

Z obsahu 5. čísla:**Recenzované články**

Systémové hodnocení kvality péče a služeb: inspirace z oblasti paliativní péče
Lucie Žáčková – Martin Loučka

Duševní zdraví, subjektivní zdravotní stav a osobní blahobyt ve vybraných okresech České republiky
Beatrice-Elena Chromková Manea – Dana Hübelová

Mikroekonomická kvantifikace výhodnosti českého základního důchodového pojištění dle parametrů pro rok 2023
Jiří Vopátek

Percepce principu solidarity a role státu v době před pandemií covidu-19 a v jejím průběhu jako výzva pro sociálně-pedagogické působení v oblasti posilování sociální soudržnosti
Jiří Pospíšil – Ivana Olecká

Knihy, které nezestárly

Jan Keller připomíná knihu socioložky Dominique Méda „Práce jako mizející hodnota?“

Recenze

Recenze publikace „Financování zdravotnických systémů: v kontextu české zdravotní politiky“
Kateřina Šámalová

Recenze knihy „Dějiny lidí“
Petr Šafařík

Informační servis

Zpráva o konferenci Sociální politika 2022
Vladimír Barák

FÓRUM

ODBORNÝ RECENZOVANÝ ČASOPIS

sociální politiky

Editorial	1	Knihy, které nezestárlý	
Recenzované články		<i>Jan Keller</i> připomíná knihu socioložky Dominique Méda „Práce jako mizející hodnota?“	35
Systémové hodnocení kvality péče a služeb: inspirace z oblasti paliativní péče	2	Recenze	
<i>Lucie Žáčková – Martin Loučka</i>		Recenze publikace „Financování zdravotnických systémů: v kontextu české zdravotní politiky“	36
Duševní zdraví, subjektivní zdravotní stav a osobní blahobyt ve vybraných okresech České republiky	10	<i>Kateřina Šámalová</i>	
<i>Beatrice-Elena Chromková Manea – Dana Hübelová</i>		Recenze knihy "Dějiny lidí"	38
Mikroekonomická kvantifikace výhodnosti českého základního důchodového pojištění dle parametrů pro rok 2023	7	<i>Petr Šafařík</i>	
<i>Jiří Vopátek</i>		Informační servis	
Percepce principu solidarity a role státu v době před pandemií covidu-19 a v jejím průběhu jako výzva pro sociálně-pedagogické působení v oblasti posilování sociální soudržnosti	29	Zpráva o konferenci Sociální politika 2022	39
<i>Jiří Pospíšil – Ivana Olecká</i>		<i>Vladimír Barák</i>	

Editorial	1	Books that haven't aged	
Reviewed articles		Work: a disappearing value?	35
Systemic evaluation of the quality of care and services: inspiration from the field of palliative care	2	<i>Jan Keller</i>	
<i>Lucie Žáčková – Martin Loučka</i>		Book reviews	
Mental health, subjective health status and personal wellbeing in selected districts of the Czech Republic	10	Review of the publication „The financing of healthcare systems in the context of Czech healthcare policy“	36
<i>Beatrice-Elena Chromková Manea – Dana Hübelová</i>		<i>Kateřina Šámalová</i>	
Microeconomic quantification of the benefits of Czech basic pension insurance according to 2023 parameters	17	Review of the book „The History of People“	38
<i>Jiří Vopátek</i>		<i>Petr Šafařík</i>	
Perception of the principle of solidarity and the role of the state before and during the Covid-19 pandemic as a challenge for socio-pedagogical action in the field of strengthening social cohesion	29	Information service	
<i>Jiří Pospíšil – Ivana Olecká</i>		Report on the Social Policy 2022 conference	39
		<i>Vladimír Barák</i>	

For abstracts of the non-reviewed articles see the 3rd page of the cover.

Časopis je indexován v databázi **ERIH PLUS** (European Reference Index for the Humanities and Social Sciences) a je zařazen Radou pro výzkum, vývoj a inovace do **Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR**. FÓRUM sociální politiky je zařazeno i do elektronické databáze **CEEOL (Central and Eastern European Online Library)** – platformy globálně zpřístupňující společenskovední a humanitněvední publikace ze střední, východní a jihovýchodní Evropy.

Informace pro autory

Obsahové zaměření časopisu: sociální problematika v nejširším vymezení. Časopis se skládá ze dvou částí. V první, tvořené rubrikou Recenzované články, jsou uveřejňovány pouze recenzované příspěvky. O zařazení do recenzované části časopisu rozhoduje redakční rada na základě výsledků recenzního řízení, které je oboustranně anonymní. Redakce v tomto směru provádí potřebné kroky. Autoři mohou nabízet články do obou částí, tj. do recenzované i nerecenzované části. Redakce přijímá pouze dosud nepublikované příspěvky. Autor by měl připojit úplnou kontaktní adresu včetně telefonního čísla a e-mailové adresy. Příspěvky zasílejte v elektronické podobě na adresu: petr.safarik@rilsa.cz.

Formální požadavky

Rukopis příspěvku do recenzované části (nejlépe v členění úvod, současný stav poznání, zkoumaná problematika a použité metody, výsledky, diskuse, závěr) o rozsahu zhruba 30 tisíc znaků včetně mezer v editoru MS Word musí vedle vlastního textu obsahovat 10–15řádkový abstrakt a klíčová slova, obojí v češtině a v angličtině. Grafy a obrázky musí být přizpůsobeny černobílému provedení (ve formátu excel skupinový sloupcový, ne prostorový). Připojeny musí být i jejich zdrojové soubory. Redakce provádí jazykovou úpravu textu.

Více viz: <https://www.rilsa.cz/casopis>

FÓRUM

sociální politiky

odborný recenzovaný časopis

5/2022

Vydává Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i.
Dělnická 213/12
170 00 Praha 7 – Holešovice
IČO 45773009

Facebook: <https://www.facebook.com/vyzkumnyustavprace>
LinkedIn: <https://www.linkedin.com/company/vupsv>
Twitter: <https://twitter.com/vyzkumny>

Šéfredaktor: PhDr. Petr Šafařík
kontakt: petr.safarik@rilsa.cz
tel. +420 211 152 722, mob. +420 777 529 070

Tisk: Vydavatelství KUFŘ, s. r. o., Naskové 3, 150 00 Praha 5

Distribuce a předplatné:

Předplatné zajišťuje jménem vydavatele společnost
SEND Předplatné spol. s r.o., Ve Zlíbku 1800/77, 193 00 Praha 9
e-mail: send@send.cz, tel. – 225 985 225, 777 333 370

Prodej za hotové:

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i.
Dělnická 213/12, 170 00 Praha 7 – Holešovice
Prosíme o ohlášení se předem e-mailem (redakce@rilsa.cz)
nebo telefonicky (211 152 711).

Vychází: 4krát ročně, cena jednotlivého čísla je 80 Kč

Dáno do tisku: 14. 12. 2022

Registrace MK ČR E 17566
ISSN 1802-5854 – tištěná verze
ISSN 1803-7488 – elektronická verze



Toto dílo podléhá licenci Creative Commons
Uveďte původ 4.0 Mezinárodní veřejná licence.

(<http://www.creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Redakční rada:

Prof. PhDr. Tomáš Sirovátka, CSc. (předseda - MU)
Doc. Adina Barbulescu, PhD (West University of Timisoara)
Prof. Dr. habil. Lutz Bellmann (Institute for Employment
Research Nuremberg)
Ing. Vlastimil Beran, Ph.D. (RILSA)
Ivana Dobrotić, PhD (University of Zagreb)
Doc. Ing. Marie Dohnalová, CSc. (FHS UK)
Doc. JUDr. Iva Fischerová, CSc. (MUP, o. p. s.)
Mgr. Daniel Gerbery, Ph.D. (Inštitút pre výskum práce a rodiny)
Prof. Jason Heyes (Sheffield University)
Prof. dr. Valentina Hlebec (University of Ljubljana)
Prof. JUDr. Vilém Kahoun, Ph.D. (ZSF JČU)
Prof. Ing. Vojtěch Krebs, CSc. (VŠE)
Mgr. Aleš Kroupa (RILSA)
PhDr. Věra Kuchařová, CSc. (RILSA)
Doc. Ing. Jitka Langhamrová, CSc. (VŠE)
Wim Van Lancker, PhD (KU Leuven)
Mgr. Jana Palonciová, Ph.D. (RILSA)
Doc. Ing. Ladislav Průša, CSc. (Slezská univerzita v Opavě)
Oksana Mikhaylovna Shubat, PhD (Ural Federal University)
Prof. dr hab. Marek Szczepeński (Poznan University of Technology)
Dorottya Szikra, PhD habil. (Center for Social Sciences,
Budapest; Central European University, Vienna)
Prof. Ing. Jaroslav Vostatek, CSc. (VŠFS)
Konstantinos N. Zafeiris, PhD (Democritus University of Thrace)

Vážené čtenářky, vážení čtenáři,

blížíme se k závěru třetího roku, který velmi ovlivnila koronavirová pandemie. Také našemu časopisu nastolila řadu závažných témat. Svědčí o tom i nyní vydaní Fóra sociální politiky.

Jeho první recenzovaný článek se zabývá vybranými přístupy k systémovému měření kvality paliativní péče v zahraničí a hledá inspiraci pro české prostředí nejen na poli paliativní péče, ale i pro oblast sociální péče a služeb, kde se systémové měření kvality v ČR teprve začíná rozvíjet. Autoři pozitivně hodnotí zejména australský koncept Palliative Care Outcomes Collaboration (PCOC), na němž vyzdihují digitalizaci rutinního sběru dat, uživatelsky příjemnou technickou stránku a upřednostnění dobrovolnosti.

Druhý recenzovaný příspěvek zkoumá subjektivní blahobyt měřený pomocí indikátoru spokojenosti ve vybraných okresech ČR a nastiňuje možnou souvislost mezi duševním zdravím a subjektivním zdravotním stavem na straně jedné a spokojeností se životem na straně druhé.

Třetí recenzovaná stať Fóra sociální politiky (dále též FSP) se zabývá solidaritou a ekvivalencí minimální výše vyměřovacího základu pro odvod pojistného na důchodové pojištění za období 1993–2022 s dopadem na řádný starobní důchod u osmi vymezených příjmově typizovaných jedinců. Autor analýzou vnitřního výnosového procenta dokládá, že tzv. I. důchodový pilíř je v České republice stále výhodně nastaven pro osoby s nejnižšími vyměřovacími základny pro odvod pojistného na důchodové pojištění. Důchodová reforma je jednou z často citovaných témat české sociální politiky. Budeme se snažit, aby i do této diskuse náš časopis přinášel další zajímavé podněty.

Čtvrtý recenzovaný článek prosincového čísla FSP zkoumá, jak čeští občané vnímali princip solidarity a roli státu v době před pandemií covidu-19 a v jejím průběhu. Jako cestu k posilování soudržnosti a snižování napětí ve společnosti autoři doporučují sociálně-pedagogické programy v preventivní i intervenční rovině.

Věříme, že čtenáře/-ky Fóra sociální politiky zaujme i připomenutí knihy francouzské filozofky a socioložky Dominique Méda „Práce jako mizející hodnota?“. Jak uvádí sociolog Jan Keller: s postupující digitalizací, krizí sociálního státu a s rozvojem společnosti osobních služeb je nové promyšlení problematiky práce, její hodnoty a budoucnosti, obzvlášť aktuální.

Časopis Fórum sociální politiky (FSP) vstoupí s novým rokem do svého již 17. ročníku. Bude pokračovat v letos zahájené čtvrtletní periodicitě (s vycházením vždy v polovině měsíců březen, červen, září a prosinec). Pro potenciální přispěvatele/-ky ohlašujeme, že bychom velice uvítali nabídku článků přinášejících analýzu a hodnocení nedávných důležitých kroků sociální politiky, jako byly či jsou program Antivirus, kurzarbeit nebo ošetřovně v době, kdy školní děti zůstávaly kvůli protipandemickým opatřením doma. Totéž samozřejmě platí ohledně aktuálních vládních opatření – v ČR i v zahraničí – snažících se zmírnit dopady vysoké inflace a energetické krize.

Co Vám nabídne 1. číslo FSP v roce 2023? Jeden z recenzovaných článků se bude zabývat využíváním online komunikace ve vybraných typech sociálních služeb v období pandemie covidu-19. Další recenzovaná stať by měla analyzovat, jakých informací a jaké podpory v oblasti sexuality se dostává mladým lidem s mentálním postižením, a to v kontextu pomoci poskytované sexuálními důvěrníky v rámci sociálních služeb.

V letošním červnovém (3.) čísle FSP se Kateřina Davidová, analytička z Centra pro dopravu a energetiku a vedoucí klimatického týmu v Institutu pro evropskou politiku Europeum, vyjádřila poměrně optimisticky o dalších možnostech Zelené dohody kvůli Evropě a jejich sociálních dopadech. Za poslední půlrok se v energetické i sociální politice mnohé změnilo, požádali jsme tedy autorku, aby se pro náš časopis k uvedenému tématu vrátila.

Inspirační jistě bude znovu i rubrika „Knihy, které nezestály“. Jan Keller v ní připomene knihu německého sociologa Petera Wagnera „Soziologie der Moderne. Freiheit und Disziplin“ z roku 1995. Analyzuje analogie mezi krizí, již procházela moderní společnost během dvou století, a současnou situací. Podle Jana Kellera se Wagnerův rozbor první a druhé krize modernity úzce týká dnešní sociální problematiky.

Břežnové číslo Fóra sociální politiky samozřejmě opět přinese i recenze, tentokrát knih „Podpora příležitostí lidí s mentálním handicapem“ a „Akademická svoboda jako filosofický problém“.

S přáním příjemně prožitých vánočních svátků a všeho dobrého do nového roku

Petr Šafařík
šéfredaktor

Systémové hodnocení kvality péče a služeb: inspirace z oblasti paliativní péče

Lucie Žáčková – Martin Loučka

Abstrakt

Článek se zabývá vybranými přístupy k systémovému měření kvality paliativní péče v zahraniční (USA, Austrálie a Belgie), které by mohly být inspirativní, v pozitivním i negativním smyslu, pro české prostředí nejen na poli paliativní péče, ale přeneseně i pro oblast sociální péče a služeb, kde se systémové měření kvality začíná rozvíjet. První část článku uvádí paliativní péči do kontextu sociální práce a připomíná jejich vzájemné propojování v oblasti zdravotnictví. Rovněž shrnuje dosavadní znalosti ohledně tvorby a využití indikátorů kvality péče v paliativní péči. Druhá část textu, zabývající se srovnáním čtyř odlišných zahraničních přístupů k systémovému měření kvality paliativní péče, dochází k závěru, že úspěšné rozšíření do široké praxe se opírá o a) konsensus stakeholderů, poskytovatelů, odborníků z oboru a samotných uživatelů péče a služby na výběru indikátorů kvality; b) o iniciativu zaštitěnou „shora“ (stát/akademické prostředí); c) o dobrovolnou účast poskytovatelů spíše než o povinnou a sankcionovanou; a nakonec d) o finanční a/nebo technické zajištění jak rutinního sběru dat tak jejich následné analýzy.

Klíčová slova: systémové měření kvality péče, paliativní péče, indikátory kvality, zlepšování kvality

Abstract

The article considers selected foreign approaches to the systematic measurement of the quality of palliative care (i.e. in the USA, Australia and Belgium), which could provide inspiration for the Czech environment in this respect, both positively and negatively. The study concerns not only the field of palliative care but also the social care and services sector, where the systematic measurement of quality is still in the early stages. The first part of the article presents palliative care in the context of social work and reminds us of their interconnection in terms of healthcare. It also provides a summary of existing knowledge regarding the development and use of quality indicators in palliative care. The second part of the article, which compares the various foreign approaches to the systematic measurement of the quality of palliative care, concludes that successful expansion into widespread practice is based a) on consensus in terms of the selection of the quality indicators between stakeholders, providers, experts in the field and care and services end-users; b) on initiatives „from above“ (the state/academic environment); c) on the voluntary participation of providers rather than their mandatory and delegated participation; and finally d) on the financing and/or technical provision of the collection of data and the subsequent analysis thereof.

Keywords: systematic quality measurement of care, palliative care, quality indicators, quality improvement

Úvod

Systémové měření kvality poskytované péče a služeb je v oblasti sociální práce v posledních dvou desetiletích velmi relevantní téma a zdravotnictví se tímto tématem zabývá snad ještě intenzivněji. Paliativní péče, stále poměrně mladá vědní disciplína, vychází z obou oborů, a proto způsob, jakým se v zahraničí s měřením kvality péče a služeb tento obor vyrovnává, může mít pro české prostředí jak informativní, tak i inspirativní přínos.

V oblasti sociální práce již zkraje 21. století upozorňuje McMillen na to, že naléhavost tématu hodnocení a měření kvality péče se bude v příštích dvaceti letech stupňovat, jelikož snad v každém sektoru sociálních služeb se očekává monitoring a zlepšování kvality služeb, ať už ze strany stakeholderů nebo samotných poskytovatelů sociálních služeb (McMillen et al., 2005). Dnes je sledování kvality neoddelitelnou součástí práce sociálních pracovníků, jak na úrovni státní agendy (standardsy, kontrola), tak na úrovni samotných poskytovatelů služeb (kvalita služby, organizace, výsledek

intervence) a nakonec i na osobní úrovni (zpětná vazba klientů, rodiny). Hodnocení kvality péče a služeb je rovněž součástí vzdělávacího kánonu sociálních pracovníků (Moriarty & Manthorpe, 2016).

Avedis Donabedian, lékař a zakladatel hodnocení kvality péče ve zdravotnictví, uvádí, že každý pokus o posouzení kvality péče musí začínat konceptuálním rámcem, který definuje kvalitu jak na obecné úrovni, tak ve vztahu ke konkrétnímu kontextu, ve kterém k posuzování kvality dochází (Donabedian, 1966, 1988). Nicméně podle Havlíkové et al. (2021) chybí v sociální práci v ČR jednotné a obecně uznávané vymezení kvality. Neposkytuje jej ani stávající legislativa, ani MPSV jakožto centrální řídicí orgán a ani se na něm dosud neshodli samotní sociální pracovníci v rámci svých profesních sdružení. Co se týče české paliativní péče, tak se vymezení kvality péče neustále vyvíjí, aktuálně dochází k definování standardů kvality pro různé oblasti poskytování paliativní péče.

Také z těchto důvodů je sledování kvality péče v sociální práci i v paliativní péči v České republice prozatím spíše doménou

jednotlivých poskytovatelů péče a služeb. Zatím ojediněle se realizují snahy o sledování výkonu a kvality péče na větším územním celku. V případě paliativní péče se jedná například o projekt Paliatr v Kraji Vysočina¹, který využívá informační systém ELFis². Nicméně vzhledem k tomu, že na globální úrovni se tématu zlepšování kvality péče a služeb věnuje čím dál větší pozornost, pro paliativní péči například v rámci doporučení WHO (WHO, 2021b) a pro sociální práci například v rámci doporučení EU (Montero, 2020), je velmi pravděpodobné, že v následujících letech bude potřeba zařadit měření kvality péče v ČR na systémovou úroveň. Cílem článku je představit přístup k systémovému měření kvality péče v oblasti paliativní péče, který primárně vychází z konceptu měření kvality zdravotní péče³, a porovnat čtyři odlišné zahraniční přístupy k systémovému měření kvality paliativní péče využívající indikátory kvality (USA, Austrálie a Belgie), které by mohly posloužit jako inspirace (se svými pro a proti) pro české prostředí.

V první části článku nejprve uvedeme paliativní péči do kontextu sociální práce

a připomene jejich vzájemné propojení a synergické působení v oblasti zdravotnictví. Následně shrneme dosavadní znalosti ohledně tvorby a využití indikátorů kvality péče a poskytovaných služeb v paliativní péči. Druhá část textu se zabývá aktuálními zahraničními přístupy k systémovému měření kvality paliativní a hospicové péče a služeb, kdy na vybraných příkladech ukážeme jejich přínosy a limity. V závěru budeme diskutovat možnosti systémového měření kvality paliativní a hospicové péče a služeb.

I. Paliativní péče v kontextu sociální práce a koncept systémového měření kvality péče a služeb

Paliativní péče je se sociální prací úzce provázána. Jak vyplývá z definice paliativní péče podle WHO, jedná se o takový přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů (dospělých i dětí) a jejich rodin, kteří se potýkají s problémy fyzickými, psychosociálními a/nebo spirituálními, spojenými s život ohrožujícím onemocněním nebo vážným zdravotním strádáním (WHO, 2021b). Jejich poskytování není nijak časově omezeno, nejedná se o „poslední možnost“, ale měla by být včas integrována do péče o pacienty s život ohrožujícím onemocněním nebo s vážným chronickým onemocněním. Paliativní péče je potřebná na všech úrovních péče (primární, sekundární i terciární) a není vyhrazena pouze pro určitý typ zařízení (Arias-Casajs et al., 2019). To znamená, že například v ČR je paliativní péče poskytována buď v domácím prostředí (mobilní hospic), v prostředí lůžkového hospice nebo v nemocnici. Vedle toho se ale paliativní péče postupně rozšiřuje do zařízení poskytujících dlouhodobou péči a do pobytových sociálních služeb pro seniory.

Jedná se o interdisciplinární obor, který se věnuje úlevě od utrpení (ať už fyzického, sociálního, psychologického nebo spirituálního charakteru), s holistickým, na pacienta a na rodinu zaměřeným přístupem. Nejedná se o čistě medicínské pojetí péče. Sociální práce přitom tvoří jednu ze stěžejních profesí zajišťujících paliativní péči v rámci multidisciplinárního týmu, neboť právě sociální pracovník je schopen reagovat na psychosociální potřeby pacienta a jeho blízkých (Sláma et al., 2013), facilitovat diskusi multidisciplinárního týmu, dohlížet na naplňování lidských práv a na ochranu důstojnosti při poskytování paliativní péče, a tím přispívat k celkové kvalitě života pacienta (Payne, 2017). Poskytování paliativní péče je navíc od počátku vedeno snahou rozšířit přístup k personalizované a kvalitní péči, a podílet se tak na vytváření spravedlivějšího a udržitelnějšího zdravotního systému (Altilio & Otis-Green, 2012). Všechny tyto faktory svědčí o tom, že paliativní péče a sociální práce jsou neodmyslitelně propojeny.

S rostoucí dostupností paliativní péče a služeb ve vyspělých zemích a její postupné integrace do běžné zdravotní péče se

systematické prokazování kvality péče, kterou poskytuje, stává stále aktuálnějším tématem (Cohen & Leemans, 2014). Právě ve zdravotnictví má systémové sledování kvality péče pomocí indikátorů kvality již dlouhodobou historii. Ta začíná v 90. letech a v 21. století nabývat značného rozmachu díky digitalizaci zdravotnické dokumentace, která poprvé umožňuje rutinní sběr dat (Kerr & Fleming, 2007; Lester & Roland, 2007; Majeed et al., 2007). Důvodem pro systémové sledování kvality je především zájem stakeholderů (státu, pojišťoven) na monitoringu kvality, na zlepšování kvality zároveň se zajištěním efektivity péče a služeb a/nebo na veřejném benchmarkingu. Paliativní péče vstupující do tohoto prostředí je tedy nucena zapojit se do systémového měření kvality péče mimo jiné proto, aby mohla získávat potřebné akreditace (Cohen & Leemans, 2014).

Vzhledem k předpokladu, že tlak na potřebnost systémového hodnocení kvality péče a služeb jak na úrovni paliativní a hospicové péče, tak na úrovni sociální práce se bude v České republice zvyšovat, bude rovněž třeba hledat způsoby, jak jej realizovat. V současnosti se systémovému hodnocení kvality sociální práce věnuje například projekt RILSA Kvalita výkonu sociální práce v ČR – vytvoření metodiky hodnocení a provedení prvotní evaluace⁴, v paliativní péči například projekt Centra paliativní péče Systémové hodnocení kvality hospicové péče⁵ nebo projekt Ministerstva zdravotnictví⁶. V těchto případech dosud probíhá pilotní sběr dat a až po jeho vyhodnocení se bude řešit další rozšiřování do praxe.

II. Indikátory kvality péče

Předpokladem pro tvorbu ukazatelů nebo indikátorů kvality je definování hlavních aspektů kvality péče a služeb, které zpravidla vycházejí z existujících standardů kvality (Ahluwalia et al., 2018; Masso et al., 2016; Schenck et al., 2014; Seow et al., 2009). Indikátory kvality následně reflektují dobrou nebo špatnou kvalitu péče a umožňují kvalitu poskytované péče systémově a kontinuálně sledovat a hodnotit (Campbell et al., 2003). To platí nejen pro zdravotnictví, ale i pro paliativní péči a sociální práci.

Pokud se zaměříme na oblast paliativní péče, pak na primární úrovni panuje v zásadě shoda na tom, co vlastně indikátory kvality vyjadřují a jak jim lze rozumět (Leemans et al., 2013). Literatura se shoduje na tom, že jsou to dobře definovatelné a měřitelné aspekty péče, které naznačují míru kvality poskytované péče (např. v podobě odhalení problematických míst poskytované péče nebo v podobě nedostatku informací o kvalitě péče); jsou obecně vyjádřitelné počtem nebo procentem; řeší konkrétní aspekt péče nebo s ní bezprostředně související výsledek a jsou vyjádřeny na agregované úrovni, ať už na úrovni skupiny poskytovatelů paliativní péče, nebo na úrovni jedné organizace (Shekelle, 2001; Campbell et al., 2003; Ostgathe 2010; Leemans et al., 2013).

Důležitým kritériem je jasně vymezená populace pacientů, včetně definování vyloučených nebo nezařazených skupin pacientů, dále definování postupu sběru dat a popsání způsobu výpočtu. Rovněž by indikátory kvality měly mít určený výkonnostní standard, tj. prahovou hodnotu výsledku, aby bylo možné je relevantně vyhodnotit (Hanson et al., 2010; Leemans et al., 2013).

U indikátorů kvality musí být popsány specifické vlastnosti: čísel (tj. u kterých pacientů nabývá indikátor kladné hodnoty) a jmenovatel (tj. základní skupina hodnocených pacientů/definovaná populace pacientů) (Bausewein et al., 2016). Jmenovatel popisuje například pacienty, kterým by měla být poskytnuta péče, a čísel označuje pacienty, kterým byla tato doporučená péče skutečně poskytnuta.

Dalším definujícím kritériem je, aby indikátory kvality byly klinicky relevantní, aby byly v praxi sesbíratelné a aby byly založeny na existujících vědeckých důkazech nebo na expertním konsensu v případě neexistence takového důkazu (na aktuálním state-of-the-art ve vybrané oblasti) (Campbell et al., 2003). Přestože jsou poznatky založené na vědeckých důkazech důležité, nejsou a ani nemohou být dostupné pro všechny situace při poskytování péče. Z tohoto důvodu se k definování dobré kvality služeb a péče vedle evidence based policy využívá i názoru expertů anebo expertních panelů (a to včetně panelů sdružujících pacienty nebo pečující apod.), jež mohou také definovat, které z výsledků (tj. například symptomy nebo problémy pacientů) jsou relevantní z hlediska kvality péče (Pasman et al., 2009).

Pro indikátory kvality je důležitá nejen to, aby byly explicitně definovány a aby byly měřitelné, ale obvykle také to, aby odkazovaly na jednu ze tří základních dimenzí Donabedianova modelu pro měření kvality péče, tj. na výsledek, proces nebo strukturu péče (Campbell et al., 2003; De Roo et al., 2013; Donabedian, 1966; Pasman et al., 2009). Podle těchto dimenzí bývají indikátory také označovány jako strukturální, procesní/procesové nebo výsledkové. Názory i praxe se však liší v tom, zda je třeba se spíše přiklánět k zastoupení všech tří dimenzí v rámci jedné sady indikátorů nebo spíše upřednostnit jen jednu skupinu – procesních nebo výsledkových indikátorů – a to jak z hlediska interpretace, tak i vzhledem k proveditelnosti sběru dat (Claessen et al., 2011; De Roo et al., 2013; Leemans et al., 2013).

Připomeňme, že struktura péče odkazuje na prostředí a podmínky, ve kterých je péče realizována. Typicky se jedná o dostupné materiální zdroje (např. zařízení a vybavení), o lidské zdroje (např. počet a kvalifikace personálu, tj. počet sester na 1 lůžko apod.) a o organizační strukturu zařízení poskytujících danou službu. Proces se týká interakce mezi poskytovateli a příjemci péče (např. psychosociální podpora nabízená pozůstalým během prvních 72 hodin po úmrtí pacienta nebo screening bolesti v určitých časových bodech). Výsledek označuje dopady péče na zdravotní stav pacientů, včetně zlepšení znalostí a informovanosti pacienta, změny v jeho chování

a spokojenosti pacienta s péčí (např. rehospitalizace nebo změna ve skóru bolesti) (Campbell et al., 2000). V mezinárodním měřítku se ve zdravotnictví klade stále větší důraz na výsledkové spíše než na procesní ukazatele (Claessen et al., 2011; Etkind et al., 2015).

