efektivitu užití této analýzy je možné zvýšit prostřednictvím kvalitativní obsahové analýzy, jež nabízí detailnější interpretaci procesu mediální konstrukce ve vztahu k daným problémům **(31, 32)**.

Základní princip obsahové analýzy spočívá v tom, že si výzkumník vymezí reprezentativní vzorek nějakého typu mediovaných sdělení (např. noviny), pojmenuje jeho jednotlivé části či prvky a pak spočítá, kolik se mu ocitlo položek pod jednotlivými pojmenováními. Lze například dojít k tomu, kolik procent z celkového počtu stránek zabírá určité téma. Obsahová analýza je velmi dobře rozpracovanou metodou, která má několik etap, a to pojmenování sledovaných položek, přiřazování jednotlivých prvků pod tyto položky. Přesto platí, že se jedná o metodu, která dovoluje dosti přesně popsat zkoumaný materiál, vymezit proporce mezi jeho jednotlivými aspekty **(19)**.

### **3.2 Charakteristika souboru**

Zkoumaným souborem jsou data získaná z tiskových médií hlavně z Mladé fronty Dnes, Práva a Českobudějovického deníku, doplňující data jsou z ČTK.

Dalším souborem jsou data získaná z internetových zdrojů.

#### 4. VÝZKUM

Ve své práci jsem se zabývala několika cíly, jako první jsem se pokusila zmapovat formy a metody prezentace zdravotní politiky státu v klíčových médiích, kdy smyslem mé práce je ukázat některá relevantní zjištění týkající se prezentace zdravotní politiky v médiích pomocí sekundární analýzy dat z vybraných deníků. Celkem jsou uvedeny výsledky několika šetření. První šetření je na základě kvantity informací z oblasti zdravotní politiky prezentované v denících, k porovnání jsem zvolila Mladou frontu Dnes a Deník Právo. Druhá část výzkumu je na stejném principu jako první jen je zaměřena na regionální deníky a to Českobudějovický Deník a příloha MF Dnes – Jižní Čechy. Třetí část je věnovaná strategickým dokumentům zdravotní politiky a jejich medializaci.

##### ***1.1. Cíl č.1 : Zmapovat formy a metody prezentace zdravotní politiky státu v klíčových médiích***

Mladou frontu Dnes a Právo jsem vybrala jako stěžejní a nejčtenější seriózní deníky v České republice. Mladá fronta Dnes je na druhém místě se čteností 1 076 000 čtenářů a Právo na třetím se čteností 411 000. Obecně platí, že publikem Práva jsou spíše levicově smýšlející čtenáři, publikem Mladé fronty Dnes spíše středoví a pravicově smýšlející čtenáři s vyšším vzděláním a v aktivním věku.

Mým cílem bylo zjistit, jakým způsobem je prezentována zdravotní politika státu. Záměrně jsem si zvolila období před krajskými a senátními volbami a období po volbách, tedy období od 1. 9. 2008 do 30. 11. 2008. Toto časové období se v politické a mediální rovině zabývalo druhou částí zdravotní reformy, hlavně zdravotními zákony (zákon o zdravotních službách, specifické zdravotní služby, záchranná zdravotní služby a novela zákona o veřejném zdravotním pojištění). Předvolební období jsem zvolila z důvodu volebních kampaní a slibů stran, které problematiku zdravotní politiky v tomto kontextu využívají, ostatně různé pohledy na prosazování názorů na téma zdravotních reforem bylo hlavním důvodem a determinantem výsledků voleb. Předvolební kampaně politických stran byly na tématice zdravotních reforem postaveny a i konečné výsledky voleb byly ovlivněny právě zdravotní politikou.

Proto jsem se ve své práci snažila zkompletovat a zanalyzovat problematiku nejen zdravotních reforem, ale i zdravotnictví a zdravotní politiky jako celek. Hodnotila jsem jak témata, tak i frekvenci uvedených redakčních článků, interview a politických inzercí. Analyzovaná data jsem rozdělila do několika skupin, podle tématu, kterým se zabývala. Témata týkající se zdravotní politiky jsem rozdělila do následujících okruhů:

- 1) Reforma zdravotnictví a vše co se jí týká - regulační poplatky, změna zdravotnických zákonů (zákon o zdravotních službách, o specifických zdravotních službách, o záchranné službě a o veřejném zdravotním pojištění) a ostatní, kam jsem zařadila zbývající zmínky o reformě)
- 2) Lékaři, léky – názory a postoje lékařů, zmínky o lécích a léčivech, jejich ceny a podobně.
- 3) Zdravotní pojišťovny
- 4) Stav nemocnic – personál, vybavení nemocnic, rekonstrukce nemocnic, ZZS, finanční situace nemocnic
- 5) Nemoci – aktuální situace a stav nemocí (žloutenka, klíšťová encefalitida, lymeská borrelióza, černý kašel, salmonelóza, atd.)
- 6) Zdraví obecně – prevence, očkování, inzerce, akce města, atd.)
- 7) Drogová epidemiologie – léčebny, drogová situace v ČR, drogy.

### **Samostatné téma - volby:**

Jedním z hlavních témat byly samozřejmě volby a předvolební kampaně, které se vyskytovaly téměř v každém výtisku jak v Mladé frontě, tak v Právu. Rozdíl v prezentaci předvolební kampaně byl dán stranickostí médií, kdy Mladá fronta poskytovala více prostoru prezentaci kampaně ODS a Právo jednoznačně ČSSD. Samozřejmě inzerce v tisku je placenou službou, takže množství inzercí je na volbě politických stran.

Volební kampaně – inzerce a další formy propagace stran, kde se zmiňuje zdravotní politika. Tento okruh jsem hodnotila zvlášť, protože by výsledky o frekvenci prezentace zdravotní politiky mohly být zavádějící z důvodu častých zmínek reformních

kroků v inzercích jednotlivých stran, zejména pak negativní kampaň ČSSD, která svoji volební kampaň na tématice zdravotní politiky postavila. Zatímco Mladá fronta Dnes dávala větší prostor ODS, hlavně v příloze Jižní Čechy, kdy v předvolebním čase byl vymezený prostor pro inzerci ODS v každém výtisku, ostatní strany byly omezeny. Opačně se projevilo Právo, kde tomu bylo přesně naopak – preferovalo ČSSD, respektive zadavatelé politické inzerce této strany preferovali Právo jako nosič, který má mezi potenciálními voliči ČSSD největší afinitu. Co se týče tématu zdravotní politiky, tak tím ČSSD nešetřila, hesla kampaně jako „zrušíme poplatky u lékaře, zastavíme privatizaci – lidské zdraví není kšeft, destrukce zdravotnictví podle ODS, ODSouzení k reformě - ODS a další.

Jako první jsem hodnotila Mladou frontu Dnes, kde jsem analyzovala všechny výtisky za září, říjen a listopad, což je celkem 76 výtisků a zaznamenávala jsem všechny zmínky, redakční články, zprávy, komentáře, názory, rozhovory a inzerce týkající se zdravotní politiky v daném měsíci. Stejně jsem postupovala i s deníkem Právo. Jak je patrné z následujících tabulek, co se frekvence prezentace zdravotní politiky týče, je na tom Mladá fronta Dnes lépe než Právo.

Měsícem, ve kterém se o zdravotní politice nejvíce hovořilo se stalo září (předvolební měsíc).

Nejdiskutovanějším tématem byla reforma zdravotnictví.

Nejčastější forma prezentace zdravotní reformy byly články a rozhovory s politiky, hlavně s Tomášem Julínkem (v té době ministr zdravotnictví), Tomášem Cíkrtem (mluvčí MZ) a dalšími.

Dalším silným tématem byly infekce v České republice, hlavně pak virová hepatitida A, která v dané době stěžovala situaci hlavně ve středních Čechách, dále stav dalších infekčních onemocnění v České republice.

Zvolila jsem pro přehlednost formu tabulek a grafů. Snažila jsem se zachytit nejdůležitější témata, která se ve sledovaném období objevila. Nejde seřadit okruhy podle důležitosti, protože každé téma má svoji váhu. Čísla v tabulkách znamenají kolikrát bylo dané téma v měsíci zmíněno. V kapitole Diskuze pak rozebírám nejstěžejnější momenty, které je třeba zmínit.

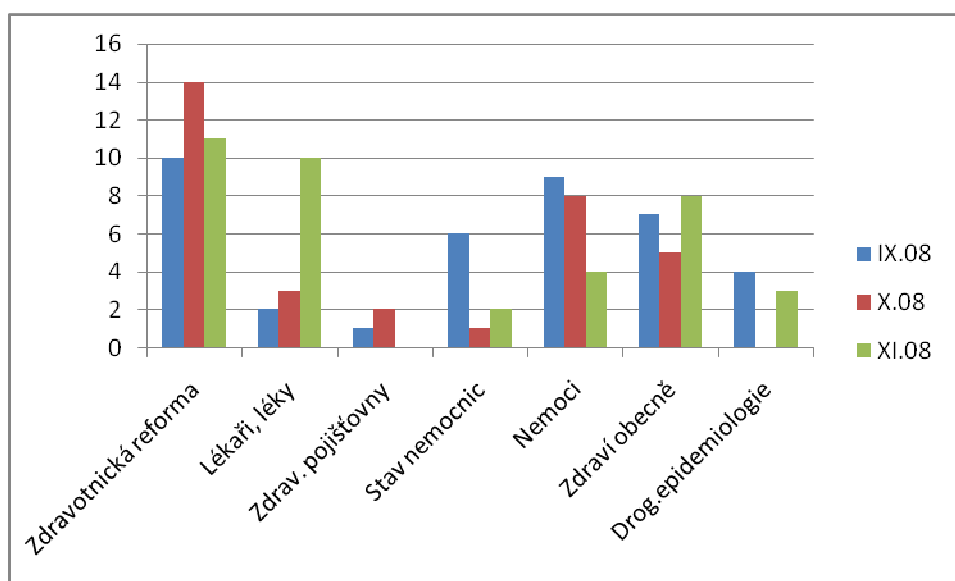
## Mladá fronta Dnes:

Tabulka č. 3

|                      | IX.08 | X.08 | XI.08 | celkem |
|----------------------|-------|------|-------|--------|
| Zdravotnická reforma | 10    | 14   | 11    | 35     |
| Lékaři, léky         | 2     | 3    | 10    | 15     |
| Zdrav. pojišťovny    | 1     | 2    | 0     | 3      |
| Stav nemocnic        | 6     | 1    | 2     | 9      |
| Nemoci               | 9     | 8    | 4     | 21     |
| Zdraví obecně        | 7     | 5    | 8     | 20     |
| Drog.epidemiologie   | 4     | 0    | 3     | 7      |
| celkem               | 39    | 33   | 38    | 110    |

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 1



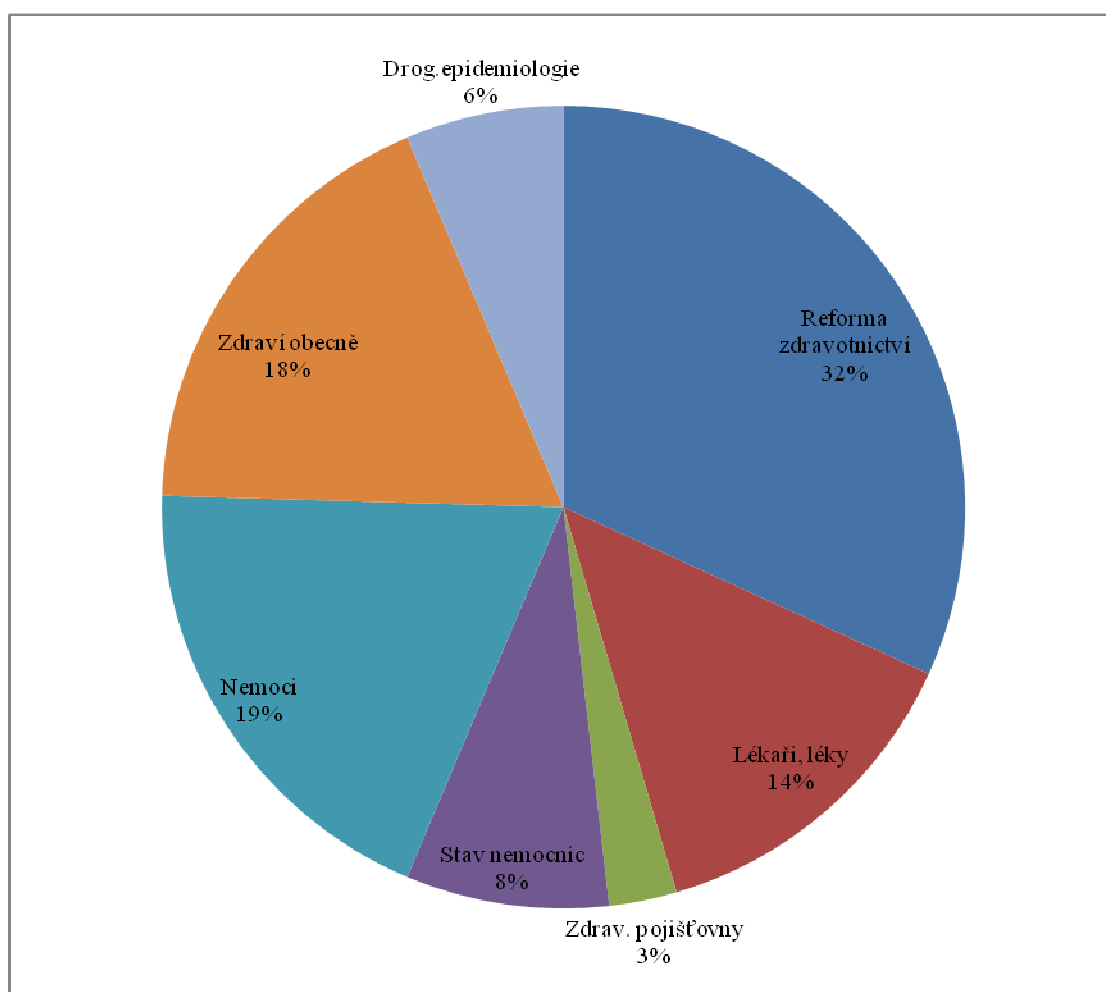
Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 3 a graf č. 1 znázorňují jednotlivé okruhy zdravotní politiky podle četnosti zmínek (článků, inzercí či rozhovorů) v daném měsíci za září, říjen a listopad. Nejvíce zmiňovaným tématem je zdravotnická reforma s celkovým počtem 35 zmínek, z toho nejčastěji se o této problematice psalo v říjnu, usuzují, že je tomu tak z důvodu

říjnového termínu voleb, nejméně pak bylo zmiňováno téma týkající se zdravotních pojišťoven.

