

Univerzita Palackého v Olomouci
Lékařská fakulta

Medicína a společnost

Kateřina Ivanová, Lubica Juríčková, Ivan Gladkij

Olomouc 2013

Oponenti:

MUDr. Milena Bretšnajdrová, Ph.D.

Mgr. Robert Klos, Ph.D.



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Inovace studijních disciplín na Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky
reg. číslo: CZ.1.07/2.2.00/15.0292

Neoprávněné užití tohoto díla je porušením autorských práv a může zakládat občanskoprávní, správněprávní, popř. trestněprávní odpovědnost.

1. vydání

© Kateřina Ivanová a kol., 2012

© Univerzita Palackého v Olomouci, 2012

ISBN 978-80-244-3446-9

doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., je přednostkou Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci od roku 2008. Odborně se zaměřuje především na sociální a zdravotní politiku, typologii zdravotnických systémů, metodologii sociálního lékařství, sociální determinanty zdraví a nemoci, lékařskou demografii a etiku biomedicínského výzkumu.

prof. MUDr. Ivan Gladkij, CSc., byl přednostou Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci od roku 1990 do roku 2008. Odborně se zaměřoval na zdravotní politiku a ekonomiku zdravotnictví, organizace a řízení zdravotnictví, teorii zdraví a nemoci, ale zejména se zabýval teorií i praxí procesu zvyšování kvality zdravotnické péče.

PhDr. Mgr. Lubica Juríčková, Ph.D., je zástupkyní přednostky Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Odborně se zaměřuje především na metodologii sociálního lékařství, sociální determinanty zdraví a nemoci, lékařskou demografii, etiku publikační činnosti ve zdravotnictví a na péči o specifické skupiny obyvatelstva.

OBSAH

1	Zdravotní politika jako součást sociální politiky	7
1.1	Politika jako pojem.....	7
1.2	Politika jako téma a proces – veřejná politika	9
1.3	Sociální politika jako součást veřejné politiky	11
	Literatura a prameny	16
2	Společenské hodnoty a jejich vliv na zdravotní politiku	17
2.1	Zdraví jako významná lidská hodnota.....	17
2.2	Spravedlnost ve zdravotní a zdravotnické péči	20
2.3	Solidarita ve zdravotnické péči	23
2.4	Subsidiarita a participace a její možnosti ve zdravotnické péči	25
2.5	Problémy a dilemata současné „západní medicíny“	28
2.6	Nerovnosti ve zdraví a jejich socioekonomická determinace	31
2.7	Zdravotní gramotnost jako jedna z možností řešení nerovností ve zdraví?.....	38
	Literatura a prameny	43
3	Zdravotní politika	46
3.1	Zdravotní politika jako pojem.....	46
3.2	Základy teorie zdravotní politiky.....	48
3.3	Systém péče o zdraví.....	49
3.3.1	Zdravotnický systém jako podsystém systému zdravotní péče	50
3.3.2	Typy zdravotnických systémů	53
3.3.3	Systém zdravotního pojištění v České republice	55
3.4	Cíle a úkoly zdravotní politiky	57
3.4.1	Cíle zdravotní politiky	57
3.4.2	Úkoly zdravotní politiky	61
	Literatura a prameny	63
4	Organizační kultura ve zdravotnictví.....	64
4.1	Kultura jako základ společenského soužití	65
4.2	Kultura jako základ pro vytváření společenských hodnot	68
4.3	Organizační kultura jako důležitý koncept řízení.....	70
4.4	Specifika organizační kultury ve zdravotnických zařízeních.....	76
4.5	Lékař a lékařka jako pomáhající profese	78
4.6	Profesionální autonomie lékaře a lékařky	80
4.7	Role lékaře a lékařky.....	82
	Literatura a prameny	87

1 ZDRAVOTNÍ POLITIKA JAKO SOUČÁST SOCIÁLNÍ POLITIKY

Slovo politika se užívá k označení činnosti spjaté s vládnutím. Scruton (1989) udává dva základní přístupy v chápání politiky: politiku jako otázku moci a politiku jako otázku práv. Politika je sférou, v níž je přítomné neustálé napětí mezi „vládnoucí“ (politika shora) a „emancipační“ (politika zdola) politikou (Cabada, Kubát, aj., 2004). Veřejná politika je odvětvím politiky, která se zabývá uspokojováním těch konkrétních diferencovaných potřeb členů společnosti, jejichž uspokojení nemůže být zprostředkováno výlučně soukromým sektorem. Sociální politika je část veřejné politiky, jejímž předmětem jsou sociální témata. Sociální politika má specifické poslání – koncentruje se na takové problémy, jako jsou sociální spravedlnost a sociální jistoty. Zdravotní politika znamená politické jednání s vlivem na zdraví skupin či národů (Gladkij, 2000). Východisky zdravotní politiky jsou společenské hodnoty a normy, které demonstruje veřejná a sociální politika státu.

1.1 Politika jako pojem

Politika (z řeckého polis – město, politiké – správa obce) je činnost spojená s vládnutím, jejímž cílem by mělo být hledání rovnováhy ve společnosti a smiřování protikladných zájmů (Jandourek, 2001, s. 186). Chalupa ji definuje jako „jednání, jehož cílem je zlepšení stavu určitého lidského celku účastí na řízení veřejných záležitostí“, čímž zdůrazňuje zejména účelovost lidského jednání

(oproti kauzálnímu přístupu psychologie) jako projev vůle, rozumové činnosti, které by měly vést k odstranění nespokojenosti (Gladkij, 2000, s. 9):

Český pojem „politika“ je pojmem nejednoznačným, je ekvivalentem tří anglických termínů, které však operují na různé rovině obecnosti:

- politika ve významu anglického **polity** (přeloženo jako občanský řád, stát) představuje strukturálně-funkční rámec politického procesu a politických aktivit (tento význam je blízký politickému systému společnosti, můžeme si pod ním představit například státní zřízení, ústavu, volební a stranický systém apod.);
- politika ve významu anglického **politics** (přeloženo jako státověda, politika) představuje politický proces střetávání zájmů, arény, v nichž se pohybují a vyjednávají politici (do politiky s tímto významem tedy patří konkrétní političtí aktéři, jako jsou politické strany a politici);
- politika ve významu anglického **policy** (přeloženo jako politika, pojišťka, chytrost, vláda, opatrnost) je programem, opatřením, krokem či záměrem, není spojená s aktéry, ale s tématy (např. sociální politika, vzdělávací politika, rozvojová politika atd.). Nositelem politiky (ve významu policy) nemusí být jen političtí představitelé, ale v zásadě kdokoli (mzdová politika firmy, protidrogová politika školy).

Politika je sférou, v níž je přítomné neustálé napětí mezi „vládnoucí“ (politika shora) a „emancipační“ (politika zdola) politikou (Cabada, Kubát, aj., 2004). Politiku lze chápat také jako boj o společenské uspořádání (Cabada, Kubát, aj., 2004); viz též Blackwellova encyklopedie politického myšlení, s. 365-372 a viz též Neubauer, Z., *Státověda a teorie politiky*, 2006.

Polis byla základní jednotka politické organizace antického světa, městský stát. Politiké znamená „vedení státu“, politeia „stát“. „Politeia“ je také název Platónova spisu o ideálním státu. Dalším významným antickým myslitelem, který se zabýval politickým životem a úvahami o spravedlivém státu, byl Aristotelés. V pojednání „Politika“ používá pojem epistémé politiké, věda o politice (Aristoteles, 2004). Známa je jeho charakteristika člověka jako „physei zoon politicon“ (politické zvíře), příslušnost ke státu považuje za základní atribut lidské bytosti.

Politologie nabízí celou řadu definic politiky. Podle Scrutona (1989, s. 97) se slovo politika užívá k označení činnosti spjaté s vládnutím. Scruton (1989, s. 98) udává dva základní přístupy v chápání politiky: politiku jako otázku moci a politiku jako otázku práv. Často je sdílena představa politiky jako „aktivity zahrnující uznání a smířování oponujících si zájmů.“

Prostředkem politiky je politická moc, kterou lze získat buď demokratickými prostředky, nebo násilím. V otevřených společnostech demokracií vstupují do politiky politické subjekty politickým přesvědčováním (argumentací zúčastněných stran) a vyjednáváním (často kompromisním dohodnutím se), a tak vytvá-

řejí či spoluvytvářejí politická rozhodnutí. Mezi takové subjekty mohou patřit jednotlivci (občané), stejně jako organizace (politické strany a hnutí, občanská sdružení a jiné zájmové skupiny). Vynutitelnost politického rozhodnutí je zajištěna autoritou (která vykonává politickou moc). Věda zabývající se politikou se nazývá politologie.

„*Moc lze nejlépe pochopit jako schopnost jednat, a to jak ve smyslu svobodně si volit cíle určitého jednání, tak ve smyslu vládnout prostředky, které takové cíle učiní reálnými. Autorita je společenský vztah mezi osobami, z nichž jedny vykonávají reálný, převažující vliv na činnost druhých.*“ (Urbanová, 2006, s. 20) Zkuste si uvědomit, jaký je vztah mezi mocí a autoritou. Jaký je rozdíl mezi autoritou přirozenou a autoritou formální?

„Politikou se na akademické úrovni zabývá politologie. Předmětem jejího zájmu je fungování státu, jeho institucí a funkcí, politických systémů, činnost politických stran, politických organizací a zájmových skupin, politické chování lidí, analýza politických ideologií, tvorba sociální politiky a vztahy mezi státy. Její zájem je orientován do dvou oblastí: pozitivní a normativní.“ (David, 1996, s. 23) Pozitivní politologie popisuje politickou realitu, normativní politologie stanovuje na filozofických a sociologických základech, co by mělo být (David, 1996, s. 23).

1.2 Politika jako téma a proces – veřejná politika

Veřejná politika je správa věcí veřejných, je to soubor činností spojených s řízením, organizací a chodem věcí veřejných na místní, regionální, národní a mezinárodní úrovni. Veřejná politika je odvětvím politiky, která se zabývá uspokojováním těch konkrétních diferencovaných potřeb členů společnosti, jejichž uspokojení nemůže být zprostředkováno výlučně soukromým sektorem.

Veřejnou politiku vykonává **veřejná správa (government)**, jako žnetrzní, politické rozhodování a konkrétní realizace s využitím právního řádu, demokratických politických institucí a veřejných zdrojů (Potůček, aj., 2010; Veselý, Nekola, 2007).

Veřejný sektor je protikladem **soukromého sektoru**, v němž se jedinec (nebo fyzická či soukromá právnická osoba) rozhodují sami za sebe, vedení svými soukromými zájmy. Ve sféře veřejné dochází k rozhodování, jehož se účastní a které ovlivňuje mnoho jedinců či institucí. Samotné vymezení toho, co je veřejným zájmem je politickým procesem, který je v demokratické společnosti konformní s určitými pravidly, jak se na takovém vymezení shodnout a jak veřejný zájem v praxi uplatňovat a chránit.

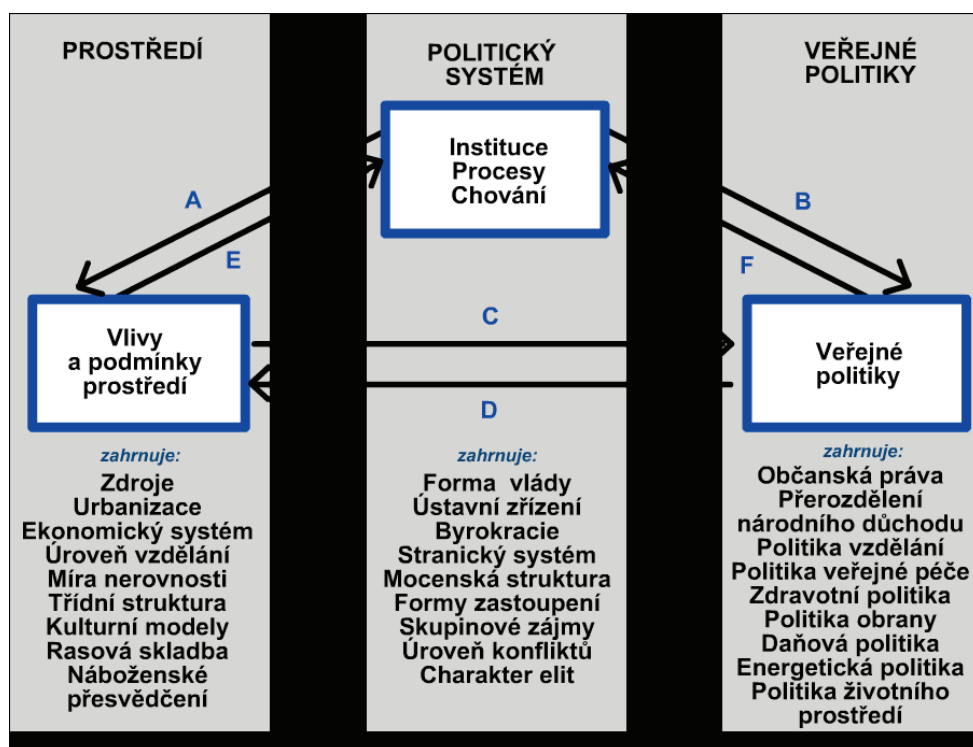
Veřejná politika jako věda je zaměřená na zkoumání procesů tvorby politiky a výstupů politiky. Zabývá se nejen obsahy politik, ale zároveň i příčinami a dů-

vody (proč jsou politiky vytvářeny) a jejich důsledky a účinky (co může být důsledkem politických opatření). Zároveň se veřejná politika zajímá i o to, „co by měli političtí aktéři činit“. Zahrnuje popisně-analytický přístup i praktické využití poznatků.

Jaká témata mohou spadat do oblasti zájmu veřejné politiky?

- sociální politika
- politika životního prostředí
- bezpečnostní politika
- mediální politika
- dopravní a telekomunikační politika
- politika výzkumu, vývoje a inovací
- hospodářská politika
- populační politika
- politika lidských práv a svobod
- zdravotní politika

Vztah mezi socio-ekonomickým prostředím, politickým systémem a veřejnou politikou znázorňuje obr. 1.



Obr. 1 – Vztah mezi socio-ekonomickým prostředím, politickým systémem a veřejnou politikou

1.3 Sociální politika jako součást veřejné politiky

Sociální politika je „soustavné a cílevědomé úsilí jednotlivých sociálních subjektů o změnu nebo o udržení a fungování [...] sociálního systému.“ (Tomeš, 1996, s. 19). Sociologický slovník (1996, s. 794) je definice sociální politiky takto: „Většinou je to institucionálně zakotvené záměrné úsilí státu vyjádřené speciálně programovanými cíli, aktivitami a prostředky, směřující k ochraně, reprodukci a rozvoji sociálního systému nebo jeho částí, skupin a jednotlivců.“ Sociální politika má své kořeny v humanismu, tudíž i své specifické poslání – koncentruje se na takové problémy, jako jsou sociální spravedlnost a sociální jistoty.

Žurnalisté, politici, občané (ale i zdravotníci) občas ztotožňují sociální politiku (a tím i sociální lékařství) se záchranou sociální sítí, avšak záchranná sociální síť jako útočiště poslední naděje pro lidi v ekonomické i sociální nouzi je jen jedním z nástrojů sociální politiky, a to ne vždy tím nejdůležitějším (Tomeš, 1996, s. 20). Podle Ivanové a Typovské (2003, s. 5) je problém v tom, že se obsah pojmu sociální politika liší, je to pojem velmi neustálený, který se užívá v mnoha významech. Je to pojem historicky podmíněný, jehož obsah závisí na velkém množství faktorů, zejména na:

- typu kultury a společnosti
- politických a ekonomických poměrech
- etických normách
- ideologii

Souhrnně je možno konstatovat, že sociální politika se odvíjí od hodnot společnosti.

Sociální politika je strategie řešení sociální katastrof, mírnění sociálního napětí a zabezpečení reprodukce obyvatelstva. Každá společnost si k této strategii utváří své nástroje a metody (Typovská, 1998, s. 16), z toho lze odvodit „obecné“ cíle sociální politiky (Ivanová, Typovská, 2003, s. 7):



Sociální politika by měla být primárním hlediskem pro všechny oblasti **veřejné politiky**.

Státní sociální politika obecně zahrnuje:

- systém sociálního zabezpečení pro všechny občany
- systém zdravotnictví a nemocenského pojištění
- populační a rodinnou politiku
- ochranu života a zdraví občanů trestním a pracovním zákonodárstvím
- péči o vzdělání – školská, kulturní a tělovýchovná politika
- rozvoj životních podmínek (ekologická, bytová politika aj.)

Pro rozvoj sociální politiky jsou důležité hranice ekonomických možností státu. Souvislosti mezi hospodářskou a sociální politikou jsou značně komplikované, přesto jde o dvě autonomní politiky, z nichž každá má svou relativní samostatnost, které však mají silné vzájemné vazby. Základní rámec obou politik se v demokratických poměrech formuje v parlamentech. Profesionální politika proto svým způsobem zprostředkovává i vztah mezi sociální a hospodářskou politikou – sama do nich vstupuje. Profesionální politikové, usilující o znovuzvolení, často ustupují tlakům svého voličstva, nátlakovým skupinám prosazujícím různé sociální zájmy, či naopak tlaku mocných hospodářských uskupení. Oboje může narušit nutnou vyváženost mezi hospodářskými, sociálními a politickými cíli (Ivanová, Typovská, 2003, s. 13).

Potůček vymezuje sociální politiku (1995, s. 30-33, s. 49) jako proces tvorby a realizace politiky, týkající se vztahu jedince a sociálních podmínek jeho života. Politiku péče o zdraví staví autor do vzájemně se překrývajícího prostoru veřejné a sociální politiky. Z uvedeného vyplývá, že **zdravotní politika je jednou z veřejných politik a je ovlivňována celkovou sociální politikou státu**.

Státní sociální politika obecně zahrnuje:

- systém sociálního zabezpečení pro všechny občany
- systém zdravotnictví a nemocenského pojištění
- populační a rodinnou politiku
- ochranu života a zdraví občanů trestním a pracovním zákonodárstvím
- péči o vzdělání (školská, kulturní a tělovýchovná politika; systém poradenství; rozvoj životních podmínek – ekologická, bytová politika aj.)

Nahrazovat škody, napravovat havárie – to vše něco stojí. Možná si také kladete otázku, z jakých zdrojů je sociální politika financována. Náklady na státní sociální politiku jsou hrazeny z:

- prostředků získaných odvody a daněmi přes státní rozpočet
- příspěvků sociálního pojištění
- plateb uživatelů služby

Z výše uvedeného vyplývá, že stát plní skrze sociální politiku několik funkcí:



Jak jsme si slíbili, ještě si povíme něco o funkci občanských organizací.

Občanské organizace doplňují státní sociální politiku o činnosti a prostředky poskytované nad její rámec:

- **vlastním členům** (např. svazy invalidů, důchodců, odborářů atd.),

Co je sociální politika?



Z výše uvedených obrázků vyplývá:

- pro rozvoj sociální politiky jsou důležité hranice ekonomických možností státu,

- souvislosti mezi hospodářskou a sociální politikou jsou značně komplikované, přesto jde o dvě autonomní politiky, z nichž každá má svou relativní samostatnost, které však mají silné vzájemné vazby.

Důležité je mít na paměti, že sociální politika má své **kořeny v humanismu**, tudíž i své specifické poslání – koncentruje se na takové problémy, jako jsou **sociální spravedlnost a sociální jistoty**.

Literatura a prameny

- ARISTOTELÉS. 2004. Politika II. řecko-česky. 1. vyd. Praha: OIKOYMENH. 120 s. ISBN 80-7298-125-0.
- Blackwellova encyklopedie politického myšlení. 1995. Editor: Miller, David. Brno: CDK, Prohlas. 581 s. ISBN 80-85617-47-1.
- CABADA, L., KUBÁT, M., aj. 2004. Úvod do studia politické vědy. 2. rozš. a dopl. vyd. Praha: Eurolex Bohemia. 494 s. ISBN 80-86432-63-7.
- DAVID, R. 1996. Politologie. Základy společenských věd. 2. opravené a rozšířené vydání. Olomouc: FIN. 375 s. ISBN 80-7182-030-X.
- GLADKIJ, I. 2000. Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví. 2. nezměněné vydání. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého. 177 s. ISBN 80-244-0176-2.
- IVANOVÁ, K., TYPOVSKÁ, L. 2003. Sociální politika. Distanční texty pro zdravotnictví. Ostrava: Ostravská univerzita. 70 s.
- JANDOUREK, J. 2001. Sociologický slovník. 1. vyd. Praha: Portál. 288 s. ISBN 80-7178-535-0.
- NEUBAUER, Z. 2006. Státověda a teorie politiky. 3. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. 359 s. ISBN 80-86429-51-2.
- POTŮČEK, M. 1995. Sociální politika. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. 142 s. ISBN 80-85850-01-X.
- POTŮČEK, M., aj. 2010. Veřejná politika. Upr., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. 396 s. ISBN 80-86429-50-2.
- SCRUTON, R. 1989. Slovník politického myšlení. 1. vyd. Brno: Atlantis. 184 s. ISBN 80-7108-013-6.
- TOMEŠ, I. 1996. Sociální politika a mezinárodní zkušenost. 1. vyd. Praha: SOCIOKLUB. 213 s. ISBN 80-902260-0-0.
- TYPOVSKÁ, L. 1998. Sociální politika. 1. vyd. Olomouc: FF UP, Katedra sociologie a andragogiky. 32 s.
- URBANOVÁ, M. 2006. Systémy sociální kontroly a právo. 1. vyd. Plzeň: Aleš Čeněk. 191 s. ISBN 80-86898-94-6.
- Velký sociologický slovník. 1996. 1. vyd. 2. sv. Praha: Karolinum. ISBN 88-7184-310-5.
- VESELÝ, A., NEKOLA, M. (eds.). 2007. Analýza a tvorba veřejných politik: Přístupy, metody a praxe. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. 407 s. ISBN 978-80-86429-75-5.

2 SPOLEČENSKÉ HODNOTY A JEJICH VLIV NA ZDRAVOTNÍ POLITIKU

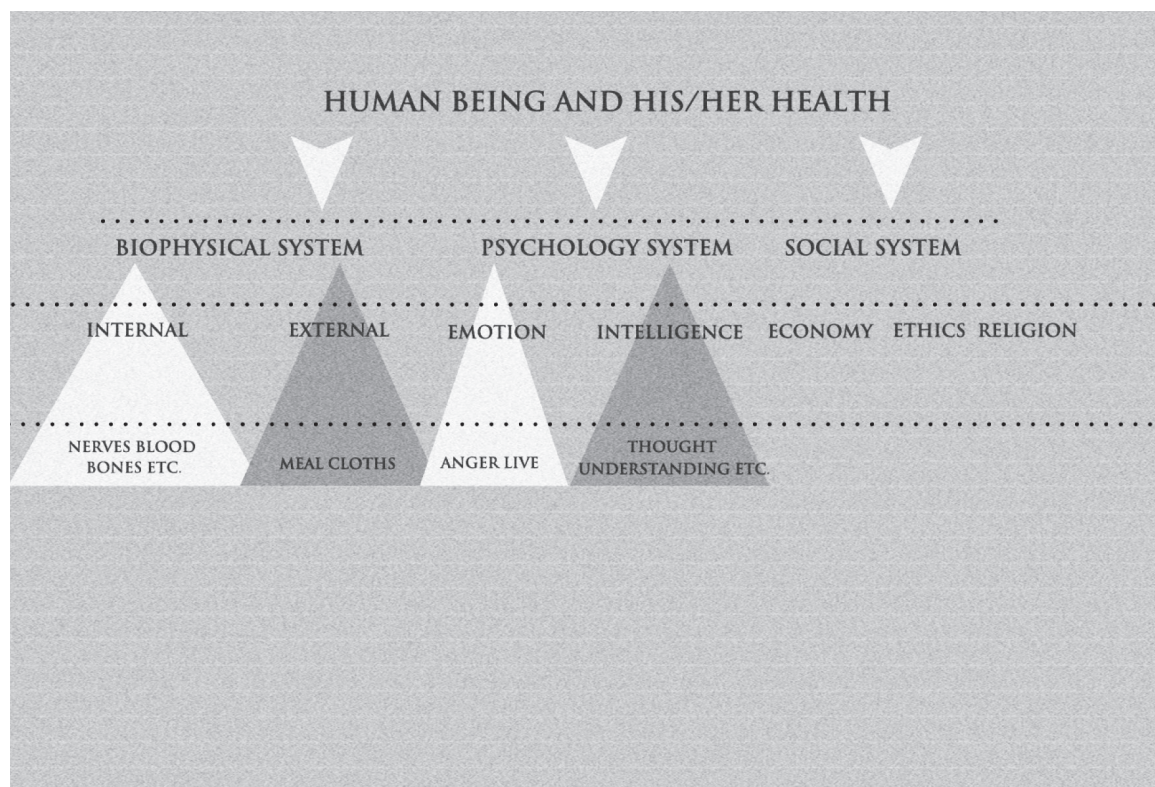
Ve veřejné a sociální politice jsou vždy přítomny čtyři principy (spravedlnost, solidarita, subsidiarita, participace). Typ (tedy hodnotový rámec, proces a programy) veřejné a sociální politiky je určován tím, jaký význam je v určité společnosti jednotlivým principům přikládán. V kapitole jsou vysvětleny tyto principy a je zdůrazněn jejich význam pro zdravotní politiku, zejména je kladen důraz na objasnění dvou stěžejních principů v naší společnosti – spravedlnosti a solidarity. Princip spravedlnosti je v konkrétním pojetí jako distribuce zdrojů v současné západní medicíně velmi rozporuplným a diskutovaným principem, proto jsou v závěru kapitoly popsány zásadní aktuální problémy západní medicíny. Cílem kapitoly je však především ukázat zdraví jako zásadní lidskou hodnotu. Kapitola se zabývá též reálnými možnostmi, jak zdraví udržovat a posilovat v rámci současných společností (zvýšení zdravotní gramotnosti).

2.1 Zdraví jako významná lidská hodnota

Pod pojmem hodnota může být rozuměn *ceněný objekt, postoj k tomuto objektu či měřítko* pro rozhodování a jednání (Jandourek, 2001, s. 97). Lidské zdraví splňuje všechny tři uvedené významy hodnoty. V řadě indoevropských jazyků má slovo zdraví stejný slovní základ jako spása, ale také jako celistvost (Komárek, 2003, s. 7).

Ve zdravotní politice jsou zásadní dvě hodnoty: zdraví a právo na ochranu a péči o zdraví. *Zdraví jako biopsychosociální kategorie*¹ má silné hodnotové aspekty, což se projektuje do zdravotní politiky, a tak potažmo i do organizace zdravotnického systému (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 90).

Zdraví jako biopsychosociální kategorii ukazuje obr. 2 (King, 1971, s. 64):



Obr. 2 – Zdraví jako biopsychosociální kategorie

Hodnotou se zdraví staví na jednu z nejvyšších příček hodnotového žebříku. Málokterý fenomén v průběhu dějin upoutával tolik pozornosti. Biologizující pohled na zdraví redukoval hodnotové stránky zdraví na přežití a reprodukci organismu. Psychosociální proud zase tvrdil, že hodnota zdraví je výlučně záležitostí subjektivního soudu člověka. Vznikl tak rozpor mezi individuální a společenskou hodnotou zdraví (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 91).

¹ Souhrnně je možno konstatovat, že zdraví je projevem života lidského organismu, který má dynamiku a vztah k prostředí i kultuře určité epochy. Jde o pojem vícerozměrný a neobyčejně komplexní, definovat jej je proto velmi obtížné. Zdraví je pojem, který má individuální i společenskou rovinu; je odrazem vnějších podmínek, včetně sociálních a pracovních vztahů, dostupnosti a kvality zdravotnických služeb, stejně tak je výrazem svobodné činnosti jedince a jeho biologické danosti (Ivanová, 2009, s. 140). Pojem zdraví patří mezi pojmy, které se intuitivně dobře chápou, avšak je velmi obtížné je exaktně vymezit (Holčík, 2010, s. 13).

V západních společnostech je zdraví považováno za určující společenskou hodnotu, jež má v podmínkách vědeckotechnické civilizace rostoucí zdrojový význam pro sociální život a ekonomický rozvoj, a jež má stále závažnější cílovou povahu. Zdraví je jednou ze základních složek lidského potenciálu společnosti, složkou mnohostranného rozvoje osobnosti a organickou součástí seberealizace člověka (Kapr, aj., 1994, s. 30).

