Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra Veřejného zdravotnictví
Studijní obor: Ochrana veřejného zdraví

Bakalářská práce

Kolik stojí zdraví české seniory

Vedoucí bakalářské práce:
Mgr. František Kotrba

Autor:
Jana Leštinová

2012

Abstrakt

Kolik stojí zdraví české seniory

Ve své bakalářské práci se věnuji problematice seniorů, respektive jednomu specifickému aspektu této populační skupiny. Jsou jím nutné vysoké náklady této populace na léky, výdaje vynaložené za prohlídky u odborných lékařů, ošetření na pohotovosti či výše financí za hospitalizaci v nemocnici. Celou škálu těchto aspektů jsem shrnula do práce s názvem *„Kolik stojí zdraví české seniory"*.

Toto téma je vysoce aktuální z důvodu demografického vývoje v ČR, kde přibývá a bude přibývat seniorů. Tedy i potenciálně nemocných či chronicky nemocných osob, které jsou na zdravotní péči a medikamentózní léčbě závislé. Dalším aspektem je probíhající důchodová a zdravotnická reforma, které mají za následek další a rozsáhlejší finanční dopady na tuto nízko-příjmovou populaci.

Práci jsem rozdělila do dvou základních částí. Část teoretická představuje vstup do problematiky zdraví, zdraví seniorů a jejich specifických potřeb. V praktické části prezentuji vlastní výzkum, který jsem prováděla na vybrané skupině seniorů žijících v domácnosti a v Domově pro seniory v Třeboni. Hlavním kritériem pro výběr respondentů byl věk (65 a více let) a místo bydliště (Třeboň a její místní části). Práce byla zpracována za využití kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření. Data byla získána prostřednictvím metody dotazování, technikou anonymního dotazníku. Výzkumný soubor byl tvořen 105 respondenty. Cílem bylo zjistit, zda se liší finanční náklady seniorů žijících v domácnosti a klientů DPS, dále zda se liší náklady podle pohlaví a zda vynaloží senioři více finančních prostředků za výživové doplňky nebo za léky předepsané lékařem.

Výzkumem jsem mj. zjistila, že navzdory předpokladům vynaloží senioři více financí za nezbytné léky, které jim předepíše odborník, a které jsou kvůli svému zdravotnímu stavu nuceni užívat, než za výživové doplňky, které doprovází masivní reklama. V souvislosti s výší příjmů seniorů a nutnými náklady se proto domnívám, že doplňky hromadně nenakupují především z důvodu finančního, protože jim již na zbytné produkty nezbývají prostředky.
Některé výstupy výzkumu bych ráda hlouběji řešila i v rámci diplomové práce, protože tento problém se bude týkat stále většího počtu lidí a v mezičase se ještě změní některé důležité vstupy jako je cena léků, cena pobytu v nemocnici, poplatek za vyšetření atp.

Abstract

How Much Is the Health of the Elderly in the Czech Republic

The bachelor thesis deals with the issue of the elderly and is focused above all on one specific aspect of this population group - on necessary, high costs of medicines, expenses spent on examinations by specialists, treatment at the medical emergency or high costs spent on hospitalization. The thesis called „How Much Is the Health of the Elderly in the Czech Republic" summarizes the whole range of these aspects.

This issue is a current topic because of demographic trends in the Czech Republic, where the number of the elderly has been increasing and will increase in future. Thus, potentially ill or chronically ill people who are dependent on health care and medical treatment. Another aspect of this issue is ongoing pension and healthcare reforms that result in further and more extent financial impacts on this low-income group of population.

The work was divided into two basic parts. The theoretical part introduces the issue of health, health of the elderly and their specific needs. The practical part presents my own research carried out on the group of the elderly who live in their own homes or in the Care House in Třeboň. The main criterion was age (65 and more) and the place of residence (Třeboň and its surroundings).The method of quantitative research a questionnaire were applied. The data were collected by means of questioning and by the method of an anonymous questionnaire. The research sample consisted of 105 respondents. The objective was to find out whether the financial costs and expenses of the elderly living in their own homes differ from those of the elderly living in the Care House in Třeboň, whether the costs differ according to sex and whether the elderly spend more on nutritional supplements or on the medicines prescribed to them.

I revealed by the research, among others, that despite the expectations, the elderly spend more financial means on necessary medicines, prescribed by a specialist which they have to take due to their health condition, than on nutritional supplements that are accompanied by massive advertising. In connection with incomes of the elderly I therefore believe, that the elderly do not buy the supplements in bulk due to the lack of financial means.

I would like to address some research outputs in detail within the thesis, since this issue will involve an increasing number of people and in the meantime some key inputs such as the price of medicines, the price of hospital stay, examination fee etc. will change.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Kolik stojí zdraví české seniory, vypracovala samostatně s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Třeboni dne 1.5.2012 Jana Leštinová

……...

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala panu Mgr. Františku Kotrbovi za odborné vedení mé bakalářské práce, a také svému bratrovi Mgr. Pavlu Leštinovi za cenné rady při zpracovávání mé práce. Poděkování patří samozřejmě i seniorům, kteří se ochotně zúčastnili mého výzkumu.

OBSAH

Úvod..... 8

1. Současný stav..... 9
1.1 Zdraví..... 9
1.1.1 Ottawská charta..... 9
1.1.2 Sankaranova definice..... 9
1.1.3 Definice zdraví dle WHO..... 9
1.2 WHO..... 10
1.2.1 Struktura WHO..... 10
1.2.2 Poslání WHO..... 10
1.3 Podpora zdraví..... 11
1.3.1 Vymezení pojmu podpora zdraví..... 11
1.3.2 Program podpory zdraví..... 11
1.3.3 Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR..... 12
1.3.4 Další programy pro podporu zdraví..... 12
1.4 Demografický vývoj ČR..... 12
1.4.1 Prodlužování průměrné délky života..... 16
1.4.2 Nepříznivé dopady na zdravotní politiku státu..... 17
1.5 Stáří..... 17
1.5.1 Stárnutí..... 18
1.5.2 Teorie stárnutí..... 19
1.5.3 Zdravé stárnutí..... 20
1.5.4 Senior..... 21
1.6 Zdravotní péče..... 21
1.6.1 Zdravotnictví a poplatky..... 22
1.6.2 Sociální služby..... 22
1.6.3 Domovy pro seniory..... 23
1.7 Důchodová reforma..... 23
1.7.1 Důchodové reformy v Evropě..... 24

1.7.2 Proč je nutné důchodovou reformu provést..... 24
1.8 Farmakologie..... 24
1.8.1 Bylina nebo lék..... 25
1.8.2 Výživové doplňky..... 25
1.8.3 Generické léky..... 26
1.8.4 Vysoké ceny léků..... 26
1.8.5 Jak se v Česku stanovuje cena léků..... 28
1.9 Reklama..... 28
1.9.1 Důsledky reklamy..... 29

2. Cíle a hypotézy..... 30
2.1 Cíle práce..... 30
2.2 Předpokládané hypotézy..... 30

3. Metodika..... 31
3.1 Použité metody a techniky sběru dat..... 31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru..... 31
3.3 Plán výzkumu..... 31
3.4 Návrhy na zlepšení..... 32

4. Výsledky..... 33

5. Diskuze..... 46

6. Závěr..... 50

7. Seznam použitých zdrojů..... 52

8. Klíčová slova..... 56

9. Přílohy..... 57

Úvod

V dnešní době je toto téma aktuálním společensko-ekonomickým problémem současné české společnosti potencované především ne zcela pozitivním demografickým vývojem. Zvyšování počtu seniorů v populaci ČR a prodlužování průměrné délky života vede nevyhnutelně k některým nepříznivým efektům v sociální a zdravotní politice státu. Demografické prognózy předpokládají, že v polovině století bude ČR při stávajících trendech natality a mortality patřit k nejstarším populacím na světě (více než 40 % obyvatel ve věku nad 60 let) a zároveň bude přibývat i osob ve věku nad 80 let. Klesá reálná výše starobních důchodů a senioři jsou zároveň nuceni za své zdraví (léky, doplňky stravy, poplatky u lékaře, na pohotovosti a v nemocnici) vynakládat stále více finančních prostředků. Došlo ke změně poplatků u lékařů, na zdravotnické pohotovosti i v nemocnicích. Je nutné si uvědomit, že přibývající počet seniorů logicky vede ke zvyšování počtu nemocných a nemohoucích osob, které jsou závislé na finanční podpoře svého okolí.

Pokud chceme udržet funkční politiku státu a i nadále normálně fungovat, je potřeba vytvořit předpoklady pro rozvoj služeb, které by zlepšovaly zdravotní stav seniorů, zároveň i jejich podmínky pro bydlení a taktéž by bylo potřeba vytvořit předpoklady i pro kompenzaci handicapů prostředí. Nutné je taktéž zlepšit spolupráci s rodinou a rozvinout domácí integrovanou péči pro co největší osamostatnění všech starších a nemocných osob.

Tato bakalářská práce může být využita jako zdroj informací, které umožní českým seniorům lepší orientaci v problematice péče o zdraví a umožní lepší ekonomickou rozvahu při nakládání s prostředky na zdravotní péči.

1. Současný stav

1.1 Zdraví

Pod pojmem zdraví si každý z nás představí rozdílnou definici. Někteří považují za zdraví pouhou nepřítomnost nemoci a tím pádem berou zdraví jako opozitum nemoci. Někdo ovšem namítne, že zdraví je daleko víc. Zahrnuje do tohoto pojmu nepřítomnost nemoci, ale zároveň i vyžaduje určitý pocit sociální pohody a vynakládání specifických fyzických výkonů. Zdraví se podle jiných odvíjí i podle jeho sociální situace a jeho ekonomických možností, zdraví se sice nedá koupit, ale péče, kvalitní léky a funkční léčba ano. Zdraví tedy, ať chceme nebo ne, s ekonomikou souvisí, jak tedy s ekonomikou státu, tak i s finančními možnostmi každého z nás.

„Zdraví patří k nejvýznamnějším hodnotám života každého člověka.“ Bývalý ředitel Světové zdravotnické organizace (World health organization – WHO), Halfdan Mahler uvedl, že: *„Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví není ničím“* (20)

1.1.1 Ottawská charta

Definice zdraví, která je součástí Ottawské charty (1986) zní: *„Zdraví vzniká a uplatňuje se v běžném životě, všude tam, kde lidé žijí, učí se, pracují, hrají si a milují. Zdraví je vytvářeno péčí o sebe i o druhé, je podmíněno jednak možností rozhodovat, volit si a ovládat své životní podmínky a jednak ujištěním, že společnost, v níž žijeme, umožní všem občanům dosáhnout zdraví “* (10)

1.1.2 Sankaranova definice

Navzdory tomuto přístupu ministerstva zdravotnictví i Světové zdravotnické organizace říká Sankaranova definice: „zdraví je svoboda“ Zdraví on vnímá jako cestu ke svobodě, kterou si nemůže člověk koupit v lékárně a ani ho získat nějakým zázračným kouzlem, ke zdraví se dá pouze dojít. (33)

1.1.3 Definice zdraví dle WHO

WHO (světová zdravotnická organizace) například definuje zdraví jako "stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, který nesestává jen z absence nemoci nebo

vady." Lze ji proto považovat za idealistickou a nerealistickou. Použitím této WHO definice je klasifikováno 70-95% lidí jako nezdravých. Můžeme také na zdraví pohlížet i zcela jinak. (34)

S touto definicí se ztotožňuje i MUDr. Zdeněk Susa ve své knize *Tělo a duše ve zdraví a nemoci*. Zároveň poukazuje na to: *„Už takto je definice zdraví překvapivě široká a ukazuje jak je zdraví komplexní“*. Pozastavuje se i nad tím, jak se mnoho zdravotnických pracovníků zabývá pouze určitými poruchami těla, nebo se soustřeďují na jednotlivé orgány, ale zapomínají na celého člověka. (35)

1.2 WHO

1.2.1 Struktura WHO

WHO tvoří 193 států, rozdělených do 6 geografických regionů. Kanceláře WHO se nacházejí ve 134 zemích. Ústředí WHO je v Ženevě. Generální ředitelkou organizace je Dr. Margaret Chan z Číny, která do funkce nastoupila 4. ledna 2007. Řídícím orgánem WHO je Světové zdravotnické shromáždění (WHA) složené z 193 členských států, které se schází jednou za rok. Jeho rozhodnutí a strategie realizuje Výkonná rada (EB), kterou tvoří 32 zdravotnických expertů jmenovaných vládami, a která se schází dvakrát do roka. (34)

1.2.2 Poslání WHO

Dlouhodobě se zlepšováním zdravotního stavu obyvatelstva zabývá Světová zdravotnická organizace - World Health Organization (dále jen WHO), která si ovšem klade dlouhodobější a obtížněji realizovatelné cíle, jakými jsou například snaha o

• *omezování úmrtnosti, nemocnosti a postižení zejména u chudých a sociálně slabých skupin populace;*

• *podpora zdravé životosprávy a omezení zdravotních rizik vyplývajících z ekologických, ekonomických a sociálních podmínek;*

• *rozvoj spravedlivějších a efektivnějších zdravotnických systémů, které budou odpovídat legitimním potřebám lidí a budou pro ně finančně únosné;*

• *rozvoj odpovídajících zdravotnických strategií a institucionálního zázemí a začleňování zdravotnických aspektů do sociálních, ekonomických, ekologických a rozvojových strategií.* (34)

1.3 Podpora zdraví

Podpora a ochrana veřejného zdraví je sepsána v **zákoně č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví**. Ten ji definuje jako „*souhrn činností a opatření k vytváření a ochraně zdravých životních a pracovních podmínek a zároveň zabránění šíření infekčních a hromadně se vyskytujících onemocnění, nemocí souvisejících s prací a jiných významných poruch zdraví a dozoru nad jejich zachováním“* (42)

Podpora zdraví je spolu s prevencí nezbytnou součástí moderní zdravotní péče, která souvisí i se zlepšováním zdraví jako celku. Patří sem nejen snahy o zvyšování duševní, sociální a tělesné pohody, ale i neustálé posilování imunity. (20)

1.3.1 Vymezení pojmu podpora zdraví

Podporu zdraví lze definovat jako soubor politických, ekonomických, technologických a výchovných opatření, které chrání zdraví všech občanů a podílí se na prodlužování života, která zajišťuje zdravý vývoj jedinců. (20)

1.3.2 Program podpory zdraví

V České republice (dále jen ČR) je to především spolupráce mezi WHO a Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Za tímto účelem byla vydána publikace Zdraví 21 aneb zdraví pro všechny v 21. století. Vláda ČR si je vědoma, že zdraví patří mezi nejvýznamnější priority její činnosti. Tento program pro zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva je racionální, dobře strukturovaný a vypracovaný týmy předních odborníků z medicínských oborů a také odborníků pro zdravotní politiku a ekonomiku. Opírá se tedy o analogický dokument Světové zdravotnické organizace, ale pouze pasivně ji nepřebírá. Uplatňuje koncepci 21 cílů definovanými ukazateli zdraví. ČR nepatří mezi země s kritickou úrovní zdravotního stavu obyvatelstva. Bez problémů ale ovšem není, i přes znatelný pokrok dodnes nedosáhla parametrů zdraví v nejvyspělejších průmyslových státech. Tímto by se naše společnost opět posunula výš, takže snahy o prosperitu v této oblasti jsou na místě. (25)

1.3.3 Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR

Česká republika na základě programu WHO „Zdraví pro všechny v 21. století“ vytvořila vlastní národní program s názvem *„Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století“*.

posláním programu je především vybudovat fungující model péče o zdraví a podpory zdraví všech obyvatel ČR prostřednictvím plnění jednotlivých 21 cílů. Každý z cílů má stanoveny dílčí úkoly, včetně aktivit k jejich plnění a ukazatele k monitorování naplňování těchto dílčích úkolů. Ministerstvo zdravotnictví ČR má za úkol každoročně vytvořit zprávu o naplňování jednotlivých cílů programu. (30)

Jedním z dílčích cílů programu Zdraví 21 je také zajistit, aby do roku 2020 měli lidé nad 65 let možnost plně využít svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti. Dalším cílem je snaha, aby si lidé do roku 2015 osvojili zdravější životní styl. Aktuálně se nejvíce podílí nevhodná skladba potravin. (25)

1.3.4 Další programy pro podporu zdraví

Projekt DETERMINE, který pracuje v rámci celé EU (Evropská Unie) za podporu rovnosti ve zdraví, prostřednictvím konkrétních aktivit v oblasti sociálně-ekonomických determinant zdraví. Je tvořen více než padesáti subjekty jak ziskových, tak i neziskových organizací. Zapojeno je 26 Zemí Evropy a je to tím pádem největší uskupení od založení programů EU pro veřejné zdraví. Hlavním cílem tohoto projektu je informovat ve všech sektorech politického a veřejného zdraví tak, aby při tvorbě politických strategií byla uplatňována problematika rovnosti ve zdraví. Nutná je tedy spolupráce mezi zdravotnictvím a ostatními souvisejícími sektory týkající se veřejného zdraví. Snaží se o podporu aktivit, které se zaměřují na řešení sociálních determinant nerovností ve zdraví. Tento projekt je důležitý, protože různá míra morbidity a mortality souvisí se sociální úrovní jednotlivých zemí a politikou státu. Projekt DETERMINE je spolufinancován přímo EU v rámci Programu veřejného zdraví. (45)