III. Postup při vytváření sady indikátorů kvality

Jak již bylo řečeno, každý jednotlivý ukazatel kvality je třeba přesně definovat a každý má svou výpovědní hodnotu o jednom konkrétním aspektu kvality (např. skóre bolesti). Větší výpovědní hodnotu však mají sady ukazatelů vztahující se k širšímu konstrukt (např. fyzické a psychické aspekty péče) (Cacace et al., 2019). Vytváření a zavádění sady indikátorů kvality by mělo sledovat doporučený postup, který sestává z několika na sebe navazujících kroků (Campbell et al., 2003; Center for Health Policy, 2011; Dy et al., 2015; Leemans et al., 2013). Postup má určité variace podle toho, zda je jeho záměrem jednoznačné praktické využití, nebo se spíše jedná o výzkumný vědecký projekt. Na základě toho jsou pak akcentovány některé kroky více, jiné naopak méně (Schang et al., 2021).

- 1) Identifikace oblastí kvality, které nás zajímají a ve kterých budeme kvalitu paliativní péče sledovat.
- 2) Identifikace již existujících indikátorů kvality, jak prostudováním dosavadní odborné literatury, tak sumarizací v praxi využívaných indikátorů kvality. K tomuto účelu je nejvhodnější expertní panel. Následuje explicitní definice indikátorů a jejich přiřazení k předem navrženým oblastem paliativní péče (např. vycházejících ze standardů kvality).
- 3) Nejlépe dvou- nebo vícekolový výběr nejvhodnějších ukazatelů ve spolupráci s expertní skupinou. V tomto kroku bývá využívána tzv. Delfská metoda nebo tzv. „nominal group technique“, nejčastěji se však využívá kombinace obou dvou, a to v rámci metody označované jako RAND metoda (Campbell et al., 2003). Všechny přístupy jsou postaveny na konsenzu expertního panelu, přičemž pro hodnocení vybraných ukazatelů je využíváno dotazníkové šetření. Experti a/nebo uživatelé z praxe (tj. expertní panel, technický panel, panel ze zástupců rodinných pečujících apod.) hodnotí každý ukazatel na Likertově škále minimálně z těchto hledisek: důležitost pro výslednou kvalitu poskytované péče, realizovatelnost sběru dat v praxi (odhalení konkrétních bariér sběru dat a identifikování míry obtížnosti jejich překonání) a předpokládaný přínos indikátoru kvality v dlouhodobém horizontu sledování (např. míra jeho předpokládané změny). Na základě hodnocení a konsenzu je sestavena sada indikátorů kvality.
- 4) Pilotní otestování sady ukazatelů kvality v praxi a případná úprava výběru indikátorů.

5) Stanovení metodiky interpretace a definování použití výsledků v praxi. U každého ukazatele je nutné určit, zda informace o výsledcích budou zveřejňovány a jakým způsobem (v jakém rozsahu, v jaké frekvenci atd.) a kdo je bude zveřejňovat.

6) Stanovení frekvence hodnocení a revize ukazatelů zohledňující jak trendy ve zdravotnictví, tak v paliativní péči (Polívka, 2019).

Přestože existuje ustálený a obecně známý postup, jak vytvářet sadu indikátorů kvality, Schang et al. (2021) upozorňují na to, že sada několika validních ukazatelů není totéž jako jedna validní sada ukazatelů kvality. Podle těchto autorů dosud chybí postup, který by definoval vlastnosti potřebné pro zajištění validity sady indikátorů kvality. Ve své práci zkoumali obsahovou validitu u sady ukazatelů kvality ve zdravotnické literatuře s ohledem na tři hlavní rizika: nezařazení relevantních indikátorů v jednotlivých doménách péče, zařazení příliš velkého množství indikátorů z jedné domény péče a zařazení zcela nevhodných indikátorů. Autoři dochází ke zjištění, že 85 % studií (53/62) se sice zabývá alespoň jedním z těchto rizik, všechna tři obsahová rizika však vyhodnocuje jen 15 % (9/62) studií. Dále předkládají čtyři další věcná kritéria důležitá pro vyhodnocení validity u sady ukazatelů: náklady na měření, určení „zásadních“ ukazatelů, vyvarování se nadbytečných ukazatelů a stanovení celkového počtu ukazatelů (velikost sady). A rovněž zmiňují několik procedurálních kritérií ovlivňujících validitu, která se objevují při tvorbě sady indikátorů: zapojení stakeholderů, provozovatelů nebo pacientů; využití konceptuálního rámce; jasná definice účelu měření a míra transparentnosti procesu tvorby indikátorů (Schang et al., 2021).

IV. Přínosy a limity indikátorů kvality

Ačkoli vyhodnocení celkové validity sady indikátorů dosud není běžnou součástí zavedené praxe, na úrovni jednotlivých indikátorů kvality je za jejich hlavní přínos pokládáno to, že jsou standardizované, replikovatelné a srovnatelné (Rios-Zertuche et al., 2019). Jelikož se jedná o měřitelná kritéria kvality péče, očekává se, že při porovnání s určitým standardem je možné určit, v jaké míře bylo standardu dosaženo (Polívka, 2019). I v praxi se tedy hodnocení kvality obvykle opírá o existující standardy kvality. Indikátory kvality proto mohou naznačovat buď problémy s kvalitou, nebo naopak dobrou kvalitu v příslušných oblastech péče (Campbell et al., 2003; De Roo et al., 2013).

Přínosy indikátorů kvality jsou často opakovány, zmiňme zde alespoň ty nejzákladnější. Sada indikátorů kvality umožňuje pracovníkům v paliativní péči, a osobám s rozhodovacími pravomocemi (stakeholderům) zaměřit se na ty oblasti, ve kterých je možné se zlepšovat, zavádět takové intervence, které vedou ke zlepšení kvality

péče, a v konečném důsledku tak optimalizovat zdraví a životní pohodu jedinců s vážným onemocněním (Aslaksen et al., 2017; Cohen & Leemans, 2014; Rubin, 2001; WHO, 2021a).

Kromě toho, jak již bylo uvedeno výše (Cohen & Leemans, 2014), jsou v některých zdravotnických systémech využívány pro hodnocení jak kvality, tak efektivity pracovišť, týmů či oddělení, přičemž na toto hodnocení je dále navázána výše poskytovaných finančních příspěvků. Podobně bývá vyhodnocení kvality a efektivity dané péče nebo služby podmínkou pro získání akreditace. Dokazování účinnosti a kvality poskytované péče a služeb bývá nezdánlivě požadováno při zavádění či udržení zdravotních či sociálních služeb, a je tedy stále zásadním tématem v sociální i zdravotní oblasti (Malík Holasová, 2014). Přesto, nebo snad právě proto, je využívání indikátorů kvality nejen v paliativní péči celkem problematické.

K tomu přispívá jejich poměrně velké množství a různé přístupy k jejich tvorbě a využívání, a to nejen mezi různými státy, jež obvykle mají odlišné zdravotní a sociální systémy, ale i v rámci jedné země, kde indikátory kvality často pokrývají jen jedno konkrétní prostředí nebo cílovou skupinu pacientů, například paliativní onkologickou péči nebo domácí paliativní péči (Claessen et al., 2011), a nejsou tedy srovnatelné.

Na riziko „přílišné kvantifikace péče a služeb“ již v roce 1999 poukázali například Clark, Hocklay a Ahmendzai, když tvrdili, že zdravotnictví jako celek je v mnoha zemích tzv. hladově po vědeckých důkazech („evidence based“) a že se často očekává dokazování potřebnosti služeb, péče nebo intervence ještě před tím, než je vůbec nabízena (Clark, Hocklay & Ahmendzai, 1999). Na velký rozsah existujících indikátorů a na odlišný metodický přístup při jejich vytváření zase poukazují přehledové studie jak ve zdravotnictví (Schang et al., 2021), v sociální práci (Malley & Fernández, 2010), tak z paliativní péče. Pasman et al. v přehledové práci z roku 2009 napočítali 142 indikátorů kvality v 16 vybraných publikacích. Následně došli k závěru, že v paliativní péči je sice k dispozici značný počet indikátorů kvality, většina z nich však nebyla v literatuře dostatečně podrobně popsána (Pasma et al., 2009). Rozšíření tohoto systematického přehledu z roku 2013 (De Roo et al., 2013) přidává k původním 16 publikacím dalších 13 a celkový počet indikátorů dosahuje 326, což svědčí o rychlém rozvoji v této oblasti.

Vedle velkého množství indikátorů kvality v paliativní péči existují i další limity při jejich využívání. Typické omezení nastává již při sběru dat. Jelikož se obvykle vychází ze záznamů v pacientově dokumentaci, je zřejmé, že indikátory kvality nepokrývají, a ani nemožou pokrývat, všechny domény péče definované ve Strategii veřejného zdraví podle WHO (Stjernswärd et al., 2007) nebo standardy kvality paliativní péče (Campbell et al., 2003). V určitých oblastech jich je k dispozici více, v jiných méně už proto, že některé oblasti lze v pacientově dokumentaci vykazovat jednoduše (např. fyzické symptomy, záznam

o preferencích ohledně život udržující léčby apod.), jiné se ale v podstatě v záznamech nevyskytují (např. kulturní nebo sociální aspekty péče). Některé typy záznamů jsou zase objektivně lépe měřitelné než jiné (Dy et al., 2015). Například to, zda má pacient zdokumentované preference ohledně život udržující léčby, lze vyhodnotit zcela jednoznačně (čítá jedno kritérium). Naopak to, zda poskytovatel vypracoval plán péče v závěru života, který by řešil i vztahy s pečujícími, je pro vyhodnocení mnohem složitější (čítá mnoho kritérií, problematika shoda na definici takového plánu apod.) (Pechová & Loučka, 2019). Tato omezení vedou k potřebě zajištění pečlivého monitoringu indikátorů kvality péče tak, aby nedocházelo k nezáměrným negativním důsledkům, tzn. aby nedocházelo k ignorování důležitých oblastí, ve kterých je měření skrze indikátory obtížnější, a aby tyto oblasti byly vždy jednoznačně pojmenovány (Rios-Zertuche et al., 2019).

V neposlední řadě je třeba mít při implementaci indikátorů do klinické praxe vždy na mysli, že ne všechny indikátory lze aplikovat ve všech zařízeních a na všechny populace pacientů v rámci paliativní péče (Dy et al., 2015).

A nakonec uveďme jedno z často zmiňovaných a velmi podstatných omezení využívání ukazatelů kvality, a to, že nemusí odrážet vnímání kvality péče pacientem a jeho rodinou (Aslakson et al., 2017; Claessen et al., 2013; Price et al., 2014; WHO, 2021b). Tento typ informace není většinou možné získat z pacientovy dokumentace, proto se v praxi používá dotazníkové šetření, přičemž v paliativní péči je dotazování pacientů problematictější vzhledem k terminálnímu stavu pacientů. Dotazování je proto nezřídka směřováno na rodinné příslušníky (Price et al., 2018; Rhodes et al., 2008; Teno & Coppola, 1999).

V. Příklady z praxe a jejich porovnání

Vedle teorie zabývající se vytvářením sady indikátorů kvality však stojí jejich implementace a využití měření kvality paliativní péče v široké praxi. Předkládané zahraniční příklady sledování kvality paliativní péče pochází ze zemí s vysokou úrovní hospicové a paliativní péče, a to podle Quality of Death Index (QODI) sestaveném v roce 2015 (Economist Intelligence Unit, 2015). Tyto země tedy velmi dobře reprezentují podobnou úroveň paliativní péče. Na druhou stranu je třeba vzít v úvahu, že každá ze zmíněných zemí má poměrně odlišný způsob financování zdravotnického systému, což má bezpochyby rovněž vliv na výsledné pojetí měření kvality hospicové a paliativní péče.

Prvotním cílem všech čtyř zahraničních projektů bylo vytvoření standardizované sady ukazatelů pro měření kvality hospicové a paliativní péče v široké praxi. Tyto projekty spojuje snaha o transparentní postup a přesné definování jednotlivých ukazatelů jakož i záměru, k jakému mají být využity.

Otázkou je, do jaké míry se tento záměr jednotlivým projektům podařilo naplnit a co nejspíše vedlo k úspěšnému či méně úspěšnému rozšíření měření kvality péče pomocí vytvořené sady indikátorů. Aby bylo možné tyto otázky zodpovědět, jsou jednotlivé projekty posuzovány v následujících parametrech:

- Iniciátor projektu (kdo inicioval a zaštiťoval tvorbu indikátorů kvality a s jakým záměrem)
- Tvorba indikátorů kvality (zda byli zaangażováni samotní provozovatelé)
- Vztah ke standardům kvality paliativní péče (zda a k jakým standardům se vztahují)
- Počet indikátorů a převažující typ indikátorů
- Způsob využívání výsledků měření kvality péče (interní/externí využití /oboje, k čemu a komu mají výsledky sloužit)
- Typ účasti provozovatelů na měření kvality (dobrovolná/povinná)
- Existence registru dat, tj. technického řešení sběru dat a uchovávání dat a jejich zpracování
- Reálná praxe (zda odpovídá záměru a do jaké míry jsou v praxi indikátory kvality využívány)

Nejprve každý projekt stručně popíšeme a následně je v jednotlivých parametrech vyhodnotíme (viz tabulku 1). Vybrané zahraniční příklady v podstatě ukazují čtyři modelové typy tvorby a využití indikátorů kvality: a) shora ustavené povinné měření s externím technickým řešením pro sběr a uchovávání dat (USA 1), b) zdola zformované dobrovolné měření bez technického řešení sběru (USA 2), c) (původně) akademický projekt pro dobrovolné měření bez technického řešení sběru (Belgie) a za d) shora ustavené dobrovolné měření s externím technickým řešením pro sběr a uchovávání dat (Austrálie).

USA 1: Hospice Quality Reporting Program (HQRP)

Americký Hospice Quality Reporting Program (HQRP) vychází z projektu pojmenovaném Hospice PEACE Project⁷ (Prepare, Embrace, Attend, Communicate, Empower), který započal roku 2008. Byl iniciován institucí Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), v USA v podstatě plní funkci zdravotní pojišťovny, která oslovila vědce z Carolinas Center for Medical Excellence a vědce z University of North Carolina-Chapel Hill. Zastřešujícím cílem projektu bylo identifikovat nástroje nejvhodnější pro široké použití hodnocení kvality v klinické praxi paliativní péče a ke zlepšení kvality intervencí. Indikátory kvality, které byly definovány PEACE, jsou v USA stále využívány pro hodnocení kvality hospicové péče v rámci zdravotního pojištění (Hanson et al., 2010; Kamal et al., 2016; Schenck et al., 2014). Pro HQRP se nyní využívá 9 ukazatelů, které do značné míry vycházejí právě z PEACE a jsou výsledkového typu.

Kromě toho CMS od srpna 2017 provozuje portál Care Compare⁸, na kterém jsou indikátory kvality zveřejňovány. Cílem Care

Compare je veřejně informovat o kvalitě péče jednotlivých poskytovatelů, a tak pomocí uživatelům porovnávat a vybírat nejvhodnější péči. V podstatě se jedná o shora (externě) požadovaný reporting dat, který musí hospice spadající pod CMS pravidelně vykazovat (Vesel & Dave, 2020).

USA 2: Measuring What Matters (MWM)

Americký projekt pojmenovaný Measuring What Matters (MWM) je společným projektem American Academy of Hospice and Palliative Medicine (AAHPM) a Hospice and Palliative Nurses Association (HPNA)⁹. Rovněž vychází z Projektu PEACE a je reakcí na HQRP (Dy et al., 2015). Zařazené indikátory mají splňovat kritérium validity a mají být klinicky relevantní a průřezové. Záměrem má být jejich využití pro interní měření kvality s přehledem pro celkový rozvoj kvalitní hospicové péče a pro zlepšení zkušeností pacienta a rodiny s poskytovanou péčí. Z původních 75 indikátorů vznikl konsenzuální seznam 10 finálních ukazatelů (z nichž 6 bylo již definováno v PEACE projektu). Většina indikátorů se vztahuje k procesu péče (Vesel & Dave, 2020). Tento americký projekt na rozdíl od předchozího, kde je sběr indikátorů v rámci HQRP povinný, staví na dobrovolné bázi.

Belgie: Nationwide evaluation of palliative care (Q-PAC)

Belgický program označený jako Q-PAC začínal jako výzkumný projekt mezi lety 2009 a 2014¹⁰ a byl primárně zaměřený na vývoj indikátorů kvality paliativní péče za použití rigorózní metody, která kombinovala přehled literatury, rozhovory s experty a pilotní testování. Výsledkem byl základní soubor 31 indikátorů kvality, které pokrývají širokou škálu aspektů paliativní péče. Sada byla určena k použití pro všechny služby paliativní péče, včetně pobytových sociálních služeb pro seniory. Zahrnuje jak perspektivu organizace a formálních pečujících, tak pacienta a jeho blízkých. Je tvořena výsledkovými, procesními i strukturálními ukazateli (Leemans et al., 2013, 2015). Od roku 2014 byl soubor indikátorů kvality implementován ve specializované paliativní péči (nemocniční týmy, mobilní týmy) ve Flandrech (Belgie), nicméně do pobytových sociálních služeb pro seniory zaveden nebyl (Dupont et al., 2021). Využití sady pilotovaných indikátorů je na dobrovolné bázi, a tak je rozšířenost v klinické praxi nakonec zřejmě menší, než se bylo původně očekávalo (Cohen et al., 2021). Nicméně v současnosti se toto měření kvality paliativní péče přesunulo pod Institut kvality ve zdravotnictví pro Flandry (VIKZ), kde je pilotován sběr dat a je plánováno rozšíření do široké praxe.

Austrálie: Program Palliative Care Outcomes Collaboration (PCOC)

Australský Program Palliative Care Outcomes Collaboration (PCOC) je od roku 2009 financován australským ministerstvem zdravotnictví a je postaven na spolupráci

čtyř univerzit. Jedná se o národní dobrovolný program pro paliativní péči a služby, jehož podstatou je rutinní sběr dat na straně poskytovatele paliativní péče, v domácím či lůžkovém prostředí. Primárním cílem PCOC je systematické zlepšování výsledků péče na úrovni pacienta (například kontrola symptomů) a národní benchmarking (Eagar et al., 2010). Účelem benchmarkingu je podporovat rozvoj inovací služeb paliativní péče a dát poskytovatelům služeb možnost porovnat úroveň svých služeb s celkem ostatních poskytovatelů. Každý poskytovatel obdrží jednou ročně neveřejnou zprávu, která porovnává jeho výsledky se souhrnnými výsledky ostatních poskytovatelů (tzn. anonymizovaný celek).¹¹ V programu se sleduje 12 výsledkových ukazatelů. V současnosti se programu účastní na 200 míst poskytujících paliativní péči, což je velká většina poskytovatelů této péče v Austrálii¹². Kromě rutinního sběru dat do externího datového registru je program doplněn o pravidelné ad hoc průzkumy pacientů a pečovatелů. Korelace mezi zjištěními z těchto výzkumů a výsledky z rutinního sběru dat byla důležitým mezikrokem k tomu, aby poskytovatelé služeb přijali i nepříjemná zjištění týkající se jejich výkonnosti, která by jinak měli potíže akceptovat (Currow, 2011). PCOC je dnes adaptován ve vícero zemích po celém světě, v Evropě například od roku 2017 v Irsku¹³.

Prvním ze sledovaných parametrů je iniciátor projektu a s tím související záměr využití výsledků měření kvality. Důležité pro rozšíření měření v praxi se zdá to, zda impuls pro měření kvality paliativní péče přišel shora či zdola, tzn. jakým aktérem bylo sledování kvality iniciováno. Jejich zájmy a přístupy ke kvalitě se totiž budou více či méně lišit (Havlíková et al., 2021). Pokud je měření kvality požadováno stakeholdery (např. politiky, pojišťovny, plátcí či donory), pak se jedná o impuls shora. A to je případ amerického HQRP a australského PCOC. Pokud je měření kvality navrhováno samotnými poskytovateli péče a služeb (např. asociace sdružující poskytovatele), pak mluvíme o impulsu zdola jako v případě amerického MWM. Poslední možností je, že měření kvality péče je čistě akademický projekt, jako v případě belgického Q-PAC. Pokud impuls přichází shora, může být určován více politickými a ekonomickými zájmy než profitem pro zdravotní, potažmo paliativní a hospicovou péči (Malík Holasová, 2014). Pokud přichází zdola, může se jednat o snahu disponovat interním nástrojem pro hodnocení kvality péče a/nebo dosáhnout legislativní úpravy ve prospěch dané péče/služby. Jinými slovy může sloužit k tomu, aby službu legitimizoval a odůvodňoval její financování, s omezeným přesahem na systémovou úroveň (Franks, 2006). Akademický projekt může mít svá úskalí v rozšíření sady indikátorů do praxe, na druhou stranu může přinášet nové poznatky.

Jak budou nakonec indikátory kvality přijímány mezi poskytovateli paliativní péče, může být rovněž ovlivněno tím, k čemu a komu jsou výsledky měření kvality určeny.

Sada indikátorů může být použitelná primárně pro interní použití na úrovni organizace (MWM), nebo primárně pro externí použití na úrovni celku (HQRP) či jako kombinace obou (PCOC, Q-PAC). Interní využití znamená, že organizace používají indikátory k hodnocení kvality poskytované péče a následně ke zlepšení kvality v rámci své organizace tam, kde je to potřeba. Externí využití znamená, že indikátory (také) mohou být použity k poskytování transparentních informací pro externí strany, jako jsou plátcí (pojišťovny), pacientské organizace, inspekce, akreditační komise apod. (Claessen et al., 2011). Kombinace obou je optimální jak z hlediska využití pro zkvalitňování péče v rámci systému/celku, tak z hlediska zlepšování jednotlivých poskytovatelů.

Jiným parametrem, který má vliv zejména na sběr dat, je motivace poskytovatelů pro zapojení do měření kvality. Může se jednat o povinnou účast, kdy je zapojení organizace stakelhodrem/plátcem vyžadováno a nezapojení je penalizováno, jako v případě amerického HQRP. Nebo je účast poskytovatelů dobrovolná, jako v ostatních třech případech. Výhodou u povinné účasti je dostatečně velký počet organizací, což je pro systémové měření kvality a benchmarking zásadní. Na druhou stranu existuje zřejmě větší riziko, že organizace nebudou mít interní potřebu data sbírat a nebudou se tedy aktivně snažit, o co nejkvalitnější sběr dat, ale spíš o co nejefektivnější. Shromážděná data však mohou být vždy jen tak dobrá, jak kvalitní je metoda použitá k jejich získání (Hubert et al., 2009). V případě dobrovolné účasti naopak hrozí, že ochota organizací zapojit se do sledování kvality poskytované péče bude nižší a měření tak nebude dosahovat systémové úrovně. Účast i kvalitní sběr dat mohou být podpořeny například tím, že organizace pravidelně obdrží od zpracovatele dat individuální analýzu v podobě zprávy, jako to funguje v případě australského PCOC a jak to bylo designováno v belgickém Q-PAC (Currow et al., 2015; Leemans et al., 2013). Program PCOC navíc nabízí poskytovatelům mentoring pro zlepšení kvality péče v rámci jejich organizace.

Při tvorbě a implementaci setu indikátorů kvality se ukazuje jako velmi důležité zapojení samotných poskytovatelů paliativní péče a to optimálně do celého procesu, což rovněž podporuje přijetí a využívání sady indikátorů zdola (Leemans et al., 2013). Čím dál více jsou do přípravy procesu měření kvality péče rovněž zapojováni zástupci z řad pacientů a/nebo rodinných pečujících (Best, 2020).

Výše uvedené projekty se liší i v dalších parametrech (viz tabulku 1), ale všechny spojuje zájem měřit kvalitu hospicové a paliativní péče proto, aby se dále rozvíjela a zlepšovala, a aby disponovala robustními daty, která se sbírají u samotných poskytovatelů. PCOC, který je podporován a financován na vládní úrovni, je dobrovolný, a přesto má vysokou účast. I když tento program slouží jako velmi užitečný národní systém monitorování kvality paliativní péče, zaměřuje se především na měření

výsledků, a proto bývá zpochybňována úroveň komplexnosti tohoto přístupu, která je nezbytná pro hodnocení různých dimenzí paliativní péče (Leemans et al., 2013; Schang et al., 2021).

Na rozdíl od PCOC a HQRP, jakožto rutinních a úspěšně implementovaných programů měření kvality paliativní a hospicové péče do široké praxe, které mají významnou podporu ze strany stát, lze MWM stejně jako Q-PAC označit spíše za odborné iniciativy, jejichž snahou je především vytvořit vyváženou (nejen zaměřenou na „výsledek“) ale i sesbíratelnou sadu ukazatelů kvality péče. Přičemž v případě Q-PAC je navržený počet indikátorů vyšší než u tří ostatních projektů (31 vs. max 10). Zároveň o MWM a o Q-PAC nelze jasně říci, do jaké míry jsou v klinické praxi využívány, ale velmi pravděpodobně nebude rozšíření dosahovat úspěšnosti HQRP a PCOC. Implementace s rutinním sběrem dat zjevně vyžaduje silné finanční zajištění a silnou technickou podporu (platformu pro sběr a uchování dat apod.). Na druhou stranu mohou tyto odborné iniciativy přinášet další podněty pro samotný robustní sběr (například pro aktualizaci sady indikátorů).

Systémové měření kvality paliativní péče v ČR

V České republice doposud probíhala evaluace služeb poskytujících paliativní péči jen okrajově, a to převážně formou dobrovolné zpětné vazby od pozůstalých, jiné vhodné nástroje chyběly¹⁴. Některé organizace z řad lůžkových a mobilních hospiců si ale uvědomovaly nedostatek objektivních dat týkajících se kvality poskytovaných služeb a využily příležitost pro vlastní koordinovanou iniciativu. Díky tomuto impulsu zdola vznikl pod záštitou Centra paliativní péče a za finanční podpory Nadace Komerční banky Jistota, a.s. projekt Systémové hodnocení kvality hospicové péče, jehož důležitou součástí je právě sada indikátorů kvality paliativní péče¹⁵. Tento přístup se zřejmě nejvíce podobá americkému projektu MWM, s tím rozdílem, že v české variantě je zřetelný důraz na externí zajištění ukládání dat a jejich zpracování v podobě individuální analytické zprávy pro každou zúčastněnou organizaci. Tento prvek se totiž ukázal jako velmi funkční motivace poskytovatelů (PCOC, Q-PAC). Kromě toho se na Ministerstvu zdravotnictví dokončuje Metodika externího hodnocení kvality služby mobilní specializované paliativní péče¹⁶.

VI. Závěr

Definice kvality, ať už ve zdravotnictví, sociální práci nebo paliativní péči, je problematická, najít konsensus na jednom univerzálním vymezení je téměř nemožné (Hanefeld et al., 2017; Havlíková et al., 2021). Přes veškeré oprávněné argumenty o tom, že subjektivní vnímání kvality péče je neopominutelným kritériem při jejím hodnocení (Malin, 2017; Webb, 2001), jsou stále vyhledávány a vyvíjeny způsoby, jak

kvalitu péče a služeb co nejlépe kvantifikovat, zejména proto, abychom ji mohli systematicky měřit a hodnotit (Salem et al., 2020). Nejčastěji jsou pro systémovou úroveň využívány indikátory kvality.

Paliativní péče je poměrně mladý obor, kde se měření kvality péče začalo prosazovat celkem nedávno. Díky tomu, že se pohybuje na pomezí zdravotní a sociální oblasti, může čerpat jak z dosavadních zkušeností v měření kvality péče ve zdravotnictví, které jsou již dlouholeté, tak z diskuse o limitech „čistě“ kvantitativního přístupu v sociální práci, která je stále živá a je již přítomna i ve zdravotnictví.

Záměrem článku bylo ukázat některé přístupy k systémovému měření kvality paliativní péče v zahraničí (USA, Austrálie a Belgie), které by mohly být inspirativní, v pozitivním i negativním smyslu, pro české prostředí nejen na poli paliativní péče, ale přeneseně i pro oblast sociální péče a služeb, kde se systémové měření kvality začíná rozvíjet.

Důležitým prvkem se ukazuje co nejširší konsensus stakeholderů, poskytovatelů a odborníků z oboru a samotných uživatelů péče a služby (pacientů/klientů a jejich blízkých). Iniciativa pro tvorbu indikátorů kvality a následné hodnocení kvality, může vycházet buď shora (stát), nebo zdola (samotní provozovatelé péče/služeb), případně může být kombinací obou. Ukazuje se, že iniciativa shora, která se opírá o konsensus a která dokáže finančně nebo technicky zajistit rutinní sběr dat, jejich ukládání do datového registru a následně i analýzu, má největší potenciál na úspěšné rozšíření do široké praxe. Zdá se, že právě australský PCOC je koncept, který má co nabídnout. Vedle digitalizace rutinního sběru dat a technického zajištění, které je uživatelsky příjemné, přitom staví na dobrovolnosti spíše než na penalizaci za neúčast.