Také definice zdraví podle Světové zdravotnické organizace (2006), dále WHO, uznávají multidimenzionální podstatu zdraví a připouští fakt, že lidé nejsou zdraví, pokud nemohou realizovat své touhy a životní cíle, uspokojovat své potřeby a úspěšně se vyrovnávat se svým prostředím. V tomto smyslu můžeme zdraví chápat pozitivně jako rezervu tělesných a duševních sil a jako schopnost přizpůsobit se měnícím podmínkám.

Dobrý zdravotní stav pomáhá lidem umocnit jejich potenciál a žít plný život. „Zdraví nám umožňuje hrát ve společnosti aktivní roli a umožňuje společnosti, aby vzkvétala kulturně, sociálně i ekonomicky. Dobré zdraví – pocit pohody, je také něco, co bychom měli oslavovat a užívat si. Je stejně důležité posilovat v lidech tento přístup ke zdraví, jako předcházet nemocem a předčasné smrti.“ (1997, s. 11)

Tento hodnotový přístup ke zdraví byl základem zdravotních programů s cílem dosáhnout „zdraví pro všechny“. Původní program „Zdraví pro všechny do roku 2000“ obsahoval 38 cílů. V roce 1991 byl tento program v evropském měřítku revidován. Po rozsáhlé celoevropské diskuzi byl koncem 90. let opět upraven a publikován pod názvem Zdraví 21 – jako osnova evropské péče o zdraví v 21. století.²

2 Program „Zdraví 21“ je založen na široké definici zdraví jako bio-psycho-sociální kategorii, respektuje hodnotovou prioritu zdraví, bere v úvahu determinanty zdraví a zdůrazňuje sociální podmíněnost zdraví. Má jeden stálý záměr, a to umožnit všem, aby dosáhli plného zdravotního potenciálu. K realizaci stálého záměru směřují dva hlavní cíle: 1. Ochrana a rozvoj zdraví lidí po jejich celý život; 2. Snížení výskytu hlavních nemocí i úrazů a omezení strádání, které lidem přinášejí. Etický základ programu je tvořen třemi základními hodnotami: 1. Zdraví jako základní lidské právo; 2. Ekvita (spravedlnost) ve zdraví a solidarita při činnostech mezi jednotlivými zeměmi i mezi skupinami lidí uvnitř jednotlivých zemí, a to včetně mužů a žen; 3. Účast a odpovědnost jednotlivců, skupin, společenství i institucí, organizací a resortů za rozvoj zdraví. Byly zvoleny čtyři základní postupy: Meziřesortní strategie postihující determinanty zdraví a beroucí v úvahu zdravotní, ekonomické, sociální, kulturní a další okolnosti a průběžně hodnotící zdravotní dopad přijatých opatření. Příprava a realizace programů zaměřených na zdravotní výsledky a důsledné hodnocení investic do zdraví z hlediska jejich přínosu. Integrovaná základní zdravotní péče zaměřená na rodinu a celé společenství podporovaná flexibilním a citlivým nemocničním systémem. Participační zdravotní rozvoj, jehož prostřednictvím bude rozvíjena účast všech, kteří mohou ke zdraví lidí přispět, např. rodin, škol, pracovišť, místních společenství a územních celků, přičemž smyslem je posílit společné rozhodování, realizaci i odpovědnost. Bylo stanoveno 21 konkrétních cílů pro realizaci záměru „Zdraví 21“. V České republice vznikl dokument „Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století“ jako Usnesení vlády č. 1046 ze dne 31. 10. 2002.

Zdraví je tedy zásadní hodnotou a přístup k péči o zdraví je dán (a usměrňován) společenským pojetím spravedlnosti, tj. ve společnosti existuje veřejný konsensus o tom, co je spravedlivé a co ne.

2.2 Spravedlnost ve zdravotní a zdravotnické péči

Spravedlnost je jednou ze základních hodnot evropské tradice, podle které má každý dostat to, co mu náleží. Obvykle je rozlišována spravedlnost formální (právní) a materiální (morální, politická), které nemusí být nutně v souladu (např. případ interrupce). Podle rozdělování (tedy alokace zdrojů) rozlišujeme spravedlnost na distributivní (přerozdělování např. zdravotního pojištění), korektivní (trest za přestupek) a procesuální (demokratická pravidla, ochrana při procesu), blíže viz Jandourek, 2001, s. 236-237.

Spravedlnost distributivní je nejkontroverznějším typem spravedlnosti, musí v ní dojít ke „společenské dohodě“, jenž musí vycházet jak z tradice společnosti, tak ze současného očekávání občanů. „Společensky přijatá distributivní spravedlnost platí všeobecně na přidělování práv, zdrojů, privilegií, příležitostí i odpovědnosti.“ (Beauchamp, Childress, 2001, s. 226) To platí i pro přidělování nároků na péči o zdraví.

Při vytváření zdravotní politiky vyspělých zemí působí dvojí protichůdné pojetí spravedlivého přístupu ke zdraví, které vychází z rozdílné představy spravedlnosti – **libertarianismus** (politická ideologie důrazně žádající svobodu jednotlivce, právo na soukromé vlastnictví a volný trh) a **egalitarianismus** (politická ideologie prosazující rovnostářský přístup při alokaci zdrojů). Hlavním tématem je diskuse, zda uznat právo na zdravotní péči, podobně jako právo volební, jež přísluší všem a roli koordinátora přisoudit státu. Zatímco rovnostářské teorie přiznávají každému jednotlivci právo na základní minimum zdravotní péče či právo na rovný přístup k možnostem, libertariáni zdůrazňují, že právo na zdravotní péči neexistuje, neboť práva nebo sociální jistoty, jež jsou vynucovány, popírají respekt k autonomii jedince (Tuckerová, Ivanová, 2004, s. 103). Sjednocení takových principů spravedlnosti, které vyznávají tak odlišné ideje není nikdy absolutně možné, a proto je nutné pouze hledat určitou míru toho kterého principu (Ivanová, 2006, s. 26).

Vliv liberálního a egalitářského přístupu k některým důležitým životním hodnotám a vliv jejich projekce do zdravotní politiky (Gladkij, 1995, s. 9-10):

Osobní odpovědnost

Přístup liberální: Důraz na osobní odpovědnost a zásluhu za úspěchy. Nezasloužené odměny škodí společnosti i jedinci. Zdravotní služby patří k nejcennějším.

Přístup egalitářský: Některé komodity vyňaty ze systému odměn za zásluhy. Jde o věc práva, ne odměny. Zdravotní péče k nim patří.

Vztah k sociálně slabým

Přístup liberální: Určitá protikladnost zájmů jedince a společnosti. Morální imperativ charity nesmí narušit jedincovy zásluhy. Sociální selekce jako princip.

Přístup egalitářský: Charita jen ve výjimečných případech. Princip solidarity – zdravotní a sociální pojištění. Celospolečenské zdravotnické programy.

Svoboda

Přístup liberální: Svoboda jako nejvyšší hodnota. Sociální pomoc zmenšuje svobodu. Svobodná soutěž, svobodné podnikání. Pojištění – omezování svobody klientů i lékařů.

Přístup egalitářský: Svoboda jako příležitost k výběru z více alternativ. Obětování jedné svobody ve prospěch jiné – daně, boj proti drogám. Úloha státu zajistit svobody. Zvětšit sumu všech svobod.

Rovnost

Přístup liberální: Jako rovnost před zákonem. Konflikt mezi svobodou a rovností. Obava, že vynětí zdravotní péče z oblasti odměn = ztráta motivace.

Přístup egalitářský: Jako stejná příležitost k úspěchu, podmínka společenského rozvoje. Zdraví vyňato ze systému individuální odměny – ústavní právo.

Na výše uvedené **základní principy spravedlnosti v péči o zdraví** navazují tyto zásadní společenská rozhodnutí:

- a) určení meze, kdy je zdraví tržní komoditou,
- b) určení aspektů zdravotní péče, které mohou a mají být definovány jako veřejné statky,
- c) určení úlohy státu ve zdravotní politice.

Ad a) V otázkách zdravotní péče je rozhodující názor, zda se mají zdravotní služby pokládat za zboží, podléhající zákonitostem trhu, nebo zda je zdraví všelidská a celospolečenská hodnota, tak vysoce a všeobecně ceněná, že je ji nutno vyjmout ze systému obvyklých komodit a zahrnout ji do sféry veřejného zájmu, garantovaného samou společností a státem. Vývoj ve vyspělých státech v posledním století svědčil pro posun směrem k druhé variantě.

Ad b) Ekonomové rozlišují dva typy komodit (produkovaného zboží či služeb) či statků (statky – angl. goods – jsou definovány jako fyzické komodity, které kladně přispívají k ekonomickému blahobytu) a to „veřejné statky“³, které přinášejí primární prospěch celému společenství i jednotlivcům a „soukromé statky“⁴, které jsou přínosem především osobně pro každého jedince. Klíčovou charakteristikou tohoto rozlišení je vůle platit. Jedinci zaplatí, aby si mohli zakoupit soukromé statky pro sebe, protože bezprostředně vědí, jak je užijí či jaký z nich budou mít prospěch. Typické však je, že nemají žádné velké pohnutky platit za veřejné statky, protože tyto přinášejí často mnohem větší prospěch ostatním než bezprostředně jim samotným. V tradičních veřejných systémech zdravotní péče v Evropě bylo rozlišení mezi veřejným statkem a soukromým statkem ve zdravotní péči pochopeno a přijato velmi široce: všechny činnosti, které zlepšují zdraví populace, jsou oficiálně chápány jako veřejné statky. Zdravotní péče jako taková není nahlížena jenom jako individuální problém, ale současně také jako veřejné statky, protože je přínosem nejen každému jedinci, ale stejně či mnohem více i celé populaci. V současném ekonomickém a politickém klimatu, je vytvářen výrazný tlak na přesun významu zdravotní péče z převažujících veřejných na soukromé statky.

Ad c) Podle toho, do jaké míry je zdraví označeno za tržní komoditu, do jaké míry je uznána jako veřejný (či soukromý) statek, do takové míry je nutno stanovit i úlohu státu ve zdravotní politice. Čím více je zdraví považováno za celospolečenskou hodnotu a za veřejný statek, tím vyšší musí být participace státu na alokaci zdravotní péče a distribuci zdravotních služeb. Problémy s rozdělováním, přidělováním a v přístupu ke zdravotním službám reflektuje také WHO. Spravedlnost a rovnost ve zdraví jsou hlavními cíli a Ariadninou nití jak programu „Zdraví pro všechny do roku 2000“, tak programu „Zdraví 21“. Spravedlnost ve zdravotní péči definuje WHO (2006) takto: všem stejný přístup k péči při stejné potřebě.

Je ovšem nutno si uvědomit, že zdravotní politika jakéhokoliv státu (byť bohatého jako je Švédsko, nebo středně saturovaného jako je ČR) musí vždy provádět všechny potřebné činnosti v rámci určitého, omezeného rozpočtu. Teoreticky je

3 Typickými veřejnými statky jsou např. železnice či autobusová síť, protože poskytují prospěch velkému počtu lidí, z nichž žádný si celou síť nezakoupí jen pro své osobní užívání. Podobně veřejným zařízením jsou např. městská policie či hasičský sbor. Naopak, např. osobní automobil je typickým soukromým statkem, podobně jako jím je poplachový systém tohoto soukromého automobilu.

4 Soukromé statky se projevují výlučností (pokud někdo nezaplatí za službu, je z ní vyloučen), soupeřením (konzumace jedním jedincem brání v konzumaci jinému) a odmítnutelností (schopnost jedince vzdát se konzumace). Skutečně veřejné statky mají významné prvky nevýlučnosti, nesoupeření a neodmítnutelnosti. Povaha statku je nezávislá na tom, kdo ho produkuje. Jak veřejné, tak i soukromé statky mohou být produkovány veřejným stejně jako soukromým sektorem.

možno konstatovat, že se vždy jedná o balancování mezi přidělováním zdrojů (financí) mezi preventivní, kurativní a rehabilitační zdravotnickou péčí (Detels, aj., 2009, s. 280). Proces se nazývá rationing (dávka, přiděl), který nemá přesný český ekvivalent.

Více k principům spravedlnosti je uvedeno ve skriptech: TUCKEROVÁ, V., IVANOVÁ, K., 2004. Spravedlnost v péči o zdraví. In IVANOVÁ, K., KLOS, R. *Kapitoly z lékařské etiky*. 2. vyd. Olomouc: VUP, s. 99-104. ISBN 80-244-0892-9.

2.3 Solidarita ve zdravotnické péči

O způsobu konkrétní solidarity rozhoduje podoba „vybrané spravedlnosti“. Uplatňuje ji sociální politika a v jejím rámci politika zdravotnická. Současná nevyjasněnost principů spravedlnosti a stále se zvyšující ekonomické náklady v sociální politice podmiňují společenský diskurz o oprávněnosti solidarity a její smysluplné existenci (Ivanová, 2006, s. 55).⁵

Jaroš (1995, s. 9-10) rozděluje solidaritu na intergenerační (mezigenerační) a intragenerační (uvnitř každé generace).

Intergenerační solidarita znamená, že v takovém systému vytvářejí prostředky na sociální zabezpečení (včetně zdravotnictví) ekonomicky aktivní občané, kteří na ně (většinou ještě) neuplatňují nárok. Prostředky spotřebovávají v období jejich tvorby především generace, které je nevytvořily (děti a důchodci). Znamená to, že ekonomicky aktivní občané přispívají na provoz a funkce poplatkem, jenž nemá nic společného s jejich individuální potřebou čerpání zdrojů, ale pouze s výší jejich příjmů.

Intragenerační solidarita znamená, že každý občan v období své vlastní ekonomické aktivity má své potřeby zajistit (a také potřeby osob na něm závislých) pro dobu, kdy jeho příjem bude omezen, a potřeby vzrostou. Nemá spoléhat na daňové výnosy a pojistné platby generace, která bude aktivní až v budoucnu za neodhadnutelných ekonomických a sociálních podmínek. To lze aplikovat dvojím způsobem, buď přímými platbami, nebo celoživotními individuálními účty, na něž bude převeden celý sociální systém nebo alespoň systém úhrad za zdravotní péči (Jaroš, 1995, s. 12).

5 Bělohradský (2006, s. 2) v článku *Tyranie hodnot* (a hony na čarodějnice) uvádí, že Rousseau v úvaze o původu nerovnosti mezi lidmi přisuzuje lidstvu jen jednu jedinou přirozenou ctnost – pietas, neboli soucit. Přirozená vloha k soucitu předchází všemu rozumovému uvažování a všem etickým systémům, lidé by byli jen obludami, kdyby jim příroda k podpoře rozumu nenadělila soucit, z něhož vychází všechny společenské ctnosti jako velkomyslnost, lidskost, štědrost. Dalším základním kamenem solidarity je to, co Tocqueville nazval základem demokracie, tj. rovnost. Rovnost umožňuje pochopit druhé, vcítit se do jejich stavu a mít s nimi – soucit.

Lze konstatovat, že ve všech evropských demokratických státech funguje zdravotnictví na základě tržních principů, které jsou modifikovány dvěma prvky: principem povinné sociální solidarity a regulací určitých činností státem, který se nemůže vzdát odpovědnosti za zdravotní stav svých občanů. V různých státech je míra sociální solidarity a míra státní regulace různá. Závisí to na ekonomické síle daného státu, na sociálních podmínkách, na historicky podmíněných tradicích. Jakou míru povinné sociální solidarity a jakou míru státní regulace považuje vládnoucí politická reprezentace za vhodnou je zásadní systémové politické a hodnotové rozhodnutí, které by mělo být pokud možno jednoznačně formulováno, aby se od něho mohla odvíjet další rozhodnutí. Za správnou se považuje určitá rovnováha mezi mírou solidarity a státní regulace při výrazném ponechání prostoru a náležité ekonomické motivace pro osobní iniciativu občana v péči o jeho zdravotní stav.

Důležitým důvodem, vedoucím k vyjádření solidarity ve zdravotní péči formou zdravotního pojištění, (které je ve většině evropských států pro většinu příjmových skupin povinné a totéž je nyní navrhováno i pro obyvatelstvo Spojených států), je velmi nerovnoměrná distribuce spotřeby nákladů na zdravotní péči mezi obyvatelstvem, která je pozorována ve vyspělých i rozvojových státech.

Solidarita, vyjádřená formou zdravotního pojištění, spočívá na třech základních kamenech:

1. přenos rizika,
2. udržení pojistného poolu (společného fondu ztráty a zisku),
3. rozumná možnost predikce (předpověditelnost).

Tato tři výše uvedená hlediska by měla být brána vždy v úvahu.

Obecně se tvrdí, že systémy zdravotního pojištění nevznikly ani tak ze snahy po rovné dostupnosti zdravotní péče pro všechny jako ochrana před jejími ekonomickými překážkami, ale spíše jako výsledek společenského rozvoje, který byl založen na koncepci vzájemnosti a vzájemné pomoci.

Můžeme shrnout, že péče o zdraví není ani pouhou záležitostí jedince ani pouhou záležitostí státu, resp. veřejné správy. Systém zdravotní péče v Nizozemí je možno charakterizovat jako povinné národní základní zdravotní pojištění, založené na zásadě regulované soutěže mezi pojišťovateli a poskytovateli péče. Základní soubor služeb, placených pojištěním bude značně široký a pokryje asi 95 % „nevýjimečných“ rizik, ale také „katastrofická“ rizika, zahrnující dlouhodobou ústavní péči. Je třeba počítat s tím, že v odpovědnosti za zdraví se musí hledat užitečná rovnováha mezi rolí občanů a státu či veřejné správy (Gladkij, 1995, s. 15).

V České republice se uplatňuje solidarita mezigenerační, i když v politických debatách často zaznívá otázka, zda má stále svou platnost. Její změna na solidaritu intragenerační by však znamenala, že generace, platící „celý život“ mezigeneračně by v okamžiku rozhodnutí o změně zůstaly bez prostředků. Takové rozhodnutí ve zdravotnické politice je tedy velmi závažné. Souhrnně je možno konstatovat, že mezigenerační solidarita ve zdravotnické péči je založena na principu „Dávám tolik, kolik v danou chvíli mohu, dostávám tolik, kolik v této chvíli potřebuji.“ Princip předpokládá souhlas těch, kteří dávají a jsou solidární s těmi, co nyní dávají méně, nebo vůbec. Solidární jsou tedy bohatí s chudými, mladí se starými a zdraví s nemocnými.

2.4 Subsidiarita a participace a její možnosti ve zdravotnické péči

Subsidiarita znamená princip, podle něhož má být každá aktivita státu a společnosti jen podpůrná (subsidiární), tj. měla by být jen v takových úkolech, na jejichž řešení nemůže nižší jednotka (zejména rodina) stačit (Všeobecná encyklopedie, sv. 4, s. 260). Podle principu subsidiarity je každý povinen nejdříve pomoci sám sobě, nemá-li tuto možnost, musí mu pomoci rodina či jiné společenství. Teprve na posledním místě je k pomoci vyzván stát. Povinností státu je primárně vytvoření podmínek, aby si každý mohl pomoci sám. Naopak pomoc jednotlivci je na posledním místě až po vyčerpání ostatních možností.

V demokratické politice pojem znamená, že rozhodování a zodpovědnost ve veřejných záležitostech se má odehrávat na tom nejnižším stupni veřejné správy, který je nejbližší občanům. Vyšší úrovně správy mají rozhodovat jen tam, kde si to povaha věci vyžaduje. Princip subsidiarity je tak prohloubením myšlenky demokracie, je opakem centralismu a zdůrazňuje decentralizaci a úlohu samospráv, znamená tedy respektování pravomocí organizačně nižších úrovní (ABZ.cz: slovník cizích slov).

Subsidiarita je tedy uplatňovanou součástí politické zkušenosti. Tak např. na jejím základě byly formulovány a realizovány v posledních dvaceti letech různé politiky (sociální, vzdělávací či zdravotní) nejbohatšího italského regionu Lombardie. V jádru subsidiarity leží, podle jednoho z nejvýznamnějších současných italských sociologů Pierpaola Donatiho, odlišná antropologie než ta, která charakterizuje osvícenský suverénní stát. Jejím východiskem je pozitivní antropologie, která uznává hodnotu každého individua a důležitost občanské společnosti a dává prostor svobodným iniciativám jednotlivých osob i sociálních skupin, aby mohly být odpovědi na potřeby člověka co nejbližší individuálním lidským hodnotám.

Subsidiarita ukládá vládě jak negativní, tak pozitivní povinnosti. Vláda se musí zdržet zásahů, pokud jednotlivci a jejich sdružení mohou vhodněji provést da-

nou úlohu. Na druhou stranu má také pozitivní závazek pomáhat a podporovat, pokud je to nutné, svobodné iniciativy jednotlivců.⁶

U zdravotnické péče je nutno nejprve stanovit, která legislativní rozhodnutí jsou vhodná na národní úrovni, a která může upravovat Evropská unie. Na národní úrovni je třeba pro stanovení nároku jasně definovat pravidla subsidiarity v čerpání, resp. poskytování zdravotní péče. Ambulantní specializovaná péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění jen tehdy, pokud potřebná péče nemůže být účelně, kvalitně a bezpečně poskytnuta registrujícím lékařem primární péče. Lůžková péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění jen tehdy, pokud potřebná péče nemůže být účelně, kvalitně a bezpečně poskytnuta ambulantně (Cabrnach, 2011).⁷

Také by měly být podporovány iniciativy „ze spodu“, tj. od skupin občanů a pacientů, měly by být brány vážně i v případě, že po odborné stránce nejsou zcela relevantní, tj. měly by alespoň vyvolávat diskuzi o dalších možnostech. Měly by být zejména respektovány při tvorbě podpůrných preventivních programů a programů zaměřených na zdravý životní styl, tzn. subsidiaritu i v oblasti veřejného zdravotnictví.

„V historickém vývoji jsme svědky **měnícího se rozložení stupně odpovědnosti** a z něj vyplývajícího rizika či náročnosti při rozhodování zúčastněných aktérů.“ (Háva, 2010, s. 345) Legislativními opatřeními jsou poskytovatelům zdravotnických služeb stále tvořena určitá pravidla o rozsahu a podmínkách služeb a tím také o stupni odpovědnosti ve zdravotnickém systému. Otázkou je, co vlastně v dnešním zdravotnickém systému, v rámci nejdůležitějších zákonů (zákon č. 372/2011 Sb. a zákon č. 48/1997 Sb.) mohou lékaři sami rozhodnout? Jaký princip a rozsah subsidiarity je tedy dovozen? Jaké jsou možnosti určování způsobu zdravotnické péče a jejího hrazení „ze spoda“ (tj. přímo od lékařů, kteří podstupují proces prevence, diagnózy, léčby a rehabilitace se svými pacienty)?

Podle Hávy (2010, s. 346) existují v jejich rozhodování o rozsahu poskytovaných služeb tzv. implicitní a explicitní omezení.

6 Pozornost je třeba upřít i na rozvoj vztahů, jež realizaci svobodných iniciativ umožňují. Dochází tak k socializaci lidských tužeb (termín si zastánci subsidiarity půjčují od nositele Nobelovy ceny za ekonomii Kennetha Arrowa). Stát má být založen na respektu k důstojnosti každé osoby, a proto musí vždy jednat tak, aby zvyšoval autonomní schopnosti občanů (Baroš, 2012).

7 V Evropské unii princip subsidiarity má zajistit, aby všechna opatření byla přijímána co nejbližší občanům, tedy na nejnižším stupni správy, který umožňuje jejich realizaci nebo výkon. Jinými slovy, Unie nepřijme opatření (s výjimkou oblastí spadajících do její výlučné pravomoci), pokud je efektivnější učinit toto opatření na národní, regionální nebo lokální úrovni. Princip subsidiarity je úzce svázan s principy proporcionality a nezbytnosti, které vyžadují, aby aktivity unie nepřekročily rámec opatření nutných k realizaci cílů smlouvy (viz České zdravotnické fórum).

Explicitní (zjevné, výslovné, vnější, předem dané – srozumitelné vyjádření nějakého postupu krok za krokem, bez vynechání i zřejmých kroků), které se jeví poskytovatelům snadnější (např. standardy, klinické doporučené postupy), neboť na první pohled dávají jasná pravidla. Háva (2010, s. 346) upozorňuje, že v praxi může tento styl vést k defenzivnímu stylu medicíny, kdy jsou poskytovány zdravotnické služby neúměrně situaci, bez uvážení lékaře, ale podle předem připravené šablony, která se nemusí na danou situaci u konkrétního pacienta hodit. Lékař se musí podřídít principům předem daným a postupům předem (byť pečlivě) připraveným. Subsidiarita je nízká nebo žádná a je v podstatě zpochybňováno postavení lékaře jako samostatného odborníka. Připravené postupy však mohou pomoci jako vodítko pro upamatovávání všech kroků s tím, že je zdůrazňováno, že se jedná o „doporučené“ postupy.

Implicitní (nezjevené, neprojevené, vnitřní – ve vztahu k léčebnému postupu nejsou kritéria jednoznačně vymezena) omezení jsou z hlediska poskytovatelů náročnější a v praxi více využívaným přístupem, kdy samotní poskytovatelé podle svého vzdělání a zkušeností (a stanovených kompetencí) zvažují rozsah služeb – tedy, na kolik může konkrétnímu pacientovi určitá léčba prospět nebo jej už spíše poškodit. Výhodiskem je etický princip dvojího efektu, který říká, že v určitých případech z jednoho jednání mohou vzejít dva efekty – pozitivní a negativní.

Je nutno formulovat podmínky, za nichž je možno provést čin, mající i negativní efekt (Munzarová, 1995, s. 5):⁸

1. hlavní činnost je sama o sobě dobrá nebo alespoň indiferentní
2. přímým záměrem jednajícího je efekt dobrý, přičemž špatný efekt není podporován, ať již jako prostředek nebo cíl
3. dobrý efekt není docílen prostřednictvím špatného, který z akce vyplývá jako sekundární, nebo nanejvýše jako paralelní k efektu dobrému
4. pozitivní efekt převažuje nad efektem negativním, nebo je alespoň stejný
5. aktivita, která má i negativní efekty, nemůže být v dané situaci nahrazena jinou, bez těchto efektů

Zásadní iniciativa vychází nejprve od lékaře, a teprve potom je rozhodováno na vyšší úrovni, přičemž se ono rozhodnutí „ze spoda“ ctí jako odborné, fundované a zásadní.

⁸ Jako příklad se uvádí tišení bolesti u nemocného s nádorovou chorobou. Pokud chce lékař nemocnému opravdu ulehčit jeho utrpení, podává morfium. Morfiem utlumí bolest (pozitivní efekt), současně však navodí návyk (negativní efekt), anebo tím, že morfium tlumí dechové centrum, riskuje další komplikace (další negativní efekt). Negativní efekt nebyl záměrem, ale vyplynul jako sekundární nezamýšlený a úmyslně nechtěný důsledek. Jinak se lékař rozhodne, pokud sice pacient trpí velkými bolestmi, ale je stále naděje na jeho vyléčení.

Participace (z lat. partem capere, mít podíl) znamená sdílení něčeho, účast nebo podílení se na něčem. Participace znamená účast na něčem, účastenství, podíl, přímou účast lidí na procesu rozhodování, na řízení, na správě (může se týkat podniku, obce aj.). Souvisí se stylem řízení, zejména demokratickým, působí příznivě na motivaci a spokojenost pracovníků, někdy však může komplikovat rychlost procesu rozhodování (Všeobecná encyklopedie, sv. 3, s. 428).

V demokratickém systému by se občané měli zúčastnit rozhodování o opatřeních sociální politiky. „Participace občanů leží v srdci demokracie“ a fungování „demokracie bez možnosti občanů svobodně participovat na vládních rozhodnutích je nemožné“. Politická participace je popisována jako „zdroj životní síly“ (lifeblood) reprezentativní demokracie, jelikož skrze ni občané vyjadřují své požadavky, rozhodují, kdo bude zastávat veřejné úřady, a ovlivňují politická rozhodnutí (Vráblíková, 2009, s. 868).

Ve zdravotní péči jako celospolečenském systému je participace občanů přímo nezbytná, protože zdraví je, jak veřejným, tak soukromým statkem a přesný přechod mezi nimi není zřejmý. Podle WHO (viz program Zdraví 21) by měla být podporována na pracovištích, ve školách, v občanském sdružení apod. **Ve zdravotnické péči** je participací zejména compliance (vyhovění, splnění, dodržení, harmonie) pacienta, tedy jeho spolupráce s lékařem a dodržování jeho rad. Compliance je důležitá, a to jak u infekčních, tak u chronických onemocnění, ale i při nemocniční léčbě.