1.4 Demografický vývoj v ČR

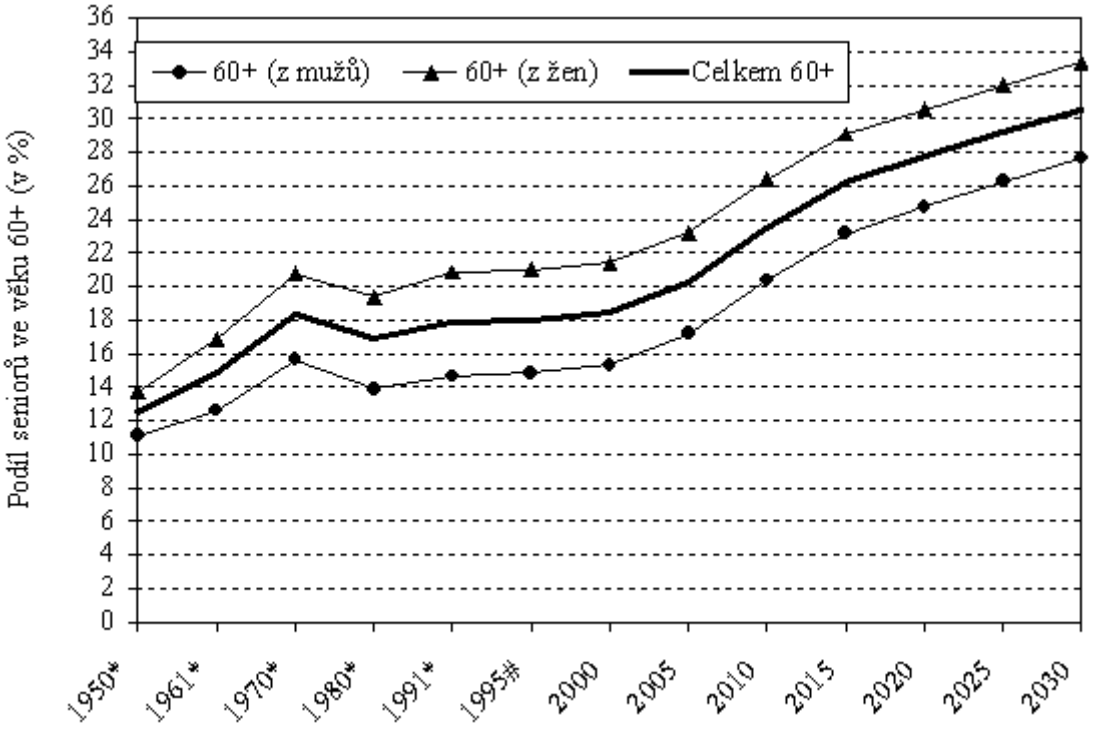
Demografická situace v ČR je taková, že stárnutí populace se stává globálním jevem, na který reaguje mezinárodní akční strategie stárnutí obyvatelstva v 21. století. Cílem této

strategie je snaha o podporu rozvoje společnosti pro lidi všech věkových skupin. V ČR dochází ke stádiu populační stagnace. Postupně se podle indexu stáří dostáváme mezi země s nejstarším obyvatelstvem. Stárnutí populace se tedy začne stávat základním rysem demografického vývoje v ČR. Demografický vývoj do roku 2010 se odlišuje několika fázemi danými populačním vývojem minulých let a výkyvy v porodnosti s tím, že se v roce 2010 zvýší index stáří na 158,7% . Stále je však přítomná početná produktivní složka obyvatel, která bude tvořit 62,7%. Projekce obyvatelstva v ČR do roku 2020 ukazuje, že obyvatelstvo ČR bude dále výrazně stárnout. Průměrný věk obyvatel se zvýší a osob ve věku 60+ (let) bude trvale více než dětí ve věku 0 -14 let a jejich podíl se bude zvyšovat. Zároveň dojde i k dlouhodobému poklesu podílu věkové skupiny 15-59 let. Podle střední varianty projekce by mělo dojít k výraznému nárůstu podílu osob ve věku nad 60 let v roce 2020 až na 27%.

(23, 39)

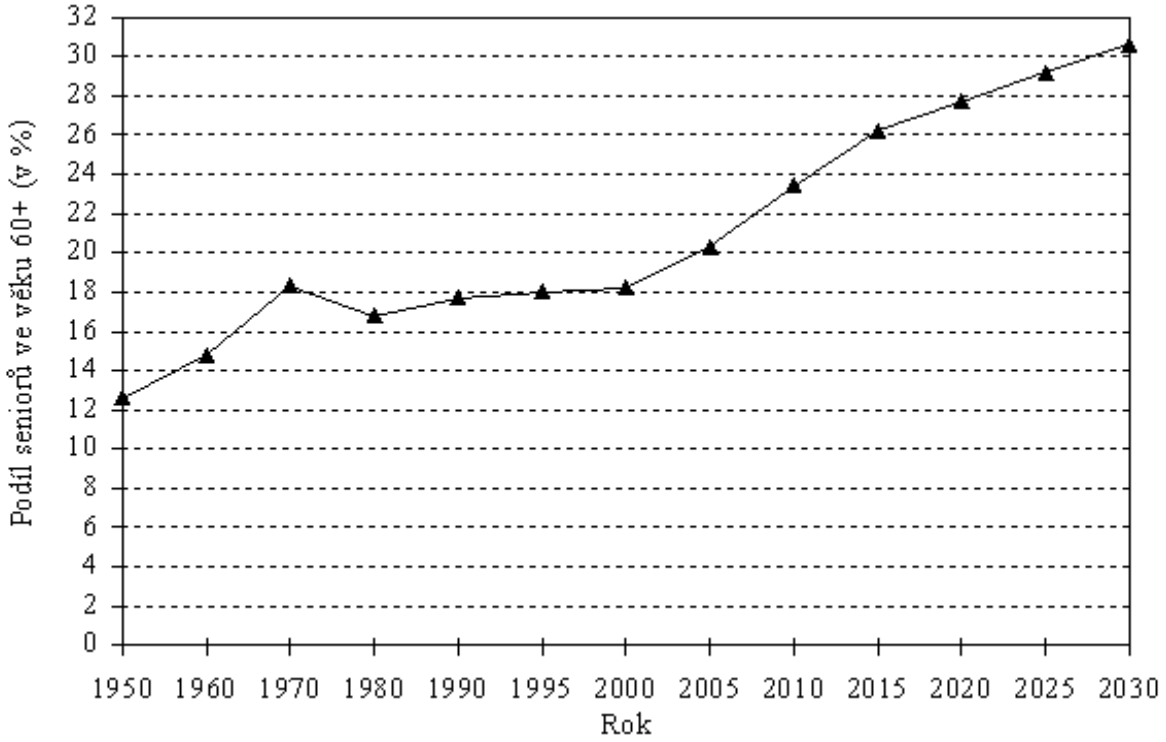
Celkem 411 lidí by mělo v roce 2011 oslavit sté narozeniny, eviduje Česká správa sociálního zabezpečení (Praha 12. 1. 2011). Z tohoto počtu je 341 žen a 70 mužů. Pro srovnání: ve stejném období za rok 2010 evidovala ČSSZ celkem 430 stoletých důchodců a v roce 2009 jich bylo 345. (8)

Tabulka č. 1: Vývoj podílu (%) seniorské populace ve věku 60+ v ČR v období 1950 - 1990 a její projekce do r. 2030



* data ze sčítání lidu; # z bilancí k 31.12.

Tabulka č. 2: Podíly seniorské populace ve věku 60+ v období 1950-2030



* data ze sčítání lidu, # z bilancí k 31.12.

Tabulka č. 3: Počty a podíly seniorské populace ve věku 60+ v období 1950-2030 v ČR.

Rok	**Počet obyvatel ve věku 60+ (v tis.)**	**60+ (%)**
1950	1 136	12,6
1960	1 414	14,8
1970	1 799	18,3
1980	1 733	16,8
1990	1 836	17,7
1995	1 859	18,0
2000	1 873	18,2
2005	2 077	20,3
2010	2 402	23,4
2015	2 673	26,2
2020	2 780	27,7

2025	2 900	29,2
2030	2 962	30,6

Poznámka: Data pro období 2005-2030 pocházejí ze střední varianty populační projekce ČSÚ, která byla vypracována na konci roku 1999.

Tabulka č. 4: Počty osob ve věku 60 a více let (muži, ženy a celkem) v ČR, 1950-2030

Rok	**Populace**	**Muži**	**Ženy**	**Muži 60+**	**Ženy 60+**	**Nezjištěno**	**Celkem 60+**
1950*	8 896 133	4 325 641	4 570 492	479 277	627 001	6 500	1 112 778
1961*	9 571 531	4 640 631	4 930 900	585 297	832 676	7 241	1 425 214
1970*	9 807 697	4 749 511	5 058 186	743 131	1 051 521	5 304	1 799 956
1980*	10 291 927	4 988 095	5 303 832	691 736	1 028 527	14 634	1 734 897
1991*	10 302 215	4 999 935	5 302 280	731 280	1 105 205	1 357	1 837 842
1995#	10 321 344	5 016 515	5 304 829	743 208	1 113 899	x	1 857 107
2000	10 267 668	4 996 934	5 270 734	765 874	1 127 918	x	1 893 792
2005	10 246 699	4 990 247	5 256 452	857 095	1 219 691	x	2 076 786
2010	10 243 530	4 991 254	5 252 276	1 016 185	1 385 539	x	2 401 724
2015	10 200 431	4 975 073	5 225 358	1 152 998	1 519 841	x	2 672 839
2020	10 098 028	4 925 691	5 172 337	1 219 070	1 580 574	x	2 799 644
2025	9 927 102	4 838 736	5 088 366	1 270 686	1 628 913	x	2 899 599
2030	9 691 185	4 720 353	4 970 832	1 305 460	1 657 013	x	2 962 473

* data ze sčítání lidu, # z bilancí k 31.12.

Tabulka č. 5: Podíly osob v % ve věku 60 a více let (muži, ženy a celkem) v ČR, 1950-2030

Rok	Populace	60+ (z mužů)	60+ (z žen)	Celkem 60+
1950*	8 896 133	11,1	13,7	12,5
1961*	9 571 531	12,6	16,9	14,9
1970*	9 807 697	15,6	20,8	18,4
1980*	10 291 927	13,9	19,4	16,9
1991*	10 302 215	14,6	20,8	17,8
1995#	10 321 344	14,8	21,0	18,0
2000	10 267 668	15,3	21,4	18,4
2005	10 246 699	17,2	23,2	20,3
2010	10 243 530	20,4	26,4	23,4
2015	10 200 431	23,2	29,1	26,2
2020	10 098 028	24,7	30,6	27,7
2025	9 927 102	26,3	32,0	29,2
2030	9 691 185	27,7	33,3	30,6

* data ze sčítání lidu, # z bilancí k 31.12.

Národní program přípravy na stárnutí populace v ČR dle strategie OSN navrhuje základní principy, které vychází ze skutečností, že stárnutí a stáří je jevem celospolečenským a zároveň i individuálním. Je nejen kategorií biologickou a medicínskou, ale především kategorií politicko-ekonomickou a společenskou. Je potřeba uznávat a respektovat stárnutí a stáří, a to nikoliv jako nežádoucí a obávaný fenomén, ale jako přirozenou součást života a jako období, kdy se stále pokračuje v rozvoji lidské osobnosti. (23)

1.4.1 Prodlužování průměrné délky života

Účinná prevence nemocí a jejich včasná a kvalitní léčba má za následek prodlužování průměrného věku dožití všech osob v populaci. V souvislosti se žádoucím zlepšováním zdravotního stavu obyvatel a zároveň se snižováním úmrtnosti, je nutné zmínit nesprávné obavy, že zvyšování délky života způsobí razantní zvýšení nákladů na léčení velkého

množství starší populace. Dokumentace vyspělejších států však potvrzují, že takový vývoj vede ke zlepšování zdatnosti a soběstačnosti starých lidí a tím pádem ke snižování nákladů za sociální služby. Každopádně to je velký ekonomický problém a má to nepříznivé efekty v sociální i zdravotní politice státu. (25)

1.4.2 Nepříznivé dopady na zdravotní politiku státu

Demografické prognózy předpokládají, že v polovině století bude ČR při stávajících trendech natality a mortality patřit k nejstarším populacím na světě (více než 40 % obyvatel ve věku nad 60 let) a zároveň bude přibývat i osob ve věku nad 80 let. Ve vyspělých státech je prokazatelné nejen prodlužování života ve stáří (podle křivky přežívání jde o směřování k hodnotám kolem 85let), ale také pokles počtu funkčně závažných nemocí. Seniorská populace je z hlediska zdravotního a funkčního velmi rozdílná a potřebuje také diferencované přístupy. Program *Zdraví 21* se zabývá tím, že by bylo potřeba především, co se seniorů týče, pokusit se o snížení prevalence funkčně závažných projevů kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních chorob. Taktéž provádět účinné kontroly rizikových faktorů aterogeneze ve středním věku. Dále se pak snažit o snížení počtu úrazů a jejich důsledků u seniorů, zlepšení účinnosti a účelnosti zdravotnických služeb pro seniory, patří sem i podpora programů občanských sdružení v oblasti tělovýchovy zaměřené na pohybovou aktivitu stárnoucí populace a zlepšit a propracovat metodiku sběru dat pro výpočet HALE (což je střední délka života prožitého ve zdraví). Aby se také mohla splnit další vize programu *Zdraví 21*, kterou je zvýšit počet samostatných a soběstačných osob žijících v domácím prostředí nad 80 let, je potřeba vydefinovat si správně "rizikového seniora" (prozatím obecně se to týká všech osob nad 80 let). Je potřeba vytvořit předpoklady pro rozvoj služeb zlepšující jejich zdravotní stav, taktéž vytvořit předpoklady pro kompenzaci handicapů prostředí, zlepšit podmínky pro rozvoj autonomního chráněného bydlení pro seniory (koordinace zdravotních a sociálních služeb), zlepšit spolupráci s rodinou a rozvinout domácí integrovanou péči. (25)

1.5 Stáří

Stáří je posledním ontogenetickým vývojovým obdobím v životě člověka, které v sobě nese následky z období předcházejících. Do značné míry jeho průběh odpovídá míře dosavadního životního stylu života, kterým člověk žil, zejména ve středním věku, tedy ve fázi dospělosti. Stárnutí je biologický proces, který je nezvratný a končí smrtí jedince. Stárnutí je tedy posledním přechodným obdobím v životě člověka. Věda, která se zabývá problematikou

stáří a stárnutí se nazývá gerontologie. Má 3 hlavní části: *gerontologii teoretickou*, která se zabývá především příčinami stárnutí. Další je *gerontologie klinická*, která se zabývá starým člověkem jako jedincem, kterého hodnotí komplexně část klinické gerontologie. Zabývá se zvláštnostmi chorob ve stáří, které nazýváme *geriatrie*. A poslední je gerontologie sociální, která se věnuje vztahům starého člověka a staré populace ke společnosti jako k celku. Gerontologie má význam pro pochopení problematiky staré generace, toto téma je stále více aktuální. Počet starých lidí nezadržitelně narůstá a tento úkaz začíná být celosvětovým problémem, kterému je třeba se věnovat. (9)

Věk je důležitým faktem, který nás u určování stáří ovlivňuje, je to totiž jedna z nejdůležitějších charakteristik stárnutí. *Věk kalendářní*, (nebo také matriční či chronologický). Je dán datem narození. WHO prosazuje tzv. patnáctileté periody lidského života. 45-59 let označuje jako střední věk, 60-74 let jako vyšší věk, starší věk, rané stáří a mladí staří, 75-89 let už je věk stařecký, pokročilý tzv. pravé stáří a 90 let a výše označuje jako dlouhověkost. Věk ještě dělíme na *funkční, biologický, psychologický a sociální*. *Funkční věk* je dán souhrnem biologického, psychologického a sociálního věku, často se liší od věku kalendářního. Biologický věk se řídí podle biologického stárnutí, je to souhrn účinků zevního prostředí a způsobu života. U *věku psychologického* (psychické stáří), závisí na individuálních a osobnostních rysech jedince, důležitý je subjektivní pocit, jak člověk stáří vnímá a jak ho snáší. *Věk sociální* zahrnuje rozmanité stránky sociálního života, rozhodně by se nemělo stáří řídit odchodem do starobního důchodu, to není správný ukazatel. (27)

Stáří způsobuje v lidském těle spoustu strukturálních a zároveň i funkčních změn. Viditelně se každému změní postava, způsob i rychlost pohybu, ochabuje svalstvo a postupně ztrácí sílu. Zároveň se snižuje citlivost regulačních mechanismů a tím se zhoršuje přizpůsobivost proměnlivým podmínkám v prostředí. Zmenšuje se odolnost stárnoucích osob vůči působení bakterií, virů a snižuje se odolnost i vůči stresu. (31)