Graf č. 2

Mladá fronta Dnes – sledované období celkově



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu č. 2 jsem znázornila četnost témat zdravotní politiky jako celek za všechny tři měsíce, jak je patrné největší podíl tvoří zdravotnická reforma 32 %, dále stav infekcí 19 %, zdraví obecně tvoří 18 %, téma lékaři a léky 14 %, stav nemocnic 8 %, drogová epidemiologie 6% a téma zdravotních pojišťoven tvoří 3 % z celkového počtu článků týkajících se zdravotní politiky.

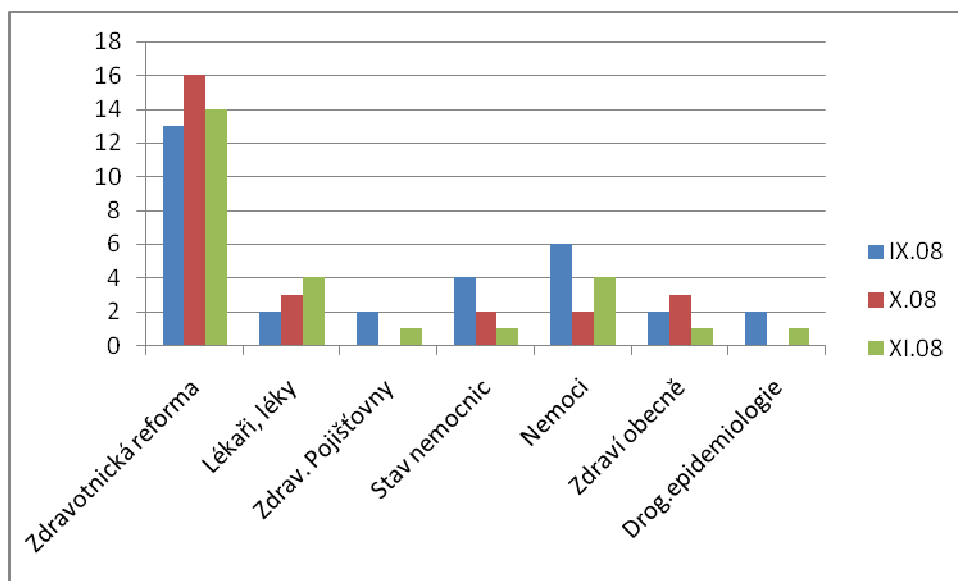
## Deník Právo:

Tabulka č. 4

|                      | IX.08 | X.08 | XI.08 | celkem |
|----------------------|-------|------|-------|--------|
| Zdravotnická reforma | 13    | 16   | 14    | 43     |
| Lékaři, léky         | 2     | 3    | 4     | 9      |
| Zdrav. Pojišťovny    | 2     | 0    | 1     | 3      |
| Stav nemocnic        | 4     | 2    | 1     | 7      |
| Nemoci               | 6     | 2    | 4     | 12     |
| Zdraví obecně        | 2     | 3    | 1     | 6      |
| Drog.epidemiologie   | 2     | 0    | 1     | 3      |
| celkem               | 31    | 26   | 26    | 83     |

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 3



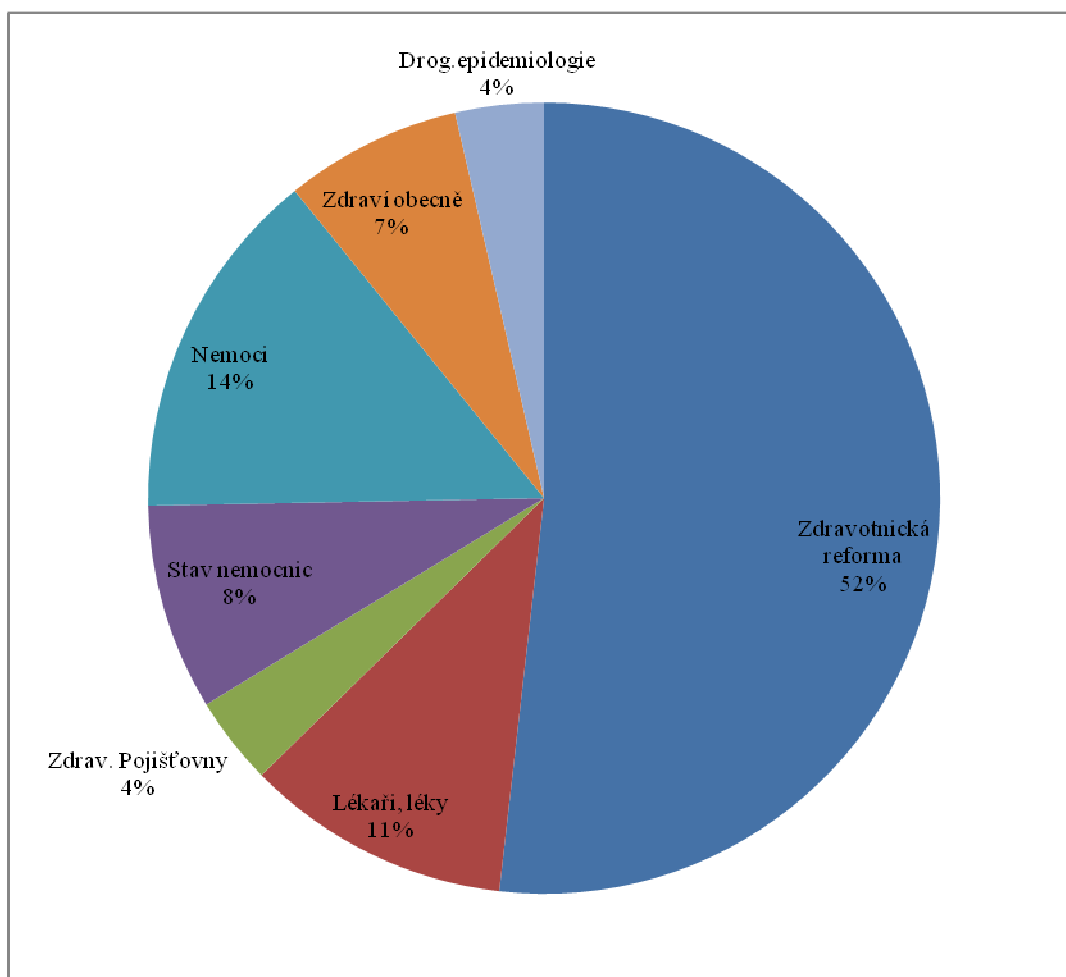
Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 4 a graf č. 3 taktéž znázorňují jednotlivé okruhy zdravotní politiky podle četnosti zmínek (článků, inzercí či rozhovorů) v daném měsíci za září, říjen a listopad. Jak je patrné z tabulky a grafu, tak v deníku Právo je menší počet zmínek o

zdravotní politice, s výjimkou zmínek o zdravotnických reformách, které svým počtem 43 článků převyšuje MF Dnes, ale v ostatních okruzích je to slabší než MF Dnes.

#### Graf č. 4

##### Právo – sledované období celkově



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu č. 4 jsem znázornila opět četnost témat zdravotní politiky jako celek za všechny tři měsíce, jen pořadí je trochu jiné: Největší podíl tvoří zdravotnická reforma 52 %, dále stav infekcí 14 %, téma lékaři a léky 11 %, stav nemocnic 8 %, zdraví obecně tvoří 7 %, drogová epidemiologie 4 % a téma zdravotních pojišťoven tvoří také 4 % z celkového počtu článků týkajících se zdravotní politiky.

## **1.2. Cíl č. 2 : Analýza zdravotní politiky a její obraz v regionálních médiích**

Stav zdravotní politiky v Jihočeském kraji jsem pojala ze dvou pohledů. Za první jsem zvolila stejný postup jako v cíli 1, a to analýzu sekundárních dat z regionálních deníků. Použila jsem pro výzkum Českobudějovický Deník a přílohu MF Dnes - Jižní Čechy. Zkoumané období je stejné jako u celostátních deníků od 1. 9. 2008 do 31. 11. 2008. Výsledek mého průzkumu je následující : Opět jsem rozdělila zmíněná témata do skupin podle tématu a zaznamenávala jejich frekvenci a souvislost se zdravotní politikou. Okruhy témat jsou stejné jako v cíli č. 1:

- 1) Reforma zdravotnictví a vše co se jí týká - regulační poplatky, změna zdravotnických zákonů (zákon o zdravotních službách, o specifických zdravotních službách, o záchranné službě a o veřejném zdravotním pojištění) a ostatní, kam jsem zařadila zbývající zmínky o reformě)
- 2) Lékaři, léky – názory a postoje lékařů, zmínky o lécích a léčivech, jejich ceny a podobně
- 3) Zdravotní pojišťovny
- 4) Stav nemocnic – personál, vybavení nemocnic, rekonstrukce nemocnic, ZZS, finanční situace nemocnic
- 5) Nemoci – aktuální situace a stav nemocí (žloutenka, klíšťová encefalitida, lymeská borrelióza, černý kašel, salmonelóza, atd.)
- 6) Zdraví obecně – prevence, očkování, inzerce, akce města, atd.)
- 7) Drogová epidemiologie – léčebny, drogová situace v ČR, drogy.

Následující tabulka a graf ukazují, že v Jihočeském kraji byl nejčastějším tématem stav infekcí. A to zejména infekce způsobené klíšťaty (klíšťová encefalitida, lymeská borrelióza), které mají každoročně v Jihočeském kraji vysoký výskyt a ve sledovaném období stále narůstal. Dále byla zmiňovaná virová hepatitida A, výskyt tuberkulózy v Jihočeském kraji, chřipka a další. Také se v regionálních médiích více zmiňoval aktuální stav nemocnic a jejich personálu oproti celostátním deníkům. Samozřejmě byla neopomenutelným tématem také reforma zdravotnictví, jež byla

nejvíce diskutovaná v krajských volbách, což bylo důsledkem výsledků voleb. Po výhře ČSSD se hodně diskutovalo o tom jak se budou řešit právě regulační poplatky.

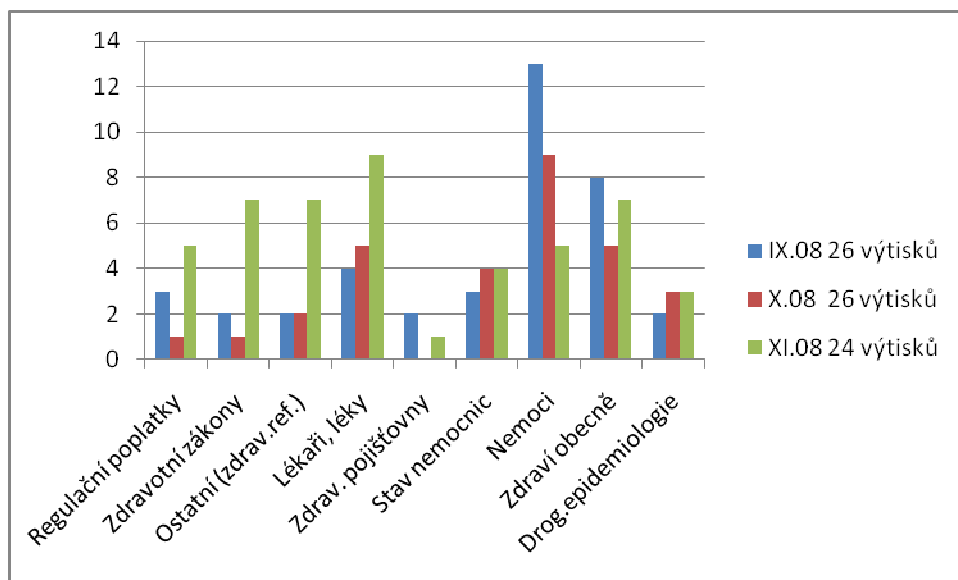
### Českobudějovický Deník:

Tabulka č. 5

|                      | IX.08<br>26<br>výtisků | X.08<br>26<br>výtisků | XI.08<br>24<br>výtisků | Celkem |
|----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|--------|
| Regulační poplatky   | 3                      | 1                     | 5                      | 9      |
| Zdravotní zákony     | 2                      | 1                     | 7                      | 10     |
| Ostatní (zdrav.ref.) | 2                      | 2                     | 7                      | 11     |
| Lékaři, léky         | 4                      | 5                     | 9                      | 18     |
| Zdrav. pojišťovny    | 2                      | 0                     | 1                      | 3      |
| Stav nemocnic        | 3                      | 4                     | 4                      | 11     |
| Nemoci               | 13                     | 9                     | 5                      | 27     |
| Zdraví obecně        | 8                      | 5                     | 7                      | 20     |
| Drog.epidemiologie   | 2                      | 3                     | 3                      | 8      |
| celkem               | 39                     | 30                    | 48                     | 117    |

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 5



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulky č. 5, 6 a grafy č. 5, 6 znázorňují frekvenci zmiňovaných témat týkající se zdravotní politiky v Jihočeském kraji (Českobudějovický Deník a příloha Mladé Fronty Dnes).