2.5 Problémy a dilemata současné „západní medicíny“

Podstatná rizika postmoderní společnosti i zárodky příštích katastrof jsou evidentní, pokud se zaměříme podrobně na oblast dnešní medicíny – tam se jaksi všechny sešly, konstatuje Callahan, aj. (1997, s. 7-9), tj. ekonomické, ekologické, demografické, ba i filosofické (Callahan, aj., 1997, s. 7-9; Příhoda, 2003, s. 21-23; Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 192-193):

- přibývá chronických chorob (u žádné z chronických chorob však medicína dosud nenašla způsob jak je vyléčit a uchyluje se k nákladným a polovičatým technikám),
- stále agresivnější průmyslová výroba „produkuje“ mimo jiné i náchylnosti k alergiím, k poruchám imunity či k malignitě,
- vědecký a technický rozvoj (vzdělávání je zaměřeno pouze na používání techniky, zdravotnický a farmaceutický průmysl se věnuje jejich výrobě a zdravotnické systémy se zabývají tím, jak je rozmístit a zaplatit),

- nutnost vyvážit jednostranně kurativní zaměření (neúnavné a nákladné války proti chorobám často na samé hranici smrti zastihují potřebu péče a soucitu),
- stárnutí populací (dnes platí i pro rozvojové země, i když ne tak výrazně, ale i to je pro ně obrovský problém) a s ním související populační pokles,
- komercializace medicíny (zdraví není zbožím, jehož výroba a distribuce se řídí zákonem nabídky a poptávky; je už v povaze trhu, že reaguje primárně na potřeby, tužby a preference jedince, které se však mohou lišit od preferencí ostatních jedinců),
- kulturní tlak (touha po pokroku vede nejen k většímu poznání a zlepšování, ale paradoxně zvyšuje i celkovou nespokojenost s daným stavem věcí, který je ve světle budoucích možností vnímán jako nevyhovující),
- společenské stanovení hodnoty života a smrti (projevuje se v oblasti interrupce, nakládání s lidskými embryi, genetických výzkumů, transplantací aj.),
- medicinalizace života a zdokonalování člověka (největší a nejutopičtější otevřenou perspektivou medicíny je zdokonalit člověka, nejen napravit něco patologického, ale vylepšit – od pouhé normalizace k optimalizaci).

To, co trápí současnou „západní medicínu“, se automaticky projevuje i v zásadních problémech zdravotní politiky, tj. zdravotnických systémech Evropy a severní Ameriky a je možno to shrnout takto:

1. Rozplývají se (a překrývají se) hlavní cíle zdravotní politiky.
2. Ekonomizující se zásadní rozhodnutí o zdraví obyvatelstva.
3. Mění se univerzální hodnoty na hodnoty relativní.
4. Přebujelost informací je spojena s nejistotou v rozhodování.
5. Existuje stálá nedořešenost základních lékařských dilemat.
6. Jsou stále větší tlaky zájmových skupin (laické i odborné veřejnosti).
7. Zdravotní péče je zásadním politikem (zejména před volbami).
8. Rozevírá se rozpor mezi ideální a dostupnou medicínou.
9. Mění se role zdravotnických pracovníků (snižování statusu lékaře, zvyšování statusu zdravotních sester, nárůst nelékařských specializací).
10. Stále rostou výdaje na zdravotní péči.

Anglický lékař Le Fanu (2001, s. 15-16) definoval tyto problémy jen do čtyř, za to výstižných, základních bodů:

1. Zklamání lékaři
2. Ustaraní zdraví
3. Popularita alternativní medicíny
4. Vzrůstající ceny zdravotní péče

Stále vyšší náklady na zdravotní péči jsou uvedeny u všech autorů. Tento faktor souvisí s principem spravedlnosti, tj. s rozdělováním zdrojů. White a Waite (1994, s. 28-32) uvádějí tyto důvody vysokých nákladů v medicíně: mnoho ne nezbytného testování a terapie; marketing v medicíně; kultura a etická orientace profesionálů, kteří neuznávají limity v medicíně, prosazující vždy kauzální terapeutickou léčbu a dávají důraz na operabilní vědecký posun a méně dbají na prevenci a primární péči; změna v demografickém složení obyvatelstva; neúčinnost a vysoké náklady pojišťovnického systému, sdružujícího četné a rozmanité plátce.

Dnes jsou zdravotní témata přivlastněna komerčními mechanismy. V honbě za stále většími zisky si farmaceutické firmy jsou schopny vymýšlet nemoci, které ve skutečnosti neexistují. V angličtině získal tento jev jméno „disease mongering“, tedy kšeftování s nemocemi, a mezi kritiky tohoto trendu se běžně hovoří o „medikalizaci každodenního života“. Fenomén medikalizace lze ovlivňovat propagandou, jejíž základ se opírá o tyto triky (Svobodová, Podaný, 2003, s. 37-40):

1. Osobní a sociální problémy se vydávají za problémy zdravotní;
2. Běžné životní procesy se vydávají za problémy zdravotní;
3. Vzácné symptomy se vydávají za rozsáhlou nákazu;
4. Lehké symptomy se vydávají za předzvěst těžkého strádání;
5. Rizika jsou vydávány za choroby.

Expanze ne vždy zcela adekvátních medicínských poznatků a prostředků na řešení problémů, jež svou povahou nejsou nemocí, byla nazvána Illichem (1976, s. 8) medicinalizací. Termíny medicinalizace a medikalizace bývají někdy používány jako synonyma. Medicinalizace je ale pojmem širším a znamená označování některých (dříve běžných) životních jevů a procesů za hodných zájmů medicíny, podává o nich informace a pomáhá je medicínským způsobem vyřešit. Medikalizace znamená řešení každé, z normálu vybočující situace, nějakým chemickým či přírodním přípravkem, doporučeným lékařem nebo jejím výrobcem.

Medicinalizace znamená, že mnohé sociální a fyziologické aspekty života začaly být medicínou kontrolovány. Jedná se o převládající dominanci medicíny v oblastech dříve nemedicínských – začátku a konce života, závislostí, sexuálního chování, stravování, pohybové aktivity a odpočinku, ale také menopauzy, těhotenství a například v poslední době i podle Křivohlavého (2001, s. 20) zdravého sebevědomí. Zdraví se stává pro současnou společnost novou mravní hodnotou a dokonce i povinností civilizovaného jedince (Parusniková, 2000, s. 131). Díky medicinalizaci života dochází k sociální a kulturní iatrogenезi – moderní lidé ztrácejí schopnost a ochotu vnímat impulsy svého organismu a autonomně na ně reagovat. Odevzdávají veškerou odpovědnost za své zdraví i svůj život do odpovědnosti lékařům jako depersonalizovaným a technickým expertům. Pasivita a závislost v oblasti péče o zdraví vede k neschopnosti být zdravý a k trvalé odkázanosti na institucionalizovaný systém zdravotnické pomoci (Ivanová, 2006, s. 193-194; Křížová, 2003, s. 123; Bártlová, 2005, s. 114-116; Illich, 1976, s. 33).

Medicinalizace má však kladné stránky, má vliv na úspěšné léčení nemocí, na prodlužování lidského život i na dožití lidského života bez bezmocnosti a disability. Důraz na prevenci a zdravý životní styl má výhody zejména při výchově dalších generací. Za určitých podmínek nese také velké výhody pro jednotlivce, medicínsky byly např. diagnostikovány ve škole neklidné a nesoustředěné děti, kterým se v dřívějších dobách dostávalo jen odsudku. Dalším kladným výsledkem medicinalizace je sledování kvality života ovlivněného zdravím (health related quality of life).

Riziko současné společnosti se zvyšuje i procesem globalizace. V oblasti veřejného zdravotnictví se tyto trendy nazývají jako „globalizace infekčních nemocí“ a „globalizace chronických nemocí“. Globalizace infekčních nemocí je dána prostupností téměř všech hranic všech států světa, rozšířenými možnostmi cestování, transferem zboží z jedné části světa do druhé, ale také neustálým přibýváním chudých obyvatel světa. Hrozbou a problémem moderní medicíny je zejména rozšíření viru HIV. Globalizace chronických onemocnění je dána tím, že svět se stal jediným globálním trhem – je typický dostupností nekvalitních potravin, potravin konzervovaných pomocí různých přípravků (konzervanty typu E apod.), dostupností alkoholu a jiných návykových látek, ale i nedostatkem pohybu v západních zemích.

2.6 Nerovnosti ve zdraví a jejich socioekonomická determinace

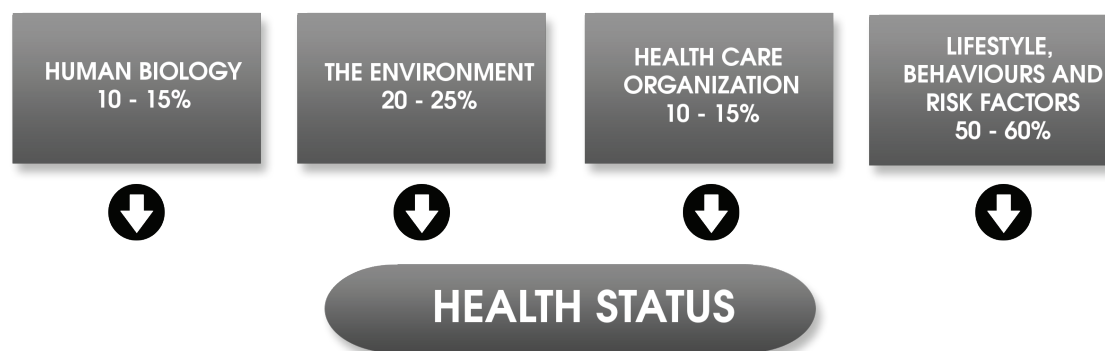
Kaňová (2007) uvádí, že nerovnosti ve zdraví mezi různě definovanými sociálními skupinami existovaly a existují v každé společnosti. První zmínky o pozorovaných sociálních nerovnostech ve zdraví je možné nalézt například již v Hip-

pokratových spisech nebo v raných textech starověké čínské medicíny (Kaňová, 2007). V tradičních společnostech však nebudily nerovnosti ve zdraví nijak zvlášť velkou pozornost, a to i přesto, že již tehdy bylo patrné, že zdraví vykazuje zřejmou náklonnost k určitým sociálním skupinám, zatímco těch ostatních se zase spíše drží nemoci a předčasná smrt. Bylo to dáno především tím, že stejně jako jiné sociální rozdíly mezi lidmi, byly i rozdíly ve zdraví považovány za součást přirozeného a neměnného řádu světa, ve kterém mají všichni lidé předem určené své místo i svůj osud. O to větší zájem však začaly nerovnosti vyvolávat v době, kdy docházelo k přeměně tradičních společností ve společnosti moderní.

V důsledku probíhajících změn vynikl rozdíl mezi zákony přírodními a zákony společenskými. Rozdíly mezi lidmi se již nezdály být tak „přirozené“ a neměnné a zviditelněné sociální nerovnosti se staly předmětem vědeckého zkoumání, úvah o spravedlnosti i úsilí o změnu (Kaňová, 2007).

Zdravotní stav lidí je výsledkem mnoha vlivů – od samého biologického vzniku jedince až k působení mnohostranných společenských vlivů.

Determinace lidského zdraví podle Lalondova zdravotního pole (Lalonde, 1978) je znázorněna na obr 3.



Obr. 3 – Determinace lidského zdraví podle Lalondova zdravotního pole

Lalondovo pole shrnuje determinanty zdraví přehledně do čtyř oblastí, ale každá z nich zahrnuje množství ne vždy přehledných prederminant, což znamená, že lidské rozhodování, vedoucí ke zdraví je ovlivňováno mnoha faktory: vlastní individuální biologickou a genetickou výbavou, kvalitou prostředí, společensko-ekonomickými okolnostmi i životními podmínkami, různými politickými a kulturními charakteristikami i mírou, do jaké lidé mohou a jsou schopni přijí-

mat individuální rozhodnutí v zájmu svého zdraví. Všechny vlivy jsou příčinou nestejného zdraví lidí, nicméně jen některé z nich lze považovat za nespravedlivé. WHO zavedla termín inequity (nerovnost či nespravedlnost), který vyjadřuje **nerovnosti ve zdravotním stavu**, jež jsou vnímány jako nespravedlivé.

Whiteheadová (2000) nabízí tyto příčiny rozdílů ve zdravotním stavu:

1. Přírodní, biologické příčiny
2. Zdraví škodící chování, pokud je svobodně zvoleno (účast v různých rizikových sportech)
3. Zdraví poškozující chování v situaci, kdy není možné zvolit jiný životní styl
4. Nezdravé, stresující životní a pracovní podmínky
5. Nestejný přístup k základním zdravotním a dalším veřejným službám
6. „Přirozený výběr“ neboli sociální mobilita, při níž jsou nemocní lidé znevýhodněni a v sociální hierarchii klesají

Za nespravedlivé příčiny poškozování zdraví uvádí Whiteheadová (2000) ty podmínky, jež nejsou nevyhnutelné (za nevyhnutelné jsou považovány podmínky biologické – genetický základ, věk), a nejsou svobodně zvoleny. Jsou to především ty podmínky, které můžeme společensky ovlivnit (uvedené v bodech 3, 4, 5). V bodě 6 může být onemocnění nevyhnutelné, nicméně znevýhodnění nemocného člověka na trhu práce lze považovat za nespravedlivé.

Whiteheadová (2000) uvádí, že podmínky, jež jsou nevyhnutelné, nejsou nespravedlivé, nespravedlivé jsou především ty podmínky, které můžeme ovlivnit. Nespravedlivé nejsou rozdíly ve zdraví způsobené pohlavím či rozdílným věkem (větší riziko určitých chorob ve stáří je přirozené, a nelze je považovat za nespravedlivé) a rozdíly, které jsou ovlivnitelné individuálním výběrem chování, tj. svobodným jednáním (self behavior).⁹

Nespravedlivá je například situace, kdy lidé žijí v nevyhovujících bytových pod-

9 Lidé rozlišují svobodné a nesvobodné jednání především na základě přesvědčení, že „toto si způsobuji já sám“, které se zásadně liší od pocitu „toto se mi děje“. Psychoanalytici v této souvislosti rozlišují mezi ego-syntonními a ego-dystonními projevy. Chování či prožívání je ego-syntonní tehdy, je-li slučitelné s ideály subjektu a s jeho sebepojetím. Ego-dystonní pohnutky a projevy jsou naproti tomu se sebepojetím neslučitelné (Plháková, 2002, s. 21). Tento pocit, nespojitelný s kladným sebepojetím a tím pádem i seberegulací (včetně seberegulace v oblasti zdravého životního stylu), které jsou nezbytným jádrem k nabytí schopnosti vytvoření kvalitních sociálních rolí v dospělém věku, posuzuje Siegrist (2000, s. 1283) jako hlavní spouštěč (trigger) zdraví poškozujícího chování ve státech bývalého socialistického bloku. Za spoluvinníka špatného zdraví obyvatelstva v těchto zemích označil politický systém, jenž prodlužoval stresující podmínky a bezvýchodné situace, jenž neumožňoval lidem ego-syntonní projevy, čímž způsoboval snížené sebehodnocení obyvatel.

mínkách, vykonávají riziková zaměstnání, nemají dostatek vhodné stravy a jsou odkázáni na závadnou vodu (Whiteheadová, 2000). Za nespravedlivou je rovněž považována obtížná dostupnost zdravotnické péče. Podle WHO (2006) za omezení přístupu k lékařské péči lze považovat i situaci, kdy je značná část prostředků věnována na extrémně drahou speciální techniku, jíž může využít jen malé množství pacientů, a to na úkor základní péče pro většinu obyvatel, na úkor stejného využití prostředků při stejné potřebě (např. množství transplantací v různých sociálních vrstvách) a na úkor stejné kvality péče pro všechny.

Whiteheadová uvádí konkrétní cíle, kterými by se měly řídit instituce, usilující o zlepšení spravedlnosti ve zdravotní péči a rovnosti ve zdraví:

- zlepšit životní a pracovní podmínky,
- umožnit lidem osvojit si zdravý životní styl,
- umožnit lidem, aby se sami podíleli na rozhodování a na vytváření zdravotní politiky,
- sledovat vlivy, jež působí na zdraví,
- vzbudit obecný zájem, usilovat o mezinárodní srovnání, pomáhat zemím s horšími podmínkami,
- zpřístupnit kvalitní zdravotní péče všem,
- založit všechny postupy na kvalitním výzkumu, informacích a hodnocení.

Důležitým měřítkem pro vnímání, zda jsou určité podmínky nespravedlivé, je možnost volby životního stylu, který je považován Lalondem jako stěžejní determinanta zdraví.

Na určení „životního stylu“ jako stěžejní determinanty zdraví první reagovali odborníci z oblasti biomedicíny, kteří pojmenovali a ukázali poměrně přesně všechny uchopitelné predeterminanty a projednávali jejich ovlivňování s úspěchem jak ve WHO, tak v renomovaných časopisech – zpočátku je i stejně úspěšně uváděli do praxe. Byli pevně přesvědčeni, že úspěchy, které biomedicínské pojetí přinášelo v jiných oblastech, se projeví i zde. Dokladem jejich dosavadních úspěchů bylo zvládnutí až vymýcení některých infekčních nemocí, přínos moderní farmakologie, rozvoj operačních technik včetně transplantací atd. U lékařů tak vznikala iluze, že medicína je všemocná a jediným problémem je správná diagnóza a volba vhodné léčby. Sociologové se svými sociálními predeterminantami, jež ovlivňují lidské jednání, přicházejí na scénu, až když se tento způsob začal jevit jako stagnující, či neefektivní.

Koncentrace na bezprostřední rizikové chování potenciálně kontrolovatelné na individuální úrovni byla (a je) založena na předpokladu liberálních společností, že je v možnostech jednotlivců kontrolovat svůj osud, z čehož vyplývá povinnost tak činit. Často není zohledňován širší kontext, který se na formování chování vzhledem ke zdraví podílí. Behavioristé věří, že na základě pozorování se dají určit typické reakce lidí na podobné, či stejné situace, a že lze navodit takové situace, aby lidé jednali podle zamýšleného cíle či efektu chování stanoveného jedincem, institucí či jinou autoritou (Kickbusch, 1989, s. 126). Představa se-bepéče o vlastní zdraví, odlišná od představy sociálních vědců, je námětem již dlouhotrvajících diskuzí.¹⁰

Behaviorální přístup k neustále „nedokonalému lidskému zdraví“ také znamená neustálý nárůst medicínské technologie a institucionální zdravotnické péče i prevence, která je zaměřena na nesouměřitelné životní styly. Rozpoutává se tím stále více „nebezpečný cyklus“ neustále chudé (a finančně potřebné) zdravotnické péče. Kromě toho také prosazuje shodný životní styl pro všechny, bez ohledu na kulturní, sociální a hodnotové zázemí. To ovšem v důsledku snižuje důstojnost a udržení individuálních a skupinových kulturních distinkcí v životních stylech (Wiedmann, Egeland, 1973, s. 853-855).

Behaviorální vysvětlení se začala objevovat již na konci 18. století v souvislosti s významem, který začal být vzhledem k šíření infekčních nemocí přikládán osobní hygieně, která zdůrazňovala neodpovědné chování a zdraví škodlivý životní styl jako nejdůležitější determinantu zdravotního stavu. Dnes se behaviorální vysvětlení zaměřuje na jiné aspekty chování, které se častěji vyskytují v nižších socioekonomických skupinách – na nevhodnou stravu, konzumaci alkoholu, kouření, nedostatek pohybu, neadekvátní využívání preventivní zdravotní péče ap. (Kaňová, 2007, s. 40). Behaviorální vysvětlení nerovností ve zdraví je oblíbené v rámci lékařské profese, protože předpokládá, že je možné snížit riziko celé řady nemocí změnou individuálního životního stylu. To odpovídá biomechanickému, dekontextualizovanému pojetí zdraví a nemoci.

V rámci veřejného zdravotnictví vznikla různá opatření a programy zaměřené na změny individuálního chování, které však věří v prevenci spíše intuitivně, než aby se snažili objektivněji porovnat velikost nákladů na skrining s jeho konečným zdravotním ziskem (Žáček, 2000, s. 163).

¹⁰ Behaviorismus v intencích sociálně vědního myšlení dával důraz na metody pozorování, srovnávání, experimentů. Tento rys duchovní kultury je možno charakterizovat jako industriální mentalitu, která zesměšňovala anebo ignorovala všechno, co nedokázala kvantifikovat, která často oceňovala kritickou strnulost a trestala představivost, která redukovala člověka na příliš zjednodušené protoplazmické jednotky, která se v konečném důsledku snažila o technické řešení každého problému. Z tohoto metodologického základu se následně odvíjejí biomedicínské přístupy ve vztahu ke zdraví (Capra, 2002, s. 135).

„Nevyužívání preventivní péče a přetrvávání nezdravého chování u nižších socioekonomických skupin bylo následně přičítáno kulturním rodinným postojům charakterizovaným nedostatečnou orientací na budoucnost.“ (Holčík, Koupilová, 2001a, s. 99)

Bylo by však nespravedlivé vytýkat biomedicínskému a behaviorálnímu přístupu k lidskému jednání (a životnímu stylu) jen samá negativa. Není sporu o tom, že medicína dokáže zvládnout mnoho zdravotnických nesnází a ve správném spojení s politickými představiteli může mít ve svých preventivních kampaních i úspěch (viz programy proti kouření). Jen je patrné, že dosavadní komunikace zdravotníků a široké občanské veřejnosti s ohledem na finančně nákladné preventivní programy, nevede všechny občany k aktivnímu podílu na svém zdraví (Holčík, Koupilová, 2001b, s. 3).

Příkladem oborů, které se zabývají propojením zejména sociálního životního prostředí, životního stylu a zdraví, jsou sociální lékařství a sociální epidemiologie – spojují, za účelem zjištění nerovností ve zdraví, metody z rozdílných oborů k vysvětlení toků mezi expozicí sociálními charakteristikám prostředí a jeho vlivům na individuální i veřejné zdraví. Sociální lékařství se zabývá širší problematikou, tzn. nejen vztahem společnost a zdraví, ale také společnost a systém zdravotnictví. Sociální epidemiologie se soustřeďuje pouze na vztah společnost – zdraví, a proto obohacila tradiční epidemiologický přístup pojmy a metodami ze sociálních disciplín jako jsou ekonomie, sociologie a demografie. Obor zahrnuje rozšíření použitých metod multi-úrovňové analýzy v ekologických projektech, odstranění „ekologického selhání“ (tj. předpoklad, že skupinová data je možno vztáhnout k jedinci) a použití nových aplikací na již známé prostředky a metody. Sociální epidemiologie umožňuje spojit sociální zkušenost populací v tradičním etiologickém přístupu ke zdraví a jako výsledek umožňuje lepší pochopení, jak, kde a proč nerovnosti ovlivňují zdraví.

Základními pojmy sociální epidemiologie, jež uvozují, jakým směrem se vydávají výzkumy sociálních determinant zdraví, jsou (Šlachťová, 2005, s. 15):

- Zdraví – nemocnost, incidence, prevalence, úmrtnost, očekávaná délka života
- Socioekonomická stratifikace – sociální pozice, sociální status
- Nerovnosti – diskriminace, chudoba, deprivace, sociální vyloučení, sociální kapitál
- Equity – lidská práva
- Životní běh – socioekonomický gradient v průběhu životní dráhy
- Sociální sítě a sociální opora

Z výsledků epidemiologických studií vyplývá, že úmrtnost společenských tříd či zaměstnaneckých skupin je tím vyšší, čím horší socioekonomické postavení v sociální struktuře státu daná skupina zaujímá, čím nižší má vzdělání a příjmy a čím mají členové skupiny ve svém chování více rizikových faktorů. Úmrtnost jednotlivých populací, resp. jejich podskupin, je odrazem souběžného působení řady podmínek a faktorů biogenetického, fyzikálního a psychosociálního charakteru, z nichž některé působí přímo – genetické změny, věk, pohlaví, radiace, kouření, stravování; jiné zprostředkovaně, zejména socioekonomické faktory, např. životní úroveň, zaměstnání, vzdělání apod. Podle Šlachtové (2005, s. 16) nízký socioekonomický status je spojen s:

- vysokou prevalencí hypertenze (infarktu myokardu, karcinom plic, smrtelné i nesmrtelné úrazy);
- bolestí zad;
- vysokou perinatální úmrtností;
- úmrtností na ischemickou chorobu srdeční;
- vysokou obezitou;
- vyššími hodnotami cholesterolu;
- odmítáním účasti ve zdravotních studiích a vede k podhodnocení reprezentativnosti této sociální třídy;
- zvýšenou mírou využívání lékařské péče.

Socioekonomické rozdíly se uplatňují i na včasné detekci a léčbě zhoubných nádorů, což má zásadní vliv na jejich prognózu a délku přežití – sociálně deprivovaní pacienti mají významně horší výsledky v době přežití než nemocní z bohatších sociálních tříd. Materiální deprivace a nízká úroveň vzdělání významně negativně ovlivňují pocit zdraví a fyzické funkce, well-being, a naopak zvýšený výskyt příležitostných i chronických bolestí hlavy se objevuje se stoupajícím vzděláním. Z uvedeného je patrné, že životní způsob, stejně jako *vzdělání* a *socioekonomický status* prokazatelně ovlivňuje zdravotní stav lidí, jejich subjektivní pocit dobrého zdraví a psychické pohody.

Přístup působí holisticky, ale zaměřením na jednotlivé příčiny přináší zase jen podklady pro dílčí opatření, jež v jiném sociálním kontextu mohou způsobovat sociální dezintegraci, která může ve svém důsledku naopak zdraví poškozovat.¹¹

11 McDade (2001, s. 1353) popsal takovou situaci v Samoa. Záměrem výzkumu bylo zjistit, jak propagace vyššího vzdělání, a tím i lepšího materiálního zázemí, koresponduje se skutečným životem v zemích s odlišným socioekonomickým i hodnotovým zázemím. Bylo zjištěno, že „nesouladné životní styly“, tj. vystavení mladých lidí v Samoa, „vědění“ o symbolickém znamení prestiže západního životního stylu skrze vzdělání, média, či komunikaci s příbuznými v zámoří, v konfrontaci s tím, že aktuálně získat v této zemi vyšší vzdělání nebo placenou práci je nesmírně obtížné, způsobovalo adolescentům sociální stres a životní nespokojenost, jež se projevila snížením imunitních funkcí.

Stejně i Link s Phelanem (1995, s. 86) zdůrazňují, že zdraví lidí nelze vysvětlovat jen na základě výčtu rizikových faktorů, které souvisejí jak se socioekonomickým statusem, tak se zdravotním stavem. Představují svůj koncept fundamentálních příčin nemocí, ve kterém upozorňují na zásadní význam sociálních podmínek jako determinant zdraví. Za fundamentální příčiny nemoci označují „takové sociální determinanty zdraví, jejichž vliv na zdraví nemůže být redukován jednoduše prostřednictvím zásahu do mechanismu, který zprostředkovává vztah mezi danou determinantou a zdravím.“ (Link, Phelan, 1995, s. 87)

Fundamentální determinanty zdraví, jakými jsou například socioekonomický status, sociální pouta, pocit kontroly nad životem, totiž zahrnují přístup ke zdrojům, jenž pomáhá jedincům vyhnout se nemocem a jejich negativním dopadům prostřednictvím celé řady různých mechanismů. Modifikace jednoho z těchto mechanismů proto nemůže ovlivnit celkový vliv fundamentální determinanty na zdraví lidí. Historickým příkladem je, že vymýcením těžké bídý a nevhodné hygieny, nezmizely rozdíly ve zdraví. Například se očekávalo, že s růstem životní úrovně, se zdokonalováním sanitace a s masovým očkováním budou napadeny všechny nejvýznamnější „pojítka“ mezi socioekonomickým statusem a zdravím. Avšak nerovnosti přetrvávaly, dřívější rizikové faktory byly nahrazeny, kouřením, stravou, alkoholem, nedostatečným pohybem. Rizikové faktory zprostředkující vztah mezi socioekonomickým statusem a zdravím se mění. Jakmile je jedno riziko eliminováno, vzniká nové. Jelikož vztah mezi socioekonomickým statusem a zdravím přetrvává, i když se rizikové faktory mění, lze předpokládat, že v pozadí tohoto vztahu stojí hlubší procesy. Zdá se, že pro pochopení vztahu mezi socioekonomickým statusem a zdravím nestačí sledovat aktuální mechanismy zprostředkovávající vztah mezi socioekonomickou pozicí a zdravím. **Musí se sledovat, jaké širší determinanty zdrojů fundamentální determinanty zdraví zahrnují, tj. jak jsou obecné zdroje jako je vědění, peníze, moc, prestiž a sociální vztahy transformovány do zdrojů vztahujících se ke zdraví, a které tak vytvářejí vzorce nemoci a úmrtnosti v konkrétní společnosti** (Link, Phelan, 1995, s. 88).