1.5.1 Stárnutí

Aktivní stárnutí WHO definuje jako**:** *Proces zvládnutí a optimalizace příležitosti pro fyzickou, sociální a mentální pohodu v průběhu celého života. Cílem je rozšířit očekávaný věk dožití v dobrém zdraví a udržet kvalitu života i ve starším věku.* Když mluvíme o aktivním stárnutí, nejde jen o lidi, kteří se na stáří připravují, ale jde i o samotné seniory, kteří jsou

v důchodovém věku. Je přirozené, že i tato etapa života by měla být plnohodnotně prožitým obdobím každého člověka. (4)

Stárnutí je jednou z největších záhad evoluce. Naše tělo má obrovskou schopnost regenerovat, například krvinky, kosti, kousky kůže a jater, ale některé tkáně zkrátka zregenerovat nedokáže, jakými jsou srdce a mozek, bez kterých ovšem nelze žít. Tato schopnost obnovy zkrátka není neomezená, a proto se musíme podle toho ke svému tělu chovat. (19)

Stárnutí si spojujeme se ztrátou příjmu v závislosti na odchodu do důchodu a s tím souvisí zhoršení ekonomické situace starších občanů. Ekonomická situace seniorů je zhoršená i zvýšenými výdaji za léky. Mnoho z nich je totiž postiženo chronickými chorobami, které vyžadují vysokou spotřebu léků. Ceny veškerých léčebných produktů se neustále pohybují směrem nahoru a to má nepříznivé ekonomické následky nejen pro seniory, ale pro celou společnost. Zdravotní politika by měla mít za cíl nabídnout občanům dostupnou a efektivní léčbu, zároveň zvýšit informovanost v oblasti alternativní medicíny a zdravého životního stylu, které by při aplikaci pomohly ke snížení užívání léků. (40)

Zdravotní stav starších osob nelze hodnotit jen délkou života a prevalencí chorob, ale také funkční zdatností a zdravím podmíněným kvalitou života (spokojenost, seberealizace, důstojnost, autonomie, participace). Zdraví či naopak nemoc značně ovlivní kvalitu života, proto je důležitá prevence a předcházení nemocem, a když se tak nepodaří, je nutné zvolit vhodnou medikaci a léčbu. (6)

1.5.2 Teorie Stárnutí

Stárnutí je velmi složitý děj. Genetické teorie předpokládají, že stárnutí má každý z nás geneticky naprogramováno a zakódováno dle svého vlastního programu. Tato teorie ovšem opomíjí vlivy vnějších faktorů. Teorie metabolických omylů se soustředí na DNA a na hromadění metabolických omylů v buněčném metabolickém cyklu. Tvrdí, že porucha sekvence nukleotidů nebo chyby v syntéze molekul enzymů, může stárnutí značně urychlovat. Teorie metabolických změn zase uvádí, že zbytkové produkty (př. lipofuscin) a volné radikály, které vstupují do různých metabolických dějů, vyvolávají výrazné změny, zejména na buněčných membránách a v genetickém aparátu. Stárnutí je tedy proces multifaktoriální a tedy ani jedna z teorií není zcela přesná. (9)

Václav Jedlička ovšem v publikaci uvádí ještě teorii stárnutí genetickou, teorii mutační, teorii autoimunní, teorii příčných vazeb a dále se pak s MUDr. Gruberovou shoduje. Všechny teorie mají určitý význam a pravděpodobně se podílí na těle každého z nás v kombinaci. (14)

Procesu stárnutí, fyzickým a psychologickým aspektům a obecně sociální gerontologii se věnuje i Enright ve své knize: *„ Perspectives in Social Gerontology"* Popisuje jak se tělo se stoupajícím věkem fyziologicky mění, v čemž se shoduje s Gruberovou. (7)

1.5.3 Zdravé stárnutí

Zdravé stárnutí je projekt, který je zaměřen na věkovou skupinu 50+ (let). Má za úkol maximálně využít všech příležitostí k fyzickému, sociálnímu a duševnímu zdraví a umožnit starším lidem účastnit se aktivně a bez diskriminace společenského života a zároveň si užívat nezávislý a kvalitní život. Tohoto projektu se zúčastnilo 10 zemí Evropy, WHO, Evropská seniorská platforma (AGE) a EuroHealtNet a další. (25, 38)

Jak i uvádí pan Josef Havlík v Odborné a vědeckém časopise Kontakt: " Aktivní stáří spočívá ve snaze žít zdravě a co nejdéle, tedy usilovat o zachování fyzické zdatnosti a výkonnosti i duševní aktivity v maximální možné míře. Nejde jen ale o dlouhověkost za každou cenu, ale o plnohodnotný život s rodinou a pro rodinu, s širším okruhem přátel, respektující základní duchovní hodnoty. Kdysi tradiční představu, že senior je starý a společensky už nepotřebný člověk, nahrazuje dnes ideál integrované, kreativní osobnosti s preferencí vitality, životní síly, fyzické energie, mentální čilosti, adekvátní seberealizace. Rozhodující roli pro kvalitu osobního života přitom hraje umění přijmout stáří a mít stále pro co žít. Přitom k nejvýznamnějším nástrojům aktivizace seniorů patří jejich široce pojatá efektivní vzájemná komunikace s okolím. "Stárnutí přináší fyziologické, psychologické i sociální změny, které jsou zásahem do integrity dosavadního života seniora. Čím je člověk starší, tím silněji jsou fixovány jeho stereotypy sociálního vnímání a tím těžší a pomalejší je i sociální interakce a komunikace s okolím. Dochází k narušení mechanismů jeho životní harmonie". (16)

V knize Quality of Life in Old Age se autoři věnují prodlužování střední délky života. Bohužel dlouhověkost souvisí i se ztrátou soběstačnosti a potřeby podpůrných podmínek pro samostatný aktivní život. Aby byl život seniora kvalitní a mohl tedy prožívat zdravé stárnutí,

je potřeba mu přizpůsobit a zlepšit životní podmínky a proto musí dostat podporu nejen od státu, ale především musí chtít sám senior se o své zdraví aktivně starat. (29)

1.5.4 Senior

Stále hovoříme o seniorech, důchodcích, či penzistech, ale kdo to vlastně senior je? Slovo *senior* pochází z latinského *senex, senis*, což znamená starý nebo starší, ale má významů více. Například v protikladu k "mladší"(junior). Nebo to může být člověk v letech, starý člověk, stařec, nebo se také toto označení používá ve sportu v označení dospělého oproti juniorovi, ale zároveň i pro rozlišení dvou osob téhož jména, zkratka sen. nebo Sr. za jménem, pro osobu mladší Jr. za jménem. (23)

Obsahové vymezení pojmu "senior" se užívá také v návaznosti na národní důchodový systém a k označení osob, které jsou ve věku stanovené věkové hranice odchodu do starobního důchodu a starší. Podle definice OSN je senior uznáván ve svých materiálech věkovou hranicí 65 let a tento věk je také stanoven jako hranice stáří. Někdy se senioři ještě dělí podle svých životních sil a aktivit na seniory *"třetího věku"* (aktivní a nezávislí) a seniory *"čtvrtého věku"* (závislí). Jiným vymezením je podle věku, a to na "mladší stáří" vymezené roky 65-75 let a *"pokročilé stáří"* zahrnující věk nad 75 let výše. Stáří se tradičně spojuje s vyšším společenským postavením nebo autoritou. Už mnoho let před naším letopočtem byly starší osoby v čele každého společenství a rozhodovaly o každé záležitosti. I dnes má právo na volbu prezidenta pouze osoba, která dovršila čtyřiceti let, plnoletá osoba je v ČR osoba, která dovršila osmnácti let apod. Každý věk s sebou nese určitá práva i povinnosti, věk je tedy důležitým ukazatelem, ale není tomu tak zcela při určování seniora. Důchodcem je člověk, který splnil určité právní podmínky a získal právo na pobírání důchodu. Penzista je pouze jiné označení pro důchodce. A senior nemá žádnou plně správnou definici, můžeme se však řídit celkem přesnou definicí od ministerstva práce a sociálních věcí, viz předchozí odstavec. Pro účely této bakalářské práce považujme za seniora osobu, která přesáhla věk 65 let. (11, 23)

1.6 Zdravotní péče

Péče o zdraví seniorů má pro společnost důležitou roli nejen v rovině etické, ale také v souvislosti s ekonomickou situací společnosti a snahou o aktivní zapojování seniorů. Nárůst počtu seniorů, povede jednoznačně k rostoucím požadavkům na systémy zdravotní péče, a proto je potřeba tyto systémy rozvíjet tak, aby se dokázaly vyrovnat s nadcházející situací.

Zdravotní péče o seniory by měla obsahovat léčbu nemocí a také zahrnovat i péči o jejich duševní a sociální pohodu. Snaha by měla také směřovat na zmírnění zdravotního postižení, zaměřit se na účinnou rehabilitaci zbylých schopností, zmírnit bolesti a udržet seniorům jasnou mysl, toto je stejně důležité jako léčení samotné nemoci. (23)

1.6.1 Zdravotnictví a poplatky

Při návštěvě lékařů a nemocničních zařízení musí pacienti platit tzv. regulační poplatky. Jejich placení není povinné pro každého a mají své výjimky i svůj strop. Regulační poplatky a doplatky na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely byly zavedeny 1. ledna 2008. A tato změna se dotkla každého pojištěnce v České republice. Pro kalendářní rok 2011 byly stanoveny limity ve výši 2500 Kč pro děti do 18 let a seniory nad 65 let, pro ostatní pojištěnce na 5000 Kč. Částky nad tyto limity zdravotní pojišťovny pojištěncům vrací. Ne všechny poplatky a doplatky se započítávají.

- *regulační poplatky ve výši 30 Kč za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření u praktického, ženského, zubního lékaře nebo u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči,*
- *regulační poplatky ve výši 30 Kč za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem,*
- *regulační poplatky za návštěvu u klinického psychologa ve výši 30 Kč,*
- *regulační poplatky za návštěvu u klinického logopeda ve výši 30 Kč*
- *regulační poplatky za položku na receptu ve výši 30 Kč, pokud je lék plně nebo částečně hrazen z v.z.p.,*
- *doplatky na léky ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupný lék nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání,*
- *doplatky na léčivé přípravky částečně hrazené z v.z.p. obsahující léčivé látky určené k podpůrné a doplňkové léčbě předepsané na recept.* (18)

1.6.2 Sociální služby

Rostoucí potřeba sociální péče a služeb musí vést k rozvoji sociálních systémů tak, aby dokázaly zvládnout různost sociální situace seniorů a efektivně bojovaly s rizikem sociálního vyloučení a závislosti. Seniorům je třeba zajistit soběstačnost a aktivitu, a zároveň jim také umožnit prožití této fáze života důstojně. Současně je třeba pomoci rodinám, které o seniory pečují. Existence takového systému sociálních služeb, který jim umožní setrvat v

přirozeném domácím prostředí a na dobu, jakou budou potřebovat je přímo žádoucí**.** Péči o seniory musíme chápat jako nabídku komplexních služeb, které se dotýkají všech sfér jejich života. Při poskytování těchto služeb respektovat individualitu seniora a jeho právo o službě rozhodovat. (24, 41)

Mezi sociální služby patří Domovy pro seniory, pod které se řadí domovy s pečovatelskou službou, domovy důchodců, domovy a penziony pro důchodce, dále pak Hospic, Léčebny dlouhodobě nemocných, Seniorské rezidence, Stacionáře, lůžková péče, osobní asistence, kompletní domácí péče, Denní centra pro seniory („domovinky“), služby úlevové (respitní) péče, pomoc při domácí péči, poradenské služby, tísňová volání a další. (22)

1.6.3 Domovy pro seniory

Nejběžnější a velmi často využívanou sociální službou určenou seniorům, jsou Domovy pro seniory. Poskytují dlouhodobé pobytové služby seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, je poskytována za úplatu a z části je financována státem. Jejich náplň spočívá v pomoci při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, jedná se především o pomoc při osobní hygieně, nebo alespoň (pokud je daný senior sám schopen) poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí odpovídajícího ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, možnost zájmové činnosti a poskytují i pomoc při obhajování práv a zájmů seniorů. (24)

1.7 Důchodová reforma

Vládní návrh důchodové reformy zpracovalo ministerstvo práce a sociálních věcí do finální podoby, na základě diskusí mezi zástupci vládních politických stran, odborníků a sociálních partnerů. Návrhy byly průběžně analyzovány a propočítávány. Obsahem bude mimo jiné dobrovolné fondové penzijní připojištění (tzv.opt-out). Mezigenerační solidarita, to jest dobrovolné vedení částky o výši jednoho procenta mzdy (vyměřovací základ, potomků vůči svým rodičům, kteří jsou ve starobním důchodu). Dobrovolný opt-out bude pro osoby do 35 let (po rozhodnutí nepůjde ze systému vystoupit). (5)

1.7.1 Důchodové reformy v Evropě

V Dánsku se v roce 2004 snížil důchodový věk z 67 na 65 let, v roce 2006 se opět rozhodlo o důchodovém věku 67 let. Předčasný důchod mají 5 let předem a povinná doba účasti na pojištění byla prodloužena z 25 na 30 let. Německo prodloužilo důchodový věk z 65 let na 67 let, a to od roku 2012 každý rok o 1 měsíc. Věk odchodu do důchodu se prodlužuje i v dalších zemích, např. v Maďarsku z 62,5 na 65, v Itálii u žen z 60 na 65. Ve většině států Evropy lze na základě demografických projekcí Eurostatu očekávat, že se bude snižovat podíl zaměstnaných (ekonomicky aktivních) obyvatel v populaci, a proto se členské státy EU snaží přizpůsobit systém důchodového zabezpečení této změně. (5)

1.7.2 Proč je nutné provést důchodovou reformu

Dnešní systém byl nastaven před více než sto lety. Základním úkolem demokratického státu je zajistit prosperitu budoucím generacím, každý má právo podle Ústavy ČR na důstojné a přiměřené zabezpečení ve stáří. Prognózy budoucího vývoje ukazují, že je nutné provést řadu reforem vedoucích ke stabilizaci sociálního systému. Především z důvodu faktického ubývání ekonomicky aktivních osob, které mohou na penze stávajícím důchodcům přispívat. Dnes připadá na jednoho důchodce 1,8 ekonomicky aktivních lidí - plátců sociálního pojištění. Pokud se systém neupraví, tak v roce 2050 to bude podle posledních analýz asi 1,2. Je tedy nezbytné hledat nové zdroje nebo příjmy na financování penzí budoucím generacím. (5)

1.8 Farmakologie

Farmakologie je věda zabývající se léky a jejím hlavním zájmem je léčba léky, tedy farmakoterapie. Zkoumá tedy léčivo od okamžiku podání pacientovi, kdy se stává lékem, až po jeho úplné vyloučení z organismu. Obecná farmakologie studuje obecně platné zákonitosti, jimiž se řídí interakce organismu a farmaka, tj. jak se v organismu chová, mechanismus jeho působení, vzájemné vztahy účinku několika farmak nebo závislost účinku na stavu organismu apod. (12)

Farmaceutické firmy mají snahu maximalizovat své zisky, ostatně jako každá jiná firma. Je nutné si uvědomit, že v ceně léků je potřeba zaplatit i dlouhodobý výzkum, který byl prováděn za účelem vytvoření co nejúčinnější a nejvhodnější látky pro potřeby nemocného.

