

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
Škola veřejného zdravotnictví

Ruská 85. 100 05, tel/fax: 271019335

E-mail: škola@ipvz.cz

VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ
SPECIALIZAČNÍ PŘÍPRAVA 2002-2004 jaro

ATESTAČNÍ PRÁCE - PROJEKT

ČESKÉ ZDRAVOTNICTVÍ V HODNOCENÍ OBČANŮ
(VÝSLEDKY STŘEDNĚDOBÉHO SOCIOLOGICKÉHO
ŠETŘENÍ)

FRANTIŠEK LAVIČKA

PRAHA 2004

Poděkování:

Je pro mne milou povinností poděkovat kolegovi a kolegyním Prof. MUDr. Vladimíru Zarembovi ,DrSc., Doc.MUDr. Heleně Zavázalové, CSc. a MUDr. Květuši Zikmundové, CSc. Jejich dlouholetá vědecká činnost mne inspirovala k tématu. Současně děkuji za nevšední a trvalý zájem s kterým sledovali vznik práce.. Děkuji rovněž kolegyním paní Vladimíře Máchové a paní Evě Smetanové za technickou pomoc při zpracování podkladů. Dík a uznání právem patří studentům několika ročníků bakalářského a magisterského studia Lékařské fakulty UK, kteří s mladistvým elánem a precizním přístupem zajišťovali terénní šetření a vzorně reprezentovali naši fakultu

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracoval samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl v seznamu literatury.

Obsah

	Strana
O Úvod	3
1 Charakteristika problému, cíl práce, pracovní hypotézy	
1.1 Hodnocení kvality práce	
1.2 Hodnocení spokojenosti se zdravotnictvím	8
1.3 Současné národní a mezinárodní hodnocení spokojenosti se zdravotnictvím	9
<i>Exkurs 1- Základní zásady hospodářské politiky (státního rozpočtu)</i>	<i>11</i>
1.4 Pracovní hypotéza	13
2 Metodika práce a charakteristika souboru	16
2.1 Metodika výzkumu	16
2.1.1 Příprava dotazníku (záznamového listu)	17
2.1.2 Instruktaž tazatelů	18
2.1.3 Diskuse k metodice výzkumu	19
2.2 Struktura souboru	20
3 Výsledky šetření a rozprava	22
3.1 Spokojenost se zdravotní péčí	22
3.1.2 Přípomínky respondentů ke zdravotní péči	25
3.1.3 Možná zlepšení	26
3.2 Návštěva zdravotnických zařízení	27
3.3 Finanční spoluúčast občana (pacienta) na zdravotní péči	31
<i>Exkurs 2-K teorii Rakouské ekonomické školy</i>	<i>35</i>
3.4 Mezigenerační hodnocení životní úrovně	36
3.4.2 Hodnocení situace mladé generace	38
3.4.3 Vlastní hodnocení životní úrovně	39
<i>Exkurs 3 -O solidaritě</i>	<i>41</i>
4 Závěr	43
5 Seznam použité literatury	45
6 Přílohy	
1 - Pokyny k anketě	48
2 - Anketní listopad	49
3 - Numerické vyjádření grafu 1-17	50
4 - Struktura souboru (absolutní a relativní čísla)	53
5 - Struktura souboru (muži do 34 let)	54
6 - Struktura souboru (ženy do 34 let)	56
7 - Struktura souboru (muži + ženy do 34 let)	58
8 - Struktura souboru (muži 35-59 let)	60
9 - Struktura souboru (ženy 35-59 let)	62
10 - Struktura souboru (muži+ženy 35-59 let)	64
11 - Struktura souboru (muži nad 60 let)	66
12 - Struktura souboru (ženy nad 60 let)	68
13 - Struktura souboru (muži+ženy nad 60 let)	70
14 - Souhlas s půjčováním a citováním práce	72

Seznam tabulek

1	Sřídění délka života při narození	4
2	Spokojenost obyvatel vybraných žen s vlastním systémem zdravotní péče v letech 1996 a 2000 a její změny	10
3	Výdaje na sociální ochranu a výdaje na starobní důchody V roce 1998 (v % HDP) ve vybraných zemích	11
4	Složení respondentů	20
5	Složení obyvatelstva České republiky staršího 15 let podle věkových skupin	33
6	Průměrné důchody (rok 2001)	34

Seznam grafů

1	Současná zdravotní péče je lepší než dříve	23
2	Současná zdravotní péče je stejná jako dříve	24
3	Současná zdravotní péče je horší než dříve	24
4	Navštívíte zdravotnické zařízení (lékaře) alespoň jednou měsíčně	28
5	Navštívíte zdravotnické zařízení (lékaře) vícekrát do roka	28
6	Navštívíte zdravotnické zařízení (lékaře) méně často	28
7	Zdravotnické zařízení (lékaře) nenavštívíte vůbec	29
8	Finanční spoluúčast na zdravotní péči je pro mne zanedbatelná	31
9	Finanční spoluúčast na zdravotní péči je pro mne ještě únosná	32
10	Finanční spoluúčast pocítíte dosti silně	32
11	Myslíte si, že se současná situace důchodců proti dřívějšímu zlepšila	37
12	Myslíte si, že se současná situace důchodců proti dřívějšímu nezměnila	37
13	Myslíte si, že se současná situace důchodců proti dřívějšímu zhoršila	37
14	Myslíte si, že se současná situace mladých lidí proti dřívějšímu zlepšila	38
15	Myslíte si, že se současná situace mladých lidí proti dřívějšímu zhoršila	39

0 Úvod

České zdravotnictví prošlo v 90. letech min. století rozsáhlými změnami, které poznamenaly jak zdravotnictví jako takové, tak se změnilo zásadním způsobem vztahy občanů ke zdravotnictví.

Zdravotnictví přešlo od centralistického modelu financovaného a řízeného státem k decentralizovanému modelu založeném na tržních principech, v kterých základní správní samostatnou jednotkou se stává zdravotnické zařízení.

Procesu přeměn zdravotnického systému přispěla tehdejší příznivá politická atmosféra, prosazující zásadní změny společenského systému. Jeho neodmyslitelnou součástí se stal proces privatizace a postupné prosazování principů tržní ekonomiky založené na samostatnosti zdravotnických subjektů a omezené konkurenci. Zdravotnictví tak v mnoha směrech sleduje proces celospolečenských ekonomických přeměn. Zdravotnický systém se začal velmi rychle rozvíjet podle těchto kritérií na počátku 90. let min.století. Zákonný rámec byl vytvořen přijetím zákona ČNR číslo. 160/1992 Sb. O zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Tento zákon, který s malými dodatky platí stále, umožnil proces privatizace zdravotnictví. Současně povinnost VZP uzavřít smlouvy se všemi nestátními zdravotnickými zařízeními do konce roku 1993, urychlil privatizační proces ve zdravotnictví, zejména ambulantních zařízení.

Další neméně závažnou, možná určující skutečností, organizačních přeměn zdravotnictví, byl zhoršující se zdravotní stav obyvatel projevující se jak ve stagnující až klesající střední délce života, tak v narůstající incidenci některých závažných onemocnění jako jsou infekční choroby, onkologická a kardiovaskulární onemocnění.

V západoevropských zemích se rozvíjí pozitivní trend prodlužování střední délky života, pak naopak v zemích východoevropských převážně střední délka života stagnovala nebo téměř stagnovala, (Československo nevyjímaje. Situaci ukazuje následující tabulka v které jsou porovnány údaje o střední délce života při narození ve vybraných zemích západní a východní Evropy. Ukazatel střední délky života není jediným kritériem vypovídající o životní úrovni resp.spíše o kvalitě života občanů dané společnosti. Daný ukazatel podstatně zvýší svoji vypovídací funkci, sledujeme-li jej v delší časové řadě nebo v mezinárodní komparaci, nejlépe v průřezu obou srovnání.

Pro ilustraci daného stavu uvádíme přehlednou tabulku, charakterizující jak střední délku života při narození v časové řadě, tak v mezinárodním srovnání. Nejen, že ve výchozím roce 1970 byla střední délka života v tehdejší Československu nižší než v okolních (západních) státech, tak zejména povážlivá je její stagnace vývoje v následujících letech.

Tab. 1 Střední délka života při narození

ZEMĚ	1970	1980	1988
Rakousko	70,0	72,7	75,6
Dánsko	73,5	74,2	75,1
Francie	72,9	74,9	77,1
Španělsko	72,8	75,5	77,0
Švédsko	74,8	75,8	77,2
Velká Británie	71,8	73,5	75,4
Bulharsko	71,2	71,0	71,7
Československo	69,6	70,3	71,7
Maďarsko	69,3	69,1	70,1
Polsko	69,2	70,3	71,3
Rumunsko	68,0	69,2	69,6
Jugoslávie	67,6	70,8	70,4

Pramen: Drbal, C.: Politika pro zdraví, Praha 1993, str. 21

Podářilo se nalézt společná, velmi nadějná a progresivní východiska. Ta byla zformulována do tzv. žluté knihy a publikována v květnu 1990. Jeho obsahem bylo dvanáct základních principů pro výstavbu nového zdravotnictví (podle C.Drbala: Politika pro zdraví, ZN 1993, str.23)

Změny ve zdravotnickém systému mají zásadní význam i pro vztahy mezi zdravotnictvím a pacientem (občanem). V podstatě jsou prosazeny liberalizační principy spočívající zejména ve svobodné volbě lékaře a zdravotní pojišťovny, které spolu se změnami v systému nově vznikají jako finanční instituce, financující podstatnou část nákladů na zdravotnictví. Nastupuje povinné zdravotní pojištění v němž jsou zainteresováni všichni občané.

Základní způsoby financování:

1. Odvody do systému pojištění závislém na příjmu
2. Odvody, které za nezaopatřené děti a občany spolu s důchodci a některými dalšími ekonomicky nezajištěnými občany hradí stát.
3. Dalšími zdroji financování je státní rozpočet, rozpočty krajů a obcí a přímé soukromé platby pacientů (obyvatel). V omezené míře prostředky podniků a sponzorů.

Transformace zdravotnického systému je v v jistém smyslu slova v podstatě přechodem od paternalistického pojetí zdravotnictví k liberálnímu, v kterém podstatně větší roli má přímo pacient, ale též větší odpovědnost za své zdraví. Zejména starší občané si na nově vzniklou situaci zvykají s jistými obtížemi. Rovněž však mladí lidé opomíjejí odpovědnost za preventivní péči jak o sebe, tak zejména svých dětí. Někdy hrají roli i důvody existenční - obavy ze ztráty zaměstnání nebo omezení podnikatelských aktivit.

V současnosti je poměrně velký zájem zdravotnických zařízení ověřovat efektivnost vlastní zdravotnické činnosti. Jsou poměrně přesné postupy zjišťování kvality práce. Důležité však také je, jak je zdravotnické zařízení vnímáno pacienty, neboť jejich hodnocení může mít poměrně velký vliv nejen na jeho pověst, ale i prosperitu. Způsoby ověřování spokojenosti se zdravotní péčí jsou přizpůsobeny konkrétním potřebám zdravotnického zařízení.

Naším záměrem je zjistit jak je zdravotnictví vnímáno občany jako důležitá součást určující kvalitu života. Nesledujeme jak občané vnímají a posuzují kvalitu práce jednotlivých zdravotnických zařízení, resp. s jakou mírou spokojenosti je vnímají. Chceme zjistit jak jsou změny ve zdravotnictví přijímány občany jednotlivých věkových skupin a zda ve střednědobém horizontu čtyř let (roky 2000 - 2003) je možné nalézt změny, z kterých je možné anticipovat další vývoj.

Na prodlužování střední délky života má nepochybně velký vliv zdravotnictví. Ptáme se však, jak změny ve zdravotnictví reflektují občané (v základních věkových skupinách).

Zejména se zaměřujeme na sledování následujících trendů:

L Spokojeností občanů s českým zdravotnictvím (porovnání dřívějším stavem)

2. Subjektivním hodnocením životní úrovně mladých lidí a důchodců (seniorů)

3. Problematikou přímých soukromých plateb na zdravotní péči, neboť je občany citlivě vnímána

4. Frekvencí kontaktů zdravotnických zařízení

5. společenskými a politickými hledisky podmiňujícími změny v oblasti sociální a zdravotní.

1 Charakteristika problému, cíl práce, pracovní hypotézy

Celé 20. století je spojeno s dynamickým rozvojem výroby, která má svůj předpoklad v požadavcích na intenzitu a kvalitu práce. Do praxe jsou zaváděny jak moderní, vědecké metody práce známé jako taylorismus a fordismus. Zcela se však mění životní styl jednoznačně zaměřený na výkon, kdy výkon znamená příjem a velikostí příjmu je měřen úspěch a sociální postavení ve společnosti.

Odtud vidíme další souvislosti:

1. Požadovaný výkon jsou schopni podávat převážně mladí lidé
2. Dalším předpokladem je zdraví.

Obě hodnoty mládí a zdraví pak udávají rytmus života nejen v USA, ale postupně v celém industrializací ovládaném světě, tehdejší předválečné Československo nevyjímaje.

Začínají se formovat vědní obory jako je management a marketing (ne vždy již muselo být použito dnešních názvů). Snahou bylo na vědeckém principu racionalizovat výrobu (minimalizovat náklady) a zejména produkci zaměřit nejen k potřebě trhu, ale spotřebu (trh) ovlivňovat. Příkladem nikoliv okrajovým jsou změny v módních trendech, kdy se podařilo návrhářům spojit vlastní návrhy s latentními představami uživatelů. Obdobně tomu bylo i v ostatních oborech. Nový životní styl pronikl i do umění, kde funkcionalismus sehrál důležitou roli. Je otázkou, zda právě umění neovlivnilo a nenastartovalo životní styl, typický pro 20. století.

Nově rozvíjené vědecké obory, respektive nově formulované teorie jednak jsou odrazem doby a zejména však anticipují sociální vývoj. V tom je jejich společenský přínos.

Zůstaňme u podstatného - schopnost podávat maximální výkon, nebát se změn, je rysem, který je spojen s mládím. Současně však dalším faktorem je zdraví. **Symbol mládí a zdraví je jevem, který je charakteristický pro celé 20. století, nejen pro jeho první polovinu. Zdravotnictví se stává důležitou společenskou oblastí zajišťující symbol nové doby jejíž ztělesněním je dynamika mládí.** Stoupá jeho význam, intenzivně jsou ve společnosti sledovány a hodnoceny jeho výstupy (porovnávány výdaje na zdravotnictví a výsledná péče o zdraví).

Vznik sociologie medicíny ve 40. letech 20. století je vědeckým produktem doby. Jejím posláním je nalézt sociální komunikaci zdravotnictví k ostatním společenským odvětvím, prokázat svoji jedinečnost o ochraně zdraví a dokazovat, že prostředky vložené do zdravotnictví jsou investovány užitečně. Pacient je chápán jako klient, který sice je omezen příkazy lékaře, přesto má široké možnosti vlastní

realizace, zejména participace na procesu léčení. **Být zdravý a pokud možno vypadat mladě je image předpokládající úspěch.**

Sociologie medicíny se začal rozvíjet ve dvou oblastech:

- **Of Medicíně** - jako oblast zahrnující široké společenské vazby zdravotnictví na okolí i složité vztahy uvnitř zdravotnictví
- **In Medicíně** — zkoumající vztahy mezi pacientem a lékařem (popřípadě dalším ošetřujícím personálem).

Odtud již je krok k dalším požadavkům na zdravotnictví. Zjišťovat a měřit kvalitu jeho práce, kde spokojenost pacientů resp. občanů je důležitou hodnotou, neboť ovlivňuje jak hodnocení zdravotnictví tak veřejné mínění s politickým dosahem.

1.1 Hodnocení kvality péče

Hodnocení kvality zdravotní péče není novým pojmem, ale v posledních létech jeho význam nabývá na důležitosti. Vzhledem k tomu, že kvalita práce se vztahuje ke konečným soudům občanů o zdravotnictví, zmíníme se o ní okrajově, neboť spokojenost občanů (pacientů) se zdravotnictvím je důležitým indikátorem činnosti zdravotnictví..

Přechodem na pluralitní na liberálních principech založeném zdravotním systému vzrostl význam tržních vztahů. Je možné, že jejich význam by byl obdobný i při jiném, např. Beveridgeově modelu. Základní příčinou je třeba vidět v charakteru ekonomiky, založené na fungování trhu.