Článek neaspíruje na kompletní výčet různých přístupů k systémovému měření kvality paliativní a hospicové péče. Navíc výběr předložených zahraničních projektů je subjektivním krokem, a proto do jisté míry limitujícím faktorem, např. není zmíněna situace Velké Británie a Irska, jakožto zemí s vysoce rozvinutou paliativní péčí. Dalším limitem je fakt, že indikátory kvality poskytují pouze jeden úhel pohledu na systémové měření kvality, důležité je rovněž hodnocení kvality péče samotnými pacienty a/nebo jejich příbuznými. Nicméně některé projekty se snaží systematicky pracovat i s těmito informacemi, a to formou dotazníkového šetření (HQRP nebo Q-PAC), které však, na rozdíl od patientské dokumentace, vždy pracuje jen s výběrovým souborem (tj. jen s respondenty ochotnými vyplnit dotazník). Tato studie přináší v české literatuře ojedinělý přehled metodik v této oblasti. Zároveň je míra zobecnění výsledků do jiných oblastí sociální práce částečně limitována specifiky paliativní péče.

I přesto, že indikátory kvality mají svá mnohá úskalí, jsou v dnešní době zásadním pilířem pro systémové měření a sledování kvality péče a služeb, bez kterého je komplexní zlepšování kvality péče jen těžko

představitelné. Aplikovatelnost indikátorů kvality závisí na přesných, včasných a použitelných datech, která poskytují sami poskytovatelé. Základem je funkční platforma pro sběr a uchování dat. Aby celý systém fungoval, je potřeba stavět na spolupráci všech aktérů: stakeholderů, poskytovatelů a odborníků z praxe i z akademického prostředí. Zmíněné zahraniční příklady z oblasti paliativní péče nám proto mohou poskytnout inspiraci, jakou cestou se vydat a jakých chyb se při zavádění systematického měření kvality případně vyvarovat. Odpověď na to, jaké aspekty a za jakých podmínek jsou přenositelné do českého prostředí, by vyžadovala další zkoumání tohoto tématu.

- 1 Cílem projektu Paliatr je dosáhnout víceúrovňové implementace paliativní péče v regionech Kraje Vysočina a vytvořit komplexní systém regionální péče, více informací na: <https://www.paliatr-vysočina.cz/>
- 2 Jedná se o sadu nástrojů pro strukturovaný sběr dat podporující nemocniční paliativní péči, více na: <https://elfis.iba.muni.cz/>
- 3 Přínosem paliativní péče, a zároveň však pro tento článek jistým terminologickým úskalím, je právě to, že se pohybuje na pomezí zdravotní a sociální oblasti. Proto, pokud v článku používáme spojení „kvalita péče“ bez bližší specifikace toho, zda se jedná o „kvalitu zdravotní péče“ nebo „kvalitu sociální péče“, pak máme na mysli přesah do obou oblastí.
- 4 Více o tomto projektu RILSA (realizace 2020 až 2022), jehož základním výstupem bude na míru českému prostředí vytvořená Metodika hodnocení kvality výkonu sociální práce, lze nalézt na: <https://www.vupsv.cz/vybrane-projekty/kvalita-vykonu-socialni-prace-v-ceske-republice/>
- 5 Informace o tomto projektu Centra paliativní péče (realizace 2019 až 2022), jehož cílem je vytvořit a ověřit nástroj pro standardizované hodnocení kvality hospicové péče, se nacházejí na: <https://paliativnicentrum.cz/projekty/systemove-hodnoceni-kvality-hospicove-pecce>
- 6 Jedná se o Hodnocení kvality mobilních hospiců v projektu v rámci projektu Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti domácí specializované paliativní péče (realizace 2021 až 2022), informace viz na <https://www.mzcr.cz/hodnoceni-kvality-mobilnich-hospicu-v-projektu-podpora-paliativni-pecce-zvyseni-dostupnosti-domaci-specializovane-paliativni-pecce/> nebo <https://www.paliativa.cz/podpora-domaci-paliativni-pecce/o-projektu/popis-projektu>
- 7 Nejedná se o konkrétní nástroj označovaný PEACE, což je akronym pro Physical, Emotive, Autonomy, Communication, Economic and Transcendent domains of quality of life.
- 8 Na portálu Care Compare lze srovnávat a vyhledávat zdravotnická zařízení dle poskytovaných služeb, viz link: <https://www.medicare.gov/care-compare/>
- 9 Více o projektu Measuring What Matters se nachází na stránkách American Academy of Hospice and Palliative Medicine, viz link: <http://aahpm.org/quality/measuring-what-matters>
- 10 Základní informace o belgickém projektu Q-PAC lze nalézt na: <https://www.endoflifecare.be/q-pac-development-of-quality-indicators-for-palliative-care>
- 11 Detailní informace o australském programu PCOC viz link: <https://www.uow.edu.au/ahsri/pcoc>
- 12 Výsledky ze sběru dat mezi lety 2009 a 2018 v rámci australského programu PCOC jsou zveřejněny v souhrnné zprávě, viz na: <https://documents.uow.edu.au/content/groups/public/@web/@chsd/@pcoc/documents/doc/uow251762.pdf>
- 13 Informace o mezinárodním rozšíření programu PCOC viz link: <https://www.uow.edu.au/ahsri/pcoc/international-presence/>
- 14 Máme na mysli lůžkové a mobilní hospice poskytující specializovanou paliativní péči. Vedle toho se rozvíjel paliativní přístup například v institucích dlouhodobé péče. Na podporu tohoto rozvoje vznikl např. systém Certifikace paliativního přístupu, který na základě interního vyhodnocení kritérií kva-

lity podporuje dané zařízení při tvorbě, implementaci a rozvoji konceptu paliativního přístupu. Více o certifikaci na <https://www.certifikace.paliativni-pristup.cz>.

- 15 Informace o projektu Centra paliativní péče na: <https://paliativnicentrum.cz/projekty/systemove-hodnoceni-kvality-hospicove-pecce,op.cit>
- 16 Informace o projektu Ministerstva zdravotnictví na: <https://www.paliativa.cz/podpora-domaci-paliativni-pecce/o-projektu/popis-projektu,op.cit>

Zdroje

- Ahluwalia, S. C., Chen, C., Raaen, L., Motala, A., Walling, A. M., Chamberlin, M., O'Hanlon, C., Larkin, J., Lorenz, K., Akinniranye, O., & Hempel, S. (2018). A Systematic Review in Support of the National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, Fourth Edition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(6), 831–870. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.09.008>
- Altiglio, T., & Otis-Green, S. (2012). *Oxford textbook of palliative social work*. Oxford University Press.
- Arias-Casais, N., Garralda, E., Rhee, J. Y., de Lima, L., Pons, J. J., Clark, D., Hasselaar, J., Ling, J., Mosoiu, D., & Centeno, C. (2019). *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019*. Vilvoorde: EAPC Press. Dostupné z: <https://dadun.unav.edu/handle/10171/56787%0Ahttp://dadun.unav.edu/handle/10171/56787>
- Aslakson, R., Dy, S., Wilson, R., Waldfogel, J., Zhang, A., Isenberg, S., A. B., J. S., & KA, R. (2017). *Assessment Tools for Palliative Care. Technical Brief No. 30 (Prepared by Johns Hopkins University under Contract No. 290-2015-00006-1)*. AHRQ Publication No. 14-17-EHC007-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Dostupné z: https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/palliative-care-tools_technical-brief-2017.pdf
- Best, C. (2020). Patient Satisfaction Metrics. In D. N. Salem (Ed.), *Quality Measures The Revolution in Patient Safety and Outcomes* (pp. 127–149). Springer International Publishing.
- Cacace, M., Geraedts, M., & Berger, E. (2019). Improving Healthcare Public Reporting as a Quality Strategy. In R. Busse, N. Klazinga, D. Panteli, & W. Quentin (Eds.), *Improving Healthcare Quality in Europe: Characteristics, Effectiveness and Implementation of Different Strategies* (pp. 331–355). World Health Organization and OECD. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Campbell, S. M., Braspenning, J., Hutchinson, A., & Marshall, M. (2003). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 326(4), 816–819. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7393.816>
- Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social Science and Medicine*, 51(11), 1611–1625. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00057-5)
- Claessen, S. J. J., Francke, A. L., Belarbi, H. E., Pasman, H. R. W., Van Der Putten, M. J. A., & Deliens, L. (2011). A new set of quality indicators for palliative care: Process and results of the development trajectory. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(2), 169–182. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.10.267>
- Claessen, S. J. J., Francke, A. L., Sixma, H. J., De Veer, A. J. E., & Deliens, L. (2013). Measuring relatives' perspectives on the quality of palliative care: The consumer quality index palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(5), 875–884. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.007>
- Cohen, J., & Leemans, K. (2014). How can you prove that you are delivering good care? Monitoring the quality of palliative care using quality indicators. *European Journal of Palliative Care*, 21(5), 228–231.
- Currow, D. C. (2011). The PRISMA symposium 3: Lessons from beyond Europe. Why invest in research and service development in palliative care? An Australian perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(4), 505–510. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.06.007>
- Currow, D. C., Allingham, S., Yates, P., Johnson, C., Clark, K., & Eagar, K. (2015). Improving national ho-

- spice/palliative care service symptom outcomes systematically through point-of-care data collection, structured feedback and benchmarking. *Supportive Care in Cancer*, 23(2), 307–315. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2351-8>
- De Roo, M. L., Leemans, K., Claessen, S. J. J., Cohen, J., W. Pasman, H. R., Deliens, L., & Francke, A. L. (2013). Quality indicators for palliative care: Update of a systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(4), 556–572. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.09.013>
- Donabedian, A. (1966). Evaluating The Quality Of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 94–127.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care. *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Dupont, C., De Schreye, R., Cohen, J., De Ridder, M., Van den Block, L., Deliens, L., & Leemans, K. (2021). Pilot study to develop and test palliative care quality indicators for nursing homes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020829>
- Dy, S. M., Kiley, K. B., Ast, K., Lupu, D., Norton, S. A., McMillan, S. C., Herr, K., Rotella, J. D., & Casarett, D. J. (2015). Measuring what matters: Top-ranked quality indicators for hospice and palliative care from the American Academy of hospice and palliative medicine and hospice and palliative nurses association. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(4), 773–781. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.01.012>
- Etkind, S. N., Daveson, B. A., Kwok, W., Witt, J., Bau-sewein, C., Higginson, I. J., & Murtagh, F. E. M. (2015). Capture, transfer, and feedback of patient-centered outcomes data in palliative care populations: Does it make a difference? A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(3), 611–624. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.07.010>
- Franks, A. (2006). Trust, standards and healthcare quality: a case of babies and bathwater? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 99(3), 112–114. <https://doi.org/10.1258/jrsm.99.3.112>
- Hanefeld, J., Powell-Jackson, T., & Balabanova, D. (2017). Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(5), 368–374. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.179309>
- Hanson, L. C., Scheunemann, L. P., Zimmerman, S., Rokoske, F. S., & Schenck, A. P. (2010). The PEACE Project Review of Clinical Instruments for Hospice and Palliative Care. *Journal of Palliative Medicine*, 13(10), 1253–1260. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0194>
- Havlíková, J., Hubíková, O., Trpola, R., & Musil, L. (2021). *Kvalita výkonu sociální práce očima sociálních pracovníků*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i. Dostupné z: https://katalog.vupsv.cz/Fulltext/vz_490.pdf
- Hubert, R. J., Dassen, T., Widdershoven, G., & Halfens, R. (2009). Evaluating Palliative Care-A Review of the Literature. *Palliative Care: Research and Treatment*, 3, 5–12. <https://doi.org/10.4137/PCRT.S2178>
- Kamal, A. H., Bull, J., Ritchie, C. S., Kutner, J. S., Hanson, L. C., Friedman, F., Taylor, D. H., Aslakson, R. A., Ast, K., Elk, R., Garner, K. K., Gramling, R., Grudzen, C., Kamal, A. H., Lamba, S., LeBlanc, T. W., Rhodes, R. L., Roeland, E., Schulman-Green, D., & Unroe, K. T. (2016). Adherence to Measuring What Matters Measures Using Point-of-Care Data Collection Across Diverse Clinical Settings. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(3), 497–503. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.313>
- Kerr, E. A., & Fleming, B. (2007). Making performance indicators work: experiences of US Veterans Health Administration. *British Medical Journal*, 335(7627), 971–973. <https://doi.org/10.1136/bmj.39358.498889.94>
- Leemans, K., Cohen, J., Francke, A. L., Stichele, R., Vander, Claessen, S. J. J., Block, L., Van Den, & Deliens, L. (2013). Towards a standardized method of developing quality indicators for palliative care: protocol of the Quality indicators for Palliative Care (Q-PAC) study. *BMC Palliative Care*, 12(6), 2–9. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-6>
- Leemans, K., Deliens, L., Francke, A. L., Vander Stichele, R., Van den Block, L., & Cohen, J. (2015). Quality indicators for palliative care services: Mixed-method study testing for face validity, feasibility, discriminative power and usefulness. *Palliative Medicine*, 29(1), 71–82. <https://doi.org/10.1177/0269216314546712>
- Lester, H., & Roland, M. (2007). Future of quality measurements. *British Medical Journal*, 335(7630), 1130–1131. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.39385.406192.AD>
- Majeed, A., Lester, H., & Bindman, A. (2007). Improving the quality of care with performance indicators. *British Medical Journal*, 335(7626), 916–918. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.39337.539120.AD>
- Malik Holasová, V. (2014). *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Malin, N. (2017). Developing an analytical framework for understanding the emergence of de-professionalisation in health, social care and education sectors. *Social Work and Social Sciences Review*, 19(1), 66–162. <https://doi.org/10.1921/swssr.v19i1.1082>
- Malley, J., & Fernández, J.-L. (2010). MEASURING QUALITY IN SOCIAL CARE SERVICES: THEORY AND PRACTICE. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 81(4), 559–582. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8292.2010.00422.x>
- Masso, M., Samsa, P., & Grootematt, P. (2016). *Rapid review of the literature to inform the development of quality and safety indicators for end-of-life care in acute hospitals*. ACSQHC, Sydney. Dostupné z: https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2019-06/end-of-life-indicators_final-report_uow.pdf
- McMillen, J. C., Proctor, E. K., Megivern, D., Striley, C. W., Cabassa, L. J., Munson, M. R., & Dickey, B. (2005). Quality of Care in the Social Services: Research Agenda and Methods. *Social Work Research*, 29(3), 181–191. <https://doi.org/10.1093/swr/29.3.181>
- Montero, A. L. (2020). *Striving for Quality in Social Services and Social Care-Proposal For Quality Assurance Principles In Europe*. The European Social Network 2020. Dostupné z: https://www.esn-eu.org/sites/default/files/publications/ESN_Quality_report_light_web.pdf
- Moriarty, J., & Manthorpe, J. (2016). The effectiveness of social work with adults: A systematic scoping review. In *Social Care Workforce Research Unit*. Social Care Workforce Research Unit, The King's College London. Dostupné z: https://www.basw.co.uk/system/files/resources/basw_21716-5_0.pdf
- Pasman, H. R. W., Brandt, H. E., Deliens, L., & Francke, A. L. (2009). Quality Indicators for Palliative Care: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(1), 145–156. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.07.008>
- Payne, M. (2017). *Older Citizens and End-of-life Care: Social Work Practice Strategies for Adults in Later Life*. Routledge.
- Pechová, K., & Loučka, M. (2019). Plánování péče v závěru života v pobytových sociálních službách pro seniory. *Sociální Práce/Sociální Práce*, 19(6), 112–126.
- Polívka, J. (2019). *Hodnocení kvality hospicové a paliativní péče*. Master Of Healthcare Administration. Advance institue. Praha.
- Price, R. A., Elliott, M. N., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Lehrman, W. G., Rybowski, L., Edgman-Levitan, S., & Cleary, P. D. (2014). Examining the Role of Patient Experience Surveys in Measuring Health Care Quality. *Medical Care Research and Review*, 71(5), 522–554. <https://doi.org/10.1177/1077558714541480>
- Price, R. A., Stucky, B., Parast, L., Elliott, M. N., Haas, A., Bradley, M., & Teno, J. M. (2018). Development of Valid and Reliable Measures of Patient and Family Experiences of Hospice Care for Public Reporting. *Journal of Palliative Medicine*, 21(7), 924–932. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0594>
- Rhodes, R. L., Mitchell, S. L., Miller, S. C., Connor, S. R., & Teno, J. M. (2008). Bereaved Family Members' Evaluation of Hospice Care: What Factors Influence Overall Satisfaction with Services? *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(4), 365–371. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.12.004>
- Rios-Zertuche, D., Zúñiga-Brenes, P., Palmisano, E., Hernández, B., Schaefer, A., Johanns, C. K., Gonzalez-Marmol, A., Mokdad, A. H., & Iriarte, E. (2019). Methods to measure quality of care and quality indicators through health facility surveys in low- and middle-income countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(3), 183–190. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy136>
- Rubin, H. R. (2001). The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(6), 469–474. <https://doi.org/10.1093/intqhc/13.6.469>
- Salem, D. N., Kher, S., Charles, D., & Freund, K. M. (2020). The History of Quality Metrics. In D. N. Salem (Ed.), *Quality Measures: The Revolution in Patient Safety and Outcomes* (pp. 1–4). Springer International Publishing.
- Schang, L., Blotenberg, L., & Boywitt, D. (2021). What makes a good quality indicator set? A systematic review of criteria. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(3), 1–10. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab107>
- Schenck, A. P., Rokoske, F. S., Durham, D., Cagle, J. G., & Hanson, L. C. (2014). Quality Measures for Hospice and Palliative Care: Piloting the PEACE Measures. *Journal of Palliative Medicine*, 17(7), 769–775. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0652>
- Seow, H., Snyder, C. F., Mularski, R. A., Shugarman, L. R., Kutner, J. S., Lorenz, K. A., Wu, A. W., & Dy, S. M. (2009). A Framework for Assessing Quality Indicators for Cancer Care at the End of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(6), 903–912. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.04.024>
- Stjernswärd, J., Foley, K. M., & Ferris, F. D. (2007). The Public Health Strategy for Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(5), 486–493. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.02.016>
- Teno, J. M., & Coppola, K. M. (1999). For Every Numerator, You Need a Denominator. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17(2), 109–113. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(98\)00132-8](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(98)00132-8)
- Vesel, T., & Dave, J. (2020). Quality Measures for Palliative Care. In D. N. Salem (Ed.), *Quality Measures: The Revolution in Patient Safety and Outcomes* (pp. 99–114). Springer International Publishing.
- Webb, S. (2001). Some considerations on the validity of evidence-based practice in social work. *British Journal of Social Work*, 31(1), 57–79. <https://doi.org/10.1093/bjsw/31.1.57>
- WHO. (2021a). *Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators*. Geneva: World Health Organization. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345532>
- WHO. (2021b). *Quality health services and palliative care: practical approaches and resources to support policy, strategy and practice*. Geneva: World Health Organization. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1375726/retrieve>

Mgr. et Mgr. Lucie Žáčková
(l.zackova@paliativnicentrum.cz) *vystudovala sociologii a demografii a nyní studuje v doktorském programu Sociální práce na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy (Faculty of Humanities Charles University), Pátkova 2137/5, Praha 8, 180 00, Česká republika. V současné době spolupracuje s Centrem paliativní péče, z. ú. (Center for Palliative Care), Dykova 1165/15, Praha 10, 101 00, Česká republika jako výzkumná pracovnice*

PhDr. Martin Loučka, PhD.
(m.loucka@paliativnicentrum.cz) *je ředitel Centra paliativní péče (Center for Palliative Care), Dykova 1165/15, Praha 10, 101 00, Česká republika, psycholog a odborný asistent na oddělení psychologie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Paliativní péči studoval v doktorském programu na Lancaster University v Anglii, jako stipendista Fulbrightovy komise působil na Icahn School of Medicine v New Yorku. Je vědeckým sekretářem České společnosti paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a na období 2019-2022 byl zvolen členem výboru Evropské asociace paliativní péče.*

PŘÍLOHA

Tabulka 1 Srovnání zahraničních projektů systémového měření kvality paliativní péče ve sledovaných parametrech

Stát	USA	USA	USA	Belgie	Austrálie
Zkratka projektu	HQRP	MWM	Q-PAC study	PCOC	PCOC
Celý název	Hospice Quality Reporting Program	Measuring What Matters	Nationwide evaluation of palliative care	Program Palliative Care Outcomes Collaboration	Program Palliative Care Outcomes Collaboration
Kdo projekt inicioval?; doba realizace	shora/stakeholderi/zdravotní pojišťovna řízená státem (Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)); od 2008	zdola/provozovatelé paliativní péče/profesionální sdružení; od 2015	zdola/ akademický projekt/univerzita; 2009 až 2013	shora/ stakeholder/stát – ministerstvo zdravotnictví; od 2009	shora/ stakeholder/stát – ministerstvo zdravotnictví; od 2009
Kdo zajišťoval proces výběru a tvorbu indikátorů kvality?	akademické prostředí/ vědci a experti v rámci dvou univerzit v USA	tým v rámci profesních sdružení / Komise pro kvalitu a standardy a Rada pro výzkum	akademické prostředí/výzkumný tým End-of-Life Care Research Group v rámci dvou univerzit v Belgii	akademické prostředí/ vědci a experti v rámci čtyř australských univerzit	akademické prostředí/ vědci a experti v rámci čtyř australských univerzit
Kdo se účastní sběru dat, tj. cílová skupina poskytovatelů paliativní péče?	pouze v cílové skupině poskytovatelů označených v USA jako hospice a spadajících pod CMS (zdravotní pojišťovnu)	všichni poskytovatelé hospicové a paliativní péče	poskytovatelé hospicové a paliativní péče (nemocniční týmy, mobilní týmy, paliativní týmy v domovech pro seniory)	všichni poskytovatelé hospicové a paliativní péče	všichni poskytovatelé hospicové a paliativní péče
Byl při tvorbě indikátorů kvality brán v úvahu také názor poskytovatelů, pacientů nebo pečujících?	názor poskytovatelů	názor poskytovatelů i pacientů	názor poskytovatelů, pacientů, neformálních pečujících a formálních pečovatelů	názor poskytovatelů	názor poskytovatelů
Jaký mají vztah k publikovaným standardům kvality paliativní péče?	vycházejí z osmi domén kvality paliativní péče definovaných ve standardech kvality pro USA	vycházejí z osmi domén kvality paliativní péče definovaných ve standardech kvality pro USA	není zmíněno	vycházejí z australských standardů kvality paliativní péče	vycházejí z australských standardů kvality paliativní péče
Počet indikátorů kvality a převažující typ	9/převažují výsledkové	10/převažují procesní	31/mix procesní, výsledkové a strukturální	12/pouze výsledkové	12/pouze výsledkové
K jakému účelu jsou výsledky měření kvality využívány?	primárně externí využití pro stakeholdery a pro veřejnost, veřejně dostupný benchmarking	primárně interní využití pro hodnocení kvality poskytované péče v organizaci/týmu	primárně interní využití pro hodnocení kvality poskytované péče, organizací/týmu, sekundárně interní benchmarking (individuální zpráva porovnává v organizaci vůči celku)	primárně interní využití pro hodnocení kvality poskytované péče organizací/týmu, sekundárně interní benchmarking (individuální zpráva porovnává v organizaci vůči celku)	primárně interní využití pro hodnocení kvality poskytované péče organizací/týmu, sekundárně interní benchmarking (individuální zpráva porovnává v organizaci vůči celku)
Je účast na měření kvality péče povinná nebo dobrovolná?	povinná pro poskytovatele spadající pod danou zdravotní pojišťovnu (tj. CMS)	dobrovolná	dobrovolná	dobrovolná	dobrovolná
Motivace k účasti	nevyplnění je pojišťovnou finančně penalizováno	není známo	individuální zpráva pro provozovatele – benchmarking organizace proti celku	individuální zpráva pro provozovatele – benchmarking organizace proti celku	individuální zpráva pro provozovatele – benchmarking organizace proti celku
Existence datového registru/externí elektronické platformy pro sběr dat	ano	ne	ano	ano	ano
Původní záměr projektu	monitoring kvality péče a zlepšování kvality péče jako celku pro provozovatele spadající pod CMS; benchmarking dostupný veřejnosti	pro interní využití poskytovatelů hospicové a paliativní péče; monitoring kvality péče a zlepšování kvality péče uvnitř organizace; v budoucnu přesah do benchmarkingu	monitoring kvality péče a zlepšování kvality péče na individuální (pacientské) úrovni, na úrovni organizace nebo státu a nástroj pro rychlé vyhodnocení výkonu dané služby	systematické zlepšování a zkvalitňování služeb v klíčových aspektech péče na úrovni pacienta a národní benchmarking	systematické zlepšování a zkvalitňování služeb v klíčových aspektech péče na úrovni pacienta a národní benchmarking
Reálná praxe a aktuální rozšíření	data reportují všechny hospice působící pod CMS do registru provozovaného CMS; pacienti, rodinní příslušníci a veřejnost mají k dispozici portál Care Compare, kde jsou některé indikátory kvality zveřejňovány; široké rozšíření – více než 90 % hospicových pacientů je v systému CMS	neexistuje registr; dat; míra rozšíření v široké klinické praxi není dohledatelná	rozšířenost v klinické praxi je zatím spíše malá, a to převážně v nemocničních paliativních týmech; v současnosti se Q-PAC přesunul pod Institut kvality ve zdravotnictví pro Flandry (VIKZ), který také spravuje datový registr; nyní se pilotuje sběr dat	poskytovatelé reportují data do registru PCOC; používají se pro reporting, benchmarking a výzkum v paliativní péči; sběr dat se účastní více než 70 % všech poskytovatelů paliativní péče v Austrálii (201 poskytovatelů v roce 2021)	poskytovatelé reportují data do registru PCOC; používají se pro reporting, benchmarking a výzkum v paliativní péči; sběr dat se účastní více než 70 % všech poskytovatelů paliativní péče v Austrálii (201 poskytovatelů v roce 2021)

Zdroj: vlastní zpracování

Duševní zdraví, subjektivní zdravotní stav a osobní blahobyt ve vybraných okresech v České republice

Beatrice-Elena Chromková Manea – Dana Hübelová

Abstrakt

Cílem článku je prezentovat duševní zdraví, sebehodnocení zdravotního stavu a subjektivní blahobyt dospělé populace ve vybraných okresech v České republice, ve kterých identifikujeme největší nerovnosti ve zdraví. Zabýváme se také souvislostmi mezi subjektivním blahobytem a duševním zdravím populace na jedné straně, a mezi subjektivním zdravotním stavem (sebehodnocení) a duševním zdravím populace na straně druhé. Informace o zdravotním stavu populace byly zjišťovány pomocí dotazníkového šetření, které proběhlo v roce 2021. Celkový vzorek má 509 respondentů v okresech, které vykazovaly největší nerovnosti ve zdraví (Hodonín, Chomutov, Karviná, Louny, Most, Teplice a Znojmo). Třetina respondentů se aspoň jednou v životě potýkala s duševním onemocněním. Jako téměř nikdy nebo nikdy se necítilo izolováno nebo osamoceno přibližně 40 % respondentů. Dále bylo zjištěno, že ve vybraných okresech méně často pocítili osamělost nebo izolaci muži a respondenti žijící v manželství. Respondenti deklarovali větší míru obavy o zdraví blízkých (82 %) oproti obavám o vlastní zdraví v souvislosti s onemocněním covidu-19 (55 %). Ženy častěji než muži mají obavy o zdraví blízkých. Jako dobrý až výborný hodnotí svůj subjektivní zdravotní stav nejvíce respondenti v okrese Chomutov – 70 % dospělé populace, v okrese Karviná najdeme přibližně 61 % takových respondentů. Byla potvrzena souvislost mezi proměnnou osamocenenost, respektive izolace, a subjektivním blahobytem.

Klíčová slova: nerovnosti ve zdraví, duševní zdraví, subjektivní zdravotní stav, osobní blahobyt

Abstract

The aim of the article is to present the mental health of the adult population in selected districts of the Czech Republic with the highest degree of health inequality. It also aims to address the links between the subjective well-being and mental health of the population. The mental health of the population was determined via the conducting of a questionnaire survey involving a total of 509 respondents from districts that had previously been identified as having the highest levels of health inequality (Hodonín, Chomutov, Karviná, Louny, Most, Teplice and Znojmo). One third of the respondents reported having experienced mental illness at least once in their lives. Single and married men, as well as married women were found to be less likely to report being lonely or isolated. In relation to Covid-19, the respondents reported a higher level of concern for the health of loved ones (82%) than for their own health (55%). Women were more likely to have concerns about the health of their loved ones than men. In the Chomutov district, 70% of the adult population judged their subjective health status as good to excellent, whereas in the Karviná district only 61% of the adult population responded in this way. Relationships were statistically proven between the variables 'loneliness'/ 'isolation' and the variable 'satisfaction with life'.