Cenovou položku zde zastupuje i tzv. "všimné" v podobě určité reklamy, aby se lék dostal na trh. Susa uvádí, že toto "všimné" tvoří asi 15% konečné ceny léku. (35)

1.8.1 Bylina nebo lék

Nemocní bývají často stavěni před volbu, zda užívat bylinky nebo léky a zda se svěří do péče léčitele nebo lékaře, tedy jestli si zvolí alternativní medicínu nebo medicínu oficiální. Pro pacienta bývá těžké se jednoznačně rozhodnout pro jednu variantu. Jedním z kompromisů jsou léky, které jsou výtažky z rostlin, ale to už je na každém z nás co si zvolí. Zda bude upřednostňovat ověřené léky na chemické bázi, které ovšem s sebou nesou určitá rizika, anebo sáhneme po vyzkoušených bylinkách, které mají z pravidla pomalejší a méně specifické účinky. (35)

Tablety a injekce by neměli lékaři a ošetřovatelé aplikovat na své pacienty jako náhradní díly a olej na porouchané tělo, neměli bychom dopustit, aby se léčila u lidí pouhá nemoc nebo dokonce jen její příznak, ale celý člověk obecně. Lékaři nezvyklí komunikovat s pacientem, považují za nejjednodušší předepsat specifické léky, a proto se poté setkáváme s nemocnými, kteří užívají 10 i více léků denně. Riziková je samozřejmě jejich nežádoucí interakce a následné mnohdy ještě komplikovanější zdravotní potíže. Podle Susi má zhoubný vliv na zdraví lidí také to, že pod právem na zdraví si lidé představují lékaře jako údržbáře, který jim musí pomoci, protože je to jeho povinnost a že oni mají právo na jeho péči. Při tom nechtějí nic slyšet o stárnutí, opotřebování, o změně životního stylu, špatných zvycích a zlozvycích. Mnoho pacientů zkrátka odmítá pochopit, že když nechtějí přestat kouřit, bude léčba jejich průdušek nedostatečná, a když nezhubnou, nepřestanou jejich potíže s artrózou, a když nebudou cvičit, stav jejich zad se nezmění po zázračné pilulce, kterou po lékaři vyžadují. (35)

1.8.2 Výživové doplňky

Výživové doplňky nebo-li potravní doplňky, jsou nutriční faktory, patří sem např. vitaminy, minerální látky, aminokyseliny, specifické mastné kyseliny a další látky s významným biologickým účinkem, které se buďto přidávají do potravin za účelem obohacení a zvýšení jejich výživové hodnoty, nebo se užívají přímo kvůli zvláštní podpoře organismu a léčbě uživatele. Přidávají se i do tzv. funkčních potravin, které se vyrábí z přirozeně se vyskytujících složek tak, aby měly krom prosté výživné hodnoty i příznivý účinek na zdraví konzumenta. (38)

1.8.3 Generické léky

Generické léky obsahují stejné množství účinné látky ve stejné lékové formě, ale jsou levnější, protože jejich vývoj a klinické zkoušení probíhá v daleko menším rozsahu. Předem musí být prokázáno, že má obdobné účinky jako originální lék. Je-li na trhu dostupný levnější lék, snižuje se prodejnost dražšího originálu, proto farmaceutické firmy z těchto výrobků nebývají obvykle nadšeny. V Česku je podíl generik na celkovém objemu léků výrazně vyšší než ve většině členských zemí EU. To však blokuje vývoj nových léků a už dnes můžeme pozorovat, že počet nově registrovaných léčivých látek rapidně klesá. Lidé se stále častěji znovu upírají k tradičním léčebným postupům přírodních národů, než k drahým moderním syntetickým lékům, hlavně proto, že je nesrovnatelně méně nákladná. Ideální cestou by bylo nalezení vhodné symbiózy moderní lékařské vědy s tradiční přírodní medicínou. (2)

Podle jedné New Yorské studie jsou účinky léků na seniory velmi rozdílné, oproti působení na mladého člověka. Vyskytují se rozdíly v absorpci, distribuci, metabolismu, vylučování a působení na receptory. Také se prokázala, s rostoucím věkem, měnící se schopnost imunitní odpovědi. Výskyt nežádoucích účinků je proto mnohonásobně vyšší i pro časté kombinování mnoha léků, ale ne jen z tohoto důvodu. Starší organismus reaguje na různé podněty odlišně než dříve a proto bychom se měli při užívání léků na toto ohlížet. (21)

1.8.4 Vysoké ceny léků

Zdravotní pojišťovny za léky platí zhruba 40 mld. Kč ročně, a dalších 11 mld. Kč vydají ze svého sami občané. Přitom tytéž léky za 4 mld. Kč končí v popelnicích. S nárůstem cen léků jsou nespokojení uživatelé, pojišťovny, lékárníci i výrobci, každý z jiného důvodu. V Česku představují zhruba čtvrtinu celkových výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči úhrady právě za léky. Zdravotní pojišťovny v roce 2005 zaplatily přes 37 mld. Kč. jen za léky na recept. Centrální nákup zvláště nákladných léčiv pro vážně nemocné, který zajišťuje VZP, přišel na dalších 1,4 mld. Kč. Ve zdravotnických zařízeních se spotřebovaly léky za bezmála 7,7 mld. Kč. Lidé na doplatcích za léky s receptem zaplatili 5,8 mld. Kč a dalších 5,3 mld. Kč utratili za léky volně prodejné bez receptu. (2)

Tabulka č. 6 Odhad výdajů za léky v ČR (v mil. Kč) Zdroj: ČSÚ

	2002	**2003**	**2004**	**2005**
Výdaje zdravotních pojišťoven	29 445	32 267	35 778	37 181
Centrální nákup zajišťovaný VZP	976	1 119	1 235	1 409
Výdaje zdravotnických zařízení	6 847	7 376	7 372	7 658
Přímé úhrady obyvatel (doplatky + volný prodej)	7 905	9 019	10 144	11 089
Ostatní	303	329	461	343
Celkem	45 476	50 110	54 990	57 680

Český statistický úřad uvádí, že každý občan utratí za léky v průměru kolem 800 Kč ročně. Je však samozřejmé, že tato částka je velmi individuální a závisí především na zdravotním stavu každé jednotlivé osoby. Výdaje důchodců, rodin s malými dětmi a lidí s chronickým onemocněním bývají obvykle mnohonásobně vyšší, než výdaje, které za léky vydají mladí zdraví lidé. Obecně se však výdaje za léky zdají příliš vysoké téměř veškerým uživatelům. Ovšem ještě mnohem vyšší částky než za léky, lidé neváhají utrácet za různé potravinové doplňky, jejichž účinnost je v mnoha případech přinejmenším sporná. Na rozdíl od léčiv není povinné klinické ověřování jejich účinnosti. Výrobce je povinen prokázat pouze zdravotní nezávadnost, tím pádem mají nesrovnatelně nižší náklady, a tedy i prostor pro vyšší zisky. (2)

Zvýšení doplatků by mělo běžného občana přijít v průměru nejvýše na 150 Kč za rok a chronicky nebo vážně nemocní pacienti by zároveň měli na léky doplácet méně – nejvýše 3 000 Kč ročně. V českém zdravotnictví je velkým a málo zmiňovaným problémem plýtvání. Každý pacient absolvuje v průměru 15 návštěv lékaře za rok a jen zřídka si přitom neodnese recept na léky. Na každého pacienta tedy připadá 31 balení léků ročně. Nemalá část z nich však nakonec stejně skončí jako nebezpečný odpad zpět v lékárnách nebo v horším případě v popelnicích. Celkem se takto ročně vyhodí až 10 % léků vydaných na recept, což představuje zhruba 4 mld. Kč každý rok. (2)

1.8.5 Jak se v Česku stanovuje cena léků

Ceny léků reguluje stát. Ministerstvo financí vydává každoročně cenový výměr, jímž stanoví výrobcům nebo dovozcům maximální ceny léků, podle kterých se musí řídit. Ministerstvo vychází z jednání s výrobci a dovozci a také z cen léků na trhu. Také stanoví i maximální obchodní přirážku, o níž se musí podělit distributor léků s lékárnami. Ministerstvo zdravotnictví pak tzv. lékovou vyhláškou určuje, kolik na který lék (resp. účinnou látku v konkrétní lékové formě) budou zdravotní pojišťovny přispívat. O obsahu lékové vyhlášky rozhoduje kategorizační komise, která se skládá ze zástupců ministerstva, zdravotních pojišťoven a odborné veřejnosti. Přizváni jsou i členové lékařské, stomatologické a lékárnické komory a dvě asociace výrobců léčiv. Výsledná cena závisí na ceně výrobce či dovozce, výši úhrady stanovené lékovou vyhláškou a obchodní přirážce distributora a lékárny. Pokryje-li úhrada od pojišťovny cenu výrobce či dovozce, obchodní přirážku a 5% DPH, pacient nic nemusí nedoplácet. Vývoj a testování moderních léků je stále dražší a udává se, že vývoj jednoho zcela nového léku se průměrně pohybuje až kolem 800 milionů dolarů. A bohužel se stává, že až v praxi se ukáže, že nový lék není tak účinný nebo že má dokonce nebezpečné vedlejší účinky, což klinické zkoušky předem neodhalily. Údajně jen tři z deseti léků uvedených na trh nakonec svému výrobci vydělají více, než zaplatil za jejich vývoj. (2)

1.9 Reklama

Média od počátku svého vzniku předávají informace o produktech, jejich vlastnostech, kvalitě a ceně. Dnešní reklama jde na věc z jiného úhlu. Neprodává produkt, jako takový, ale snaží se o přímé uspokojení zákazníkových potřeb. Bez obalu ukazuje, jak snadno může konzument uspokojit konkrétní potřebu, při tom se snaží onu potřebu vyvolat nebo zvýšit její relativní naléhavost. Reklama je již od světa médií neoddělitelná, a proto bychom měli umět ji vnímat s odstupem a nenechat se jí využívat. Média od počátku svého vzniku předávala informace, především kde, kdy a za kolik co koupit či prodat. Původní pojetí reklamy bylo opravdu primárně o informacích, vlastnostech produktu, kvalitě a životnosti výrobku, nově je tomu jinak. Na tvorbě reklamy a inzerce pracují dnes již profesionální týmy expertů, které se snaží s použitím všech dostupných znalostí, především o lidském chování, jednání, psychice a podvědomí, najít co nejefektivnější způsob, jak na co nejmenším prostoru vzbudit v konzumentovi příslušnou potřebu, ovlivnit jeho touhy a emoce, které ho povedou k tomu, že si příslušný produkt nebo službu objedná a zakoupí. Reklamní specialisté vybírají ty prvky,

které jsou pro daný produkt a především pro cílovou skupinu konzumentů nejúčinnější a na nich pak staví obsah reklamy, ať již tištěné, rozhlasové, televizní, multimediální nebo billboardové. Ne každá reklama tedy splňuje etická a morální měřítka. (36)

1.9.1 Důsledky reklamy

Důsledky nemusí být jen v oblasti finanční (člověk utrácí své těžce vydělané peníze za něco, co nepotřebuje), ale také v oblasti psychické a sociální (posuzování vlastního vzhledu, společenského postavení, nejsme nic, když nemáme ten daný výrobek), rozvoje osobnosti (když je problém, alkohol pomůže, když něco chceš, tak si to vezmi) i morální a etické. Proto existují etické kodexy reklamních agentur, a zároveň i zákonné regulace v oblasti reklamy. U nás jsou zakázané některé typy reklam zákonem č.40/1995Sb. (36)

Jak uvádí ve své knize Ovlivňování reality Vadim Zeland: „Nemáme žádný důvod k tomu, abychom se cítili osudem ukřivděni, neboť je nám dáno právo vybírat. Problém spočívá v tom, že to neumíme. Prostor variant jsou ony takzvané iluze a materiální realizace je to, co chápeme pod pojmem materiální svět“. Radí konzumentům, aby v první řadě nepodléhali provokacím a nezapojovali se do jejich hry. Buďto odmítnutí nebo utlumením. Informace se do vědomí dostávají především z vnějšího světa jako interpretace vnějších dat, nebo z podvědomí na intuitivní úrovni. Všichni živí tvorové vnímají pravdu skrze vlastní interpretaci. Různí lidé mohou vidět a vnímat jedny a tytéž věci různě, proto se poznání projevuje jako více či méně zkreslená forma pravdy. Prosazuje ten názor, že zpočátku jsou data z informačního pole vnímána podvědomím (duší), načež je vědomí (rozum) vysílá ve slovním nebo symbolickém popisu. Tak se poté projevují intuitivní znalosti a předtuchy. Jestliže se mozku podaří zachytit podstatu získané informace, dochází k osvícení a přesnému pochopení sdělení. (44)

2. Cíle a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cílem práce je zjistit, jaké finanční náklady představují pro české seniory /65+/ výdaje na léky, doplňky stravy a poplatky ve zdravotnictví.

Dílčí cíle jsou:

Cíl 1: Zjistit, zda vydávají senioři průměrně za doplatky na léky víc, než za doplňky stravy.

Cíl 2: Zjistit, zda výdaje respondentek za léky, výživové doplňky a ambulantní a ústavní zdravotní ošetření jsou vyšší, než výdaje respondentů.

Cíl 3: Zjistit, zda senioři žijící v Domově pro seniory mají vyšší výdaje za léky a výživové doplňky, než senioři žijící v domácnosti.

2.2 Předpokládané hypotézy

H1: Doplatky za léky předepsané lékařem činí pro seniory vyšší náklady než výdaje za výživové doplňky.

H2: Výdaje respondentek za léky, výživové doplňky a ambulantní a ústavní zdravotní ošetření jsou vyšší než výdaje respondentů.

H3: Senioři v Domově pro seniory mají vyšší výdaje za léky a výživové doplňky než senioři žijící v domácnosti.

3. Metodika

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Bakalářská práce se dělí na dvě základní části: Literární rešerši a praktickou část. Literární rešerše uvádí současný stav a problematiku českého zdravotnictví a věnuje se zejména způsobu života seniorů, jejich zdravotnímu stavu a s tím související užívání léků. Rešerše je teoretickým východiskem pro praktickou část. K jejímu vytvoření bylo zapotřebí prostudovat knihy, statistiky a jiné vědecké publikace, které s daným tématem souvisejí.

V praktické části byl proveden výzkum, který zodpoví, zda zadané hypotézy souhlasí. Dotazník byl rozdán namátkové skupině seniorů 65+ na Třeboňsku a seniorům žijícím v Domově pro seniory v Třeboni. Následně byly dotazníky zpracovány a zhodnoceny. Práce obsahuje závěrečné shrnutí a interpretaci zjištěných výsledků.

Dotazník se týkal zjištění finanční nákladů seniorů za léky, doplňky stravy, poplatky u lékaře, na pohotovosti a v nemocnici. Obsahoval celkem 9 otázek. Z celkového počtu otázek byly 2 otázky otevřené, 2 uzavřené a 5 otázek polootevřených. Byla provedena pilotáž k ověření toho, zda je pro respondenty srozumitelný. Výsledná data jsou uvedena v celých číslech a zpracována pomocí programu Microsoft Excel.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum byl prováděn kvantitativní formou, technikou dotazníkového šetření
Respondenty kvantitativního výzkumu byli senioři – obyvatelé města Třeboň ve věku 65+, definovaní prostým náhodným výběrem, a obyvatelé města Třeboň ve věku 65+, klienti Domova pro seniory Třeboň. Bylo rozdáno 105 dotazníků. Návratnost byla 100% Celkový počet zkoumaných dotazníků byl 105.

3.3 Plán výzkumu

Realizace výzkumu proběhla v listopadu, v akademickém roce 2011/2012. Výzkumný soubor tvořilo 105 seniorů, z tohoto počtu 60 seniorů byli náhodně vybraní obyvatelé města Třeboň a 45 klientů z Domova pro seniory v Třeboni. Všechny dotazníky, které byly rozdány,

byly použity ve výzkumu. Návratnost byla 100 %. Dotazníky jsem vybírala osobně v čekárnách obvodních lékařů a v lékárně v Třeboni. Druhou část respondentů jsem získala v Domově pro seniory v Třeboni. Předem jsem si ověřila, jestli je případný respondent zařaditelný do mého výzkumu (věkem, bydlištěm) a poté jsem s každým prošla zadané otázky, zda jsou pro něho srozumitelné. Výsledná data jsem uvedla v celých číslech a zpracovala pomocí programu Microsoft Excel. Finální výsledky jsem znázornila přehledně do grafů s popisky.

3.5 Návrhy na zlepšení

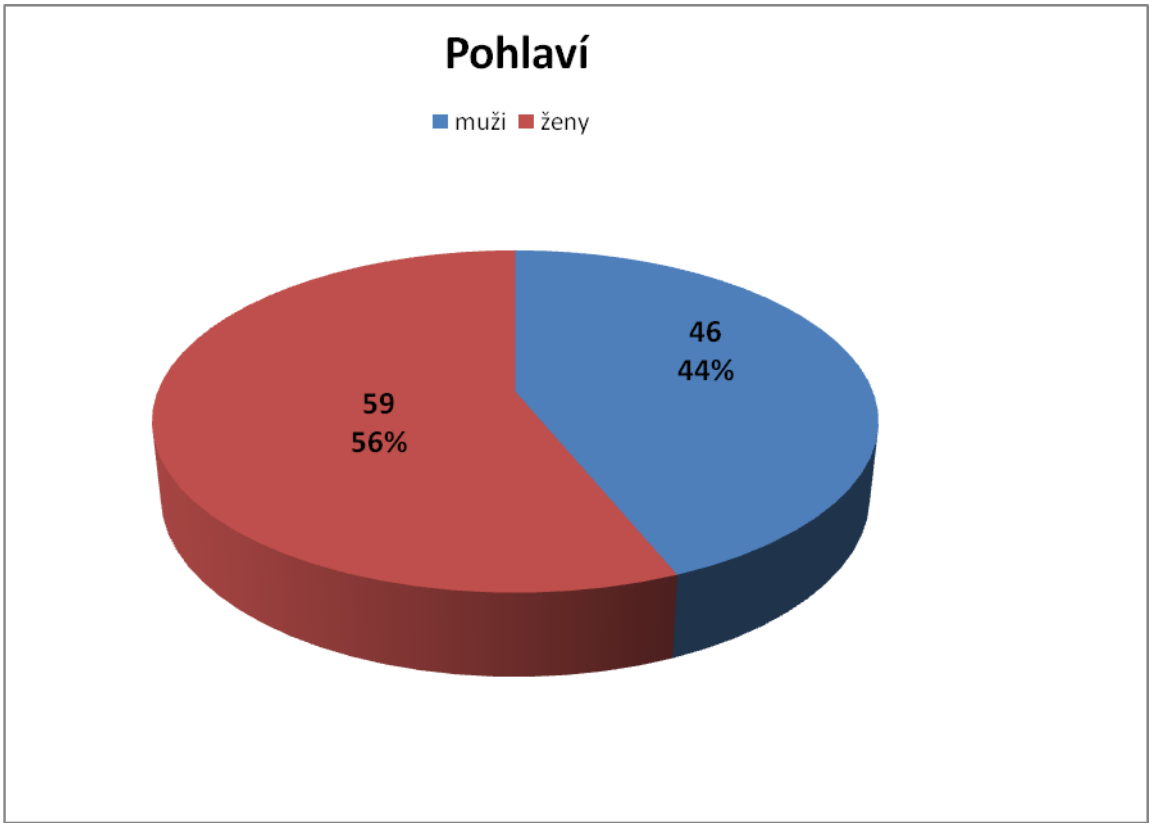
Výsledky této práce by měly být využity jako zdroj informací v akademické diskusi týkající se sociálních reforem v ČR, pro další publikování nebo medializaci pro širokou laickou veřejnost. Umožní českým seniorům lepší orientaci v problematice péče o zdraví a taktéž umožní lepší ekonomickou rozvahu při nakládání s prostředky na zdravotní péči. Pokud se o tomto tématu bude více diskutovat a bude zdraví mít v podvědomí nás všech své místo, zlepší se náš přístup k handicapům starších spoluobčanů, ale i ke zdraví nás samotných. Když budeme dbát na kvalitní zdravotní a sociální služby a zároveň se budeme aktivně starat o své zdraví, dožijeme se vysokého věku, ve kterém jsme aktivní, soběstační a tak i pro společnost a rodinu přínosem, nikoli zátěží.