2.7 Zdravotní gramotnost jako jedna z možností řešení nerovností ve zdraví?

Původně se s pojmem **gramotnost** spojovala schopnost číst, psát a počítat a byla většinou označována jako „trivium“. V současné době je chápání pojmu mnohem širší. Východiskem se stala tzv. funkční gramotnost, kterou se označovala schopnost lidí podílet se na aktivitách potřebných pro život v současné civilizaci. Je to například gramotnost literární, dokumentová a numerická, tedy schopnost pochopit složitější text, vyplnit formulář, porozumět tabulkám a grafům (Průcha, Walterová, Mareš, 2003).

V přeneseném významu označuje termín gramotnost schopnost nějaké aktivity spojené s duševní činností. S rostoucím významem zdraví pro každého jedince a z důvodu nutnosti zvýšit podíl občanů na péči o zdraví se začal používat název **zdravotní gramotnost**. Zdravotní gramotnost je pro jedince i pro společnost nepostradatelná hodnota. Je to schopnost činit správná rozhodnutí týkající se zdraví a péče o ně a schopnost lidí naučit se brát na sebe část odpovědnosti za své zdraví (Holčík, 2009, s. 152-154).

Nejdůležitější je, aby se zdravotní gramotnost neomezovala jen na zdravotnická zařízení, ale aby se stala přirozenou prioritou ve všech sférách života. Lidé by neměli činit správná rozhodnutí týkající se zdraví jen ve zdravotnickém zařízení, ale také doma, na pracovišti, ve společnosti i v politice a obchodě (Holčík, 2009, s. 153).

Různá řešení vztahu správných vědomostí a udržení, či ztráty, nebo znovuoobnovení zdraví je možno nalézt ve všech dějinných etapách. Jedná se vědomosti, které vycházely (a vycházejí) z toho, co které kulturní etapy ontologicky považovaly za zásadní ve svém bytí (Ivanová, 2012, v tisku).

Největší podobnost se současným myšlením můžeme nalézt u antických filozofů. Podle nich by měl být každý občan vybaven tzv. balíkem vědění o tom, co je zdraví prospěšné a co nikoliv. Dnes je možno tento „balík vědění“ podle současných trendů nazvat „zdravotní gramotnost“.

V praxi při péči o sebe u obojího (balíku vědění či zdravotní gramotnosti) je podstatným principem být dobře vybaven ve znalostech o zdraví tak, abychom měli vždy po ruce „pomocné slovo“, které jsme se (nejlépe) v raném věku naučili, často si je opakovali a pravidelně nad ním rozvažovali. „Sem pak patří i lékařský logos, který v daném okamžiku určuje správný způsob života.“ (Foucault, 2003, s. 137-138)¹²

12 Antičtí filozofové kladli důraz na individuální odpovědnost za zdraví, péči o vlastní zdraví viděli jako povinnost k sobě, společenství, ale i celé obci. Tento důraz byl (možná – podle dochovaných děl) ještě výraznější, než současná všudypřítomná propagace zdravého životního stylu. Rozumná existence člověka se podle antických filozofů nemůže odvíjet bez nějaké „praxe zdraví“ – hygieině pragmateia či techne – která je jakoby setrvalou výztuhou každodenního života, jež v každé chvíli dovoluje, aby každý věděl, co dělat. Implikuje do jisté míry lékařský pohled na svět či alespoň na prostor a okolnosti, v nichž člověk žije. Obecně by se dal antický přístup ke zdraví vyjádřit jako zájem o dobré fungování těla, mysli a ducha. To byl i prvořadý úkol lékaře. Medicína se zabývala více celkovým způsobem života i životním stylem člověka a jeho výživou a vztah mezi medicínou a zdravím v sobě obsahoval možnost, aby člověk byl v určitém smyslu svým vlastním lékařem. Lékařství se nechápalo jen jako umění zasahování, jež se v případě nemoci opírá o léky a výkony. Jakožto korpus vědění a pravidel mělo rovněž definovat způsob života, určitý modus reflektovaného vztahu k sobě, ke svému tělu, k výživě, ke spánku a bdění, k různým činnostem a okolím. Lékařství mělo formou životosprávy poskytovat volní a racionální strukturu chování (Foucault, 2003, s. 135-141).

U zdravotní gramotnosti záleží velmi na podmínkách, determinantách života jako celku – kapitálech sociálním, kulturním, ekonomickém jednotlivce, rodiny, sociální skupiny. Je otázkou, který kapitál je zásadnější, zda ten předávaný výchovou a rodinným prostředím (kulturní kapitál), nebo ten, který je umožňován společností (sociální kapitál), nebo ekonomické možnosti (ekonomický kapitál) při péči o zdraví? Bourdieu (1998, s. 15) upozorňuje na význam kulturního kapitálu při výběru životního stylu a tvrdí, že je možno je možno tento význam pojmát univerzálně, tj. bez ohledu na konkrétní sociální prostor.

Avšak současně důrazně připomíná, že skutečnost je vztahová a tak je kulturní kapitál výrazně při výběru životního stylu ovlivňován kapitálem ekonomickým.

WHO (2006) definuje zdravotní gramotnost jako kognitivní a sociální schopnosti, které určují motivaci a způsobilost jednotlivců k tomu, aby si dokázali získat přístup k informacím, porozumět jim a využívat je způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví. Zdravotní gramotnost tím, že zlepšuje přístup lidí ke zdravotním informacím a jejich schopnost efektivně je využívat, má rozhodující vliv i na jejich posílení.

„Zdravotní gramotnost znamená více než jen přenos informací. Je to rozvíjení dovedností získat a číst zdravotní informace a úspěšně je využít ve své vlastní situaci, ať už to znamená rozhodnout se pro návštěvu lékaře, nebo zachovávat léčebný režim.“ (Holčík, 2010, s. 153)

Již v 70. letech minulého století doporučila WHO díky obrovským a nezvladatelným nákladům ve zdravotnictví, aby vlády změnilly své strategie týkající se péče o zdraví občanů, aby docenily význam podpory zdraví, prevenci zdraví a systém zdravotní péče. Především to znamenalo, aby kladly důraz na determinanty zdraví, pomáhaly lidem chápat význam jejich zdraví stejně jako zdraví svých rodinných příslušníků a všech lidí ve společnosti. Nástrojem a kritériem se pro tyto účely stala zdravotní gramotnost (viz České zdravotnické fórum). Podle Holčíka (2009, s. 147-148) význam zdravotní gramotnosti je možno rozdělit z pohledu jednotlivce a společnosti:

Z hlediska jednotlivce

Zdravotní gramotnost je součástí základní výbavy pro život (může pomoci lidem nacházet a využívat informace a posílit vliv na své vlastní zdraví).

Zdravotní gramotnost je důležitým nástrojem rozvoje osobnosti (umožňuje občanům posilovat své schopnosti rozhodovat o svém zdraví i o životě, zvyšuje jejich sebedůvěru a upevňuje jejich důstojnost a svébytnost).

Z hlediska společnosti

- ***Zdravotní gramotnost je jedním ze základních úkolů systému péče o zdraví.*** Rozvoj zdravotní gramotnosti zvyšuje celkovou úroveň

zdravotního stavu populace. Zmíněný systém zahrnuje nejen zdravotnictví, ale všechny zdravotní aktivity v ostatních rezortech, institucích a v dalších sociálních skupinách, např. v jednotlivých rodinách.

- **Zdravotní gramotnost je významnou součástí sociálního kapitálu.** Nízká zdravotní gramotnost nevede jen k ekonomickým ztrátám a ke zvýšenému zdravotnímu riziku, ale je i příčinou značných rozdílů v úrovni zdraví mezi sociálními skupinami. Zdravotní rozdíly, pokud jsou velké a odstranitelné, jsou nespravedlivé a stávají se jedním z motivů sociálního neklidu.
- **Zdravotní gramotnost je nespornou ekonomickou prioritou.** Ve vyspělých zemích byly prováděny mnohé výzkumy, díky kterým bylo zjištěno, že nízká úroveň zdravotní gramotnosti populace způsobuje každoročně mnohamilionové ztráty.
- **Zdravotní gramotnost přispívá k demokracii.** Prostřednictvím zdravotní gramotnosti se občan stává aktivním činitelem systému péče o zdraví. Jeho rozhodnutí mohou vycházet z ověřených poznatků o zdravotních problémech i o způsobech jejich řešení. Svými postoji, zájmy i potřebami mohou lidé ovlivnit stav i další rozvoj systému péče o zdraví, a tím i příznivý rozvoj zdraví populace.
- **Zdravotní gramotnost je cennou součástí obecné kultury.** Zdravotní gramotnost neovlivňuje jen zdraví lidí. Zdravý životní styl, rozvoj pozitivních vztahů mezi lidmi, tvůrčí přístup k životu, vědomí sounáležitosti a posilování osobní odpovědnosti, to všechno jsou hodnoty, které by se měly stát samozřejmou charakteristikou zdravé společnosti a její obecné kultury. Výchovné snahy, které jsou zaměřeny na zdraví, by neměly být podmíněny jen závažností zdravotních problémů, možnostmi jejich zvládnutí, či dominantním hodnotovým systémem. Neměly by být také jen bezprostředně podmíněny ekonomickou a sociální pozicí jednotlivce, či stavem společnosti (Holčík, 2010, s. 147). Měly by být fundamentálně přítomny v každé výchově mladého člověka.¹³

Jaká je úloha společnosti? Má za úkol mediating (zprostředkování) znalostí nebo moderating (zmírnění) již určitého zdravotního problému či trápení? Samozřej-

13 Pokud chceme dosáhnout co nejvyšší úrovně zdravotní gramotnosti, je nezbytné, aby se stala součástí výchovy již u dětí, protože čím dříve si dítě osvojí potřebné znalosti, dovednosti a návyky, tím dříve mu pomohou zformovat základní postoje, názory a potřeby (Vencová, 2012). Člověk se musí sám vybavit lékařským věděním, jehož bude moci trvale používat, právě proto, aby se mohl vyhnout četným konzultacím u lékařů – jednak to není ani vždy možné, a ani to není žádoucí. „Dokud je člověk mlád, měl by získat dostatek znalostí, aby mohl po celý svůj život a v běžných situacích být sám sobě rádcem ve věcech zdraví.“ (Foucault, 2003, s. 137)

mě je nezbytné obojí, zatímco mediating je záležitostí všech odvětví, moderating je především záležitostí systému zdravotnictví.

Význam zdravotní gramotnosti však nelze shrnout pouze do několika jednoduchých tezí. Skutečný význam je možno naplnit až tehdy, když se s principy a metodami seznámí co nejširší okruh lidí, kteří budou schopni poznatky uplatnit v praxi a budou dále stavět na nových poznatcích a průběžně získávaných zkušenostech.

Literatura a prameny

- ABZ.cz: *slovník cizích slov* [online]. [cit. 2012-11-04]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/subsidiarita>
- BAROŠ, J. 2012. *Subsidiarita: alternativa pro dnešní politiku* [online]. 27. 3. 2012. [cit. 2012-11-04]. Dostupné z: <http://www.christnet.cz/magazin/clanek.asp?clanek=3852>
- BÁRTLOVÁ, S. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
- BEAUCHAMP, T., L., CHILDRESS, J. F. 2001. *Principles of Biomedical Ethics*. 5. vyd. New York: Oxford University Press. 454 s. ISBN 0-19-514332-9.
- BĚLOHRADSKÝ, V. 2006. Tyranie hodnot (a hony na čarodějnice). *Salon, literární příloha Práva*, s. 1-3.
- BOURDIEU, P. 1998. *Teorie jednání*. 1. české vyd. Praha: Karolinum. 179 s. ISBN 80-7184-518-3.
- CABRNOCH, M. 2011. *Nárok: stanovení zdravotní péče hrazené z pojištění* [online]. [cit. 2012-11-04]. Dostupné z: <http://cabrnach.blog.idnes.cz/c/211276/Narok-stanoveni-zdravotni-pecce-hrazene-z-pojisteni.html>
- CALLAHAN, D., aj. 1997. *Cíle medicíny. Hledání nových priorit*. Praha: MZ ČR a IPVZ .27 s.
- CAPRA, F. 2002. *Bod obratu. Věda, společnost a nová kultura*. 1. české vyd. Praha: DharmaGaia a Maťa. 516 s. ISBN 80-85905-42-6 (DharmaGaia) a 80-86013-024-6 (Maťa).
- ČESKÉ ZDRAVOTNICKÉ FÓRUM. *Cesta ke zdraví – o projektu* [online]. [cit. 2012-11-04]. Dostupné z: <http://www.czf.cz/clanek/ckz-o-projektu>
- DETELS, R., BEAGLEHOLE, R., LANSANG, M., A., GULLIFORD, M. 2009. *Oxford Textbook of Public Health*. Vol 1. 5th ed. New York: Oxford University Press. 392 s. ISBN 978-0-19-957943-3.
- FOUCAULT, M. 2003. *Péče o sebe. Dějiny sexuality III*. Praha: Hermann. 326 s.
- GLADKIJ, I. 1995. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého. 178 s. ISBN 80-7067-503-9.
- HÁVA, P. 2010. Zdravotní politika. In POTUČEK, M., aj. *Veřejná politika*. Dotisk. Praha: SLON, s. 311-352. ISBN 978-80-86429-50-2.
- HOLČÍK, J. 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0.
- HOLČÍK, J. 2009. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: MSD. 150 s. ISBN 978-80-7392-089-0.
- HOLČÍK, J., KOUPILOVÁ, I. 2001a. Zájem o zdraví a podíl na péči o zdraví jako sociální a kulturní hodnota. *Zdravotnictví v České republice*, č. 3-4, s. 99-102.
- HOLČÍK, J., KOUPILOVÁ, I. 2001b. Sociální determinanty zdraví. Základní fakta a doporučení pro praxi v kontextu programu Zdravá města. *Časopis lékařů českých*, č. 1, s. 3-7.
- ILLICH, I. 1976. *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*. New York: Pantheon Books. 275 s.

- IVANOVÁ, K. 2006. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: NCONZO. 240 s. ISBN 80-7013-442-9.
- IVANOVÁ, K. 2009. Zdraví. In KALIBOVÁ, K., PAVLÍK, Z., VODÁKOVÁ, A. *Demografie (nejen) pro demografy*. Praha: Sociologické nakladatelství, s. 138-142. ISBN 978-80-7419-012-4.
- IVANOVÁ, K. 2012. Životní styl a zdraví. In KUBÁTOVÁ, H. *Životní způsob a jeho sociokulturní souvislosti v 21. stol.* Olomouc: VUP. V tisku.
- IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. 2005. *Multikulturní ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
- JANDOUREK, J. 2001. *Sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál. 288 s. ISBN 80-7178-535-0.
- JAROŠ, J. 1995. Solidarita, ekonomika a individuální účty. *Listy*, č. 8, s. 9-12.
- KAŇOVÁ, P. 2007. *Sociální determinanty nerovností ve zdraví*. Doktorská práce. Brno: Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/8319/lf_d/
- KAPR, J., LINHART, J., FISCHEROVÁ, V., VODÁKOVÁ, A. (eds.). 1994. *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*. 2. upravené vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. 116 s. ISBN 80-85850-03-6.
- KICKBUSCH, I. 1989. Self-Care in Health Promotion. *Social Science & Medicine*, Vol. 29, No. 2, pp. 125-130.
- KING, I., M. 1971. *Toward a Theory for Nursing. General concepts of Human Behavior*. 1st. ed. United States: John Wiley. 132 s. ISBN 0-471-47800-8.
- KOMÁREK, S. 2003. O spasení těl aneb Reformace v medicíně. *Revue Prostor*, č. 58/59, s. 7-11. ISSN 0862-7045.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. Svědomí našeho sebevědomí. *Psychologie dnes*, č. 9, s. 20-21. ISSN 1212-9607.
- KŘÍŽOVÁ, E. 2003. Sociologie na poli medicíny a zdravotnictví – cizinec nebo vetřelec? In ŠUBRT, J. ed. *Aktér, instituce, společnost. Sborník k 65. narozeninám prof. M. Petruska*, s. 117-132.
- LALONDE, M. 1978. *A New Perspective on the Health of Canadians*. A working document. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada. 76 s. ISBN 0-662-50019-9.
- Le FANU, J. 2001. *Vzestup a pád moderní medicíny*. 1. vyd. Praha: Academia. 310 s. ISBN 80-200-0879-9.
- Lemon 4. 1997. Soubor učebních textů pro sestry a porodní asistentky. 1. vyd. Adamov: MIKADA. 160 s.
- LINK, B. G., PHELAN, J. C. 1995. Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*, No. 35, pp. 80-94.
- McDADE, T., W. 2001. Lifestyle incongruity, social integration, and immune function in Samoan adolescent. *Social Science & Medicine*, No. 53, pp. 1351-1362.
- MUNZAROVÁ, M. 1995. *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*. 1. vyd. Brno: MU. ISBN 80-210-1057-6.
- PARUSNIKOVÁ, Z. 2000. Biomoc a kult zdraví. *Sociologický časopis*, roč. 36, č. 2, s. 131-142. ISSN 0038-0288.

- PLHÁKOVÁ, A. 2002. Je naše vůle svobodná? *Psychologie dnes*, č. 11, s. 20-21.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. 2003. *Pedagogický slovník*. 4. aktualizované vydání. Praha: Portál. 322 s. ISBN 978-80-7367-546.
- PŘÍHODA, P. 2003. Dilemata současné medicíny. Rodí se nový pohled na zdraví a nemoc? *Revue Prostor*, č. 58/59, s. 21-24. ISSN 0862-7045.
- SIEGRIST, J. 2000. Place, Social Exchange and Health: Propsed Sociological Framework. *Social Science & Medicine*, No. 51, pp. 1283-1293.
- SVOBODOVÁ, K., PODANÝ, P. 2003. Vynálezci nemocí. *Právo*, příloha Týden. č. 37, s. 36-44.
- ŠLACHTOVÁ, H. 2005. *Sociální epidemiologie*. 1. vyd. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta, Ostravská univerzita. 103 s. ISBN 80-7368-089-0.
- TUCKEROVÁ, V., IVANOVÁ, K., 2004. Spravedlnost v péči o zdraví. In IVANOVÁ, K., KLOS, R. *Kapitoly z lékařské etiky*. 2. vyd. Olomouc: VUP, s. 99-104. ISBN 80-244-0892-9.
- VENCOVÁ, B. 2012. *Zdravotní gramotnost a její význam ve speciální pedagogice*. Bakalářská práce. Olomouc: Pedagogická fakulta Univ. Palackého. V tisku.
- VRÁBLÍKOVÁ, K. 2009. Politická participace a její determinanty v postkomunistických zemích. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, Vol. 45, No. 5, s. 867-897.
- Všeobecná encyklopedie. 1998. 3. díl. 1. vyd. Praha: Nakladatelský dům Diderot. ISBN 80-85841-35-5.
- Všeobecná encyklopedie. 1998. 4. díl. 1. vyd. Praha: Nakladatelský dům Diderot. ISBN 80-85841-37-1.
- WHITE, L., W., WAITE, M., L. 1994. The Ethics of Health Care Rationing as a Strategy of Cost Containment. In HUMBER, J., M., ALMEDER, R., F. ed. *Allocating Health Care Resources*. New Jersey: Human Press, 223 s. ISSN 0742-1796.
- WHITEHEAD, M. 2000. *The concepts and principles of equity and health* [online]. Copenhagen: WHO. [cit. 2012-11-04]. Dostupné z: http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf
- WIEDMANN, H., H., EGELAND, J., A. 1973. A Behavioral Science Perspective in the Comparative Approach to the Delivery of Health Care. *Social Science & Medicine*, vol. 7, pp. 845-860.
- WHO. 2006. *Zdraví 21* [online]. [cit. 2012-11-04]. Dostupné z www.czf.cz/soubory/zdravi21.pdf
- ZASTOUPENÍ EVROPSKÉ KOMISE V ČESKÉ REPUBLICE [online]. [cit. 2012-11-04]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/ceskarepublika/information/glossary/term_166_cs.htm
- ŽÁČEK, A. 2000. Determinanty zdraví a zdravotní politika. Část 3. Od intervence ke kvalitě života. *Časopis lékařů českých*, roč. 139, č. 6, s. 163-165.

3 ZDRAVOTNÍ POLITIKA

Zdravotní politika znamená politické jednání s vlivem na zdraví skupin či národů. Základním výchozím zdrojem a současně konečným výsledným kritériem zdravotní politiky je zdravotní stav obyvatelstva. Prioritou (můžeme také říci posláním) zdravotní politiky je chránění a posilování zdraví celé populace, snižování výskytu dominantních onemocnění a omezování obtíží a utrpení těch, jejichž zdraví je jakkoliv narušeno (Ivanová, 2001; Gladkij, aj., 2003; Drbal, 2005; Gladkij, 2002). Drbal (2000, s. 6) však připomíná, že principiální pilíře, z nichž se zdravotní politika zrodila, a v čem by měla i nadále spočívat jsou dva – nejen zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, ale také zabezpečení ekonomické dostupnosti péče o zdraví. Cílem kapitoly je seznámit studenty s obsahem pojmů politika, veřejná politika, sociální politika a zdravotní politika a v míře co nejnížší simplifikace vysvětlit jejich vzájemné vztahy, včetně zásadních principů.

3.1 Zdravotní politika jako pojem

Pojem „zdravotní politika“ se používá v širokém slova smyslu: zahrnuje oblasti všechny oblasti péče, které ovlivňují zdraví, tj. nejen péči o zdraví ve zdravotnickém systému, ale i ochranu zdraví, podporu a prevenci zdraví ve všech společenských sférách a odvětvích (Water, Herten, 1998, s. 16). V tomto studijním textu budeme používat termín „zdravotnická péče“, když budeme hovořit o péči v už-

ším smyslu (tj. o péči vykonávanou v rámci rezortu zdravotnictví a zdravotnickými pracovníky) a pojem „zdravotní péče“ pro celou oblast péče o zdraví, včetně prevence, ochrany zdraví, ale i konkrétní zdravotnické péče. Od pojmu „zdravotní péče“ budeme odvozovat i pojem zdravotní politika – tedy politika týkající se celé oblasti péče o zdraví. Je možno říci, že cílem péče o zdraví je umožnit všem, aby dosáhli pokud možno plného zdravotního potenciálu. Cílem zdravotnictví je přispívat ke zlepšování zdraví lidí a zajistit dobrou funkci systému poskytující zdravotnické služby (Holčík, 2005, s. 9).

Ottawská charta podpory zdraví (první mezinárodní konference o podpoře zdraví Ottawa, Kanada, 17. – 21. 11. 1986) uvádí ve statí Prostředky působení v oblasti podpory zdraví jako první cíl „Budování zdraví prospěšné veřejné politiky“. Cíl je konkrétně specifikován takto: Podpora zdraví přesahuje oblast zdravotnické péče. Zařazuje totiž zdraví do agendy tvůrců politiky ve všech rezortech a na všech úrovních a přivádí je k tomu, aby si uvědomovali důsledky svých rozhodnutí pro zdraví a přijali svou odpovědnost za zdraví. Politika podpory zdraví v sobě spojuje rozmanité, avšak vzájemně se doplňující přístupy, zahrnující legislativu, fiskální opatření, zdanění a organizační změny. Koordinovaný přístup vede ke zdravotní, příjmové a sociální politice, která podporuje větší míru spravedlnosti. Společný postup přispívá k zajištění bezpečnějšího a zdravějšího zboží a služeb, zdraví prospěšných veřejných služeb a čistších, příjemnějších prostředí. Předpokladem politiky podpory zdraví je identifikovat překážky přijetí zdraví prospěšných koncepcí veřejné politiky v nezdravotnických rezortech a najít způsoby, jak překážky odstranit. Cílem musí být stav, kdy bude i pro tvůrce politiky tou snadnější volbou volba prospěšnější zdraví.

Míra skutečného efektu zdravotní politiky však není dána pouze politickými zájmy, prosazovanými příslušnými etážemi státní reprezentace, ale v nemenší míře také zájmy samotných občanů (Drbal, 2001, s. 13). Zdravotní politika by měla být schopna tyto zájmy vyvolávat a zároveň vytvářet podmínky k tomu, aby mohly být realizovány i společností a také schopností společnosti vytvářet podmínky k realizaci těchto zájmů. Podle Drbala (2001, s. 13) základními předpoklady účinné zdravotní politiky jsou:

- správně definované cíle a strategické postupy k jejich naplnění,
- odpovídající motivace a podmínky občanů k jejich realizaci,
- socioekonomické prostředí umožňující realizovat žádoucí péči o zdraví.

Teoretický základ pro stanovování adekvátní a účinné zdravotní politiky popisují autoři Water a Herten na s. 31 v knize *Health Policies on Target?: Review of Health Target and Priority Setting in 18 European Countries*.

3.2 Základy teorie zdravotní politiky

Zdravotní politika znamená politické jednání s vlivem na zdraví skupin či národů. Cílem zdravotní politiky je v té či oné podobě zlepšovat zdravotní situaci obyvatelstva minimalizací výskytu poruch zdraví, jež působí zhoršení kvality života a ohrožují předčasnou smrtí. Obsahem zdravotní politiky je tvorba legislativních, ekonomických, motivačních, environmentálních a odborných podmínek a předpokladů, aktivizujících jedince, společenské skupiny a společenské síly k dosažení optimálního stavu zdraví a naplňování zdravotních potřeb.

Zdravotní politika se realizuje všude tam, kde jsou ovlivňovány vztahy a podmínky, jež zvyšují či snižují pravděpodobnost vzniku, progresu a chronicity poruchy zdraví, zhoršení kvality života a ohrožení smrtí. Subjektem či adresátem tohoto úsilí mohou být různé podoby pracovních, environmentálních, spotřebních či životních podmínek stejně jako určité skupiny lidí podle ohrožení poruchou zdraví či podle jiných kritérií.

Zdravotní politika klade řadu základních otázek:

- Jaké jsou problémy, jež mohou být zdravotní politikou ovlivněny? (jaká ohrožení a jaké nemoci – předmětová oblast a intervenční pole)
- S jakými nástroji lze tyto problémy zpracovat? (intervenční formy a oborová příslušnost)
- Jakého instrumentária je třeba a jaké může být použito? (řídící a regulační formy)

Vyspělá společnost hledá odpověď na otázky:

1. Do jaké míry odpovídá stát za zdraví obyvatelstva?
2. Je činnost lékaře službou, za kterou má občan platit nebo je bezplatným projevem kulturní vyspělosti společnosti?
3. Jaká jsou práva a povinnosti nemocného člověka?
4. Které aspekty zdravotní péče mohou být definovány jako veřejné statky, jež jsou přínosem pro celou společnost, a které by měly být nahlíženy jako soukromé statky, jež mají primární hodnotu jen pro určité jedince?

5. Které části zdravotní péče by měly být řízeny vládami (vládními institucemi) či jinými samosprávnými orgány jako veřejné kolektivní rozhodování a která rozhodnutí by měla být ponechána k rozhodování jednotlivým občanům?
6. Které veřejné nebo soukromé statky by měly být poskytovány veřejným sektorem a které by bylo vhodné ponechat v soukromém sektoru?

Zdravotní politika a odpovědi na její otázky jsou určující pro vytváření, udržování, nebo případnou modifikaci systému péče o zdraví, jehož součástí je systém zdravotnický.