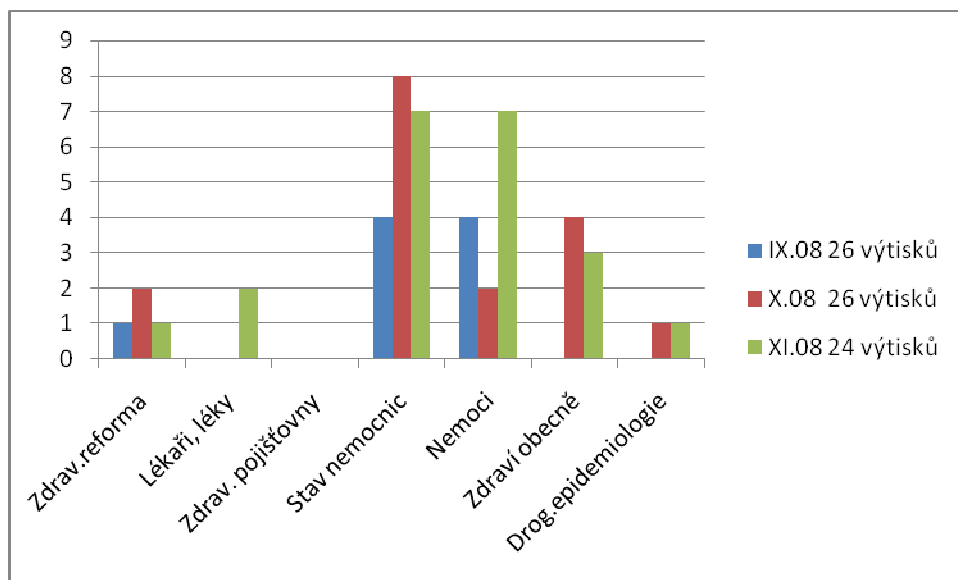
### **Příloha Mladé fronty Dnes – Jižní Čechy:**

Tabulka č. 6

|                    | IX.08<br>26<br>výtisků | X.08<br>26<br>výtisků | XI.08<br>24<br>výtisků | Celkem |
|--------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|--------|
| Zdrav.reforma      | 1                      | 2                     | 1                      | 4      |
| Lékaři, léky       | 0                      | 0                     | 2                      | 2      |
| Zdrav. pojišťovny  | 0                      | 0                     | 0                      | 0      |
| Stav nemocnic      | 4                      | 8                     | 7                      | 19     |
| Nemoci             | 4                      | 2                     | 7                      | 13     |
| Zdraví obecně      | 0                      | 4                     | 3                      | 7      |
| Drog.epidemiologie | 0                      | 1                     | 1                      | 2      |
| celkem             | 9                      | 17                    | 21                     | 47     |

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 6



Zdroj: Vlastní výzkum

Jak ukazují tabulky č.5 a 6 a grafy č. 5 a 6 tak Českobudějovický Deník je na tom, co se zmínek o zdravotní politice týče lépe než příloha MF Dnes Jižní Čechy. Množství informací je dáno rozsahem daných tiskovin. Českobudějovický Deník se nejvíce zabýval problematikou infekcí (epidemie žloutenky a informace s ní související, narůstající stav klíšťové encefalitidy a chřipky), stavem jihočeských nemocnic zejména pak nedostatkem personálu hlavně zdravotních sester, problematikou nemocnice v Dačicích, rekonstrukcí nemocničních areálů za peníze získané z Evropské unie a dalšími tématy týkající se názorů lékařů na zdravotnickou reformu, poplatky apod.

Největším tématem v příloze MF Dnes Jižní Čechy byl stav nemocnic v Jihočeském kraji (kauza nemocnice ve Vimperku, rekonstrukce a modernizace nemocnic v Českých Budějovicích a ve Strakonici, akce jihočeských nemocnic - dny otevřených dveří v Písku a ve Strakonici, problematika nemocnice v Dačicích atd.). Dalším tématem byly infekce v Jihočeském kraji (klíšťová encefalitida, epidemie virové hepatitidy A, chřipka apod.), reforma zdravotnictví už v příloze není tolik zmiňovaná, jelikož se jí většinou zabývala hlavní část deníku.

Dále nesmím opomenout přílohu Českobudějovického Deníku - Jihočeské noviny, které vycházejí jednou měsíčně a které připravoval Krajský úřad Jihočeského kraje. V září se příloha zmiňovala o transformaci jihočeských nemocnic z příspěvkových organizací na akciové společnosti, o otevření nových lůžkových částí a oddělení v českobudějovické nemocnici. V říjnu zde byl článek o stavbě nového dětského oddělení, na které získala nemocnice 288 milionů korun z Evropské unie. Listopadu byly uvedeny další informace o stavbě nového dětského oddělení a byl zde také jako v jediné novině, jež jsem analyzovala, článek o strategických dokumentech, kterými se zabývám v následující kapitole, týkající se strategického dokumentu Program rozvoje Jihočeského kraje na období do roku 2013, jenž byl dopracován a schválen v průběhu roku 2008.

Druhý pohled jsem věnovala právě krajským volbám, jejichž výsledek zdravotní politiku v kraji hodně změnil.

### **Krajské volby 2008 (Jihočeský kraj):**

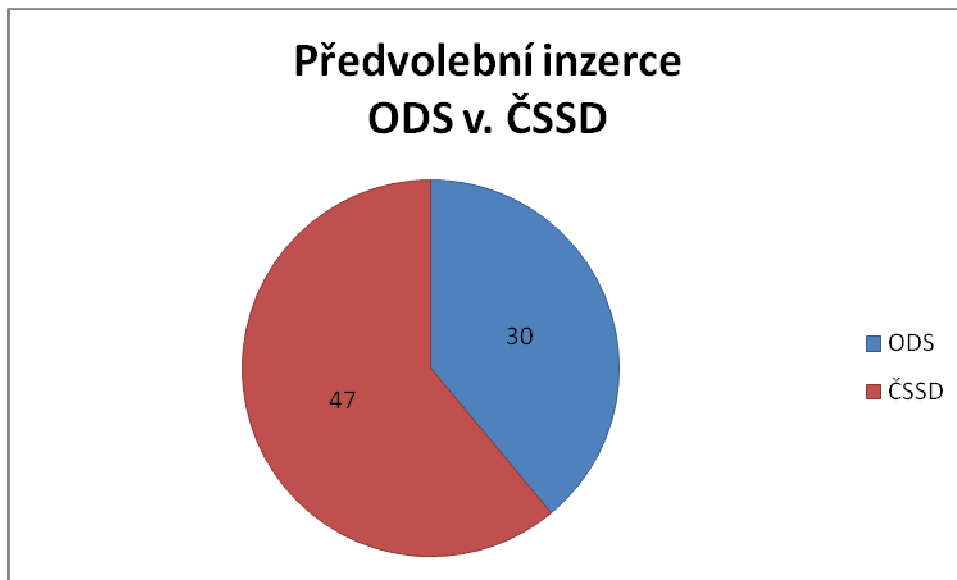
Občanští demokraté oslovují podnikatele a živnostníky, sociální demokraté rodinu. Lidovci apelují na tradiční hodnoty a sdružení nezávislých kandidátů sází na úspěchy v komunální politice. I tak by se daly shrnout volební programy stran ucházejících se o posty ve vedení Jihočeského kraje. Celkem si dnes a zítra obyvatelé regionu mohou vybírat ze třinácti kandidátek. Heslem Pojďme společně dál se ve svých materiálech prezentuje ODS. Mezi hlavní priority zařadila čerpání prostředků z evropských fondů a dostavbu Jaderné elektrárny Temelín. Slibuje dokončení dálnice D3 a opravy krajských silnic. Volební program občanských demokratů se zaměřuje i na podporu tradičních průmyslových odvětví, která využívají místní suroviny, a také na tradiční podnikání, jako je rybářství nebo lesnictví. Pod mottem Jihočeské hodnoty nabízí ze všech soupeřících stran podnikatelům nejvíce.

Konkurenční ČSSD zaměřila svou kampaň především na lidi nespokojené se současnou vládou. Při přesvědčování voličů použila negativní kampaň, tedy napadání ODS. Nejvíce apeluje na rodinu, vzdělání a zdravotnictví. Mezi jejími hesly se objevila například věta: Zasloužíte si víc, Jihočeši nebo Dostatek mateřských škol. Nejvíc útočila ČSSD, ta se v lidech snaží vzbudit obavy z takzvané reformy veřejných financí. Patrně nejvíce oslovuje rodiny s malými dětmi a seniory. Sociální demokraté upozorňují například na problémy nemocnice v Dačicích. Jedním z jejich největších slibů je odpuštění některých poplatků za zdravotnickou péči. ČSSD trvá i na rozšíření kapacity mateřských škol a jeslí. **(17.10.2008 - Lenka Zimmerlová MF Dnes)**

V Českobudějovickém Deníku byly častěji inzerce ČSSD než ODS a ostatních stran. Kampaň ČSSD měly formu celostránkové inzerce, kde se pokaždé zabývala jinou problematikou týkající se reformy (zdravotnická, finanční) např. forma ankety, kdy se občanů ptali: co chybí našemu zdravotnictví?

Graf č. 7

Předvolební inzerce:



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 7 znázorňuje přehled počtu předvolebních inzercí v Českobudějovickém Deníku, uvedla jsem jen strany ODS a ČSSD z důvodu nejsilnějších politických stran v Jihočeském kraji. ODS měla 30 inzercí a ČSSD 47 inzercí ve sledovaném období.

### ***1.3. Cíl č. 3 : Analýza strategických dokumentů zdravotní politiky vlády a jejich medializace***

Analyzovat strategické dokumenty zdravotní politiky je velmi obtížné z důvodu jejich nedostatečné medializace. Vláda téměř nevyužívá médií k šíření strategických dokumentů zdravotní politiky. Práce s těmito dokumenty je mizivá, dokonce se dá říci, že nulová. Po analýze dat z Mladé fronty Dnes, Práva a Českobudějovického Deníku jsem zaznamenala jeden článek o strategickém dokumentu týkajícího se zdravotní politiky a to článek o Krajském fóru na podporu Akčního plánu, který byl uveden v Mladé frontě Dnes a jeden článek týkající se strategického dokumentu Program rozvoje Jihočeského kraje na období do roku 2013, jenž byl dopracován a schválen v průběhu roku 2008. Další informace, která se týkala strategických dokumentů, byla prezentována formou inzerce, kde byl odkaz na internetové stránky strategických

dokumentů, které jsou - [www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz). Na těchto webových stránkách je stručný přehled a výčet strategických dokumentů, které zřizuje evropský sociální fond v České republice. Hlavním zdrojem informací týkající se strategických dokumentů zdravotní politiky jsou tedy především internetové stránky.

Pro stručný přehled zde uvádím jeden ze strategických úkolů Evropského regionu, jenž se zabývá zdravotní politikou. Strategické úkoly Evropského regionu jsou stanoveny střednědobým plánem na roky 2008-2013, který byl přijat Evropským zdravotnickým shromážděním v květnu 2007. Jsou to tyto úkoly:

- omezit zdravotní, sociální a ekonomické důsledky přenosných nemocí;
- bojovat proti HIV/AIDS, tuberkulóze a malárii;
- předcházet onemocněním, invaliditě a předčasným úmrtím způsobovanými chronickými infekčními nemocemi, duševními poruchami, násilím a úrazy;
- omezit nemocnost i úmrtnost a zlepšit zdraví během hlavních životních etap, a to v těhotenství a porodu, v novorozeneckém období, v dětství a dospívání, zlepšit sexuální a reprodukční zdraví a podporovat aktivní a zdravé stárnutí všech lidí;
- omezit zdravotní, sociální a ekonomické důsledky pohrom, katastrof, krizí a konfliktů;
- podporovat a rozvíjet zdraví lidí a snižovat vliv rizikových faktorů ohrožujících zdraví, jako je kouření, alkohol, drogy a další psychoaktivní látky, nezdravá dieta, sedavý způsob života a nebezpečný sex;
- věnovat pozornost základním sociálním a ekonomickým determinantám zdraví prostřednictvím opatření a programů, které posilují spravedlnost ve zdraví a jsou zaměřeny na znevýhodněné skupiny osob, usilují o vyrovnávání rozdílů mezi muži a ženami a plně respektují základní lidská práva;
- vytvářet a rozvíjet zdravé životní prostředí, posilovat primární prevenci a vliv veřejné politiky ve všech rezortech, a tím postihovat základní příčiny vedoucí k nezdravému životnímu prostředí;

- zvyšovat bezpečnost potravin a zlepšovat výživu během celého životního cyklu, zlepšovat zdraví veřejnosti a podporovat trvale udržitelný rozvoj;
- zlepšovat zdravotnické služby prostřednictvím lepšího vedení, financování, personálního zabezpečení a řízení, které vychází z ověřených poznatků a soustavného výzkumu;
- zlepšit dostupnost kvalitních léků a moderní medicínské technologie;
- vést, rozvíjet partnerství a spolupráci s členskými zeměmi, s organizacemi pracujícími v rámci OSN a dalšími zainteresovanými stranami s cílem naplnit mandát SZO a zlepšovat zdraví lidí v globálním měřítku v souladu s 11. plánem SZO;
- udržovat a rozvíjet SZO jako flexibilní organizaci, která se dovede stále učit a zdokonalovat a která svůj mandát dovede naplňovat s rostoucí účinností a hospodárností (15).

#### ***4.4 Hypotéza č. 1 : Komunikační strategie vlády v oblasti zdravotních reforem byla determinována stranickostí médií.***

Současná politika je založena na manipulaci veřejného mínění, přičemž součástí je snaha ovlivnit co nejvíce obraz té či oné strany ve sdělovacích prostředcích. Zkoumaná média – Mladá fronta Dnes a Právo jsou zástupci opačného stranického přesvědčení. Mladá fronta Dnes se prohlašuje za neutrální, ale bývá jí přisuzováno pravicové nebo konzervativní zaměření, názorová spřízněnost některých komentátorů s ODS. Zatímco Právo se profiluje jako levicově orientovaný deník a je považováno za noviny blízké sociální demokracii.