4. Výsledky

4.1 Vyhodnocení dotazníku

K vyhodnocení dotazníků byly použity grafy. Výsledky byly vyjádřeny v absolutních číslech a v procentech. Celý dotazník je možný k nahlédnutí v *Příloze č.1*.

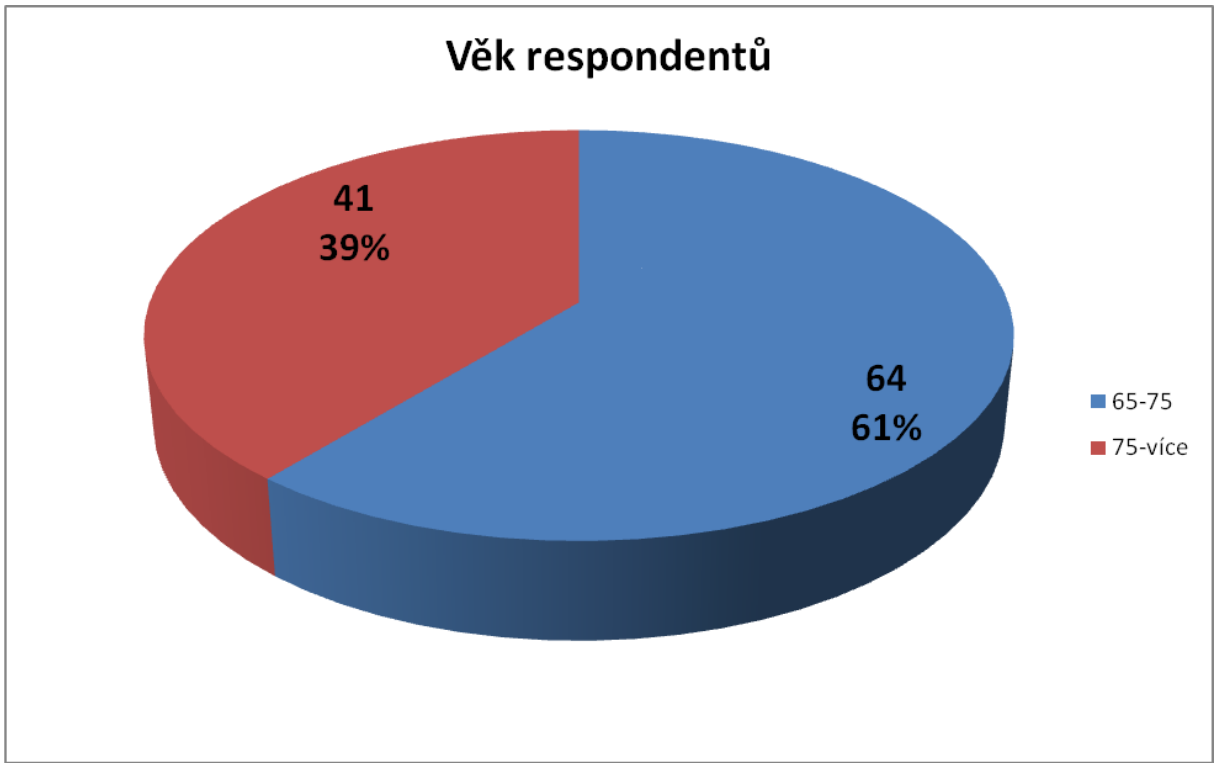
Graf č. 1



Graf 1. Pohlaví respondentů

Graf 1 znázorňuje rozložení respondentů dle pohlaví. Z celkového počtu 105 dotazovaných (100 %) bylo 46 mužů (44 %) a 59 (56 %) žen.

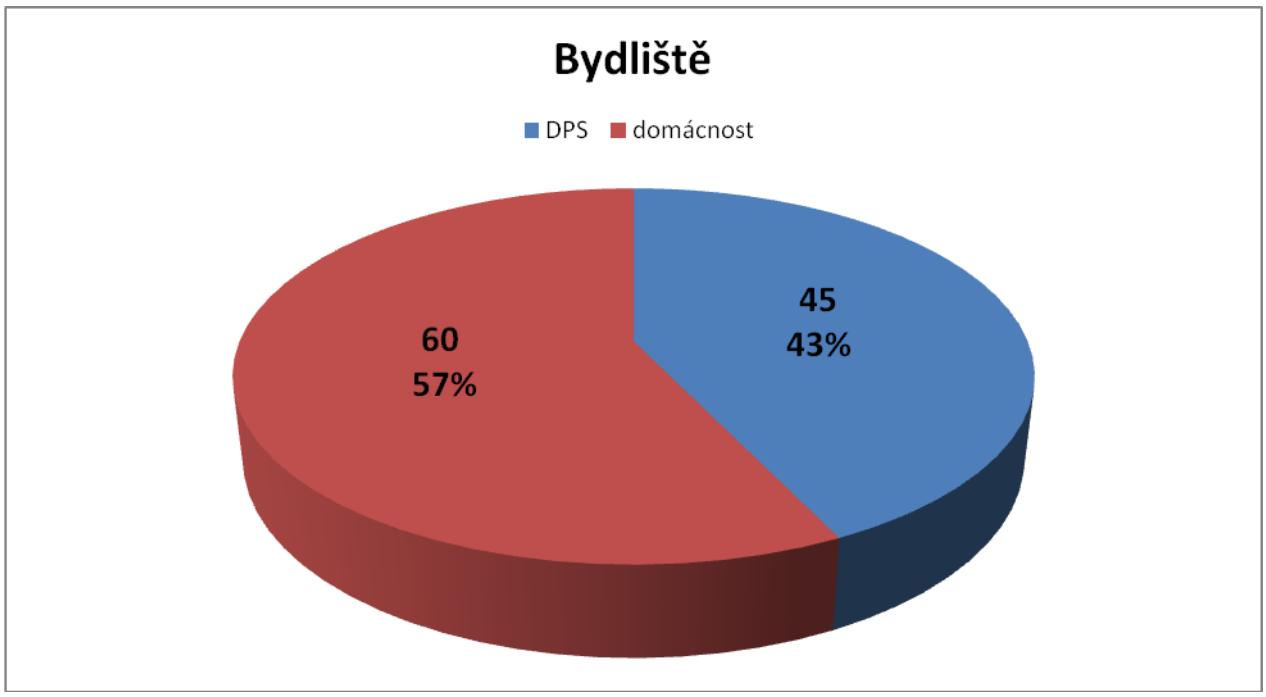
Graf č. 2



Graf 2. Věk respondentů

Tento graf znázorňuje věkové rozložení seniorů zúčastněných v mém výzkumu. Ze 105 dotazovaných seniorů jich bylo 64 ve věku 65-75 let (61 %) a zbylých 41 (39 %) ve věku nad 75let.

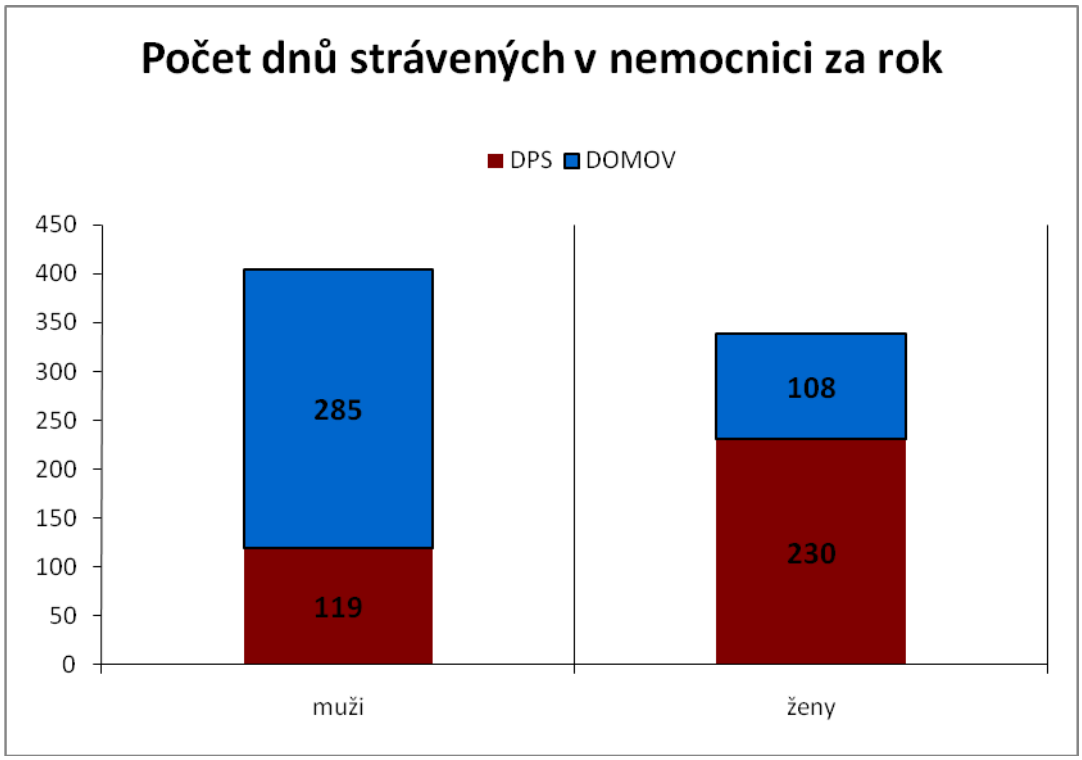
Graf č. 3



Graf 3. Místo bydliště.

Z grafu 2 je patrné, že počet dotazovaných respondentů z celkového počtu 105 osob (100 %) bylo 45 dotazovaných klienty DPS (43 %) a 60 žijících v domácnosti (57 %).

Graf č. 4



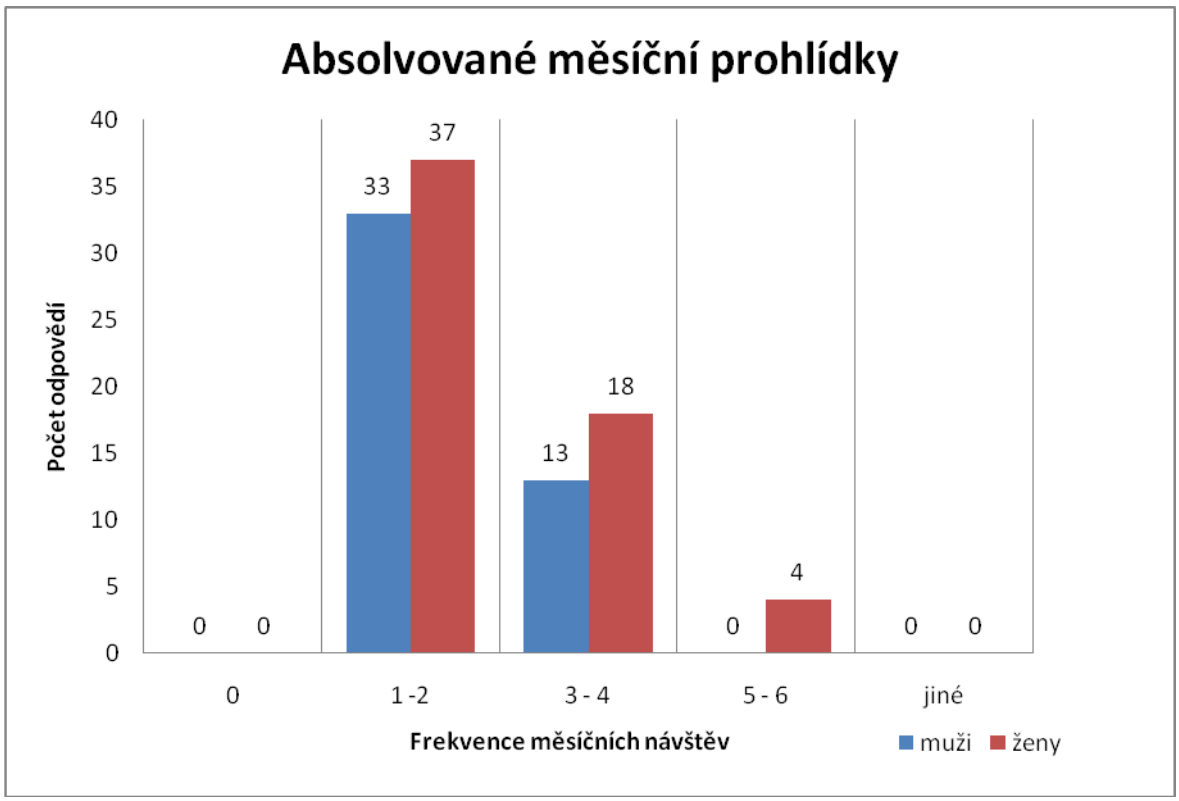
Graf 4. Počet dnů strávených v nemocnici za posledních 12 měsíců.

Z tohoto grafu lze vyčíst, že dotazované ženy strávily za poslední rok 338 dnů v nemocnici, což je v průměru 6 dní na jednu dotazovanou respondentku ročně, to je rovno částce odpovídající 360 Kč za rok pro každou z nich. U mužů (celkový počet dnů 404) to bylo v průměru 9 dní ročně a to odpovídá 540 Kč za rok. Výsledky vychází z nyní již neaktuálních poplatků 60 Kč za den strávený v nemocnici. Aktuální poplatek je zvýšen na 100 Kč za den.

Klienti DPS stráví ročně v nemocnici v průměru 8 dnů odpovídající 480 Kč/rok a senioři žijící v domácnosti v nemocnici stráví 7 dnů, které odpovídají 420 Kč/rok.

Ženy	338 Dnů	59	v průměru 6 dnů	360 Kč
Muži	404 Dnů	46	v průměru 9 dnů	540 Kč
DPS	349 Dnů	45	v průměru 8 dnů	480 Kč
Domov	393 Dnů	60	v průměru 7 dnů	420 Kč

Graf č. 5

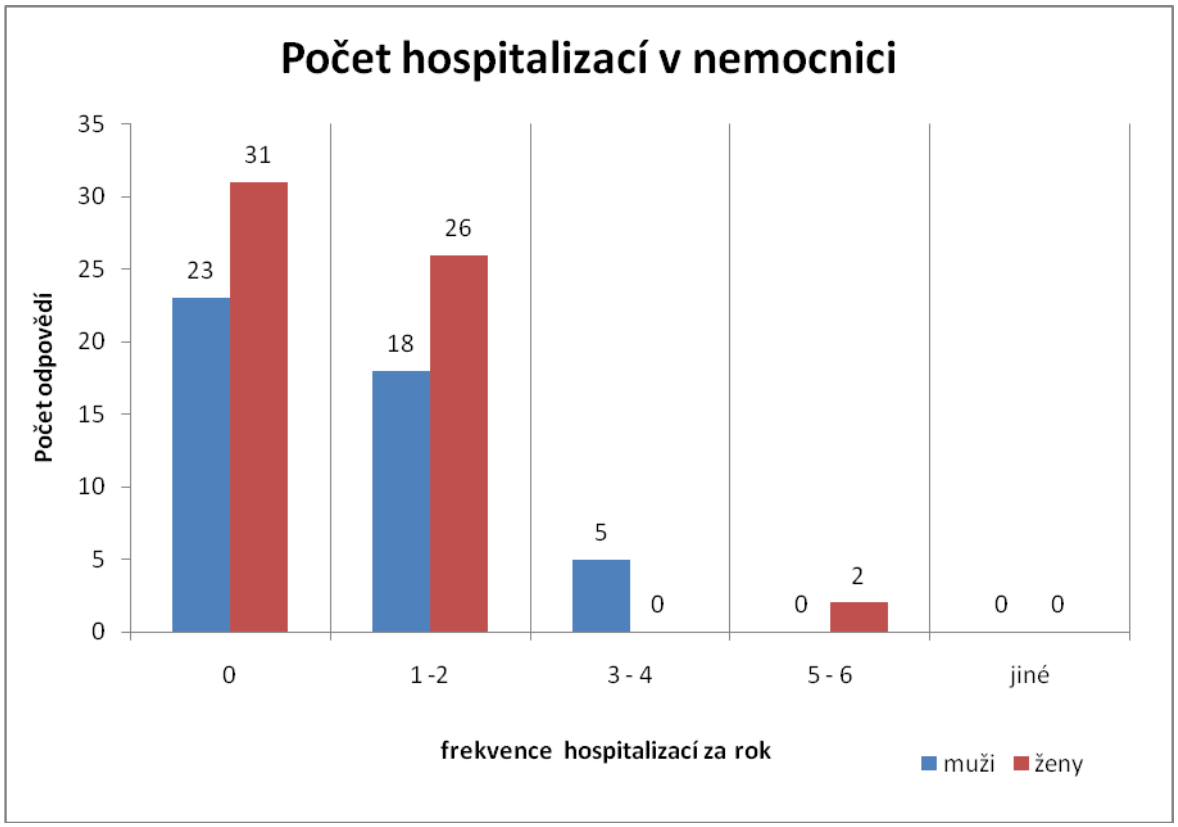


Graf 5. Zpoplatněné prohlídky u odborníka za měsíc.

