



Praha 28.6.2004

# 41

## Světové šetření o zdraví (13. díl) Cíle zdravotnictví a sociální kapitál

Tato aktuální informace se zabývá dvěma důležitými aspekty, které je žádoucí posuzovat ve vztahu ke zdraví a fungování zdravotnictví. Prvním z nich jsou cíle zdravotnictví a jejich důležitost pro občany. Druhým jsou celospolečenské podmínky k životu spadajících do oblasti sociálního kapitálu.

### Cíle zdravotnictví

Výdaje na zdraví tvoří významnou složku celospolečenských výdajů, což s sebou přináší i zájem o zachycení a vyhodnocení výkonnosti zdravotnického systému. Měření výkonnosti systému zdravotnictví by mělo sloužit k hodnocení výsledků různých opatření a reforem a umožňovat srovnání různých zdravotnických systémů. Pro měření výkonnosti je třeba především vytyčit základní cíle zdravotnického systému, kterých má být dosahováno. Tím nejdůležitějším je určitě zlepšování zdraví obyvatel, což je zajišťováno poskytováním zdravotnických služeb. Při těchto činnostech dochází k prolínání s některými ostatními sociálními cíli, jakými jsou například podpora vzdělanosti, zajištění sociální spravedlnosti nebo dodržování lidských práv. I tyto cíle mohou být zahrnuty do celkového hodnocení zdravotnického systému. Světová zdravotnická organizace navrhuje uvažovat a hodnotit v rámci zdravotnického systému tři základní cíle:

- I. Zlepšování zdraví populace. To znamená prodlužování délky života a snižování nemocnosti za situace, kdy všichni lidé mají stejné šance být zdraví.
- II. Zlepšování vstřícnosti zdravotnického systému. Vstřícný systém zajišťuje důstojné zacházení s pacienty, důvěrnost osobních údajů, snadný a rychlý přístup ke zdravotní péči, možnost výběru poskytovatele péče, zapojení do rozhodování o léčbě, čisté prostředí a dostatek prostoru, kontakt s rodinou a přáteli v průběhu léčby a srozumitelnou komunikaci se zdravotnickým personálem. Zdravotnický systém by měl být zároveň stejně vstřícný ke všem lidem, bez ohledu na jejich majetek, sociální postavení, pohlaví, věk nebo náboženské či jiné vyznání.
- III. Spravedlivé finanční zatížení. Každá domácnost by měla platit spravedlivou částku do zdravotnického systému na financování zdravotnických služeb. To znamená, že zdraví lidé by se měli podílet na nákladech na služby pro nemocné a bohatí lidé by měli přispívat do systému více než chudí, bez ohledu na svou spotřebu.

Úroveň dosaženého zdraví a úroveň vstřícnosti vyjadřují *kvalitu* zdravotnického systému. Nerovnosti ve zdraví, nerovnosti ve vstřícnosti a nerovnosti finančního zatížení se vztahují k jeho *spravedlnosti*. Na základě tří základních cílů, s ohledem na kvalitu a spravedlnost, bylo definováno pět ukazatelů charakterizujících výstupy zdravotnického systému: kvalita zdraví, spravedlnost ve zdraví, kvalita vstřícnosti, spravedlnost ve vstřícnosti a spravedlivé financování. Jednotlivým cílům lze přiřadit různé váhy reprezentující jejich relativní důležitost.

Ve Světovém šetření o zdraví byli respondenti dotazováni na relativní důležitost jednotlivých cílů zdravotnictví, a to i z hlediska kvality a spravedlnosti. Jejich úkolem bylo seřadit všech pět cílů od nejvíce po nejméně důležitý. Výsledky mohou být užitečné i pro plánování zdravotní politiky u nás, neboť alespoň zmínku o všech výše zmíněných cílech lze nalézt v oficiálních vládních dokumentech zabývajících se zdravotnictvím, tedy v programových prohlášeních vlád a koncepcích zdravotnictví.