Keywords: health inequalities, mental health, subjective (self-reported) health status, personal wellbeing

Úvod

Světová zdravotnická organizace uznává zásadní roli duševního zdraví pro dosažení celkového zdravotního stavu (WHO, 2013). Díky tomu začalo být duševní zdraví zahrnováno do strategií zdraví populace jak na národní, tak na regionální či lokální úrovni.

Lidské zdraví je sledováno po celém světě na různých územních úrovních od (mezi)národní až po mikroregionální. Zdraví a zdravotní stav obyvatelstva přímo souvisí s řadou faktorů socioekonomických i demografických, které jsou určující pro rozvoj a možnosti využívání potenciálu lidského kapitálu a ostatních zdrojů rozvoje (Blážek a Uhlíř, 2011). Od doby, kdy začalo být duševní zdraví oficiálně uznáváno a zkoumáno jako jedna z domén celkového zdravotního stavu osob a obyvatelstva, velmi rychlým tempem roste zájem o jeho zkoumání. Pozitivní je ústup od tabuizování

duševních poruch a rozvoj chápání jejich významu pro lidské zdraví (Vaďurová a Mühlpachr, 2005).

Z hlediska konceptualizace je duševní zdraví považováno za komplexní pojem, který se netýká exkluzivně jen nepřítomnosti duševní nemoci. Světová zdravotnická organizace přímo nedefinuje duševní zdraví, které je součástí celkového zdraví a není „pouze nepřítomností nemoci nebo slabosti“, ale spíše „stavem úplné tělesné, duševní kondice a sociální pohody“ (WHO, 2001: 3). Je to jakýsi stav pohody, kdy si jedinec uvědomuje své vlastní schopnosti, dokáže se vyrovnat s běžnými životními stresy, může pracovat a je schopen být plnohodnotným členem společnosti (WHO, 2001).

Z širšího pohledu lze za optimální úroveň duševního zdraví označit projevy příznivého duševního rozpoložení, kterými jsou například zjevná vyrovnanost, spokojenost

člověka a prožívání pocitů štěstí. Optimální stav lze také pojmenovat duševní pohodou (*well-being*). V užším pojetí lze stavem duševního zdraví nazývat situaci bez přítomnosti symptomů duševního onemocnění a stav celkové psychické rovnováhy (Orel, 2012). Podle Světové zdravotní organizace (WHO, 2014) nelze oddělit duševní zdraví od samotného zdravotního stavu jedince. Už dřívější výzkumy potvrdily obousměrný vztah mezi fyzickým zdravotním stavem a duševním zdravím (Keyes, 2013; Patten, 2001).

Téma duševního zdraví je velmi složité. Pro jeho měření se často používá několik subjektivních indikátorů. Jako v každém výzkumu i tady existují omezení spojených s některými pojmy jak z hlediska definice, tak z hlediska jejich operacionalizace. Hawley a Cacioppo (2010) pracují s koncepty jako osamělost, izolace. Jiní autoři jako např. de Jong Gierveld (1987) poukazují

na mutidimensionalitu konceptu osamělosti. Ačkoli se oba pojmy osamělost a izolace často střídavě používají, osamělost není totéž, co sociální izolace – jsou to jen příbuzné pojmy. Lidé mohou být izolovaní, a přesto se nemusí cítit osaměle. Lidé mohou být obklopeni jinými lidmi, a přesto se cítit osaměle. Sociální izolace může vést k osamělosti a osamělost může vést k sociální izolaci. Obojí se může vyskytovat i současně. Lidé mohou v průběhu života zažívat různé úrovně sociální izolace a osamělosti, které se mění podle toho, jak se mění jejich osobní situace.

Osamělost jsme konceptualizovaly jako subjektivní pocit rozdílu mezi požadovanou úrovní sociálních kontaktů a skutečnou úrovní sociálních kontaktů – jedná se o vnímanou kvalitu vztahů dané osoby. Sociální izolace je naopak objektivním měřítkem počtu kontaktů, které lidé mají. Týká se kvantity, nikoli kvality vztahů. V období pandemie covidu-19 a v důsledku vládních nařízení a doporučení byla sociální izolace součástí opatření proti šíření covidu-19.

Narušení duševního zdraví má často závažný vliv na vnímání vlastního života a jeho aspektů. V rámci Evropského výběrového šetření o zdravotním stavu obyvatel České republiky (EHIS) byla zjištěna provázanost mezi psychickým a celkovým zdravím. Z výsledků vyplývá, že osoby, které vykazují špatné duševní zdraví, také hodnotí svůj celkový zdravotní stav jako špatný, či dokonce velmi špatný (EHIS, 2010). V roce 2017 se Česko dostalo mezi prvních deset států světa, ve kterých je nejvyšší podíl osob trpících depresí (Erben, 2019). Duševní poruchy a poruchy chování jsou pak nejčastěji uvedeným důvodem pro pobírání invalidního důchodu (ČSSZ, 2019).

Co se týče determinantů duševního zdraví měřeného mimo jiné i pocitem osamělosti nebo izolace, najdeme mezi nimi řadu objektivních faktorů jako socioekonomické, environmentální, ale i subjektivní jako četnost změn v životě, kterým je nutno se v jeho průběhu přizpůsobit. Duševní zdraví je každodenně ovlivňováno velkým množstvím i zdánlivě nevýznamných podnětů a faktorů, které lze rozdělit na vnitřní a vnější. Typickým příkladem vnitřních faktorů je dědičnost a genetika. Vnější faktory představují životní podmínky, například socioekonomické (Malindová, 2011) a širší okolnosti současné kultury, společnosti, vztah k náboženství aj. (Orel, 2012). Působení vnějších faktorů podporuje negenetický vznik duševních chorob, kdy nejčastější a primární příčinou bývá stres. Jedná se o jev, který vzniká z nerovnováhy v úrovni životních nároků jedince a jeho adaptivních schopnostech pro jejich úspěšné zvládnutí (Mlčák, 2011). Stres lze dále dělit dle intenzity, a to na slabý stres (Hypo stres), se kterým se člověk dokáže sžít a není pro něj škodlivý, a silný stres. Naopak silný a dlouhodobý stres (Hyper stres) je velmi nebezpečný, jelikož se jedná o intenzivní stav, kdy

jedinec již není schopen se na nežádoucí situaci adaptovat (Gulášová, 2013).

Faktory duševního zdraví lze dále rozdělit na: (1) demografické, (2) ekonomické a (3) sociální. Demografické faktory zahrnují například věk, pohlaví a místo bydliště. K ekonomickým faktorům patří zaměstnání a postavení v něm, nezaměstnanost, ekonomický status domácnosti, příjem a vzdělání. Ekonomická situace je propojena se sociálním kapitálem (Čermák et al., 2011). Sociálními faktory jsou partnerské, rodinné a přátelské vztahy, míra začlenění do společnosti a naplnění potřeby soudržnosti (Heřmanová, 2013).

Cílem tohoto článku je prezentovat duševní zdraví a subjektivní hodnocení zdraví dospělé populace ve vybraných okresech v České republice, kde byly zjištěny největší nerovnosti ve zdraví (viz Hübelová et al., 2021). Spíše než definováním duševního zdraví podle toho, jestli jedinec má, či nemá duševní nemoc, tento článek zkoumá vztah mezi subjektivním duševním zdravím a životní spokojeností měřený pomocí otázek zjišťujících subjektivní sebehodnocení těchto aspektů – zdraví a blahobyt. Zabýváme se také souvislostmi mezi subjektivním blahobytem a duševním zdravím populace na jedné straně, a mezi subjektivním zdravotním stavem a duševním zdravím populace na straně druhé.

Metodologie

Duševní zdraví a subjektivní zdravotní stav populace byly zjišťovány pomocí dotazníkového šetření, které proběhlo na přelomu února až března 2021. Výzkum byl realizován v záměrně vybraných okresech, které byly identifikovány jako lokality s největšími nerovnostmi ve zdraví. Tyto okresy jsme vybraly na základě výsledků analýz indexů různých oblastí a faktorů, které ovlivňují zdravotní stav a způsobují nerovnosti ve zdraví (Hübelová et al., 2021). Bylo identifikováno sedm okresů s největšími nerovnostmi ve zdraví: Hodonín, Chomutov, Karviná, Louny, Most, Teplice a Znojmo (viz obrázek 1 v příloze).

Soubor tohoto výběrového šetření pochází z výzkumu *Nerovnosti ve zdraví*, který je kvótně reprezentativní pro dospělou populaci (starší 18 let) výše uvedených okresů České republiky. Celkový vzorek je 509 respondentů. Zohledněna byla i velikost místa bydliště a dotazování jedinců ze sociálně slabších lokalit nebo lokalit s horší infrastrukturou.

Některé z otázek byly částečně převzaty z jiných výběrových šetření (národní a mezinárodní), ostatní vytvářel výzkumný tým. Dotazník použitý v našem výběrovém šetření se skládal z různých tematických částí: a) sociodemografické proměnné, b) osobní blahobyt, c) subjektivní zdravotní stav, d) prevence nemocí, e) návyky, f) práce, bydlení, dostupnost služeb, g) duševní zdraví a období pandemie covidu-19.

Výsledky

a. Duševní zdraví

Nejprve se podíváme na položky, které měří subjektivní duševní stav populace. Otázka se ptala na frekvence pocitu osamělosti, izolace nebo bezmocnosti v posledních 12 měsících. Osamělost je někdy synonymem pro vnímanou subjektivní sociální izolaci, nikoli pro objektivní sociální izolaci, která nastala v období pandemie covidu-19. To je důvod využití těchto dvou rozdílných konceptů ve výzkumu. Respondenti měli možnost vybrat jednu z tří odpovědí: „často“, „někdy“ nebo „téměř nikdy/nikdy“. Třetina respondentů uvádí, že často cítila, že nemohou věci okolo ovlivnit a jsou bezmocní. Skoro čtvrtina se často cítila izolována od ostatních a z 16 % se respondenti cítili často osamoceni. Jako téměř nikdy nebo nikdy se necítilo izolováno nebo osamoceno přibližně 40 % respondentů, přičemž jen čtvrtina se nikdy necítila bezmocná (srov. graf 1).

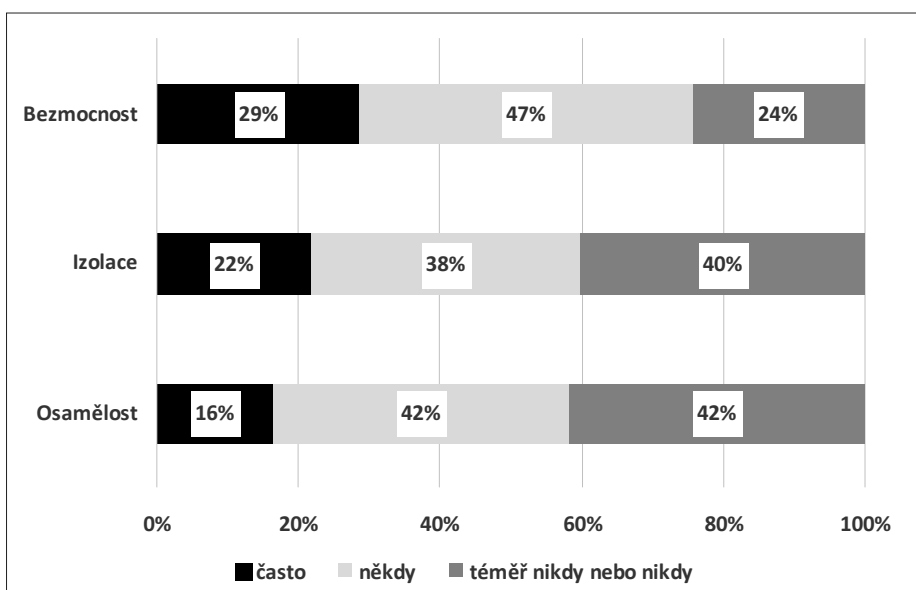
Analýzy třídění druhého stupně identifikovaly několik statisticky významných souvislostí mezi vybranými sociodemografickými znaky a položkami, které měřily pocit osamělosti, izolace nebo bezmocnosti. Zjistilo se, že muži méně často pocítili osamělost nebo izolaci ve srovnání se ženami. Také věk hraje důležitou roli – čím starší jsou respondenti, tím méně deklarují, že pocítili osamocení nebo izolaci. Stejně tak respondenti, kteří žijí v manželství. Vzdělání nebo velikost místa bydliště nehrají žádnou roli.

V dotazníku jsme zjistily i to, jestli respondent měl někdy v minulosti nebo v době dotazování epizodu duševní nemoci/deprese. Více než polovina dotazovaných (60 % respondentů) uvedla, že nikdy neměla duševní nemoc nebo depresi, oproti 8 % respondentů, kteří odpověděli, že mají duševní nemoc nebo depresi v době dotazování. Sečteme-li všechny odpovědi bez ohledu na období přítomnosti duševní onemocnění, můžeme tvrdit, že třetina respondentů se aspoň jednou v životě potýkala s duševním onemocněním (viz tabulku 1).

Třídění druhého stupně ukázalo rozdíly podle pohlaví, kdy ženy významně více uváděly, že aspoň jednou v životě měly duševní onemocnění. I z hlediska věku jsme zjistily rozdíly – starší respondenti ve významně větší míře tvrdili, že nikdy neměli duševní onemocnění. Stejně tak osoby, které mají vysokoškolské vzdělání nebo žijí v manželství nebo nesezdaně soužití.

V souvislosti s problematikou duševního onemocnění byl rovněž zjišťován emocionální a psychologický blahobyt (*well-being*), a to pomocí baterie jedenácti položek. Položky byly měřeny pomocí pětibodové škály, kde 1 znamená „vůbec mě nevystihuje“ a 5 „úplně mě vystihuje“. Pro účel tohoto článku jsme rekódovaly odpovědi „vůbec mě nevystihuje“ a „spíše mě nevystihuje“

Graf 1: Frekvence pocitu bezmocnosti, izolace a osamělosti v posledních 12 měsících (v %)



Zdroj: dotazníkové šetření Nerovnosti ve zdraví 2021, vlastní zpracování

do jedné kategorie odpovědí, a to „nevystihuje“, a odpovědi „úplně mě vystihuje“ a „spíše mě vystihuje“ do kategorie „vystihuje“. Zbylé odpovědi byly neutrální (ani výstižné, ani nevýstižné). Mezi položkami, které mají ambivalentní hodnocení, najdeme položky jako „cítit se smutný nebo depresivní“, „málokdy pocítím strach nebo úzkost“ nebo „obvykle si nedělám starosti“. V případě těchto položek třetina respondentů deklarovala, že je tato položka vystihuje, a další třetina odpověděla, že je nevystihuje. Něco málo přes polovinu respondentů (52 %) tvrdí, že je pocit bezmocnosti nevystihuje

je a nepotřebují nikoho, kdo by jim pomohl vyřešit problémy. Téměř polovina dotazovaných (46 %) nemá pocit, že by se zhroutili, pokud by byli vystaveni velkému stresu, nebo že by se cítili hůř než ostatní (45 %). Podobně je to s možností, že by se někdy cítili bezcenní (44 % respondentů; viz graf 2).

Další z otázek kladených respondentům zjišťovala, jak velmi, pokud vůbec, se v souvislosti s šířením covidu-19 obávají o vlastní zdraví nebo o zdraví svých blízkých. Výsledky ukazují na to, že lidé mají do větší míry obavy o zdraví blízkých – přibližně 82 % respondentů. O vlastní zdraví v souvislosti

s onemocněním covid-19 vyjádřilo obavu něco málo přes polovinu respondentů (55 %; viz graf 3).

Pokud se podíváme na třídění druhého stupně podle hlavních sociodemografických znaků, nenajdeme žádné rozdíly mezi muži a ženami, co se týče obav z covidu-19 a o vlastní zdraví. Starší respondenti (nad 60 let) častěji tvrdí, že rozhodně mají obavy o vlastní zdraví. Vzdělání nebo velikost místa bydliště nehrají žádnou roli. Na druhé straně najdeme rozdíly mezi muži a ženami v souvislosti s obavami o zdraví blízkých – ženy mají (častěji než muži) obavy o zdraví blízkých. Oproti obavám o vlastní zdraví nenajdeme žádné rozdíly mezi věkovými skupinami nebo podle vzdělání či velikosti místa bydliště.

b. Subjektivní blahobyt

Subjektivní blahobyt je častým předmětem výzkumu v sociologii, psychologii nebo ekonomii. V současné době je chápán jako vícerozměrný koncept zahrnující řadu aspektů života jako např. spokojenost se zdravotním stavem nebo s celkovým životem (Chromková Manea a Strapcová, 2019). Sociologické výzkumy ukazují na fakt, že jsou zřejmé rozdíly v míře subjektivního blahobytu na úrovni jednotlivých zemí, ale i mezi různými regiony (Puntscher et al., 2014; Rentfrow, 2018). Úroveň subjektivního blahobytu se liší také podle geografických oblastí a v kontextu ekonomických, sociálních a zdravotních ukazatelů (Chromková Manea a Strapcová, 2019).

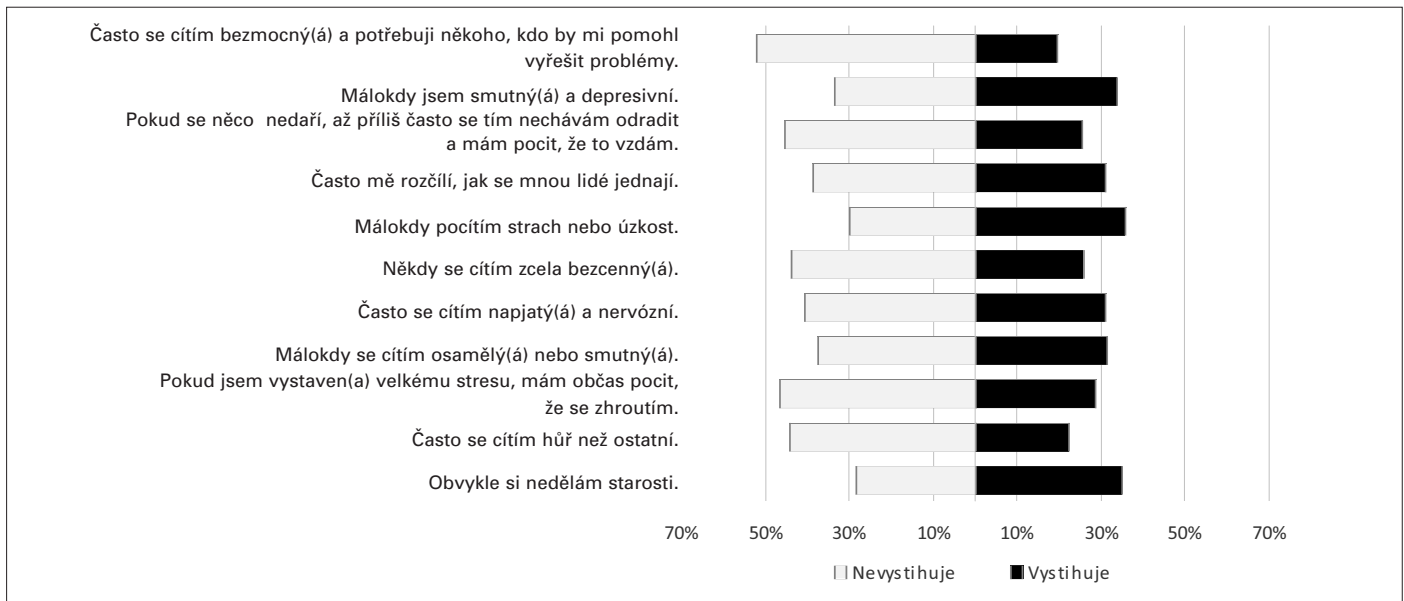
V další části analýzy jsme se zabývaly souvislostí mezi subjektivním blahobytem a pocitem osamělosti, bezmocnosti a izolace.

Tabulka 1: Přítomnost různých onemocnění nebo zdravotních problémů (v %)

	Ano, teď a pokračuje	Ano, v posledních 5 letech	Ano, v posledních 12 měsících	Ano, alespoň jednou za život	Nikdy	Nepamatuji si
	%					
život ohrožující fyzické onemocnění	6,1	2,9	5,3	16,4	59,1	10,2
život ohrožující nehodu/trauma	1,7	1,9	3,6	20,3	63,2	9,5
závažné onemocnění nebo zranění trvající déle než měsíc	12,5	3,2	10,2	27,1	41,0	6,0
velkou operaci	3,0	2,1	10,4	29,7	50,1	4,7
zdravotní postižení	11,4	2,7	4,2	8,5	68,7	4,6
dlouhodobé zdravotní potíže vyžadující léky na předpis	38,0	3,5	10,3	10,9	34,5	2,8
období nebo epizodu duševní nemoci / deprese	8,4	3,4	5,6	14,6	60,4	7,6

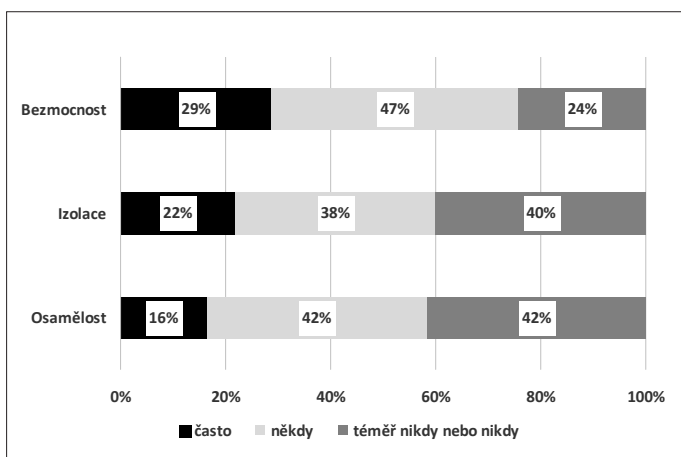
Zdroj: dotazníkové šetření Nerovnosti ve zdraví 2021, vlastní zpracování

Graf 2: Rozložení položek měřící emocionální a psychologický blahobyt (v %)



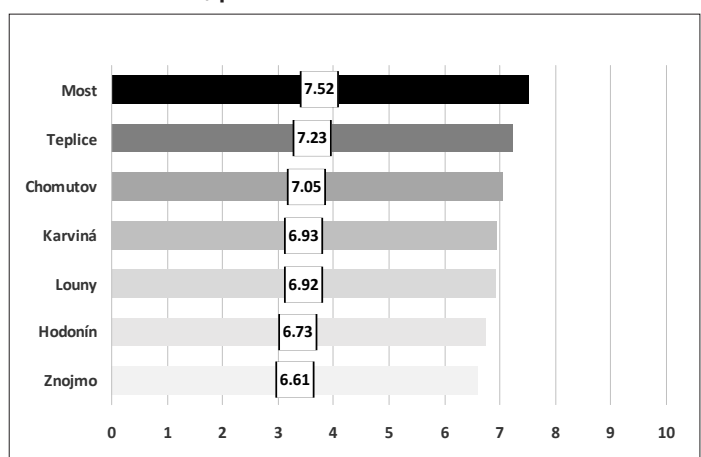
Zdroj: dotazníkové šetření *Nerovnosti ve zdraví 2021*, vlastní zpracování
 Pozn.: jen odpovědi vystihuje/nevystihuje

Graf 3: Obavy o vlastní zdraví nebo zdraví blízkých (v %)



Zdroj: dotazníkové šetření *Nerovnosti ve zdraví 2021*, vlastní zpracování

Graf 4: Průměrná hodnota subjektivního blahobytu (spokojenost se životem) podle okresů



Zdroj: dotazníkové šetření *Nerovnosti ve zdraví 2021*, vlastní zpracování

Zajímalo nás, jestli tyto pocity mají vliv na celkový subjektivní blahobyt respondenta. Součástí výběrového šetření byla otázka s deseti položkami, které zjišťovaly míru spokojenosti s různými aspekty osobního života. Jedna z položek měřila spokojenost se životem, která se velmi často používá jako obecný indikátor subjektivního blahobytu (viz např. Veenhoven, 1993, 2008; Diener a Diener, 1995, Chromková Manea a Strapcová, 2019). Dospělá populace žijící ve vybraných okresech hodnotila míru spokojenosti v každé oblasti pomocí desetibodové škály, kde hodnota 1 znamenala, že respondent je zcela nespokojen, 10 znamenala, že respondent je zcela spokojen. Rozdíly mezi okresy s nejvyšší a nejnižší hodnotou celkové spokojenosti se životem je 0,9 bodu na desetibodové škále (okres Most 7,5 bodů oproti Znojmu se 6,6 body; viz graf 4).

Následující vizualizace ukazuje vztah mezi pocitem osamělosti a izolace a subjektivním blahobytem (vyjádřen pomocí indikátoru celková spokojenost se životem). Např. okres Louny má nejnižší podíl respondentů, kteří se téměř nikdy nebo nikdy necítili osaměle (24 %). Stejný okres naopak nemá nejnižší průměrnou hodnotu subjektivního blahobytu (nejnižší hodnotu vykazuje okres Znojmo; viz obrázek 2 a 3 v příloze).

Další analýzy nám naznačují, že existují rozdíly v průměrných hodnotách subjektivního blahobytu mezi respondenty, kteří se nejčastěji cítí osaměle nebo izolovaně, a těmi, kteří se téměř nikdy nebo nikdy necítili osaměle nebo izolovaně. Hodnoty koeficientu Eta jsou 0,41 pro osamělost, respektive 0,38 pro izolaci, a potvrzují, co již naznačovaly předchozí analýzy: mezi průměrnou osamělost, resp. izolaci, a spo-

kojeností se životem je souvislost. Tyto rozdíly jsou poměrně značné. Počítáme-li i velikost účinku¹, zjistíme, jak velký podíl rozdílu je vysvětlen proměnnou pocitu osamělosti nebo izolace – přibližně 16 % rozdíl v průměru je vysvětlen pocitem osamělosti a stejným podílem pocitem izolace. Zároveň nám výstup analýzy rozptylu (ANOVA) ukazuje, že hodnota statistické signifikance rozdílů v průměrech v našem datovém souboru je 0,000 (průměry se liší), a lze tak předpokládat, že stejný rozdíl najdeme i v celé populaci.

c. Subjektivní zdravotní stav

Graf 5 prezentuje rozložení odpovědí na otázku ohledně sebehodnocení zdravotního stavu respondentů (indikátor subjektivní zdravotní stav) ve vybraných okresech.

Nejlepší okres z hlediska subjektivního zdravotního stavu je Chomutov, kde 70 % dospělých populace hodnotí svůj subjektivní zdravotní stav jako dobrý až výborný. Na druhém konci se nachází okres Karviná, kde přibližně 61 % respondentů udává pozitivní hodnocení. Okresy Louny, Teplice a Karviná jsou okresy, kde najdeme nejvyšší zastoupení těch, kteří hodnotí svůj zdravotní stav jako špatný (mezi 13 až 15 %).

Dále jsme se zabývaly souvislostí mezi subjektivním zdravotním stavem populace a pocitem osamělosti a izolace (viz obrázek 4 a 5 v příloze). Tuto souvislost jsme hodnotily pomocí koeficientu asociace *Cramérovo V*. Výsledný koeficient pro vztah subjektivní zdravotní stav s osamělostí je 0,15, což naznačuje nízkou až střední souvislost. Ani hodnota koeficientu asociace *Cramérovo V* pro vztah subjektivní zdravotní stav a izolace není větší (jen 0,16).

Diskuse a závěr

Cílem tohoto článku bylo prezentovat duševní zdraví a subjektivní zdravotní stav dospělé populace ve vybraných okresech České republiky. Dále si článek kladl za cíl zkoumat subjektivní blahobyt měřený pomocí indikátoru spokojenost se životem a nastínit možnou souvislost mezi duševním zdravím, subjektivním zdravotním stavem a spokojeností se životem.

Zdravotní stav hodnotí jak fyzický stav měřený nejčastěji na úrovni zdravotních omezení a potíží, tak subjektivní pocit zdraví. Z již realizovaného výzkumu víme, že se hodnocení liší podle regionů (okresů) a pohlaví. Okresy s nejvyšším podílem osob, které nemají žádné zdravotní omezení, jsou Strakonice, Liberec, Klatovy nebo Jeseník (všechny okresy mají podíl těchto osob vyšší než 75 %; Hübelová et al., 2021). Z našich dat je zřejmé, že vybrané okresy s největšími nerovnostmi ve zdraví vykazují

méně příznivé hodnocení, co se týče jak zdravotního omezení, tak subjektivního hodnocení zdravotního stavu. V okrese Chomutov najdeme 70 % dospělé populace hodnotící subjektivní zdravotní stav jako dobrý až výborný, nejméně najdeme v okrese Karviná (61 % takových respondentů).