Volební období bylo ve znamení předhánění a útočení, hlavním argumentem se stala zdravotní politika, především pak regulační poplatky. Občanští demokraté oslovovali podnikatele a živnostníky, zatímco sociální demokraté rodinu.

Stranickost médií se projevila v tom, jakým způsobem byly publikovány články týkající se stejné věci v různých médiích. Rozdíly byly dány tím jaké psaly noviny redakční články, zprávy, komentáře, názory, a také tím jakou měly inzerci, jejíž četnost

a rozsah závislý na to jak si to zajistí podavatelé inzerce a ti jí dávají tam, kde samozřejmě cítí, že osloví lépe cílovou skupinu, ale je to jenom jedno z kritérií, protože potřebují utvrdit, ty, u nichž předpokládají, že je budou volit, ale také oslovit nevoliče, představit se a eventuelně získat nové voliče.

#### ***4.5 Hypotéza č.2 : Regionální média hrají aktivní roli v prosazování zdravotní politiky v kraji***

Po analýze Českobudějovického Deníku a Regionální přílohy Mladé fronty Dnes se ukázalo, že regionální média nehrají aktivní roli v prosazování zdravotní politiky v kraji, a že krajský úřad nevyužívá média k šíření a prosazování zdravotní politiky tak, jak by mohl. V příloze Českobudějovického Deníku – Jihočeských novinách (dříve Hejtmanské listy), které vycházejí jednou měsíčně, nebylo mnoho informací o zdravotní politice v kraji, je článek týkající se strategického dokumentu Program rozvoje Jihočeského kraje na období do roku 2013, jenž byl dopracován a schválen v průběhu roku 2008. V této příloze dále byly zmínky o Českobudějovické nemocnici a jejím získání dotací z Evropské unie na stavbu nového dětského oddělení.

Jaký je stav zdravotní politiky v kraji, jaké jsou aktuální dokumenty a kde a jakým způsobem jsou prezentovány, jsem se dozvěděla po konzultaci s vedoucím Odboru sociálních věcí a zdravotnictví panem Mgr. Petrem Studenovským, který mi poskytl informace o níže uvedených dokumentech.

Široká veřejnost se o prosazování a šíření zdravotní politiky v regionálních médiích mnoho nedoví. Medializace zdravotní politiky kraje je prezentována hlavně na webových stránkách kraje, nebo formou informačních letáků a brožur, které nalezneme na Krajském úřadě. Mně se dostaly k dispozici informační brožury, které vydává Jihočeský kraj s přispěním Grantového programu v rámci Akčního plánu Programu rozvoje Jihočeského kraje, téma brožur se zabývá hlavně sociálními službami. Dále pak letáčky státního zdravotního ústavu o Škole podporující zdraví apod.

### **Dokumenty týkající se zdravotní politiky v Jihočeském kraji:**

Zdravotní plán Jihočeského kraje - jde o dokument, který je potřebný v souvislosti s koncepčním řízením resortu zdravotnictví. Pracovní skupina lidí, která na tomto plánu spolupracuje se zabývá následujícími okruhy:

- 1) Zhodnocení demografického a populačního vývoje
- 2) Zhodnocení zdravotního stavu populace Jihočeského kraje
- 3) Přehled stávající sítě zdravotnických zařízení
- 4) Počet pracovníků ve zdravotnictví
- 5) Technický stav zdravotnických zařízení
- 6) Ekonomické ukazatele
- 7) Geografická situace a dopravní obslužnost
- 8) Vývoj lůžkového fondu v období 1990 – 2002

Momentálně tato verze z roku 2004 není aktualizovaná a není ani vyvěšena na webových stránkách kraje. Aktualizace a změna Zdravotního plánu se plánuje nejdříve k 1. 1. 2010 – uvedl Mgr. Studenovský.

Dále mě odkázal na internetové stránky kraje, na Odbor sociálních věcí a zdravotnictví, kde jsem našla tyto dokumenty:

Rozvojové koncepce Jihočeského kraje – Koncepce z oblasti sociálních věcí a zdravotnictví - střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje na období 2008 - 2010 byl zpracován na základě ustanovení zákona č. 108/2006 o sociálních službách, kde je tato povinnost krajům nově uložena. Tento plán byl projednán na Zastupitelstvu Jihočeského kraje dne 18.9.2007 a byl schválen usnesením č. 268/2007/RK.

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje na období 2008 - 2010

Metoda tvorby střednědobého plánu na úrovni kraje čili vyšší územně správní jednotky zpracovaná ani vyzkoušená není, nový zákon o sociálních službách přinesl úkol, ale návod či metodika je stále v nedohlednu. Realita je asi taková, že pro období

2008 – 2010 bude každý kraj nucen tvořit krajské plány a po jejich dokončení se vyhodnotí nejen priority, které v nich byly definovány, ale i postupy a metody, které byly pro jejich zpracování použity. Tak bude možné dostat se na úroveň, ve které se nyní nachází plánování komunitní. Je nepochybné, že některé metody a postupy, využívané v KPSS, bude možné využít až přímo, nebo s drobnými úpravami.

Dalším důležitým dokumentem týkající se zdravotní politiky kraje, je strategický dokument Analýza implementace vhodné integrační platformy pro zdravotnické zařízení Jihočeského kraje, který by měl být zpracovaný do konce srpna 2009. Dle slov Mgr. Studenovského tento dokument řeší důležitou otázku regionálního zdravotnického informačního systému (RZIS). Téma RZIS se stalo velmi aktuálním po přechodu nemocnice do vlastnictví kraje a do doby vzniku krajů se hovořilo jen o Národním zdravotnickém informačním systému (NZIS). Je jen otázkou blízké budoucnosti, kdy se bude tento systém uplatňovat v Jihočeském kraji, poté by byl Jihočeský kraj jeden z prvních, kde by se tento zdravotnický informační systém využíval.

Pandemický plán je dalším důležitým dokumentem z oblasti zdravotní politiky. Krajská epidemiologická komise se podílí na aktualizaci Krajského pandemického plánu Jihočeského kraje a dále řídí, kontroluje, koordinuje v celém rozsahu řízení ochrany veřejného zdraví a akceschopnosti subjektů v kraji v případě výskytu závažných infekčních onemocnění včetně výskytu chřipky způsobené novou variantou chřipkového viru. Pokud krajská epidemiologická komise vlastními silami a prostředky nestačí činit potřebná opatření, požádá o součinnost Komisi pro řešení výskytu závažných infekčních onemocnění v ČR (33, 40).

#### ***4.6 Hypotéza č.3 : Implementace cílů strategického dokumentu Zdraví 21 do zdravotní politiky jihočeského regionu je úspěšná.***

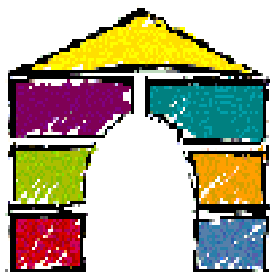
Prostřednictvím komunitních programů jsou naplňovány určité cíle programu Zdraví 21 v Jihočeském kraji, je na každém kraji, jak se k této problematice postaví. Ve své práci jsem se pokusila udělat ucelený přehled stavu komunitních programů v Jihočeském kraji, protože žádný takový přehled neexistuje. Informace o těchto

programech v regionálních denících byly jen v mizivém množství, v Českobudějovickém Deníku dne 30. 10. 2008 byl uveden článek s titulkem : Pacienti dostali seznam zdravých nemocnic. Na seznamu je i jihočeská nemocnice - Nemocnice Strakonice.

Proto jsem veškeré informace o stavu těchto programů v Jihočeském kraji čerpala z internetových stránek konkrétních programů.

### **Komunitní programy v Jihočeském kraji**

#### **Program Zdravé město:**



Logo programu Zdravé město

Po roce 1989 se myšlenky projektu Zdravé město začaly realizovat i v České republice. V roce 1994 vytvořilo jedenáct aktivních měst asociaci s názvem Národní síť Zdravých měst České republiky (NSZM ČR), která dnes zastřešuje stovky měst, menších obcí, kraje i mikroregiony. NSZM má 92 členů, s regionálním vlivem na 1841 měst a obcí, ve kterých žije 3,2 milionu obyvatel (32% populace ČR).

Jihočeský kraj v seznamu zdravých měst je zastoupen pouze několika městy a přitom účast v tomto projektu přislubuje mnoho výhod pro členská města. V Jihočeském kraji jsou členy NSZM pouze čtyři města (Tábor, Strakonice, Prachatice, Třeboň) a jeden mikroregion (Svazek obcí Hamr). Jako první se do projektu Zdravé město zařadilo město Třeboň. Třeboň přijala Projekt Zdravé město a mezinárodní program „místní Agenda 21“ a od 21. 3. 1994 je členem Národní sítě Zdravých měst. Od roku 2006 je členem město Strakonice, od roku 2007 Svazek obcí Hamr, od roku 2008 Tábor a jako poslední vstoupilo do NSZM město Prachatice v roce 2009. Přijetím tohoto

projektu města potvrdila zájem o naplňování zásad a cílů základních dokumentů EU a OSN, které se zabývají nejen zdravím obyvatel, ale i výše zmíněnými aspekty, k jejichž naplňování se Česká republika zavázala, zejména: Agenda 21, Zdraví 21, Národní akční plán zdraví a životního prostředí (NEHAP). Každé z členských měst však dosahuje různé úrovně místní Agendy 21, která má 21 kritérií rozdělená do 5 kategorií:

Kategorie Zájemci - tuto kategorii charakterizuje zájem obce, města či regionu o proces MA21 jako takový, aniž by docházelo k vytváření jakýchkoliv formálních struktur či procesů v rámci obce, města nebo regionu. Do této kategorie patří město Třeboň.

Kategorie D - je nejnižší řádnou kategorií, která vyžaduje širší aktivity v rámci MA21 založené na principu partnerství a formální přístup ze strany obce, města či regionu - zástupci této kategorie jsou město Tábor a Prachatice.

Kategorie C - tato kategorie se od předchozí odlišuje zejména propracovanější organizační strukturou, politickým zastřešením a vyšší mírou participace obyvatel, jež celý proces MA21 zabezpečují - jihočeským zástupcem je město Strakonice (**34, 46, 47, 48, 49**).

#### Tabulka č. 7

##### Zdravá města v Jihočeském kraji

| <b>Města patřící do programu Zdravé město</b> |
|-----------------------------------------------|
| <b>Prachatice</b>                             |
| <b>Strakonice</b>                             |
| <b>Tábor</b>                                  |
| <b>Třeboň</b>                                 |
| <b>Mikroregion Hamr</b>                       |

Zdroj: Vlastní výzkum

### Program Škola podporující zdraví:



Loga programu Škola podporující zdraví

Na 2. konferenci Škola a Zdraví 21, v Brně 2006 byl jedním z témat program Školy podporující zdraví v Jihočeském kraji – v Jihočeském kraji se do projektu Zdravá škola, což byl původní název projektu, předběžně přihlásilo hodně škol. Přesný počet však nebyl zaznamenán, protože v té době (rok 1990) došlo ve školství ke zrušení krajského článku. Zapojeny do projektu v kraji zůstaly pouze čtyři MŠ, další školy se také předběžně přihlášily, potom ale projekt nedokončily kvůli nedostatku možností získat navíc finanční prostředky.

Od roku 2000 řešily školy a školská zařízení, jejichž zřizovateli jsou města a obce, složitou ekonomickou situaci hlavně z důvodu ubývání populace ve školním věku. Většina škol a školských zařízení podlehla slučování a ze škol zapojených do projektu v kraji zůstaly pouze dvě samostatné, a to MŠ Sokolovská v Táboře a MŠ U Pramene České Budějovice (20).

V současné době jsou členy Projektu Škola podporující zdraví v Jihočeském kraji 3 mateřské školy (MŠ U Pramene České Budějovice, MŠ Sokolovská v Táboře a MŠ Krumlovská v Prachaticích), první dvě jmenované MŠ byly zařazeny do sítě projektu Zdravá mateřská škola v roce 1997 a třetí v roce 2006. A 2 základní školy ZŠ a MŠ Lomnice nad Lužnicí, která byla do projektu přijata v říjnu roku 2006 a ZŠ a MŠ Tábor-Měšice. Program Škola podporující zdraví souvisí s Dlouhodobým programem zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století zejména v cílech č.4 - Zdraví mladých, č.6 - Zlepšení duševního zdraví, č.9 - Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy, č.11 - Zdravější životní styl, č.12 -

Snížit škody způsobené alkoholem, drogami a tabákem a č.13 - Zdravé místní životní podmínky.

Tabulka č. 8

Škola podporující zdraví v Jihočeském kraji

| Školy patřící do programu Škola podporující zdraví |                           |
|----------------------------------------------------|---------------------------|
| Mateřské školy                                     | Mateřské + základní školy |
| U Pramene (České Budějovice)                       | Lomnice nad Lužnicí       |
| Sokolovská (Tábor)                                 | Tábor - Měšice            |
| Krumlovská (Prachovice)                            |                           |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Program Nemocnice podporující zdraví:**

Programu Nemocnice podporující zdraví se účastní 30 států z celé země, Česká Republika je také členem této sítě se svými třemi nemocnicemi, které jsou uvedeny níže. Do programu Nemocnice podporující zdraví je Česká republika zapojena od roku 2004 a členy mezinárodní sítě jsou tři nemocnice, a to Fakultní nemocnice v Motole, Masarykův onkologický ústav Brno a Šumperská nemocnice **(30)**.

National / Regional Health Promoting Hospitals Networks (Sít' Nemocnic podporujících zdraví)



HPH in total: Networks - 33, Hospitals and Health Services – 647, Member States – 30

(National / Regional HPH Networks: Austria, Belgium, Bulgaria, Canada, Montreal, Canada, Toronto, China, Taiwan, Czech Republic, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Ireland, Northern, Ireland, Italy - Aosta Valley, Italy – Campania, Italy – Venezia, Italy – Liguria, Italy – Lombardia, Italy – Piemonte, Italy – Toscana, Italy – Trentino, Italy – Veneto, Italy - E-Romagna, Lithuania, Norway, Poland, Russian Federation, Scotland, Slovakia, Spain, Catalonia, Sweden, Switzerland, Individual HPH members: Australia, Denmark, Serbia, Slovenia, South Africa, Spain, England, USA.)