3.3 Systém péče o zdraví

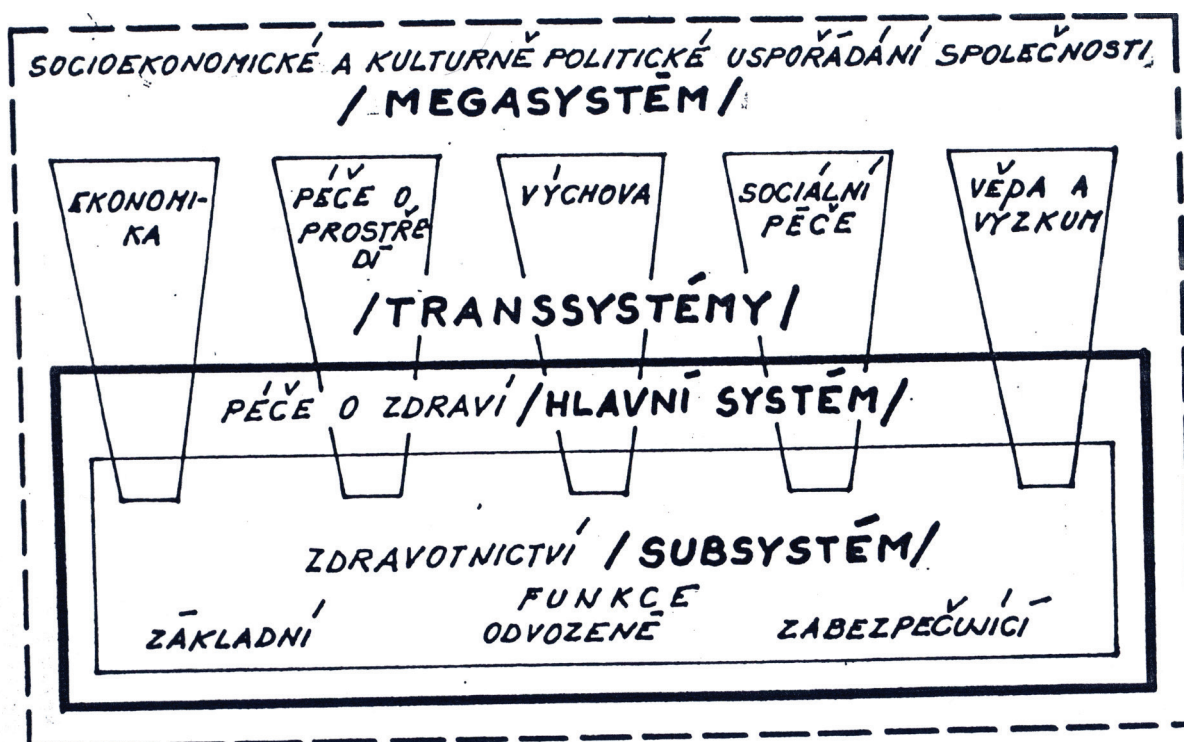
Systémové pojetí péče o zdraví je předmětem odborného diskurzu. Základní schéma systému je pro aplikaci systémové teorie na zdravotní péči nedostačující a vychází se samozřejmě ze složitějších schémat. Využívá se mnoho nejrozličnějších přístupů a modifikací, jejichž volba závisí ponejvíce na tom, co je předmětem studia a co v systému zdravotní péče lze v daném případě považovat za důležité.

Každý systémový model péče o zdraví je nutno chápat jako určitou abstrakci vyjadřující jen některé charakteristiky systému. Záleží hlavně na tom, které stránky procesu považujeme za důležité a zda je chceme ovlivňovat.

Systém péče o zdraví v České republice je založen na následujících principech:

1. Solidarita
2. Vysoký podíl samosprávy
3. Vícezdrojové financování s převažujícím podílem veřejného zdravotního pojištění
4. Svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení
5. Svobodná volba zdravotní pojišťovny v rámci systému veřejného zdravotního pojištění
6. Stejná dostupnost poskytovaných služeb pro všechny pojištěnce

Systém péče o zdraví znázorňuje obr. 4 (Gladkij, Koldová, 2005, s. 147).



Obr. 4 – Systém péče o zdraví

Zákonné normy v České republice vycházejí z následujících zásad: péče o zdraví se zaměřuje především preventivně k ochraně a k soustavnému upevňování zdraví a zvláštní pozornost má být věnována péči o novou generaci. Současně jeden z hlavních principů předpokládá snahu každého jednotlivce o zdravý život a snahu přispívat k vytváření zdravých podmínek a zdravého způsobu života i práce obecně.

3.3.1 Zdravotnický systém jako podsystém systému zdravotní péče

Nejdůležitějším pohledem pro obecnější představu zdravotnického systému je pohled organizačně institucionální, který představuje zdravotnický systém jako souhrn zdravotnických zařízení a institucí s vymezenými kompetencemi, s vertikálním a horizontálním systémem vazeb.

Organizační struktura představuje uspořádání a proces organizace úkolů, dále postavení a činnost každého účastníka systému, vše spojené cílem harmonické spolupráce existujících vazeb za účelem udržení či zvýšení účinnosti systému. Poznáním organizační struktury jsme schopni se orientovat ve složitém, dynamic-kém, mnohorozměrném a otevřeném systému, jakým zdravotnictví bezesporu je. Organizační problémy ve zdravotnickém systému můžeme zkoumat z hlediska organizačně institucionální klasifikace, stupně centralizace, stupně koordinace, z hlediska složení profesionálních týmů a konečně z hlediska informačního zajištění poskytované péče (Gladkij, 2000, s. 80).

Ekologie zdravotnického systému musí být organizačně institucionálně klasifikována, koordinována a musí mít informační zajištění ve zdravotnickém systému České republiky.

Neméně důležitá v systému zdravotnictví je i klasifikace vertikální, která se skládá z *primární péče* (praktičtí lékaři pro děti a dospělé, gynekologové první linie, stomatologové); ze *sekundární péče* (standardní specializované služby ambulantní a lůžkové); a z *terciární péče* (specializované, extrémně komplexní a technologicky náročné diagnosticko-léčebné služby ve velkých nemocnicích).

Organizační útvary (subsystémy), které patří do zdravotnického systému, se liší od průmyslových podniků či jiných organizací specifickými znaky. Specifické znaky, které jsou uvedeny, nejsou vždy jen ve zdravotnictví, jednotlivé znaky je možno nalézt i v ostatních hospodářských či jiných institucích, ale ve zdravotnictví se vyskytují téměř všechny najednou, a to činí ze zdravotnictví ojedinělý fenomén. Velmi podobné znaky lze vystopovat pouze v sociálním a školském systému, kde ovšem výsledná hodnota je kvalitativně odlišná (Gladkij, 2000, s. 13).

Mezi nejvýznamnější rozdíly patří:

- Definování a měření výstupů a výsledků léčebně preventivní činnosti je spojeno s mnoha obtížemi. Dosud neexistuje jednoznačně akceptovatelná definice zdraví, měření úrovně zdraví je možno provádět pouze nepřímou.
- Skutečné potřeby zdravotní péče se velmi těžko zjišťují a neustále se mění.
- Spotřeba péče při léčení těchto chorob u různých jedinců je velmi variabilní.
- Velká část činností má neodkladný charakter.
- Práce klade mimořádné nároky na přesnost a spolehlivost.
- Pracovní aktivity jsou vysoce specializované a vyžadují vysoký stupeň koordinace mezi různými profesně specializovanými týmy.
- Pacienti mají převážně podřízenou úlohu, protože nejsou schopni posoudit účelnost a užitečnost léčebných postupů.
- Výsledky léčby nemusejí být vždy úspěšné, i když byla odvedena bezchybná profesionální práce.
- Účastníci zdravotnických organizací jsou vysoce profesionalizováni a jejich primární loajalita směřuje spíše k profesi než k organizaci, ve které působí.
- Existuje relativně nízký stupeň kontroly výsledků práce zdravotníků ze

strany manažerů organizace.

- V mnoha zdravotnických organizacích existuje dvojí podřízenost, což vytváří problémy v koordinaci odpovědnosti a střety rolí.
- Jakékoliv poruchy ve fungování systému jsou veřejností velmi citlivě vnímány.
- Je-li dosaženo určité standardní péče, potom nové vstupy nemusí být spojeny s přínosy

Po okouzlení systémovým přístupem se ve světě objevují v procesu přechodu k postmoderní společnosti (70-90 léta min. století) první finanční i morální krize systémů zdravotnictví. Jejich výsledkem je zjištění, že v globalizovaném světě je reforma zdravotnictví kontinuální proces, který musí neustále vyvažovat protipólové problémy a dilemata typu:

- Trh nebo regulace?
- Práva pacientů (autonomie) nebo expertní moc (paternalismus)?
- Konvergence nebo divergence zdravotnických systémů?
- Odpovědnost za zdraví je záležitost jednotlivce nebo státu?
- Rovnost nebo nerovnost obyvatel?

Pro současné systémy zdravotnictví je charakteristické, že:

- spotřebovávají zdroje – peníze;
- plní vysoce důležitý účel – hodnoty (altruismus);
- jsou předmětem politického rozhodování – moc a zájmy;
- jsou to expertní systémy – věda.

Systémový přístup aplikovaný do zdravotnictví, jak ukázal čas, není univerzálním návodem, jak vyřešit všechny problémy, je však pro řízení péče o zdraví a zdravotnictví samé významným přínosem.

Systémový přístup ve zdravotnictví je přínosný na všech úrovních řízení, při hodnocení situací a vymezování problémů, při volbě priorit, stanovování cílů, při plánování, realizaci, vyhodnocování a kontrole, prováděné pomocí zpětné vazby. Evaluace funkce zdravotnického systému se zaměřuje na produktivitu, účinnost, efektivitu, kvalitu. Jako nenahraditelný se systémový přístup jeví v předávání informací.

3.3.2 Typy zdravotnických systémů

Jak vyplývá z předcházejících kapitol, všechny společnosti řeší ve svých sociálních, potažmo zdravotnických systémech problém propojení tří, někdy si protiřečících principů (Jaroš, 1995, s. 8.):

1. Princip dostupnosti, spravedlnosti
2. Ekonomickou makroefektivitu a mikroefektivitu
3. Individuální zodpovědnost za sebe a rodinu

Výsledkem je úvaha, že priority medicíny je třeba stanovit ve dvou úrovních. Na první úrovni jde o místo medicíny a zdravotnické péče v celém národním hospodářství, tj. v systému péče o zdraví a na druhé o její místo v samotném systému zdravotnictví. Na celostátní úrovni bude důležité si všimnout těch sociálních podmínek, jež mají dopad na zdraví a medicínu (například chudoby), usilovat o spravedlivou distribuci zdrojů mezi zdravotnictvím a jinými sférami společnosti a uvnitř zdravotnického sektoru samotného. Na úrovni zdravotnické péče by potom priority medicíny byly mnohem více konkrétní a dotýkaly by se odborných opatření a činností, jejichž cílem je diagnosticky podložená kurativní i paliativní léčba a péče, rehabilitace i účelově zaměřená prevence a posilování zdraví.

Ve zdravotní politice státu při prosazování zájmů o zdraví občanů (ve vymezení jeho prostoru, proporcí a způsobů uplatňování vlivu vůči různým subjektům, které se podílejí na utváření zdravotního stavu a na péči o zdraví obyvatelstva) je nutno se opírat o některé reálné, objektivně determinované vztahy. Mezi ně patří především vztah mezi potřebami péče a mezi zdroji péče, schopnými péči saturovat.

Sebe přesněji definované potřeby zůstanou neuspokojeny, pokud nejsou k dispozici zdroje na jejich pokrytí. Nalézání těchto zdrojů a řešení pravidel a způsobů jejich využívání patří mezi prvořadé úkoly státní zdravotní politiky. S návazností potom na hodnotový základ společnosti a konkrétní zdravotní determinanty je vytvářen, udržován a neustále vyvažován neoptimálnější stav konkrétního zdravotnického systému.

Charakteristické typy tohoto cyklu lze schematicky zobrazit v podobě dvou krajních modelů:

1. Centralisticky systém s přidělovým způsobem – neschopný adekvátně a dynamicky reagovat na zabezpečení potřeb ani globálně ani v jednotlivostech. Neexistoval v něm žádný bezprostřední vztah mezi potřebami a mezi zdroji k jejich saturaci. Úloha státu jako centrálního plánovače a distributora se ukázala být nevyhovující, neumožňující zejména jakékoliv rozporné zájmy.

Vylučovala možnost působení autoregulačních mechanismů, nutně vedla k formalismu a voluntarismu a ve svých konečných důsledcích jen stupňovala potřeby i nemožnost jejich saturace.

2. Druhý krajní model – ve vztahu mezi tvorbou zdrojů a saturací potřeb péče o zdraví je zcela eliminována role státu.

Téměř ve všech soudobých zemích existují takové zdravotnické systémy, kde do vztahu mezi zdroji a potřebami vstupuje stát jako fenomén, jenž v různém smyslu, různém rozsahu a s různou intenzitou moderuje nebo přímo ovlivňuje jejich průběh. V charakteru a v míře tohoto vlivu je podstata a smysl reforem zdravotnických systémů v jednotlivých státech, které se snaží nalézt optimum mezi potřebou a možnými zdroji.

Do tržních vztahů, tvořících podstatu poskytování zdravotnických služeb, tak vstupují dva významné momenty, vycházející z tradičních hodnot daného společenství: princip solidarity a regulační role státu. Jejich váha a proporce jsou v různých zemích vyjádřeny různě prostřednictvím jejich vlastních systémů zdravotní péče. Povaha a míra jejich uplatnění vyplývá se zájmu státu na zdraví populace a vtělení těchto zájmů do určité zdravotní politiky.

Čtyři základní institucionální modely zdravotnických systémů můžeme rozdělit podle veřejné regulace a vytváření trhu v péči o zdraví na:

1. Vysoce centralizované soustavy, kde výlučným vlastníkem a i provozovatelem zdravotnických zařízení je stát a zdravotní služba je poskytována státem (bývalé Československo, země socialistického bloku, Kuba). Podle zakladatele je nazýván jako Semaškův systém.
2. Jednotné národní soustavy zdravotní péče, které financuje stát z daní, zdravotní péče je služba a je zajišťována státem. Státní zdravotnická zařízení jsou doplněna nezávislými zařízeními soukromého sektoru uplatňujícími se na trhu (Velká Británie, Španělsko, Nový Zéland, severské země, Portugalsko, Itálie aj.). Podle zakladatele nazýván též Beveridgeův systém.
3. Soustavy s povinným zdravotním pojištěním (Německo, Rakousko, Nizozemí, Francie, Japonsko, Benelux, Švýcarsko, od roku 1990 také Česká republika aj.), kde stejně jako u předcházejícího systému jsou státní zdravotnická zařízení doplněna nestátními komerčními i neziskovými organizacemi. Zdravotní služba je zajišťována zdravotními pojišťovnami. Podle zakladatele nazýván též Bismarcův systém.
4. Liberální soustavy, založené na uplatnění na trhu s dobrovolným soukromým pojištěním, doplněné soustavami péče o vybrané ohrožené skupiny populace, které jsou financovány z daní (USA). Zdravotní službu si zajišťuje občan sám.

Při hledání optimálních řešení jsou zdravotnické systémy neustále podrobovány srovnávání s jinými systémy, či s vlastním systémem v určitém čase. Srovnávací kritéria jednotlivých systémů je dostupnost zdravotnické péče, kvalita (technické vybavení, léky, vzdělanost zdravotníků, spokojenost pacientů, organizace práce), vynakládané náklady, účinnost a efektivita poskytované zdravotní péče, spravedlnost a akceptabilita zdravotnického systému (blíže o zdravotnických systémech viz též Gladkij, aj., *Management ve zdravotnictví*, 2003).

3.3.3 Systém zdravotního pojištění v České republice

Obecně znamená pojištění takový systém, který pomáhá snížit nežádoucí dopad různých životních, ale i jiných událostí, jako jsou například živelné pohromy, krádeže, podnikatelská rizika, úrazy, dopravní nehody, ztráty výdělku ve stáří nebo nemoci a výdaje na zdravotní péči v době nemoci. Základním principem pojištění je princip vzájemnosti. Jde o metodu vytváření rezerv pro budoucnost.

Pojištění je možné realizovat tak, že lze vytvořit vztah rovnováhy mezi součtem položek jednotlivých pojišťovacích článků a součtem plnění nároků při vzniku konkrétní pojistné události, tedy dosáhnout prospěchu bez zisku. Pojištění je také způsob, jak lze krýt nahodilé a nejisté, ale odhadnutelné potřeby daných jednotek, ale i jednotlivců pomocí velkého počtu takových jednotek a jednotlivců, kteří mají stejné potřeby a jsou ochotni přispět ke společnému řešení těchto potřeb.

Základní princip pojištění se vyvíjel postupně k dvěma různým objektům, a to k jednotlivcům nebo skupinám. Pojištění prošlo svou historií a řadou forem a ustálilo se jako společenská instituce soukromého (individuálního životního a majetkového) pojištění a sociálního pojištění veřejného a povinného pro určitou skupinu občanů (Gladkij, aj., 2003, s. 30-31).

Pojištění je tedy založeno buď na bázi dobrovolnosti (tzv. pojištění smluvní), nebo povinnosti (zákonné). Dobrovolné pojištění uzavírá občan sám podle svého uvážení a podle konkrétní pojistné smlouvy je pojistitel (nejčastěji komerční pojišťovna) v případě události povinen poskytnout plnění v předepsaném rozsahu. Osoba, která pojistnou smlouvu dobrovolně uzavřela (pojištěnec), je povinna platit pojistné v dohodnuté výši.

Povinné pojištění vždy vychází ze zákona (např. povinné pojištění motorových vozidel). Zvláštním druhem zákonného pojištění je pojištění sociální. V každé zemi je jeho rozsah stanoven právními normami, které jsou v souladu s oficiální sociální strategií, tj. v souladu s všeobecně přijímaným principem solidarity. Z tohoto pohledu má pojišťování hluboký sociální smysl, který se vztahuje k základním společensky dohodnutým hodnotám. Pod pojmem sociální pojištění se

rozumí jakékoliv pojištění, které sleduje sociální cíle a je garantováno státem, jako součást sociálního zabezpečení státu (Gladkij, aj., 2003, s. 31).

Do sociálního pojištění téměř v každém státě patří i zdravotní pojištění, které slouží k úhradě zdravotnické péče. V České republice je zdravotní pojištění spravováno zvláště zdravotními pojišťovnami a ostatní typy pojištění (nemocenské pojištění, důchodové pojištění, příspěvek na státní politiku zaměstnanosti) jsou spravovány Českou správou sociálního zabezpečení a Správou služeb zaměstnanosti Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky. Zdravotní pojištění pro občany České republiky vychází ze zákona a nazývá se veřejným zdravotním pojištěním. Ti, jenž na něj právně nemají nárok, se mohou pojistit smluvně.

Rámec veřejného zdravotního pojištění je dán zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který nahradil zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a stanovuje rozsah zdravotního pojištění a podmínky, za nichž je na základě tohoto zákona zdravotní péče poskytována. Výše pojistného je stanovena zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění. Zákony jsou však již mnoho let stále přepracovávány a u zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, byla dokonce před pěti lety snaha zákon zcela nahradit jiným zákonem. Avšak nepodařilo se zatím najít cestu konsensu, a tak se jen upravuje zákon stávající.

S financemi, vybranými na základě veřejného zdravotního pojištění, hospodaří Všeobecná zdravotní pojišťovna a ostatní zaměstnanecké pojišťovny. Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále VZP) České republiky se sídlem v Praze byla zřízena dne 1. ledna roku 1992 zákonem ČNR č. 551/1991 Sb. Zákon ČNR č. 280/1992 Sb. umožnil vznik dalším pojišťovnám rezortním, oborovým, podnikovým a dalším, které jsou po svém vzniku nositeli veřejného zdravotního pojištění pro pojištěnce, kteří jsou u nich zaregistrováni. Další pojišťovny se tím staly do určité míry konkurenčními a zaměřovaly se na specifické požadavky jednotlivých odvětví. Uspořádání mají blízké VZP. Zákon vymezuje tyto druhy zdravotních pojišťoven:

- Rezortní zaměstnanecká pojišťovna (pro zaměstnance jednoho ministerstva),
- Oborová zaměstnanecká pojišťovna (pro zaměstnance jednoho oboru),
- Podniková zaměstnanecká pojišťovna (pro zaměstnance jednoho nebo více podniků).

Všechny systémy zdravotní péče mají některé společné rysy, ale každý z nich existuje v prostředí určitého sociálně ekonomického uspořádání, což mu vtiskuje danou podobu a úroveň. Varianty modelů zdravotní péče jsou reálným obrazem dynamické konfrontace zájmů státu se zájmy individuálními. Je tedy třeba hledat a nacházet nejvhodnější proporce mezi uplatňováním zájmu státu a zájmy jednotlivých občanů a populačních skupin na péči o zdraví v podobě určité

zdravotní politiky. Zdravotní politika se odvíjí od převládajících hodnot, globální politiky dané společností, z jejího uspořádání, ekonomické úrovně a působícího reprodukčního procesu.

Zdravotní politika odpovídá na důležité otázky:

1. Co chceme a co nechceme?
2. Co chceme a co můžeme?

Mezi důležité úkoly zdravotní politiky náleží:

- a) navrhopvat řešení, která přinesou společnosti jako celku vyšší úhrnný prospěch než jsou průvodní ztráty,
- b) dosáhnout u občanů převažující souhlas s uskutečněním záměrů.

3.4 Cíle a úkoly zdravotní politiky

Na úvod je nutno znovu zopakovat to nejdůležitější, co je třeba znát ke zdravotní politice. Východisky zdravotní politiky jsou společenské hodnoty a normy, které demonstruje veřejná a sociální politika státu. Rozhodujícím podkladem ke správné definici cílů zdravotní politiky je zdravotní stav obyvatelstva, případně některých významných populačních skupin a tendence jeho vývoje. Zdravotní stav populace je nejen východiskem i cílem zdravotní politiky, ale také konečným a rozhodujícím kritériem toho, jak dalece byly cíle správně vystiženy a jak byly splněny. Pokud se chceme podrobně zabývat zdravotním stavem obyvatelstva, jež má vliv na stanovení priorit zdravotní politiky, musíme znát tzv. determinanty zdraví.

Vztah mezi nedostatečnou (nebo chybně nastavenou) sociální politikou v oblasti zdravotní péče a špatným zdravím je doloženou celou řadou empirických současných výzkumů, ať již je prováděn v oblasti demografické, sociologické, epidemiologické nebo ekonomické. Je možno konstatovat, že je nutno se neustále zabývat vztahem mezi socioekonomickým statusem obyvatelstva a jeho zdravím (Quesnel-Valée, Jenkins, 2010, s. 455).

3.4.1 Cíle zdravotní politiky

Cíle zdravotní politiky je nutno strukturovat. Podle Watera a Hertena (1998, s. 29) je možno cíle zdravotní politiky rozdělit podle míry (jednotlivých kroků) jejich konkretizace a na ně navazující úrovně jejich řešení:

1. Inspirativní využití (státní úroveň)
2. Manažerské využití (úroveň konkrétní politické práce)
3. Technické využití (úroveň praktická)

Kroky vývoje řešení:

Krok 1: Principy a hodnoty

Krok 2: Strategické cíle

Krok 3: Předmětné cíle

Krok 4: Kvalitativní cíle/úkoly

Krok 5: Kvantitativní cíle/úkoly

Krok 6: Indikátory/ukazatele

Krok 1: Principy a hodnoty ve zdravotní politice

Každá sociální a veřejná politika se utváří podle společenské preference určitých hodnot. Hodnota je nějaká vlastnost předmětu tj. věci, jevu, bytosti nebo události, která je komplementární určité motivaci. Hodnota je tak „koncepte žádoucího“, determinující výběr mezi způsoby chování, volbou prostředků a cíli chování. Vztah k hodnotám tak vytváří základní orientaci člověka, sociální skupiny i společnosti v životě a ve skutečnosti, která ho obklopuje.

Krok 2: Strategické cíle zdravotní politiky

Strategické cíle zdravotní politiky vycházejí z podrobné charakteristiky vývoje zdravotního stavu obyvatel, kterou provádí Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR), viz www.uzis.cz, a jsou vyjádřeny ve vládních programech, jejichž platnost je dlouhodobá a přesahuje funkční období vlády, která je schválila. K nejdůležitějším dokumentům tohoto typu patří v ČR: Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR; Zdraví pro všechny v 21. století; Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012; Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením; Národní akční plán sociálního začleňování; Národní akční plán zdraví a životního prostředí ČR apod. (Hnilicová, Janečková, 2009, s. 234-237).

Na základě strategických cílů zdravotní politiky jsou (nebo by měly být) vytvářeny:

- legislativní,
- ekonomické,
- motivační,

- environmentální,
- odborné podmínky a předpoklady pro vznik optimálního stavu zdraví a k naplňování zdravotních potřeb.

Společnost realizuje zdravotní politiku podle svých strategických cílů prostřednictvím státních, veřejných a soukromých institucí i jednotlivců na základě právních norem, které vtělila do svého právního řádu. Zdravotní politika každého státu by měla na základě svých strategických cílů a svými nástroji aktivizovat jedince, komunity, společenské skupiny i společnost jako celek, protože jsou adresátem úsilí zdravotní politiky. Není možné pochopit formy a realizaci zdravotní politiky bez souvislosti s celkovou politikou daného společenství.

Krok 3: Předmětné cíle zdravotní politiky

Hlavním předmětem zdravotní politiky je zvyšování kvality života obyvatel a zvyšování (anebo alespoň udržování) střední délky života. Konkrétní jsou tzv. „populační cíle“ a cíle zaměřené na celou oblast nemocnosti či úmrtnosti (např. snižování infekčních onemocnění), cíle zaměřené na zdravý životní styl. Předmětné a přitom široce jsou postaveny cíle programu WHO „Zdraví 21“.

Krok 4: Kvalitativní cíle/úkoly

Na strategické cíle a hlavní předmětné cíle potom navazují cíle konkrétní, ale ještě bez přesně měřitelných údajů. Kvalitativní cíle určujeme standardy (tedy tím, co by mělo být standardní) jako je snížení úrazovosti u dětí, sebevraždy u mládeže, snížení kardiovaskulární úmrtnosti u mužů mladšího a středního věku, snížení pracovních úrazů apod. (je možno zařadit i podrobnější témata: Aby pes nekousl; Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice; Pohyb a relaxace; Víme si rady s alergií?, viz <http://www.szu.cz/publikace/brozury-ke-stazeni>).

Kvalitativní indikátory mohou mít různou podobu, jednou z možností jsou zdravotní indikátory (instrumenty) k hodnocení dimenzí kvality života (Scambler, 2008, s. 302):

- Fyzické funkce, například schopnost pohybu;
- Emocionální well-being, například deprese, nepřátelství;
- Sociální funkce, například sociální podpora, sociální integrace;
- Životní role, například pracovní role, role v rodině;
- Síla bolesti, její frekvence a lokace;
- Ostatní symptomy, například nauzea, únava.

Krok 5 a 6: Kvantitativní cíle/úkoly a indikátory/ukazatele

Kvantitativní cíle potom udávají měřitelné výsledky kvalitativních cílů, například u snížení dětské úrazovosti kvantitativně specifikujeme typy (již podle MKN) nejčastějších úrazů, místa, kde se úrazy nejčastěji stávají, věk dětí, ve kterém se nejčastěji stávají, časové řady nárůstu či snížení těchto typů úrazů, zjištění situace podle jednotlivých krajů. Kvantitativní úkoly jsou popsány a monitorovány plány a programy jako je např. Národní akční plán prevence dětských úrazů na léta 2007 až 2017, studie MONICA apod.

Poté si stanovíme indikátory (ukazatele) měření, např. u utonutí dětí – rok, kdy k události došlo, počet utonulých, počet zachráněných a ošetřených, počet hospitalizovaných, údaje budou rozděleny podle věku, pohlaví, závažnosti následků. Na základě přesných indikátorů stanovíme, o kolik chceme stav zlepšit, a jak (například osvětou ve škole). Indikátory jsou potom zcela přesné, měřitelné údaje – počet utonutí v Olomouckém kraji u dětí ve věku 10-15 let, úmrtnost na tento úraz u chlapců v roce 2011 – a o kolik jej chceme snížit do roku 2015.

Všechny cíle zdravotní politiky se částečně prolínají, v dobře stanoveném politickém plánu, by měly být uvedeny všechny ve výše uvedeném pořadí. Jen tenkrát je plán zřejmý a přehledný, vysvětluje jak důvody vzniku plánu (nebo projektu), ale i možnosti měření.

Vztah mezi zdravotní politikou, zdravotním stavem obyvatelstva, včetně způsobů stanovování cílů, ukazuje obr. 5 (Gladkij, aj., 2003, s. 12).



Obr. 5 – Úloha a význam zdravotní politiky

3.4.2 Úkoly zdravotní politiky

Cíle a úkoly zdravotní politiky také nelze od sebe striktně oddělit, viz Kvalitativní cíle/úkoly a kvantitativní cíle/úkoly v předcházející kapitole. Je k tomu možno přistupovat asi takto: cílem zdravotní politiky je vznik zdravotnické legislativy, která by podporovala zdraví obyvatelstva, úkolem potom její vytvoření. V oblasti zdravotní politiky je vůbec mnoho oblastí, které lze jen obtížně definovat bez prolínání vlivů z jiných oblastí.

Podle Lasta (2007, s. 159) je možno definovat zdravotní politiku jako sadu principů formálně odsouhlasenou ve volbách a uskutečňovanou autoritami v oblasti zdraví na národní, regionální, nebo lokální úrovni. Úkoly zdravotní politiky je tedy možno rozdělit podle toho, na jaké úrovni řízení se nacházejí (Drbal, 2002, s. 10).