Zdravotnictví se však musí vyrovnávat s některými ekonomickými omezeními, z nichž základními jsou:

- přísná regulace příjmů spočívající:
 - a) v pevně stanovených úhradách za výkony (rozdílné pro praktické lékaře, ambulantní zdravotní péči a lůžkovou péči
 - b) stanovení výkonových limitů omezením reklamy
- povinností přijímat pacienty, včetně nesolventních (nepojištěných).
- přísné respektování zákonných norem, jejichž respektování je finančně náročné (příklad: zvyšování platů zdravotnických pracovníků, aniž jsou kryty dalšími příjmy).

Řízení kvality zdravotní péče dostává pevný rámec vycházející:

z právních zdravotnických, ale i ekonomických norem

z norem jakosti uplatňovaných v ostatních odvětvích národního hospodářství jako jsou normy ISO 9000 - 9004, z nichž norma 9001 je pro zdravotnictví nejpoužitelnější.

c) k nim se řadí specifická hodnocení zdravotní péče spočívající:

v hodnocení technického vybavení zdravotnického zařízení

kvalifikace zdravotnického personálu

rozsah a struktura klientely

úroveň řídicího managementu, včetně stupně ekonomické stability

statistické hodnocení kvality péče

nově přistupuje Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví.

d) připravuje se akreditace nemocnic. Jejím posláním je komplexní zhodnocení úrovně zdravotnického zařízení zahrnující kromě zdravotnické činnosti i oblast personální, sociální.

e) hodnocení spokojenosti s úrovní poskytované péče se stává důležitým zpětnovazebním kritériem .

1.2 Hodnocení spokojenosti se zdravotnictvím

Problematika spokojenosti se zdravotnictvím je středem zájmu mnoha institucí, jejichž poslání resp. náplň činnosti je značně rozdílná. Prvořadý zájem musíme přisoudit státním orgánům, neboť koncipují zdravotní politiku státu. Přestože podstatná část zdravotnických zařízení již není bezprostředně řízena státem má nejen možnosti, ale i povinnost určovat směřování zdravotnictví. Prvním komplexním programem se stal Národní program podpory a obnovy zdraví (schválen 22. 7. 1991). Není to pouze stát, kdo mají zájem monitorovat spokojenost občanů se zdravotnictvím.

Mezinárodní instituce projevují enormní zájem o úroveň zdravotnictví. Zejména jsou to WHO, OECD a EU. Jejich zájmy nejsou zcela totožné, shoda je ve sledování jak vybavenosti zdravotnictví, úrovně jeho činnosti (kvality práce) tak spokojenosti občanů se zdravotnictvím. Publikují vlastní stanoviska, jejich snahou je zlepšování zdravotní péče. V tomto směru byl iniciativní program WHO Zdraví pro všechny do roku 2000 (schválený v roce 1977), který vytýčil základní úkoly s cílem zlepšit zdravotní stav lidstva.

Druhou oblastí jsou zájmy komunální politiky snažící se ve svém regionu zajistit zdravotnickou péči v dostatečném množství a kvalitě. Občany upozorňují na současný stav. Je-li dobrá vybavenost zdravotnických zařízení, snaží se na ně upozornit, jsou-li problémy pak zdůrazňují změny, kterých ve zdravotnictví svého regionu chtějí dosáhnout.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Sama zdravotnická zařízení však mají zájem zjišťovat jak jejich pacienti posuzují jejich zdravotní péči, jako nedílnou součást hodnocení kvality péče. Zdravotnická zařízení zajímá široké spektrum procesů tvořících v konečné podobě kvalitu péče. Od spokojenosti s kvalitou zdravotnických výkonů, spokojeností s organizací práce, hodnocení kvality stravy, až po problematiku komunikace (způsob jednání, podávání informací).

Na stránkách internetu je možné nalézt množství informací vztahujících se ke spokojenosti se zdravotnictvím. Převážná část představuje spíše o nastínění vlastního problému, respektive programu, než prezentaci výsledků. Cenné jsou informace ÚZIS, jejichž výsledky chceme využít k ověření (možná popření) našich hypotéz.

Naším záměrem je posoudit jak zdravotnictví je občany vnímáno, jak ovlivňuje jejich kvalitu života . Jak se spokojenost, respektive nespokojenost ke zdravotnictví vyvíjí, jak je vnímána finanční spoluúčast se zdravotní péčí a jak je přijímána mezigenerační solidarita. Jinými slovy - jak je naplňována sociální hodnota zdraví jako jedna ze základních lidských hodnot. Hodnota zdraví a života není jednotně prezentovanou sociální kategorií. Je přímo závislá na stupni ohrožení nebo nedostupnosti.

1.3 Současné národní a mezinárodní hodnocení spokojenosti se zdravotnictvím

Analyzujeme-li úroveň zdravotnictví je vhodné, aby bylo provedeno mezinárodní srovnání, pokud možno ve srovnatelných veličinách. Využíváme studie L.Strnada: Spokojenost obyvatel se zdravotnickým systémem (Strnad, L. Spokojenost obyvatel se zdravotnickým systémem. Zdravotnictví v České republice, číslo 3-4, ročník 5, rok 2002. str.129 -133).

Autor využívá šetření WHO „The World Health Report 2000 - Health System Improving Performace" Výsledky jsou v tab.2 a doplněny údaji za Českou republiku.

Tab.2 Spokojenost obyvatel vybraných zemí s vlastním systémem zdravotní péče v letech 1996 a 2000 a její změny

ZEMĚ	2000 (%)	1996 (%)	2000-1996 (změna v %)
Belgie	63	70	- 7
Dánsko	91	90	1
Finsko	81	86	- 5
Francie	65	65	0
Irsko	58	50	8
Itálie	20	16	4
Lucembursko	67	71	- 4
Německo	58	66	- 8
Nizozemsko	73	73	0
Portugalsko	16	20	- 4
Rakousko	73	63	10
Řecko	16	16	0
Spoj.království	57	48	9
Španělsko	43	36	7
Švédsko	58	67	- 9
USA	40	31	9
Česká republika	cca 90		

Prameny dat:

Blendon, R. et al. The public versus the World Health Organization on health systém performace. Health Affairs, vol.20.No 3, 2001 Health data: OECD 2001 Data České republiky: Strnad, L. (jiná metodika než země OECD)

Z tabulky je zřejmé, že modely zdravotnictví **nemají vliv**, který by zásadním způsobem ovlivňoval spokojenost obyvatel se zdravotnictvím. Porovnáme-li např.výdaje na „administrativu ve zdravotnictví" v Kanadě a USA v roce 1999, pak je poměr 16,7 % k 31,0 % ve prospěch Kanady. (Pramen: Woolhander, S. et al. Cost of Health Care Administration in the United States and Canada. The New England Journal of Medicině. WWWnejm.org. August 2003, str. 768)

Spokojenost se zdravotní péčí v České republice , kterou téměř 90 % respondentů hodnotilo jako výbornou a velmi dobrou. (Pramen Strnad, L. Spokojenost obyvatel se zdravotní péčí. Zdravotnictví České republiky, číslo 3-4, ročník 5, rok 2002, str. 130.Lůžkovou péči hodnotí respondenti poněkud lépe než ambulantní. (Pramen: dtto: Spokojenost ...) je poněkud vyšší než se sférou ambulantní.

Ani v Evropské Unii nejsou výdaje na sociální a zdravotní péči jednotná. Ve vztahu k HSP činily výdaje na sociální ochranu přibližně 27,7 %. Podíl

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

se pohyboval v hodnotě přes 33,3 % HDP jak je tomu ve Švédsku k 16,1 % v Irsku. (Pramen: Brdek, M., a kol. Trendy v Evropské sociální politice. ASPI Publishing. Praha 2002. ISBN 80-86395-25-1. str. 107.

Podrobnější údaje dává následující přehledná tabulka výdajů na sociální ochranu a starobní důchody zemí EU a České republiky.

Tab. 3 Výdaje na sociální ochranu a výdaje na starobní důchody v roce 1998 (v % HDP) ve vybraných zemích

Země	Výdaje na sociální ochranu	Výdaje na starobní důchody
Itálie	25,2	13,0
Německo	29,3	11,4
Rakousko	28,4	10,4
Francie	30,5	11,0
Řecko	24,5	10,4
Španělsko	21,6	8,8
Belgie	27,5	8,2
Finsko	27,2	8,0
Dánsko	30,0	11,2
Portugalsko	23,4	7,2
Velká Británie	26,8	10,4
Irsko	16,1	2,9
ČR rok 2000	22,6	7,4

Pramen: Social Protection Expenditure and Receipts (1980-98), Eurostat 2000. In Brdek a kol. Str. 107.

Exkurs 1 Základní zásady hospodářské politiky (státního rozpočtu)

Pro funkční hospodářskou politiku je důležité nalezení :

a) optimálních vah v rozdělování HDP:

podpoře podnikatelského prostředí

- zajišťování potřeb obyvatelstva - garantovat sociální služby, školství, zdravotnictví) - dbát na vyváženost a přiměřenost sociálních dávek)

b) vytvářet zdravé prostředí podněcující podnikatelskou, tvůrčí i pracovní činnost

Daně nesmí podvazovat podnikatelskou iniciativu,

Sociální dávky musí pomáhat potřebným, motivovat k pracovní činnosti, nikoliv opačně (byly příležitostí pro, sice

omezený, ale bezpracný způsob života.

Zvláštní kapitolou jsou příjemci důchodu, které je třeba vnímat jako spravedlivé zajištění převážně poproduktivní skupiny obyvatelstva. Jejich příjmy jsou na jedné straně velkým břemenem pro státní rozpočet, ale nutné. Již od poslední třetiny 19. století je péči o důchodové zabezpečení věnována, právem, velká pozornost. Je současně ukazatelem vyspělosti s jakou vnímá a řeší zajištění občanů ve stáří. Problém není jednoduchý.

Na příklad snahu provést u nás reformu penzijního systému, ovlivňují dvě vzájemně se prolínající dvě linie:

- *nutnost změn, které bude třeba v dohledné době provést a současně omezené příjmy velké části obyvatelstva, které limitují možnosti dalších forem pojištění (různé formy komerčního životního a důchodového pojištění).*

Hospodářská politika je proto vždy kompromisem který je ovlivněn:

- *současnou úroveň ekonomiky, včetně předpokládaného vývoje*
- *konstelací politických sil*
- *historickými zvyklostmi na kterých je dlouhodobě (dlouhodoběji) založena hospodářská politika*
- *v případě krize nebo nepříznivého vývoje je ochota přijmout radikální řešení (východisko z nouze)*
- *sociální prospěšnost a únosnost změn*
- *ekonomický efekt změn*

Možné změny v sociální, důchodové a zdravotní politice v České republice je možné předpokládat v intencích výše uvedených tezí.

Česká republika je jak ve výdajích na sociální ochranu, tak ve výdajích na starobní důchody na spodní hranici zemí EU. Pouze Irsko, kde jsou oba systémy založeny velmi nízko a Portugalsko ve výdajích na starobní důchody vykazují nižší výdaje. Také OECD přes zlepšující se zdraví obyvatel České republiky s porovnání s vyspělými státy jej hodnotí na spodních příčkách (s výjimkou kojenecké úmrtnosti. (Pramen: Hrkal.J. Aktuální informace ÚZIS č.67/2003, str.1).

Poznámka: V zemích EU jsou výdaje na zdravotnictví a sociální služby vykazovány souhrnně. Rozdělení výdajů v ČR na zdravotnictví a sociální služby poněkud komplikuje mezinárodní srovnání. Mnohem složitější však je, že sami občané v ČR směřují zdravotní a sociální péči. Zásadní komplikací však jsou nejednotná pravidla pro poskytování zdravotní a

sociální péče. Zejména nejednotnost v úhradách za zdravotní a sociální péči vyvolává mezi občany řadu nedorozumění a kritiky, zejména ve způsobu úhrad v geriatrické péči.

Další hodnotící údaje o spokojenosti s českým zdravotnictvím uvádí Aktuální informace č. 26 (Pramen: Daňková, Š. Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace (HIS ČR 2002) - Platby mimo zdravotní pojištění. Aktuální informace 26.ÚZIS, Praha 2003, str.2-4). Názory respondentů na zdravotnictví (velmi spokojen a spokojen) jsou uváděny u mužů 53,3 %, žen 51,7 %, celkem 52,5 %. Spokojenost se zdravotnictvím klesá věkem. Přímé výdaje domácností na zdravotní péči jsou největší na léčiva (cca 55 %), následují zdravotní pomůcky (cca 36 %). Domníváme se, že údaj odpovídá na zadanou otázku o fungování, nikoliv o spokojenosti s péčí, která, předpokládáme, že je vyšší

1.4 Pracovní hypotéza

České zdravotnictví prošlo v období od roku 1990 řadou proměn. Změnil se zdravotní systém, který znamená zcela novou strukturu řízení založeném na suverénním postavem zdravotnických zařízení, změnilo se od základů financování zdravotnictví a zejména svobodná možnost občana volby zdravotnického zařízení možnosti.

Zdravotnictví jako systém bylo modernizováno. Přibylo velké množství zdravotnických přístrojů a zařízení umožňujících rozšíření stávajících a provádění nových výkonů. Modernizují se diagnostická a laboratorní vyšetření. Přicházejí nové léky rozšiřující spektrum stávajících léků a zejména zvyšující komfort pro pacienta.

Rozšíření zdravotnické techniky umožňuje léčení pacientů bez větší selekce, kdy zejména rozšířené nemoci jako je léčba cukrovky nebo selhání ledvin dovoluje léčení i ve vysokém věku pacienta

Nepochybně i současné české zdravotnictví přispělo k pozitivním změnám charakteristických zejména prodlužováním průměrného věku života (v roce 1991 36,3 let - v roce 2000 38,8 let). Pramen: Pavlík. Z. Populační vývoj České republiky 2001. UK Praha. ISBN 80-902686-7-6.Str.14)

Jsou však i problémy: Je potřebná restrukturalizace zdravotnických zařízení, zejména lůžkového typu. Všeobecný problém nízké mzdové úrovně většiny zaměstnanců, dostává ve zdravotnictví zcela specifický ráz. Ke zvyšování platů ve zdravotnictví dochází rychleji, než v jiných společenských odvětvích Zvýšení nákladů však není zohledňováno vyššími příjmy. Zdravotnická zařízení se dostávají do primární i sekundární zadluženosti. Řešení nejsou jednoduchá. Stávají se problémem jak pro zdravotnická zařízení i předmětem řady politických a mediálních klání.

Ve střednědobém sociologickém průzkumu realizovaném v letech 2000 - 2003 chceme najít odpovědi na hodnocení spokojenosti občanů se zdravotní péčí.

Vycházíme z následujících premis:

1. Spokojeností se zdravotní péčí:

- že je vyšší u mladší generace a věkem respondentů klesá
- současné problémy zdravotnictví příliš pacienti nevnímají ,respektive se jich příliš nedotýkají (Zdravotnictví své problémy nepřenáší na pacienty)
- tendence hodnocení zdravotní péče má vzestupný trend
- hodnocení míry zátěže přímých soukromých plateb na zdravotní péči se zvyšuje s věkem respondentů
- s frekvencí návštěv vzrůstá riziko nepříznivých vlivů - frekvence roste s věkem respondentů
- limity ovlivňující finanční spoluúčast, rostou s věkem. Finanční spoluúčast pacienta stoupá s věkem, kdy jsou příjmy omezené, převážně důchodem

2. Třídění podle věku:

Zvolili jsme tři věkové skupiny o nichž předpokládáme, že mají výrazně rozdílné přístupy ke:

- kvalitě života
- potřebě užívání zdravotní péče.

do 34 let - Dynamika společenského vývoje konvenuje s jejich životním stylem

Tato věková skupina se vyznačuje: přípravou na povolání a zvyšováním kvalifikace vstupem do pracovního procesu, mnohdy s možností rychlého vzestupu, ale i obtížemi nalézt přijatelné zaměstnání založením rodiny bytovými problémy výchovou dětí (včetně řešení zdravotních problémů)

35 - 59 let - Heterogenní skupina (existenčně zajištěných, ale i ohrožených občanů)

Tato věková skupina se vyznačuje založením životní existence dospívajícími a dospělými dětmi (odchod z rodiny) možným existenčním ohrožením (s věkem složitější nalézt dobré zaměstnání)

s přibývajícím věkem nastupují zdravotní problémy příprava a odchod do důchodu

nad 60 let - Homogenní skupina (převážně finančně závislá na důchodech a přibývajícím věkem rostoucí morbiditou)

Tato věková skupina se vyznačuje:
odchodem do důchodu (nebo přípravou na odchod)
ztrátou, či modifikací, do té doby existujícím životních rolí
změnou struktury rodiny
snižováním společenských kontaktů
zhoršováním zdravotního stavu
potřebou pomoci (rodinné, společenské)
ztrátou životního partnera (život v osamění)

3 Zmapování základních připomínek, které budou v průběhu šetření zjištěny

Předpokládáme, že někteří respondenti se vyjádří podrobněji, že se neomezí jen na odpovědi k uzavřeným otázkám. Takto získané odpovědi mohou podtrhnout kladné i záporné jevy charakterizující naše zdravotnictví.