Díky mému výzkumu jsem zjistila, že dotazovaní respondenti vynaloží za měsíční prohlídky v průměru 50-82 Kč a dotazované respondentky 54-86 Kč měsíčně. Vycházím z toho, že jedna návštěva u odborníka je aktuálně 30Kč.

Prohlídky u lékaře				Celkem(Kč)	Průměr (Kč/měsíc)
ŽENY	990-1980	1620-2160	600-720	3210-4860	54-82
MUŽI	1110-2220	1170-1560	0	2280-3780	50-82

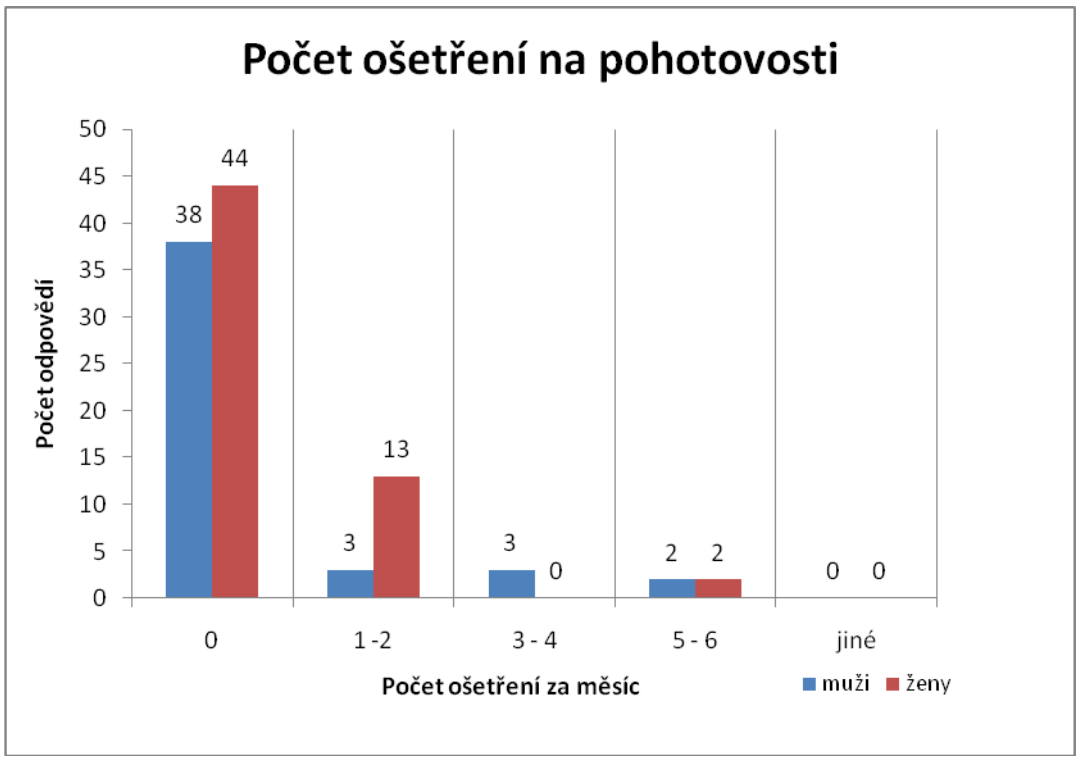
Graf č. 6



Graf 6. Hospitalizace v nemocnici za posledních 12 měsíců.

Za posledních 12 měsíců nebylo 54 (51 %) dotazovaných respondentů vůbec hospitalizováno v nemocnici. Ze zbylých 51 (49 %) respondentů bylo za poslední rok hospitalizováno alespoň jednou až dvakrát 44 (42 %) respondentů. Zbylých 7 (7 %) respondentů bylo v pěti případech hospitalizováno za poslední rok 3 - 4krát a pouze dva respondenti odpověděli, že byli hospitalizováni 5 - 6krát za poslední rok.

Graf č. 7

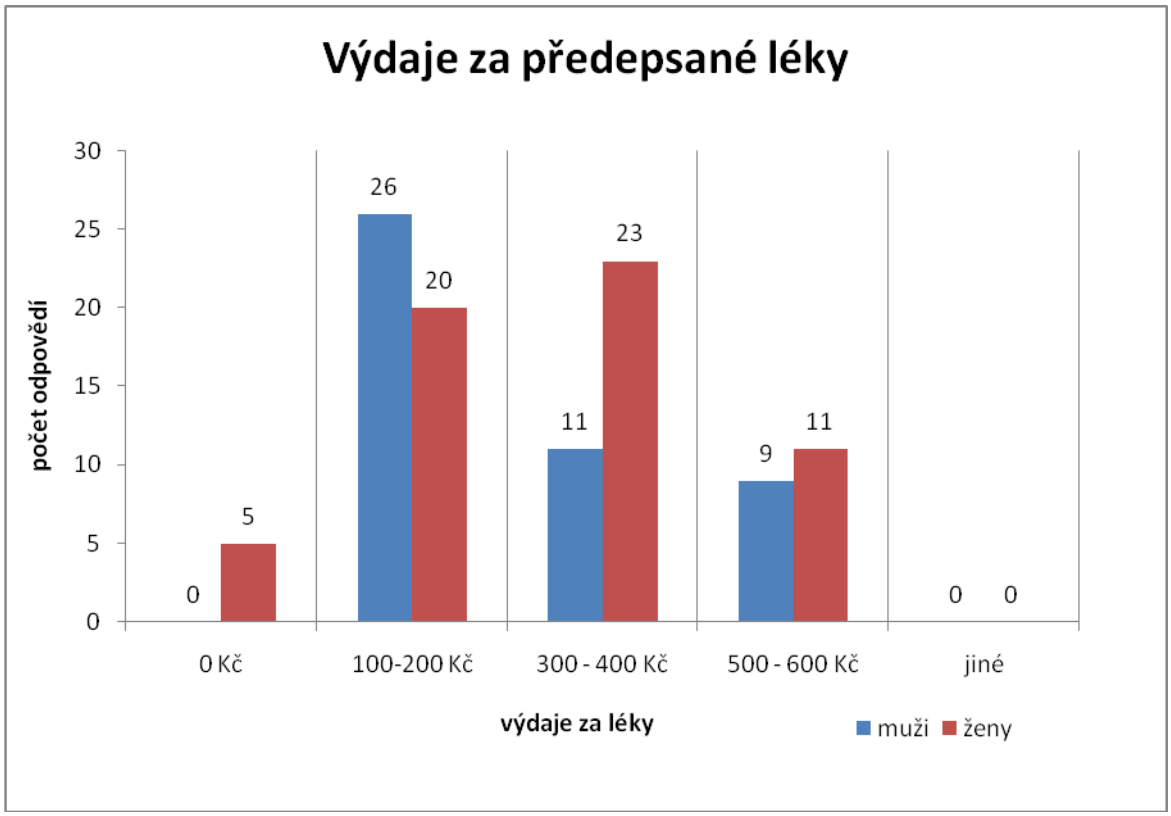


Graf 7. Četnost ošetření na pohotovosti.

Tento graf znázorňuje průměrný počet ošetření na pohotovosti za měsíc. Zjistila jsem, že senioři jen velmi málo využívají této zdravotnické služby. Dotazované seniorky vydají v průměru 35-58 Kč za měsíc a muži 43-59 Kč.

Pohotovost				Celkem(Kč)	Průměr (Kč/měsíc)
ŽENY	1170-2340	0	900-1080	2070-3420	35-58
MUŽI	270-540	810-1080	900-1080	1980-2700	43-59

Graf č. 8

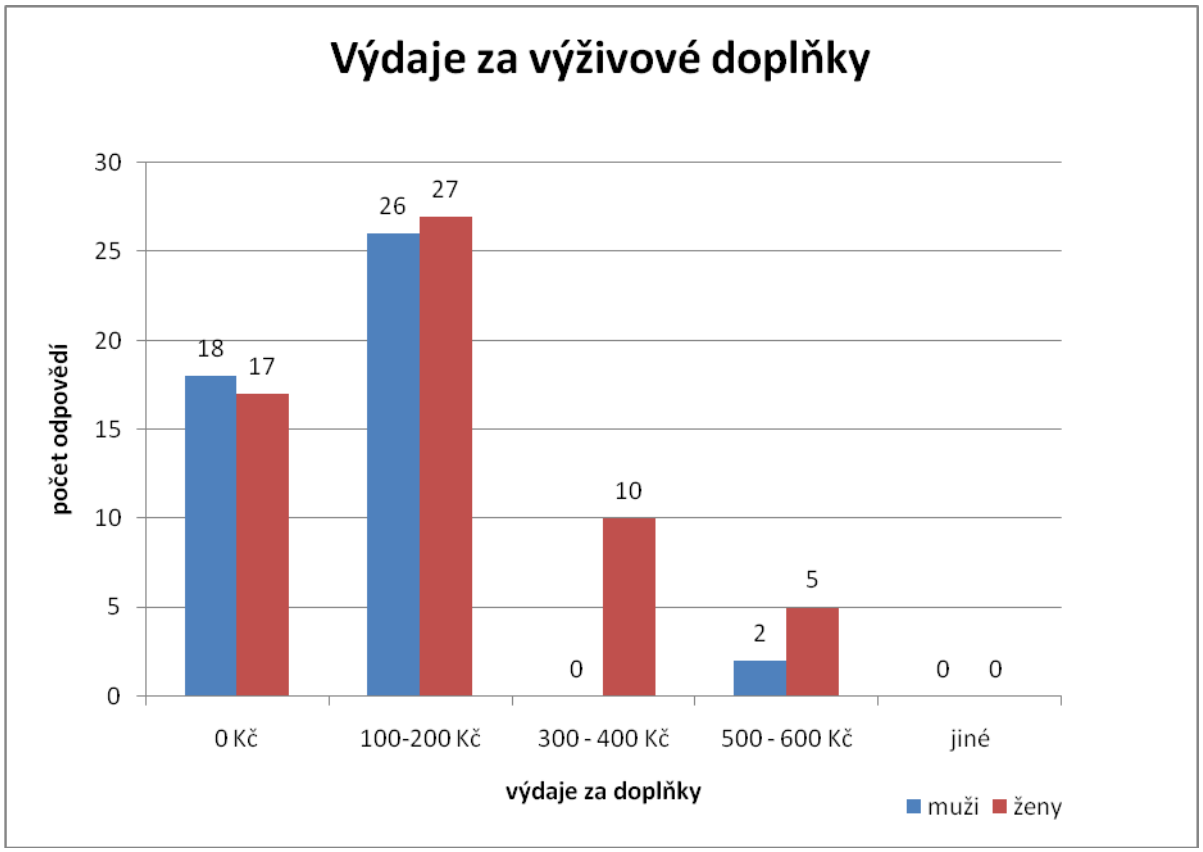


Graf 8. Měsíční výdaje za léky předepsané lékařem

Graf číslo 8 zaznamenává průměrné měsíční výdaje seniorů za léky. Ženy vydají za léky předepsané odborníkem v průměru 244-336 Kč měsíčně. Muži přibližně 226-326 Kč/měsíc.

Předepsané léky				**Celkem(Kč)**	**Průměr (Kč/měsíc)**
ŽENY	2000-4000	6900-9200	5500-6600	14400-19800	244-336
MUŽI	2600-5200	3300-4400	4500-5400	10400-15000	226-326

Graf č. 9

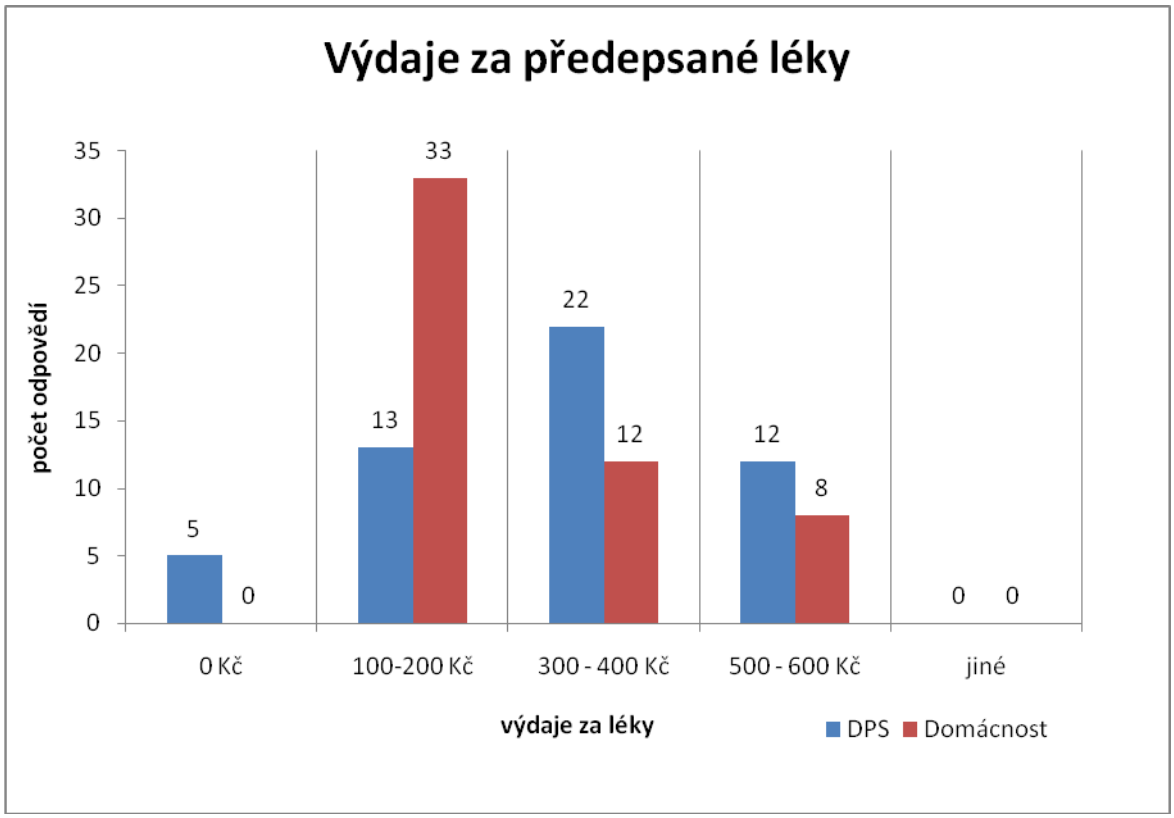


Graf 9. Měsíční výdaje za výživové doplňky.

Graf číslo 8 stanovuje, kolik za výživové doplňky vydají ženy, je to v průměru 139-210 Kč měsíčně a muži průměrně 78-139 Kč měsíčně.