Podle výsledků zařazovali respondenti v 59 %, tedy nejčastěji a podle očekávání, na nejdůležitější místo kvalitu zdraví. Za nejméně důležitý cíl bylo považováno 59 % respondentů spravedlivé financování. Kvalitu zdraví na první místo a spravedlivé financování na poslední místo důležitosti zařadilo 36 % respondentů. Nejčastější pořadí cílů u 12 % respondentů bylo následující: kvalita zdraví, spravedlnost ve zdraví, kvalita vstřícnosti, spravedlnost ve vstřícnosti a spravedlivé financování. Druhé nejčastější pak bylo u 10 % respondentů toto: kvalita zdraví, kvalita vstřícnosti, spravedlnost ve zdraví, spravedlnost ve vstřícnosti a spravedlivé financování. Celkové pořadí cílů by podle obyvatel České republiky bylo následující: kvalita zdraví, kvalita vstřícnosti, spravedlnost ve zdraví, spravedlnost ve vstřícnosti a spravedlivé financování. Shoda v hodnocení důležitosti cílů, měřená Spearmanovým koeficientem pořadové korelace, je poměrně vysoká. Tato shoda byla mírně vyšší u respondentů ve věku 30-44 let, u respondentů v obcích do 50 000 obyvatel a u těch, kteří jsou spíše spokojeni se zapojením do rozhodování o zdravotní péči v naší zemi.

### Důležitost jednotlivých cílů zdravotnictví

Cíl zdravotnictví	Rozdělení důležitosti cílů podle pořadí v %					Pořadí důležitosti
	nejvíce důležitý	druhý v pořadí	třetí v pořadí	čtvrtý v pořadí	nejméně důležitý	
<b>Kvalita zdraví</b>	58,9	14,7	9,0	11,7	5,8	1
<b>Spravedlnost ve zdraví</b>	11,1	28,1	25,9	23,3	11,6	3
<b>Kvalita vstřícnosti</b>	21,3	30,0	27,2	15,7	5,8	2
<b>Spravedlnost ve vstřícnosti</b>	5,2	16,7	25,8	34,0	18,4	4
<b>Spravedlivé financování</b>	3,5	10,5	12,1	15,3	58,6	5

Lidé nespokojení se zapojením do rozhodování o péči považovali za více důležitou spravedlnost ve vstřícnosti a za méně důležitou kvalitu zdraví. Lidé nespokojení s fungováním zdravotnických služeb považovali za důležitější kvalitu i spravedlnost ve vstřícnosti a za méně důležité spravedlivé financování. Vnímání vlastního zdraví nemělo na hodnocení důležitosti jednotlivých cílů vliv. Ani další faktory nehrály při hodnocení důležitosti žádnou zásadnější roli. Pokud bychom posuzovali pouze preference mezi kvalitou a spravedlností, potom 78 % respondentů preferovalo zlepšování kvality nad zlepšováním spravedlnosti. Častěji preferovali kvalitu nad spravedlností respondenti ve věku 30-59 let a lidé spokojení se zapojením do rozhodování o poskytované péči.

## Sociální kapitál

Zdraví je považováno nejen za hodnotu individuální ale zároveň za hodnotu společenskou. Sociální prostředí vytváří podmínky pro život, a tedy i pro zdraví, každého člověka. Tyto podmínky jsou charakterizovány rodinnými a komunitními vazbami, kontakty v zaměstnání, zapojením se do občanské společnosti či komunikací s veřejnými institucemi. Úroveň těchto sociálních podmínek k životu bývá společně nazývána sociálním kapitálem. Některé výzkumy již poukázaly na vztah mezi nízkou úrovní sociálního kapitálu a vyšší úmrtností i nemocností. Podle Světové banky fungující sociální systémy podporují vzdělání a povědomí o zdraví, nabízejí lepší přístup ke zdravotnickým službám a umožňují snazší prosazování sociálních norem, které mají dopad na veřejné zdraví.

Do Světového šetření o zdraví byly zařazeny otázky týkající se zapojení občanů do rozhodování o věcech veřejných, názorů na činnost veřejné správy, fungování základních demokratických principů, tedy možnosti působení na úřady a svobody projevu a také zajištění bezpečnosti občanů.

### Účast na veřejném životě a hodnocení činnosti veřejných institucí

Jedním z aspektů sociálního kapitálu je možnost podílet se na rozhodování o veřejných záležitostech, které je v demokratických zřízeních zajištěno prostřednictvím volených zástupců působících v různých politických institucích. Možnost účastnit se voleb bývá realizována jako právo nikoliv jako povinnost, takže určitá část občanů této možnosti nevyužívá. Příčiny tohoto jevu mohou být různé, například nedůvěra v ovlivnění veřejného života prostřednictvím těchto volených zástupců. Podle našich výsledků uvedlo účast v posledních volbách 69 % respondentů, což je více než by odpovídalo skutečné účasti, která byla při posledních volbách do Poslanecké sněmovny v roce 2002 58 % a do obecních zastupitelstev 43 %. To by mohlo ukazovat na skutečnost, že lidé s vyšším zájmem o veřejný život, jsou ochotnější a přístupnější k účasti na výběrových šetřeních se sociální tematikou.