Očima pacientů (subjektivními nebo objektivními - pochvalnými nebo kritickými) bude ohodnoceno naše zdravotnictví. Ověřeno, jak se daří zlepšit obraz zdravotnictví u uživatelů, jak se daří naplnit předsevzetí o zkvalitňování zdravotní péče.

Tato část nebyla jednoznačně předmětem zadání otázek. V průběhu výzkumu byly připomínky zaznamenány.

Nelze je jednoznačně objektivizovat, neboť jsou individuální výpovědi respondenta. Při větší četnosti nebo závažnosti by bylo ke škodě věci je neprezentovat.

2 Metodika práce a charakteristika souboru

Práce vznikla v průběhu čtyř let jako součást výuky studentů bakalářského a magisterského studia Lékařské fakulty UK v Plzni. V roce 1998 jsme zpracovávali Grant Agentury rady vysokých škol na téma Uplatnění absolventů vysokých škol. Chtěli jsme zjistit nejen s jakými pracovními příležitostmi se naši absolventi v praxi setkávají, ale též jak jsou při nástupu do zaměstnání hodnoceni vedoucími pracovníky.

Jedním z poznatků, který jsme získali byly připomínky o problémech absolventů v komunikaci. (Pramen: Lavička a kol. Uplatnění absolventů vysokých škol. Grant číslo!399. LF Plzeň. Str.32). Výuku obecné a medicínské sociologie jsme doplnili praktickou částí spočívající v povinnosti oslovit několik občanů na zdravotní téma. Předpokládali jsme, že odezva bude kladná. Neboť problematika zdravotnictví je aktuální. Vycházeli jsme také z toho, že prestiž lékařů vysoká a respondenti budou kladně přijímat také studenty lékařské fakulty.

Předpoklad se splnil. Respondenti přijímali studenty s pochopením. Studenti několika ročníků se úkolu zhostili se ctí. Získali celkem 2794 vyplněných dotazníků, za splnění úkol jim patří upřímný dík.

2.1 Metodika výzkumu

Při přípravě projektu jsme byli limitováni připravovaným zákonem o ochraně osobních údajů. Přístup k údajům je složitý, zpracování podkladů a likvidace písemností nákladná. Proto byla zvolena technika ankety. Která respektuje anonymitu respondenta, umožňuje získání poměrně velkého souboru a zajišťuje formou rozhovoru (přímým kladením otázek) tolik potřebný komunikační kontakt studentů s převážně náhodně oslovenými občany. Pro ně samotné jsou poučné rozdílné, mnohdy protichůdné reakce respondentů. Pozornost byla věnována rovněž instruktáži tazatelů (studentů), aby nebyli překvapeni neočekávanými reakcemi.

Při zpracování anketního listu (spíše záznamového listu) jsme vlastní zkušenosti konfrontovali s odbornou literaturou jak starší, tak nejnovější. Ze starší literatury uvádíme např. práci F.Kahudy: Výzkumné metody v sociologii. PSPN Praha. 1965, V.Lamssera a L.Růžičky. Základy statistiky pro sociology, Příručka pro sociology. Svoboda Praha 1980, ale i novějších. A.Žáček a kol.Metody studia zdraví a nemoci v populaci. Avicenum Praha 1974, ale i novější jako J.Holčík a kol. Sociální lékařství. Brno 1998, ISBN 80 -210-1907-7. S.Bártlová a H. Hnilicová, Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů.Brno 2000. ISBN 80 -7013 - 2.

Byla přijata forma náhodného výběru, která anketě odpovídá. Návratnost dotazníků je zajištěna tím, že tazatelé dotazníky (záznamové listy) sami podle odpovědí respondentů vyplní a odevzdají.

2.1.1 Příprava dotazníku (záznamového listu)

Vycházeli jsem z několika zásad:

1. Průzkum bude zaměřen zejména k získání informací o seniorech, zejména, zda a jak zdravotnictví utváří jejich kvalitu života
2. Dotazník musí být stylizován tak, aby byl dostatečně srozumitelný pro většinu respondentů. Předpokladem je jednoduchost otázek
3. Počet otázek v dotazníku je omezený
 - a) časovým rozpětím, které by nemělo převýšit 5 minut, z toho vplývá
 - b) limitovaný počet otázek
 - c) otázky musí být formulovány spíše obecně, neboť přesné informace (např.kolik vydá měsíčně za léky by zřejmě složitě vypočítával)
4. Otázky identifikační (osobní) budou pokládány až v závěru rozhovoru
5. Dotazník nesmí obsahovat otázky, které by byly zneklidňující nebo by mohly být chápány jako urážlivé (dotýkající se respondentových citů , životního stylu apod.).
6. Pokud bude ochoten sám hovořit, nepřerušovat jej a jeho informace, pokud mají smysl, stručně poznamenat
7. Předpokladem dlouhodobějšího šetření, je zachování metodiky i stylizace otázek. Přesto jsme v roce 2001 rozšířili dotazník o další otázku, charakterizující postavení mladé generace v hodnocení všech generací (význam: zjištění mezigenerační solidarity)

2.1.2 Instruktaž tazatelů

Samotný výběr respondentů jsme nechali na rozhodnutí tazatelů. Dostali několik doporučení.

- 1.. Vzhledem k tomu že Ústav sociálního lékařství se dlouhodobě zabývá problematikou seniorů, bylo zadání takové, aby se převážně zaměřovali na starší občany
2. Mladší občané měli tvořit kontrolní vzorek, od roku 2001 tvoří součást studie
3. Po dvou letech jsme zadání rozšířili na celou populaci, s tím, že původní zadání s žádostí, aby seniorům byla nadále věnována pozornost
4. Nekontaktovat občany kteří zjevně spěchají nebo je zřejmé, že jejich informace by nebyly použitelné
5. Studenti se představí jako studující lékařské fakulty, prokáží se průkazem a požádají o spolupráci. Jak již bylo dříve řečeno, přepokládali jsme, že studenti lékařské fakulty budou přijímáni dobře. Jen výjimečně se setkali s odmítnutím nebo dokonce kritikou akce. Zejména senioři často projevovali radost, že existuje někdo, kdo se jich ptá na jejich problémy. Zejména kvitovali, že je oslovili mladí lidé -studenti. Velmi často se z jejich řad nesla kritika na nezájem společnosti o jejich starosti a problémy. Mnohé byly zřejmě oprávněné. Mnohé však vlastně vyjadřovali opuštěnost a postrádání komunikace. Vlastně deklarovali sociální vyloučení.
6. Pro studenty pak celá akce byla potvrzením nutnosti hledat vhodné formy komunikace. Lidé nejsou stejní reagují různě a také, vzhledem k jejich naturelu, je potřeba volit přiměřenou formu rozhovoru. Zkušenosti získané z rozhovorů jsou předmětem výuky (Workshopu), v kterém si vyměňují poznatky z průzkumu.
7. V příloze 1 je doložen základní instruktážní list, který po instruktáži se stal pro tazatele základním vodítkem. Současně slouží k záznamu zajímavých poznatků. V příloze 2 je založen záznamový list, jehož osnova je zachována prakticky ve všech přílohách.

Vlastní statistické zpracování již bylo provedeno na Ústavu sociálního lékařství

ílejší poznatky byly postupně předneseny na několika konferencích a dalších přednáškových akcích a předloženy tak odborné i veřejné kritice. Jsou to např. XXVII. Gressnerove dni a XXIX. Reimanove dni, 4-5. říjen 2001 Prešov, Lavička. F., Zavázalová, H., Zikmundová, K. Vliv společenských změn na život starší generace. Sborník abstraktů. Pražské gerontologické dny 15. - 18. 5. 2002, s. 23-25, Zikmundová, K., Zavázalová, H., Lavička, F. Zaremba, V. Aging of Czech Population in Sociological surveys, Health and Society in Europa, ESHMS Groningen, 29.8. - 31. 8. 2002, Netherlands, s.84, Lavička. F., Zaremba.V., Zavázalová. H., Zikmundová, K. Způsob života - mezigenerační srovnání. Večer sociálního lékařství SL Plzeň 16. 10. 2002, Lavička. F. Starý člověk v rodině. Akademie 3. věku. LF UK Plzeň 5. 6. 2002, F. Lavička. Učební texty obecné a medicínské sociologie, grantový úkol MŠMT 2486/2002. LF UK Plzeň 2002, Lavička, F., Zavázalová, H., Zikmundová, K., Kotrba, J. Péče o seniory z hlediska etického. JJ. cyklus přednášek Městského ústavu sociálních služeb, 5. 12. 2002, Lavička.F., Zavázalová. H., Zikmundová. K. Etika v péči osoby vyššího věku. Ústav mezioborových studií ZČU, Plzeň, 14. 1. 2003, Lavička F., Zavázalová. H., Zikmundová, K. Sociální postavení osob vyššího věku. SLČ JEP Praha 19. 2. 2003, Lavička. F., Zavázalová, H., Zikmundová, K. Starý člověk v rodině. Starý člověk v rodině. Plzeňský geriatrický den. 16. 9. 2003.

2.1.3 Diskuse k metodice výzkumu

a) vlastní příprava

Při přípravě projektu jsme byli limitováni připravovaným zákonem o ochraně osobních údajů. Přístup k údajům je složitý, zpracování podkladů a likvidace písemností nákladná. Byla zvolena anonymní technika ankety.

Dalším záměrem bylo vytvoření předpokladu, aby se bez omezení mohli šetření zúčastnit všichni studenti procházející výukou Obecné a medicínské sociologie (od studijního roku 200/2003 též výběrového předmětu Sociologie rodiny).

b) problematika ankety (klady a zápory).

Kromě důvodů uvedených výše, bylo naší základní snahou **poznat, jak zdravotnictví přispívá ke kvalitě života**. Spíše nám jde o subjektivní interpretaci zdravotnictví Jsme si vědomi toho, že subjektivní údaje mohou být odlišené reálných možností, jsou však součástí veřejného mínění a tvoří neoddelitelnou součást kvality života.

c) spokojenost se zdravotnictvím v hodnocení občanů je ovlivňována:

Objektivně:

- skutečným stavem zdravotnictví a možnostmi kterými disponuje (technické a personální)
- zdravotním stavem pacienta a faktickými možnostmi jeho uzdravení nebo přežití

Subjektivně:

- co pacient (občan) od zdravotnictví očekává a zda jsou jeho představy o možnostech zdravotnictví reálné
- neinterpretuje jen vlastní poznatky, ale i významné prožitky v rodině, okruhu příbuzných a známých. Mohou významným způsobem (pozitivně i negativně) ovlivňovat hodnocení

Sociologická šetření, jak již bylo popsáno dříve, jsou ve zkoumání spokojenosti občanů se zdravotnictvím, převážně zaměřena k ověřování údajů, doplňujících kvalitu práce zdravotnického zařízení resp. celého zdravotnictví (Strnad).

Vzhledem k anonymitě respondentů, validitu výsledků opíráme také o rozsáhlý soubor čítající téměř počet 3000 respondentů.

2.2 Struktura souboru

V letech 2000 - 2003 se šetření zúčastnilo celkem 2794 respondentů **Tab. 4**

Složení respondentů

Pohlaví/ rok	2000	2001	2002	2003	celkem
Absolutní čísla:					
Muži	330	212	320	377	1239
Ženy	362	292	382	519	1555
Celkem	692	504	702	896	2794
Relativní čísla:					
Muži	47,7	42,2	45,6	42,1	44,3
Ženy	52,3	57,9	54,4	57,9	55,7
Celkem	100	100	100	100	100

V souboru je zastoupeno o cca 3 % více žen, než vykazuje republiková statistika. Podle sdělení tazatelů je tomu tak proto, že ženy jsou ochotny

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

poskytnout rozhovor raději než muži . Zejména starší ženy mnohdy rozhovor přijímaly jako vítanou pozornost, které se jim dostává od mladší generace.

Vzhledem k tomu, že celé šetření je přepočítáváno na relativní čísla, nemůže poněkud vyšší zastoupení žen ovlivňovat výsledky šetření.

Komplexní údaje o složení souboru je uvedeno v přílohách, zejména příloze číslo 3, která v absolutních číslech je současně klíčem k případnému výpočtu absolutních údajů. Další tabulky, charakterizující soubor podle pohlaví a věku jsou uvedeny v relativních číslech.

Relativní čísla jsou základem pro hodnotící soudy v následující kapitole: Výsledky šetření a diskuse..

3 Výsledky šetření a rozprava

Výsledky šetření jsme rozdělili do několika oddílů. Zdůrazňujeme, že naším základním záměrem byla zjištění, jak zdravotnictví přispívá občanům v upevňování nejdůležitější životní hodnoty, kterou je život a následně zdraví. Souhrnně řečeno, jak přispívá ke kvalitě života občanů. Současně však zdravotnictví, jeho úroveň a reflexe jeho hodnocení občany je důležitým indikátem celkové společenské stability. Je zřejmé, že saturace potřeb zdravotní péče je brána jako samozřejmost.

Jistým statistickým problémem jsou průměrná čísla. Nelze se jim vyvarovat, skrývají však mnohá úskalí, neboť vyjadřují hodnoty statistického středu. V našem rozboru jsme provedli třídění podle tří věkových skupin a to do 34 let, 35 - 59 let, nad 60 let (jak bylo popsáno v metodice). K rozdílům mezi pohlavími se budeme vyjadřovat pouze v těch případech, kdy vyslovené soudy se významným způsobem mezi muži a ženami liší.

3.1 Spokojenost se zdravotní péčí

Je základem celého šetření. Otázka byla položena tak, aby respondenti mohli hodnotit momentální zdravotní péči s předcházející dobou. Z dokumentace, kterou předložili tazatelé můžeme v hodnocení předcházející doby rozdělit odpovědi respondentů do dvou skupin:

- mladí lidé (skupina do 34 let) považují předcházející dobu období časově vzdálené kolem 5 let.
- střední generace (skupiny 35 - 59 let a generace nad 60 let) pak převážně kladou předcházející období před rok 1990.

Základním metodologickým problémem je, že respondenti vnímají oblast zdravotní péče jako celek. V praxi jsou zdravotnictví a sociální služby rozděleny. Jsou podřízeny rozdílným resortům a zejména není jednotná legislativa. V čem je základní problém, který citlivě respondenti vnímají?

- zdravotní péče je převážně hrazena z veřejného zdravotního pojištění a mnohými pacienty vnímána jako služba zdarma. U části populace ještě převládá v minulém režimu prezentovaný názor že je zdravotnictví zdarma. Pochopitelně jde o posun mezi neplacením a zdarma.

- sociální péče je řízena důslednou formou spoluúčasti klienta.

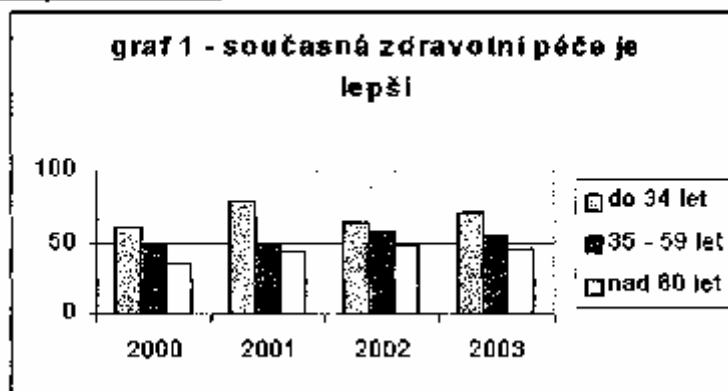
Občan převážně příliš nevnímá zda jde o LDN nebo sociální lůžko v nemocnici nebo umístění v ústavu sociální péče. Registruje však na skutečnost, zda musí za péči platit. Pro sociálně slabé rodiny nebo osaměle žijící občany, zejména důchodce bývá spoluúčast na péči dosti tristní. Problém vůbec nevidíme v oblasti našeho šetření, neboť obě služby slučujeme. Je možné ji vysvětlovat, složitější je však zdůvodňování nejednotnosti postupů, které některé občany matou a vedou ke kritice systému.

Je na místě znovu připomenout, že potřeba zdravotní péče je převážně přímo úměrná zdravotnímu stavu respondenta. Zdraví jako životní hodnota není celý život vnímána se stejnou intenzitou. Její význam a uvědomění si hodnoty stoupá s ohrožením zdraví či života. Složky zdravotního potenciálu tvoří celek, ale problémy vzniklé ve všech součástech jsou při zdravotních problémech přenechány zdravotnictví. Některé představy, přání a požadavky jsou mimo faktické současné možnosti zdravotnictví.