Typickými úkoly centrální úroveň (zjednodušeně je možno říci státní úroveň) zdravotní politiky jsou:

- stanovení cílů sociální a veřejné politiky
- stanovení předmětných cílů zdravotnické péče
- vytvoření zdravotnické legislativy
- stanovení principů financování zdravotnické péče
- plánování zdravotnické péče podle stanovených cílů
- profesní kvalifikace zdravotnických pracovníků
- vytvoření a hodnocení standardů kvality
- stanovení priorit preventivních opatření

Typickými úkoly pro regionální úroveň zdravotní politiky jsou:

- konkretizace legislativy (tzv. předpisy)
- hodnocení dopadů zdravotnické péče na zdraví obyvatel
- rozhodování o investicích
- řešení dostupnosti zdravotnické péče
- konkrétní podpora zdraví

- vytvoření regionálních plánů zdravotní politiky
 - registrace zdravotnických zařízení
 - vyjednávání s centrálními orgány (zejména s Ministerstvem zdravotnictví ČR)
 - zajištění kvality ve zdravotnických zařízeních regionu
-
- Typickými úkoly na místní úrovni zdravotní politiky jsou:
 - poskytování zdravotnické péče v konkrétních zdravotnických zařízeních
 - integrace potřebných typů zdravotnické péče
 - konkrétní investice a dohled nad nimi
 - vytvoření plánů péče o pacienty
 - vytvoření plánů rozvoje konkrétních zdravotnických zařízení
 - přijímání a propouštění zaměstnanců
 - školení a vzdělávání zaměstnanců
 - vyjednávání s regionálními orgány zdravotnické péče (ale i jinými)
 - vyřizování stížností

Společnost realizuje svou zdravotní politiku prostřednictvím státních, veřejných a soukromých institucí i prostřednictvím jednotlivců na základě právních norem, které vtělila do svého právního řádu. Formy a realizace zdravotní politiky souvisejí s celkovou politikou daného státu. Je nemožné pochopit a zhodnotit konkrétní systém zdravotní péče bez souvislosti s poznáním množství faktorů, které se mění podle směřování společnosti a její ekonomické situace.

Stejně jako pro lékařství platí i pro zdravotní politiku v liberálně demokratickém státě základní sebeurčení jedince, přednost řízení sebe (autonomie) před řízením druhými a ochrana slabých. Heslo T. G. Masaryka „První povinností každého občana je postarat se o sebe sám, aby se o něho nemusel starat někdo jiný“ je základním hlediskem. Ve zdravotní politice však nemůže být absolutizováno. Je třeba rozlišovat, nač stačí v moderní společnosti člověk sám, kdy je třeba pomoci skupiny (např. rodiny), jakou úlohu hrají soukromé a veřejné instituce a jaké role se v dané době a situaci ujímá společnost a stát.

Literatura a prameny

- DRBAL, C. 2005. *Česká zdravotní politika a její východiska*. 1. vyd. Praha: Galén. 96 s. ISBN 80-7262-340-0.
- DRBAL, C. 2002. Zdravotní politika. In *Veřejné zdravotnictví*. Praha: IPVZ. Texty ze specializačního vzdělávání v oboru Veřejné zdravotnictví, modul III – Zdravotní politika.
- DRBAL, C. 2001. *Politika pro zdraví*. 1. vyd. Praha: Škola veřejného zdravotnictví. 60 s.
- DRBAL, C. 2000. Změny ve vývoji determinant zdraví – jejich podstata, projevy a vliv na zdravotní politiku. *Zdravotnictví v ČR*, roč. 3, č. 1-2, s. 6-12.
- GLADKIJ, I. 2000. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. 2. nezměněné vydání. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého. 177 s. ISBN 80-244-0176-2.
- GLADKIJ, I. 2002. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého. 111 s. ISBN 80-244-0500-8.
- GLADKIJ, I., aj. 2003. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- HOLČÍK, J. 2005. Evropská zdravotní strategie. In HOLČÍK, J., KAŇOVÁ, P., PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. Brno: NCONZO, s 70-73. ISBN 80-7013-417-8.
- HNILICOVÁ, H., JANEČKOVÁ, H. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
- IVANOVÁ, K. 2001. *Priority a cíle hlavních participantů zdravotní péče*. Doktorská práce. Brno: Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví. 196 s.
- JAROŠ, J. 1995. Solidarita, ekonomika a individuální účty. *Listy*, č. 8, s. 9-12.
- LAST, M., J. (ed.). 2007. *A Dictionary of Public Health*. 1st ed. Oxford: Oxford University Press. 407 s. ISBN 978-0-19-516090-1.
- QUESNEL-VALÉE, A., JENKINS, T. 2010. Social Policies and Health Inequalities. In COCKERHAM, W., C. (ed.). *Medical Sociology*. 1st ed. Oxford: Blackwell Publishing. 596 s. ISBN 978-1-4051-8868-5.
- WATER, van de, H., P., A., HERTEN, van L., M. 1998. *Health Policies on Target?: Review of Health Target and Priority Setting in 18 European Countries*. 1st ed. Leiden, Netherlands: TNO – Prevention and Health. 159 s. ISBN 90-6743-558-9.

4 ORGANIZAČNÍ KULTURA VE ZDRAVOTNICTVÍ

Kultura je nadstavbou přírodních sil a ekonomických faktorů, poskytuje jednotlivci i skupinám hodnoty a symboly, určuje obsah myšlení a usměrňuje způsoby chování ve společnosti. Kultura působí v každé společenské instituci a potažmo i v jednotlivých organizacích. Jejím organizačním projevem jsou specifické způsoby chování členů organizace, jejich pracovní hantýrka, způsob oblékání, gesta, tabu, tradice, rituály i způsoby, jakým se realizují cíle. Organizační kultura je významným subsystémem každé organizace, která významně ovlivňuje chování lidí uvnitř organizace i chování organizace navenek.

K poznání specifické kultury zdravotnické organizace a ještě specifičtější kultury „vlastní organizace“ by měly přispět vědomosti o kultuře jako základním fenoménu, který je možno definovat jako relativně integrovaný celek zahrnující lidské chování a jeho výtvoř; toto chování se řídí v určitém společenství v procesu interakce vytvořenými vzory (Kloskowská, 1981, s. 22; Nový, aj., 1996, s. 10). Fundamentální porozumění kultuře jako zásadnímu fenoménu sociálního života je základem pro orientaci v organizační kultuře v obecném slova smyslu. Na tyto stavební kameny znalosti kultury musí nezbytně navazovat i podrobný popis specifik, které odlišují organizace, jež působí v systému poskytování zdravotnické péče.¹⁴

14 Kulturu zdravotnické organizace se zabývala Ivanová (2007) v habilitační práci, ve které prokázala, že shodným rysem zdravotnických organizací zejména nemocničního typu je odlišné pojmání organizační kultury lékaři a odlišné nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Lékaři upřednostňují svou profesi a odbornost nad jakékoliv organizační uspořádání, všeobecné sestry více cítí sounáležitost k organizaci, kde pracují a organizační kultura je pro ně velmi důležitá.

4.1 Kultura jako základ společenského soužití

Pojem kultura se objevuje v římské filozofii. Vychází z latinského slovesa *colere*, což znamená vzdělávat, obdělávat, pěstovat. V přeneseném slova smyslu (v roce 45 př.n.l.) toto pojetí uplatnil Cicero i v uvažování o člověku a zušlechťování jeho dobrých vlastností (Mucha, 2000, s. 120-121). V novověku upozorňuje na význam pojmu kultura Kant, který podobně jako Cicero zdůrazňuje význam pěstění a zušlechťování, ale přejímá také z náboženské tradice myšlenku vzoru (kultu). Přítomnost kultu je zárukou úsilí směřujícího ke sledování jiných cílů než jsou ty, které jsou bezprostředně spjaty s požadavky okamžiku. Kultura je vázána na hodnoty, na to, co je posvátné, nadčasové a zahrnuje také zákazy určitého činu, tzv. tabu (Kant, 1999, s. 86).

Lidský přirozený svět (nebo též životní svět – *Lebenswelt*) zakládá strukturu trojího typu – dělí skutečnost na osobnost, společnost a kulturu (Hubík, 1994, s. 151). Typy lidského soužití rozlišoval jako první Tönnies a položil tak základy rozdílným koncepcím kultury a společnosti. Podle něj je kultura neboli *pospolitost* (*Community*) založena na vzájemném hlubokém porozumění a solidaritě a společnost (*Society*) neboli civilizace na konvenci, zisku, pravidlech a právu. Pojmy „kultura“ a „společnost“ se sice takto od sebe dají rozlišit, ale jsou mezi nimi úzké vztahy. Společnost je systém vztahů spojující jednotlivce. Bez společnosti nemůže existovat žádná kultura (Giddens, 2003, s. 36).

V současnosti je pojem kultura považován za nejcentrálnější kategorii společenských věd a vyjadřuje specificky lidský způsob organizace, realizace a rozvoje života, jejichž výsledkem je fyzická a duševní práce člověka (Soukup, 2000, s. 13).

Každá společnost, sociální skupina, sociální organizace má svou vlastní kulturu. V realitě je tato teze komplikovaná, neboť jednotlivé kultury nejsou izolovány. Kultura není utvářena v jednotlivém sociálním systému, ale v jejich vzájemné interakci v širokém historickém rámci. Je dána zhruba třemi základními okruhy: (Nový, aj., 1996, s. 20-21):

- a) náboženský okruh (je širší než okruh národní, např. křesťanství)
- b) národní okruh – historicky vzniklé společenství
- c) okruh jednotlivých sociálních subjektů – institucí a jejich organizací

Základní existenční problémy, s nimiž se musí vyrovnat jakákoliv lidská společnost, jsou řešeny prostředky lidské kultury. Specificky lidský způsob kulturního

jednání vyrůstá z jistých biologických predispozic, do podoby systému kultury se však rozvinul pouze u člověka. „Od okamžiku, kdy se člověk narodí, zvyky jeho komunity formují jeho prožívání a chování. Když začíná mluvit, je již produktem své kultury a až dospěje, bude schopen zapojit se do jejich aktivit a její zvyky budou už i jeho zvyky [...] a co bude pro ni nemožné, bude nemožné i pro něho. Dokud nebudeme znát úlohu zvyků, jejich zákonitosti a různé podoby, nejdůležitější fakta ovlivňující lidský život pro nás nutně zůstanou nesrozumitelná.“ (Benedictová, 1999, s. 16-17)

Pod pojmem zvyk se obvykle rozumí ustálený způsob vykonávání činností nebo myšlení, bývá nazýván též vzor chování, který je rozpoznatelný v opakovaném rutinním počínání. Pojem zvyk bývá v současné odborné sociologické literatuře nahrazován pojmem *habitus*. Zvyk vzniká častým opakováním určitého výkonu (*habitualizace*), které může být prováděno dobrovolně, anebo z nutnosti či dokonce z donucení. Veškerá lidská činnost podléhá *habitualizaci*. Jakákoliv často opakovaná činnost se ustálí ve vzorci, který pak může být bez větší námahy napodobován a je svým vykonavatelem chápán jako žádoucí způsob jednání. Dovednost chovat se v rámci neuvědomované *habitualizace* je posilována odměnami a sankcemi, očekávanými na trhu symbolických statků. Podle toho, jak jednotlivci naplňují kolektivní očekávání, jsou obdarováni (či je jim přisuzován) symbolickým kapitálem (Bourdieu, 2000, s. 45). *Habitualizace* znamená, že daná činnost může být opět vykonávána v budoucnosti tímž způsobem a bez většího úsilí. V psychologickém smyslu usnadňuje výkon každodenních běžných aktivit, protože odstraňuje proces stálého rozhodování, tj. nutné volby mezi různými alternativami. Procesy *habitualizace* předcházejí každé *institucionalizaci* (Berger, Luckmann, 1999, s. 56-57).

Z toho vyplývá, že jedině ve skupině dalších lidí se schopnosti člověka utvářejí a jsou podněcovány k rozvoji. Lidská kultura, tak jak je pojmána v kulturní a sociální antropologii, není předávána geneticky. „Co příroda ubírá lidstvu na zárukách bezpečí geneticky předávaného chování, to vyrovnává výhodou větší přizpůsobivosti. [...] Tato schopnost přizpůsobit se byla živnou půdou, na níž začal a udržuje se pokrok lidstva.“ (Benedictová, 1999, s. 24-25) Je nutno přijmout všechny důsledky našeho dědictví, z nichž nejdůležitější je malý rozsah biologicky předávaného chování a mimořádná úloha předávání tradic v kulturním procesu. Jinými slovy lze říci, že skutečným pojítkem mezi lidmi je jejich kultura, tj. myšlenky a standardy, které sdílejí. Znalost kulturních forem je v sociálním myšlení nezbytná. Rozeznáváme tři podstatné prvky lidské kultury (Keller, 1996, s. 36):

1. Schopnost symbolické komunikace
2. Schopnost institucionalizovat jednání
3. Schopnost vytvářet legitimní struktury organizované moci

Každá z těchto schopností umožňuje lidem určitým způsobem redukovat množství problémů, jimž jsou jako celek vystaveni, umožňuje přežívat v prostředí kulturním způsobem. Zvyky, vzorce (či modely) chování a jednání se přenášejí v průběhu socializace zejména pomocí znaků. Znak nemá žádný vlastní význam sám o sobě. Stává se znakem jen tehdy, když mu jeho uživatel význam propůjčí s odvoláním na nějaký uznávaný kód. Smluvené znaky s jednoznačným významem (matematické znaky) nebo názorné znaky s bohatým významem či tradicí, které v určité kultuře nahrazují nějakou ideu (mírová holubice, kalich husitů aj.), jsou nazývány symboly (Mucha, 2000, s. 17; Rafaeli, Worline, 2000, s. 73). Také lidská řeč je soustavou znaků a symbolů. Schopnost komunikovat – přijímat informace od druhých lidí prostřednictvím znaků a symbolů pronikavě zvýšila šance biologického druhu Homo Sapiens na přežití (Berger, Luckmann, 1999, s. 41-42). Existují dva druhy komunikace – vědomá komunikace, která se vyvíjí z nevědomé komunikace v sociálním procesu (Hubík, 1994, s. 23). Mead (1970, s. 350-353) tento proces spojuje s evoluční teorií, díky které chápe člověka jako živočicha, který dokáže řídit své budoucí reakce na základě racionálního uvažování. Racionalita je umožněna schopností používat symboly jako reprezentanty významů.

„Jazyk je centrální součástí kultury, jádrem všech symbolických systémů“ (Murphy, 2001, s. 38). Umožňuje díky znakům a symbolům získávat informace o věcech a událostech prostorově i časově vzdálených. Jazyk tedy není jen systémem znaků, ale také určitým způsobem sedimentovanou „pamětí“ lidstva (Hubík, 1994, s. 65). Pomocí symbolů lidé organizují své pocity a zkušenosti do smysluplných forem a vnášejí do svého světa určitý řád, což jim umožňuje lépe se orientovat a vyrovnávat s prostředím, ve kterém žijí.

Kultury jsou ideační entity; jako takové jsou propustné a citlivé na vlivy jiných kultur. Tam, kde dochází k návštěvě kultur, vždy existuje možnost ovlivnění jedné kultury druhou. I když se takové ovlivnění neprojeví, je to jen proto, že lidé v jedné kultuře cizí a divnou kulturu záměrně odmítají, ale toto odmítání představuje jen jiný způsob pronikání cizí kultury do kultury domácí. Lidský svět se neskládá z pestré barevné směsice nezávislých, zapouzdřených, volně se pohybujících kultur; je to spíše svět neustálého vzájemného ovlivňování a výměny (Fay, 2002, s. 78).

Rozmanitost jednotlivých kultur, jejich projevů, vnitřního uspořádání a možností diferencí v jejich vlastním rámci vytváří dojem jejich nedefinovatelnosti a metodické nepostižitelnosti, přesto je z hlediska mnohých vědních disciplín nezbytné učinit mnohá kulturní srovnání. Výchozím momentem mohou být distinkce v těchto vzorcích chování (Nový, aj., 1996, s. 22):

1. Vztah k autoritě
2. Vztah individuum a společnost

3. Koncepce maskulinity a feminity

4. Způsoby řešení konfliktů

Kulturní rozličnost i kulturní protiklady by neměly být důvodem k rozkolům a nenávisti, ale měly by být vnímány tak, že „jejich původní rozmanitost naopak umožnila jejich plodnou a nutnou spolupráci.“ (Lévi-Strauss, 1999, s. 59)

4.2 Kultura jako základ pro vytváření společenských hodnot

Kulturu tvoří hodnoty, k nimž se lidé hlásí, normy, které dodržují, a hmotné statky, které vytvářejí. Hodnoty jsou abstraktní ideály, kultura stanovuje systém hodnot a kritéria určující hodnoty. Normy jsou konkrétní principy či zásady, u kterých se očekává, že se jimi lidé budou řídit. Normativní systémy bývají vyjádřeny formou imperativů (příkazů) a interdikeí (zákazů), vytvářejí základy organizace vztahů mezi lidmi a zobrazují specifika dané skupiny nebo společnosti (Šimek, 1991, s. 53).

Axiologické pojetí kultury má své kořeny v antice. Ve středověku se pojem kultura jako charakteristika kultivace lidských hodnot příliš neužíval; nástup renesance a humanismu znamenal nejen oživení antického významu pojmu kultura, ale i jeho novou funkci – vést hraniční čáru mezi člověkem a přírodou.¹⁵

Na podkladě potřeb biologických se rozvinuly potřeby psychické a sociální, které především ovlivňují jednání člověka v moderní společnosti. Potřeby a zájmy mohou být uspokojovány různým způsobem a pomocí různých předmětů. Jednotlivci i skupiny musí neustále volit mezi různými způsoby uspokojování potřeb. Nemohou také vždy uspokojovat všechny své potřeby a zájmy, musí mezi nimi vybírat, dávat přednost jednom před druhými. V takových situacích se začínají uplatňovat společností vybraná kritéria, určující stupnici ověřených hodnot. Proces „vybírání“ je označován jako „legitimizace společenských hodnot“.

Okruh předmětů, které se mohou stát hodnotou, lze vymezit jen obecně. Může to být označení libovolného materiálního nebo ideálního objektu, idejí, institucí, skutečného či imaginárního předmětu, který přináší pomoc, ochranu. Tyto předměty vyvolávají v člověku pocit libosti, která ruší dosavadní životní tíseň, neklid a úzkost, a nahrazují jej pevností, stálostí a rovnováhou (Rollo, 1993, s. 60). „Řada psychologů zdůrazňuje žádoucnost jako

¹⁵ Cetl, Hubík a Šmajš (1990, s. 7-8) však připomínají, že i přes svou zdánlivou protikladnost jsou kultura a příroda jen dvěma zvláštními úrovněmi uspořádání skutečnosti; jsou propojeny hlubokou vnitřní souvislostí látkovou, energetickou, časovou, informační; integrují je četné evoluční zákonitosti a izomorfizmy. Kultura je podle nich velkolepý lidský výtvar, jímž člověk překonal hranice biologické revoluce, ale je stále jen dílčím subsystémem staršího, širšího a pouze relativně svébytného systému Země.

nejvýznamnější atribut hodnoty.“ (Cakirpaloglu, 2004, s. 354)

Hodnota má tři složky: *emocionální*, *kognitivní* a *behaviorální* (Simon, Howe, Kirschenbaum, 1997, s. 24-25). V tomto smyslu jsou hodnoty odlišitelné od pocitů, přístupů, cílů, názorů, přesvědčení (tedy ukazatelů hodnot). Hodnoty jsou aspekty života, které jsou tak důležité, že ovlivňují chování jednotlivců i celých sociálních skupin. Soubor kulturních hodnot se podílí na vytváření identity člověka v procesu napodobování, zrcadlení, sociální komparace, naplňování rolových představ či jiných procesů probíhajících mezi skupinou a jednotlivcem.¹⁶

V každé společnosti existují obecné hodnoty, které jsou jí legitimizovány, ale každý jednatel má vlastní přístup k hierarchii hodnot. Ten je ovlivňován charakterovým vybavením jeho osobnosti, jeho konkrétní socializací i aktuální prožívanou situací¹⁷ (Keller, Gál, Frič, 1996, s. 41).

Jsou hodnoty morální a jiné než morální povahy a neexistují žádná jasná kritéria, podle nichž je lze přesně rozlišit.¹⁸ Dvě hodnoty nejsou slučitelné, pokud jich nelze plně docílit zároveň. Existují také hodnoty souměřitelné a nesouměřitelné.¹⁹

Souhrnem se dá říci, že hodnoty jsou regulátorem snah a jednání, umožňují posoudit jednání jiných, slouží jako základ k posouzení společenské prospěšnosti jednotlivých členů sociálních skupin. Hodnoty tedy určují principy společenské hierarchie a určují obecná pravidla pospolitého soužití i konkrétní vzorce chování. Vzorce chování ustálené v rámci jednotlivé kultury pak rozhodují o tom, jak jednatel definuje a řeší určité situace, aby se nedostal do konfliktu (Čihovský, Schneider, 1977, s. 38-39).

Vzorce chování na základě osvojených a legitimizovaných hodnot mají ve fylogenezi člověka tendenci fixovat se do tzv. *institucí*. V jejich průběhu lze postřehnout určitý řád. Pojem instituce, který pochází z latinského *instituere* (zřizovat), představuje souhrn vzorců chování, jednání a vztahů předávaných ve společnosti

16 Prostředkem pro vývoj Self v kulturním kontextu a také pro jeho následnou aktivní úlohu při organizování jednání je právě komunikace (Mead, 1970, s. 73).

17 Keller, Gál, Frič uvádějí (1996), že v sociologických výzkumech v euroamerické civilizaci bylo zjištěno, že člověk se běžně ve svém jednání nerozhoduje podle velkých a abstraktních hodnot, ale řídí se svými drobnými osobními očekáváními, jež jsou modelována zcela konkrétními situacemi a tlaky, které v nich působí. Ke stejnému zjištění dochází i Librová (1994).

18 Není pochyb, že do sféry mravních hodnot patří spravedlnost, svoboda, láska, ctnost. Na druhé straně takové hodnoty jako znalosti, moc, bohatství, výkonnost, schopnosti nebo krása patří do jiné sféry.

19 Hodnoty mohou být různé, ale ve všech kulturách jednou z nejdůležitějších hodnot zůstává zdraví a schopnost aktivně se podílet na svém životě.

z generace na generaci. Lze je také definovat jako zvykové způsoby jednání společnosti.²⁰

Ve společnosti vždy působí celá diferencovaná řada normativních institucí, které vznikly z formálních důvodů. Nejvýznamnější z nich jsou instituce mocenské, právní, morální a sociální.²¹ Uvnitř institucí však probíhají konflikty společensky prospěšných hodnot s hodnotami individuálními. Instituce produkují tzv. institucionální pole, v rámci kterých funguje jejich obecná kultura, významový systém a struktura. Ve stejném čase institucionální pole zpětně ovlivňuje obecné institucionální prostředí prostřednictvím konformity a transformace (Hirsch, Lounsbury, 1997, s. 408).

4.3 Organizační kultura jako důležitý koncept řízení

Organizační kultura je jevem, který je v určitých prvcích společný všem formálním organizacím. Tyto organizace je možné obecně vymezit. Organizační kultura ale také odlišuje organizace různého společenského institucionálního poslání a činnosti, je tedy možné definovat i její specifické prvky pro každé institucionální pole. I když organizace stejného zaměření mají určité shodné organizačně kulturní znaky, v každé jednotlivé organizaci je její působení výjimečné a nepřenositelné do jiných organizací téhož typu. Simplifikovaně je možno definovat organizační kulturu jako komplexní fenomén, který v každé organizaci (zdravotnickém zařízení) vykazuje prvky obecné organizační kultury formálních organizací, specifické znaky podle zaměření a cílů organizace a individuální charakteristiku, jež se vytvořila v konkrétní organizaci historicky zejména působením v ní zaměstnaných osob a okolními vlivy a jež zaniká spolu s danou organizací.

Organizační kultura ve svém celku má významný vliv na úspěšné (nebo neúspěšné) působení organizace, ať jde o její vnější či vnitřní roli.

Z pohledu teoretického lze říci, že určité prvky organizační kultury obsahují všechny podniky, závody, sdružení i zařízení, které fungují na principu formální

20 Je třeba rozlišovat mezi institucí a organizací, oba pojmy často splývají. Organizace znamená sociální systém nebo útvar s určitým počtem členů, který má přesnou hranici mezi vlastní strukturou a strukturami okolními. Aktivita členů organizace jsou výrazně formalizovány. Organizace je seberegulujícím systémem, který je jakousi redukcí složitosti prostředí. S prostředím však komunikuje a vzájemně se ovlivňuje. Instituce je způsob, jak lidé v konkrétní kultuře dělají nějakou věc, tedy způsob řešení problémů, organizace je způsob, jak přitom svou aktivitu koordinují (Jandourek, 2001, s. 108 a s. 177).

21 Při aplikaci do zdravotnictví to znamená, že potřebou společnosti je, aby zdraví bylo veřejně chráněno a bylo o něj pečováno (dříve tuto funkci vykonávala pouze rodina, ta však v dnešní individualistické, postmoderní době s podrobnou dělbou práce ji již není schopna zastávat v celé šíři), institucí je potom systém péče o zdraví, konkrétní nemocnice je organizací, která péči prakticky provádí a koordinuje.

organizace. Formálnost organizací spočívá také v tom, že principy jejich fungování jsou v některých oblastech značně podobné, ať už se jedná o vzdělávání, výrobu nebo péči o zdraví.

Kultura ve všech organizacích proto vykazuje určité společné prvky, které můžeme nazvat *prvky univerzálními*. Proces globalizace a stálý rozvoj informačních technologií tento trend stále více umocňují (Mezřický, 2003, s. 10).

Univerzálně se organizační kultura projevuje zejména z hlediska schopnosti komunikovat, protože kultura (materiální i nemateriální) je formulována a interpretována v jazykových kategoriích. Jazyk je nezbytný jak pro strukturu, tak pro proces organizací (Parker, 2000, s. 83).

Organizační kultura je integrovaný kolektivní děj, který vznikl záměrným i nezáměrným skládáním prvků různého původu (očekávání, předpoklady a domněnky, hodnoty, chování, druh činnosti, způsob vzdělávání aj). Organizační kultura je konglomerát ustálených zvyklostí, tradičních způsobů myšlení a jednání, charakterizuje ji řada zvyklostí a rituálů, které nabyli členové organizace v průběhu času a které se pro ně staly normou. Kultura je způsob, jak jsou věci v organizaci dělány (Deal, Kennedy, 1988, s. 15; Driskill, Brenton, 2005, s. 28; Šimek, 1996, s. 9).

Pokud je ustálený soubor funkcí, pomáhá lidem v organizaci vyrovnávat se s problémy a adaptovat se na nové situace. Pokud je historicky úspěšný (také perspektivní do budoucna) je rovněž schopen předat novým lidem požadovaný způsob chápání, myšlení a cítění. Tyto základní předpoklady a očekávání mohou na organizaci působit, aniž by si lidé jejich působení přímo uvědomovali, neboť jsou pokládány za samozřejmé (Schein, 2004, s. 25-27; Bělohávek, 1996, s. 85). Shodně definují organizační kulturu Pfeifer a Umlafová (1993, s. 19): „Kultura firmy je souhrn představ, přístupů a hodnot ve firmě všeobecně sdílených a relativně dlouho udržovaných“.

Schein (2004, s. 36) prokazuje, že podstatou kultury jsou sdílené a přijaté základní předpoklady, jež se projevují na úrovni sdílených přesvědčení, hodnot, norem a artefaktů. Přijatá přesvědčení a hodnoty mohou odrážet procesy racionalizace a aspirace a i když jsou artefakty snadno pozorovatelné, je složité je rozšifrovat. Pro porozumění organizační kultuře je nutné hledat sdílené základní předpoklady a porozumět procesu učení, kterým se takové předpoklady osvojují.

Výstižně a jednoduše shrnuje definice Higgins (2005, s. 57): „Organizační kultura je způsob myšlení, které charakterizuje určitou (konkrétní) organizaci“. Hofstede, aj. (1990, s. 311) zdůrazňují, že „pokud vnímáme současnou kulturu v organizaci empiricky, pak je zřejmé, že jádrem každé organizační kultury je denní praxe“. Zeitz, Johanneson a Ritche (1997, s. 440) využili všech dosavadních zkoumání k tomu, aby stanovili pět dimenzí organizační kultury, které za-

hrnují široký rejstřík hodnot a činností, jež formují určitou organizační kulturu:

1. Pracovní úkoly a výzvy
2. Komunikace
3. Důvěra
4. Inovace
5. Sociální soudržnost

Z definic vyplývá, že organizační kultura má především normativní význam. Určuje, jaké chování se očekává od členů organizace, jaké chování bude postihováno a jaké oceňováno. Jsou-li tato kritéria jasná a jednoznačná a jsou-li přijímána velkou většinou členů organizace, hovoříme o silné organizační kultuře. Ve slabé organizační kultuře nejsou normy chování jednotné, existují četné odchylky a subkultury. Silná organizační kultura dokáže usměrnit jednání lidí v organizaci a přejímá regulační funkci, potom není třeba mnoha nařízení a pokynů.