Respondentů, kteří uvádějí, že někdy v životě prodělali závažné onemocnění nebo zranění trvající déle než měsíc, je ve vybraných okresech nadpoloviční většina (53 %). Současně 63 % z nich deklaruje, že někdy v životě prodělali dlouhodobé zdravotní potíže vyžadující léky na předpis a třetina respondentů se aspoň jednou v životě potýkala s duševním onemocněním (viz tabulku 1).

Z dřívějších výzkumů víme, že průměrná celostátní hodnota subjektivního blahobytu dosahovala v roce 2020 hodnoty 6,9 na desetibodové stupnici (Gallup World Poll, 2020). Z již publikovaných výsledků analýz subjektivního blahobytu v České republice je zřejmé, že průměrná hodnota měřená indikátorem „spokojenost se životem“ se od roku 1991 zvyšuje, a to z 6,8 bodů (z desetibodové stupnice) na 7,5 v roce 2017. V roce 2018 byla průměrná hodnota spokojenosti se životem v České republice 7,3 bodů (Chromková Manea a Strapcová, 2019). V porovnání s průměrnými výsledky z roku 2021 (Hübelová et al., 2021) v námi vybraných okresech s největšími nerovnostmi ve zdraví se ukázalo, že příznivější hodnocení subjektivního blahobytu je jen v okrese Most 7,5 bodu. Ostatní okresy dosáhly nižší průměrné hodnoty. Nejnížší hodnotu najdeme v okrese Znojmo (6,6 bodu).

Vztah mezi subjektivním blahobytem a zdravotním stavem je obousměrný. Existují výzkumy, z nichž vyplývá, že subjektivní blahobyt ovlivňuje zdraví a dlouhověkost (Diener a Chan, 2011; Veenhoven, 2012). Výzkumy subjektivního blahobytu v Česku a na Slovensku dokazují, že sociodemografické indikátory jsou důležité determinanty

subjektivního blahobytu. Jako podstatný faktor se ukázal zdravotní stav. V tomto případě platí závislost úrovně zdravotního stavu a spokojenosti se životem. Další důležitý faktor je region, ve kterém respondenti žijí (Chromková Manea a Strapcová, 2019).

Zjistily jsme, že existují rozdíly v průměrných hodnotách subjektivního blahobytu mezi respondenty, kteří se často cítí osamoceni nebo izolovaně, a respondenty, kteří se takto necítí téměř nikdy nebo nikdy. Korelační koeficient pro osamocenosť je 0,41 a pro izolaci 0,38. Obě hodnoty potvrzují, že mezi proměnnou osamělosti, resp. izolace, a spokojeností se životem je souvislost.

V dalších analýzách je potřeba podrobně zkoumat faktory, které mohou ovlivnit duševní zdraví a celkový zdravotní stav osob žijících v regionech/okresech, kde obecně nacházíme větší nerovnosti. Obzvláště je nutné analyzovat pomocí sofistikovanějších indikátorů a statistických technik analýzy dat možný vliv zaměstnání a životních podmínek.

1 Velikost účinku (effect size) se počítá pomocí hodnoty Eta koef. (effect size = Eta squared). implementace

Dedikace/poděkování:

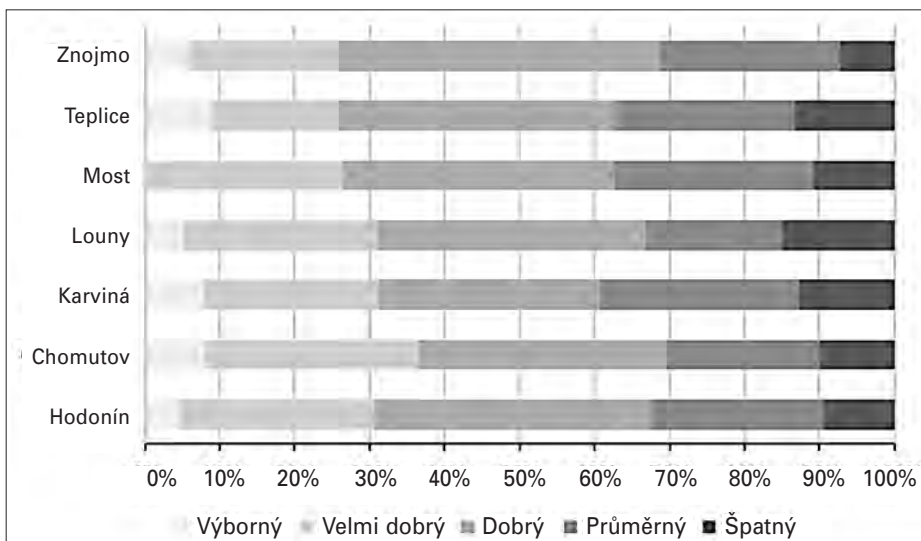
Příspěvek vznikl za finanční podpory Technologické agentury České republiky jako výsledek projektu „Nerovnosti ve zdraví v České republice: význam a vztah determinant zdravotního stavu obyvatelstva v územních disparitách“ (TL03000202).

Děkujeme anonymním recenzentům za jejich věcné připomínky a komentáře.

Literatura

- Blažek, J. a Uhlíř, D. 2011. *Teorie regionálního rozvoje*. 2. vydání. Praha: Karolinum Press.
- Čermák, D., Stachová, J., a Patočková, V. 2011. Individuální sociální kapitál v Kraji Vysočina a v Ústeckém kraji. In: *Sociální kapitál a dopady ekonomické krize v regionech. Kraj Vysočina a Ústecký kraj*, s. 31–57. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
- ČSSZ. 2018. *Vyplácené invalidní důchody ve stavu k 31. 12. 2018* (Online). Dostupné na: <https://www.cssz.cz/documents/20143/99395/vyplaceneinvalidniduchodydleskupindiagnoz2018.pdf/97abd58c-8edc-3ecd-5432-a316dd7e54e7> [11. 1. 2020].
- Diener, E. and Diener, M. 1995. Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653–663.
- Diener, E. and Chan, M. Y. 2011. Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1–43.
- EHIS. 2010. *Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR – EHIS CR Duševní zdraví, vitalita a kognitivní schopnosti*. (Online). Dostupné na: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/12_10.pdf [13. 11. 2019].
- Erben, D. 2019. *Co může způsobit dlouhodobý stres v zaměstnání*. (Online). Dostupné na: <https://faei.cz/co-muze-zpusobit-dlouhodoby-stres-v-zamestnani/> [19. 11. 20219].
- GALLUP WORLD POLL, 2020. *Global Happiness Center. Official statistics for global wellbeing*. Dostupné

Graf 5: Hodnocení subjektivního zdravotního stavu podle okresů (v %)



Zdroj: dotazníkové šetření *Nerovnosti ve zdraví 2021*, vlastní zpracování

na: <https://www.gallup.com/analytics/349487/gallup-global-happiness-center.aspx> [12. 12. 2021].

Gulášová, I. 2013. Prevence krizových situací – stress. *Sestra*, 23(6), 24–26.

Hawkley, L. C. and Cacioppo, J. T. 2010. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–27.

Heřmanová, E. 2013. Psychosociální zdraví v kontextu kulturních systémů a kvality života. In: *Zdraví – výzvy a rizika: sborník z XLIII. konference České demografické společnosti*, s. 22–23. VŠE v Praze. Praha: May 2013. Praha: Oeconomica.

Hübelová, D., Chromková Manea, B.-E., Kozumplíková, A. (eds.). 2021. *Územní nerovnosti ve zdraví v České republice*. Praha: Grada.

Chromková Manea, B. E. a Strapcová, K. 2019. Hledání spokojenosti v životě a důležitost sociálního kapitálu. In: *Rabušic, L., Kusá, Z., Chromková Manea, B. E., Strapcová, K. Odděleně spolu? : Česko a Slovensko optikou vývoje hodnot po roce 1991*, s. 178–208. Bratislava: Slovart.

de Jong Gierveld J. 1987. Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personal and Social Psychology*, 53: 119–128.

Keyes, C. L. M. 2013. Promoting and Protecting Positive Mental Health: Early and Often Throughout the Lifespan. In: *Keyes C. L. M. (Eds.) Mental Well-Being*, s. 3–28. Dordrecht: Springer Science+Business Media.

Malindová, K. 2011. Zdravotní aspekty nezaměstnanosti. *E-psychology*, 5(2–3), 24–33.

Mlčák, Z. 2011. *Psychologie zdraví a nemoci*. 2. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.

Orel, M. 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada.

Patten, S. B. 2001. Long-term medical conditions and major depression in a Canadian population study at waves 1 and 2. *Journal of Affective Disorders*, 63(1–3), 35–41.

Puntscher, S., Hauser, C., Walde, J., and Tappeiner, G. 2014. The Impact of Social Capital on Subjective Well-Being: A Regional Perspective. *Journal of Happiness Studies*, 16(5), 1231–1246.

Rentfrow, P. J. 2018. Geographical variation in subjective well-being. In: *Diener, E., Oishi, S., Tay, L. (Eds.) Handbook of well-being*, s. 866 – 875. Salt Lake City, UT: DEF Publishers.

Vadurová, H. a Mühlpachr, P. 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita.

Veenhoven, R. 1993. *Happiness in nations: subjective appreciation of life in 56 nations 1946–1992*, RISBO, Erasmus University Rotterdam. Dostupné na <https://personal.eur.nl/veenhoven/Pub1990s/93b-part1.pdf>

Veenhoven, R. 2008. Sociological theories of subjective well-being. In: *M. Eid & R. J. Larsen (Eds.), The science of subjective well-being*, s. 44–61. New York: The Guilford Press.

Veenhoven, R. 2012. *Correlates of happiness (World Database of Happiness)*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.

WHO. 2001. *The World Health Report 2001: mental health new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization. Dostupné na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390> [19. 11. 2019].

WHO. 2004. *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (Summary report)*. Geneva: World Health Organization. Dostupné na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/hand->

[le/10665/42940/9241591595.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/handle/10665/42940/9241591595.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [19. 11. 2019].

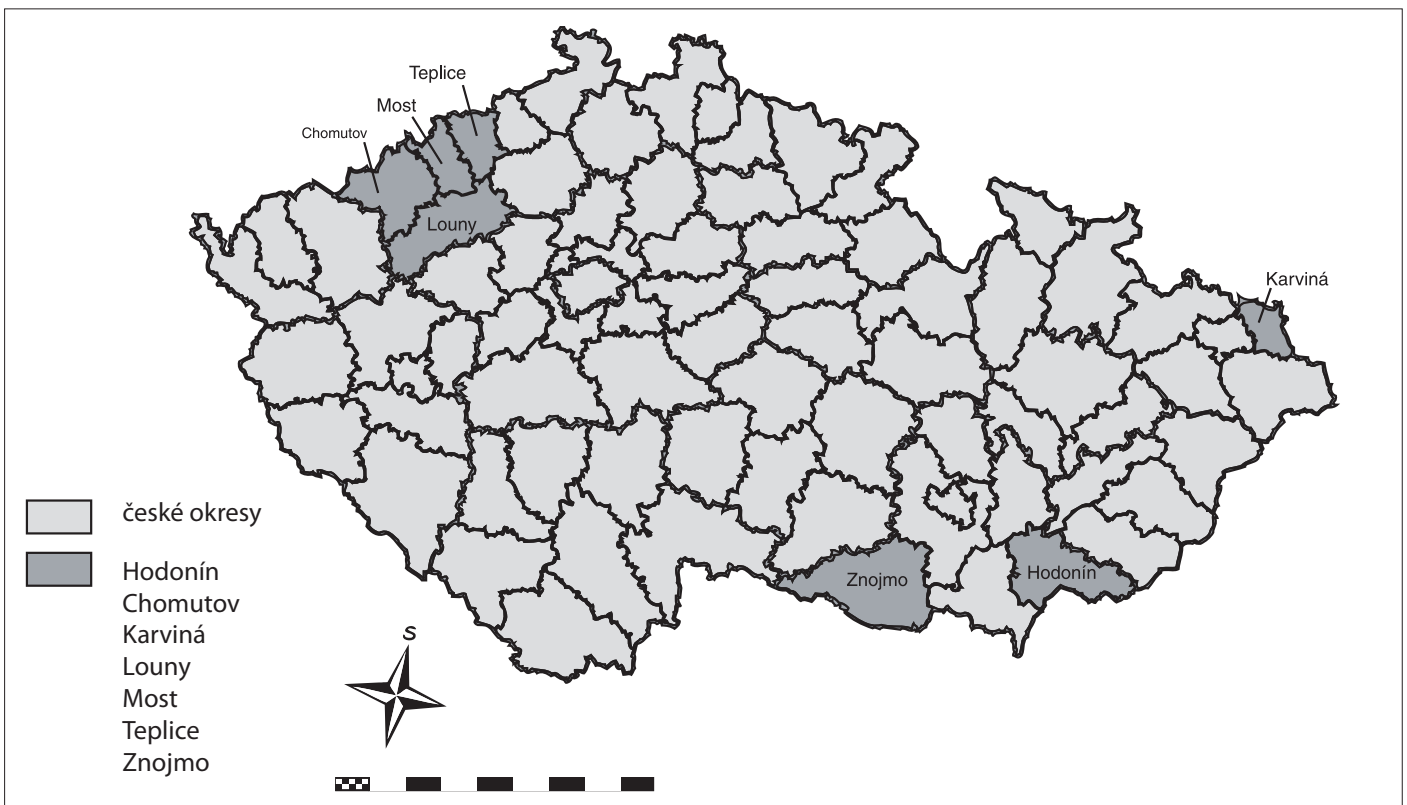
WHO. 2013. *Mental health action plan 2013–2020*. Geneva: World Health Organization. Dostupné na: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/ [19. 11. 2019].

Beatrice-Elena Chromková Manea, M.A., Ph.D. (chromkov@mendelu.cz) působí jako odborná asistentka na Fakultě regionálního rozvoje a mezinárodních studií Mendelovy univerzity v Brně (Faculty of Regional Development and International Studies), tř. Generála Píky 7, 613 00 Brno, Česká republika. Působí také jako vědecká akademická pracovníce na Katedře sociologie Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity. Věnuje se především otázkám zdravotního stavu a kvality života, hodnot, postojů a fertility chování.

PhD. Dana Hübelová, Ph.D. (hubelova@mendelu.cz) působí jako odborná asistentka na Fakultě regionálního rozvoje a mezinárodních studií Mendelovy univerzity v Brně (Faculty of Regional Development and International Studies), tř. Generála Píky 7, 613 00 Brno, Česká republika. Věnuje se zejména problematice demografických a regionálních aspektů zdravotního stavu obyvatelstva a geografii zdraví.

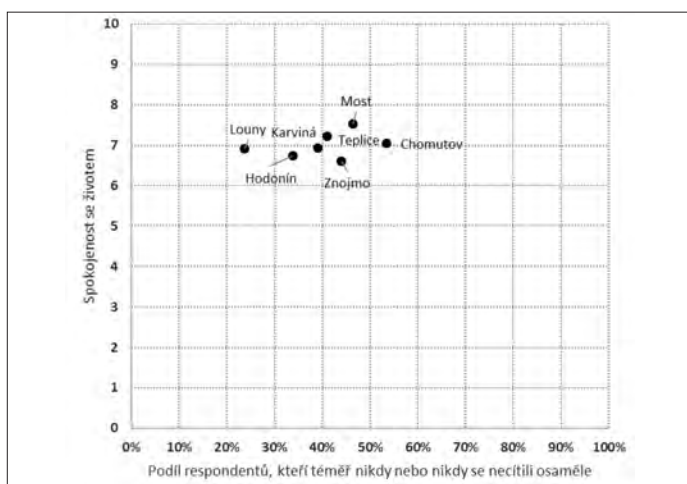
PŘÍLOHA

Obrázek 1: Vybrané okresy s největšími nerovnostmi ve zdraví

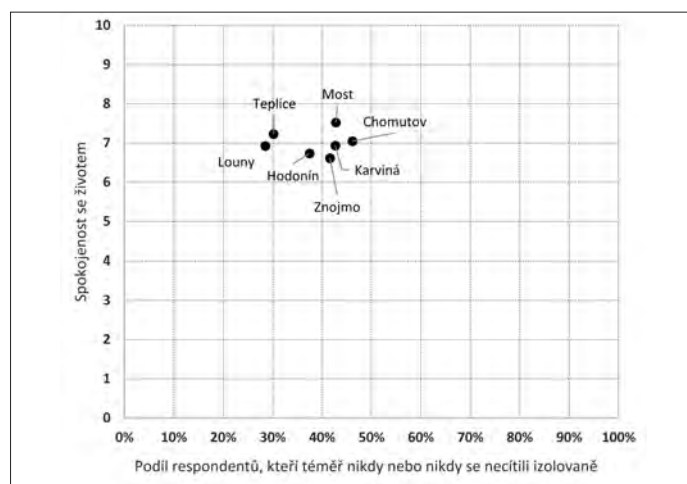


Zdroj: Hübelová et al. (2021)

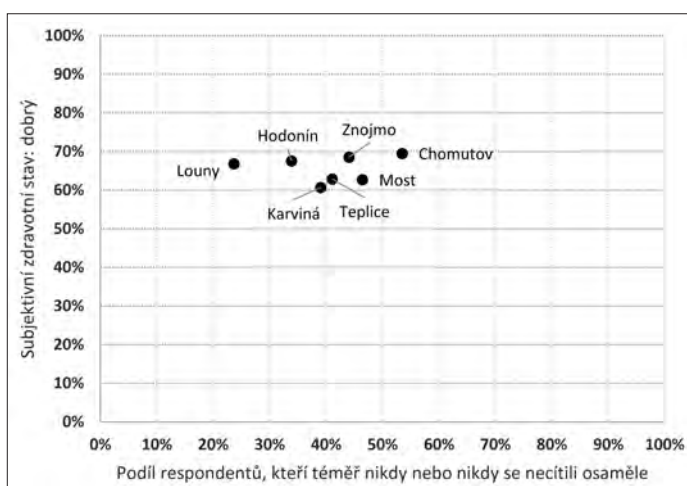
Obrázek 2: Subjektivní blahobyt vs. osamělost



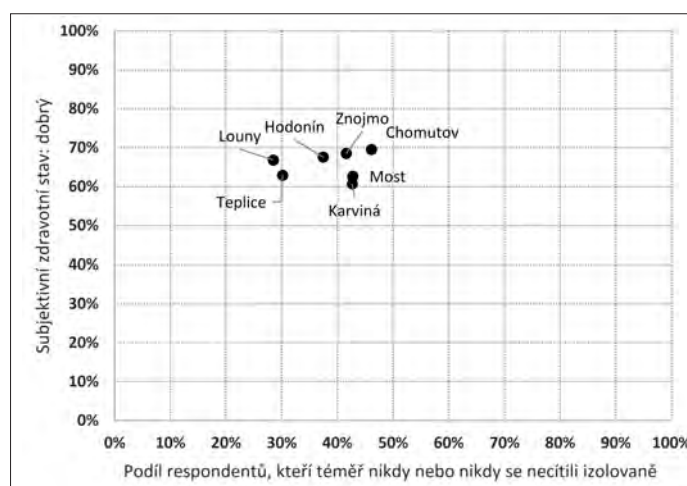
Obrázek 3: Subjektivní blahobyt vs. izolace



Obrázek 4: Subjektivní zdravotní stav vs. osamělost



Obrázek 5: Subjektivní zdravotní stav vs. izolace



Zdroj: dotazníkové šetření Nerovnosti ve zdraví 2021, vlastní zpracování

**Odborný měsíčník Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR
SOCIÁLNÍ SLUŽBY
www.socialnisluzby.eu**

Z obsahu prosincového čísla

- Aktuality APSS ČR 5
- Institut vzdělávání APSS ČR: Nabídka otevřených kurzů 6
- Sexualita: Sexualita a sexuální výchova u lidí s poruchou autistického spektra 12
- Technologie: Technologie v sociálních službách, 2. díl – Kudy vede cesta k asistivním technologiím?
Postarejme se o bezpečnost informací 16
- Sociálně-zdravotní pomezí: Kompetence sester a pečovatelek – Interpersonální konflikty 20
- Psychologie: Sebevražedné aktivity u psychických poruch, 4. část – Vánoce 22
- Bazální stimulace: Bazální stimulace podle Prof. Dr. Fröhliche 26
- Statistika: Kalkulace ekonomické náročnosti a porovnání terénní a pobytové sociální služby z pohledu uživatele
a z pohledu veřejných rozpočtů 28
- Veřejný ochránce práv: Jak Úřad práce ČR určuje výši nájemného v místě obvyklou pro doplatek na bydlení 34
- Právo: Zveřejňování smluv v registru smluv 37
- Technologie: Pracovní tržiště usnadní lidem se zdravotním postižením nacházet zaměstnání 40

Mikroekonomická kvantifikace výhodnosti českého základního důchodového pojištění dle parametrů pro rok 2023

Jiří Vopátek

Abstrakt

Príspevek sa zaoberá solidaritou a ekvivalenciou minimálnej výše vyměřovacieho základu pre odvod poistného na dôchodové poistenie za obdobie 1993–2022 s dopadom na pravidelný starobný dôchod u osmi vymedzených príjmově typizovaných jedinců. Analýza dle parametrů pro rok 2023 prokazuje, že zaměstnanec ve vztahu k minimálnímu započitatelnému příjmu získává celkovou důchodovou dávku až na úrovni 7,3násobku svého průměrného měsíčního vyměřovacieho základu. Vnitřní výnosové procento (IRR) zde dosahuje nejvyšších hodnot. U osoby samostatně výdělečně činné s minimálním vyměřovacím základem pro odvod poistného dosahuje výše řádně vyměřeného starobního důchodu více než 2,9násobku svého průměrného měsíčního vyměřovacieho základu. I v tomto případě IRR dosahuje vysokých hodnot. Osoba s minimální mzdou získává celkovou důchodovou dávku na úrovni 2,1násobku svého průměrného měsíčního vyměřovacieho základu. Článek analýzou IRR dokládá, že tzv. I. důchodový pilíř je stále výhodně nastaven pro osoby s nejnižšími vyměřovacími základy pro odvod poistného na důchodové pojištění.

Klíčová slova: Česká republika, důchod, poistné na důchodové pojištění, solidarita, ekvivalence, vyměřovací základ, vnitřní výnosové procento, doba pobírání

Abstract

The paper addresses the solidarity and equivalence of the minimum amount of the assessment base for the payment of pension insurance premiums for the period 1993–2022 with an assessment of the impact on the regular old-age pension for eight defined income-typed individuals. According to the parameters for 2023, the analysis revealed that with respect to the minimum countable income, employees receive a total pension benefit of up to 7.3 times their average monthly assessment base, concerning which the internal rate of return (IRR) attains its highest values. Regarding self-employed persons with a minimum assessment base for the payment of insurance premiums, the amount of the duly assessed old-age pension reaches more than 2.9 times their average monthly assessment base; thus, even in this case, the IRR attains high values. Persons on the minimum wage receive a total pension benefit at a level of 2.1 times their average monthly assessment base. The article proves, employing IRR analysis, that the so-called first pension pillar remains advantageous for persons with the lowest assessment bases for the deduction of pension insurance premiums.

Keywords: Czech Republic, pension, pension insurance premiums, solidarity, equivalence, assessment basis, internal rate of return, acquisition period

Úvod

Základním pilířem financování důchodových dávek je v ČR tzv. I. pilíř (základní důchodové pojištění). Jde o systém s povinnou účastí, průběžně financovaný a dávkově definovaný, kterého se vedle zaměstnanců účastní také osoby v kategorii osob samostatně výdělečně činných (OSVČ).

Minimální vyměřovací základy pro platbu poistného na důchodové pojištění z kategorie OSVČ (viz tabulku A v příloze) mají vliv na vyměření výše důchodové dávky, konkrétně na tzv. procentní výměru, která odráží ekvivalentnost (zásluhovost) odvozenou od vyměřovacích základů pro platbu poistného na důchodové pojištění. Celková výše důchodové dávky se skládá z procentní výměry a tzv. základní výměry.

V roce 2016 ministryně práce a sociálních věcí dopisem OSVČ upozornila na budoucí nízký důchod v případě nízkých (minimálních) vyměřovacích základů pro platbu poistného na důchodové pojištění (Břešťan, 2016). V dopise se uvádí tento příklad: OSVČ byla důchodově pojištěna 45 let, odchází do starobního důchodu v roce 2015

a v období podnikání (1991–2014) si platila minimální zákonné poistné na důchodové pojištění. Základ pro výpočet důchodu je v dopise spočten na částku 4 989 Kč, tj. pro potřebu výpočtu tzv. procentní výměry, která dle uvedeného činí 3 368 Kč (1,5 % x 45 let x 4 989). S tzv. základní výměrou je výše starobního důchodu v dopise vyčíslena na 5 768 Kč (při vyloučené době v období 1986–1990).

České základní důchodové pojištění (dále též důchodový systém, tzv. I. pilíř) poskytuje jako součást sociálního systému relativně vyšší plnění osobám s nižšími příjmy v porovnání s osobami vyšších příjmů. V rámci přípravy podkladů pro rozhodování o pokračování důchodové reformy v letech 2004 až 2005 (činnost tzv. Bezděkovy komise) byly provedeny propočty prostřednictvím vnitřní míry výnosu (Výkonný tým – Základní varianta, 2005). „Kritérium vnitřní míry výnosu nahlíží na důchodový systém jako na investici jednotlivce a kalkuluje výnosnost takovéto investice (placení poistného vs. získaný důchod ze systému)“ (s. 9). V dokumentu jsou uvedeny vnitřní míry výnosu dle tehdy platné legislativy

k 1. 10. 2004. Konkrétně se uvádí: „Celkově dochází ve středním až dlouhém období pro všechny PTJ [příjmově typizované jedince] k určitému poklesu vnitřní míry výnosu. Důchodový systém však i nadále poskytuje dlouhodobý výnos přes 5,5 % ročně pro PTJ-muže (přes 6 % ročně pro PTJ-ženy) s průměrným a podprůměrným celoživotním výdělkem. Detailní analýza prokázala, že výše vnitřní míry výnosu není příliš citlivá na skutečném věku odchodu do důchodu“ (s. 9). Předmětná analýza se nezabývá detailní problematikou dopadu minimálních vyměřovacích základů u OSVČ, osob v zaměstnání s minimálními příjmy ani osob, které v rámci zaměstnání dosahují minimálního započitatelného měsíčního příjmu v kategorii, kdy již nejde o tzv. příležitostné zaměstnání (viz § 6 zákona o nemocenském pojištění zaměstnanců č. 54/1956 Sb. a § 6 zákona o nemocenském pojištění č. 187/2006 Sb.).

V březnu 2010 vydal Ústavní soud ČR nálezný ÚS Pl. ÚS 8/07 (Sbírka zákonů č. 135/2010 Sb.), ve kterém se zabýval problematikou nastavení tzv. redukčních hranic, solidaritou spolu s ekvivalencí v průběžném

systému financování důchodových dávek. Uvedeným nálezem Ústavní soud ČR zasáhl do tzv. I. pilíře, kdy došlo ke zrušení ustanovení § 15 zákona o důchodovém pojištění (tzv. redukční hranice).

Od 1. 1. 2021 si mohou za určitých podmínek OSVČ zvolit tzv. paušální režim (zákon č. 540/2020 Sb., kterým se mění zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů). V takovém případě je minimální vyměřovací základ pro platbu pojistného na sociální zabezpečení, které zahrnuje pojistné na důchodové pojištění, zvýšen o 15 % (§ 14 odst. 3 zákona České národní rady o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti č. 589/1992 Sb.). Současně ČSSZ uvádí: „V případě, že by si OSVČ, jejíž daň byla rovna paušální dani, chtěla určit vyměřovací základ vyšší, může takto učinit jen souběžným přihlášením se k dobrovolnému důchodovému pojištění podle § 6 odst. 2 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů“ (CSSZA).

Cíl příspěvku

Tento článek si klade za cíl kvantifikovat dopad různě vysokých, zejména minimálních vyměřovacích základů pro odvod pojistného na důchodové pojištění na celkovou výši řádného starobního důchodu (tzv. základní výměra spolu s procentní výměrou). Autor zohledňuje právní úpravu České republiky a přináší simulaci tzv. vnitřního výnosového procenta. Rozšiřuje propočty Výkonného týmu (2005) o problematiku minimálních odvodů pojistného na důchodové pojištění OSVČ ve vzájemné komparaci níže metodicky vymezených příjmově typizovaných jedinců (dále též PTJ) ke stavu důchodové legislativy roku 2023. Za pomoci simulace tzv. vnitřního výnosového procenta a poměru důchodové dávky k dlouhodobému průměrnému vyměřovacímu základu pro odvod pojistného lze s ohledem na míru solidarity lépe posoudit samotné nastavení tzv. I. pilíře za pomoci PTJ s různě vysokými vyměřovacími základy pro odvod pojistného na důchodové pojištění.