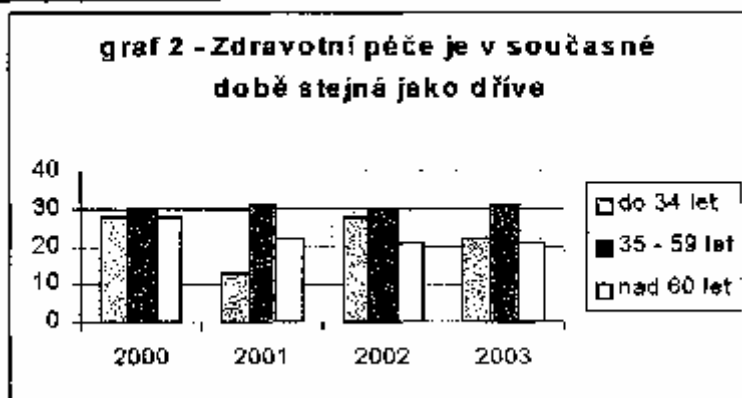
Jsmo si vědomi toho, že zadání hodnocení zdravotní péče v časové souvislosti nemusí být zcela totožné se sociální hodnotou spokojenosti se zdravotní péčí. Předpokládáme však, že zamyšlení nad úrovní zdravotní péče před časem a v současnosti dává i odpověď na spokojenost (resp. nespokojenost) se zdravotní péčí. Tuto otázku vnímáme a hodnotíme jako příspěvek kterým zdravotnictví ovlivňuje kvalitu života. Zejména však jak se hodnocení časově vyvíjí.

Uvádíme tři grafy 1, 2 a 3 (údaje v podobě relativních čísel jsou v příloze 3) problematiku spokojenosti se zdravotní péčí. Pro přehlednost jsme otázku rozdělili podle odpovědí. Je ovšem možné je vnímat jako celek.

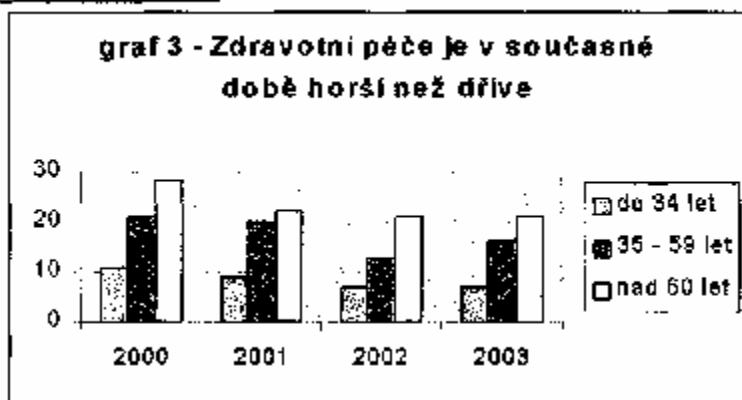
Graf uveden v %



Graf uveden v %



Graf uveden v %



Z uvedených grafu můžeme vyčíst následující hodnocení:

1. Spokojenost se zdravotní péčí klesá věkem respondentů. Tato skutečnost je zřejmá ve všech sledovaných letech (viz graf 1). Graf 2 je vyrovnáním mezi spokojeností a nespokojeností se zdravotní péčí a je v podstatě vyrovnaný ve všech věkových skupinách. Za "samozřejmé považujeme to, že poměr mezi spokojeností a nespokojeností se zdravotní péčí se jednoznačně kloní ke spokojenosti. **Důležité je, že nespokojenost se zdravotní péčí vyjádřená v grafu 3 má signifikantně klesající tendenci ve všech věkových skupinách.** Problémy českého zdravotnictví se pacientů příliš nedotýkají nebo jsou jimi problémy zdravotnictví vnímány jiným prizmatem (na př odkládáním operací).

2. **Se zdravotní péčí je nejspokojenější mladá generace.** Nepochybně mladá generace je ve vzorech životního stylu převážně ovlivněna liberalismem. Je jí proto dnešní model zdravotnictví blízký, neboť v mnohém je v harmonické jednotě s představami o životě. Současně však také mladí jsou méně nemocní, než starší generace, nenavštěvují zdravotnická zařízení příliš často a tím kontaktů, které by byly jednoznačně negativní, není mnoho. Také zdravotní potenciál mladých lidí je vyšší a možnosti uzdravení jsou nadějnější a časově rychlejší.

Spokojenost se zdravotní péčí je v celkovém průměru za roky 2000 - 2003 69 %, a meziročně vykazuje mírně vzestupný trend

3. Hodnocení střední generace stojí přesně mezi generací mladou a seniory. Tato sociální skupina je poměrně vyrovnaná v hodnocení ve všech letech. Můžeme však konstatovat, že časový trend má mírné konstantní vzestupné kladné hodnocení a naopak kritické hlasy klesají.

4. Nejnespokojeněji zdravotní péčí hodnotí generace seniorů. Mírně více spokojenější a mírně nespokojenější jsou proti mužům ženy. (Zřejmě jsou obdařeny větší mírou trpělivosti, zejména však podstatně větší schopností se o sebe postarat. Průměrná míra spokojenosti se zdravotní péčí je 43 %, nespokojenosti pak 23 %. Důležité jsou dvě okolnosti. **Mírně narůstající trend spokojenosti a také současně klesající trend nespokojenosti.** Generace seniorů je častým návštěvníkem zdravotnických zařízení, tudíž má podstatně více kontaktů se zdravotnictvím než mladší populace. Častá chronická onemocnění a multimorbidita, které přináší věk nejsou mnohdy schopni psychicky zvládnout, domnívají se, že je v silách zdravotní péče je vyléčit. *Problém zápasů se stářím, resp. zůstat mladým není nový. Stalo se předmětem středověkého hledání elixíru mlád, stalo se tématem pro umělce, stal se např. námětem románů a divadelních her. Pronikl i do lidových zvyků a kultury.. Příkladem může být tradiční lidová zábava v Kolovči, spočívající v semílání starých bab na mladá děvčata.)*

Aniž bychom se chtěli jakkoliv dotknout generace seniorů, je třeba vzít na vědomí, že s věkem se postupně slábnou kognitivní funkce, mění se projevy afektivity a dochází k somatickým omezením. Projevy nejsou jednotné a jednoznačné, existuje značná interindividuální variabilita. Jsou však i oprávněné připomínky (stížnosti), které můžeme shrnout do dvou bodů:

Ne všechna zdravotnická zařízení a zdravotnický personál přijímají a jednají se seniory se stejnou mírou profesionálního nasazení jak mladšími pacienty - Ne všechna zdravotnická zařízení ústavy sociální péče jsou natolik vybavena, aby klientům mohla být poskytnuta kvalitní péče Je současně nedostatek zdravotnických zařízení vhodných pro následnou péči, vhodnou pro seniory. Pak platí ono nerudovské „ kam sním" (Přehnal. J. . Kam sním Gerontologické aktuality 3/2002. Str. 31).

3.1.2 Připomínky respondentů k zdravotní péči

Individuální připomínky ke zdravotní péči je možné vnímat jako individuální stanoviska hodná za zamyšlení. V žádném případě však nepředstavují jakýkoliv standardizovaný celek. Je dokonce možné

(otázkou je, zda by to bylo rozumné) většinu odmítnout jako nepochopení dnešního systému zdravotnictví nebo snahu přenést osobní problémy a starosti na bedra společnosti. Uvádíme je proto, že některé jsou zajímavé. Jsou mnohdy protichůdné.

Stručný výčet některých připomínek respondentů.

Malá péče o prevenci dětí.

Dříve byly zdravotní služby více centralizovány, dnes musím obcházet více lékařů na různých místech

Lékaři nejsou často v ordinačních hodinách přítomni

Soukromí lékaři „si nabereou velké množství pacientů“. Výsledkem je zkrácená doba vyšetření a dlouhá doba čekání v čekárně.

Měla by být věnována větší pozornost prevenci

Nemocnice se snaží zbavit dlouhodobě nemocného pacienta.

Platím mnoho, dostávám málo

Stále horší přístup lékařů k pacientům.

Zdravotnictví se zlepšilo, změnil se vztah k pacientovi

Zdravotnictví se zhoršilo. Respondent uvádí: „nemám vlastní zkušenosti, informace mám ze sdělovacích prostředků“

3.1.2 Možná zlepšení

Anketa si nekladla za cíl hodnotit vnitřní strukturu zdravotnictví, resp.doplňovat různá šetření ověřující kvalitu zdravotní péče jednotlivých zdravotnických zařízení.

Z ankety však vyzařuje jedna skutečnost, kterou bychom chtěli zdůraznit. Nepochybně by bylo třeba zlepšit všechny formy **sociální komunikace**. Máme na mysli nejen nejzákladnější komunikaci lékař - pacient, ale další individuální formy, např. s rodinnými příslušníky.

Zlepšení by bylo potřebné i v širší společenské komunikaci, v které by zdravotnická zařízení, obce, kraje, zdravotní pojišťovny i státní orgány vysvětlovaly nejen své koncepce a představy o dalším směřování zdravotní péče, která je v jejich kompetenci, včetně poněkud opomíjené prevence

Souhrn:

Spokojenost se zdravotní péčí vnímána občany v rozsahu blízkém ve vyspělejších a bohatších evropských zemích.

Nejlépe zdravotní péči hodnotí mladá generace, s věkem signifikantně kladná hodnocení klesají.

Ve sledovaném období let 2000 - 2003 ve všech věkových skupinách mírně rostou kladná hodnocení zdravotní péče a naopak záporná hodnocení klesají.

Zdravotnictví jako systému by prospělo ve vytváření good will a efektivnější public relations. Masová média ovlivňují veřejnost spíše prezentací záporných jevů.

3.2 Návštěva zdravotnických zařízení

Otázku frekvence návštěv ve zdravotnickém zařízení (lékaře) jsme zařadili ze dvou důvodů:

k porovnání hodnocení spokojenosti se zdravotní péčí jednotlivých populačních skupin a frekvencí návštěv
- jako komunikační otázku nutící respondenta k zamyšlení před vysloveným soudem.

Otázka je formulována velmi obecně, ani jinou preciznější odpověď nebylo možné předpokládat. Neporovnáváme proto takto získané odpovědi s jinými statistikami, získanými např. ze studia zdravotní dokumentace, resp. jiných statistických šetření.

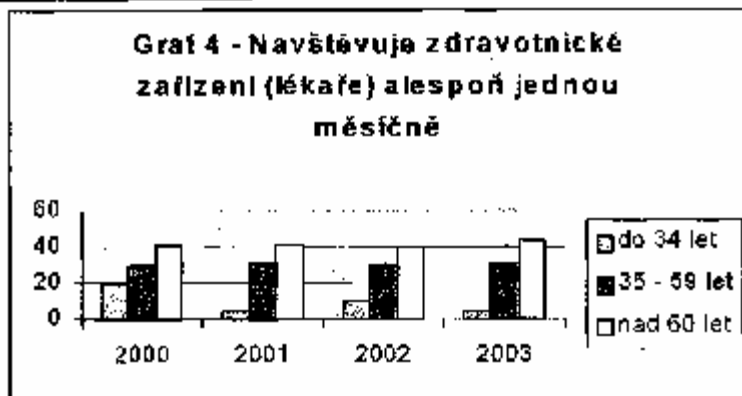
Odpovědi za tuto otázku zařazujeme proto, že se domníváme, že dává poměrně komplexní odpověď na komunikaci našeho zdravotnictví s pacienty (respektive klientelou).

Vycházíme ze dvou premis reakce nemocného na zdravotní obtíže:

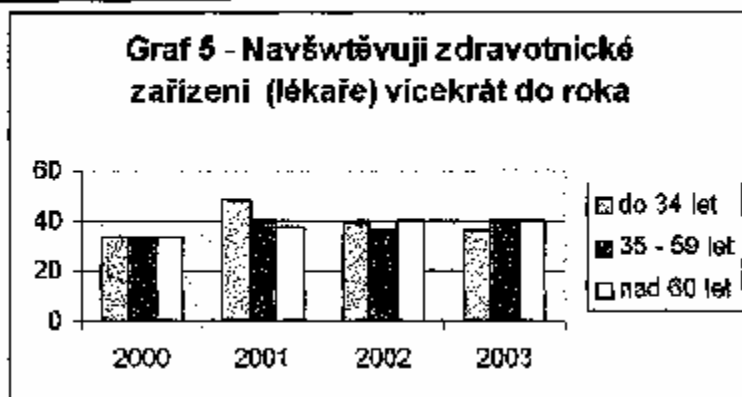
- ponechává onemocnění samovolnému vývoji nebo volí formu komunikace o potížích s nejbližším okolím (rodinou, přáteli) - využije zdravotních služeb
- a) alternativní medicíny (nesledujeme její význam v tomto šetření)
- b) využije služeb zdravotní péče organizované prostřednictvím systému veřejného zdravotního pojištění.

Otázku jsme, vzhledem k přehlednosti, rozdělili do čtyř odpovědí, jak je zřejmé z následujících grafů 4-7 (údaje grafu v podobě relativních čísel jsou v příloze 3)

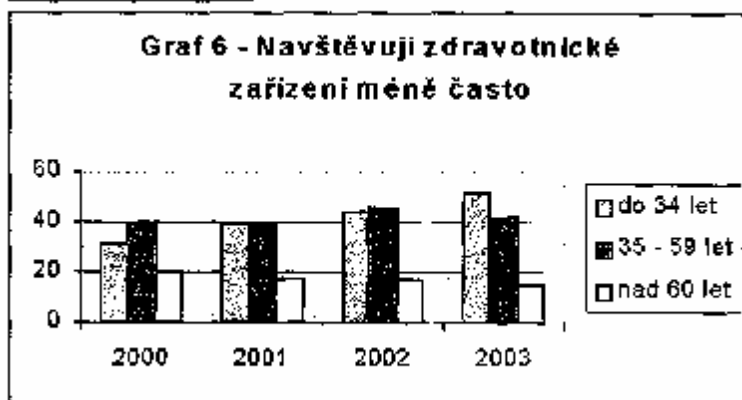
Graf 4 uveden v %



Graf 5 uveden v %



Graf 6 uveden v %



Graf 7 uveden v %



Z grafů můžeme vyčíst několik skutečností:

Frekvence častých návštěv zdravotnického zařízení, alespoň jednou měsíčně výrazně stoupá s věkem respondentů. Ale i střední generace respondentů uvádí poměrně velké procento měsíčních návštěv (30-31 %). Nejvyrovnanější mezigenerační návštěvnost vykazuje graf 5 (návštěva několikrát do roka), kdy údaje se pohybují ve všech sledovaných letech a věkových skupinách v rozmezí 34-40 %. Návštěvnost, uváděná jako méně častá, má vzrůstající tendenci u mladé a střední generace. Na otázku zdravotnické zařízení nenavštěvuji vůbec převážně odpovídá mladá generace, s věkem klesá. 2-5 % respondentů starších 60 let odpovídají, že zdravotnické zařízení nenavštěvuji vůbec.

Poněkud klesající trend návštěv připisujeme postupnému vyrovnání odchylky z první poloviny 90 let, kdy vzrůstající návštěvnost zdravotnických zařízení je třeba připsat na účet zavedenému bodovému hodnocení výkonů. Tato odchylka se postupně vrací.

Možnost pravidelných preventivních prohlídek je spíše záležitostí legislativní možnosti, než praktické realizace. Občané stále nejsou ztotožněni s osobní odpovědností za své zdraví i možnosti využívat práva na preventivní prohlídky. Pro mnohé praktické lékaře naopak vyzývání klientů k preventivním prohlídkám časově i finančně zatěžuje nebo považují za zásah do soukromí klienta.

Klienty (ne vždy je možné je nazvat pacienty) zdravotnických zařízení je možné rozdělit do několika skupin.

- Častí návštěvníci, spíše chápající návštěvu zdravotnického zařízení jako substituci nedostatku příležitostí ke komunikaci nebo nadbytku volného času. Někdy jde i o přemrštěnou snahu péče o zdraví.
- Pacienti požadující předpis léků nebo aplikaci injekcí.
- Pacienti trpící chronickým onemocněním vyžadují pravidelné lékařské kontroly.