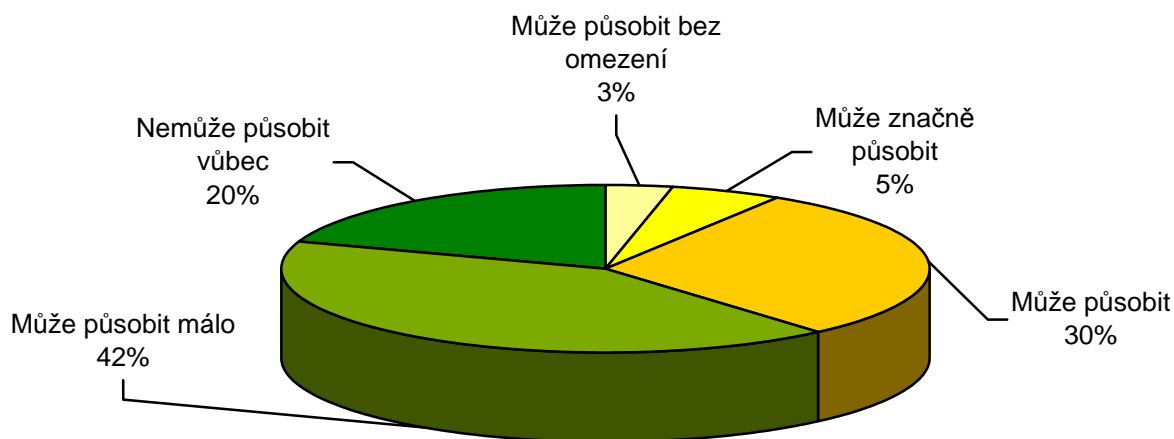
Mezi muži a ženami nebyly ve volební účasti patrné rozdíly. Volební účast byla vyšší u osob nad 50 let. Voleb se účastnili méně často muži, kteří hodnotili špatně své zapojení do rozhodování o zdravotní péči, nebo kteří nebyli spokojeni s fungováním zdravotnických služeb v naší zemi. Menší účast v posledních volbách uvedli respondenti manuálně pracující a nezaměstnaní, tedy ekonomicky aktivní lidé častěji spadající do sociální záchrané sítě. Častější účast ve volbách uvedli obyvatelé z nejmenších obcí, alespoň s maturitou a s lepším subjektivním zdravím.

Další dvě otázky se týkaly důvěry, jakou měli občané k činnosti vlády a místních úřadů. Pouze 10 % respondentů mělo vždy nebo většinou důvěru k činnosti vlády a 37 % důvěřovalo vždy nebo většinou místním úřadům. Naopak vůbec vládě nedůvěřovalo 17 % a místním úřadům 5 % respondentů. Mezi muži a ženami nebyly patrné v hodnocení důvěry žádné rozdíly. Větší důvěru v místní úřady měli nejstarší občané, u důvěry vládě takové rozdíly zjištěny nebyly. Obyvatelé Prahy důvěřovali vládě více než obyvatelé ostatních regionů, což bychom vzhledem k odlišnější politické orientaci jejích obyvatel neočekávali. Žádné regionální rozdíly nebyly zaznamenány v důvěře místním úřadům. Důvěra v místní úřady klesala s velikostí obce, což nebylo zaznamenáno u centrální vlády. Respondenti s vyšším vzděláním důvěřovali vládě více, u místních úřadů nehrálo vzdělání žádnou roli. Hůře hodnotili působení vlády nezaměstnaní a manuálně pracující. Důvěra v centrální vládu i místní úřady byla nižší u lidí, kteří hodnotili špatně zapojení do rozhodování o zdravotní péči a fungování zdravotnických služeb.