Cíl 1: určit dopad minimálního vyměřovacího základu na výši řádného starobního důchodu u OSVČ (0), která vykonávala podnikání jako svou hlavní činnost, kdy v období 2013–2015 se neúčastnila zrušeného tzv. II. pilíře (zákon o důchodovém spoření č. 426/2011 Sb.; zákon č. 428/2011 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o důchodovém spoření a zákona o doplňkovém penzijním spoření; § 105c zákona o důchodovém pojištění č. 155/1995 Sb.). Výpočet je rozšířen o dvě specifické situace OSVČ v paušálním režimu, které umožní kvantifikovat dopad různých minimálních vyměřovacích základů u OSVČ na výši důchodové dávky v komparaci s dalšími PTJ: a) OSVČ (1), která by odváděla minimální pojistné na důchodové pojištění

v paušálním režimu hypoteticky již od roku 1993, tj. v období 1993–2022, dle systému nastaveného od 1. 1. 2021. Minimální vyměřovací základ se v této variantě navyšuje o 15 % již od roku 1993; b) OSVČ (2), která je rovněž v paušálním režimu po celé období 1993–2022 (stejně jako OSVČ (1)) a současně v období posledních 15 roků, tj. 2008–2022, si minimální vyměřovací základ pro odvod pojistného zvyšuje souběžným přihlášením se k dobrovolnému důchodovému pojištění podle § 6 odst. 2 z. č. 155/1995 Sb. Cílem vyčíslení procentní výměry ve všech variantách OSVČ je provedení její komparace s procentní výměrou PTJ, který pobíral měsíční příjem: a) na úrovni násobku 0,5; 0,7; 1,0 tzv. všeobecného vyměřovacího základu (VVZ) dle z. č. 155/1995 Sb., b) na úrovni jednonásobku minimální mzdy (MM), a dále za c) se zaměstnancem, který je důchodově pojištěn minimální částkou, která dosahuje započitatelného příjmu v měsíci, kdy již nejde o tzv. příležitostné zaměstnání (viz zákon o nemocenském pojištění).

Cíl 2: na základě celkové výše odvedeného pojistného na důchodové pojištění v období 1993–2022 spolu s výší tzv. řádného starobního důchodu vyměřeného dle parametrů pro rok 2023 vyčíslit tzv. vnitřní výnosové procento (IRR) v závislosti na době jeho pobírání u OSVČ (0; /1; /2) při minimálním vyměřovacím základu pro odvod pojistného na důchodové pojištění. Výsledky OSVČ jsou komparovány s PTJ, který pobíral měsíční příjem na úrovni: a) příslušného násobku VVZ, b) jednonásobku MM, a za c) se zaměstnancem, který dosahuje minimálního započitatelného příjmu v měsíci, kdy již nejde o tzv. příležitostné zaměstnání dle zákona o nemocenském pojištění.

Text je členěn do třech základních částí.

První část se zabývá problematikou solidarity a ekvivalence v základním důchodovém systému (tzv. I. pilíř, základní důchodové pojištění). **V části druhé** objasňujeme zvolenou metodiku, shrnujeme systém výpočtu důchodové dávky v rámci tzv. I. pilíře a vymezení přístupu v podobě vnitřního výnosového procenta (IRR) spolu s uvedením problematiky doby pobírání procentní výměry. **Třetí část** přináší vlastní analýzu a její výsledky.

1 Teoretická východiska: solidarita a ekvivalence v pojetí redukčních hranic v I. pilíři v podmínkách ČR

Krebs (2010) uvádí, že „míra solidarity v důchodovém systému je dána zejména příjmovou redistribucí a poskytováním výhodnějších pravidel pro některé skupiny pojištěnců,“ kdy jako příklad zmiňuje zvýhodnění OSVČ právě v oblasti výše pojist-

ného na důchodové pojištění: „Možnost volby relativně nízkého vyměřovacího základu a skutečnost, že se při jeho stanovení vychází z rozdílu mezi příjmy a výdaji, vedou k tomu, že se OSVČ podílejí na úhradě výdajů na svůj důchod oproti zaměstnancům v menší míře. OSVČ odvedly v roce 2008 v průměru pojistné na důchody z vyměřovacího základu ve výši cca 50 % průměrného vyměřovacího základu zaměstnance. Zaměstnanci tak výrazně dotují OSVČ.“ V důsledku redistribuce systému jsou vykazovány výrazné prvky příjmové solidarity: „Osoby s vyššími příjmy mají relativně nižší důchody, protože poměr důchodu k dosahované mzdě klesá s rostoucí mzdou.“ Pokles je „způsoben výraznou redukcí osobního vyměřovacího základu. Systém je pak příliš šetrný pro důchody z nadprůměrných příjmů“ (s. 235–236).

Rovněž Příb (2012) uvádí: „V důchodovém pojištění se uplatňuje princip solidarity, a to především pojištěnců s vyššími příjmy s pojištěnci s nižšími příjmy. Tento princip se v praxi projevuje především ve způsobu stanovení výše důchodu, neboť od určité výše se základ pro výpočet důchodu redukuje, tj. nezohledňuje se plně“ (s. 12).

Pojistněmatematická zpráva o důchodovém pojištění za rok 2017 (MPSV) k redukčním hranicím sděluje, že aplikace „redukčních hranic představuje významný prvek příjmové solidarity v důchodovém systému, kdy k vyšším příjmům je při stanovení důchodu přihlíženo méně a naopak k nižším příjmům více. K příjmům nad druhou redukční hranici se nepřihlíží vůbec“ (s. 6). Lze doplnit, že problematikou nastavování redukčních hranic se zabýval Ústavní soud ČR, který zrušil ustanovení § 15 zákona o důchodovém pojištění (viz nálezy Ústavního soudu ČR č. 135/2010 Sb.). Vláška na nálezy Ústavního soudu ČR reagovala zákonem č. 220/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.

Z hlediska právního, morálního, sociálního se tématem spravedlnosti zabývá Zoubek (2010), který mimo jiné uvádí, že „spravedlnost je v první řadě kategorií etickou a v právním smyslu znamená poskytnout státní ochranu proti nespravedlnosti. Zde ovšem narážíme na složitou otázku kritérií spravedlivého rozhodování“ (s. 45). V případě sociální spravedlnosti autor poukazuje na rozpínání tohoto pojmu do neurčita s obtížnou jasností, jako je např. „sociální spravedlnost, sociální demokracie, sociální tržní hospodářství nebo sociální právní stát, to vše jsou pojmy, které zamlžují kategorie spravedlnosti, demokracie či právního státu“ (s. 48).

Holub (2009) vymezuje solidaritu vertikální a horizontální. V případě vertikální solidarity se jedná „o solidaritu vysokopříjmových s nízkopříjmovými v rámci jedné generace účastníci se důchodového pojištění,“ kdy tato solidarita je ovlivněna

redukčními hranicemi. Dále jde „o *solidaritě* jednotlivých forem výdělečné činnosti (solidaritě zaměstnanců s OSVČ, kdy je OSVČ umožněno stanovit si vyměřovací základ ve výši určitého procentního zohlednění rozdílu mezi příjmy a výdaji).“ V případě **horizontální solidarity** se může jednat „o *solidaritě* mezi ekonomicky aktivní a ekonomicky neaktivní částí populace vyjádřenou prostřednictvím institutu náhradních dob pojištění.“ Autor dále zmiňuje **solidaritě mezigenerační a vnitrogenerační**, tj. prostřednictvím institutu náhradních dob pojištění – např. „*osoby s nižším vzděláním s osobami s vyšším vzděláním; solidaritě bezdětných s dětnými; solidaritě zaměstnaných s nezaměstnanými; solidaritě zdravých a nemocných*“ (s. 476).

Autoři Šatava a Pertold (2017) uvádějí, že OSVČ podnikající od roku 1996 mají v porovnání se zaměstnanci pobírajícími průměrnou mzdu důchody nižší v průměru o 13 %, kdy příčinou jsou vyměřovací základy, které jsou pouze z poloviny zisku. Současně autoři upozorňují na to, že kvůli nízkým vyměřovacím základům v důchodovém systému u OSVČ dochází k redistribuci právě od zaměstnanců směrem k OSVČ, kdy obě skupiny mají stejnou pracovní historii.

Autoři Dušek, Kalíšková a Münich (2013) ve své studii poukazují na výraznou disparitu ve zdanění zaměstnanců a podnikatelů v daňovém systému v ČR, což má negativní dopad i na odvody nejen pojistného na důchodové pojištění, ale i na odvody veřejného zdravotního pojištění. Výrazný rozdíl mezi zaměstnanci a podnikateli pak vede, jak závěr studie uvádí, „*k nadužívání kontraktů OSVČ i v případech, kdy by jinak zaměstnanecký kontrakt byl výhodnější*“ (s. 5).

Tzv. ekvivalence se v systému projevuje do úrovně první redukční hranice, která je nastavena na úroveň 44 % tzv. průměrné mzdy vymezené zákonem o důchodovém pojištění (§ 15 odst. 3 a 4 z. č. 155/1995 Sb.). Po jejím překročení již samotná výše procentní výměry důchodové dávky neroste proporcionálně s výší předdůchodového příjmu, roste pomaleji. Rytířová (2013) uvádí, že „*důchodové pojištění je nevýhodné pro osoby s vyššími příjmy, např. ve srovnání s třetím pilířem, kdy prvek solidarity se takto neprojevuje; vyplácené dávky zde plně odpovídají naspořeným prostředkům*“ (s. 43).

2 Vymezení metodického přístupu

a) Metodické ukotvení pro cíl 1

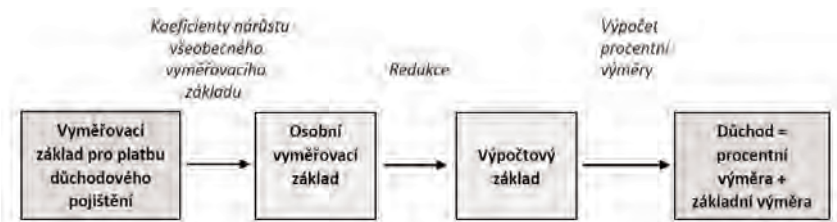
Metodika výpočtu řádného starobního důchodu vychází ze zákona o důchodovém pojištění (z. č. 155/1995 Sb.).

Předmětem analýzy je dopad vyměřovacích základů na odvod pojistného na důchodové pojištění u vymezených PTJ (OSVČ a zaměstnanci) na výši řádného starobního důchodu, která je odrazem para-

metrů pro výpočet důchodové dávky pro rok 2023 (viz tabulku B v příloze).

Osobní vyměřovací základ, ze kterého vychází tzv. procentní výměra důchodové dávky, se upravuje dle redukčních hranic (první a druhé), kdy částka nad první redukční hranicí se započítává pouze částečně, tj. 26 %. V případě vyšších příjmů dochází k ovlivnění výše procentní výměry druhou redukční hranicí. Čím vyšší příjem, respektive vyměřovací základ pro odvod pojistného (VZ), tím nižší je poměr celkové důchodové dávky, resp. samotné procentní výměry k předdůchodovému příjmu (VZ). Princip výpočtu shrnuje Rytířová (2013) prostřednictvím níže uvedeného schéma 1.

Schéma 1 Princip výpočtu důchodové dávky



Zdroj: Rytířová (2013, s. 31); upraveno

Výpočty v předloženém článku jsou postaveny na modelových situacích vycházejících z těchto předpokladů: ve všech variantách se jedná o pojištěnce, který nemá nárok na zvýšení procentní výměry starobního důchodu za vychované dítě dle zákona č. 323/2021 Sb., kterým se mění zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, a zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení; odchází do řádného starobního důchodu v roce 2023; celková doba důchodového pojištění činí 45 let; do výpočtu vstupují výděly vymezené § 16 odst. 3 zákona o důchodovém pojištění za rozhodné období 1986 až 2022. Parametry výpočtu jsou uvedeny v tabulce A v příloze (shrnutí vývoje minimálního vyměřovacího základu u OSVČ /0/), v tabulce B v příloze (parametry výpočtu pro rok 2023) a v tabulce C v příloze (matice vstupních údajů).

Tzv. PTJ se pro dané potřeby vymezují v **osmi variantách, kdy předdůchodový příjem je a) pro tři modelové varianty** v období 1986–2022 na úrovni příslušného násobku tzv. všeobecného vyměřovacího základu (VVZ) dle z. č. 155/1995 Sb., tj. 0,5; 0,7; 1,0; **b) pro jednu modelovou variantu** v období 1986–1992 jednonásobek tzv. VVZ a pro období 1993–2022 jednonásobek MM; **c) pro jednu modelovou variantu** v období 1986–1992 jednonásobek VVZ a pro období 1993–2022 situace, kdy zaměstnanec je důchodově pojištěn minimální částkou, která dosahuje započitatelného příjmu v měsíci, kdy již nejde o tzv. příležitostně zaměstnaní dle zákona o nemocenském pojištění. Zaměstnanec si v tomto případě lacině kupuje účast v I. pilíři ještě za výhodnějších podmínek oproti OSVČ s minimálním vyměřo-

vacím základem pro odvod pojistného na důchodové pojištění; **d) pro jednu modelovou variantu** v období 1986–1992 na úrovni jednonásobku tzv. VVZ a pro období 1993–2022 v úrovni minimálního vyměřovacího základu (VZmin) u osoby samostatně výdělečně činné (**OSVČ /0/**) vykonávající hlavní činnost. Tato varianta je výpočty rozšířena o specifické situace OSVČ v paušálním režimu: **a) OSVČ (1)**, která by odváděla minimální pojistné na důchodové pojištění v paušálním režimu hypoteticky již od roku 1993, tj. v období 1993–2022, dle systému nastaveného od 1. 1. 2021. Minimální vyměřovací základ se v této variantě navyšuje o 15 % již od roku 1993; **b) OSVČ (2)**, která je rovněž v paušálním režimu po

celé období 1993–2022 (stejně jako OSVČ /1/) a současně v období posledních 15 let, tj. 2008–2022 si minimální vyměřovací základ pro odvod pojistného zvyšuje souběžným přihlášením k dobrovolnému důchodovému pojištění podle § 6 odst. 2 z. č. 155/1995 Sb.

Tzv. PTJ představuje určité zjednodušení. Ve všech variantách se jedná o **tzv. statického jedince**, jehož příjem po celou dobu pracovní či ekonomické aktivity kopíruje v příslušném období vývoj příslušného předdůchodového příjmu, resp. vyměřovacího základu pro odvod pojistného na důchodové pojištění.

Průměrná mzda se pro uvedené účely ztotožňuje s tzv. VVZ, který je zákonem o důchodovém pojištění dlouhodobě metodicky ukotven a pro každý rok je samostatně vyhlášován ve sbírce zákonů.

Ve všech modelových variantách činí tzv. vyloučená doba 0.

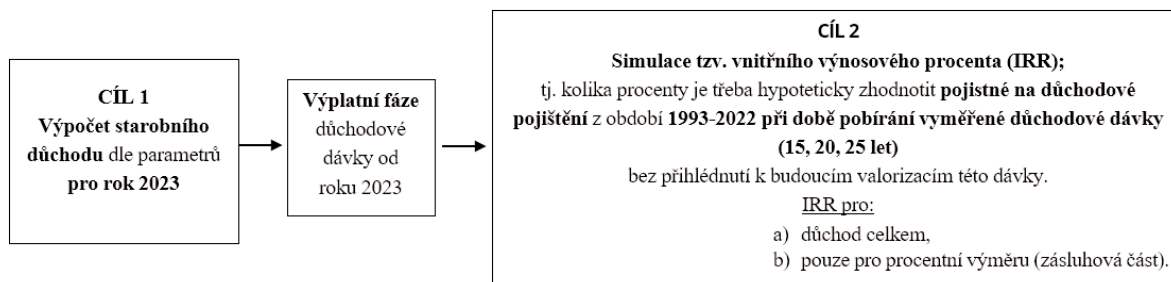
b) Metodické ukotvení pro cíl 2

Prostřednictvím simulace vnitřního výnosového procenta (IRR) je určena hypoteticky požadovaná výnosnost tzv. I. pilíře vycházející z postupně odváděného pojistného (1993–2022) na důchodové pojištění a hodnoty pobíraného řádně vyměřeného starobního důchodu dle parametrů pro rok 2023 při uvažované době pobírání (15, 20, 25 let). Princip je zachycen prostřednictvím schéma 2.

Potřebné hodnoty jsou shrnuty v tabulce D v příloze.

Po dobu pobírání důchodové dávky dochází u daného PTJ k dekumulaci pojistného

Schéma 2 Princip metodického postupu



Zdroj: vlastní

na důchodové pojištění z období 1993–2022. Při postupné dekumulaci se určí tzv. vnitřní výnosové procento (Internal Rate of Return, IRR) ve výši, pro kterou bude platit nulová čistá současná hodnota (Net Present Value, NPV), tedy $NPV = 0$ (Leinweber, Dedek, Kotěšovcová, 2014).

IRR (2023) je determinováno zejména faktorem času, tj. po jakou dobu bude nevalorizovaná důchodová dávka (což IRR podhodnocuje, viz dále) v dané výši v jednotlivých rocích pobírána. Čím bude doba pobírání delší, tím bude požadavek na IRR vyšší, a opačně.

V rámci interpretace v uvedeném kontextu platí, že čím je IRR vyšší, tím je účast v systému I. pilíře pro daného PTJ výhodnější. Čím vyšší hodnota IRR, tím více jsme upozorňováni na situaci, že PTJ uhradil do I. pilíře méně, než z důchodového systému s ohledem na výši důchodové dávky a délku jejího pobírání může získat. Nastavení systému se stává pro příslušného PTJ za daných okolností výhodné. Čím je IRR nižší, tím se stává nastavení systému tzv. I. pilíře pro daného PTJ v komparaci s jinými PTJ méně výhodné. Dávka je s ohledem na výši odvedeného pojistného PTJ v komparaci s jiným PTJ příliš nízká nebo je dávka pobírána velmi krátkou dobu. Obecně výhoda i nevýhoda se zcela vytrácí v situaci, kdy $IRR = 0$; účast v tzv. I. systému se stává irelevantní. V případě záporných hodnot IRR by byla signalizována specifická situace, kdy doba pobírání důchodové dávky by byla s ohledem na výši dávky velmi krátká nebo samotná výše důchodové dávky by byla s ohledem na odvedené pojistné na důchodové pojištění velmi nízká. Tudíž pro daného PTJ by byl systém tzv. I. pilíře nevýhodný. Vyměřovací základy pro odvod pojistného na důchodové pojištění byly vysoké.

Z metodického hlediska se upřesňuje:
a) sazba pojistného na důchodové pojištění v celkové výši 28 % (resp. ve sledovaném období se pohybovala mezi 26 % až 28 %) kryje tři rizika (stáří, invaliditu a pozůstalost). Dle portálu MF ČR (monitor.statnipokladna.cz; dle údajů ČSSZ) se na starobní důchody v průměru za období 2017–2021 z vybraného pojistného na důchodové pojištění vydává cca 82,64 %. Zbývající připadá na ostatní důchodové dávky. Z celkové

sazby 28 % připadá na starobní důchody 23,14 p. b. Pro potřeby analýzy je zahrnuto celé pojistné na důchodové pojištění s vědomím toho, že hodnoty IRR jsou o něco podhodnocené; b) analýza abstrahuje od budoucí valorizace vyměřeného řádného starobního důchodu po roce 2023, neboť valorizaci by bylo nutné čistě odhadovat. Výše takového odhadu by mohla být spekulativní. Z tohoto důvodu vychází IRR (2023) ve všech případech nižší (IRR je podhodnocené) oproti situaci se zohledněním budoucí valorizace; c) hodnota IRR bude mít (vedle vlivu doby pobírání důchodové dávky) tendenci se (mírně) zvyšovat tím více, čím kratší bude období pro zahrnutí pojistného na důchodové pojištění od r. 1993 včetně. Resp. hodnota IRR má tendenci (mírně) klesat, čím pozdější výpočet důchodové dávky je prováděn s ohledem na počet let odváděného pojistného na důchodové pojištění od uvedeného roku, tj. v situacích zvyšujícího se počtu let pro odvod pojistného od roku 1993, která jsou do výpočtu IRR zahrnuta (ceteris paribus). Autor si je tak vědom, že na straně jedné pracuje s dobou pojištění 45 let, ovšem odvedené pojistné na důchodové pojištění se kalkuluje od roku 1993, tedy „pouhých“ 30 let. U budoucích výpočtů (mladších ročníků) se tento rozdíl postupně snižuje a až vyrovnává. Tím bude budoucí simulovaná hodnota IRR tlačena směrem dolů.

2.1 Doba pobírání procentní výměry důchodové dávky

V roce 2023 odcházejí do důchodu muži s datem narození 1. 1. 1959 až 31. 12. 1959, kdy důchodový věk činí 64 let. Doba pobírání důchodové dávky lze rozlišovat třemi pohledy. **Pohled první:** střední délka života neboli naděje dožití (e_x) v rámci statistické úmrtnosti „udává průměrný počet let, který prožije právě x -letá osoba při zachování úmrtnostních poměrů daného období. Jedná se o syntetický ukazatel, který odráží úmrtnostní poměry ve všech věkových skupinách“ (ČSÚ). Pro uvedeného muže dosahuje naděje dožití (e_x) dle údajů roku 2021 při věku 62 let (r. narození 1959) hodnoty 16,57 roků (ČSÚ). Naděje dožití má tendenci se v čase postupně mírně prodlužovat.

Pohled druhý: průměrnou dobu pobírání důchodové dávky uvádí Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZb) 18,9 roků (muži; údaj r. 2021), viz tabulku E v příloze. Mírný pokles pro rok 2021 je dán vyšší smrtností s ohledem na pandemii covidu-19. V případě zohlednění tzv. vzdělanostně podmíněné úmrtnosti lze přidat **pohled třetí**. V rámci této úmrtnosti je diskutována naděje dožití osob, které mají nejnižší příjmy (tedy na úrovni minimální mzdy), neboť dosahují nejnižšího vzdělání (= základní vzdělání). Viz např. Mackenbach a kol. (2015). Jde o tzv. nerovnost v úmrtnosti podle úrovně dosaženého vzdělání, kdy lidé s nižší úrovní vzdělání mají výrazně kratší střední délku života než lidé s vyšším vzděláním. V případě mužů v ČR (data 2000–2005) se prostřednictvím datového souboru DEMETRIQ uvádí míra úmrtnosti podle dosaženého vzdělání na úrovni cca 2,8 (cca 2,2 v případě žen). Úmrtnost u mužů se základním a nižším sekundárním vzděláním je o cca 2,8krát vyšší (resp. cca 2,2krát vyšší u žen) než u osob s postsekundárním vzděláním. Na uvedenou problematiku upozorňují rovněž Zimmermann a kol. (2014), kdy ve svém článku poukazují na skutečnost, že segmenty populace s vyšším vzděláním, které mají obvykle vyšší výdělky, mají také vyšší očekávanou délku života. Výsledky autorů ukazují, že rozdíly vyplývající z výše vzdělání (čtyři vzdělávací skupiny), výše důchodové dávky (resp. procentní výměry) a doby jejího pobírání jsou relativně velké.

Autoři Jahoda, Špalek (2009) předpokládají, že střední délka života se u osoby (bez ohledu na pohlaví) ve věku 65 let zvyšuje o 0,1 roku každý rok. Rozsah zvýšení (0,1 roku/rok) je obtížné odhadnout, neboť to znamená odhad průměrného věku umírání za několik let odted. Z uvedeného důvodu jsou uvažovány alternativní scénáře doby pobírání důchodové dávky.

3 Analytická část

a) Výsledky dle vymezeného cíle 1

Výpočty potvrzují nelineární růst důchodové dávky v závislosti na výši předdůchodových příjmů. S růstem vyměřovacích

základů (VZ) se postupně snižuje ekvivalence (zásluhovost) a současně se zvyšuje solidarita v důchodovém systému ve prospěch osob s nízkými předdůchodovými příjmy.

Procentní výměra je v případě OSVČ v paušálním režimu (/1/; 10 163 Kč) oproti OSVČ bez paušálního režimu (/0/; 9 508 Kč) vyšší pouze o cca 6,89 %, resp. o 655 Kč/měsíčně. OSVČ (1) si tak „kupuje“ měsíční nominální zvýšení procentní výměry při vyšší měsíční platbě na pojistném o 15 %. V komparaci procentní výměry OSVČ (/0/; 9 508 Kč) s procentní výměrou zaměstnance s minimálním započitatelným příjmem pro odvod pojistného na důchodové pojištění (6 431 Kč) je tato výměra OSVČ (0) vyšší o cca 47,85 %. Jde tak o komparaci dlouhodobě nejnižších vyměřovacích základů v období 1993–2022 mezi OSVČ (0) a zaměstnanci.

V komparaci procentní výměry mezi OSVČ s paušálním režimem hypoteticky již od roku 1993 (/1/; 10 163 Kč) a OSVČ (/2/; 12 231 Kč) lze pozorovat, že v případě vyměřovacích základů v režimu paušální daně a současně s přihlášením se k dobrovolnému důchodovému pojištění v posledních 15 letech (2008–2022) je procentní výměra OSVČ (2) v komparaci s OSVČ (1) vyšší o cca 20,35 %.

Procentní výměra PTJ s MM činí 12 141 Kč, u OSVČ (2) 12 231 Kč. I přesto, že OSVČ (2) odvedla na pojistném důchodového pojištění o cca 20,19 % více než PTJ s MM, tak procentní výměra (zásluhová část) dosahuje pohledem roku 2023 téměř stejné výše.

Výsledky jsou shrnuty v tabulce 1; odvedené pojistné je uvedeno v tabulce D v příloze.

U OSVČ s minimálními VZ (0) z období 1993–2022, tj. za období 30 let, výše dů-

chodové dávky dosahuje více než 2,92násobku tohoto minimálního průměrného VZ (13 548 / 4 639), resp. 2,04 při zohlednění pouze procentní výměry. Ještě daleko vyššího násobku ve výši více než 7,32 (10 471 / 1 430), resp. 4,49 při zohlednění pouze procentní výměry, je dosaženo u zaměstnanců s téměř celoživotním minimálním započitatelným příjmem pro odvod pojistného na důchodové pojištění. Takových násobků není zdaleka dosaženo u osob s jinými hypoteticky nejnižšími téměř celoživotními příjmy (VZ), tj. v případě příjmu na úrovni 0,5 VVZ; 0,7 VVZ a osoby s příjmem na úrovni minimální mzdy. Obdobnou situaci je možné pozorovat i u OSVČ (1), kde tyto násobky činí 2,66; resp. 1,90. V případě OSVČ (2) 1,80; resp. 1,35. Tyto poměry signalizují výhodné nastavení tzv. I. pilíře pro osoby s různými dlouhodobě nízkými VZ.

Tabulka 1 Celková výše řádného starobního důchodu vyměřená v roce 2023
(doba pojištění 45 let, 1 rok pojištění = 1,5 % z výpočtového základu po redukcii)

Položka výpočtu	0,5 VVZ	0,7 VVZ	1,0 VVZ	1,0 MM	Minimální započitatelný příjem zaměstnance	(0) VZ_{min} u OSVČ
Osobní vyměřovací základ před redukcí	20 148 Kč	28 208 Kč	40 294 Kč	18 674 Kč	9 526 Kč	14 085 Kč
Výpočtový základ	18 369 Kč	20 464 Kč	23 607 Kč	17 986 Kč	9 526 Kč	14 085 Kč
Procentní výměra dle doby pojištění (67,5 % z výpočtového základu)	12 400 Kč	13 814 Kč	15 935 Kč	12 141 Kč	6 431 Kč	9 508 Kč
Základní výměra r. 2023	4 040 Kč	4 040 Kč	4 040 Kč	4 040 Kč	4 040 Kč	4 040 Kč
Celkový řádný starobní důchod dle parametrů roku 2023	16 440 Kč	17 854 Kč	19 975 Kč	16 181 Kč	10 471 Kč	13 548 Kč

Specifické situace u OSVČ

Položka výpočtu	(1) VZ_{min} OSVČ – režim paušální daň	(2) VZ_{min} OSVČ – režim paušální daň s dobrovolnou účastí
Osobní vyměřovací základ před redukcí	15 055 Kč	19 192 Kč
Výpočtový základ	15 055 Kč	18 120 Kč
Procentní výměra dle doby pojištění (67,5 % z výpočtového základu)	10 163 Kč	12 231 Kč
Základní výměra r. 2023	4 040 Kč	4 040 Kč
Celkový řádný starobní důchod dle parametrů roku 2023	14 203 Kč	16 271 Kč

Zdroj: vlastní zpracování

Poznámka:

VVZ – všeobecný vyměřovací základ (jeho násobek), OSVČ – osoba samostatně výdělečně činná s minimálním vyměřovacím základem (VZ), MM – minimální mzda (její jednonásobek)

Na straně jedné zde může uvedená celková výše řádného starobního důchodu vyměřeného dle parametrů pro rok 2023 vypadat jako velmi nízká. Tj. např. v případě varianty PTJ s minimální mzdou (16 181 Kč), s minimálním započitatelným příjmem zaměstnance (10 471 Kč), OSVČ (0) s minimálním vyměřovacím základem (13 548 Kč), OSVČ (1) 14 203 Kč, OSVČ (2) 16 271 Kč. Na straně druhé individuální poměr vyměřené celkové výše starobního důchodu k průměrnému vyměřovacímu základu za posledních 30 let vykazuje důchodová dávka nemalé výše (213,98 %; 732,24 %; 292,05 %; 266,22 %; 180,31 %). Tímto pohledem lze obtížně hovořit o nízké důchodové dávce. Takto nastavený důchodový systém tzv. I. pilíře, resp. jeho výdajová strana v porovnání s příjmovou stranou, generuje až velkorysé důchodové dávky s ohledem na dlouhodobě nejnižší VZ pro odvod pojistného na důchodové

jištění, byť se jedná o dávkově definované důchodové schéma.