Sociální klienti usilující využití zdravotnictví ke svým specifickým účelům jako je neodůvodnění zdravotním stavem. Příkladem mohou být žádosti o pracovní neschopnost, substituující problémy v zaměstnání, nebo snaha vyhnout se základní prezenční službě apod. Jsou to návštěvy společensky nežádoucí, Ne vždy je však možné je z obecně lidského hlediska odmítnout nebo kritizovat. Vždyť i *OSN deklaruje zdraví jako stav fyzické, psychické a sociální pohody*. V žádném případě se nedotýkáme většiny pacientů, jejichž onemocnění vyžaduje pracovní neschopnost. Náhlá onemocnění vyžadující lékařskou péči. Vnímání onemocnění, zejména však pocit bolesti je přísně individuální, proto nelze generalizovat.

Souhrn:

Návštěvnost zdravotnických zařízení má mírně klesající tendenci, přesto je stále poměrně velká. Byla by např. možná jiná forma předepisování léků pro chronicky nemocné pacienty ?

Část občanů, zejména mladých, ignoruje zdravotní prevenci. Možný úkol pro zdravotní výchovu

Někteří občané, zejména senioři, trpí nedostatkem společenských kontaktů. Tentokrát úkol pro boj proti sociálnímu vyloučení (komunitní plánování).

3.3 Finanční spoluúčast občana (pacienta) na zdravotní péči

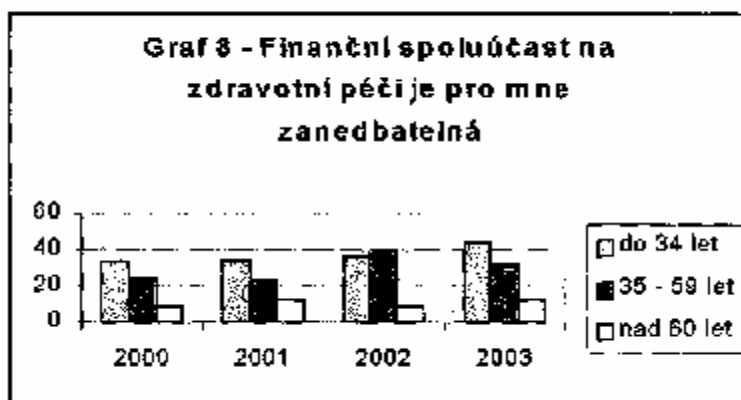
Převážná část příjmů plyne do zdravotnictví z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Zaměstnanci a podnikatelé (osoby samostatně výdělečně činné) hradí svůj podíl na zdravotní péči podle výše příjmů. Mnohými je zdravotní (ale i sociální) pojištění vnímáno jako forma daně. Přímá finanční spoluúčast pacienta na zdravotní péči není v České republice příliš vysoká. Přesto není zanedbatelná, neboť:

- Nový systém zdravotnictví přináší i širší oblast spoluúčasti pacienta na zdravotní péči. Je sice pravdou, že v současné době došlo ke kvalitativnímu rozšíření možností uspokojování zdravotních potřeb občanů a zvyšování komfortu (na př. moderní stomatologické materiály, nová generace léků apod.). Občané mají přirozenou tendenci změny přijímat jako samozřejmost. Spoluúčast na jejich finanční úhradě vnímají jako omezení. Tento pohled je možné odmítnout a vyvracet. Nejde však o zcela jednoduchou proceduru.

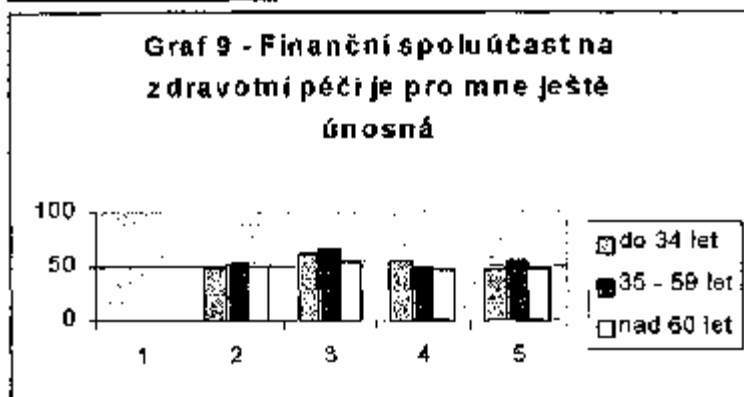
- Složitější je situace u konkrétních pacientů, kteří se s potřebou léků a dalších zdravotnických potřeb setkávají jako s nutností a jejich sociální situace je nižší. Tito občané pak spoluúčast vnímají velmi citelně až bolestivě, neboť jakákoliv spoluúčast natož větší jim přináší vážné existenční problémy. Jsou možnosti, jak sociálně slabším občanům pomoci, ale ne vždy je jim nabídnuta a ne vždy ji jsou ochotni, s ohledem na osobní hrdost, přijmout.

Nejdříve však ke grafům číslo 8, 9 a 10. (Údaje ke grafům v relativních číslech jsou v příloze 3.) Na grafech je únosnost finanční spoluúčasti na zdravotní péči tříděna podle stupně zátěže.

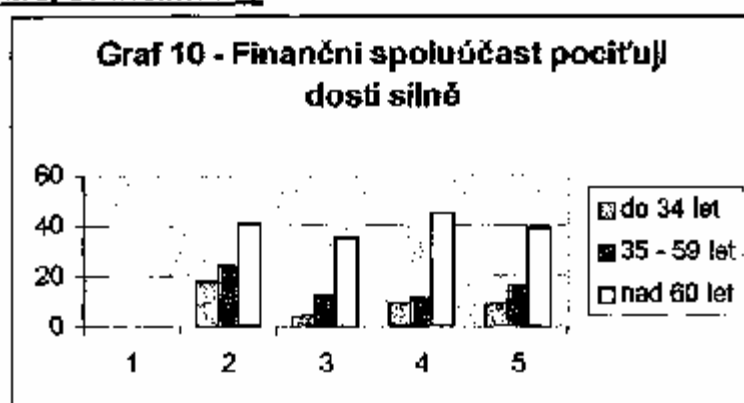
Graf 8 uveden v %



Graf 9 uveden v %



Graf 10 uveden v %



Komentář ke grafu 8 - Finanční spoluúčast je pro mne zanedbatelná

- Ve všech věkových skupinách se zvyšuje podíl respondentů pro které je finanční spoluúčast na zdravotní péči zanedbatelná
- Velký rozdíl v hodnocení finanční spoluúčasti na zdravotní péči však je v jednotlivých věkových skupinách:
 - pro skupinu do 34 let je spoluúčast zanedbatelná z více průměrně pro 37 % respondentů
 - pro skupinu ve věku 35-59 let téměř v průměru téměř 30 % **pro skupinu seniorů nad 60 let pak jen pro 8 %.**

Komentář ke grafu 9 - Finanční spoluúčast je pro mne ještě únosná:

- Velmi vyvážené hodnocení jak ve věkovém tak časovém rozložení. Ve všech věkových skupinách se hodnocení pohybuje kolem 50 %. Musíme ovšem vzít na vědomí, že právě dalších 50 % obyvatel svá hodnocení zásadně polarizují. Viz graf 10.

Komentář ke grafu 10 - Finanční spoluúčast na zdravotní péči pocítuji dosti silně:

- Významné rozdíly v hodnocení mezi věkovými skupinami. Skupina respondentů do 34 let a skupina 35-59 let jsou v hodnocení dosti blízcí, přesto skupina starší finanční spoluúčast vnímá kritičtěji:

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

- Do 34 let - průměr cca 10 %
- 35-59 let - průměr cca 16%
- nad 60 let - průměr cca 40 %

- Z uvedeného grafu je zřejmé, že tendence ve všech věkových skupinách vykazují spíše setrvalý stav, nedochází k významnějším změnám k lepšímu ani horšímu

- Uvážíme-li procentní přepočty respondentů na reálná čísla české populace, dospíváme k závěru, že je třeba zamýšlení jak pokračovat v dalším vývoji. Pro upřesnění uvádíme tabulku složení obyvatelstva staršího 15 let a přepočty na počty osob, kteří spoluúčast pociťují dosti silně.

Tab. 5 - Složení obyvatelstva České republiky staršího 15 let podle věkových skupin (stav rok 2000)

Věk	muži	ženy	celkem	zátěž %	spoluúčasti abs. čísla
do 34 let	1579	1513	3092	10	309
35-59 let	1798	1857	3655	16	585
nad 60 let	767	1129	1896	40	758
celkem	4144	4499	8643	cca 19	1652

Pramen: Z. Pavlík a kol. Populační vývoj České republiky. UK Praha 2002.

ISBN: 80-902686-7-6. Str. 20.

Výpočty vlastní

Z propočtů uvedených v tabulce 5 můžeme odvozovat, že cca 19 % občanů České republiky tj. v reálných číslech více než 1,5 milionu obyvatel České republiky vnímá finanční spoluúčast dosti silně. Nelze jednoznačně usuzovat, že všichni nebo většina z nich je ve velmi špatné finanční situaci. Hodnotíme subjektivní vnímání, které se, ale podle jiných kritérií se může hranice sociální potřeby dotýkat.

Na některé sociální problémy chceme upozornit. Zaměříme se pouze na hodnocení sociální situace důchodců. Jsou však další sociální skupiny na které upozorníme pouze verbálně, neboť relevantní hodnocení jejich finanční situace překračuje rámec našich současných (časových) možností.

Tab. 6 - Průměrné důchody (rok 2001)

	Muži	ženy	celkem
Počet důchodců (v tis.)	975	1609	2584
Průměrný důchod Kč	7142	6413	6688
Z toho			
Vdovské (vdovecké)důchody			
Počet (v tis)	75	610	685
Průměrný důchod v Kč	8435	7238	7369

Pramen: Výdaje a dávky důchodového pojištění v roce 2001 MPSV.

K analýze sociálně potřebných (slabých) občanů:.

Vycházíme zpravidla z údajů roku 2001, předpokládáme, že jejich struktura během čtyřletého šetření nezaznamenala významnější změny.

K důchodcům, kteří tvoří největší sociální skupinu

Nejvíce sociálně ohroženou skupinou jsou osaměle žijící důchodci, neboť prakticky z jednoho příjmu jsou nuceni hradit nejen osobní spotřebu, ale provoz domácnosti. Zejména nájem a provoz bytu je zatěžující položka. Případné rady, že by měli směřovat k bydlení za menší, naráží na řadu překážek. Jednou z nich je často dlouhodobá existence v prostředí, které se stalo součástí života a utváří kvalitu života. Dalším problémem, zřejmě ještě důležitějším, je nájemné, které při uzavírání nových smluv bývá zpravidla podstatně vyšší, než které, podle regulovaného nájemného platí nájemce bytu. (Pro tento příklad nepřihlížíme k různým vlastnickým formám a nájemním smlouvám.)

K příjmům důchodců:

1. Průměrný důchod 6688 Kč pobíralo celkem 1,225.107 důchodců
2. Důchod do 5000 Kč, (v roce 2001 stanovená minimální mzda) pobíralo 340.956 důchodců
3. Z tabulky 6 je zřejmé, že celkové starobní důchody žen jsou v průměru 729 Kč měsíčně nižší - tj. nižší o 10 %, vdovské jsou nižší o 1197 Kč měsíčně - tj. nižší o 14 % (odtud upozornění na jejich problémy)

Další skupinou jsou nezaměstnaní, jejichž počet

V roce 2003 se dostal na hranici 500.000 osob

Zcela zvláštní skupinou jsou osoby, ale převážně rodiny žijící ze sociálních podpor (vzhledem k rozsahu a rozdílnosti dávek není v našich silách spočítat přesný počet). Výdaje státu, bez přídatků na děti, reprezentuje roční částku kolem 50 mld. Kč

Údaje, které jsme zaznamenali v našem šetření, že kolem 20 % obyvatel, žije na hranicích sociální potřeby, je zřejmě pravdivý. Hospodaření v příjmy se v této sociální skupině řídí jinými pravidly, než v těch, které jsou finančně saturované. Možná, že více ozřejmí malý exkurs do Rakouské ekonomické školy.

Exkurs 2-K teorii Rakouské ekonomické školy

Rakouská ekonomická škola se rozešla s historickou ekonomickou školou A. Smitha a přihlásili se deduktivnímu teoretickému uvažování.

Operují s teorií mezního užítku.

Zjednodušeně: Užitečnost statku není dána průměrem hodnot nabídky a poptávky, ale poslední mezní hodnotou, kterou je ochoten uživatel ještě vydat.

Příklad: Užitečnost (a tím i cena) není vztahem mezi nabídkou a poptávkou, ale je dána hodnotou, kterou má daný statek (chleba) poslední (mezní) hodnotu pro posledního (chudáka).

V praktickém životě užitečnost statků je zcela jiná u občanů:

- s vysokými příjmy,*
- průměrnými příjmy*
- s podprůměrnými příjmy*

Subjektivně psychologická hlediska hrají v tržním hospodářství zvláštní roli. Cena statku na trhu je proto určena nejen objektivními ekonomickými parametry, ale i subjektivním chováním kupců, (nejen co chce ale zejména co může).

Souhrn:

- Možnosti regulace zdravotní péče rozšiřováním spoluúčastní má hranice určené sociálním statusem nezanedbatelné části obyvatel. Dle našeho šetření se jejich počet pohybuje kolem 20 %. Současný trend spoluúčasti stoupá pravidelně ročně o cca 1 %. Větší posun ve spoluúčasti by znamenal:

a) buď další zvýšení sociálních dávek znamenající mimo jiné administrativní náklady na testování a vyřizování dávek

b) nebo prohloubení sociální nerovnosti

- Pokud by byla zvolena forma vyšší spoluúčasti, byla by vhodná kalkulace, aby nebyla pro zdravotnická zařízení spíše zátěží (náklady na administrativu, účetnictví, vymáhání pohledávek apod.)

3.4 Mezigenerační hodnocení životní úrovně

Původní šetření bylo zaměřeno pouze na seniory. Po předběžném vyhodnocení výsledků šetření jsme dospěli k závěru, že by bylo vhodné otázky mezigeneračního srovnávání na všechny věkové skupiny obyvatelstva. Možnosti, které poskytuje anketa, jsou omezené jak rozsahem otázek, tak časovou prodlevou, kterou je ještě přijatelné zatěžovat respondenty. Zvolili jsme proto kompromis a kromě skupiny seniorů jsme od roku 2002 položili i stejnou otázku zaměřenou na mladou generaci do 34 let věku. Chtěli jsme vytvořit zrcadlový obraz dvou zcela rozdílných generací, jejichž životní preference a vnímání hodnot kvality života jsou značně rozdílné.

3.4.1 Hodnocení životní úrovně seniorů

Pohled na životní úroveň seniorů jsme opět rozdělili do hodnocení základních věkových skupin, které uplatňujeme v celém šetření. Tedy, jak v jednotlivých letech hodnotí životní úroveň z pohledu na dřívější období:

generace do 34 let

střední generace 35 - 59 let a

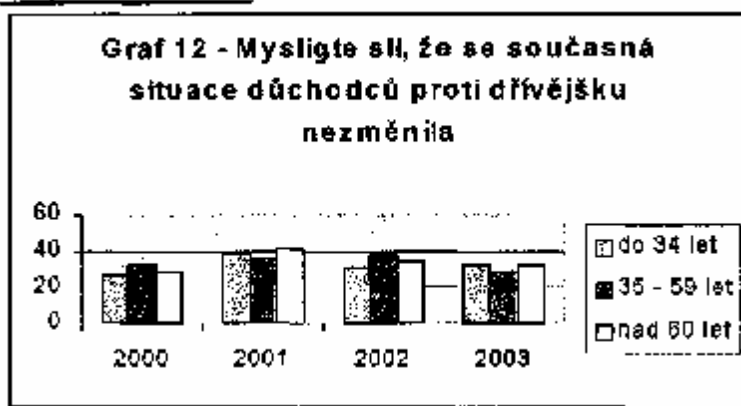
sama generace seniorů nad 60 let.

Následující grafy 11, 12 a 13 strukturovaně dávají na zadanou otázku (odpovědi uvedené v číselné podobě jsou v příloze 3) hodnocení životní úrovně seniorů:

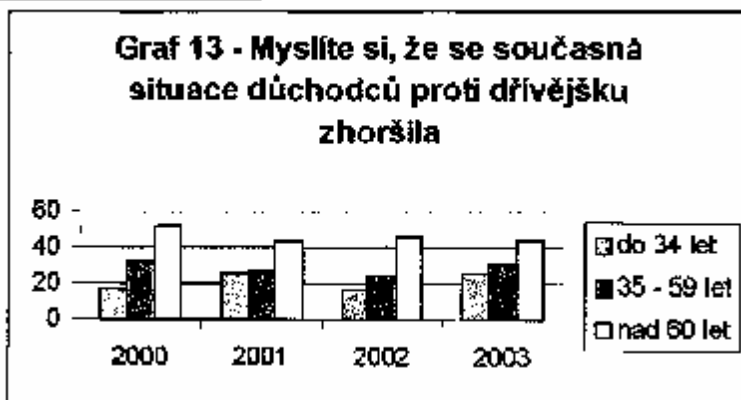
Graf 11 uveden v %



Graf 12 uveden v %



Graf 13 uveden v %



V hodnocení můžeme přeskočit graf 12, který charakterizuje střední hodnoty (současná situace důchodců se proti dřívějšímu nezměnila a s jistou nadsázkou je vcelku ve všech generacích a letech zhruba stejná a pohybuje se kolem 1/3 respondentů.