## Fungování demokratických principů

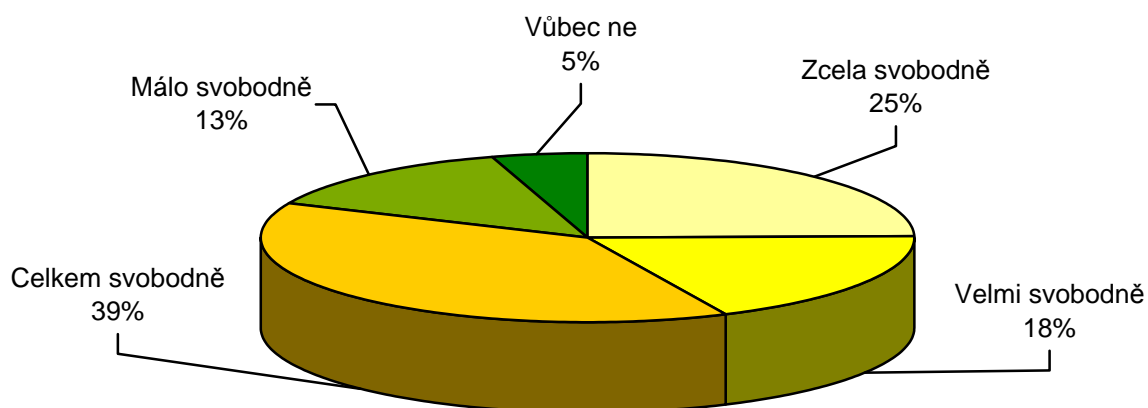
Hodnocení vlivu občanů na činnost úřadů, tedy možnost působit na ně, aby se zabývaly jejich záležitostmi nebylo mezi muži a ženami podstatně odlišné. Nejstarším respondentům se zdálo, že mají na činnost úřadů menší vliv, přesto uváděli častější účast ve volbách. S rostoucí velikostí obce klesalo přesvědčení respondentů o možnosti ovlivňovat chod úřadů, což by mohlo souviset s těsnějšími vztahy mezi občany a úřady v menších sídlech. Vliv vzdělání nebyl z výsledků příliš patrný, o něco hůře hodnotili své postavení vzhledem k úřadům respondenti se základním vzděláním. Respondenti s horším subjektivním zdravím, hodnotící špatně zapojení do rozhodování o zdravotní péči i fungování zdravotnických služeb hodnotili hůře i možnost působit na úřady.

### **Možnost občanů působit na úřady, aby se zabývaly jejich záležitostmi**



Zajímavé výsledky přineslo vyhodnocení otázky na možnost svobodného vyjadřování, kde se ukázalo být základním diferenciačním faktorem pohlaví. Ženy se totiž domnívaly, že je u nás svoboda slova nižší než jak se domnívali muži. Podle věku žádné rozdíly nalezeny nebyly. Pohlaví hrálo důležitou roli při hodnocení svobody projevu podle velikosti obce. Největší rozdíl byl mezi muži a ženami v nejmenších obcích. V těchto obcích hodnotily ženy svobodu projevu mírně hůře než ženy žijící v ostatních obcích a naproti tomu muži ji hodnotili mírně lépe než muži v ostatních obcích. Možnost svobodně se vyjadřovat hodnotily výrazně lépe respondentky z Prahy, u mužů nebyly rozdíly patrné. Ženy alespoň s maturitou a muži alespoň s vyučením hodnotili lépe svobodu projevu. Určité, i když ne tak výrazné a bez souvislosti s pohlavím, byly i rozdíly podle subjektivního zdraví a hodnocení fungování zdravotnictví. Respondenti spokojení se svým zdravím a s fungováním zdravotnických služeb byli spokojenější i se svobodou slova v naší zemi.

## Možnost občanů svobodně vyjadřovat své názory, aniž by se museli obávat postihu



### Bezpečnost občanů

Ohrožení bezpečnosti občanů souvisí se zdravím jednak přímo, neboť při násilných činech dochází k poškození zdraví, tak i nepřímo, neboť je samo důležitým faktorem působícím na celkovou psychickou pohodu. 7 % respondentů uvedlo, že oni sami nebo někdo z jejich rodiny byli svědkem nebo obětí zločinu, jako například přepadení nebo krádeže. Tato zkušenost mírně rostla s velikostí obce, v nejmenších obcích byla 4 %, v největších 10 % a vůbec nejvyšší byla zaznamenána s 15 % v Praze. Dvěma otázkami se zjišťoval pocit bezpečí před zločinem a násilím doma a venku po setmění. Podle očekávání se ženy cítily méně bezpečné doma (25 % z nich) i venku (59 % z nich). Pociť bezpečí doma klesal s věkem, mimo domov byl horší pouze u osob nad 60 let. Respondenti v největších městech pociťovali menší bezpečí doma i venku. Méně bezpečně se doma i venku cítili také respondenti s horším subjektivně vnímaným zdravím.

Vypracoval: Ing. Jakub Hrkal