Kultura poskytuje a předává jednotlivým příslušníkům smysl společného celku (ať už národa nebo podniku či zdravotnického zařízení). Orientuje chování svých členů na ty skutečnosti, které je třeba zachovat nebo rozvíjet. I když ve větších organizacích obvykle existují subkultury, ve většině organizací je určitá kultura dominantní. Taková kultura podporuje konzistentnost vnímání situací a problémů, je zdrojem integrace a konsensu, díky ní se lidé uvnitř této kultury utvrzují v tom, že to, co organizace (i oni) dělá, má hodnotu a smysl (Nový, aj., 1996, s. 11).

Organizační kultura zajišťuje kontinuitu zachováváním a předáváním vzorců chování, modeluje v čase jejich konkrétní podobu výhodnou pro praktický každodenní život organizace. Díky tomu může každý příslušník organizačního celku upravit své vztahy k ostatním a zachovat se vůči nim tak, aby nevyvolával nežádoucí (z hlediska osobního i celku) konflikty. Tím organizační kultura redukuje nejistotu zaměstnanců a ovlivňuje jejich pracovní spokojenost a emocionální pohodu (Nový, aj., 1996, s. 12). Rádus dopadu organizační kultury a tím její význam ukazuje obr. 6 (Haddock, aj., 1996, s. 23; Ivanová, 2003, s. 179).



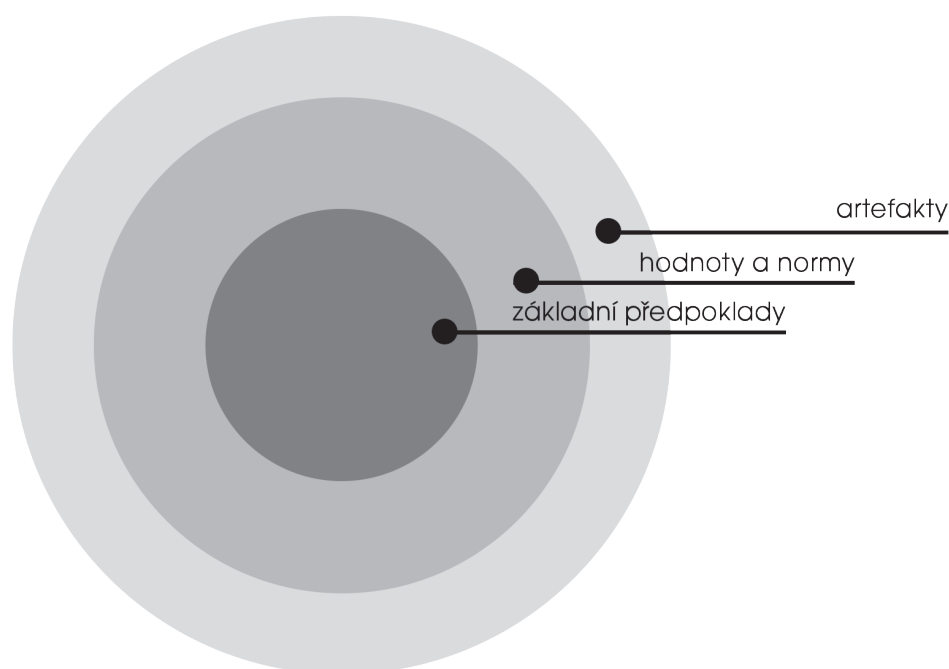
Obr. 6 – Vliv organizační kultury na jednotlivé elementy pracovního procesu

Díky organizační kultuře jedinci respektují specifické principy chování, což jim umožňuje identifikovat se s organizací a získat vědomí skutečné příslušnosti. Přijetí dané kultury znamená odlišení se od těch, kteří nejsou její součástí.

Úrovně kultury sahají od zjevných a konkrétních projevů, které může jedinec vidět a cítit, až k hluboce zapuštěným, nevědomým základním předpokladům, které jsou definovány jako podstata kultury. Uprostřed těchto vrstev leží různá přijatá přesvědčení, hodnoty, normy a pravidla chování, jež členové kultury používají jako způsob zobrazování kultury ostatním i jim samotným (Schein, 2004, s. 25). Pro poznání organizační kultury je nejčastěji využívána analýza Scheinova úrovněového tvrzení:

- a) soubor základních předpokladů, stereotypů, jež jsou součástí obecné kultury a výsledkem enkulturace a socializace;
- b) soubor hodnot a norem chování, které jsou sdíleny v rámci organizace a projevují se v myšlení, cítění a chování členů organizace;
- c) jejich odraz v artefaktech materiální a nemateriální povahy.

Všechny úrovně organizační kultury spolu bezprostředně souvisí, navzájem se prolínají a teprve ve svém kompaktním stavu vytváří vzorce jednání, které ovlivňují všechny fenomény pracovního procesu. Obr. 7 ukazuje strukturu organizační kultury (Schein, 2004, s. 26; viz též Ivanová, 2003, s. 175-176).



Obr. 7 – Struktura organizační kultury

*Poslední úroveň (vrstvou) jsou artefakty*²² (některými českými autory nazývané výtvoř). Úroveň artefaktů je „na povrchu“ a zahrnuje všechny jevy, které můžeme vidět, slyšet a cítit hlavně tehdy, když se náhodně setkáme s novou neznámou kulturou. Artefakty zahrnují viditelné výtvoř skupiny jako např. architekturu, její jazyk, technologii a produkty, umělecké výtvoř, styl oblékání, způsoby oslovování, emoční projevy, mýty a historky o organizaci, její publikovaný seznam hodnot, pozorovatelné rituály a ceremoniály atd. Schein (2004, s 26) do nich pojímá i strukturální prvky jako listiny, formální popisy, jak organizace pracuje, a organizační schémata.

Artefakty je jednoduché sledovat, ale obtížné dešifrovat. Pozorovatelé jsou schopni popsat, co vidí a cítí, ale nemohou jednoznačně říci, co tyto skutečnosti pro danou skupinu znamenají, zda odrážejí důležité základní předpoklady. Je nebezpečné pokoušet se odvozovat hlubší předpoklady ze samotných artefaktů – daná interpretace je nevyhnutelně ovlivněna vlastní představou pozorovatele. Různí pozorovatelé si vybírají k popisu různé druhy artefaktů, což vede k nesrovnatelným výsledkům. Žije-li pozorovatel ve skupině dostatečně dlouho, význam artefaktů se mu postupně stává jasným. Chce-li jim porozumět rychleji, může se

22 Denison (1990, s. 32-33) doplňuje Scheinův koncept ještě o perspektivy (výhledy), pod kterými rozumí sociální podíl pravidel a norem aplikovaných do stávajícího kontextu. Perspektivy mohou být podkladem pro řešení obecných problémů, se kterými se členové organizace mohou setkat. Zahrnují interpretace situací organizačního života jednotlivci a předepisují hranice, které je nutno v chování akceptovat. Perspektivy jsou relativně konkrétní a členové organizace si jich jsou obvykle vědomi.

pokusit analyzovat přijaté hodnoty, normy, pravidla, podle kterých se členové skupiny chovají (Schein, 2004, s. 25-27).

Střední úroveň organizační kultury je označována jako sdílené hodnoty (values). Zatímco individuální hodnotový systém člověka determinuje to, co je pro něj osobně významné, organizační hodnoty jsou výrazem toho, čemu je přikládán význam v organizaci jako celku, tedy názor členů na to, co by se v organizaci či mimo ni mělo dělat, co členové považují za správné a důležité (Lukášová, Nový, 2004, s. 23). Nově přijímané hodnoty a pravidla podstupují v organizaci (či organizační subkultuře) určitou transformaci. Ty, jež mohou být testovány empiricky a fungují spolehlivě v řešení problémů, se mění v základní předpoklady. Hodnoty, které se zabývají méně kontrolovatelnými estetickými či morálními prvky, nelze takto testovat. V takových případech mohou být přijaty přes tzv. *sociální validaci*, kterou se rozumí určité sdílené hodnoty, potvrzené sociální zkušeností skupiny (Schein, 2004, s. 28-29). Jsou-li přijaté normy a hodnoty shodné se základními předpoklady, slouží jako zdroj identity a jádro poslání. Při analýze přesvědčení a hodnot je nutno rozlišovat mezi těmi, kteří se ztotožňují se základními předpoklady a těmi, u kterých jsou hodnoty výsledkem jejich racionalizace nebo jsou pouhými aspiracemi (Schein, 2004, s. 30). Armstrong (2000, s. 358) důsledně rozděluje pojmy hodnota a norma. Udává, že čím hlouběji jsou hodnoty zakořeněné, tím větší mají vliv, a to nezávisí na tom, zda jsou anebo nejsou artikulovány. Nedeklarované hodnoty, jež jsou posilovány managementem a přijaté zaměstnanci, mohou mít mnohem větší sílu vlivu než hodnoty okázale zastávané, jež jsou idealistické a neodrážejí se v chování manažerů. Armstrong (2000, s. 358) také pregnantně vyjmenovává oblasti, v nichž mohou být hodnoty v organizační kultuře vyjádřeny: péče o zákazníky; péče o lidi a ohledy na ně, soutěživost, podnikavost, stejná příležitost, spravedlnost při zacházení se zaměstnanci, dokonalost, růst, inovace, řízení rozmanitosti (využívání etnické multikulturní rozmanitosti ve prospěch organizace), orientace na trh a zákazníka, priority mezi potřebami lidí a potřebami organizace, výkonové orientace, produktivita, kvalita, sociální odpovědnost, týmová práce.

Základní předpoklady (v sociologii nazývané stereotypy), často také označované jako *základní hodnoty*, jsou nejnižší a nejhlubší úrovní organizační kultury, neviditelnou pro náhodné pozorování. Jsou to základní zafixované představy o realitě, tj. o lidské povaze a přirozenosti, o vztazích s ostatními a s prostředím. Týkají se zejména „správného“ uspořádání sociálních vztahů, projevování emocí, míry otevřenosti k soukromí jedince, zda má mezi kolegy převažovat vzájemná konkurence nebo kooperace, zda má přednost týmový či individuální úspěch apod. Důležitou součástí základních předpokladů jsou představy o povaze pravdy či nepravdivosti. Základní stereotypní předpoklady mají svůj původ v kultuře větších společenských skupin a bývají dramaticky odlišné od země k zemi, od instituce k instituci, od organizace k organizaci. Kultura není tvořena jedním stěžejním základním předpokladem, ale vždy je soustavou předpokladů.

Výsledkem hodnot a základních předpokladů je *postoj*. Termín *postoj* je užíván ve vztahu k pozitivním nebo negativním pocitům, které se týkají nějaké osoby, věci, události či problému. Postoje jsou produktem hodnocení, do něhož jsou integrovány kognitivní, emotivní a konativní složky psychiky. Na popsání prvků může být nahlíženo z hlediska vertikálního, tj. jak se projevují ve vztazích mezi managementem a zaměstnanci, z hlediska horizontálního, tj. ve vztazích mezi zaměstnanci a dále z hlediska vnitřních²³ a vnějších determinant²⁴ organizační kultury. Všechny úrovně a pohledy, tj. vnitřní totožnost a vnější podoba (corporate identity, corporate design) vytvářejí celkový obraz a představu o organizaci, tzv. firemním (corporate) image (Bartošek, 2003, s. 9).

Jednou z nejdůležitějších determinant organizační kultury je ovšem způsob řízení organizace a převládající způsob myšlení (daný především dominantní profesí a cíli organizace).

4.4 Specifika organizační kultury ve zdravotnických zařízeních

Cílem rozsáhlé studie, která byla provedena v USA, bylo zjistit nejdůležitější faktory, které mají vliv na úspěch oddělení nebo zdravotnického zařízení. Studie se účastnilo 800 zdravotních sester manažerek. Všechny se shodly na těchto čtyřech důležitých faktorech (Škrála, Škrlová, 2003, s. 316):

1. Hodnoty a vize ředitele nemocnice nebo hlavní sestry (80 %)
2. Jasný strategický plán zdravotnické instituce nebo oddělení (75 %)
3. Finanční zázemí a možnosti oddělení (85 %)
- 4. Zdravá organizační kultura (95 %)**

Také etické jednání, jež má ve zdravotnictví významnou roli, nemůže růst a být udržováno bez „dobré“ organizační kultury. Byly identifikovány čtyři komponenty nezbytné pro vnější podporu etického chování (Ulrichová, Soekenová, 2005, s. 306; Beauchamp, Childress, 2001, s. 6-7):

23 Mezi vnitřní determinanty organizační kultury jsou zařazovány cíle a předmět činnosti, samotná práce a důsledky jejího vykonávání (smysl, obsah, morální a hmotná zainteresovanost, směnnost, způsoby odměňování, typ profese aj.), míra rizikovosti činnosti, právní forma, velikost, strategie, historie a majetek organizace či možnosti budoucího rozvoje aj. (Pfeifer, Umlaufová, 1993, s. 26-27).

24 Mezi vnější determinanty řadí Pfeifer a Umlaufová (1993, s. 28-30) geografickou dislokaci a regionální vlivy, charakter kultur vyšších řádů, typy zákazníků, politické preference, vliv ekologie, úroveň vědy a výzkumu, legislativní a etický rámec, pozice na trhu aj. Rozdělují také determinanty na ovlivnitelné a neovlivnitelné, na hmotné a nehmotné.

1. Individuální vlastnosti a znaky zúčastněných osob

2. Profesionální morálka a organizační kultura

3. Organizační struktura

4. Společenské očekávání

V tradiční lékařské praxi probíhalo jakékoliv organizování situace i rozhodování o další činnosti převážně v privátním a intimním vztahu lékaře a pacienta. V takovém vztahu mohla být etika a kultura týkající se vztahu lékaře a pacienta konvenční, vycházející z historických kořenů. V současné době je však péče o zdraví zejména při poskytování zdravotnické péče v rámci zdravotnického systému, tj. v nemocnicích a v odborných léčebných ústavech, týmovou prací, která je uspořádávána v organizacích s určitým cílovým zaměřením (Drucker, 2004, s. 126). Ve zdravotnických organizacích je velmi silná profesionální kultura. Cíle zdravotnických profesí mohou překrývat cíle organizace jako výkonného společenského uspořádání.²⁵

Rozhodně se jedná o komplikovaný a podstatný fenomén, jenž zasluhuje, aby byl zkoumán. V zahraničí, zejména pak v USA a západní Evropě, věnují badatelé pozornost organizační kultuře ve zdravotnictví již desetiletí. Navazují přitom na výzkumy zaměřené na spokojenost pacientů a zaměstnanců, na vztahy mezi lékaři a zdravotními sestrami, na manažerské rozhodování ve zdravotnické péči. Tyto typy vztahů jsou indiciemi organizační kultury. Zkoumání organizační kultury je významné z toho důvodu, že pohlíží na tyto vztahy a rozhodnutí jako na celek v návaznosti na artefakty, hodnoty, normy a základní předpoklady, jež ve zdravotnictví působí nebo mají svou cenu. I v ČR byly provedeny výzkumy, jež odhalují určitou část organizační kultury ve zdravotnictví. Pojímány byly buď obecněji (profesionální postoje, hodnoty či myšlení lékařů a zdravotních sester, spokojenost zdravotnických pracovníků, důvody vedoucí lékaře a sestry ke zvolení zdravotnického povolání aj.), anebo specificky v konkrétní zdravotnické organizaci ve vztahu k jejímu řízení.

Kultura zdravotnických zařízení by měla pomoci směřovat pozornost nelékařských i lékařských zdravotnických povolání včetně zdravotnického managementu k zásadnějšímu postavení pacienta do centra zájmu. Vize zaměřené na zlepšení zdravotnické péče o pacienty by měly být postaveny na základě znalostí zdravotnické kultury obecně i v konkrétní zdravotnické organizaci. Taková „kulturní evoluce“ musí jít ruku v ruce s promyšlenou změnou struktury zdravotnic-

25 Existuje také rozdíl v kultuře zdravotnických organizací podle zřizovatelů. Velké světové kliniky (Mayo Clinic USA aj.) považují za nezbytné zavést formální proces socializace pro nově přicházející lékaře, zejména ty, jež si pronajímají určitou část kliniky vždy jen na určitou dobu (Bender, De Vogel, Blomberg, 1999, s. 95).

kých organizací (Leander, 1996, s. 124). Jen takový proces zaručuje, že budou naplněny manifestní cíle zdravotnického systému (péče o nemocné) a nestanou se důležité jen cíle latentní (sociální a finanční status zdravotnických pracovníků aj.).

V současnosti se v západních zemích nejvíce hovoří o tzv. „kultuře bezpečí“, jež by se stala preventivní strategií proti poškození pacientů v procesu poskytování zdravotnické péče. Škrla (2005, s. 80) uvádí, že změna organizační kultury oddělení či zdravotnického zařízení takovým způsobem, aby v ní byla zakódována kultura bezpečí, je jediným způsobem, jak zajistit trvalé změny v kvalitě poskytované zdravotnické péče. V českých podmínkách se tento úkaz prozatím projevuje jen v teoriích. I proto se jeví jako nutné seznámovat všechny zdravotníky, zejména však jejich management, nejen s principy a teoriemi organizační kultury, ale i s možností jejího zkoumání. Organizační kultura je komplexní záležitost, nelze ji snadno vytvořit nebo změnit. Je proto důležité organizační kulturu nejen pochopit, ale také se v ní orientovat.

Pro pochopení specifiky organizační kultury ve zdravotnictví je nutno pochopit také hodnoty zdraví, spravedlnost v dostupnosti zdravotnické péče, cíle zdravotní péče, principy zdravotní politiky, a to bylo popsáno v předcházejících kapitolách. Nutné je však také porozumět specifice zdravotnických povolání a specifice objektu činnosti (procesu poskytování zdravotnické péče, v jejímž středu je pacient, jeho zdravotní nouze).

4.5 Lékař a lékařka jako pomáhající profese

Současná společnost preferuje jednoznačně zdraví, mládí, úspěch a výkon; kvalita života v současnosti se odvíjí právě od těchto hodnot, a proto jakékoliv odkazy na význam nemoci, utrpení a bolesti pro osobní růst každého jednotlivého člověka jsou obecně považovány za nepatřičné (Jankovský, 2003, s. 126). Existují však lidé, kteří nacházejí svůj životní smysl v povoláních pomáhajících druhým.²⁶

Profesionální role lékaře a zdravotní sestry (i ostatních pracovníků majících status zdravotníka) patří do tzv. „pomáhajících povolání“. Takových povolání existuje kromě povolání zdravotnických celá řada. Stejně jako jiná povolání má každá z těchto profesí svou odbornost, tj. sumu vědomostí a dovedností, které je třeba si pro daný výkon osvojit. Toto vzdělání poskytují příslušné školy. Co však většinou neučí, je vztah ke klientovi, ten se předpokládá jaksi samo sebou. Lidský

26 Pomáhající se zabývá důležitými životními problémy konkrétních lidí. Pokud se jeho práce daří, pak může mít uspokojivý pocit, nezkalený pochybnostmi o tom, jakému vývoji to člověk vlastně napomáhá (Kopřiva, 2000, s. 17).

vztah mezi pomáhajícím profesionálem a klientem hraje podstatnou roli. Člověk v pomáhajícím povolání se často setkává s lidmi v nouzi, v závislém postavení, kdy je vyžadována více než jen slušnost - přijetí, porozumění, spoluúčast, pocit, že tito lidé nejsou na obtíž. Často nejsou nutná ani slova, záleží na neverbálních projevech odborníka. Klient (pacient) potřebuje důvěřovat, cítit se bezpečný a přijímaný. Bez tohoto vztahového rámce se práce pomáhajícího stává jen výkonem svěřených pravomocí (Kopřiva, 2000, s. 14).

Mnozí lidé se naivně domnívají, že ten, kdo druhému pomáhá, sám nepotřebuje pomoc. Předpokládají, že je-li někdo tak silný, že se dovede postarat o svého bližního, umí se také postarat sám o sebe, sám žádné problémy nemá, nebo je umí snadno zvládnout. Opak je ale pravdou. Lidé, kteří takovou práci jakéhokoli druhu vykonávají, to dělají mimo jiné i proto, že jsou více senzitivní než ostatní, mají vyšší schopnost prožívat a vcítit se do problémů druhého člověka. A ten, kdo tuto schopnost má, je druhými vyhledáván častěji než ten, komu tato schopnost chybí (Šiklová, 2001, s. 14).

Čím emočněji náročnější profese, tím větší stres u člověka, který ji provádí. Pomáhající profese trpí tzv. „dušením únavou“. Za ní skrývají tyto hlavní mechanismy (Novák, 2001, s. 25-26):

- Většina péče o druhé se přesouvá do oblasti služeb zdravotních, sociálních, pedagogických i bezpečnostních. Očekávání a požadavky na služby, které jsou subvencovány společnostmi jsou a vždy budou vyšší než vynaložené prostředky. A klienti mají stále vyšší požadavky a stále větší, byť neúplné vědomosti. Frustrace z těchto situací se zvyšuje zastaralým řízením s nedostatkem empatie ze strany managementu, s nedostatečnou odbornou podporou a nedostatkem týmové práce.
- Další zátěží je proud informací, a to nejen čistě odborných. Roste i proud informací a problémů, které je možno nazvat provozními. Kromě dřívějšího osobního styku s klienty a vyřizování pošty přibýly mobilní telefony, faxy, maily. Představy laické veřejnosti o dosažitelnosti pomáhajících pracovníků a o době a námaze, kterou je potřeba vyvinout ke zpracování informací, jsou často nerealistické.
- Mění se způsob odměňování. Dříve odměna záležela na stáří, pozici nebo vlastní samostatné práci, dnes závisí na výkonu týmu. Lidé se stejným vzděláním i věkem přispívají ke společnému výsledku a měli by být podle toho odměňováni.
- Přechází se od dlouhodobé jistoty a stability zaměstnání, které poskytoval starý systém, k nové jistotě, která se buduje na identitě vlastní práce a vzdělání.
- Je vyžadována stále větší samostatnost v rozhodování, i když není vždy možné převzít za svou práci celou odpovědnost, protože vysoce specia-

lizovaná dělba práce neumožňuje každému pomáhajícímu pracovníkovi vidět konec a výsledek své práce. Z pomáhajících profesí je možno vydělit užší skupinu *pečujících povolání*. Pečující (zdravotní a sociální) profese od ostatních odlišuje²⁷ přesahování oné více či méně pomyslné bariéry lidského soukromí, vztahů i lidského těla. V tom jsou pečující profese unikátní, na druhé straně jde o jedno z největších úskalí v těchto profesích se skrývajících. Pečující proniká do soukromí pacienta a zachovává si soukromí své, vzniká polarita, kterou nelze vyrovnat. Naučit se s touto situací zacházet znamená uvědomit si, že polarita neznámá podřízenost pacienta či klienta (Holmerová, 2001, s. 28).

Lidé v pečujících povoláních jsou výrazně ohroženi syndromem vyhoření. V odborné literatuře je tento jev citován od počátku sedmdesátých let, ale teprve nedávno se o syndromu vyhoření začalo hovořit jako o problému, který lze řešit a je možné mu rovněž předcházet. Marečková a Vránová (2001, s. 20-22) vidí jako přínosný krok k účinné prevenci vzniku syndromu vyhoření u zdravotníků výchovu k profesionálním dovednostem a znalostem o zmiňovaném fenoménu. Prevalence mentálních zdravotních problémů u lékařů je vyšší než u běžné populace. Ukazuje se, že pravděpodobně nejvíce stresující jsou brzká postgraduální léta. Studie zdravotních sester a zdravotnických manažerů ukázaly, že jejich stresová hladina je stejně vysoká, že trpí podobnými psychickými problémy. Z toho je možné odvodit, že zdravotnictví obecně je stresovým místem pro ty, kdo v něm pracují. Historicky bylo povolání lékaře silnou profesí, jež se těšila skutečné autonomii, přinášela významnou prestiž, odměnu za výkony a také respektovanou, komplexní a sociálně potřebnou práci. Nárůst manažerských zásahů, rostoucí odpovědnost, požadavky administrativy, vkrádání se malpraktických cílů, rozvoj konzumentských přístupů a eroze celého profesionálního trustu mění v současnosti moderní medicínu v komplikovaný, nečitelný konglomerát úkonů. Na tuto situaci je potřeba zdravotnické pracovníky připravovat již v pregraduálním vzdělávání (Persuad, 2002, s. 1).

4.6 Profesionální autonomie lékaře a lékařky

Lékaři a zdravotní sestry jsou typickými *znalostními pracovníky*. I když většinou pracují pro formální organizace, jejich postavení je podstatně jiné než postavení pracujících, jež musejí pracovat s kapitálem, který je mimo jejich vědění. Ačkoli mají nad sebou určité vedení, sami jsou často vedoucími dalších pracovníků. Navíc jsou to specialisté, i když je jejich specializace poměrně úzká, vyznaží se v ní lépe než vrcholové vedení a jsou si toho vědomi. Ve vlastním oboru jsou svému zaměstnavateli nadřazení bez ohledu na to, jaké podřízené místo zaujímají

²⁷ Není to jen odpovědnost za zdraví, život či smrt, tu mají i ostatní pomáhající profese. Není to ani neustálý kontakt s množstvím cizích lidí, ani seznámení s důvěrnými údaji.

v organizační hierarchii. Pracovník disponující znalostmi²⁸ je tudíž spíše kolegou a společníkem než podřízeným, a jako takového je třeba jej řídit (upraveno podle Druckera, 2004, s. 165).

Na výlučném postavení znalostí je založena tzv. *profesionální autonomie*. To znamená, že příslušníci určité profese sami dohlíží na obsah práce svých členů. Aby mohl být určitý typ zaměstnání určen jako profese, musí mít tyto charakteristické znaky: profesionální autonomii, odpovědnost, autoritu a prestiž (Freidson, 1988, s. 49).

V medicíně je profesionální autonomie výrazná. Nejvýraznější, přímo „mocná“ je při vzniku nového systému zdravotnické péče, velmi silná v pluralistickém, silná v systému zdravotního pojištění, dosti slabá v systému národní služby a skoro žádná v centralistickém státním systému. Každá autonomie musí mít tři dimenze (Annandale, 2001, s. 231-232):

1. ekonomickou autonomii (právo determinovat odměňování v profesi);
2. politickou autonomii (síla a možnost vlivu na zdravotní politiku);
3. klinickou/technickou autonomii (práva profese mít vlastní standardy a zejména vlastní dohled na těmito standardy).

Freidson (1967, s. 132-134) se dlouhodobě zabýval profesní mentalitou a kulturou lékařů (viz též Freidson, Mann, 1971, s. 791-794). Považoval za jejich klíčovou charakteristiku autonomii, v níž rozlišil dvě složky – korporativní (stavovskou) a klinickou (odborně-medicínskou). Korporativní autonomie znamená, že lékaři mají významný politický vliv na rozhodování o tom, v jakých podmínkách a za jakých okolností pracují, jak jsou odměňováni, jaké jsou podmínky vstupu do profese (pregraduální a postgraduální vzdělávání) a jak je výkon profese kontrolován. Klinická autonomie vyjadřuje, že výkon profese je natolik diktován odbornou problematikou, že jej nemůže posoudit nikdo, kdo nepřísluší do skupiny lékařů. Důraz na nepřekročitelnost hranic mezi laickým a expertním světem je posilován užíváním odborného jazyka, přístrojů a pomůcek, oblečením a dalšími symboly.

Tyto požadavky na profesi, jež se liší od zaměstnání především tím, že se jedná o činnost, pro kterou byl člověk vyškolen či vyučen (Koubek, 2001, s. 210), předpokládají vlastní profesní organizaci. Celospolečenské uznání profesionální auto-

28 Současná západní společnost je společností znalostí (Knowledge Society), ve které jsou znalosti rozhodujícím zdrojem a znalostní pracovníci (Knowledge Workers) určující pracovní skupinou. Znalosti určují charakteristické rysy budoucí společnosti: absenci či delimitaci hranic a vzestupnou mobilitu na základě snadno dosažitelného formálního vzdělání a tím získání znalostí jako „výrobních prostředků“. Tyto jevy vytvoří společnost „možností“, ale i „vysoké konkurence“. Konkrétně to bude znamenat vzrůstání cen znalostních produktů. Tento trend vedl Druckera později k definici „sebe manažmentu“ (Drucker, 2005, s. 13; Drucker, Sull, Houlder, aj., 2005, s. 39).

nomie lékařů, stomatologů a lékárníků bylo projevono zákonem č. 220/1991 Sb., o České lékařské, stomatologické a lékárnické komoře, který specifikuje práva a povinnosti těchto stavovských organizací i jejich struktury. Komora potom kontroluje vstup do profese a rozhoduje o znalostech a dovednostech, jichž je třeba.