Zdroj:<http://www.euro.who.int/document/E90777.pdf> (52).

Jihočeský kraj nemá zástupce Nemocnice podporující zdraví, ale dobře si stojí v následujícím programu, který v České republice funguje. Je to program, jenž hodnotí kvalitu nemocnic. Tento program se jmenuje : Komplexní hodnotící projekt –

NEMOCNICE ČR 2008, jde o pilotní celostátní průzkum, který byl realizován ve třech etapách v nemocnicích (fakultní a krajské + městské). Tento průzkum zajišťuje firma:

**HealthCare Institute o.s.** - průzkumy a certifikace ve zdravotnictví  
Patrice Lumumby 2230/82, 700 30 Ostrava, Czech Republic  
[www.hc-institute.org](http://www.hc-institute.org)



Logo hodnotícího programu Nemocnice ČR

Cílem projektu „NEMOCNICE ČR“ - žebříčky nemocnic - je:

- postupné zvyšování kvality poskytovaných služeb pacientům v nemocnicích ČR
- zvyšování přidané hodnoty pacientům českých nemocnic na základě jejich plateb zdravotní daně
- pozitivní medializace výsledků hodnocení a nejlepších nemocnic v daném roce
- tvorba funkčních hodnotících norem pro zdravotní pojišťovny ve vztahu k nákupu kvalitních
- služeb pro pojištěnce v nemocnicích ČR (žebříček stávající sítě nemocnic dané zdravotní pojišťovny).

Komplexní hodnotící projekt se skládá ze čtyř analytických částí (strategických perspektiv):

1. Celostátní průzkum a porovnání spokojenosti pacientů/klientů nemocnic ČR (letos proběhl již 3.ročník)
2. Celostátní průzkum a porovnání spokojenosti zaměstnanců nemocnic ČR (letos poprvé)
3. Celostátní průzkum a porovnání finančního zdraví nemocnic ČR (letos poprvé)
4. Efektivita procesů nemocnic (vč. medicínských informací o výsledku léčby, letos pouze v přípravě) **(30)**.

Tabulka č. 9

Znázorňuje absolutní hodnocení nemocnic České republiky za rok 2008, Jihočeský kraj reprezentuje na čtvrtém místě Nemocnice Strakonice.

| Absolutní hodnocení nemocnic ČR 2008: |                                                          |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1.                                    | Nemocnice Třinec, p. o. (Moravskoslezský kraj)           |
| 2.                                    | Karvinská hornická nemocnice a.s. (Moravskoslezský kraj) |
| 3.                                    | Vojenská nemocnice Olomouc (Olomoucký kraj)              |
| 4.                                    | Nemocnice Strakonice (Jihočeský kraj)                    |
| 5.                                    | Všeobecná fakultní nemocnice v Praze (Hl. m. Praha)      |
| 6.                                    | Fakultní nemocnice Hradec Králové (Královéhradecký kraj) |
| 7.                                    | Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o. (Kraj Vysočina)    |
| 8.                                    | Nemocnice Na Františku s poliklinikou (Hl. m . Praha)    |
| 9.                                    | Nemocnice v Ústí nad Orlicí (Pardubický kraj)            |
| 10.                                   | Fakultní nemocnice Brno (Jihomoravský kraj)              |

(zdroj: [www.hc-institute.org](http://www.hc-institute.org) (55))

Situace v Jihočeském kraji, kdy nemocnice hodnotili sami pacienti a v této kategorii hodnotili nemocnice v následujícím pořadí:

Tabulka č. 10

| Hodnocení nemocnic v JČ kraji podle pacientů |
|----------------------------------------------|
| 1. Nemocnice Jindřichův Hradec               |
| 2. Nemocnice Písek                           |
| 3. Nemocnice Strakonice                      |
| 4. Nemocnice České Budějovice                |

(zdroj: [www.hc-institute.org](http://www.hc-institute.org)(55))

#### **Podnik podporující zdraví:**

Dne 21. října 2008 byly v malostranském Kaiserštejnském paláci oceněny společnosti, které splnily podmínky soutěže, šlo o 4. Ročník soutěže. Všechny oceněné podniky se vyznačují vysokou úrovní péče o zdraví zaměstnanců a zaměřením na preventivní aktivity v oblasti podpory zdraví.

Jihočeský kraj bohužel nemá žádné ocenění v soutěži o Podnik podporující zdraví, současně je to i výzva pro jihočeské podniky do dalších let. Jen pro přehled jsem zde uvedla výsledky soutěže za rok 2008:

##### **Kategorie Velké podniky:**

- Podnik podporující zdraví 3. stupně (1. místo) : AGC Flat Glass Teplice, Česká rafinérská, a.s., Litvínov, Pražská energetika, a.s., Praha.
- Podnik podporující zdraví 2. stupně (2. místo) : Siemens Elektromotory, s.r.o. Mohelnice, Tarmac CZ, a.s., Liberec, Telefónica O2 Czech Republic, a.s., Praha
- Podnik podporující zdraví 1. stupně (3. místo) : nebylo určeno

##### **Kategorie Malé a střední podniky:**

- Podnik podporující zdraví 2. stupně (2. místo) : Základní škola Karviná-Ráj (54).

**Přehled komunitních programů zastoupených v Jihočeském kraji**  
**(okresy):**

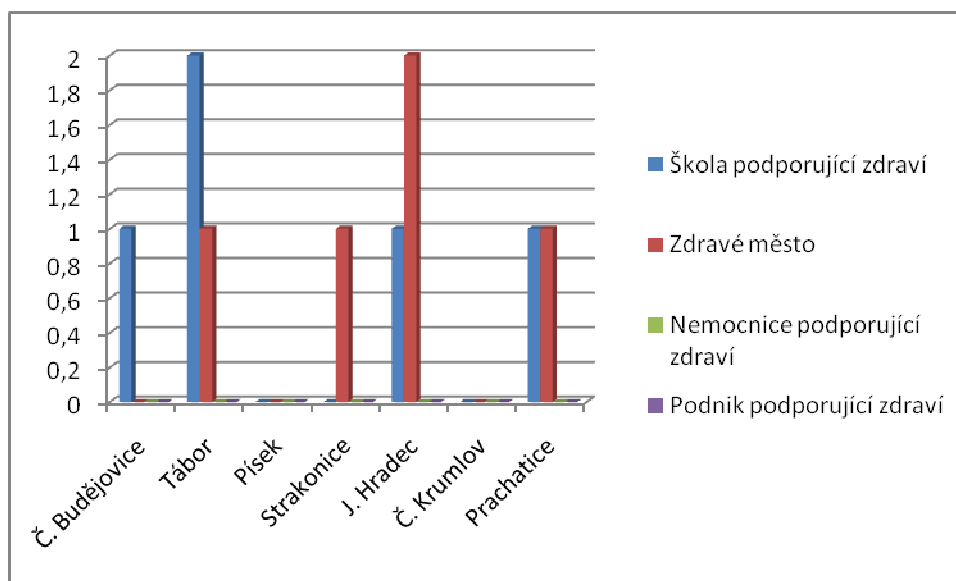
Tabulka č. 11

|                              | Č. Budějovice | Tábor | Písek | Strakonice | J. Hradec | Č. Krumlov | Prachatice |
|------------------------------|---------------|-------|-------|------------|-----------|------------|------------|
| Škola podporující zdraví     | *             | **    | 0     | 0          | *         | 0          | *          |
| Zdravé město                 | 0             | *     | 0     | *          | **        | 0          | *          |
| Nemocnice podporující zdraví | 0             | 0     | 0     | 0          | 0         | 0          | 0          |
| Podnik podporující zdraví    | 0             | 0     | 0     | 0          | 0         | 0          | 0          |

- - účast na programu, 0 - neúčast na programu

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 8



Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky č. 11 a grafu č. 8 vyplývá, že nejlépe jsou na tom, co se týče účasti na komunitních programech, okresy Tábor a Jindřichův Hradec. Město Tábor patří do

Národní síť zdravých měst a v jeho okrese jsou dvě Školy podporující zdraví. A okres Jindřichův Hradec má dvě města patřící do sítě Zdravých měst a jednu Školu podporující zdraví. Okresy Písek a Český Krumlov se na komunitních programech neúčastní.

Jak vyplývá z interních zdrojů Krajské hygienické stanice Jihočeského kraje se sídlem v Českých Budějovicích (dále jen KHS), se přes iniciativu KHS nepodařilo prosadit ve volebním období 2004-2008 implementaci Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatel Jihočeského kraje – program Zdraví 21.

Po konzultaci s vedoucím Odboru sociálních věcí a zdravotnictví panem Mgr. Studenovským jsem se dozvěděla, že hlavním důvodem nenaplnění programu je nedostatek finančních prostředků a časové omezení odborníků, kteří by mohli tento program iniciovat.

V roce 2008 byly v oblasti odborné činnosti KHS naplňovány strategické dokumenty v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví na celostátní a regionální úrovni. Krajská hygienická stanice spolupracovala s KÚ Jihočeského kraje a to zejména s odborem Kanceláře hejtmána (oddělení krizového řízení a oddělení informací a styku s veřejností), s odborem sociálních věcí a zdravotnictví (Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v letech 2008 – 2010, Program Aktivní podpora zdraví) a s odborem školství, mládeže a tělovýchovy (informační kampaň virové hepatitidy A).

KHS se snažila o naplňování regionální zdravotní politiky ve spolupráci s Krajským úřadem při nepříznivé epidemiologické situaci ve výskytu virové hepatitidy A, a to hlavně koordinací a komunikací jednotlivých kroků s příslušnými partnery na KÚ, KHS informovala aktivně, permanentně a cíleně jihočeskou veřejnost, využívala v informační kampani metod přímé komunikace - prostřednictvím dopisů a letáků oslovila managementy škol a rodiče, využívala permanentně všech dostupných regionálních a lokálních sdělovacích prostředků printových, elektronických i vlastních www stránek.

Další spolupráce se týká aktivit v oblasti protidrogové politiky, poradenství a spolupráce při tvorbě a aktualizaci, koncepce oddělení prevence a humanitních činností

na léta 2006-2009 (Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje na 2005-2009, Akční plán Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje).

Snaha o naplnění cílů strategického dokumentu Zdraví 21 je v Jihočeském kraji alespoň prostřednictvím komunitních programů, zejména pak projekty Zdravé město (zástupci jsou města – Prachatice, Strakonice, Tábor, Třeboň a mikroregion Hamr) a Škola podporující zdraví, které jsou v Českých Budějovicích, Prachaticích, Táboře a Lomnici nad Lužnicí. V rámci této problematiky KHS provádí konzultace v rámci projektu Zdravý podnik. KHS se účastní na naplňování zdravotní politiky ve spolupráci s municipalitami - Zdravá města v Jihočeském kraji, jejich metodické vedení, vyhledávání informací a kontaktů, konzultace, poradenství a další pomoc odborným pracovníkům a subjektům, zastupitelům. KHS členem Krajského koordinačního orgánu projektu – jeho cílem je mj. vytvářet a realizovat programy pro učitele.

## 5. DISKUZE

Pro svůj výzkum jsem zvolila metodu sekundární analýzy dat a obsahovou analýzu dat. Informace jsem čerpala převážně z denního tisku, z internetových stránek a z konzultací s odborníky z oblasti zdravotní politiky.

Záměrně jsem si zvolila období před krajskými a senátními volbami a období po volbách, tedy období od 1. 9. 2008 do 30. 11. 2008, kdy zdravotní politika byla hodně diskutovaným tématem.

Ve sběru dat žádný problém nebyl, veškerá data z denního tisku byla dostupná v Jihočeské vědecké knihovně v oddělení periodik a v regionálním oddělení, kdy jsem se s žádnými komplikacemi při sběru dat nesetkala, krom časové náročnosti při sběru dat. Další informace jsem získala z internetových stránek (uvedeny v použité literatuře), z archivu zpravodajství ČTK a po konzultaci s vedoucím Odboru sociálních věcí a zdravotnictví panem Mgr. Studenovským, který mi ochotně poskytl informace i potřebné materiály.

Zdravotní politika v celostátních denících:

Stranickost médií v komunikační strategii vlády v oblasti zdravotních reforem se projevila hlavně ve způsobu uvedení redakčních článků. MF DNES publikovala své články s lehkou propagací ODS.

Jako příklad uvádím prezentaci článku o dopadu zdravotnické reformy. **MF Dnes 12. 9 2008:** *Jen samá pozitiva a sociální jistoty. Tak se dá zjednodušeně popsat, jak si vedení ministerstva zdravotnictví samo vyhodnotilo dopad regulačních poplatků na pacienty. Kvůli poplatkům jsme zaplatili o 3,4 miliardy korun méně z veřejných peněz -a to především díky méně častým návštěvám lékařů i tomu, že si některé levné léky kupují lidé sami a nechávají si je psát na pojišťovnu. Ušetřené peníze šly mimo jiné do nákladné péče pro pacienty, kteří trpí vážnými nemocemi. Pacienti přestali zatěžovat pohotovosti zbytečnými návštěvami, takže ty teď hlásí pokles návštěvnosti o více než třetinu ve srovnání s prvním pololetím loňského roku. Poplatky zlepšily péči o pacienty- celkem se vybralo 2,6 miliard Kč, na léčích a na nákladech na péči se ušetřilo 3,4 miliard Kč, zdravotní pojišťovny už vrátily pacientům, kteří překročili pětitisícový limit*

celkem 7 milionů Kč. Poplatky zvyky pacientů nijak radikálně nezměnily (jen 17 % seniorů změnilo své návyky, neužívají tolik léků. Peníze ušetřené díky poplatkům šly podle ministra zdravotnictví (Tomáše Julínka) mimo jiné do center, kde se léčí nákladné choroby.