Výpočty jsou shrnuty v tabulce 2.

Pro osoby s nejnižšími možnými vyměřovacími základy pro odvod pojistného na důchodové pojištění je uvedené nastavení tzv. I. pilíře velmi příznivé, neboť minimální platby jim s ohledem na solidaritu generují podstatně vyšší důchodovou dávku. Uvedenému jde u OSVČ naproti **a)** zejména samotné nastavení daňových základů, neboť v případě uplatňování tzv. výdajových paušálů¹ dle zákona o dani z příjmů ve své podstatě snižuje vyměřovací základ pro odvod pojistného na důchodové pojištění, a to až na minimum a za **b)** nastavení minimálního vyměřovacího základu pro odvod pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, resp. pojistného na důchodové pojištění na úrovni pouhých 25 % tzv. průměrné mzdy dle zákona o důchodovém pojištění. Lze shrnout, že

OSVČ (resp. obecně PTJ s nízkými VZ) s minimálními odvody jsou dotovány jak z řad samotných OSVČ s vyššími VZ, tak také zaměstnanci s vyššími VZ. V případě osoby z řad zaměstnanců, která dosahuje ve své podstatě minimálního započitatelného příjmu pro odvod pojistného na důchodové pojištění, kdy již nejde o tzv. příležitostné zaměstnání, je situace ještě více specifická. Tato osoba si za nejnižší možné odvody „kupuje“ v takto nastaveném důchodovém systému velkorysou důchodovou dávku.

b) Výsledky dle vymezeného cíle 2

Odvedené pojistné na důchodové pojištění dle jednotlivých modelových variant v období 1993–2022 je shrnuto v tabulce D v příloze.

Doba pobírání řádného starobního důchodu je s ohledem na výše uvedené její vymezení stanovena variantně (15; 20; 25 let).

Tabulka 2 Výše důchodové dávky k průměrnému měsíčnímu vyměřovacímu základu

Položka výpočtu	0,5 VVZ	0,7 VVZ	1,0 VVZ	1,0 MM	Minimální započitatelný příjem zaměstnance	(0) VZ _{min} u OSVČ
Celková výše řádného starobního důchodu r. 2023	16 440 Kč	17 854 Kč	19 975 Kč	16 181 Kč	10 471 Kč	13 548 Kč
Průměrný měsíční VZ z období 1993–2022 (30 let)	10 786 Kč	15 100 Kč	21 570 Kč	7 562 Kč	1 430 Kč	4 639 Kč
Výše celkového důchodu / průměrný měsíční VZ (1993–2022)	152,42 %	118,23 %	92,61 %	213,98 %	732,24 %	292,05 %
Výše procentní výměry k průměrnému měsíčnímu VZ (1993–2022)	114,96 %	91,48 %	73,88 %	160,55 %	449,72 %	204,96 %

Specifické situace u OSVČ

Položka výpočtu	(1) VZ _{min} OSVČ – režim paušální daň	(2) VZ _{min} OSVČ – režim paušální daň s dobrovolnou účastí
Celková výše řádného starobního důchodu r. 2023	14 203 Kč	16 271 Kč
Průměrný měsíční VZ z období 1993–2022 (30 let)	5 335 Kč	9 024 Kč
Výše celkového důchodu / průměrný měsíční VZ (1993–2022)	266,22 %	180,31 %
Výše procentní výměry k průměrnému měsíčnímu VZ (1993–2022)	190,50 %	135,54 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 3 Simulující vnitřní výnosové procento (IRR) v rámci I. pilíře při zohlednění celkové výše řádného starobního důchodu s parametry roku 2023
(při zohlednění pouze zásluhové části, tj. procentní výměry uvedené důchodové dávky)

Doba pobírání	IRR dosažené při příslušné době pobírání celkové výše řádného starobního důchodu vyměřeného v roce 2023 (pouze při procentní výměře)					
	0,5 VVZ	0,7 VVZ	1,0 VVZ	1,0 MM	Minimální započitatelný příjem zaměstnance	(0) VZ _{min} u OSVČ
	Celková výše řádného starobního důchodu vyměřeného v roce 2023 (pouze procentní výměra)					
	16 440 Kč (12 400 Kč)	17 854 Kč (13 814 Kč)	19 975 Kč (15 935 Kč)	16 181 Kč (12 141 Kč)	10 471 Kč (6 431 Kč)	13 548 Kč (9 508 Kč)
15 let	5,26 % (3,83 %)	3,98 % (2,66 %)	2,72 % (1,54 %)	7,14 % (5,68 %)	14,40 % (11,94 %)	9,08 % (7,22 %)
20 let	6,08 % (4,78 %)	4,91 % (3,72 %)	3,78 % (2,72 %)	7,84 % (6,49 %)	14,74 % (12,39 %)	9,68 % (7,95 %)
25 let	6,55 % (5,33 %)	5,45 % (4,34 %)	4,39 % (3,42 %)	8,22 % (6,95 %)	14,90 % (12,61 %)	9,99 % (8,34 %)

Specifické situace u OSVČ

Doba pobírání	IRR dosažené při příslušné době pobírání celkové výše řádného starobního důchodu vyměřeného v roce 2023 (pouze při procentní výměře)	
	(1) VZ _{min} OSVČ – režim paušální daň	(2) VZ _{min} OSVČ – režim paušální daň s dobrovolnou účastí
	Celková výše řádného starobního důchodu vyměřeného v roce 2023 (pouze procentní výměra)	
15 let	8,60 % (6,83 %)	7,07 % (5,39 %)
20 let	9,23 % (7,59 %)	7,88 % (6,34 %)
25 let	9,56 % (7,00 %)	8,31 % (6,87 %)

Zdroj: vlastní výpočty

S ohledem na očekávání, že se střední délka života či naděje dožití (e_x) postupně zvyšuje, lze považovat pobírání důchodové dávky dle nastaveného statutárního věku pro odchod do důchodu po dobu cca 20 let (+/-) za pravděpodobné (*ceteris paribus*).

Požadavky na nejvyšší hodnoty IRR jsou vykazovány u nízkopříjmových jedinců. Absolutně nejvyšších hodnot je dosaženo v kategorii zaměstnanců s dlouhodobě minimálním započitatelným příjmem a dále pak u OSVČ s minimálními vyměřovacími základy. Relativně vysoké hodnoty ukazují, že za daných podmínek uvedený PTJ s ohledem na odvedené pojistné na důchodové pojištění za roky 1993–2022 získá při dané době pobírání důchodové dávky ze systému tzv. I. pilíře mnohem více, než bylo z jeho strany do systému vloženo. Uvedené implikuje mikroekonomický finančně nekrytý individuální závazek, resp. individuální

deficit, v takto nastaveném systému. S postupným růstem vyměřovacích základů pro odvod pojistného na důchodové pojištění se požadavek na IRR snižuje. Ovšem čím vyšší doba pobírání řádného starobního důchodu, tím vyšší IRR.

Mezi faktory, které tlačí IRR k vyšším hodnotám, lze zejména zařadit: čím vyšší základní výměra (resp. její zohlednění ve výpočtu IRR) důchodové dávky, tím vyšší IRR; čím delší doba pobírání důchodové dávky, tím vyšší IRR; čím nižší vyměřovací základy pro odvod pojistného na důchodové pojištění, tím vyšší IRR; při zohlednění budoucí valorizace důchodové dávky by bylo IRR vyšší. V případě opaku je tendence k nižším hodnotám IRR.

Každoročními propočty dle příslušných parametrů pro výpočet řádného starobního důchodu lze dlouhodobě sledovat nastavení tzv. I. pilíře prostřednictvím IRR za pomoci staticky vymezených PTJ.

Závěr

I přes rozhodnutí Ústavního soudu ČR z roku 2010 je v českém důchodovém systému stále obsažena silná příjmová redistribuce, která posiluje pobídky k platbě minimálního pojistného na důchodové pojištění. Systém tzv. I. pilíře je i nadále výrazně příjmově redistribuční a preferuje skupiny, které odvádějí minimální platby do systému. OSVČ má současně možnost prostřednictvím daňových technik optimalizovat daňový základ, který vstupuje do systému vyměřovacího základu pro odvod pojistného na důchodové pojištění. Rovněž má možnost se rozhodnout, zda vstoupí či nevstoupí do tzv. paušálního režimu a zda bude či nebude tento režim kombinovat se souběžným přihlášením se k dobrovolnému důchodovému pojištění.

Analýza za pomoci simulace vnitřního výnosového procenta (IRR) dokládá,

že nízkopříjmovým jedincům (zejména v případě OSVC s minimálním vyměřovacím základem /VZ/, zaměstnanec s minimálním započitatelným příjmem, minimální mzdou) se za stávajících podmínek vyplatí účast v tzv. I. pilíři. Stávající dlouhodobé nastavení tzv. I. pilíře generuje nízkopříjmovým příjmově typizovaným jedincům (PTJ) relativně – s ohledem na dlouhodobě minimální VZ – vysokou základní důchodovou dávku. Při různé délce jejího pobírání (bez přihlídnutí k její postupné valorizaci) získávají ze systému výrazně více než jakýkoliv jiný PTJ.

V širším kontextu nelze pominout fakt, že tzv. I. pilíř, který tvoří základ finančního zabezpečení na stáří, je pouhou jednou součástí širšího systému sociálního zabezpečení, v němž stát na jedné straně nabízí různou formu podpory těm, kterým příjmy nestačí na pokrytí základních výdajů (např. při nízkém nominálním důchodu lze za zákonem daných podmínek čerpat příspěvek na bydlení), a na straně druhé vyžaduje neúměrně vyšší pojistné na důchodové pojištění pro zachování finanční udržitelnosti takového systému.

Uvedené propočty vztahené k roku 2023 nadále potvrzují trend vysoké solidarity ve prospěch osob s nízkými vyměřovacími základy pro odvod pojistného na důchodové pojištění, což může být nadále v kolizi s nálezem Ústavního soudu ČR (Pl. ÚS 8/07).

Takto dlouhodobě nastavený systém může otevírat otázku spravedlnosti při vyměřování důchodových dávek. K takovému posouzení může být využit nejen náhradový poměr, ale také poměr mezi důchodovou dávkou k průměrnému VZ za dané období spolu s přístupem prostřednictvím simulace IRR a jeho vývoje v čase. Metodický přístup k měření solidarity a ekvivalence lze využít nejen při případné důchodové reformě, ale také při parametrických úpravách samotného tzv. I. pilíře v ČR.

1 § 7 odst. 7 Zákona o daních z příjmů č. 586/1992 Sb., v platném znění: paušál 80 % (max. 1,6 mil. Kč), 60 % (max. 1,2 mil. Kč), 40 % (max. 0,8 mil. Kč), 30 % (max. 0,6 mil. Kč); stav k 19. 11. 2021.

Literatura

Boldrin, M., Jimenez-Martin, S., & Peracchi, F. (1999). Social security and retirement in Spain. In J. Gruber & D. A. Wise (Eds.), *Social security and retirement around the world* (pp. 305–353). Chicago: University of Chicago Press

Brdek, M.; Jírová, H.; Krebs, V. a Průša, L. (2002). *Trendy v evropské sociální politice*. Praha: ASPI, 2002. ISBN 80-86395-25-1

Břešťan, R. (2016). *Ministryně Marksová varuje živnostníky: Platte více! Podívejte se na celý dopis*. Dostupné z: <https://hlidacipeny.org/ministryne-marksova-varuje-zivnostniky-platte-vice-podivejte-se-na-cely-dopis/>

ČSSZa. *OSVC poplatníkem v paušálním režimu*. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/web/cz/osvc-v-pausalnim-rezimu> [on-line: 2022-11-05]

ČSSZb. *Otevířená data: Průměrná délka pobírání starobního důchodu*. Dostupné z: <https://data.cssz.cz/web/otevrena-data/graf-prumerna-delka-pobirani-starobního-duchodu>

Český statistický úřad (ČSÚ). *Úmrtnostní tabulky za ČR, regiony soudržnosti a kraje - 2020-2021*, 30. 5. 2022. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/umrtnostni-tabulky-za-cr-regiony-soudrznosti-a-kraje-20202021> [on-line: 2022-10-19]

Dušek, L.; Kališková, K.; Münich, D. (2013). *Kdo a kolik odvádí do společné kasy? Zdanění příjmů ze zaměstnání a podnikání v českém systému*. IDEA 2013. Studie 8/2013, 7. 10. 2013. Institut pro demokracii a ekonomickou analýzu (IDEA). Vydavatel: Národohospodářský ústav AVČR, v.v.i., s. 1–10. Dostupné z: https://idea.cerge-ei.cz/files/IDEA_Studie_8_2013.pdf

Fachinger, U. & Frankus, A. (2015). *Freelancers, self-employment and the insurance against social risks*. In A. Burke (Ed.), *The handbook of research on freelancing and self-employment* (pp. 135–146). Foxrock: Senate Hall Academic

Holub, M.; *Nepříspěvkové doby pojištění – významný prvek české důchodové reformy*. Politická ekonomie, 57 (4); s. 471 – 494. ISSN 0032-3233 (Print) 2336-8225 (Online). Dostupné z: <https://polek.vse.cz/pdfs/pol/2009/04/03.pdf>

Höppner, J. (2021). How does self-employment affect pension income? A comparative analysis of European welfare states. *Soc Policy Adm.* 2021; 55: 921–939. Dostupné z: <https://doi-org.zdroje.vse.cz/10.1111/spol.12676>

Choi, J. (2009). Pension Schemes for the Self-Employed in OECD Countries. *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, No. 84, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/224535827846>

Krebs, V. (2010). *Sociální politika*. 5. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika. ISBN 978-80-7357-585-4.

Jahoda, R.; Špalek, J. (2009). *Pension Reform through Voluntary Opt-Out: The Czech Case*. *Finance a úvěr – Czech Journal of Economics and Finance*, 59, 2009, no. 4; s. 309–333. Dostupné z: http://journal.fsv.cuni.cz/storage/1163_1163_309-333--jah-sp.pdf

Lakotová, L. (2019). Komparativní analýza penzijních systémů. Informační studie. Národní rozpočtová rada, sekce Makroekonomických a fiskálních analýz. Dostupné z: <https://unrr.cz/vydavame/studie/>

Leinweber, V.; Dedek, O.; Kotěšovcová, J. (2014). *Operační a strategické podnikové finance: kde a jak se v podniku generují peníze*. Praha: VOX. ISBN 978-80-87480-21-2.

Mackenbach J. P.; Menvielle, G.; Jasilionis, and Rianne de Gelder. (2015). MEASURING EDUCATIONAL INEQUALITIES IN MORTALITY. *STD/DOC(2015)8, STD WORKING PAPER No 66*. Dostupné z: [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=STD/DOC\(2015\)8&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=STD/DOC(2015)8&docLanguage=En)

MPSV. *Pojistněmatematická zpráva o důchodovém pojištění za rok 2017*. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/statisticka-informace-projekce-a-pojistnematematice-zpravy-o-socialnim-pojisteni>

Nález č. 135/2010 Sb., náleze Ústavního soudu ČR ze dne 23. 3. 2010 ve věci návrhu na zrušení § 15 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění (Pl. ÚS 8/07)

Nařízení vlády č. 227/1995 Sb., kterým se stanoví pro účely důchodového pojištění výše všeobecných vyměřovacích základů za období před rokem 1995 a výše přepočítacího koeficientu pro úpravu všeobecného vyměřovacího základu za rok 1994

Nařízení vlády č. 290/2022 Sb., o výši všeobecného vyměřovacího základu za rok 2021, přepočítacího koeficientu pro úpravu všeobecného vyměřovacího základu za rok 2021, redukčních hranic pro stanovení výpočtového základu pro rok 2023 a základní výměry důchodu stanovené pro rok 2023 a o zvýšení důchodů v roce 2023

Portál MF ČR. *Dle dat ČSSZ*. Dostupné z: monitor.stat-nipokladna.cz

Příb, J. (2012). *Kdy do důchodu a za kolik*. 13. aktualizované vydání: GRADA Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-4090-4.

Rytiřová, L. (2013). *Důchodový systém v České republice*. 1. vydání: Nakladatelství ANAG. ISBN 978-80-7263-821-5.

Sněmovní tisk 787/0 z 23. března 2020. *Vládní návrh zákona o některých úpravách v oblasti pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a důchodového pojištění v souvislosti s mimořádnými opatřeními při epidemii v roce 2020*, viz zákon č. 136/2020 Sb.

Šatava, J.; Pertold, F. (2017). *Příjmy seniorů: práce, nástupní důchody a jejich valorizace*. IDEA PRO VOLBY 2017. Studie 9/2017, červen 2017. Institut pro demokracii a ekonomickou analýzu (IDEA). Vydavatel: Národohospodářský ústav AVČR, v.v.i., s. 1–24. Dostupné z: https://idea.cerge-ei.cz/files/IDEA_Studie_9_2017_Prijmy_senioru/mobile/index.html#p=13

Výkonný tým – Základní varianta (2005). *Příprava podkladů pro rozhodování o pokračování důchodové reformy v letech 2004 až 2005 (činnost tzv. Bezděkovy komise)*. Soubory ostatních variant – Základní varianta. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/priprava-podkladu-pro-rozhodovani-o-pokracovani-duchodove-reformy-v-letech-2004-az-2005-cinnost-tzv-bezdekovy-komise>

Zimmermann, P.; Mazouch, P.; Hulíková Tesárková, K. (2014). *The difference in present value of retirement pensions for education groups*. The 8th International Days of Statistics and Economics, Prague, September 11–13, 2014 (s. 1715–1721). Dostupné z: https://msed.vse.cz/msed_2014/article/397-Zimmermann-Pavel-paper.pdf

Zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění, v platném znění

Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, v platném znění

Zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, v platném znění

Zákon č. 136/2020 Sb., o některých úpravách v oblasti pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a důchodového pojištění v souvislosti s mimořádnými opatřeními při epidemii v roce 2020

Zákon č. 220/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony

Zákon č. 540/2020 Sb., kterým se mění zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony v souvislosti s paušální daní; Sněmovní tisk č. 922/0

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 582/1992 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

Zoubek, V. (2010). *Právo a státověda*. Úvod do právního a státovědního myšlení. Plzeň. Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s. r. o. 700 s. ISBN 978-80-7380-239-4.

Ing. Jiří Vopátek, Ph.D.
(jiri.vopatek@vse.cz; jvopatek@centrum.cz)
působí jako odborný asistent a současně i jako vedoucí Katedry společenských věd Fakulty managementu VŠE v Praze (Prague University of Economics and Business, Faculty of Management, Department of Social Sciences), Jarošovská 1117/II, 377 01 Jindřichův Hradec, Česká republika. Zaměřuje se zejména na problematiku důchodového systému v České republice a veřejné finance.

PŘÍLOHA

Tabulka A Vývoj minimálního vyměřovacího základu pro platbu pojistného na důchodové pojištění u osob samostatně výdělečně činných (hlavní činnost)

Rok	Minimální měsíční vyměřovací základ u hlavní činnosti	Sazba pojistného na důchodové pojištění
1993	1/2 minimální mzdy, tj. 1 100 Kč	27,2 %
1994	1/2 minimální mzdy, tj. 1 100 Kč	27,2 %
1995	1/2 minimální mzdy, tj. 1 250 Kč	27,2 %
1996	1/4 první redukční hranice, tj. 1 250 Kč	26,0 %
1997	1/4 první redukční hranice, tj. 1 400 Kč	26,0 %
1998	1/4 první redukční hranice, tj. 1 475 Kč	26,0 %
1999	1/4 první redukční hranice, tj. 1 525 Kč	26,0 %
2000	1/4 první redukční hranice, tj. 1 575 Kč	26,0 %
2001	1/4 první redukční hranice, tj. 1 650 Kč	26,0 %
2002	1/4 první redukční hranice, tj. 1 775 Kč	26,0 %
2003	1/4 první redukční hranice, tj. 1 850 Kč	26,0 %
2004	40 % z 1 (VVZ ₂₀₀₂ * PK ₂₀₀₂), tj. 40 % z 1 (15 711 * 1,0717) = 3 368 Kč	28,0 %
2005	45 % z 1 (VVZ ₂₀₀₃ * PK ₂₀₀₃), tj. 45 % z 1 (16 769 * 1,0665) = 4 024 Kč	28,0 %
2006	50 % z 1 (VVZ ₂₀₀₄ * PK ₂₀₀₄), tj. 50 % z 1 (17 882 * 1,0532) = 4 709 Kč	28,0 %
2007	50 % z 1 (VVZ ₂₀₀₅ * PK ₂₀₀₅), tj. 50 % z 1 (18 809 * 1,0707) = 5 035 Kč	28,0 %
2008	50 % z 1 (VVZ ₂₀₀₆ * PK ₂₀₀₆), tj. 50 % z 1 (20 050 * 1,0753) = 5 390 Kč	28,0 %
2009	25 % z (VVZ ₂₀₀₇ * PK ₂₀₀₇), tj. 25 % z (21 527 * 1,0942) = 5 889 Kč	28,0 %
2010	25 % z (VVZ ₂₀₀₈ * PK ₂₀₀₈), tj. 25 % z (23 280 * 1,0184) = 5 928 Kč	28,0 %
2011	25 % z (VVZ ₂₀₀₉ * PK ₂₀₀₉), tj. 25 % z (24 091 * 1,0269) = 6 185 Kč	28,0 %
2012	25 % z (VVZ ₂₀₁₀ * PK ₂₀₁₀), tj. 25 % z (24 526 * 1,0249) = 6 285 Kč	28,0 %
2013	25 % z (VVZ ₂₀₁₁ * PK ₂₀₁₁), tj. 25 % z (25 093 * 1,0315) = 6 471 Kč	28 % bez účasti v tzv. II. pilíři (jinak 30 %)
2014	25 % z (VVZ ₂₀₁₂ * PK ₂₀₁₂), tj. 25 % z (25 903 * 1,0015) = 6 486 Kč	28 % bez účasti v tzv. II. pilíři (jinak 30 %)
2015	25 % z (VVZ ₂₀₁₃ * PK ₂₀₁₃), tj. 25 % z (25 903 * 1,0273) = 6 653 Kč	28 % bez účasti v tzv. II. pilíři (jinak 30 %)
2016	25 % z (VVZ ₂₀₁₄ * PK ₂₀₁₄), tj. 25 % z (26 357 * 1,0246) = 6 752 Kč	28,0 %
2017	25 % z (VVZ ₂₀₁₅ * PK ₂₀₁₅), tj. 25 % z (27 156 * 1,0396) = 7 058 Kč	28,0 %
2018	25 % z (VVZ ₂₀₁₆ * PK ₂₀₁₆), tj. 25 % z (28 250 * 1,0612) = 7 495 Kč	28,0 %
2019	25 % z (VVZ ₂₀₁₇ * PK ₂₀₁₇), tj. 25 % z (30 156 * 1,0843) = 8 175 Kč	28,0 %
2020*)	25 % z (VVZ ₂₀₁₈ * PK ₂₀₁₈), tj. 25 % z (32 510 * 1,0715) = 8 709 Kč	28,0 %
2021**)	25 % z (VVZ ₂₀₁₉ * PK ₂₀₁₉), tj. 25 % z (34 766 * 1,0194) = 8 861 Kč	28,0 %
2022	25 % z (VVZ ₂₀₂₀ * PK ₂₀₂₀), tj. 25 % z (36 119 * 1,0773) = 9 728 Kč	28,0 %
2023	25 % z (VVZ ₂₀₂₁ * PK ₂₀₂₁), tj. 25 % z (38 294 * 1,0530) = 10 081 Kč	28,0 %

Zdroj: z. č. 589/1992 Sb., včetně přihlednutí k § 5 odst. 3 ve znění do 31. 12. 1995; z. č. 155/1995 Sb.; vlastní zpracování

Poznámky: *) v případě roku 2020 u OSVČ viz zákon č. 136/2020 Sb.

**) Od roku 2021+ z. č. 540/2020 Sb. (Sněmovní tisk č. 922) je minimální vyměřovací základ pro potřeby tzv. paušálního režimu navýšen o 15 %

Tabulka B Parametry pro výpočet nově vyměřené důchodové dávky pro rok 2023

Parametr	Hodnota
Výše základní výměry důchodu pro rok 2023	4 040 Kč
Všeobecný vyměřovací základ za rok 2021	38 294 Kč
Přepočítací koeficient pro úpravu všeobecného vyměřovacího základu za rok 2021	1,0530
Redukční hranice pro stanovení výpočtového základu	
- první (činí 44 % průměrné mzdy vymezené zákonem o důchodovém pojištění)	17 743 Kč
- druhá (činí 400 % průměrné mzdy vymezené zákonem o důchodovém pojištění)	161 296 Kč
Výpočtový základ z osobního vyměřovacího základu (§ 16) se stanoví tak, že:	
- do částky první redukční hranice se počítá	100 %
- z částky nad první redukční hranicí do druhé redukční hranice se počítá	26 %
- k částce nad druhou redukční hranicí	se nepřihlíží
Výpočet procentuální výměry důchodu z výpočtového základu za jeden rok důchodového pojištění:	
- za celý rok důchodového pojištění <u>bez účasti na důchodovém spoření</u> dle zákona číslo 426/2011 Sb.	1,5 %
- za celý rok důchodového pojištění <u>s účastí na důchodovém spoření</u> dle zákona číslo 426/2011 Sb. (v období 2013–2015)	1,2 %

Zdroj: nařízení vlády č. 290/2022 Sb.; vlastní doplnění

Tabulka C Roční vyměřovací základy v jednotlivých variantách výpočtu pro modelové situace dle příslušného násobku vymezené průměrné mzdy; jednonásobku minimální mzdy; minimálního započitatelného příjmu zaměstnance, kdy již nejde o tzv. příležitostné zaměstnání (PTJ); minimálního vyměřovacího základu OSVČ

Rok	Příslušný roční násobek průměrné mzdy, která je vymezena na úrovni tzv. všeobecného vyměřovacího základu dle § 17 odst. 2 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění (v Kč)			V období 1986–1992 1,0 průměrné mzdy	V období 1986–1992 1,0 průměrné mzdy	V období 1986–1992 1,0 průměrné mzdy	Roční VZ_{min} v Kč u OSVČ (měsíční výše)	Specifické situace VZ_{min} v Kč u OSVČ v režimu tzv. paušální daně dle systému upraveného z. č. 540/2021 Sb. (hypotetický již od roku 1993)	
	0,5 průměrné mzdy	0,7 průměrné mzdy	1,0 průměrné mzdy (měsíční výše)					(1) 1986–1992 VZ v úrovni 1,0 průměrné mzdy (tj. násobku VVZ), 1993–2022 VZ na úrovni VZ_{min} zvýšeného o 15 % a současně 2008–2022 souběžné přihlášení se k dobrovolnému důchodovému pojištění v posledních 15 letech	(2) 1986–1992 VZ v úrovni 1,0 průměrné mzdy (tj. násobku VVZ), 1993–2022 VZ na úrovni VZ_{min} zvýšeného o 15 %
1986	17 784	24 900	35 568 (2 964)	35 568 (2 964)	35 568 (2 964)	35 568 (2 964)	35 568 (2 964)	35 568 (2 964)	35 568 (2 964)
1987	18 156	25 428	36 312 (3 026)	36 312 (3 026)	36 312 (3 026)	36 312 (3 026)	36 312 (3 026)	36 312 (3 026)	36 312 (3 026)
1988*	18 576	26 004	37 140 (3 095)	37 140 (3 095)	37 140 (3 095)	37 140 (3 095)	37 140 (3 095)	37 140 (3 095)	37 140 (3 095)
1989	19 020	26 628	38 040 (3 170)	38 040 (3 170)	38 040 (3 170)	38 040 (3 170)	38 040 (3 170)	38 040 (3 170)	38 040 (3 170)
1990	19 716	27 612	39 432 (3 286)	39 432 (3 286)	39 432 (3 286)	39 432 (3 286)	39 432 (3 286)	39 432 (3 286)	39 432 (3 286)
1991	22 752	31 860	45 504 (3 792)	45 504 (3 792)	45 504 (3 792)	45 504 (3 792)	45 504 (3 792)	45 504 (3 792)	45 504 (3 792)
1992*	27 884	39 012	55 728 (4 644)	55 728 (4 644)	55 728 (4 644)	55 728 (4 644)	55 728 (4 644)	55 728 (4 644)	55 728 (4 644)
1993	34 908	48 864	69 804 (5 817)	26 400 (2 200)	4 800 (400)	4 800 (400)	13 200 (1 100)	15 180 (1 265)	15 180 (1 265)
1994	41 376	57 936	82 752 (6 896)	26 400 (2 200)	4 800 (400)	4 800 (400)	13 200 (1 100)	15 180 (1 265)	15 180 (1 265)
1995	49 032	68 652	98 064 (8 172)	26 400 (2 200)	4 800 (400)	4 800 (400)	15 000 (1 250)	17 256 (1 438)	17 256 (1 438)
1996*	58 056	81 288	116 112 (9 676)	30 000 (2 500)	4 800 (400)	4 800 (400)	15 000 (1 250)	17 256 (1 438)	17 256 (1 438)
1997	64 176	89 856	128 352 (10 696)	30 000 (2 500)	4 800 (400)	4 800 (400)	16 800 (1 400)	19 320 (1 610)	19 320 (1 610)
1998	70 164	98 232	140 316 (11 693)	31 800 (2 650)	4 800 (400)	4 800 (400)	17 700 (1 475)	20 364 (1 697)	20 364 (1 697)
1999	75 936	106 308	151 860 (12 655)	41 100 (3 425)**	4 800 (400)	4 800 (400)	18 300 (1 525)	21 048 (1 754)	21 048 (1 754)
2000*	80 940	113 316	161 880 (13 490)	51 000 (4 250)**	4 800 (400)	4 800 (400)	18 900 (1 575)	21 744 (1 820)	21 744 (1 820)
2001	87 840	122 976	175 680 (14 640)	60 000 (5 000)	4 800 (400)	4 800 (400)	19 800 (1 650)	22 776 (1 898)	22 776 (1 898)
2002	94 272	131 976	188 532 (15 711)	68 400 (5 700)	4 800 (400)	4 800 (400)	21 300 (1 775)	24 504 (2 042)	24 504 (2 042)
2003	100 620	140 868	201 228 (16 769)	74 400 (6 200)	4 800 (400)	4 800 (400)	22 200 (1 850)	25 536 (2 128)	25 536 (2 128)