Zajímavější jsou graf 11 a 13. Z grafu 11 můžeme vyčíst, že senioři hodnotí jejich zlepšující se situaci proti dřívějšímu dosti skepticky.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Ve čtyřletém období let 2000 - 2003 lépe svoji situaci hodnotí jen 46 % seniorů, zarážející však je permanentní meziroční snižování kladných hodnot.

Střední generace hodnotí situaci seniorů po všechna léta v podstatně konstantně v rozmezí 37 - 40 %, s mírně zlepšující tendencí

Generace mladá do 34 let je v hodnocení situace seniorů optimistická. V hodnocení jsou však dosti velké meziroční rozdíly pohybující se od nejvyšších hodnot 56 % k 35 %. (v letech 2000 a 2001 byl počet mladých respondentů poměrně malý). Zřejmě věkový odstup od seniorů. Vlastní životní starosti, o kterých se domnívají, že seniori nemají, poněkud toho měřítko odchylují.

Protihodnota grafu 13 - Současná situace důchodců se proti dřívějšímu zhoršila:

Seniori - mírně vzestupný trend

Střední generace - v podstatě nezměněný vývoj

Mladá generace - mírně sestupný trend

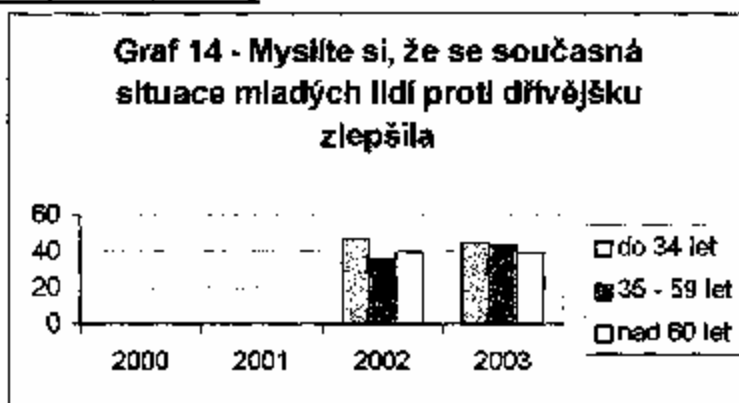
Potvrzuje se rozdíl v mezigeneračním hodnocení.

Za klad považujeme, že úroveň příznivých hodnocení situace, zejména u generace seniorů významně převyšuje zhoršující tendence.

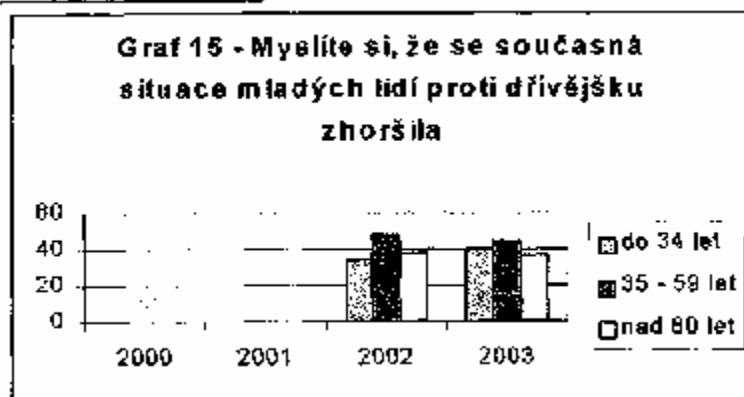
3.4.2 Hodnocení situace mladé generace

Otázka zachycující situaci mladých lidí je zařazena, jak již bylo konstatováno, až v r. 2002 a 2003. Tudíž chybí č delší časová řada. Situace je zachycena v grafické podobě v grafech 14 a 15 (v podobě relativních čísel jsou graiy v příloze 3):

Graf 14 uveden v %



Graf 15 uveden v %



Komentář může být stručný:

Prakticky všechny generační skupiny se shodují vkladném hodnocení situace mladých lidí proti dřívějšímu. Hodnocení v obou létech a generacích se pohybuje od 36 do 47 kladných % bodů. **Nejlépe svoji situaci hodnotí mladá generace.**

Obdobné hodnocení je i v opačném hodnocení - situace mladých lidí se proti dřívějšímu zhoršila.

Zde kupodivu nejhůře situaci mladých hodnotí střední generace.

Senioři a mladí lidé hodnotí téměř shodně v rozmezí 37 - 40 %.

Klad: U mladé generace převládá kladné hodnocení nad záporným.

Generace seniorů mírně kladné hodnocení nad záporným Zápor:

Střední generace má hodnocení mírně záporné.

Důvody, proč střední generace vidí životní situaci mladé generace hůře než samotní aktéři a senioři musíme hledat v hodnocení životní situace mladých, kteří se s ní ztotožňují, střední generace ji však hodnotí poněkud kriticky. (Nepochybně se projevují generační rozdíly v životním stylu, který v současnosti liberalizačním pojetím a dynamikou vývoje poněkud s uniká střední generaci, generaci mladých je vlastní a generace seniorů je mu již zčásti vzdálená.)

3.4.3 Vlastní hodnocení životní úrovně

Část otázek byla formulována anonymně a to jak do vlastní věkové skupiny, tak do skupiny seniorů a juniorů. *Zajímá* nás, jak respondenti hodnotí **vlastní životní úroveň a zejména, zda vnímají vlastní životní úroveň lépe, stejně nebo hůře**, než vyjadřuje jejich obecné hodnocení vlastní skupiny. (Poznámka: Můžeme srovnávat pouze v+ěkovou skupinu juniorů a seniorů, neboť skupina střední 35-59 let nebyla vzhledem k omezeným možnostem šetření sledována.

Základní údaje k této problematice jsou v grafech 16 a 17 (v podobě relativních čísel pak v příloze 3). Současně ke komparaci problematiky seniorů poslouží grafy 11, 12 a 13, jejich poslední řádek - stanoviska respondentů starší 60 let. U mladé generace pak grafy 13, 14 a 15 - první řádek.

Nejdříve k analýze grafu 16 - **Vaše životní úroveň se v posledních letech zlepšila:**

Respondenti z řad **juniorů a střední generace** shodně uváděli, že ve všech sledovaných letech 2000-2003 jejich **životní úroveň zůstala nezměněna.**

Senioři vykazují zhruba **meziroční pokles o 1 % od 19 % v r. 2000 na 16 % v roce 2003** (současně však vykazují zvýšení na 21 % v r.2002).

Potvrzuje se základní populační charakteristika souboru Nejlépe vlastní situaci hodnotí junioři, nejhůře senioři.

Průměrné **hodnoty zlepšení životní úrovně** za celé sledované období let 2000-2003:

Junioři do 34 let	52 %
Střední generace 35 - 59 let	34 %
Senioři nad 60 let	18,5%

Můžeme konstatovat, že s věkem respondentů je kritérium zlepšení životní úrovně nižší, jen 16 % respondentů starších 60 let potvrzuje, že se v uplynulých letech jeho životní úroveň proti dřívějšímu zlepšila, naopak junioři vykazují zlepšení z 50 %.

Zhoršení životní úrovně v posledních letech, jak vyazuje graf 17, má prakticky opačné hodnoty, které u

Juniorů do 34 let jsou prakticky **stabilní** - pohybují se v intervalu 8-9 %

Střední generace 35 - 59 let vyazuje zlepšující trend od 30 % v r. 2000 **k 19 % v roce 2003**, průměr 22 %.

Senioři nad 60 let rovněž vyazuje zlepšující trend od 40 % v r.2000 k 33 % v r.2003, průměr 37 %

Zhoršování životní úrovně roste s věkem

Z porovnání grafu 16 a 17 plynou důležitá zjištění sociálního charakteru: U věkových skupin juniorů a střední generace pak srovnávání údajů grafu 16 životní úroveň se zlepšila, proti grafu 17 životní úroveň se zhoršila takto:

- U věkové skupiny juniorů a střední generace vyznívají všechny hodnoty ve prospěch zlepšení životní úrovně (u juniorů dokonce výrazně)

-u seniorů naopak. Ve všech čtyřech sledovaných letech se jimi deklarovaná hodnocení významně kloní **ke zhoršování životní úrovně.**

Výsledky šetření nás vedou k poznání, že poměrně výrazně lepší hodnocení životní úrovně seniorů zejména mladé, ale částečně i střední

generace jsou odrazem mezigeneračních rozporů. Mezigenerační rozdíly vždy přinášely jistou míru rozporů.

Současné mezigenerační problémy jsou jiné. Domníváme se, že zde působí následující vlivy:

- Již dříve popsany fenomén 20. století preferující rychlost a výkon. Vlastnosti, kterými disponuje mládí. Rychlé proměny a změny starší generace zvládá jen s obtížemi.

- V druhé polovině 50. let a zejména 70. let nastupuje rychlý proces urbanizace. Tradiční rodinné (vícegenerační) vztahy jsou přetrhávány. Tradiční péče o staré rodinné příslušníky je omezována, mnohdy ani z časových a zejména vzdálenostních důvodů není možná. **V péči o seniory se spoléhá na stát (spíše společnost).** Společenská zvyklost (spíše nutnost) omezuje možnost péče o seniory.

- Společenské a politické změny, ke kterým u nás došlo v 90. letech minulého století jsou silně poznamenány projevy liberalismu, s kterým se ztotožňuje zejména mladá generace. Dlouhodobě vytvářené nástroje zajištění ve stáří (na principech liberalismu) však u nás nejsou vytvořeny (k jejich fungování je zapotřebí delšího času, prostředků a stability finančního trhu).

Poznámka:

Viz subkapitolu 3.4 Finanční spoluúčasť občana (pacienta) na zdravotní péči, v které je upozornění na sociálně slabé skupiny obyvatelstva. Do této skupiny je třeba přiřadit nemalou část důchodců. Zmíněná subkapitola z jiného zorného úhlu ukazuje na obdobnou situaci.

Exkurs 3 — O solidaritě

Solidarita na které je založen náš systém zdravotnictví, ale vlastně celá sociální politika, včetně důchodové vidíme jako možný sociální problém. Zejména mladí ekonomové, zastávající strohá hlediska liberálních ekonomických teorií, jsou častými kritiky solidarity. K nim je možné přiřadit i ty občany jejichž příjmy vysoce překračují příjmy průměrné. Jejich příspěvky na zdravotní a sociální pojištění jsou mnohem vyšší, než ze systému čerpají, nebo mohou čerpat. I v našem šetření jsme se podobnými stanovisky setkali, proto jsme se o problém zajímali.

Solidaritu je možné posuzovat ze dvou hledisek:

Teoretického - co je vlastně solidarita jako etická kategori. Z ryze etického hlediska znamená ochotu a dobrovolnost přispívat na druhé.

***Praktického** - vznik, nemocenských a důchodových pojišťovacích systémů můžeme zařadit do poslední třetiny 19. století. Vznikaly však jako sociální podpora jednotlivých sociálních skupin, jejichž příjmy a společenské postavení bylo rozdílné. Nejednotné byly jak příspěvky, tak zejména možnosti čerpání dávek. Problém solidarity byl ohraničen homogenní sociální skupinou. Současný jednotný systém je heterogenní a skrývá v sobě nebezpečí, pramenící z prosazování liberálních principů zásluhovosti (každému co jeho jest)*

V masových médiích, ale již dříve v odborném tisku proběhly informace o chystané důchodové reformě, která, (alespoň jak dostupné informace je možné vnímat) má v sobě silný liberalizační náboj. Otázkou je, zda by nemohla být podnětem pro širší revizi současných, na tradici a sociálních hlediscích založené sociální politiky.

Případné pokusy o rozkmitání sociálního systému bychom považovali za riskantní.

Souhrn:

Hodnocení životní úrovně seniorů ukazuje na *závažný* mezigenerační rozpory. Mladá generace se domnívá, že životní úroveň je mnohem vyšší, než jak ji vnímají sami senioři. Viz graf 11.

Životní úroveň juniorů je všemi třemi věkovými skupinami vnímána vyváženě. Asi 40 % respondentů střední generace a seniorů se domnívá, že se životní úroveň mladých v posledních letech zlepšila. Sami junioři svoji situaci hodnotí ještě příznivěji 46 %. Viz graf 14.

Trend vývoje: S věkem respondentů klesá životní úroveň

Je možné očekávat mezigenerační napětí v péči o seniory. Tradiční rodina je silně narušena (migrace, zaměstnání mužů i žen, atd.)

4 Závěr

Sociologické šetření bylo realizováno v letech 2000- 2003. Za pomoci studentů lékařské fakulty UK v Plzni bylo osloveno 2794 respondentů.

Šetření bylo zaměřeno na generaci seniorů (nad 60 let). Od r.2001 bylo šetření rozšířeno i na generaci juniorů (do 34 let).

Cílem práce bylo zjistit jak generace seniorů od.r.2001 též juniorů vnímá a hodnotí české zdravotnictví, které po roce 1990 prošlo jak zásadními transformačními změnami, tak se k změnily a rozšířily možnosti využívání moderních diagnostických a léčebných postupů.

V základním zadání bylo zjištění spokojenosti občanů se zdravotnictvím, zejména jak ovlivňuje jejich kvality života (jak ovlivňuje jejich způsob života) a zda a jak se v časové řadě střednědobého šetření jejich stanoviska vyvíjejí.

Šetření nebylo bezprostředně zaměřeno k hodnocení kvality zdravotní péče a následně doplněním názorů respondentů v podobě vyjádření míry spokojenosti. Tato šetření realizují zdravotnická zařízení, zejména nemocnice.

Zákonná opatření nakládání s osobními údaji nás přivedli k myšlence šetření zajistit formou ankety, kdy tazateli byli studenti LF UK v Plzni. Anketa je zcela anonymní a je předpoklad, že získané informace jsou věrným vyjádřením postojů respondentů, bez jakéhokoliv ovlivnění. Současně rozsah otázek je omezen.

Populace byla rozdělena do tří věkových skupin:

Junioři do 34 let

Střední generace 35-59 let

Senioři nad 60 let.

Vycházíme z předpokladu, že každá věková skupina má poněkud odlišný způsob života, který se promítá do preferovaných hodnot kvality života.

Spokojenost se zdravotní péčí (respektive její zlepšení proti dřívějšímu) vyjádřilo 69 % respondentů. Toto procento odpovídá spokojenosti se zdravotnictvím v západních zemích Evropy (viz tab.2, str.10) Má mírně zlepšující se trend. Letité problémy českého zdravotnictví na pacienta nedoléhají nebo je vnímá jako projev zhoršení zdravotní péče

Mezi věkovými skupinami je však hodnocení spokojenosti se zdravotní péčí dosti rozdílné (viz graf 1, str.23) - průměr za 4 roky.

Junioři do 34 let 69%

Střední generace 35-59 let 52 %
Senioři nad 60 let 43 %

Pozitivně je možné hodnotit, že negativní hodnocení (zdravotní péče horší než dříve) má ve všech věkových skupinách sestupný trend. Ve všech věkových skupinách klesá ročně zhruba o jedno procento.

Návštěvnost zdravotnických zařízení je stále velmi častá. Domníváme se, že důvody jsou známy (blíže ve zprávě).

Zarážející však je že zhruba 10 % respondentů deklaruje, že zdravotnická zařízení nenavštěvují vůbec (nejvíce příslušníci mladé a střední generace). Zde je na místě upozornit na problém prevence, která je u části populace opomíjena.

Finanční spoluúčast na zdravotní péči, pociťuje dosti silně 40 % seniorů (viz graf. 10 str.32), i pro ostatní věkové skupiny je shodné hodnocení u juniorů - 10 % a střední generace - 13 %.

Domníváme se, že asi 20 % české populace má omezené příjmy, které limitují možnosti volnější dispozice s nimi. Rychlejší spoluúčast pacientů na zdravotní péči by mohla být možnou příčinou sociálního pnutí.

Mezigenerační srovnání.

Z šetření je patrné jisté mezigenerační napětí. Zejména mladá generace předpokládá, že se senioři malí lépe než dříve, což generace seniorů nepotvrzuje, ale právě naopak.