Zatímco Právo pojalo informace o dopadu poplatků jako okrádání pacientů a žádná pochvala se nekonala.

**Praha 10. září (ČTK):** Pojišťovny díky úsporám naplnily po mnoha letech rezervní fondy a mohou při nakupování péče lépe platit kvalitním zařízením. Směřují více peněz na drahou, například onkologickou léčbu. VZP nedávno navýšila také platby za chirurgické výkony.

**Praha 11. září (ČTK):** Regulačními poplatky se podle Tomáše Julínka omezily zbytečné návštěvy ordinací a lékaři mají více času na pacienty. Klesly výdaje zdravotních pojišťoven za levné léky, lidé si je kupují za hotové.

Původní předpoklady ministerstva zdravotnictví, že se na poplatcích a doplatecích vyberou čtyři až pět miliard korun za celý rok, se naplnily již za osm měsíců. Skutečnost tedy předpoklady předstihla. Další zmínky o poplatcích se týkaly návrhů na jejich zrušení pro děti do 18 let a důchodce, jde o návrh ČSSD.

Dalším hodně zmiňovaným tématem byl stav infekcí v České republice, hlavně stav virové hepatitidy A, která v té době narůstala. Články o žloutence se objevovaly v tisku téměř denně.

**Praha 4. září (ČTK - hck pba):** Češi podceňují očkování jako ochranu proti nákaze žloutenkou. Vyplývá to z průzkumu agentury Median. Právě výskyt "áčka" má letos v Praze a Středočeském kraji charakter epidemie. Nákaza se rozšířila mezi injekčními uživateli drog, nemoc se ale začala šířit i mimo komunitu. Hygienici vyhlásili očkovací akci mezi pražskými a středočeskými narkomany. Podle hlavního hygienika ČR Michaela Víta bylo takto naočkováno okolo 800 lidí. Očkovat se mají i bezdomovci. **MF Dnes uvedla 17. 9. 2008,** že se žloutenka rozšířila i do škol, jako preventivní akce tomu předcházelo vydání letáků pro školy o žloutence, který vydali hygienici.

**Praha 9. září (ČTK):** Pražská hygienická stanice vydala leták pro rodiče a žáky

*základních, středních a vysokých škol, který je má varovat před žloutenkou typu A. Zatímco pražské nemocnice se potýkají s nedostatkem míst pro nemocné žloutenkou, ve zdravotnických zařízeních jinde zatím není situace tak vážná.*

*Skladované zásoby vakcín proti hepatitidě jsou vyprodané. To, že vakcína začala docházet a nebyla dostupná mluvčí lékařské komory Aleš Krebs přisuzoval změně zákona o léčivech (MF DNES 20.9.2008).*

Dále se diskutovalo o narůstajícím stavu klíšťové encefalitidy a lymeské borreliózy a dalších infekčních chorobách např. jak uvádí **Praha 22. září (ČTK):** *Vedle šíření hepatitidy A zneklidňuje epidemiology také zvýšený výskyt černého kašle u dětí. ČTK to dnes řekl hlavní hygienik ČR Michael Vít. Nejedná se ale o výjimečnou událost, podobný počet dětí jako letos postihl černý kašel i v letech 2005 a 2003. Ministerstvo zdravotnictví podle Víta zvažuje, že zavede posilující očkování proti této nemoci v 11 letech dítěte. "Sledujeme sníženou obranyschopnost dětí proti černému kašli," řekl Vít. Netýká se to jen Česka, ale i ostatních evropských zemí.*

Tato dvě témata – regulační poplatky a virová hepatitida A se v měsíci září o objevovali nejčastěji.

Nejvíce zmiňovaným tématem v říjnu byla opět reforma zdravotnictví, což se dalo ve volebním měsíci předpokládat, jelikož zdravotnická reforma byla hlavním tématem volebního souboje stran. Sněmovnou procházely návrhy týkající se úpravy poplatků ve zdravotnictví a další návrhy na změnu zdravotních zákonů (zákon o zdravotních službách, o specifických zdravotních službách, o záchranné službě a o veřejném zdravotním pojištění), které nakonec v listopadu byly schváleny, co přinesou pacientům uvádí **Právo 20.11. 2008:** *Pacient bude mít právo nahlížet do své dokumentace a pořizovat z ní výpisy, rodiče budou moci být v každé nemocnici po celou dobu hospitalizace s dítětem, vznikne nových 44 stanic záchranné služby, ta bude muset dorazit k pacientovi do 15 minut, pacient si bude moci připlatit za nadstandardní péči-doplatí rozdíl mezi péčí hrazenou ze zdravotního pojištění a nadstandardem, z pojištění nebude hrazena závodní preventivní péče, rozšíří se úhrada vakcíny proti chřipce na klienty všech ústavů.*

**(Lucie Kučerová ČTK 21.10.2008):** Ani po prohraných krajských volbách si občanský demokrat a ministr zdravotnictví Tomáš Julínek nemyslí, že zavedení poplatků ve zdravotnictví bylo špatným krokem. Podle Julínka se sice nabízí otázka, zda se ministerstvo nemělo zdravotnickým poplatkům zcela vyhnout. Dopady zavedení poplatků ale chválil.

ČSSD využila poplatky u lékaře jako hlavní téma před krajskými volbami, které o víkendu drtivě vyhrála. "Měli jsme tušit, že se to stane volebním tématem a vytáhne to k urnám lidi, kteří pravděpodobně nikdy volit nebyli," řekl dnes Julínek. Na druhou stranu si prý nedovede představit, že by ČR byla výjimkou ve světě a neměla alespoň základní symbolický poplatek. A kdyby prý se zavedením poplatků přišel později a předtím se věnoval jiným změnám, populistické debatě by se stejně nevyhnul. "Jen by to byla hrozba před zavedením poplatků. Takto jsme je zavedli, regulačního efektu jsme dosáhli a to mnohem většího, než jsme čekali," řekl ministr s tím, že novinka přinesla jasný efekt a čísla o něm vypovídají.

Dále ve své práci uvádím pro ucelení informace kolem krajských a senátních voleb 2008, i když problematika voleb nespadá přímo do tématu mé diplomové práce, tak díky tomu, že předvolební kampaně byly na zdravotní politice, zejména na zdravotní reformě založeny, je třeba toto téma ve stručnosti zmínit.

### **Volby 2008:**

Předvolební kampaň ODS byla, vzhledem k povaze krajských a senátních voleb decentralizovaná, každá krajská kandidátka a kandidující senátor za ODS vedl svou předvolební kampaň samostatně. ODS šla do voleb s řadou známých a pozitivně vnímaných osobností a tak i volební kampaň ODS ke krajským a senátním volbám byla koncipována v pozitivním duchu. "Kampaň v každém kraji i v každém senátním obvodu bude jedinečná jak svojí podobou, tak i tématy. Naše kampaň bude o praktických problémech života v krajích a o jejich řešeních, ne o nesplnitelných celostátních proklamacích. Pokud chce opravdu ČSSD postavit krajskou kampaň na negaci, nevěřím že má opravdový zájem o zlepšování života v krajích. Tomu napovídá i nominace jejich některých celostátních politiků do čela krajských kandidátek", řekl šéf volebního týmu

ODS, senátor Jiří Šneberger. "Věřím, že občané dají hlas těm, kteří trpělivě pracují pro kraj a ne těm, kteří pouze před volbami řeční před oranžovým kamiómem a víckrát už je nikdo v kraji neuvidí", dodal.

Velkou roli při informování voličů měla mít i moderní média, zejména internet. Od 4.září spustila ODS nové internetové stránky s kompletními informacemi ke krajským a senátním volbám 2008. Na internetové adrese [www.ods.cz/volby2008](http://www.ods.cz/volby2008) představila své lídry pro krajské volby, kompletní krajské kandidátky i všechny kandidáty ODS do Senátu.

Volební program ČSSD - zrušení poplatků pacientů za pobyt v nemocnicích bylo jednou z nejvýraznějších konkrétních předvolebních tezí ČSSD před krajskými volbami, kraj si může dovolit platit tyto poplatky za pacienty ze svého rozpočtu, a tím jim ulevit. ČSSD hledá cesty, jak zmírnit dopad poplatků na lidi, jednou z cest je zaplatit je z rozpočtu kraje, protože poplatky jsou příjmem kraje, příjmem jeho zdravotnických zařízení, v zákoně o vybírání poplatků není řečeno, že poplatky musí platit v zdravotnických zařízeních pacient a že je nemůže platit kraj. Případná změna režimu poplatků je na jednání kraje s vládou. Transformace nemocnic na akciovou společnost je pro ČSSD nepřijatelná. (51).

Ukázka předvolebního období v Jihočeském kraji:

Ožehavým tématem před krajskými volbami bylo i zdravotnictví. MF Dnes se každý týden ptala lídrů nejsilnějších stran na nejdůležitější současné problémy v Jihočeském kraji, jejich úkolem bylo situaci okomentovat, popřípadě navrhnout řešení. Témata se týkala např. dálnice D3, šumavských lesů, letiště v Plané, ale ožehavým tématem bylo i zdravotnictví a tak se lídrů stran ptali i na stav jihočeských nemocnic.

Uvedla jsem zde názory dvou nejsilnějších kandidátů na post jihočeského hejtmána Jana Zahradníka (ODS) a Jiřího Zimoly.

**Slavomír Kubeš MF Dnes, 13.10.2008:**

Jan Zahradník (ODS):

*Začíná specializace oborů. Každý Jihočechem chce mít jistotu, že se ho v nemoci ujmou schopní lékaři a přívětivé sestry. Právě takovými týmy disponují jihočeské nemocnice.*

*Po přeměně na akciové společnosti, které vlastní kraj, nejenže poskytují kvalitní péči, ale dobré výsledky hospodaření jim umožňují nakupovat nové přístroje a investovat do základních oprav. S tímto záměrem šla jihočeská ODS do voleb v roce 2004 a jasné vítězství nám tak dalo silný mandát od občanů k jeho naplnění. O správnosti transformace nemocnic na jihu Čech tedy nelze pochybovat. Nyní nastal čas pro stanovení účinné dělby práce a specializace na různé obory v nemocnicích, jejichž síť zastřeší českobudějovická se superspecializovanou zdravotní péčí. Pacienti si pak budou moci sami vybírat místo, kde chtějí být léčeni. Pro lékaře i zdravotnický personál se dlouhodobá perspektiva nemocnic stane nezbytnou profesní jistotou i zárukou budoucnosti. Kraj by měl i nadále přispívat na investice nemocnic a být nápomocen při hledání dotací z evropských fondů. Pro ODS jsou prioritami dokončení rekonstrukce nemocnice v Táboře, vybudování dětské kliniky v Budějovicích a další rekonstrukce ve Strakoniciích a Jindřichově Hradci.*

Jiří Zimola (ČSSD):

*Zdraví jako výnosný kšeft*  
Vážím si práce všech, kteří se o nás v nemocnicích starají, když je našemu tělu zle. Lékařů, sester i ostatního personálu. Proč by ale právě oni měli mít méně peněz než praktici, zubaři nebo lékárníci? Cesta, kterou se vydal Jihočeský kraj, je špatná. Nemocnice jako firmy, zdraví jako výnosný kšeft, holding jako dřívější KÚNZ s přidělováním umístěnek lékařům v rámci kraje. Není divu, že se lékaři v nemocnicích bouří a tuhle hru už dál hrát nechtějí. Nechtějí být loutkami v rukou soukromých vlastníků. Kam to volný trh dovedl, vidíme přece v USA. ČSSD jasně říká, že páteří sít' jihočeských nemocnic nebude privatizována. Chceme kvalitní koncepci zdravotní péče v kraji s jasně stanovenými úkoly okresních nemocnic a krajské nemocnice. Chceme samostatné nemocnice s vlastním managementem. Chceme dostupnou péči pro lidi z venkovských oblastí, podporujeme větší investice do jednotlivých nemocnic. Peníze na to jsou, jen je nesmíme odmítat. Provedená transformace nemocnic na akciové společnosti nám zavřela dveře k mnohem štedřejší podpoře z Evropské unie.

### **Zdravotní politika v regionálních médiích:**

Pro výzkum jsem zvolila Českobudějovický deník jeho přílohu Jihočeské Noviny a přílohu MF Dnes Jižní Čechy.

Českobudějovický Deník se nejvíce zabýval problematikou infekcí (epidemie žloutenky a informace s ní související, narůstající stav klíšťové encefalitidy a chřipky), stavem jihočeských nemocnic zejména pak nedostatkem personálu hlavně zdravotních sester, problematikou nemocnice v Dačicích, rekonstrukcí nemocničních areálů za peníze získané z Evropské unie a dalšími tématy týkajícími se názorů lékařů na zdravotnickou reformu, poplatky apod.

Největším tématem v příloze MF Dnes Jižní Čechy byl stav nemocnic v Jihočeském kraji (kauza nemocnice ve Vimperku, rekonstrukce a modernizace nemocnic v Českých Budějovicích a ve Strakonících, akce jihočeských nemocnic - dny otevřených dveří v Písku a ve Strakonících, problematika nemocnice v Dačicích atd.). Dalším tématem byly infekce v Jihočeském kraji (klíšťová encefalitida, epidemie virové hepatitidy A, chřipka apod.), reforma zdravotnictví už v příloze není tolik zmiňovaná, jelikož se jí většinou zabývala hlavní část deníku.

Dále nesmím opomenout přílohu Českobudějovického Deníku - Jihočeské noviny, které vycházejí jednou měsíčně, ale které byly redakčně připravovány Krajským úřadem Jihočeského kraje. V září se příloha zmiňovala o transformaci jihočeských nemocnic z příspěvkových organizací na akciové společnosti, o otevření nových lůžkových částí a oddělení v českobudějovické nemocnici. V říjnu zde byl článek o stavbě nového dětského oddělení, na které získala nemocnice 288 milionů korun z Evropské unie. Listopadu byly uvedeny další informace o stavbě nového dětského oddělení a byl zde také jako v jediných novinách, jež jsem analyzovala, článek o strategických dokumentech, kterými se zabývám v následující kapitole, týkající se strategického dokumentu Program rozvoje Jihočeského kraje na období do roku 2013, jenž byl dopracován a schválen v průběhu roku 2008.