Výživové doplňky				Celkem(Kč)	Průměr (Kč/měsíc)
ŽENY	2700-5400	3000-4000	2500-3000	8200-12400	139-210
MUŽI	2600-5200	0	1000-1200	3600-6400	78-139

Graf č. 10

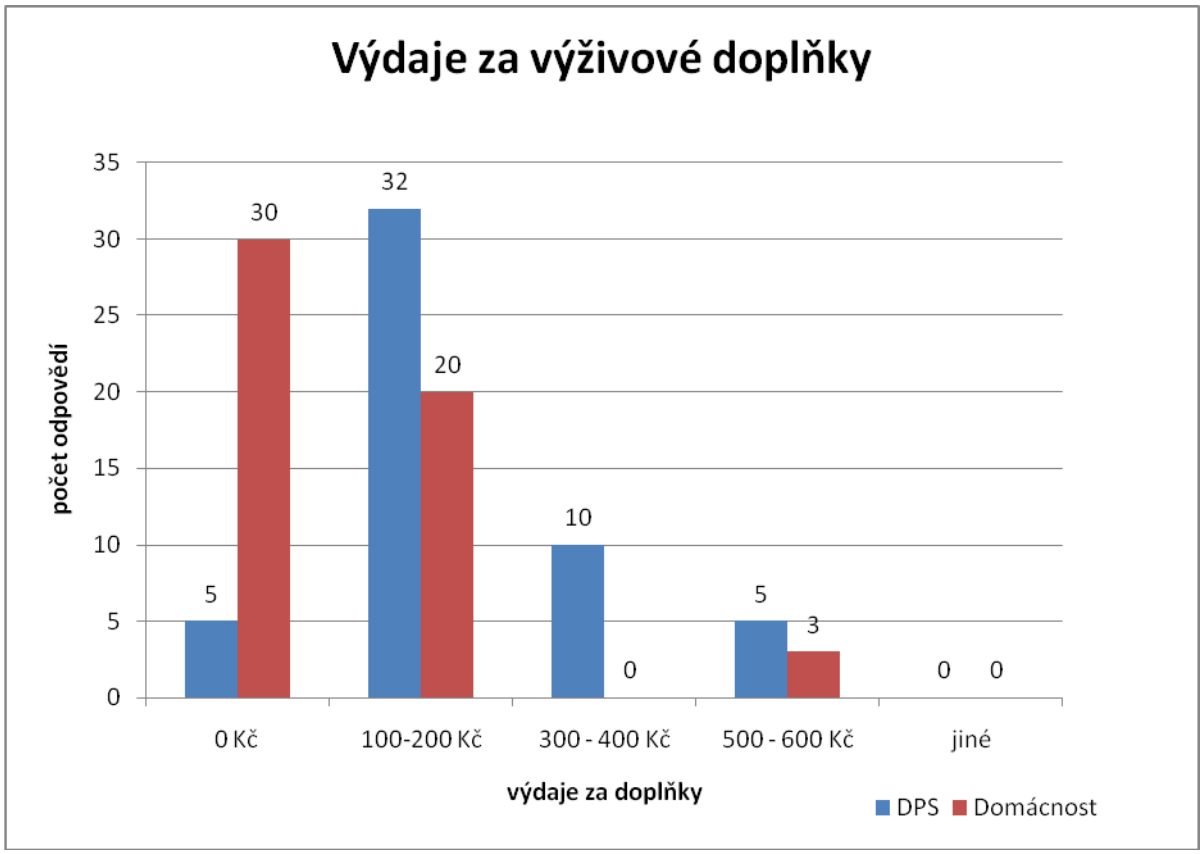


Graf 10. Měsíční výdaje za léky předepsané lékařem DPS/Domácnost.

Tento graf stanovuje, kolik utratí za léky předepsané odborníkem klient domova pro seniory a kolik senior žijící v domácnosti. Klienti DPS utratí za léky v průměru 309-413 Kč a senioři žijící v domácnosti 182-270 Kč za měsíc.

Předepsané léky				**Celkem(Kč)**	**Průměr (Kč/měsíc)**
DPS	1300-2600	6600-8800	6000-7200	13900-18600	309-413
Domácnost	3300-6600	3600-4800	4000-4800	10900-16200	182-270

Graf č. 11



Graf 11. Měsíční výdaje za výživové doplňky.

Klienti DPS měsíčně utratí v průměru 193-298 Kč za doplňky stravy, a senioři žijící v domácnosti v průměru pouze 58-97 Kč měsíčně. Tento výsledek je ovlivněný především tím, že v DPS žije více žen.

Výživové doplňky				Celkem(Kč)	Průměr (Kč/měsíc)
DPS	3200-6400	3000-4000	2500-3000	8700-13400	193-298
Domácnost	2000-4000	0	1500-1800	3500-5800	58-97

	prohlídky	nemocnice	pohotovost	léky	doplňky	
						Celkem Kč/rok
ŽENY	648-984	444-780	35-58	2928-4032	1668-2520	5723-8374
MUŽI	600-984	516-876	43-59	2712-3912	936-1668	4807-7499
						Celkem Kč/měsíc
ŽENY	54-82	37-65	3-5	244-336	139-210	477-698
MUŽI	50-82	43-73	4-5	226-326	78-139	401-625

Jako hlavní cíl práce jsem chtěla zjistit, jaké finanční náklady představují pro české seniory ve věku 65+ výdaje za léky, doplňky stravy a poplatky ve zdravotnictví. Zjistila jsem, že senioři vynaloží měsíčně v průměru 439-662 Kč měsíčně na všechny tyto položky, což odpovídá přibližně 5770-7940 Kč za rok.

Dalším mým cílem bylo zjistit, zda senioři vynakládají vyšší finance za léky předepsané odborníkem nebo za výživové doplňky. Z mého výzkumu vyplývá, že za léky předepsané odborníkem senioři vydají v průměru o 126-156 Kč více než za výživové doplňky. Je nutné podotknout, že léky na předpis jsou z části hrazené pojišťovnou, což jsem ve výzkumu neuvažovala a dotazovala se respondentů pouze na fakticky vydané finance. Výživové doplňky si hradí senioři v plné výši. Oproti mým původním předpokladům byla vyvrácena hypotéza, že senioři vydají na základě masivní reklamy za doplňky stravy více financí, než za léky předepsané odborníkem.

V neposlední řadě jsem se snažila výzkumem zjistit, zda se liší výdaje dotazovaných respondentů a respondentek za všechny zkoumané zdravotnické položky (léky, výživové doplňky, poplatky u lékaře, náklady na pohotovost a hospitalizace v nemocnici). Zjistila jsem, že seniorky vydají průměrně 477-698 Kč měsíčně, což odpovídá 5723-8374 Kč za rok. Muži 401-625 Kč za měsíc, odpovídající 4807-7499 Kč za rok. Náklady žen jsou ročně přibližně o 900 Kč vyšší.

Předepsané léky				Celkem(Kč)	Průměr (Kč/měsíc)
DPS	1300-2600	6600-8800	6000-7200	13900-18600	309-413
Domácnost	3300-6600	3600-4800	4000-4800	10900-16200	182-270

Výživové doplňky				Celkem(Kč)	Průměr (Kč/měsíc)
DPS	3200-6400	3000-4000	2500-3000	8700-13400	193-298
Domácnost	2000-4000	0	1500-1800	3500-5800	58-97

Jeden z cílů bylo také zjistit, zda klienti domova pro seniory mají vyšší výdaje za léky a výživové doplňky, než senioři žijící v domácnosti. Zjistila jsem, že dotazovaní klienti DPS v Třeboni dají v průměru o 127-143 Kč za léky a o 135-201 Kč za doplňky stravy více, než senioři žijící v domácnosti. Tento výsledek je ovlivněn především tím, že v DPS v Třeboni žije více žen.

5. Diskuze

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na problematiku seniorů, respektive jednomu specifickému aspektu této populační skupiny. Jsou jím nutné vysoké náklady této populace na léky, výdaje vynaložené za prohlídky u odborných lékařů, ošetření na pohotovosti či výše financí za hospitalizaci v nemocnici. Celou škálu těchto aspektů jsem shrnula do práce s názvem *„Kolik stojí zdraví české seniory“*.

Cílem bylo zjistit, zda se liší finanční náklady seniorů žijících v domácnosti a klientů DPS, dále zda se liší náklady podle pohlaví a zda vynaloží senioři více finančních prostředků za výživové doplňky nebo za léky předepsané lékařem. Práce byla zpracována za využití kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření. Data byla získána prostřednictvím metody dotazování, technikou anonymního dotazníku. Ten obsahoval 9 otázek. Z celkového počtu otázek byly 2 otázky otevřené, 2 uzavřené a 5 otázek polootevřených. Výzkumný soubor tvořilo 105 seniorů, z tohoto počtu 60 seniorů byli náhodně vybraní obyvatelé města Třeboň a 45 klientů z Domova pro seniory v Třeboni. Všechny dotazníky, které byly rozdány, byly i použity ve výzkumu. Návratnost byla 100 %.

Otázka č.1 byla zaměřena na pohlaví respondentů, z celkových 105, bylo 46 mužů, což odpovídá 44 % a 59 žen odpovídající 56 % viz graf č.1. Toto rozložení mužů a žen mi ve výzkumu pomohlo k tomu, abych zjistila, zda jsou celkové výdaje za všechny již uvedené zdravotnické služby, léky a doplňky vyšší u žen nebo naopak u mužů**.** Zde se mi potvrdila hypotéza, že opravdu ženy vynaloží v průměru o 900 Kč ročně více za všechny tyto položky a to především proto, že jsou ochotny vydat více financí za výživové doplňky a častěji chodí k odborným lékařům na prohlídky. Domnívám se, že je to z důvodu toho, že se ženy obecně o své zdraví starají a zajímají o něco více než muži. Jak uvádí ve svých knihách i Marianne J. Legato. (37)

Marcela Zamazalová nás uvádí do problematiky Gender marketingu, který je využíván k uzpůsobení nabídky skupinám spotřebitelů, které jsou identifikovány na základě jejich „genderové charakteristiky“, tedy toho, jaké spotřební chování se od nich v dané kultuře očekává. Gender marketing vychází z toho, že ve společnosti jsou vžité představy, že se muži a ženy chovají určitým způsobem, jsou jim připisovány vzorce chování a vystupování, které

jsou obvyklé v určité sociální pozici. Podstatou není biologická odlišnost pohlaví, ale to jak si společnost představuje, že by se ženy a muži měli chovat. (1)

Otázka č. 2 mapovala věk seniorů, aby skutečně dotazovaní spadali do mého výzkumného souboru 65 let a více. Ze 105 respondentů tvořilo ve věku 65 – 75let 64 seniorů (tj.67 % všech respondentů) a 41seniorů bylo ve věku nad 75 let (tj. 33 % všech respondentů) viz graf č. 2.

Otázka č. 3 byla směřovaná na způsob bydlení, zda je dotazovaný respondent klientem DPS, nebo žije v domácnosti. Klientů DPS se zúčastnilo výzkumu 45 (43 %) a zbylých 60 (57 %) žije v domácnosti viz. graf č. 3. Zjistila jsem, že dotazovaní klienti DPS v Třeboni dají v průměru o 220-300 Kč za léky a doplňky stravy více, než senioři žijící v domácnosti. Toto je ovlivněno především tím, že v DPS v Třeboni žije více žen. Ženy se dožívají v průměru o 6 let více než muži (v celosvětovém měřítku) a proto také častěji využívají těchto zdravotně sociálních služeb. Mezi devadesátiletými převažují ženy nad muži v poměru 3:1.

Podle socioložky Marianne J. Legato, která se touto problematikou dlouhodobě zabývá a napsala o ní několik knih, jsou muži křehčí a zranitelnější než ženy už od narození. Kromě toho jsou méně než ženy informovaní o zdraví a také mnohem později vyhledávají odbornou pomoc. Údajně to souvisí s tím, že ve všech kulturách jsou chlapci už od narození vedeni k tomu, aby překonávali svou bolest a neukazovali žádnou slabost. Řada mužů vyhledá lékaře až na nátlak své partnerky a často ve stádiu, kdy už jsou jejich zdravotní problémy příliš vážné. "Zábrany, které mají muži při řešení svých zdravotních potíží, je nakonec také často zabijí." říká Legato. (37)

Otázka č. 4 byla zadána pro zjištění průměrného počtu zpoplatněných lékařských prohlídek za měsíc. Většina tázaných seniorů přiznala, že zpoplatněných prohlídek měsíčně absolvují 1-2, což odpovídá 30-60 korunám měsíčně. Ročně pak tedy 360- 720 Kč. Jelikož aktuálně vláda jedná o dalším navýšení prohlídek u odborníka, můžeme se dostat až na částky několikanásobně vyšší. Ministr zdravotnictví Leoš Heger uvádí, že bychom u lékaře mohli zaplatit až 50 Kč za návštěvu. Dále by ministerstvo zdravotnictví chtělo zpoplatnit návštěvy specialisty bez doporučení obvodního lékaře. Toto vyšetření by se mohlo podle návrhu dostat až na stovky korun, což by znamenalo pro seniory další navýšení výdajů. (13)

Myslím si, že tyto poplatky přilepšili především farmaceutickým firmám (poplatky za recept). Nejvíce na ně doplácejí opět senioři. Ti jsou na odborné pomoci, v závislosti na jejich zdravotním stavu, závislí a musí prohlídky absolvovat, přitom jejich průměrné důchody dosahují výše, při které je i 30ti korunová měsíční ztráta zátěží. S tímto názorem se ztotožňuji s Doktorandem Teorie a dějin vědy na Katedře filozofie Masarykovy univerzity Jaroslavem Růžičkou, který na toto téma píše své úvahy. (32)

Otázky č. 5 a č. 6 se týkaly počtu hospitalizací tázaných seniorů v nemocnici během posledních 12ti měsíců. *Z grafu č.6* vyplývá, že více než polovina respondentů nebyla vůbec za posledních 12. měsíců hospitalizována v nemocnici. Byť se může z grafu na první pohled zdát, že jsou častěji hospitalizovány ženy, je tomu naopak, jelikož celkový počet respondentů mužů je nižší než respondentů žen. Z celkového počtu 56 (100 %) respondentů mužů bývá alespoň 1krát za poslední rok hospitalizováno přesně 23 (50 %) respondentů mužů. Oproti tomu z celkového počtu 59 (100 %) respondentů žen bylo za poslední rok alespoň 1x hospitalizováno pouze 28 (47 %) respondentů žen. Jelikož byl výzkum prováděn v listopadu roku 2011, tak byla vybrána data, která ještě nebyla ovlivněná novým zavedením vyšších poplatků za pobyt v nemocnici z původních 60 Kč/den na aktuálních 100 Kč/den. Zjistila jsem, že v průměru dotazovaní senioři stráví za rok 7 dní v nemocnici. To odpovídá finančnímu nákladu 420 Kč ročně. Tato částka se ovšem mnohonásobně zvýšila zavedením nových poplatků a tím pádem jsou finanční dopady mnohem výraznější.

Otázka č. 7, zde jsem se ptala na ošetření seniorů na pohotovosti během posledního roku viz. graf č.7. Až na několik jedinců, kteří trpí náhlými zdravotními problémy, pohotovost využívá jen velmi malá část dotázaných seniorů. Poplatek za ošetření na pohotovosti činí aktuálně 90ti korunovou položku, ale vzhledem k tomu, že není tak masově využívána, nestává se tedy nějak významnou částkou v poměru například s náklady za hospitalizaci v nemocnici.

Otázku č.8 a č.9 jsem věnovala asi nejvýznamnějším položkám, kterou senioři vynakládají pro své *„zdraví“* a těmi jsou léky předepsané odborníkem a výživové doplňky. Ve svém výzkumu jsem k mému překvapení zjistila, že senioři vynaloží větší finance za léky předepsané odborníkem než za výživové doplňky. Za předepsané léky vydá třeboňský senior měsíčně v průměru 235-331 Kč, ovšem za výživové doplňky přibližně 109-175 Kč.

V souvislosti s výší příjmů seniorů a nutnými náklady se proto domnívám, že doplňky hromadně nenakupují především z důvodu finančního, protože jim již na zbylé produkty nezbývají prostředky. Průměrná výši důchodů v České republice je aktuálně 10 043 Kč, jak uvádí Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ) k 28.4.2012. (3)

Ani na tento průměr mnoho seniorů nedosahuje. Vzhledem ke zvýšení sazby DPH razantně podraží v roce 2012 potraviny, nealkoholické nápoje, vodné a stočné, teplo, městská doprava, ubytovací služby, léky, zdravotnické pomůcky a mnoho dalšího. Od ledna 2013 se pak sazba DPH sjednotí na 17,5 procenta, a to bez výjimek, uvádí ve svém článku MUDr. Zbyněk Mlčoch. (26)

Proto se domnívám, že především z důvodu zdražování primárně potřebných věcí jako jsou potraviny, teplo a bydlení, senioři šetří na výživových doplňcích. O tom, že seniory prokazatelně ovlivňuje reklama, bylo vytvořeno již mnoho studií a uvádí to ve své knize i Jan Jirák a Barbara Köpplová. Kniha s názvem *„Média a společnost“* zdůrazňuje, že média výrazně ovlivňují chování, postoje či názory každého jedince. Na možnosti dosáhnout předem naplánovaných účinků, čili cíleně ovlivnit působení médií, je založena reklama. (15) Nezpochybňuji ovšem fakt, že seniory ovlivňuje i reklama negativně orientovaná, která uvádí, že vždy je lepší přírodní přípravek, než *„chemická náhražka“*.

Především to, zda seniory opravdu ovlivňuje v nákupu výživových doplňků jejich finanční situace, bych ráda hlouběji řešila i v rámci diplomové práce, protože tento problém se bude týkat stále většího počtu lidí a v mezičase se ještě změní některé důležité vstupy jako je cena léků, cena pobytu v nemocnici, poplatek za vyšetření atp.