Zlepšující situaci důchodců předpokládají:

Junioři do 34 let	46 %
Střední generace 35 - 59 let	38 %
Senioři nad 60 let	19 %

Chceme upozornit na to, že respondenti vnímají velmi citlivě rozdílnou sociální a zdravotní problematiku. Její nejednotnost a zejména rozdílnost v přístupech k úhradám vyvolává mnohé problémy.

Složitost současné společenské situace, která má reflexi jak ve zdravotní, tak sociální oblasti je možné vnímat i jako setkávání dvou značně rozdílných sociálních koncepcí:

- Paternalistické - k níž se vědomě, ale asi často jen intuitivně přiklání část starší populace. Zdravotní péče, přes problémy, kterými procházela byla na těchto principech založena.
- Liberalistické - vycházející z důrazu na výkon a prosazující svobodu jednotlivce v rozhodování a osobní odpovědnost za svůj život (nejen zdraví).

5 Seznam použité literatury

1. Bartlová, S. a Hnilicová, H. Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů. Brno 2000, ISBN 80-7013-2
2. Brdek, M. a kol. Trendy v Evropské sociální politice. ASOI Publishing. Praha 2002. ISBN 80-86395-25-1, str 107.
3. Drbal, C. Politika pro zdraví. Praha 1993. str.21, str.23
4. Holčík, J. a kol. Sociální lékařství. Brno 1998. ISBN 80-210-1907-7
5. Hrkal, J. Aktuální informace ÚZIS č.67/2003, str.1
6. Kahuda, F. Výzkumné metody v sociologii. PSPN Praha 1965
7. Lamser, V., Růžička, L. Základy statistiky pro sociology. Svobody Praha 1970
8. Lavička, F. Uplatnění absolventů vysokých škol. Granit číslo 1399/1998. LF Plzeň 1998. interní tisk. Str. 32
9. Lavička, F., Zavázalová, H., Zikmundová, K. Vliv společenských změn na život starší populace. Sborník abstraktů. Pražské gerontologické dny 15,-18,52002, str.23-25
10. Lavička, F., Zavázalová, H., Zikmundová, K. Sociální postavení českých seniorů ve společnosti. Sdělení na XXII. Gressnerove dni a XXIX. Reimanove dni Prešov. 4,5, říjen 2001

15. Lavička, F., Zavázalová, H., Zikmundová, K. Sociální postavení osob vyššího věku. SLČ JEP .Praha 19.2.2003
16. Lavička, F., Zavázalová, H., Zikmundová, K. Starý člověk v rodině. Plzeňský geriatrický den. 16.9.2003
17. Pavlík, Z. a kol. Populační vývoj České republiky 2001. UK Praha 2002, ISBN 80-902686-7-6. Str. 14, str.20
18. Přehnal, J. Kam s ním. Gerontologické aktuality 3/2002. Str.31
19. Příručka pro sociology. Svoboda Praha 1980
20. Strnad, L. Spokojenost obyvatel se zdravotnickým systémem. In Zdravotnictví v České republice, číslo 3-4. ročník 5, rok 2002, str. 129-133
21. Wollhandler, S. et al. Ost of Health Care Administration in the United States and Canada. The New England Journal of Medicine. WWW nejn.org. August 2003, str. 768
22. Zákon čís.o 160/1992 Sb,
23. Zavázalová, H. a kol. Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví. Učební texty. Karolinum, Praha 2002
24. Zavázalová, H., Zikmundová, K., Zaremba, V. Akademie třetího věku -její realizace na LF UK v Plzni. Gerontologické aktuality, 3,2002, str. 10-112
25. Žáček, A. a kol. Metody studia zdraví a nemoci v Populaci. Avicenum Praha 1974
26. Zikmundová, K., Zavázalová, H., Lavička, F., Zaremba, V. Aging of Czech Population in Sociological Surveys. Health and Society in Europa, ESHMS Groningen. 29.-31.8.2002. Netherlands, str.84

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

6 Přílohy

Příloha I

POKYNY K ANKETĚ

1. Představit se
(pokud je to potřebné legitimovat se průkazkou studenta LF) .
2. požádat občana o spolupráci
3. Oslovovat zejména starší občany, není však podmínkou právě tak je možné oslovit příslušníky střední a mladé generace. *Poznámka: Výzkumný záměr je soustředěn ke starší generaci Informace střední a mladší generace budou sloužit ke srovnávání*
4. Popsat:
 - a) komunikační atmosféru (jak byla anketa přijímána)
 - b) zapsat zajímavé poznámky a postřehy, popřípadě doplňky, které přesahují nebo doplňují anketní otázky (s informací věku a pohlaví respondenta)

Datum:

stud.skupina:

Podpis (čitelný):

A N K E T A

Vhodnou odpověď zakroužkujte!

1. Domníváte se, že zdravotní péče je v současné době:
 1. lepší než dříve
 2. stejná
 3. horší než dříve
 2. Navštěvujete zdravotnické zařízení (lékaře):
 1. alespoň jednou měsíčně
 2. vícekrát do roka
 3. méně často
 4. nenavštěvuji vůbec
 3. Příplácení na léky, případně jiné příplácení na zdravotní péči je pro Vás:
 1. zanedbatelné
 2. je ještě únosné
 3. pociťuji dosti silně
 4. Myslíte si, že se současná situace důchodců proti dřívějšíku:
 1. zlepšila
 2. nezměnila
 3. zhoršila
 5. Myslíte si, že se současná situace mladých lidí proti dřívějšíku:
 1. zlepšila
 2. nezměnila
 3. zhoršila
 6. Jak hodnotíte Vaši životní úroveň v posledních několika letech:
 1. zlepšila se
 2. je stejná
 4. zhoršila se
 7. Žijete:
 1. sám (sama)
 2. jen s partnerem
 3. v rodině
 8. Věk:
 9. Odpovídal: muž žena
 9. Poznámky, připomínky
- Datum

Příloha 3 Numerické vyjádření grafů 1 – 17, jejich grafická část začleněna v textu závěrečné zprávy

Graf 1 - Současná zdravotní péče je lepší než dříve

	2000	2001	2002	2003
do 34 let	61	79	64	71
35 - 59 let	49	49	58	53
nad 60 let	35	43	48	45

Graf 2 - Zdravotní péče je v současné době stejná jako dříve

	2000	2001	2002	2003
do 34 let	28	13	28	22
35 - 59 let	30	31	30	31
nad 60 let	28	22	21	21

Graf 3 - Zdravotní péče je v současné době horší než dříve

	2000	2001	2002	2003
do 34 let	11	9	7	7
35 - 59 let	21	20	13	16
nad 60 let	28	22	21	21

Graf 4 - Navštěvujete zdravotnické zařízení (l až) alespoň jednou měsíčně

	2000	2001	2002	2003
do 34 let	20	4	10	4
35 - 59 let	30	31	30	31
nad 60 let	41	41	40	43

Graf 5 - Navštěvují zdravotnické zařízení (léže vícekrát do roka

	2000	2001	2002	2003
do 34 let	34	48	39	36
35 - 59 let	34	40	36	40
nad 60 let	34	38	40	40

Graf 6 - Navštěvují zdravotnické zařízení (léže) méně často

	2000	2001	2002	2003
do 34 let	31	39	44	52
35 - 59 let	39	39	46	42
nad 60 let	20	17	17	15

Graf 7 - Zdravotnické zařízení (léže) nenavštěvují vůbec

	2000	2001	2002	2003
do 34 let	14	9	7	8
35 - 59 let	6	6	6	7
nad 60 let	5	4	3	2

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Graf 8 - Finanční spoluúčast na zdravotní péči pro mne zanedbatelná

	2000	2001	2002	2003
do 34 let	33	35	37	44
35 - 59 let	24	23	40	32
nad 60 let	9	12	9	12

Graf 9 - Finanční spoluúčast na zdravotní péči je pro mne ještě únosná

	2000	2001	2002	2003
do 34 let	49	61	53	47
35 - 59 let	52	66	49	53
nad 60 let	50	53	46	49

Graf 10 - Finanční spoluúčast na zdravotní péči působí dosti silně

	2000	2001	2002	2003
do 34 let	18	4	10	9
35 - 59 let	24	12	11	16
nad 60 let	41	35	45	39

Graf 11 - Myslíte si, že se současná situace důchodců proti dřívějšímu zlepšila

	2000	2001	2002	2003
do 34 let	56	35	32	22
35 - 59 let	37	37	38	40
nad 60 let	19	16	18	24

Graf 12 - Myslíte si, že současná situace důchodců se proti dřívějšímu nezměnila

	2000	2001	2002	2003
do 34 let	27	39	31	32
35 - 59 let	32	36	38	29
nad 60 let	29	41	35	32

Graf 13 - Myslíte si, že se současná situace důchodců proti dřívějšímu zhoršila

	2000	2001	2002	2003
do 34 let	17	26	17	26
35 - 59 let	32	27	24	31
nad 60 let	52	43	46	44

Graf 14 - Myslíte si, že se současná situace mladých lidí proti dřívějšímu zlepšila

	2000	2001	2002	2003
do 34 let	.	.	47	45
35 - 59 let	.	.	36	43
nad 60 let	.	.	40	39

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Graf 15 - Myslíte si, že se současná situace mladých lidí proti dřívější zhošila

	2000	2001	2002	2003
do 34 let	.	.	35	40
35 - 59 let	.	.	48	44
nad 60let	.	.	38	37

Graf 16 - Vaše životní úroveň se v posledních letech zlepšila

	2000	2001	2002	2003
do 34 let	54	57	46	50
35 - 59 let	33	34	36	34
nad 60 let	19	18	21	16

Graf 17 - Vaše životní úroveň se v posledních letech zhoršila

	2000	2001	2002	2003
do 34 let	9	4	9	8
35 - 59 let	30	17	22	19
nad 60 let	40	37	39	33

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Příloha 4

STRUKTURA SOUBORU

VĚK/POHLAVÍ	(absolutní čísla)				CELKEM
	2000	2001	2002	2003	
DO 34 LET - MUŽI	38	10	132	66	246
ŽENY	47	13	153	83	296
CELKEM	85	23	285	149	542
34 - 59 LET - MUŽI	132	69	106	117	424
ŽENY	134	100	130	178	542
CELEKM	266	169	236	295	966
NAD 60 LET - MUŽI	160	133	82	194	569
ŽENY	181	179	99	258	717
CELKEM	341	312	181	452	1286
CELÝ SOUBOR					
MUŽI	330	212	320	377	1239
ŽENY	362	292	382	519	1555
CELKEM	692	504	702	896	2794

VĚK/POHLAVÍ	relativní čísla				
	2000	2001	2002	2003	CELKEM
DO 34 LET - MUŽI	44,7	43,5	46,3	44,3	45,4
ŽENY	53,3	56,5	53,7	55,7	54,6
CELKEM	100	100	100	100	100
35 - 59 LET - MUŽI	49,6	40,8	44,9	39,7	43,9
ŽENY	50,4	59,2	55,1	60,3	56,1
CELKEM	100	100	100	100	100
NAD 60 LET - MUŽI	46,9	42,6	45,3	42,9	44,2
ŽENY	53,1	57,4	54,7	57,1	55,8
CELKEM	100	100	100	100	100
CELÝ SOUBOR					
MUŽI	47,7	42,1	45,6	42,1	44,3
ŽENY	52,3	57,9	54,4	57,9	55,7
CELKEM	100	100	100	100	100

Příloha 5

STRUKTURA SOUBORU

(RELATIVNÍ ČÍSLA)

MUŽI DO 34 LET

OTÁZKA / ROK	2000	2001	2002	2003
1. Domníváte se, že zdravotní péče je v současné době:				
1. Lepší než dříve	50	90	62,1	89,7
2. Stejná	34,2	10	33,3	22,7
3. Horší než dříve	15,8	0	4,6	7,6
CELEKM	100	100	100	100
2. Navštěvujete zdravotnické zařízení (lékaře):				
1. Alespoň jednou měsíčně	18,4	0	9,9	3
2. Vícekrát do roka	21,1	50	25,8	22,7
3. Méně často	39,4	40	52,3	62,1
4. Nenavštěvuji vůbec	21,1	10	12	12,2
CELKEM	100	100	100	100
3. Připlácení na léky, popřípadě jiné připlácení na zdravotní péči je pro Vás:				
1. Zanedbatelné	42,1	50	47,8	51,5
2. Ještě únosné	39,5	50	43,2	41
3. Pociťuji dosti silně	18,4	0	9	7,5
CELKEM	100	100	100	100
4. Myslíte si, že se současná situace důchodců proti dřívějšímu:				
1. Zlepšila	63,2	20	50,8	39,4
2. Nezměnila	23,7	60	29,5	31,8
3. Zhoršila	13,1	20	19,7	28,8
CELKEM	100	100	100	100
5. Myslíte si, že se současná situace mladých lidí proti dřívějšímu:				
1. Zlepšila	.	.	43,9	48,5
2. Nezměnila	.	.	22,7	15,2
3. Zhoršila	.	.	33,4	36,3
CELKEM	.	.	100	100
6. Jak hodnotíte Vaši životní úroveň v posledních několika letech:				
1. Zlepšila se	63,2	80	51,5	59,1
2. Nezměnila se	28,9	10	39,4	36,4
3. Zhoršila se	7,9	10	9,1	4,5
CELKEM	100	100	100	100

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

7. Žijete :				
1. Sám (sama)	42,1	10	20,4	22,7
2. Jen s partnerem	36,8	20	18,7	30,3
3. V rodině	21,1	70	62,9	47
CELKEM	100	100	100	100
8, Věk	do 34 let	do 34 let	do 34 let	do 34 let
9. Odpovídal /a/				
1. Muž	100	100	100	100
2. Žena				

Příloha 6

STRUKTURA SOUBORU

(RELATIVNÍ ČÍSLA)

ŽENY DO
34 LET

OTÁZKA / ROK	2000	2001	2002	2003
1. Domníváte se, že zdravotní péče je v současné době:				
1. Lepší než dříve	70,2	69,2	66	72,3
2. Stejná	23,4	15,4	24,2	21,7
3. Horší než dříve	6,4	15,4	9,8	9
CELKEM	100	100	100	100
2. Navštěvujete zdravotnické zařízení (lékaře):				
1. Alespoň jednou měsíčně	21,3	7,7	9,8	4,8
2. Vícekrát do roka	44,7	46,1	51	45,8
3. Méně často	25,5	38,5	36,6	44,6
4. Nenavštěvuji vůbec	8,5	7,7	2,6	4,8
CELKEM	100	100	100	100
3. Připlácení na léky, popřípadě jiné připlácení na zdravotní péči je pro Vás:				
1. Zanedbatelné	25,5	23,1	27,5	37,3
2. Ještě únosné	57,4	69,2	61,4	51,8
3. Pociťuji dosti silně	17,1	7,7	11,1	10,9
CELKEM	100	100	100	100
4. Myslíte si, že se současná situace důchodců proti dřívějšímu:				
1. Zlepšila	51,1	46,1	52,3	43,4
2. Nezměnila	29,8	23,1	32,7	32,5
3. Zhoršila	19,1	30,8	15	24,1
CELKEM	100	100	100	100
5. Myslíte si, že se současná situace mladých lidí proti dřívějšímu:				
1. Zlepšila	.	.	50,3	42,2
2. Nezměnila	.	.	13,7	15,6
3. Zhoršila	.	.	36	42,2
CELKEM	.	.	100	100
6. Jak hodnotíte Vaši životní úroveň v posledních několika letech:				
1. Zlepšila se	46,8	38,5	41,2	43,4
2. Nezměnila se	42,6	61,5	50,3	45,8
3. Zhoršila se	10,6	0	8,5	10,8
CELKEM	100	100	100	100

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

7. Žijete :

1. Sám (sama)	19,1	7,7	14,4	18,1
2. Jen s partnerem	27,7	0	17,6	13,3
3. V rodině	53,2	92,3	68	68,6
CELKEM	100	100	100	100