Strategické dokumenty zdravotní politiky vlády jsou velmi problematickým tématem, co se týče jejich medializace. O existenci těchto dokumentů nemůže mít

laická veřejnost dostatečné vědomí, z důvodu jejich nedostatečné, ba mizivé mediální prezentace a šíření. Vláda České republiky nevyužívá česká tisková média v adekvátním množství k rozšiřování informací o strategických dokumentech zdravotní politiky.

Z analyzovaných dat z Mladé fronty Dnes, Práva a Českobudějovického Deníku jsem zaznamenala jeden článek o strategickém dokumentu týkajícího se zdravotní politiky a to článek o Krajském fóru na podporu Akčního plánu, který byl uveden v Mladé frontě Dnes 4. 11. 2008 a jeden článek byl v příloze Českobudějovického Deníku - Jihočeské Noviny dne 27. 11. 2008, jenž se zabýval strategickým dokumentem Program rozvoje Jihočeského kraje na období do roku 2013, jenž byl dopracován a schválen v průběhu roku 2008. Další informace, která se týkala strategických dokumentů, byla prezentována formou inzerce, také v Mladé frontě Dnes kde byl odkaz na internetové stránky strategických dokumentů, které jsou - [www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz). Na těchto webových stránkách je stručný přehled a výčet strategických dokumentů, které zřizuje evropský sociální fond v České republice.

Hlavním zdrojem informací týkající se strategických dokumentů zdravotní politiky jsou tedy především internetové stránky.

Implementace cílů strategického dokumentu Zdraví 21 do zdravotních politik regionů není zcela úspěšná. Částečně se cíle Zdraví 21 v Jihočeském kraji naplňují prostřednictvím komunitních programů, zvláště pak Škola podporující zdraví a Zdravé město. Tyto programy se snaží naplňovat některé cíle programu Zdraví 21 zejména cíl tři – Zdraví start do života, cíl čtyři – Zdraví mladých, cíl šest – Zlepšení duševního zdraví, cíl deset Zdravé a bezpečné životní prostředí, cíl jedenáct – Zdravější životní styl a cíl třináct – Zdravé místní životní podmínky.

## 6. ZÁVĚR

Svoji práci jsem pojala jako shrnutí všech důležitých událostí a iniciativ týkajících se zdravotní politiky České republiky a především Jihočeského kraje. Vytvořila jsem přehled aktuálních dokumentů a programů, jenž se zmíněnou tematikou zabývají a hodnotila jsem jejich funkci. Prezenci forem a metod zdravotní politiky jsem analyzovala od 1. září 2008 do 30. listopadu 2008, tedy v období předvolebním a volebním, kdy se o zdravotní politice diskutovalo v poměrně velkém množství, zejména v rámci předvolební kampaně.

### Splnění cílů:

**Cíle mé práce byly splněny.**

1) Cíl 1: Zmapovat formy a metody prezentace zdravotní politiky státu v klíčových médiích – tento cíl **se podařilo splnit**. Z analyzovaných deníků si pravicově orientovaný deník Mladá fronta Dnes stál ve frekvenci prezentace zdravotní politiky lépe než levicově orientovaný deník Právo s celkovým počtem článků, rozhovorů a inzercí 110 ku 83.

2) Cíl 2: Analýza zdravotní politiky a její obraz v regionálních médiích se mi **podařilo splnit**. Z analýzy Českobudějovického Deníku a přílohy Mladé fronty Dnes Jižní Čechy vyplynulo, že rozdíl v množství zmínek o zdravotní politice státu je dán rozsahem publikace a taktéž je rozdíl četnosti témat, kdy regionální deníky dávaly přednost jiné problematice oproti celostátním deníkům.

3) Cíl 3: Analýza strategických dokumentů zdravotní politiky vlády a její medializace – u tohoto cíle se objevily drobné potíže z důvodu nedostatečné medializace strategických dokumentů zdravotní politiky vlády a tedy jejich ztížená analýza, kdy jsem vycházela hlavně z informací získaných na internetových stránkách, ale i přesto se **cíl podařilo splnit**.

### **Potvrzení hypotéz:**

- 1) H1: Komunikační strategie vlády v oblasti zdravotních reforem byla determinována stranickostí médií.

Předpokládaná **hypotéza H1 byla potvrzena**, neboť Mladá fronta Dnes se prezentovala jako pravicově orientovaný deník s vyšší propagací ODS a jejich koncepcí, zatímco Právo se prezentovalo jako levicově orientovaný deník, Právo dávalo větší prostor pro inzerci a názory ČSSD. Hlavní rozdíl byl v podání prezentovaných informací.

- 2) H2: Regionální média hrají aktivní roli v prosazování zdravotní politiky v kraji.

Tato hypotéza **H2 se nepotvrdila**, jelikož hlavními médii, jež se účastní prosazování zdravotní politiky v kraji jsou spíše webové stránky kraje a až na dalším místě jsou regionální deníky, konkrétně pak Českobudějovický Deník. Krajský úřad dostatečně nevyužívá média k šíření a propagování zdravotní politiky v kraji.

- 3) H3: Implementace cílů strategických dokumentů Zdraví 21 do zdravotních politik regionů je úspěšná.

Naplnění strategických dokumentů Zdraví 21 v Jihočeském kraji je částečně uskutečňováno prostřednictvím komunitních programů, které se určitými cíli programu Zdraví 21 řídí. Ve své práci jsem se pokusila udělat ucelený přehled stavu komunitních programů v Jihočeském kraji, protože žádný takový přehled neexistuje. Jak vyplývá z interních zdrojů Krajské hygienické stanice Jihočeského kraje se sídlem v Českých Budějovicích se přes iniciativu KHS nepodařilo prosadit ve volebním období 2004-2008 implementaci Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatel Jihočeského kraje – program Zdraví 21. Hlavním důvodem nenaplnění programu je nedostatek finančních prostředků a časové omezení odborníků, již by mohli tento program iniciovat. **Hypotéza H3 nebyla potvrzena.**

Svou prací jsem chtěla přiblížit stav zdravotní politiky v České republice jako celku, ale i stav této problematiky v Jihočeském kraji. Myslím si, že se mi podařilo udělat stručný přehled prezentace zdravotní politiky v klíčových a v regionálních médiích a ucelit stav programu Zdraví 21 v Jihočeském kraji (komunitní programy - Zdravé město, Škola podporující zdraví, Podnik podporující zdraví a Nemocnice podporující zdraví).

Svůj výzkum bych uzavřela tím, že celkový stav prezentace zdravotní politiky je neadekvátní a laická veřejnost nemá a nemůže mít v povědomí informace o této problematice.

Má práce může sloužit jako podklad pro další a hlubší zpracování stavu zdravotní politiky, jelikož toto téma zatím není zpracované v dostatečném rozsahu a hloubce.

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BÁRTLOVÁ, S., HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně 2000, 1.vydání, 118 str., ISBN 80-7013-311-2.
2. BOLDIŠ, P. Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2 : Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla, 2004. 21.str
3. BOLDIŠ, P. Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2 : Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů, 2004. 16 str.
4. *Bulvární médium* [online]. [cit.2009-06-25]. Dostupné z: <[http://cs.wikipedia.org/wiki/Bulv%C3%A1rn%C3%AD\\_m%C3%A9dium](http://cs.wikipedia.org/wiki/Bulv%C3%A1rn%C3%AD_m%C3%A9dium)>
5. *Cesty k efektivně fungujícím zdravotnickým systémům*. Institut zdravotní politiky a ekonomiky. Kostelec nad Černými lesy, 2004, ISBN 80-86625-18-4.
6. DRBAL, C. *Česká zdravotní politika a její východiska*. Praha, Galén 2005, ISBN 80-7262-340-0.
7. DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví*. VŠE v Praze, Oeconomica 2005, 1. vydání, 228 str., ISBN 80-245-0998-9.
8. DURDISOVÁ, J. LANGHAMEROVÁ, J. *Úvod do teorie zdravotní politiky*. VŠE v Praze 2001, 1.vyd. ISBN 80-245-0217-8.
9. ECO, U. *Jak napsat diplomovou práci*, Votobia 1997, ISBN 80-7198-173-7.
10. GLADKIJ, I. A KOL. *Management ve zdravotnictví*. Computer press Brno 2003, 1.vydání, ISBN 80-7226996-8.
11. GLADKIJ, I. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. Olomouc 2000, ISBN 80-244-0176-2.
12. GLADKIJ, I., STRNAD, L. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. Univerzita Palackého v Olomouci. Lékařská fakulta. Olomouc 2002, 1. vydání, ISBN 80-244-0500-8.

13. *Hodnocení politiky podpory zdraví a její infrastruktury v České republice.* Institut zdravotní politiky a ekonomiky. Kostelec nad Černými lesy, 2004, ISBN 80-86625-14-1.
14. HOLČÍK, J. a kol. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví.* Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Brno 2005, 1. vydání, 186 str., ISBN 80-7013-417-8.
15. HOLČÍK, J. *Světová zdravotnická organizace její historie, činnost a perspektivy* [online]. [cit.2009-02-15]. Dostupné z: < <http://www.osn.cz/soubory/who05-o-who.pdf> [http://www.osn.cz/soubory/who05-o-who.pdf] > .
16. HOLČÍK, J. *Zdraví 21, výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie Zdraví pro všechny v 21. století.* Ministerstvo zdravotnictví, Praha 2004, 1. vydání, 160 str. ISBN 80-85047-33-0.
17. *Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví* [online]. [cit.2009-07-23]. Dostupné z: <[www.apra.ipvz.cz](http://www.apra.ipvz.cz)>.
18. JAROŠOVÁ, D. *Organizace a řízení ve zdravotnictví*, Ostrava 2007, ISBN 978-80-7368-338-2.
19. JIRÁK, J. KÖPPLOVÁ, B. *Média a společnost, stručný úvod do studia médií a mediální komunikace.* Praha: Portál 2003.
20. KASTNEROVÁ, M. KOVÁČOVÁ, D. KOTRBOVÁ, K. VELIKOVSKÝ, Z. *Školy podporující zdraví v Jihočeském kraji, 2.konference Škola a Zdraví 21, Brno 2006* [online]. [cit.2009-04-11]. Dostupné z: <[www.ped.muni.cz/z21/2006/konference\\_2006/sbornik.../008.pdf](http://www.ped.muni.cz/z21/2006/konference_2006/sbornik.../008.pdf)>.
21. KOMÁREK, L., RÁŽOVÁ, J. *Národní program zdraví. Projekty podpory zdraví 2002*, Státní zdravotní ústav, Praha 2002, ISBN 80-7071-205-8.
22. KUBÁLEK, I. *Obecná metodologie klinického výzkumu a praxe.* 1996 Votobia, ISBN: 80-7198-067-6.
23. *Masová komunikace* [online]. [cit.2009-06-25]. Dostupné z: <<http://joomla.slamow.com/content/view/79/95/>>.
24. *Média* [online]. [cit.2009-06-25]. Dostupné z: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9dia>>.

25. Ministerstvo zdravotnictví *Programy a dotace* [online]. [cit.2009-05-22]. Dostupné z: <<http://www.mzcr.cz/Verejne/Categories/6-programy-a-dotace.html>>.
26. *Mladá Fronta Dnes* [online]. [cit.2009-06-25]. Dostupné z: <(http://cs.wikipedia.org/wiki/Mlad%C3%A1\_fronta\_DNES)>.
27. MÜLLEROVÁ, L. *Základy veřejného zdravotnictví*. Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Ústav zdravotnických studií, 2007, 1. vydání, 107 str., ISBN 978-80-7044-890-8.
28. *Národní program zdraví, dlouhodobá strategie*. MZČR, 1995.
29. *Národní síť Zdravých měst ČR* [online]. c2005-2009, [cit.2009-07-12]. <<http://www.nszm.cz>>.
30. *Nemocnice podporující zdraví – aktualizace 15.7.2009* [online]. [cit.2009-07-20]. Dostupné z : < <http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/13-Nemocnice-podporujici-zdravi---aktualizace-15.7.2009-viz-prilohy-.html>>.
31. *Obsahová analýza dat* [online]. [cit.2008-07-12]. Dostupné z: <<http://www.augur-consulting.cz/metody/kvantitativni-vyzkum.html#obsahova-analyza-medii>>.
32. *Obsahová analýza médií* [online]. [cit.2009-07-12]. Dostupné z: <<http://www.focus-agency.cz/sluzby/metody-vyzkumu/obsahova-analyza-medii>>.
33. *Odbor sociálních věcí a zdravotnictví* [online]. [cit.2009-06-25]. <[http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par\[id\\_v\]=34&par\[lang\]=CS](http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par[id_v]=34&par[lang]=CS)>.
34. *Oficiální evidence Místních Agend 21 v ČR* [online]. [cit.2009-06-30]. Dostupné z: < <http://ma21.cenia.cz/kriteria>>.
35. *Oficiální stránky České republiky* [online]. [cit.2009-01-12]. Dostupné z: <<http://www.czech.cz/cz/ceska-republika/>> .
36. *Právo* [online]. [cit.2009-06-25]. Dostupné z: <[http://cs.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A1vo\\_\(den%C3%ADk\)](http://cs.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A1vo_(den%C3%ADk))>.