Profesní organizace mají i ostatní zdravotnická nelékařská povolání. K 15. 3. 2006 jich bylo registrováno celkem 23. Regulovaných profesí, tj. všeobecných zdravotních sester a porodních asistentek, se jich týká šest: Asociace domácí péče ČR; Asociace psychiatrických sester; Česká asociace sester – člen ICN; Společnost instrumentárek; Česká konfederace porodních asistentek – člen ICM, EMA, Unie porodních asistentek.

Prestiž je váženost, jíž se lidé ve společnosti těší, je jedním z předpokladů úcty, kterou si navzájem prokazují. Prestiž může být individuální, odvíjející se od specifických individuálních charakteristik, a sociální, což je úcta spojená s určitým společenským statutem, která se pak přenáší na individua, jež tento status zaujala. K prestiži se pojí různé atributy (čestné tituly, právo nosit specifický oděv aj.) Tyto atributy mají především symbolickou hodnotu. V organizacích se jedná především o prestiž profesní a funkční. Profese tak poskytuje oprávnění k úctě do jisté míry nezávisle na tom, jak důkladně individuum role s ní spojené plní. Např. lékař se těší relativně vysoké úctě i tehdy, je-li považován za špatného lékaře. Prestiž bývá zkoumána pomocí tzv. škál prestiže. Ty jsou si v jednotlivých industriálních zemích pozoruhodně podobné a vcelku stabilní v čase (Šandorová, 2000, s. 127-128). Povolání lékaře zaujímá vždy jedno z prvních míst.

4.7 Role lékaře a lékařky

V současném zdravotnickém systému složitě strukturovaném vertikálně i horizontálně zastávají lékaři různé pracovní role s různými kompetencemi, které nejsou vždy pouze medicínského charakteru. Již v šedesátých letech Parsons poukázal na souvislost medicíny se sociálně-kontrolními funkcemi. Byl toho názoru, že právě prostřednictvím lékaře může společnost kontrolovat stabilitu společenského systému (nemocnost, morbiditu atd.). Lékař má za úkol nemoc vyhledat, stanovit, z čeho se skládá, a určit, co je zapotřebí k jejímu ukončení. Lékař legitimizuje status nemoci. Je osobou vlastníci monopol znalostí, zkušeností a schopností umožňujících určení nemoci a její terapii (Bártlová, 2005, s. 108; Parsons, 1965, s. 342-344).

Aby mohl lékař vykonávat funkci stanovenou mu místem v sociální struktuře, musí splňovat některé základní předpoklady. Parsons (1991, s. 454; Ivanová, Bártlová, Horváth, 2006, s. 226) uvádí, že v charakteristikách lékařských rolí

je mnohem více neshod, než je tomu u rolí pacienta. Základní předpoklady pro kvalitní výkon lékařské role pojmenoval Parsons v návaznosti na obecné vzorce proměnných v jednání následovně: funkční specifita, emocionální neutralita, universalismus a kolektivní orientace.

Funkční specifita je klíčovým znakem lékařské role. Vyjadřuje nutnost formální i faktické odborné kompetence pro výkon povolání. Z odborné kompetence je pak vymezena podoba odborného vzdělání (Parsons, 1991, s. 456-457).

Emocionální (afektivní) neutralita vyjadřuje požadavek věcně orientovat způsob jednání, bez emocionální účasti. Emocionalitu podřizuje lékař v jednání kontrole. Neznamená to, že by lékařův postoj vůči pacientovi byl bezcitný. Je tím míněno, že ideální lékař vykazuje sympatie, intuitivní porozumění bez plného rozvíjení svých emocí. Musí se omezit na svou odbornou úlohu a ostatní motivace své osobnosti nemá uplatňovat (např. usilování o osobní moc, erotické vzrušení vůči pacientkám apod.). Pocity však nelze normativně zakázat, proto je vhodnější požadavek emocionální neutrality definovat jako omezení emocionality především u těch emocí, které narušují roli lékaře. Požadavek emocionální neutrality se nevztahuje pouze na pacienta, ale také na všechny role, které se nacházejí v pracovním vztahovém poli toho kterého lékaře (Parsons, 1991, s. 456-457).

Universalismus vyjadřuje skutečnost, že vztahová oblast role lékaře zahrnuje všechny ostatní členy společnosti. V roli pacienta může být každý člověk, protože nemoc je v tomto kontextu universální fenomén. Role lékaře musí být zásadně uplatňována vůči každému, koho lze považovat za nemocného (Parsons, 1991, s. 455).

Kolektivní orientace znamená, že lékař ve svém rolovém jednání nevychází pouze ze svých zájmů, ale i ze zájmů druhých, tj. především pacientů, že staví blaho pacienta nad své vlastní zájmy. To znamená postarat se o optimální péči z hlediska diagnostiky, terapie a ošetřování, nevyužívat pacienta ve svůj prospěch. Patří sem i povinnost mlčenlivosti o všem, co se lékař v souvislosti s výkonem povolání o pacientovi dověděl. Lékař musí dbát o lidskou důstojnost nemocného, projevit zájem o jeho zdravotní stav a další potřeby. Toto předpokládá značnou nezištnost ze strany lékaře, často sebezapření a ochotu směřující ve prospěch nemocného (Parsons, 1991, s. 463).

Podle Kopřivy (2000, s. 39) je potom možno rozdělit činnost vycházející z lékařovy role na:

- poskytování podpory (lékař chápe jako svou povinnost, že se o něj může pacient opřít);
- poskytování úlev (odejmutí pacientových povinností, které tento v „normálním“ životě má, s ohledem na jeho onemocnění);

- odmítání emocionální reciprocity (lékař udržuje vztah asymetrický tím, že odmítá pociťovat totéž, co pacient, a nedovoluje pacientovi přístup ke svým vlastním pocitům proto, aby si udržel nezávislost a mohl pomáhat i ostatním);
- vedení pacienta v průběhu nemoci (pacient sice začíná vztah, ale lékař dále iniciativně určuje pacientovu roli a vede jej celým dynamickým procesem léčení);
- odborná odpovědnost za průběh léčení;
- uvědomělé nakládání s autoritou a mocí (podle institucionálně přidělené autority má lékař právo rozhodovat o věcech pacienta; platí ale, že čím větší je tato pravomoc, tím složitější je stát se pacientovým důvěrníkem. Za nejdůležitější předpoklad úspěchu je považována schopnost lékaře oddělovat obě situace a nepřenášet emoce vzniklé v jedné situaci do situace druhé).

Lékař vstupuje do své role svým institucionalizovaným studiem, ke kterému se dobrovolně rozhodl, a vykonává povolání, které si vybral. Lékařské vzdělání dnes není jen výukou lékařských znalostí a dovedností, ale i důležitým kanálem, kterým jsou předávány hodnoty lékařské profese, přičemž je zaručována jejich kontinuita. Další, zákonem nařízené celoživotní vzdělávání, přispívá k zabydlení se lékaře v roli a ke ztotožnění se s touto rolí (Vymětal, 1999, s. 78).

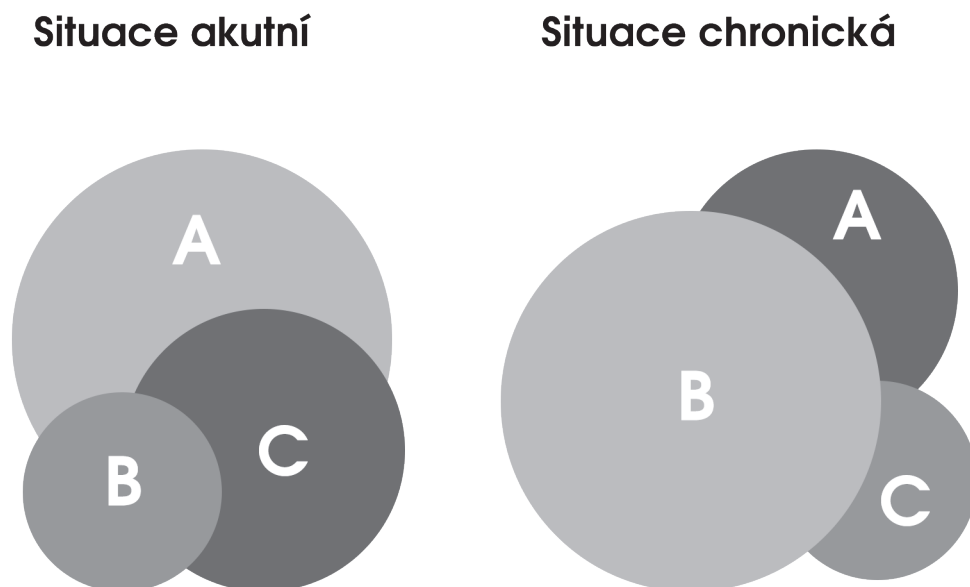
Proměna současné medicíny, zvyšující se počet chronických onemocnění, celková medicinalizace lidského života i globalizace spolu se vzrůstající imigrací s sebou přinášejí požadavky na změnu lékařova chování i vzdělávání. Cohen (2002, s. 476) zdůrazňuje, že pro vnímání rozdílné budoucí role lékaře je nutno přizpůsobit také jeho současné vzdělávání.

Bauchner, Simpson a Chessare (2001, s. 459) rozebírají determinanty rozhodování lékaře a domnívají se, že v rámci současných společenských norem mají na jeho rozhodování vliv tři základní domény:

1. Lékařovy zkušenosti a znalosti
2. Charakteristiky a hodnoty pacienta
3. Vnější klinická evidence (standardy, právní a etické normy, vedení dokumentace aj.).

To vše probíhá v rámci obecných společenských norem. Poměr domén se při rozhodování lékaře mění podle toho, zda se jedná o situaci akutní či chronickou.

Model klinického rozhodování lékaře podle situace (Bauchner, Simpson, Chessare, 2001, s. 460) je znázorněn na obr. 8.



Obr. 8 – Model klinického rozhodování lékaře podle situace

Legenda:

A) Lékařovy zkušenosti a znalosti B) Pacientovy charakteristiky a hodnoty C) Vnější klinická evidence

Autoři se zabývají také nutností změny současné lékařovy role (Bauchner, Simpson, Chessare, 2001, s. 460). Důvody jsou následující:

- Tradiční kontinuální lékařské vzdělávání a pasivní distribuce znalostí již nejsou efektivní.
- Jako efektivní se jeví lékařské vzdělávání obsahující interaktivní intervence.
- Vytváření a pouhé vyhlašování standardů nemá dopad na péči o pacienta.
- Efektivní může být implementace standardů, jež se vyznačují určitou variabilitou.
- V klinických doporučeních chybí multidisciplinární přístupy, zejména ty, jež zvyšují i při specifických onemocněních prevenci a podporu zdraví.

- Pouze pacient spolu s lékařem mohou společně zvyšovat kvalitu prevence a zdravotní péče.
- Audity a feedbacky mají pouze skromný vliv na změnu chování lékařů. Mnohem vyšší vliv má kombinace zpětné vazby s konkrétními specifickými doporučeními. Také lékaři pochopený smysl zpětné vazby činí tuto efektivnější.
- Finanční stimuly se mohou ukazovat jako silný faktor ke změně chování lékařů pouze do určité hranice.²⁹

Dnešní lékaři pociťují konflikt rolí. Na jedné straně rozsáhlá profesní autonomie lékařů při současných téměř neomezených možnostech medicíny, na straně druhé podmínky omezených finančních zdrojů přinášejí s sebou určitou vnitřní inkompatibilitu lékařské role. Na jedné straně lékař musí a také chce poskytovat pomoc a úlevu pacientům podle svých znalostí a vědomostí s nasazením všech dostupných prostředků, na straně druhé nese zodpovědnost za spravedlivé rozdělení veřejných zdrojů (Agich, 1999, s. 526; Bártlová, 2005c, s. 108-109; Janečková, 2000, s. 11).

Welsh a Pringle (2001, s. 178) upozorňují, že sociální odpovědnost lékařů, ale i zdravotních sester a ostatního zdravotnického personálu, tzn. jejich profesionalismus, je devalvován zaměřením se (ať již společenským nebo organizačním) primárně na ekonomické a výkonové vyhodnocování. Carroll a Edmondson (2002, s. 51) usuzují, že snižující se profesionální status lékařů, ale i zdravotních sester (i když méně), a dále celkový finanční tlak mají za výsledek dlouhou pracovní dobu zdravotníků a nedostatečné zdroje podpory, což může vést k nejružnějším pochybením.

29 V roce 1988 Traweek publikovala inovativní etnografickou studii o neobvyklé lidské komunitě vysoce výkonných lékařů, pracujících v Stanford Linear Accelerator. Jako etnograf vyhledávala situace v komunitním systému myšlení ve vztahu k sociálním aktivitám. Kontextualizovala dovednosti těchto lékařů ve vztahu k vzorcům chování, tedy jak se komunita lékařů organizovala sociálně. Zajímala se, jak se komunita reprodukuje, tedy jak vznikají nové generace lékařů, kteří by mohli zaujmout důležité místo v sociální a profesní hierarchii této komunity. Lékaři vyznávali na prvním místě nikoliv apriorní normy a hodnoty, ale každodenní činnost, na které se podíleli. Jejich uznávanými hodnotami byla síla ve stabilitě a zasvěcení inovacím a objevům. Přitom centrálním účelem nebylo hromadění znalostí, nýbrž produkce nových znalostí a dovedností, které by zmírnilo lidské utrpení v případech nemoci či úrazu. Stěžejní v jejich myšlení byla nepsaná obecná důvěra v „pravdu“, a to že lékaři mají speciální sílu při zmírňování utrpení (Taylor, 2003, s. 556-557).

Literatura a prameny

- AGICH, J. G. 1999. The Importance of Management for Understanding Managed Care. *Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 24, No. 5, pp. 518-534.
- AMSTRONG, M. 2000. *Personální management*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing. 963 s. ISBN 80-7169-614-5.
- ANNANDALE, E. 2001. *The Sociology of Health Medicine*. A critical introduction. 3rd. Oxford: Blackwell Publishers. 334 p. ISBN 0-7456-1358-6.
- BÁRTLOVÁ, S. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované vyd. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
- BARTOŠEK, J. 2003. *Kultura manažerské komunikace*. 3. nezměněné vyd. Zlín: Fakulta managementu a ekonomiky Univerzity Tomáše Bati. 107 s. ISBN 80-7318-113-4.
- BAUCHNER, H., SIMPSON, L., CHESSARE, J. 2001. Changing physician behaviour. *Archives of Disease in Childhood*, Vol. 84, No. 6, pp. 459-462.
- BEAUCHAMP, T., L., CHILDRESS, J. 2001. *F. Principles of Biomedical Ethics*. 5th. ed. Oxford: Oxford University Press. 454 p. ISBN 0-19-514332-9.
- BĚLOHLÁVEK, F. 1996. *Organizační chování*. Olomouc: Rubico. 343 s. ISBN 80-85839-09-1.
- BENDER, C., De VOGEL, S., BLOMBERG, R. 1999. The Socialization of Newly Hired Medical Staff into a Large Health System. *Health Care Management Review*, Vol. 24, No. 1, pp. 95-108.
- BENEDICTOVÁ, R. 1999. *Kulturní vzorce*. 1. české vyd. Praha: Argo. 223 s. ISBN 80-7203-212-7.
- BERGER, L., P., LUCKMANN, T. 1999. *Sociální konstrukce reality. Pojednání o sociologii vědě*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. 214 s. ISBN 80-85959-46-1.
- CAKIRPALOGLU, P. 2004. *Psychologie hodnot*. Vyd. neuvedeno. Olomouc: Votobia. 427 s. ISBN 80-7220-195-6.
- CARROLL, S., J., EDMONDSON, C., A. 2002. Leading organizational learning in health care. *Qual. Saf. Health Care*, No. 11, pp. 51-56.
- CETL, J., HUBÍK, S., ŠMAJS, J. 1990. *Příroda a kultura*. 1. vyd. Praha: Svoboda. 278 s.
- COHEN, J., J. 2002. Our Compact with Tomorrow's Doctors. *Academic Medicine*, Vol. 77, No. 6, pp. 475-480.
- ČIHOVSKÝ, J., SCHNEIDER, M. 1977. *Úvod do základů sociologie výchovy*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství University Palackého. 110 s.
- DEAL, T., KENNEDY, A. 1988. *Corporate Cultures*. The Rites and Rituals of Corporate Life. 2nd ed. London: Penguin Books. 232 p. ISBN 0-14-009138-6.
- DENISON, R., D. 1990. *Corporate Culture and Organizational Effectiveness*. 1st. ed. New York: John Wiley&Sons. 267 p. ISBN 0-471-80021-X.
- DRISKILL, G., W., BRETON, A., L. 2005. *Organizational Culture in Action*. A Cultural Analysis Workbook. 1 st. ed. Thousand Oaks: Sage Publications. 228 p. ISBN 1-4129-0560-5.

- DRUCKER, P., SULL, N., D., HOULDER, D., aj. 2005. Managing Yourself. *Harvard Business Review*, Vol. 01, pp. 39.
- DRUCKER, P. 2005. Managing Oneself. *Harvard Business Review*, Vol. 01, pp. 13.
- DRUCKER, P., F. 2004. *Fungující společnost*. Praha: Management Press. 242 s. ISBN 80-7261-098-8.
- FAY, B. 2002. *Současná filosofie sociálních věd. Multikulturní přístup*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). 324 s. ISBN 80-86429-10-5.
- FREIDSON, E. 1967. The professional mind. In *Cancer Journal for Clinicians*, Vol. 17, No. 3, pp.130-136.
- FREIDSON, E. MANN, J., H. 1971. Organizational dimensions of large-scale group medical practice. *American Journal of Public Health*, Vol. 61, No. 4, pp. 786-795.
- FREIDSON, E. 1988. *Profession of Medicine*. A Study of the Sociology of Applied Knowledge. 2nd. ed. London, Chicago: The University of Chicago Press. 419 p. ISBN 0-226-26228-6.
- GIDDENS, A. 2003. *Sociologie*. Praha: Argo. 595 s. ISBN 80-7203-124-4.
- HADDOCK, C., C., et al. 1996. *Management*. Arlington: Association of University ProgramsttHealth Administration (AUPHA). 63 p. ISBN 0-910591-26-1.
- HIGGINS, M. 2005. *Career Imprints. Creating Leaders Across an Industry*. 1st. ed. San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint. 388 p. ISBN 0-7879-7751-9.
- HIRSCH, P., M., LOUNSBURY, M. 1997. Ending the Family Quarrel: Toward a Reconciliation of „Old“ and „New“ Institutionalisms. *American Behavioral Scientist*, Vol. 40, No. 4, pp. 406 – 418.
- HOFSTEDE, G., NEUIJEN, B., OHAYV, D., D., SANDERS, G. 1990. Measuring organizational cultures: a qualitative and quantitative study across twenty cases. *Administrative Science Quartely*, Vol. 35, No. 2, pp. 286 – 316.
- HOLMEROVÁ, I. 2001. Péče o pečující – Týmová spolupráce v gerontologii. In DOUŠOVÁ, V. ed. *Pečující povolání*. Sborník přednášek. Praha: Česká alzheimerská společnost, s. 28-32. ISBN 80-86541-04-5.
- HUBÍK, S. 1994. *K postmodernismu obratem k jazyku*. 1. vyd. Boskovice: Albert. 219 s. ISBN 80-85834-08-1.
- IVANOVÁ, K. 2003. Role a funkce manažerů zdravotnických institucí. In GLADKIJ, I. a kol. *Management zdravotnictví*. Brno: Computer Press, s. 157-181. ISBN 80-7226-996-8.
- IVANOVÁ, K. 2007. *Organizační kultura ve zdravotnictví*. Habilitační práce. České Budějovice.
- IVANOVÁ, K., BÁRTLOVÁ, S., HORVÁTH, M. 2006. Odkaz díla T. Parsonse v medicíně a ošetrovatelství. In ŠUBRT, J. ed. *Talcott Parsons a jeho přínos soudobé sociologii*. Praha: Karolinum, s. 199-214. ISBN 80-246-1239-9.
- JANDOUREK, J. 2001. *Sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 285 s. ISBN 80-7178-535-0.
- JANEČKOVÁ, H. 2000. Problémy zdravotní péče očima českých lékařů. *Zdravotnické noviny*, roč. 49, č. 32, s. 11.
- JANKOVSKÝ, J. 2003. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.

- KANT, I. 1999. *K věčnému míru, O obecném rčení: je-li něco správné v teorii, nemusí se to ještě hodit v praxi: filozofický projekt/Immanuel Kant*. 1. české vyd. Praha: Oikoymenth. 102 s. ISBN 80-86005-55-2.
- KELLER, J. 1996. *Sociologie byrokracie a organizace*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). 191 s. ISBN 80-85850-15-X.
- KELLER, J., GÁL, F., FRIČ, P. 1996. *Hodnoty pro budoucnost*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství G plus G. 94 s. ISBN 80-901896-4-4.
- KŁOSKOVSKA, A. 1981. *Socjologia kultury*. 2. w. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe. 608 s. ISBN 83-01-02697-9.
- KOPŘIVA, K. 2000. *Lidský vztah jako součást profese*. 4. vyd. Praha: Portál. 147 s. ISBN 80-7178-429-X.
- KOUBEK, J. 2001. *Řízení lidských zdrojů. Řízení moderní personalistiky*. 3. vyd. Praha: Management Press. 367 s. ISBN 80-7261-033-3.
- LEADER, W., J. 1996. *Patients first. Experiences of Patient — Focused Pioneer*. 3rd. ed. Illinois, Chicago: Health Administration Press. 300 p. ISBN 156793-039-5.
- LÉVI-STRAUSS, C. 1999. *Rasa a dějiny*. 1. české vyd. Brno: Atlantis. 72 s. ISBN 80-7108-138-8.
- LIBROVÁ, H. 1994. *Pestří a zelení. Kapitoly o dobrovolné skromnosti*. 1. vyd. Brno: VERONICA. Hnutí Duha. 218 s. ISBN 80-85368-18-8.
- LUKÁŠOVÁ, R., NOVÝ, I., aj. 2004. *Organizační kultura. Od sdílených hodnot k vyšší výkonnosti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 174 s. ISBN 80-247-0648-2.
- MAREČKOVÁ, J., VRÁNOVÁ, V. 2001. *Výchova k prevenci syndromu vyhoření jako profesionální dovednost učitelek odborných předmětů na SZŠ. In Sborník referátů z celostátní konference Úkoly pedagogů při rozvíjení zdravého životního stylu*. Olomouc: Vydavatelství Palackého univerzity, Pedagogická fakulta, s. 15-23. ISBN 870-244-0363-3.
- MEAD, G., H. 1970. *Mind, Self, and Society. From the Standpoint of a Social Behaviorist*. 17th ed. MORRIS, CH., W. ed. Chicago: The University of Chicago Press. 405 p. ISBN 0-226-51668-7.
- MEZŘICKÝ, V. (ed.). 2003. *Globalizace*. 1. vyd. Praha: Portál. 147 s. ISBN 80-7178-748-5.
- MUCHA, I. 2000. *Symboly v jednání*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 193 s. ISBN 80-246-0012-9.
- MURPHY, R. F. 1989. *Úvod do kulturní a sociální antropologie*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). 267 s. ISBN 80-85850-53-2.
- NOVÁK, P. 2001. *Péče o duševní zdraví zaměstnanců ve zdravotnictví ve Švédsku. In DOUŠOVÁ, ed. Pečující povolání. Sborník přednášek*. Praha: Česká alzheimerská společnost, s. 25-27. ISBN 80-86541-04-05.
- NOVOTNÁ, E. 1996. *Sociologie. Průvodce klasickou sociologií*. Vyd. neuvedeno. České Budějovice: Vydavatelství Jihočeské univerzity, Pedagogická fakulta, 221 s.
- NOVÝ, I., aj. 1996. *Interkulturní management. Lidé, kultura a management*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 80-7169-260-3.
- PARKER, M. 2000. *Organizational Culture and Identity*. 1st. ed. London: Sage Publications. 260 p. ISBN 0 7619 5243 8.

- PARSONS, T. 1991. *The social system*. Preface to the New Edition Bryan S. Turner. 1st ed. Kent: Mackays of Chatham PLC. 575 p. ISBN 0-415-06055-9.
- PARSONS, T. 1965. *Social Structure and personality*. 2nd. ed. New York: The Free Press. 375 p.
- PERSAUD, R. 2002. Reducing the stress in medicine. *Postgraduate Medical Journal*, Vol. 78, No. 915, pp. 1 - 3.
- PFEIFER, L., UMLAUFOVÁ, M. 1993. *Firemní kultura. Síla sdílených cílů, hodnot a priorit*. Vyd. neuvedeno. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-7169-018-X.
- RAFAELI, A., WORLINE, M. 2000. Symbols in Organizational Culture. In ASHKANASY, M., N., WILDEROM, M., P., C., PETERSON, F., M. eds. *Handbook of Organizational Culture & Climate*. 1st. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, p. 71-84. ISBN 0-7619-1602-4.
- ROLLO, V. 1993. *Emocionalita a racionalita*. Aneb jak ďábel na svět přišel. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). 194 s. ISBN 80-901059-X.
- SCHEIN, H., E. 2004. *Organizational Culture and Leadership*. 3rd. ed. San Francisco: John Wiley. 437 p. ISBN 0-7879-6845-5.
- SIMON, S., HOWE, L., KIRSCHENBAUM, H. 1995. *Vyjasňování hodnot*. 1. vyd. Praha: TALPRESS. 307 s. ISBN 80-7197-085-9.
- SOUKUP, V. 2000. *Přehled antropologických teorií kultury*. 1. vyd. Praha: Portál. 232 s. ISBN 80-7178-328-5.
- ŠANDEROVÁ, J. 2000. *Sociální stratifikace*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 172 s. ISBN 80-246-0025-0.
- ŠIKLOVÁ, J. 2001. *Kdo pečuje o pečovatele aneb právo na slabost !?* In DOUŠOVÁ, V. ed. *Pečující povolání*. Sborník přednášek. Praha: Česká alzheimerovská společnost, s. 14-16. ISBN 80-86541-04-5.
- ŠIMEK, D. 1991. *Vybrané problémy teorie výchovy dospělých*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Palackého univerzity. 83 s.
- ŠIMEK, D. 1996. *Otevřená práce*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Palackého univerzity. 91 s. ISBN 80-7067-623-X.
- ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent – Orion. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
- ŠKRLA, P. 2005. *Především neublížit*. Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
- TAYLOR, S., J. 2003. Confronting „culture“ in Medicine´s „Culture of No Culture“. *Academic Medicine*, Vol. 78, No. 6, pp. 555-559.
- ULRICH, M., C., SOEKEN, L., K. 2005. A Path Analytic Model of Ethical Conflits in Practice and Autonomy in a Sample of Nurse Practitioners. *Nursing Ethics*, Vol. 12, No. 3, pp. 306-316.
- VYMĚTAL, J. 1999. *Lékařská psychologie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství. 278 s. ISBN 80-861-23-08-1.
- WELSH, T., PRINGLE, M. 2001. Social capital. *British Medical Journal*, Vol. 323, No. 7306, pp. 177-178.
- ZEITZ, G., JOHANNESON, R., RITCHE, J., E., Jr. 1997 Employee survey measuring

Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., a kolektiv

Medicína a společnost

Výkonný redaktor prof. RNDr. Hana Kolářová, CSc.

Odpovědná redaktorka RNDr. Hana Dziková

Publikace neprošla jazykovou redakcí (Za jazykovou správnost odpovídají autoři)

Technické zpracování Jan Svoboda

Návrh a grafické zpracování obálky Jan Svoboda

Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci

Křížkovského 8, 771 47 Olomouc

www.vydavatelstvi.upol.cz

e-mail: HYPERLINK „mailto:vup@upol.cz“ vup@upol.cz

elektronický obchod: HYPERLINK „http://www.e-shop.upol.cz“ www.e-shop.upol.cz

Olomouc 2013

1. vydání

čz 2013/123

ISBN 978-80-244-3446-9

Neprodejná publikace