8. Věk

do 34 let do 34 let do 34 let do 34 let

9. Odpovídal /a/

1. Muž				
2. Žena	100	100	100	100

Příloha 7 STRUKTURA SOUBORU

(RELATIVNÍ

ČÍSLA) muži +

ženy do 34 let

OTÁZKA / ROK	2000	2001	2002	2003
1. Domníváte se, že zdravotní péče je v současné době:				
1. Lepší než dříve	61,2	79,3	64,2	71,1
2. Stejná	28,2	13	28,4	22,1
3. Horší než dříve	10,6	8,7	7,4	6,8
CELKEM	100	100	100	100
2. Navštěvujete zdravotnické zařízení (lékaře):				
1. Alespoň jednou měsíčně	20	4,3	9,8	4
2. Vícekrát do roka	34,1	47,8	39,3	35,6
3. Méně často	31,8	38,1	43,9	52,3
4. Nenavštěvuji vůbec	14,1	8,8	7	8,1
CELKEM	100	100	100	100
3. Připlácení na léky, popřípadě jiné připlácení na zdravotní péči je pro Vás:				
1. Zanedbatelné	32,9	34,8	36,8	43,8
2. Ještě únosné	49,4	60,9	53	47
3. Pociťuji dosti silně	17,7	4,3	10,2	9,4
CELKEM	100	100	100	100
4. Myslíte si, že se současná situace důchodců proti dřívějšíku:				
1. Zlepšila	56,4	34,8	51,8	41,8
2. Nezměnila	27,1	39,1	31,2	32,2
3. Zhoršila	16,5	26,1	117,2	26,2
CELKEM	100	100	100	100
5. Myslíte si, že se současná situace mladých lidí proti dřívějšíku:				
1. Zlepšila	.	.	47,4	45
2. Nezměnila	.	.	17,9	15,4
3. Zhoršila	.	.	34,7	39,6
CELKEM	.	.	100	100
6. Jak hodnotíte Vaši životní úroveň v posledních několika letech:				
1. Zlepšila se	54,1	56,6	46	50,3
2. Nezměnila se	36,5	39,1	45,3	41,8
3. Zhoršila se	9,4	4,3	8,7	8,1

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

CĚLKEM	100	100	100	100
7. Žijete :				
1. Sám (sama)	29,4	8,7	17,2	20
2. Jen s partnerem	31,8	8,7	17,2	21
3. V rodině	38,8	82,6	65,6	59
CĚLKEM	100	100	100	100
8. Věk	do 34 let	do 34 let	do 34 let	do 34 let
9. Odpovídal /a/				
1. Muž	44,7	43,5	46,3	44,3
2. Žena	55,3	56,5	53,7	55,7

Příloha 8

STRUKTURA SOUBORU

(RELATIVNÍ ČÍSLA)

MUŽI 35 - 59 let

OTÁZKA / ROK	2000	2001	2002	2003
1. Domníváte se, že zdravotní péče je v současné době:				
1. Lepší než dříve	45,5	52,2	58,5	53
2. Stejná	33,3	29	34	32,5
3. Horší než dříve	21,2	18,8	7,5	14,5
CELEKM	100	100	100	100
2. Navštěvujete zdravotnické zařízení (lékaře):				
1. Alespoň jednou měsíčně	17,4	17,5	8,5	9,4
2. Vícekrát do roka	30,3	36,2	29,2	31,6
3. Méně často	42,4	39,1	50	43,8
4. Nenavštěvuji vůbec	9,9	7,2	12,3	15,4
CELKEM	100	100	100	100
3. Připlácení na léky, popřípadě jiné připlácení na zdravotní péči je pro Vás:				
1. Zanedbatelné	30,3	29	51,9	41,9
2. Ještě únosné	46,2	56,5	38,7	46,1
3. Pociťuji dosti silně	23,5	14,5	9,4	12
CELKEM	100	100	100	100
4. Myslíte si, že se současná situace důchodců proti dřívějšímu:				
1. Zlepšila	34,8	37,7	38,7	45,3
2. Nezměnila	28,8	39,1	39,8	24
3. Zhoršila	36,4	23,2	21,7	30,7
CELKEM	100	100	100	100
5. Myslíte si, že se současná situace mladých lidí proti dřívějšímu:				
1. Zlepšila	.	.	40,6	43,6
2. Nezměnila	.	.	18,8	17,1
3. Zhoršila	.	.	40,6	39,3
CELKEM	.	.	100	100
6. Jak hodnotíte Vaši životní úroveň v posledních několika letech:				
1. Zlepšila se	31,8	36,2	44,4	36,8
2. Nezměnila se	40,9	52,2	36,8	47,9
3. Zhoršila se	27,3	11,6	18,8	15,3

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

CELKEM	100	100	100	100
7. Žijete :				
1. Sám (sama)	11,4	11,8	3,8	15,4
2. Jen s partnerem	19,7	26,1	22,6	15,4
3. V rodině	68,9	62,3	73,6	69,2
CELKEM	100	100	100	100
8, Věk	35 - 59 let	35 - 59 let	35 - 59 let	35 - 59 let
9. Odpovídal /a/				
1. Muž	100	100	100	100
2. Žena				

Příloha 9

STRUKTURA SOUBORU

(RELATIVNÍ ČÍSLA) ŽENY 35 - 59 LET

OTÁZKA / ROK	2000	2001	2002	2003
1. Domníváte se, že zdravotní péče je v současné době:				
1. Lepší než dříve	52,2	46	57	52,3
2. Stejná	27,6	33	26	30,3
3. Horší než dříve	20,2	21	17	17,4
CELKEM	100	100	100	100
2. Navštěvujete zdravotnické zařízení (lékaře):				
1. Alespoň jednou měsíčně	23,9	13	13,1	11,8
2. Vícekrát do roka	36,1	42	42,3	45,5
3. Méně často	35,8	39	43,1	40,4
4. Nenavštěvuji vůbec	2,2	6	1,5	2,3
CELKEM	100	100	100	100
3. Připlácení na léky, popřípadě jiné připlácení na zdravotní péči je pro Vás:				
1. Zanedbatelné	17,2	18	30,8	25,3
2. Ještě únosné	58,2	72	56,9	56,8
3. Pociťuji dosti sítě	24,6	10	12,3	17,9
CELKEM	100	100	100	100
4. Myslíte si, že se současná situace důchodců proti dřívějšímu:				
1. Zlepšila	38,1	37	37,7	36
2. Nezměnila	35	34	36,2	33,1
3. Zhoršila	26,9	29	26,1	30,9
CELKEM	100	100	100	100
5. Myslíte si, že se současná situace mladých lidí proti dřívějšímu:				
1. Zlepšila	.	.	31,5	42,1
2. Nezměnila	.	.	14,6	11,2
3. Zhoršila	.	.	53,9	46,7
CELKEM	.	.	100	100
6. Jak hodnotíte Vaši životní úroveň v posledních několika letech:				
1. Zlepšila se	33,6	32	30	31,4
2. Nezměnila se	32,8	48	45,4	47,8
3. Zhoršila se	33,6	20	24,6	20,8

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

CELKEM	100	100	100	100
7. Žijete :				
1. Sám (sama)	10,4	8	8,5	11,6
2. Jen s partnerem	21,7	22	6,9	16,3
3. V rodině	67,9	72	84,6	71,9
CELKEM	100	100	100	100
8. Věk	35-59 LET	35-59 LET	35,59 LET	35-59 LET
9. Odpovídal /a/				
1. Muž				
2. Žena	100	100	100	100

Příloha 10

STRUKTURA SOUBORU

(RELATIVNÍ ČÍSLA) MUŽI + ŽE MUŽI 35 - 59 let

OTÁZKA / ROK	2000	2001	2002	2003
1. Domníváte se, že zdravotní péče je v současné době:				
1. Lepší než dříve	48,9	48,5	57,6	52,5
2. Stejná	30,4	31,4	29,7	31,2
3. Horší než dříve	20,7	20,1	12,7	16,3
CELEKM	100	100	100	100
2. Navštěvujete zdravotnické zařízení (lékaře):				
1. Alespoň jednou měsíčně	20,7	14,8	11	10,8
2. Vícekrát do roka	34,2	39,6	36,4	40
3. Méně často	39,1	39,1	46,2	41,7
4. Nenavštěvuji vůbec	6	6,5	6,4	7,5
CELKEM	100	100	100	100
3. Připlácení na léky, popřípadě jiné připlácení na zdravotní péči je pro Vás:				
1. Zanedbatelné	23,7	22,5	40,2	31,9
2. Ještě únosné	52,2	65,7	48,7	52,6
3. Pociťuji dosti silně	24,1	11,8	11,1	15,5
CELKEM	100	100	100	100
4. Myslíte si, že se současná situace důchodců proti dřívějšímu:				
1. Zlepšila	36,5	37,3	38,1	36,7
2. Nezměnila	32	36,1	37,7	29,4
3. Zhoršila	31,5	26,6	24,2	30,9
CELKEM	100	100	100	100
5. Myslíte si, že se současná situace mladých lidí proti dřívějšímu:				
1. Zlepšila	.	.	35,6	42,7
2. Nezměnila	.	.	16,5	13,6
3. Zhoršila	.	.	47,9	43,7
CELKEM	.	.	100	100
6. Jak hodnotíte Vaši životní úroveň v posledních několika letech:				
1. Zlepšila se	32,7	33,7	36,4	33,5
2. Nezměnila se	36,8	49,7	41,5	47,8
3. Zhoršila se	30,5	16,6	22,1	18,6

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

CELKEM	100	100	100	100
7. Žijete :				
1. Sám (sama)	10,9	8,3	6,3	13,2
2. Jen s partnerem	20,7	23,7	14	15,9
3. V rodině	68,4	68	79,7	70,9
CELKEM	100	100	100	100
8, Věk	35 - 59 let	35 - 59 let	35 - 59 let	35 - 59 let
9. Odpovídal /a/				
1. Muž	49,6	40,8	44,9	39,7
2. Žena	50,4	59,2	55,1	60,3

Příloha 11

STRUKTURA SOUBORU

(RELATIVNÍ ČÍSLA) MUŽI NAD 60 LET

OTÁZKA / ROK	2000	2001	2002	2003
1. Domníváte se, že zdravotní péče je v současné době:				
1. Lepší než dříve	33,8	40,3	39	45,9
2. Stejná	35,6	34,5	32,8	32,5
3. Horší než dříve	30,6	25,2	28,1	21,6
CELEKEM	100	100	100	100
2. Navštěvujete zdravotnické zařízení (lékaře):				
1. Alespoň jednou měsíčně	38,1	27,6	34,1	37,6
2. Vícekrát do roka	34,4	31,2	35,4	41,2
3. Méně často	22,5	32,4	25,6	17,5
4. Nenavštěvuji vůbec	5	8,8	4,9	3,7
CELKEM	100	100	100	100
3. Připlácení na léky, popřípadě jiné připlácení na zdravotní péči je pro Vás:				
1. Zanedbatelné	10,6	22,1	7,4	13,4
2. Ještě únosné	47,5	46,1	46,3	52,6
3. Pociťuji dosti silně	41,9	31,6	46,3	34
CELKEM	100	100	100	100
4. Myslíte si, že se současná situace důchodců proti dřívějšímu:				
1. Zlepšila	17,5	29,7	18,3	20,6
2. Nezměnila	30	28,8	36,6	32
3. Zhoršila	52,5	41,5	45,1	47,4
CELKEM	100	100	100	100
5. Myslíte si, že se současná situace mladých lidí proti dřívějšímu:				
1. Zlepšila	.	.	43,9	36,1
2. Nezměnila	.	.	19,5	31
3. Zhoršila	.	.	36,6	32,9
CELKEM	.	.	100	100
6. Jak hodnotíte Vaši životní úroveň v posledních několika letech:				
1. Zlepšila se	19,4	29,4	15,8	14,4
2. Nezměnila se	33,7	36,1	45,1	50,5
3. Zhoršila se	46,9	34,5	39,1	35,1

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

CELKEM	100	100	100	100
7. Žijete :				
1. Sám (sama)	39,5	28,5	40,2	29,4
2. Jen s partnerem	33,1	28,2	40,2	46,4
3. V rodině	27,5	43,3	19,6	24,2
CELKEM	100	100	100	100
8. Věk	nad 60 let	nad 60 let	nad 60 let	nad 60 let
9. Odpovídal /a/				
1. Muž	100	100	100	100
2. Žena				

Příloha 12

OTÁZKA / ROK	2000	2001	2002	2003
1. Domníváte se, že zdravotní péče je v současné době:				
1. Lepší než dříve	35,9	44,1	55,5	44,2
2. Stejná	38,7	35,8	29,3	36
3. Horší než dříve	25,4	20,1	15,2	19,8
CELEKEM	100	100	100	100
2. Navštěvujete zdravotnické zařízení (lékaře):				
1. Alespoň jednou měsíčně	44,2	43,6	44,4	46,5
2. Vícenrát do roka	34,3	34,6	43,4	36,4
3. Méně často	17,7	16,8	10,1	13,6
4. Nenavštěvuji vůbec	3,8	5	2,1	1,5
CELKEM	100	100	100	100
3. Připlácení na léky, popřípadě jiné připlácení na zdravotní péči je pro Vás:				
1. Zanedbatelné	8,3	11,7	10,1	10,9
2. Ještě únosné	51,4	53,1	46,5	46,5
3. Pociťuji dosti silně	40,3	35,2	43,4	42,6
CELKEM	100	100	100	100
4. Myslíte si, že se současná situace důchodců proti dřívějšímu:				
1. Zlepšila	20,5	16,2	18,2	26
2. Nezměnila	28,7	39,7	34,3	31,8
3. Zhoršila	50,8	41,1	47,5	42,2
CELKEM	100	100	100	100
5. Myslíte si, že se současná situace mladých lidí proti dřívějšímu:				
1. Zlepšila			36,4	41,1
2. Nezměnila			24,2	19,4
3. Zhoršila			39,4	39,5
CELKEM			100	100
6. Jak hodnotíte Vaši životní úroveň v posledních několika letech:				
1. Zlepšila se	18,8	16,8	25,3	16,7
2. Nezměnila se	47,5	45,2	35,3	51,2
3. Zhoršila se	33,7	38	39,4	32,1

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

CELKEM	100	100	100	100
7. Žijete :				
1. Sám (sama)	48,1	51,4	51,5	48,1
2. Jen s partnerem	28,2	32,4	28,3	31
3. V rodině	23,7	16,2	-20,2	20,9
CELKEM	100	100	100	100
8, Věk	nad 60 let	nad 60 let	nad 60 let	nad 60 let
9. Odpovídal /a/				
1. Muž				
2. Žena	100	100	100	100

Příloha 13

STRUKTURA SOUBORU

(RELATIVNÍ ČÍSLA) MUŽI + ŽE NY NAD 60 LET

OTÁZKA / ROK	2000	2001	2002	2003
1. Domníváte se, že zdravotní péče je v současné době:				
1. Lepší než dříve	34,9	43,3	48,1	44,9
2. Stejná	37,2	34,9	30,9	34,5
3. Horší než dříve	27,9	21,8	21	20,6
CELKEM	100	100	100	100
2. Navštěvujete zdravotnické zařízení (lékaře):				
1. Alespoň jednou měsíčně	41,3	41,3	39,8	42,7
2. Vícekrát do roka	34,3	37,5	39,8	39,6
3. Méně často	19,9	17	17,1	15,2
4. Nenavštěvují vůbec	4,5	4,2	3,3	2,5
CELKEM	100	100	100	100
3. Připlácení na léky, popřípadě jiné připlácení na zdravotní péči je pro Vás:				
1. Zanedbatelné	9,4	11,9	8,8	11,9
2. Ještě únosné	49,6	52,9	46,4	49,1
3. Podílují dosti silně	41	35,2	44,8	39
CELKEM	100	100	100	100
4. Myslíte si, že se současná situace důchodců proti dřívějšímu:				
1. Zlepšila	19,1	16,3	18,2	23,7
2. Nezměnila	29,3	41	35,4	31,9
3. Zhoršila	51,6	42,7	46,4	44,4
CELKEM	100	100	100	100
5. Myslíte si, že se současná situace mladých lidí proti dřívějšímu:				
1. Zlepšila	.	.	39,8	38,9
2. Nezměnila	.	.	22,1	24,4
3. Zhoršila	.	.	38,1	36,7
CELKEM	.	.	100	100
6. Jak hodnotíte Vaši životní úroveň v posledních několika letech:				
1. Zlepšila se	19,1	18	21	15,7
2. Nezměnila se	41	45,5	39,8	50,9
3. Zhoršila se	39,9	36,5	39,2	33,4

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

CELKEM	100	100	100	100
7. Žijete :				
1. Sám (sama)	44	39,8	48,4	40,1
2. Jen s partnerem	30,5	39,4	33,7	37,6
3. V rodině	25,5	20,8	19,9	22,3
CELKEM	100	100	100	100
8, Věk				
9. Odpovídal /a/				
1. Muž	46,9	42,6	45,3	42,9
2. Žena	53,1	57,4	54,7	57,1
CELKEM	100	100	100	100

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Příloha 14

Souhlasím,
aby moje závěrečná práce byla půjčována ke studijním účelům a byla
citována podle platných norem.

V Praze dne 15. ledna 2004 .


František Lavička