37. *Program WHO* [online]. [cit.2009-04-11]. Dostupné z: <[http://www.prevenceurazu.cz/index.php?option=com\\_content&task=view&id=14&Itemid=29](http://www.prevenceurazu.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=14&Itemid=29)>.
38. ROZEHNAL, A. *Mediální právo*. Plzeň 2004, 1. vydání, ISBN 80-86473-79-1.
39. *Státní zdravotní ústav, Akční plán zdraví a životního prostředí České republiky* [online]. [cit.2009-02-25]. Dostupné z: <[http://www1.szu.cz/chzp/nehap/\\_nehapcz.htm](http://www1.szu.cz/chzp/nehap/_nehapcz.htm)>.
40. *Strategické dokumenty* [online]. [cit.2009-06-30]. Dostupné z: <<http://www.esfcr.cz/strategicke-dokumenty>>.
41. *Škola podporující zdraví* [online]. [cit.2009-04-11]. Dostupné z: <<http://www.program-spz.cz>>.
42. *Témata zdraví a bezpečnosti* [online]. [cit.2009-03-20]. Dostupné z: <<http://www.szu.cz/tama/pracovni-prostredi>>.
43. VURM, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*, Praha: Manus 2004, 1. vydání, 100 str., ISBN 80-86571-07-6.
44. *Výzkum trhu, médií a veřejného mínění & vývoj software* [online]. [cit.2009-04-11]. Dostupné z: <<http://www.median.cz>>.
45. ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. Univerzita Karlova v Praze, 2002, ISBN 80-246-0467-1.
46. *Zdravé město* [online]. [cit.2009-04-11]. Dostupné z: <<http://www.strakonice.net>>.
47. *Zdravé město* [online]. [cit.2009-04-11]. Dostupné z: <<http://www.mesto-trebon.cz>>.
48. *Zdravé město* [online]. [cit.2009-06-25]. Dostupné z: <<http://www.prachatice.cz>>.
49. *Zdravé město* [online]. [cit.2009-06-25]. Dostupné z: <<http://www.tabor.cz>>.
50. *Zdraví 21, dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. Zdraví pro všechny v 21. století*, MZČR, 1. vydání, 124 str. ISBN 80-85047-99-3.
51. Zdroj: <<http://mfdnes.newtonit.cz/>>.

52. Zdroj: < <http://www.euro.who.int/document/E90777.pdf>>.
53. Zdroj: < <http://www.mzcr.cz>>.
54. Zdroj: < <http://www.szu.cz>>
55. *Zvyšování kvality a efektivity ve zdravotnictví* [online]. [cit.2009-08-04]. Dostupné z: <<http://www.hc-institute.org>>.

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Zdravotní politika

Zdraví 21

Světová zdravotnická organizace (WHO)

Zdravotnictví

Média

## 9. PŘÍLOHY

### Příloha č.1

Hlavní statistické ukazatele související s plněním Programu ZDRAVÍ 21  
údaje za rok 2006

| <b>Ukazatel</b>                                                               | <b>Min.</b> | <b>Průměr ČR</b> | <b>Max.</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------|-------------|
| <b>střední délka života při narození, muži</b>                                | 71,2        | 73,5             | 75,2        |
| <b>střední délka života při narození, ženy</b>                                | 77,5        | 79,7             | 80,4        |
| <b>standardizovaná úmrtnost celkem, muži</b>                                  | 875,5       | 1024,1           | 1191,1      |
| <b>standardizovaná úmrtnost celkem, ženy</b>                                  | 544,9       | 613,2            | 712,0       |
| <b>počty hospitalizací celkem, muži</b><br>(na 100 000 mužů)                  | 16032,1     | 19661,3          | 22176,3     |
| <b>počty hospitalizací celkem, ženy</b><br>(na 100 000 žen)                   | 20465,3     | 24486,8          | 28198,0     |
| <b>počet případů PN</b><br>(na 100 000 pojištěnců, muži)                      | 34743,0     | 55950,8          | 71781,0     |
| <b>počet případů PN</b><br>(na 100 000 pojištěnců, ženy)                      | 43807,0     | 59618,4          | 81856,0     |
| <b>celková dětská úmrtnost do 5 let</b><br>(na 100 000 dětí ve věku 0-4 let)  | 53,4        | 88,0             | 132,4       |
| <b>kojenecká úmrtnost</b>                                                     | 2,2         | 3,3              | 5,5         |
| <b>neonatální úmrtnost</b>                                                    | 1,1         | 2,3              | 4,8         |
| <b>perinatální úmrtnost</b>                                                   | 2,7         | 4,2              | 6,9         |
| <b>časná novorozenecká úmrtnost</b>                                           | 0,3         | 1,4              | 2,9         |
| <b>Mrtvorozenost</b>                                                          | 2,0         | 2,8              | 4,7         |
| <b>náhlé úmrtí dítěte do 1 roku</b><br>(na 1 000 živě narozených)             | -           | 0,1              | 0,4         |
| <b>počet sebevražd dětí do 15 let</b><br>(na 100 000 obyv. ve věku 10-14 let) | -           | 0,5              | 3,3         |
| <b>počty dispenzarizovaných dětí</b>                                          | 25562,0     | 33051,6          | 43020,3     |

|                                                                                         |        |              |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------|--------|
| (na 100 000 registrovaných pacientů)                                                    |        |              |        |
| <b>počet dětí s nízkou porodní hmotností</b><br>(na 1 000 živě narozených)              | 6,3    | 7,1          | 8,8    |
| <b>počty potratů u dospívajících dívek</b><br>(na 1 000 žen ve věku 15-19 let)          | 5,5    | 8,7          | 15,4   |
| <b>zdravá délka života při narození - muži</b><br>(prozatimní hodnota)                  | .      | 62,8         | .      |
| <b>zdravá délka života při narození - ženy</b><br>(prozatimní hodnota)                  | .      | 63,3         | .      |
| <b>počty hospitalizovaných na zlom. krčku stehenní kosti, muži</b> (na 100 000 mužů)    | 73,7   | 122,5        | 161,8  |
| <b>počty hospitalizovaných na zlom. krčku stehenní kosti, ženy</b> (na 100 000 žen)     | 191,2  | 276,5        | 367,1  |
| <b>počty hospitalizovaných na arteriální hypertenzi, muži</b> (na 100 000 mužů)         | 110,8  | 148,2        | 189,7  |
| <b>počty hospitalizovaných na arteriální hypertenzi, ženy</b> (na 100 000 žen)          | 168,0  | 262,0        | 322,0  |
| <b>počty hospitalizovaných na diabetes mellitus, muži</b> (na 100 000 mužů)             | 235,4  | 279,1        | 306,6  |
| <b>počty hospitalizovaných na diabetes mellitus, ženy</b> (na 100 000 žen)              | 206,4  | 265,2        | 333,2  |
| <b>počty nově hlášených diabetiků, muži</b><br>(na 100 000 mužů)                        | 441,8  | 529,5        | 682,2  |
| <b>počty nově hlášených diabetiků, ženy</b><br>(na 100 000 žen)                         | 420,9  | 566,6        | 725,3  |
| <b>počet prvních psychiatrických vyšetření ve sledovaném roce</b> (na 100 000 obyvatel) | 2711,9 | 4465,9       | 8013,8 |
| <b>SDR - počet sebevražd</b><br>(počet zemřelých na dg X60 - X84), muži                 | 17,8   | 21,1         | 24,9   |
| <b>SDR - počet sebevražd</b><br>(počet zemřelých na dg X60 - X84), ženy                 | 2,7    | 4,2          | 6,6    |
| <b>počet hlášených poliomyelitid</b><br>(na 100 000 obyvatel)                           |        | žádný případ |        |
| <b>počty hlášených případů záškrty</b><br>(na 100 000 obyvatel)                         |        | žádný případ |        |

|                                                                                    |        |        |        |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|
| <b>počty hlášených případů dávivého kašle</b><br>(na 100 000 obyvatel)             | 0,2    | 3,3    | 12,2   |
| <b>proočkovanost dětí proti záškrtu, tetanu, dávivému kašli a Hib (4 dávky)</b>    | 99,0   | 99,0   | 100,0  |
| <b>počet hlášených případů spalniček</b><br>(na 100 000 obyvatel)                  | 0,2    | 0,1    | 0,5    |
| <b>počty hlášených případů příušnic</b><br>(na 100 000 obyvatel)                   | 0,6    | 50,4   | 191,9  |
| <b>proočkovanost dětí proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám (2 dávky)</b>       | 92,0   | 97,0   | 100,0  |
| <b>počet případů HIV/AIDS - kumulativní údaje k 31.12.</b> (na 1 000 000 obyvatel) | 19,7   | 89,4   | 390,5  |
| <b>počet nově hlášených onemocnění - syfilis</b><br>(na 100 000 obyvatel)          | 1,0    | 4,9    | 11,5   |
| <b>počet nově hlášených onemocnění - kapavka</b><br>(na 100 000 obyvatel)          | 1,9    | 10,5   | 31,9   |
| <b>počet nově hlášených onemocnění - tuberkulóza</b><br>(na 100 000 obyvatel)      | 5,3    |        | 13,4   |
| <b>počet nově hlášených případů salmonely (dg. A02)</b><br>(na 100 000 obyvatel)   | 182,9  | 244,5  | 387,4  |
| <b>počet hospitalizací na KVO, muži</b><br>(na 100 000 mužů)                       | 3104,7 | 3561,1 | 4198,5 |
| <b>počet hospitalizací na KVO, ženy</b><br>(na 100 000 žen)                        | 2698,4 | 3182,8 | 3643,6 |
| <b>délka hospitalizace na KVO, muži</b>                                            | 7,0    | 8,5    | 9,7    |
| <b>délka hospitalizace na KVO, ženy</b>                                            | 8,4    | 10,8   | 12,2   |
| <b>počet kardiochirurgických výkonů</b><br>(na 100 000 obyvatel)                   | .      | 96,8   | .      |
| <b>incidence ZN (dg. C00-D09), muži</b><br>(na 100 000 mužů)                       | 629,6  | 699,1  | 812,3  |
| <b>incidence ZN (dg. C00-D09), ženy</b><br>(na 100 000 žen)                        | 585,8  | 647,2  | 786,1  |
| <b>SDR na novotvary (dg. C00-D48), muži</b>                                        | 250,0  | 286,8  | 337,3  |

|                                                                                                        |        |         |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|---------|
| <b>SDR na novotvary (dg. C00-D48), ženy</b>                                                            | 139,5  | 164,9   | 191,2   |
| <b>Komplikace DM - počty retinopatií</b><br>% z celkového počtu léčených osob podle krajů              | 17,9   | 21,5    | 32,9    |
| <b>Komplikace DM - počty nefropatií</b><br>% z celkového počtu léčených osob podle krajů               | 11,3   | 17,4    | 29,1    |
| <b>Komplikace DM - počty amputací dolní končetiny</b><br>% z celkového počtu léčených osob podle krajů | 0,9    | 2,0     | 3,6     |
| <b>počet případů PN na kapitulu XIII. - nemoci pohybového aparátu</b>                                  | 5249,0 | 12135,0 | 18105,0 |
| <b>procento dětí ve věku 5 let s intaktním chrupem</b>                                                 | 29,8   | 41,6    | 49,6    |
| <b>index KPE u 12letých dětí</b>                                                                       | 2,3    | 3,0     | 3,6     |
| <b>SDR - dopravní nehody, muži</b>                                                                     | 10,0   | 15,5    | 20,5    |
| <b>SDR - dopravní nehody, ženy</b>                                                                     | 1,9    | 4,5     | 9,4     |
| <b>prevalence kuřáctví, muži</b>                                                                       | .      | 37,5    | .       |
| <b>prevalence kuřáctví, ženy</b>                                                                       | .      | 23,6    | .       |
| <b>spotřeba tabákových výrobků</b><br>počet cigaret na 1 osobu a rok                                   | .      | 2275,0  | .       |
| <b>spotřeba alkoholu</b><br>(v litrech čistého lihu) na 1 obyvatele a rok                              | .      | 10,2    | .       |
| <b>celkový nemocniční stupeň úmrtnosti</b><br>(letalita na 1000 hosp.)                                 | 19,8   | 25,1    | 30,3    |
| <b>pooperační mortalita</b><br>(na 1000 oper.)                                                         | 5,2    | 6,7     | 8,3     |
| <b>SDR na kardiovaskulární onemocnění, muži</b>                                                        | 367,2  | 477,8   | 561,5   |
| <b>SDR na kardiovaskulární onemocnění, ženy</b>                                                        | 258,7  | 318,2   | 374,1   |
| <b>počet lůžek v nemocnicích</b>                                                                       | 48,6   | 62,5    | 87,3    |

|                                                             |      |       |       |
|-------------------------------------------------------------|------|-------|-------|
| (na 10 000 obyvatel)                                        |      |       |       |
| <b>počet lůžek - ošetrovatelská</b><br>(na 10 000 obyvatel) | 11,3 | 14,4  | 19,9  |
| <b>počet lékařů</b><br>(na 10 000 obyvatel)                 | 29,1 | 39,9  | 69,6  |
| <b>počet ZPBD</b><br>(na 10 000 obyvatel)                   | 73,6 | 101,5 | 157,9 |
| <b>počet ZPOD</b><br>(na 10 000 obyvatel)                   | 19,6 | 25,7  | 45,7  |



**ZDRAVOTNICTVÍ !**  
**MUSÍ BÝT PRO NEMOCNÉ,**  
**JEN TAK BUDE PRO VŠECHNY ■**

Vadí vám složité hledání lékaře?  
Vadí vám dlouhé čekací doby?  
Vadí vám přístup zdravotnického personálu?  
Vadí vám vysoké doplatky na léky?  
Vadí vám nutnost úplatků za kvalitní péči?

**JÁ VÁM LHÁT NEBUDU**  
**REFORMA JE NUTNÁ**

REFORMA  
  
ZDRAVOTNÍ PÉČE  
NA MÍRU

Příloha č.3 Přihláška do soutěže o titul podnik podporující zdraví

Přihláška do soutěže

---

o titul

PODNIK PODPORUJÍCÍ ZDRAVÍ

roku 2009

---

Název organizace:

Adresa:

IČO:

Statutární zástupce:

Kontaktní osoba:

Telefon/fax:

Hlavní předmět činnosti:

Počet zaměstnanců:

V.....dne.....

.....  
Jméno, funkce a podpis žadatele

Razítko

Přílohy: Projekt podpory zdraví na pracovišti

Dotazník pro sebehodnocení (vyplněný formulář)