6. Závěr

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaké finanční náklady představují pro české seniory, 65 a víceletých, výdaje na léky, doplňky stravy a poplatky ve zdravotnictví. Zároveň chci zjistit, zda vydávají senioři průměrně za doplatky na léky víc než za doplňky stravy. A také, jestli výdaje respondentek za léky, výživové doplňky a ambulantní a ústavní zdravotní ošetření, jsou vyšší než výdaje respondentů. V neposlední řadě jsem zjišťovala, zda senioři žijící v Domově pro seniory vydají více financí za léky a výživové doplňky než senioři žijící v domácnosti.

Předpokládala jsem, že doplatky za léky předepsané lékařem budou činit pro seniory vyšší náklady než výdaje za výživové doplňky. V této hypotéze jsem se ovšem zmýlila. I přes to, že seniory prokazatelně ovlivňuje reklama, čemuž jsem se věnovala v teoretické části, zjistila jsem, že nevynakládají více financí za výživové doplňky než za léky předepsané odborníkem. Jejich finanční náklady jsou především na léky předepsané od odborníka. Tyto léky musí užívat vzhledem k jejich zdravotnímu stavu a na doplňky stravy už nezbývají další potřebné finance.

Další mojí hypotézou bylo, zda tázané respondentky zúčastněné tohoto výzkumu vynaloží větší finance za léky a výživové doplňky než tázaní respondenti. Tam se mi skutečně potvrdilo, že ženy vydají ročně za doplňky stravy, léky a ambulantní a ústavní zdravotní ošetření v průměru o 900 Kč více než dotazovaní muži. Díky tomuto cíli, který jsem si stanovila, jsem zároveň zjistila, že se neliší výdaje vynaložené za ošetření u odborníků a pobytů v nemocnicích, ale především náklady spojené s léky a doplňky, které dotazované ženy využívají častěji. Také jsem při sběru těchto dat zjistila, že jen velmi málo seniorů využívá ošetření na pohotovosti.

Má poslední stanovená hypotéza se týkala porovnání výdajů za léky a výživové doplňky u klientů domovů pro seniory v Třeboni a seniorů žijících v domácnosti. Poté co jsem zhodnotila výsledky průměrných nákladů na léky a výživové doplňky u obou sledovaných skupin, zjistila jsem, že dotazovaní klienti DPS v Třeboni dají v průměru o 257-343 Kč za léky a doplňky stravy více, než senioři žijící v domácnosti.

Výsledky mé bakalářské práce by mohly být využity pro další publikování nebo medializaci pro širokou laickou veřejnost a umožnily by tak českým seniorům lepší orientaci v problematice péče o zdraví. Bylo by potřeba o tomto tématu více diskutovat, aby senioři vynakládali své finance rozumně za odpovídající péči. Zdravotnictví by mělo důvěřovat tomu, že pokud se bude věnovat pozornost kvalitní a účinné péči, tak budou senioři aktivní, zdravější a tím pádem schopnější se o sebe postarat a nebude potřeba vynakládat finance za jiné zdravotně-sociální služby. A to neplatí pouze pro seniory, ale i pro celou populaci, která díky prodlužování průměrného věku dožití bude schopna bez dalších zdravotních komplikací být déle aktivně činní. Zdravotní péči je třeba přizpůsobit pro všechny skupiny obyvatel, aby byla všem dostupná a každý z nich mohl být co nejdéle pro společnost přínosem a nikoli zátěží.

7. Seznam použité literatury

1. BOSNIČOVÁ, Nina. Odbornice představující koncept gtender marketingu. Zpravodaj.feminismus.cz [online]. 29.9.2007 [cit.2012-02-15]. Dostupné z: http://zpravodaj.feminismus.cz/clanek.shtml?x=2043513&als%5Bnm%5D=2044443
2. BUKAČ, Petr. Vysoké ceny léků? Lepší už to asi nebude!. In: *Mesec.cz* [online]. 11.4.2007 [cit. 2012-04-13]. Dostupné z: http://www.mesec.cz/clanky/vysoke-ceny-leku-lepsi-uz-to-asi-nebude/
3. ČSSZ: Průměrná výše důchodů je 10 043 korun. In: *OSpoření.cz* [online]. 28.04.2010 [cit. 2012-04-15]. Dostupné z: http://www.osporeni.cz/news/cssz-prumerna-vyse-duchodu-je-10-043-korun/
4. DÁVIDEKOVÁ, Mária. Aktívne starnutie a staroba. In HAVLÍK, Josef. *Sborník- Problematika generace 50 plus : Příspěvky z V. mezinárodní konference, která se konala 27. a 28. května 2008 v oběktu ZSF JU ,,Vltava" České Budějovice*. Vyd.1. České Budějovice : Jihočeská univerzita Zdravotně sociální fakulta, 2008. s. 91-95 . ISBN 978-80-7394-100-0.
5. Důchodová reforma: Proč je nutné provést důchodovou reformu. In: *Socialniporadce.mpsv.cz* [online]. 1.12.2011 [cit.2011-07- 12]. Dostupné z: http://socialniporadce.mpsv.cz/cs/164
6. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Úspěšné stárnutí- užitečné rady na cestě ke stáří. In HAVLÍK, Josef. *Sborník- Problematika generace 50 plus : Příspěvky z V. mezinárodní konference, která se konala 27. a 28. května 2008 v objektu ZSF JU ,,Vltava" České Budějovice*. Vyd.1. České Budějovice : Jihočeská univerzita Zdravotně sociální fakulta, 2008. s. 115-121 . ISBN 978-80-7394-100-0.
7. ENRIGHT, Robert B. *Perspectives in Social Gerontology*. Vyd. 2. United States : Allyn and Bacon, 1994. 406 s. ISBN 0-205-15433-6, 0-205-15433-6-H54331.
8. GEJDOŠ, Pavel. Celkem 411 lidí by mělo v letošním roce oslavit sté narozeniny. *česká správa sociálního zabezpečení* [online]. 2011 [Cit.6.12.2011] Dostupné z: http://www.cssz.cz/cz/informace/media/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2011/celkem-411-lidi-by-melo-v-letosnim-roce-oslavit-ste-narozeniny.htm
9. GRUBEROVÁ, Božena . *Gerontologie*. Vyd.1. České Budějovice : Jihočeská univerzita Zdravotně sociální fakulta, 1998. 86 s. ISBN 80-7040-286-5.

10. HOLČÍK, Jan; KAŇOVÁ, Pavlína; PRUDIL, Lukáš. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví : východiska,základní pojmy a perspektivy*. Vyd.1. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotních oborů, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-417-8.
11. HOLUBOVÁ,Václava a kol. *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. 1.Vyd. Praha: ACADEMIA, 2005. ISBN 80-200-1351-2
12. HYNIE, Sixtus. *Farmakologie v kostce*: *Druhé přepracované vydání*. 2. vydání. Praha: Triton, 2009. ISBN. 978-80-7254-181-1
13. JANSOVÁ, Lenka, Simona BARTOŠOVÁ a Naďa BĚLOVSKÁ. Ministerstvo zdravotnictví chce zvýšit poplatek u lékaře na 50 korun. In: Rozhlas.cz [online]. 12. dubna 2012 [cit. 2012-04-20]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/zpravy/spolecnost/_zprava/ministerstvo-zdravotnictvi-chce-zvysit-nektere-poplatky--1044977
14. JEDLIČKA, Václav, et al. *Praktická gerontologie*. Vyd. 2. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. 182 s. ISBN 80-7013-109-8.
15. JIRÁK, Jan a Barbara KÖPPLOVÁ. *Média a společnost*. Vyd.1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-697-7.
16. KONTAKT – supplement 1/08 Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky VYDAVATEL Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta Supplement 1/2008 vyšel v lednu 2008 ISSN 1212-4117
17. KOZLOVÁ, Lucie; KUBELOVÁ, Veronika. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. Vyd. 2. České Budějovice : Jihočeská univerzita Zdravotně sociální fakulta, 2009. 55 s. ISBN 978-80-7394-155-0.
18. KUDLÁČKOVÁ, Lucie. V nemocnici zaplatíte 100 korun denně už od prosince. In: *Aktualne.centrum.cz* [online]. Praha, 26.10.2011 [cit. 2011-12-06]. Dostupné z: http://aktualne.centrum.cz/domaci/zivot-v-cesku/clanek.phtml?id=719156
19. M. NESSE, Randolph ; C. WILLIAMS, George. *O příčinách a vzniku nemocí. jsou nemoci zakodovány v genech?*. 21rd ed. Praha 2 : Lidové noviny, 1996. 330 s. ISBN 80-7106-161-1.
20. MACHOVÁ, J. Zdraví. In *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8. Kapitola 2, s. 12-15.
21. MARCUS M. Reidenberg, M.D. *Drugs in the elderly*. Departments of Pharmacology and Medicine Cornell University Medical College New York, New York 1980 Cit[2011-07-12] Dostupné z:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1805189/pdf/bullnyacadmed00108-0035.pdf

22. MATOUŠEK, Oldřich, et al. *Sociální služby. legislativa,ekonomika,plánování,hodnocení*. Vyd.1. Praha 8 : Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
23. Ministerstvo práce a sociálních věcí: Návrh základních principů Národního programu přípravy na stárnutí populace na období let 2003 až 2007. [online]. 9.5.2005 [cit. 2011-12-06]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/cs/1072
24. Ministerstvo práce a sociálních věcí: Sociální služby. [online]. [cit. 2011-12-05]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/cs/9
25. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Zdraví 21 : Zdraví pro všechny v 21.století*. Vyd.1. Praha : OK Design, 2003. 124 s. ISBN 80-85047-99-3.
26. MLČOCH, Zbyněk. Zdražení v roce 2012 - co všechno podraží. In: Zbynekmlcoch.cz [online]. 01. leden 2012 [cit. 2012-03-25]. Dostupné z: http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/texty/penize-finance-ekonomika/zdrazeni-v-roce-2012-co-vsechno-podrazi
27. PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika. edice medicína a praxe*. Vyd.1. Praha 3 : Scientia medica, 1994. 152 s. ISBN 80-85526-32-8.
28. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Vyd.1. Praha 7 : Grada publishing, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
29. *Quality of Life in Old Age. national Programme of Preparation for Ageing for 2008-2012*. 1rd. edition. Praha 2 : Ministry of Labour and Social Affairs, 2008. 60 s. ISBN 978-80-86878-66-9.
30. RÁŽOVÁ, J. Implementace programu Zdraví 21. *Hygiena* [online]. 2008, roč. 53, č. 1 [cit. 2010-12-13]. Dostupné z: <http://www1.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2008-sup-03-full.pdf>. ISSN 1802-6281
31. ROSLAWSKI, Adam . *Jak zůstat fit ve stáří*. Vyd.1. Brno : Computer Press, 2005. 71 s. ISBN 80-251-0774-4.
32. RŮŽIČKA, Jaroslav. Poplatky u lékaře. In: *Blog.respekt.ihned.cz* [online]. 18. 5. 2010 [cit. 2012-04-15]. Dostupné z: http://jaroslavruzicka.blog.respekt.ihned.cz/c1-45945000-poplatky-u-lekare
33. SCHUSTER, Josef. Homeopatie pro 21.století: definice zdraví. [online]. [cit. 2012-04-13]. Dostupné z: http://homeopatie21.mypage.cz/menu/definice-zdravi

34. *Struktura Světové zdravotnické organizace* [online]. 2007 [Cit.6.12.2011] Dostupné z: http://www.who.cz/struktura.htm
35. SUSA, Zdeněk. *Tělo a duše ve zdraví a nemoci*. Vyd.1. Brno : Facta Medica, 2008. 165 s. ISBN 978-80-904260-0-9, 978-80-86057-50-7.
36. Škola medií: Svět reklamy. [online]. 2010 Vyšší odborná škola publicistiky. [cit. 2012-04-13]. Dostupné z: http://www.skolamedii.cz/metodicky-material/svet-reklamy
37. ŠTĚPNIČKOVÁ, Tereza. Proč ženy žijí déle než muži. In: Forexample.cz [online]. 15.01.2009 [cit. 2012-03-26]. Dostupné z: http://www.forexample.cz/view.php?nazevclanku=proc-zeny-ziji-dele-nez-muzi&cisloclanku=2009010002
38. *Úspěšné stárnutí a aktivní stáří*. Vyd.2. Praha 10 : Státní zdravotní ústav, 2008.
39. ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Jihočeského kraje 2010*. 1. vyd. Praha: P.O.BOX, 2011. ISBN 978-80-7280-952-3.
40. VAVERČÁKOVÁ, Marta. Kvalita života seniorov v kontexte sociálných a ekonomických faktorov. In HAVLÍK, Josef. *Sborník- Problematika generace 50 plus : Příspěvky z V. mezinárodní konference, která se konala 27. a 28. května 2008 v oběktu ZSF JU „Vltava" České Budějovice*. Vyd.1. České Budějovice : Jihočeská univerzita Zdravotně sociální fakulta, 2008. s. 97-100 . ISBN 978-80-7394-100-0.
41. VURM, Vladimír, Petra ZIMMELOVÁ a Ludmila ŠVEHLOVÁ. *Rukověť pro poskytovatele sociálních služeb v oblasti problematiky seniorů*. 1.Vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7394-090-4.
42. *Zákon č. 258/ 2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění*
43. *Zdravé stárnutí. výživa Evropě*. Vyd.1. Praha 10 : Státní zdravotní ústav, 2008. 34 s. ISBN 978-80-7071-302-0.
44. ZELAND, Vadim. *Ovlivňování reality*: *Prostor variant*. 1.Vyd. Praha: Eugenika, 2005. ISBN 80-89115-96-9.
45. *Zlepšení rovnosti ve zdravotnictví v EU ovlivněním sociálních determinant zdraví : Souhrnná zpráva o aktivitách projektu*. Vyd.1. Praha 10 : Státní zdravotní ústav, 2008. 15 s. ISBN 978-80-7071-303-7.

8. Klíčová slova

Zdraví

Světová zdravotnická organizace (WHO)

Podpora zdraví

Demografický vývoj v ČR

Senior

Zdravé stárnutí

Zdravotní péče

Key words

Zdraví- health

Světová zdravotnická organizace (WHO)- World Health Organization

Podpora zdraví- health support

Demografický vývoj v ČR- demographic trends

Senior- the elderly

Zdravé stárnutí- healthy ageing

Zdravotní péče – health care

9. Přílohy

Příloha č.1

Dotazník k bakalářské práci na téma
„Kolik stojí zdraví české seniory“

Jana Leštinová
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Dobrý den,
chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Kolik stojí zdraví české seniory“.

Všechny informace, které v dotazníku uvedete, budou anonymně zpracovány a poslouží pouze pro zpracování bakalářské práce.
Prosím Vás o pečlivé vyplnění dotazníku, protože každá Vaše odpověď je důležitá a zásadně může ovlivnit celý výzkum.

Předem Vám děkuji za vyplnění.

Instrukce pro vyplnění dotazníku

1) **Vyplňuje každý občan ve věku od 65 let, a to pouze jednou!**
2) **Vyplňuje pouze obyvatel Třeboně a blízkého okolí (Břilice, Braná, Dvorce, Domanín, Spolí, Dunajovice, Přeseka, Hlína, Lužnice)**
3) **Pozorně si přečtěte každou z uvedených otázek**
4) **Vámi vybrané odpovědi zakroužkujte, případně vyplňte počet**
5) **Vždy vyberte pouze jednu odpověď**

1) Jaké je Vaše pohlaví?	a) muž b) žena
2) Jaký je Váš věk?	…… let
3) Kde žijete?	a) v domácnosti b) v domově pro seniory
4) Kolik absolvujete zpoplatněných prohlídek u odborníka (lékaře) za měsíc? a) 0 b) 1-2 c) 3-4 d) 5-6 e) Jiné – kolik? ……..	
5) Kolikrát jste byl/a hospitalizován/a v nemocnici za posledních 12 měsíců? a) 0 b) 1-2 c) 3-4 d) 5-6 e) Jiné- kolik? …….	
6) Kolik dnů jste byl/a celkem za posledních 12 měsíců hospitalizován/a v nemocnici? Celkem jsem za posledních 12 měsíců v nemocnici strávil/a ……dnů.	
7) Kolikrát jste byl/a za posledních 12 měsíců ošetřován/a na pohotovosti? a) 0 b) 1-2 c) 3-4 d) 5-6 e) Jiné- kolik? …….	
8) Jaké jsou Vaše měsíční výdaje za léky <u>předepsané lékařem</u>? a) 0 Kč b) 100 – 200Kč c) 300 – 400Kč d) 500 – 600Kč Jiné – kolik? ……	
9) Kolik činí Vaše měsíční výdaje za <u>výživové doplňky</u> (např. vitamíny, na výživu kloubů, urologické čaje, přípravky na menopauzu, na prostatu a jiné)? a) 0 Kč b) 100 – 200Kč c) 300 – 400Kč d) 500 – 600Kč Jiné – kolik? ……	