2004*	107 292	150 216	214 584 (17 882)	80 400 (6 700)	4 800 (400)	40 416 (3 368)	46 488 (3 874)	46 488 (3 874)
2005	112 860	158 004	225 708 (18 809)	86 220 (7 185)	4 800 (400)	48 288 (4 024)	55 536 (4 628)	55 536 (4 628)
2006	120 300	168 420	240 600 (20 050)	93 156 (7 763)**)	4 800 (400)	56 508 (4 709)	64 992 (5 416)	64 992 (5 416)
2007	129 168	180 828	258 324 (21 527)	96 000 (8 000)	4 800 (400)	60 420 (5 035)	69 492 (5 791)	69 492 (5 791)
2008*	139 680	195 552	279 360 (23 280)	96 000 (8 000)	4 800 (400)	64 680 (5 390)	74 388 (6 199)	194 388 (16 199) ¹⁾
2009	144 552	202 368	289 092 (24 091)	96 000 (8 000)	24 000 (2 000)	70 668 (5 889)	81 276 (6 773)	151 944 (12 662)
2010	147 156	206 028	294 312 (24 526)	96 000 (8 000)	24 000 (2 000)	71 136 (5 928)	81 816 (6 818)	152 952 (12 746)
2011	150 564	210 792	301 116 (25 093)	96 000 (8 000)	24 000 (2 000)	74 220 (6 185)	85 356 (7 113)	159 576 (13 298)
2012*	155 424	217 596	310 836 (25 903)	96 000 (8 000)	30 000 (2 500)	75 420 (6 285)	86 736 (7 228)	162 156 (13 513)
2013	155 424	217 596	310 836 (25 903)	98 496 (8 208)**)	30 000 (2 500)	77 652 (6 471)	89 304 (7 442)	166 956 (13 913)
2014	158 148	221 400	316 284 (26 357)	102 000 (8 500)	30 000 (2 500)	77 832 (6 486)	89 508 (7 459)	167 340 (13 945)
2015	162 936	228 120	325 872 (27 156)	110 400 (9 200)	30 000 (2 500)	79 836 (6 653)	91 812 (7 651)	171 648 (14 304)
2016*	169 500	237 300	339 000 (28 250)	118 800 (9 900)	30 000 (2 500)	81 024 (6 752)	93 180 (7 765)	174 204 (14 517)
2017	180 936	253 320	361 872 (30 156)	132 000 (11 000)	30 000 (2 500)	84 696 (7 058)	97 404 (8 117)	182 100 (15 175)
2018	195 060	273 084	390 120 (32 510)	146 400 (12 200)	30 000 (2 500)	89 940 (7 495)	103 440 (8 620)	193 380 (16 115)
2019	208 596	292 044	417 192 (34 766)	160 200 (13 350)	36 000 (3 000)	98 100 (8 175)	112 824 (9 402)	210 924 (17 577)
2020*	216 720	303 408	433 428 (36 119)	175 200 (14 600)	36 000 (3 000)	104 508 (8 709)	120 192 (10 016)	224 700 (18 725)
2021	229 764	321 672	459 528 (38 294)	182 400 (15 200)	42 000 (3 500)	106 332 (8 861)	122 292 (10 191)	228 624 (19 052)
2022	241 260	337 764	482 508 (40 209) ¹⁾	194 400 (16 200)	42 000 (3 500)	116 736 (9 728)	134 256 (11 188)	250 992 (20 916)
Σ								
(měsíční průměr: 1986–2022)	9 069	12 697	18 138	6 779	1 809	4 409	4 974	7 965
(měsíční průměr: 1993–2022)	10 786	15 100	21 570	7 562	1 430	4 639	5 335	9 024

Poznámka

Vyloučená doba (nemoc apod.) je pro celé období ve všech variantách uvažována s hodnotou 0.

Hodnota 1,0 všeobecného vyměrovacího základu je dána příslušným právním předpisem (nařízení vlády č. 227/1995 Sb. a následující). Měsíční částka je v případě násobku 0,5; 0,7 zaokrouhlena vždy na celé Kč nahoru.

V období 1986–1992 byl pobírání příjmem (= vyměrovací základ u OSVČ) ve výši jednonásobku všeobecného vyměrovacího základu dle nařízení vlády č. 227/1995 Sb.

* - všeobecný vyměrovací základ (VZ) je pro rok 2022 dán odhadem růstu nominální průměrné mzdy (5 %) ve výši 40 209 Kč (38 294 * 1,05).

* - přestupný rok

**) průměrná minimální mzda je určena váženým aritmetickým průměrem.

Poznámka:

*) V případě roku 2020 u OSVČ viz zákon č. 136/2020 Sb.:

u OSVČ je abstrahováno od specifické právní úpravy dle zákona č. 136/2020 Sb. v souvislosti s mimořádným opatřením při epidemii v roce 2020 (covid-19).

¹⁾ VZ v případě dobrovolné účasti na pojištění pro rok 2008 činí tzv. neomezenou částku pro výpočet důchodu, která pro daný rok činí 10 000 Kč/měsíc. V dalších letech pak 0,25 * (VZ_{t-2} * PK_{t-2})

Tabulka D Odvedené pojistné na důchodové pojištění v období 1993–2022

Rok	0,50 VVZ	0,70 VVZ	1,0 VVZ	1,0 MM	Minimální započitatelný příjem zaměstnance	(0) VZ _{min} u OSVČ	(1) VZ _{min} OSVČ režim paušální daň	(2) VZ _{min} OSVČ režim paušální daň s dobrovolnou účástí
	DP _t	DP _t	DP _t	DP _t	DP _t	DP _t	DP _t	DP _t
1993	9 504	13 296	18 996	7 188	1 308	3 600	4 140	4 140
1994	11 256	15 768	22 512	7 188	1 308	3 600	4 140	4 140
1995	13 344	18 684	26 676	7 188	1 308	4 080	4 704	4 704
1996	15 096	21 144	30 192	7 800	1 248	3 900	4 488	4 488
1997	16 692	23 364	33 372	7 800	1 248	4 368	5 028	5 028
1998	18 252	25 548	36 492	8 268	1 248	4 608	5 304	5 304
1999	19 752	27 648	39 492	10 692	1 248	4 764	5 484	5 484
2000	21 048	29 472	42 096	13 260	1 248	4 920	5 664	5 664
2001	22 848	31 980	45 684	15 600	1 248	5 148	5 928	5 928
2002	24 516	34 320	49 020	17 784	1 248	5 544	6 372	6 372
2003	26 172	36 636	52 320	19 344	1 248	5 772	6 648	6 648
2004	30 048	42 072	60 084	22 512	1 344	11 328	13 020	13 020
2005	31 608	44 244	63 204	24 144	1 344	13 524	15 552	15 552
2006	33 684	47 160	67 368	26 088	1 344	15 828	18 204	18 204
2007	36 168	50 640	72 336	26 880	1 344	16 920	19 464	19 464
2008	39 120	54 756	78 228	26 880	1 344	18 120	20 832	54 432
2009	40 476	56 664	80 952	26 880	6 720	19 788	22 764	42 552
2010	41 208	57 696	82 416	26 880	6 720	19 920	22 920	42 840
2011	42 168	59 028	84 324	26 880	6 720	20 784	23 904	44 688
2012	43 524	60 936	87 036	26 880	8 400	21 120	24 288	45 408
2013	43 524	60 936	87 036	27 588	8 400	21 744	25 008	46 752
2014	44 292	61 992	88 560	28 560	8 400	21 804	25 068	46 872
2015	45 624	63 876	91 248	30 912	8 400	22 356	25 716	48 072
2016	47 460	66 444	94 920	33 264	8 400	22 692	26 100	48 792
2017	50 664	70 932	101 328	36 960	8 400	23 724	27 276	51 000
2018	54 624	76 464	109 236	40 992	8 400	25 188	28 968	54 156
2019	58 416	81 780	116 820	44 856	10 080	27 468	31 596	59 064
2020	60 684	84 960	121 368	49 056	10 080	29 268	33 660	62 928
2021	64 344	90 072	128 676	51 072	11 760	29 784	34 248	64 032
2022	67 560	94 584	135 108	54 432	11 760	32 688	37 596	70 284
Celkem	1 073 676	1 503 096	2 147 100	753 828	143 268	464 352	534 084	906 012

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka E Průměrná délka pobírání řádného starobního důchodu při dosažení důchodového věku

Rok	Celkem	Muži	Ženy
2021 _(vliv covidu-19)	23,9 roků	18,9 roků	28,1 roků
2020	24,5 roků	19,5 roků	28,5 roků
2019	24,4 roků	19,3 roků	28,2 roků
2018	24,3 roků	19,3 roků	28,1 roků
2017	24,2 roků	19,2 roků	27,9 roků
2016	24,0 roků	19,1 roků	27,6 roků
2015	24,0 roků	19,1 roků	27,5 roků

Zdroj: ČSSZb; vlastní zpracování

Percepce principu solidarity a role státu v době před pandemií covidu-19 a v jejím průběhu jako výzva pro sociálně-pedagogické působení v oblasti posilování sociální soudržnosti

Jiří Pospíšil – Ivana Olecká

Abstrakt

Pandemie covidu-19 ovlivnila hospodářský, sociální i politický život všech občanů. Primárním teoretickým předpokladem této práce je, že vlivem pandemie covidu-19 došlo k posunu v chápání role státu směrem k posílení solidarity a přesvědčení o nutnosti vyšší míry zapojení státu do řešení sociálního ohrožení. Sekundární předpoklady poukazují na proměnu vlivu pohlaví, věku a vzdělání na vnímání solidarity a role státu. Základní hypotéza testovala, zda existuje změna v postojích k sociální politice státu v době před covidem a v době covidové. Dále byly formulovány hypotézy o rozdílech z hlediska pohlaví, věku a vzdělání. Statistická významnost hypotéz byla testována pomocí χ^2 statistiky a pro dvourozměrné ($C \times R$) kontingenční tabulky. Platnost základní hypotézy nebyla potvrzena ($p = 0,18$). V obou letech převládá bez rozdílu ve více než 50 % v populaci názor, že každý člověk by se měl postarat sám o sebe a nést plnou zodpovědnost za svou budoucnost. Naopak vliv všech sociodemografických proměnných se potvrdil a vede ke strukturálním rozdílům ve vnímání solidarity a role státu. K posilování soudržnosti a snižování napětí mohou přispět sociálně-pedagogické programy v preventivní i intervenční rovině.

Klíčová slova: covid-19, solidarita, role státu, nerovnost, sociální pedagogika

Abstract

The Covid-19 pandemic affected the economic, social and political lives of all citizens. The primary theoretical assumption of this paper is that the impact of the Covid-19 pandemic led to a shift in the understanding of the role of the state in terms of strengthening solidarity and the belief that there should be a greater degree of state involvement in the addressing of social threats. Secondary assumptions point to the changing influence of gender, age and education on perceptions of solidarity and the role of the state. The primary hypothesis tested whether a change occurred in terms of attitudes towards state social policy between the pre-Covid and Covid eras. Furthermore, we formulated hypotheses on gender, age and education differences. The statistical significance of the hypotheses was tested using the χ^2 statistic and for $C \times R$ contingency tables. The validity of the primary hypothesis was not confirmed ($p = 0.18$). In both years, the opinion of more than 50% of the population was that people should take care of themselves and should bear full responsibility for their future. In contrast, the influence of all the sociodemographic variables was confirmed, thus leading to structural differences in perceptions of solidarity and the role of the state. Social-educational programmes at both the prevention and intervention levels could contribute to strengthening cohesion and reducing tensions.

Keywords: Covid-19, solidarity, role of the state, inequality, social education

Úvod

Pandemie covidu-19 ovlivnila významnou měrou hospodářský, sociální i politický život všech občanů a polarizovala společnost (Smolík, 2022; Grossman et al., 2020; Allcott et al., 2020). V době pandemie covidu-19 se ukázalo, že zprostředkovaná nebo přímá osobní zkušenost s rizikem vede občany k tomu, aby v počátečních fázích podnikli kroky k zajištění bezpečnosti sebe, svých blízkých a své komunity, a to vzhledem k závažnosti situace a okamžitým a dramatickým změnám politiky na státní a místní úrovni. (Gadarian, Goodman a Pepsinsky, 2021) Role sociálního státu byla posílena. Vlády musely přijmout bezprecedentní opatření v oblasti veřejných výdajů, aby zmírnily důsledky paniky pandemických dopadů. (Ares, Bürgisser a Häusermann, 2021) Sociální stát měl zásadní význam jak pro udržení sociální soudržnosti a podporu akceptace výlukových opatření,

tak také pro doplňování nefarmakologických zásahů, které vlády použily ke zpomalení šíření covidu-19 (Ebbinghaus, Lehner a Naumann, 2022). Veřejná debata zaznamenala renesanci sociálního státu jako nástroje krizového řízení. Nevyjasněnou otázkou však zůstává, zda se veřejné mínění během pandemie posunulo směrem k vyšší míře redistribuce v rámci sociální politiky či nikoliv. V Evropě jsme mohli během pandemie pozorovat různé přístupy k řešení krizové situace v závislosti na daném modelu sociální politiky (Bajajová, 2022). Každý z modelů evropské sociální politiky (anglosaský, nordický, kontinentální a středomořský) (Vostatek, 2021) nabízí jiné způsoby vyrovnání se problematikou krize a posílení role sociálního státu při jejím řešení. Česká republika, zdá se, stojí poněkud na rozhraní těchto modelů a ve svém dalším směřování stojí na rozcestí. A postoje k optimálnímu řešení jsou ovlivňovány především sociodemografickými faktory (pohlaví, věk, vzdě-

lání, ekonomická situace aj.) (Gelepathis a Giani, 2022; Rania et al., 2022). Na jednu stranu je ve společnosti silná poptávka po zvýšení redistribuce a posílení vynucené solidarity, na straně druhé se nemalá část společnosti upíná k efektivnímu státu s minimální redistribucí a vysokou mírou subsidiarity. Na tento rozpor poukazují i výsledky naší provedené výzkumu.

Ačkoli existuje mnoho studií, které se zabývají ekonomickými a ideologickými kořeny politických preferencí, stále víme poměrně málo o tom, jak se politické preference mění. V extrémních situacích, jako je pandemie covidu-19, v zásadě existují čtyři různé způsoby reakce veřejného mínění: posun, stabilita, polarizace nebo konvergence (Ares, Bürgisser a Häusermann, 2021). Dle dostupné literatury se zdá, že ekonomické šoky mají spíše polarizační účinky na postoje, přičemž hlavním podmiňujícím faktorem je předchozí ideologie (Brunner, Ross a Washington, 2011; Dorn,

Hanson a Majlesi, 2020). Možné ale je, že se postoje se budou naopak sblížovat (Merkley et al., 2020; Schraff, 2021: 20). V této práci vycházíme ze dvou teoretických předpokladů:

- Vlivem pandemie covidu-19 došlo k posunu ve vnímání role státu směrem k posílení solidarity a míry zapojení státu do řešení sociálního ohrožení, a to i v případě potenciálních hrozeb (H1) (systémový posun).¹
- Vlivem pandemie covidu-19 došlo k posunu ve vnímání role státu, míry solidarity a zapojení státu do řešení sociálního ohrožení, a to i v případě potenciálních hrozeb, u mužů a žen (H2) a u různých věkových (H3) či vzdělanostních skupin (H4) (strukturální posuny).

Na základě uvedených předpokladů potom v diskusi rozvíjíme dopady jednotlivých vnímání role sociálního státu a jeho proměn na pedagogické působení pomáhajících disciplín, zejména sociální pedagogiky. Specifická vnímání a rozlišování role sociálního státu jako aktéra sociální politiky přitom rozlišujeme podle míry solidarity (Arts a Gelissen, 2001). Jelikož je solidarita a jednání založené na ní jedním ze základních principů sociální pedagogiky (Kraus, 2008; Kraus a Hoferková, 2016), definuje vnímání solidarity rovněž výchozí podmínky pro sociálně-pedagogické působení v podobě programů pro rozvoj solidarity nebo prevence asociálního či deviantního chování (Akers a Jennings, 2019).

Metody

Výzkum byl autory textu koncipován jako kvaziexperimentální průřezová studie ex post facto. Data byla získána kombinovanou metodou sběru dat prostřednictvím strukturovaného online dotazníku s využitím výzkumného nástroje Social Survey Project (Pospíšil, 2018) na území celé České republiky a prostřednictvím školených zataželů v terénu. Tato data jsou sbírána periodicky od roku 2009. Analyzovaná data jsou složena ze dvou výzkumných souborů. První výzkumný soubor byl sbírán od října 2018 do června 2019 (dále jen 2018) a druhý od září 2020 do ledna 2022, tj. v období protipandemických omezení (dále jen 2021). Kvótně konstruovaný výběr byl pro účely statistické analýzy ořezán podle populačních výkazů Českého statistického úřadu (ČSÚ 2018; 2019). Analyzovaná data lze považovat za reprezentativní z hlediska pohlaví a věku respondentů – ve většině stratifikačních kritérií byl rozdíl mezi populací a vzorky ve stratifikačních kritériích menší než 10 %. Výzkum byl proveden s využitím interního výzkumného protokolu katedry křesťanské sociální práce pro kvantitativní výzkum.

Limit sběru dat daný online dotazováním byl vyvažován přímým asistovaným sběrem skolenými výzkumníky. Přesto vzhledem k obsáhlosti a náročnosti výzkumného ná-

stroje mohla být reprezentativnost souboru zajištěna pouze z hlediska pohlaví a věku. Větší ořez – např. dle vzdělání, velikosti obce či socioekonomického statusu již přinášel významné ztráty v rozsahu výzkumného souboru a snižoval validitu statistických testů kvůli nízkým četnostem v kontingenčních tabulkách. Z toho důvodu jsou veškeré generalizace formulovány s ohledem na tento limit. Autoři jsou si plně vědomi toho, že svým pojetím analýzy nezahrnují specifika problematiky s ohledem na všechny sociální kategorie a je limitem této studie, že tyto vynechané kategorie mohou mít ke zkoumanému fenoménu specifický postoj. Tento limit vyvažujeme zapojením faktoru vzdělání do analýzy a ukazujeme postoje v jednotlivých vzdělanostních skupinách. Detailnější analýza těchto postojů však zdaleka přesahuje záměr tohoto textu, jehož cílem je spíše upozornit na trendy nežli provést podrobnou analýzu z hlediska specificky zaměřených skupin obyvatel.

V měření z roku 2018 byla získána data od celkově 1 764 respondentů, v roce 2021 od 3 223 respondentů. Pohlaví bylo identifikováno pomocí kategoriální uzavřené škály sestávající z kategorií muž a žena. V měření z roku 2018 byli muži zastoupeni 49,04 % (865) a ženy 50,96 % (899). V měření roku 2021 byli muži zastoupeni 48,22 % (1 554) a ženy 51,78 % (1 669). Věk respondentů byl zjišťován pomocí otevřené odpovědi, a následně byly věkové kategorie seskupeny do desetiletých věkových kategorií s výjimkou první skupiny, která začínala od 20 let, a poslední skupiny, která sdružuje všechny osoby nad 64 let. V měření roku 2018 bylo ve skupině 20–24 let 7,77 % respondentů (137), ve skupině 25–34 let 17,18 % (303), ve skupině 35–44 let 21,09 % (372), ve skupině 45–54 let 18,93 % (334), ve věkovém rozmezí 55–64 let 15,53 % (274) a v poslední skupině 65+ let 19,50 % (344). V měření roku 2021 bylo ve skupině 15–24 let 7,17 % respondentů (231), ve skupině 25–34 let 17,28 % (557), ve skupině 35–44 let 20,94 % (675), ve skupině 45–54 let 19,14 % (617), ve věkovém rozmezí 55–64 let 15,67 % (505) a v poslední skupině 65+ let 19,80 % (638).

Měření vnímání sociálního státu a jeho role je značně ztíženo náročnou definicí solidarity i subsidiarity či ekvivalence a odlišným chápáním těchto pojmů v různých koncepcích. Na operacionalizaci samotných pojmů solidarity a subsidiarity jsme proto rezignovali a jejich měření prováděli na základě deskriptice odlišných tendencí. Při tomto způsobu definiční operacionalizace obou principů bylo přitom nezbytné jejich uchopení takovým způsobem, abychom mohli jednotlivé postoje k sociálnímu státu pojmenovat srozumitelně všem věkovým i vzdělanostním kategoriím. Při měření vnímání jsme se proto zaměřovali především na široce srozumitelné vyjádření míry solidarity, přičemž výsledná škála obsahovala tři základní polohy – minimální, průměrnou a extrémní míru solidarity. Tyto tři polohy byly vyjádřeny jako možné odpovědi

na otázku „V oblasti sociální politiky státu je Vám nejbližší postoj?“. Minimální solidaritu reprezentoval postoj „Každý člověk by se měl postarat sám o sebe a nést plnou zodpovědnost za svou budoucnost. Výjimkou mohou být snad jen lidé, kteří se ze závažných důvodů nemohou o sebe postarat (těžce nemocní, postižení apod.)“ (1), průměrnou solidaritu postoj „Stát, kraje a obce by se měli přiměřeně svým ekonomickým možnostem starat o všechny třeba jen mírně sociálně i zdravotně znevýhodněné“ (2) a nakonec extrémní solidarita byla popsána jako postoj tvrdící, že „Stát, kraje a obce by měli převzít podstatně větší díl odpovědnosti za občany a zajistit jim přístup k bydlení, práci a spravedlivému výdělků“ (3). Nutno konstatovat, že v případě všech tří vyjádření se jedná o konstrukty, které mají za cíl pojmenovat základní tendence myšlení respondentů. Výsledkem měření proto není samotný postoj ke konstruktu solidarity (ten z něj pouze dedukujeme), který je pro významnou většinu respondentů obtížně uchopitelný a jehož porozumění se v jednotlivých skupinách populace významně liší. Spíše je tedy měřena tendence ekonomicky zabezpečených vysokopříjmových a středněpříjmových skupin přijmout podíl ekonomické a sociální odpovědnosti za kohezi společnosti a ochota podílet se na jejím zachování. Zároveň také tendence ekonomicky slabě nebo nedostatečně zabezpečených nízkopříjmových skupin tuto odpovědnost vyžadovat a vymáhat. Otázku po míře solidarity jsme poprvé v našem periodickém měření položili v roce 2018. Na základě analýzy výsledků jsme identifikovali velký potenciál této informace. Z komparativních důvodů jsme stejné měření opakovali v roce 2020, nicméně v tomto roce došlo k obohacení výzkumného nástroje o detailnější měření této problematiky. Analýza těchto výsledků bude předmětem následných studií.

První hypotéza byla zaměřena na ověření platnosti prvního teoretického předpokladu. Testovala, zda (H1) existuje změna v postojích k sociální politice státu v době před covidem a v době covidové. Další hypotézy byly formulovány na podporu druhého teoretického předpokladu o rozdílech v postojích hlediska pohlaví (H2), věku (H3) a vzdělání (H4). Statistická významnost hypotéz byla testována pomocí χ^2 statistiky a pro dvourozměrné (C x R) kontingenční tabulky. Pro lepší interpretaci výsledků a možnosti analýzy věcné významnosti (Soukup a Raibušic, 2007) byly vypočteny adjustované reziduály (z) v každé buňce. Míra statistické závislosti je v tabulkách vyjádřena hvězdičkami (* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$) (Azen a Walker, 2021).

Výsledky výzkumu

Nejprve byla testována hypotéza H1 o existenci změny v postojích v době před covidem a v době covidové. Platnost hypotézy nebyla potvrzena ($p = 0,1847$). V obou

letech převládá ve více než 50 % v populaci názor, že každý člověk by se měl postarat sám o sebe a nést plnou zodpovědnost za svou budoucnost. Výjimkou mohou být snad jen lidé, kteří se ze závažných důvodů nemohou o sebe postarat (viz tabulku 1).

V následujících tabulkách jsou uvedeny výsledky hypotéz o ovlivnění vnímání sociálního státu (míry solidarity) a faktory pohlaví (H2 – tabulka 2), věku (H3 – tabulka 3) a vzdělání (H4 – tabulka 4).

Podle faktoru pohlaví neexistoval v postojích k sociální politice státu statisticky významný rozdíl v roce 2018 ($p = 0,458$). Tento rozdíl byl však identifikován v roce 2021 ($p = 0,033$). Rozdíl je patrný u názoru, že každý člověk by se měl postarat sám o sebe a nést plnou zodpovědnost za svou budoucnost. Hodnota z-scóre nám ukazuje, že muži měli v roce 2021 větší tendenci se přiklánět právě k tomuto názoru (z: 2,60**).

Tabulka 1 Kontingenční tabulka k hypotéze H1: Existuje změna v postojích k sociální politice státu v době před covidem a v době covidové

V oblasti sociální politiky státu je Vám nejbližší postoj	Rok		Celkem
	2018	2021	
1 [†]	899	1622	2578
2 [†]	520	1021	1575
3 [†]	345	580	925
Celkem	1764	3223	4987

Zdroj: vlastní data, k dispozici u autorů

[†]Legenda: (1) Každý člověk by se měl postarat sám o sebe a nést plnou zodpovědnost za svou budoucnost. Výjimkou mohou být snad jen lidé, kteří se ze závažných důvodů nemohou o sebe postarat (těžce nemocní, postižení apod.), (2) Stát, kraje a obce by se měli přiměřeně svým ekonomickým možnostem starat o všechny třeba jen mírně sociálně i zdravotně znevýhodněné, (3) Stát, kraje a obce by měli převzít podstatně větší díl odpovědnosti za občany a zajistit jim přístup k bydlení, práci a spravedlivému výděлку.

Tabulka 2 Postoje k sociální politice státu dle pohlaví

	V oblasti sociální politiky státu je Vám nejbližší postoj							
	1 [†]		2 [†]		3 [†]		Celkem	
	2018	2021	2018	2021	2018	2021	2018	2021
Muž	452	819	253	471	160	264	865	1554
	z: 1,06	z: 2,60**	z: -0,21	z: -1,61	z: -1,10	z: -1,44		
Žena	447	803	267	550	185	316	899	1669
	z: -1,06	z: -2,60**	z: 0,21	z: 1,61	z: 1,10	z: 1,44		
Celkem	899	162	520	1021	345	580	1764	3223

Zdroj: vlastní data, k dispozici u autorů

Tabulka 3 Postoje k sociální politice státu dle věku

	V oblasti sociální politiky státu je Vám nejbližší postoj							
	1 [†]		2 [†]		3 [†]		Celkem	
	2018	2021	2018	2021	2018	2021	2018	2021
20-24	69	106	49	95	19	30	137	231
	z: -0,15	z: -1,40	z: 1,68	z: 3,20**	z: -1,75	z: -2,06*		
25-34	146	273	98	193	59	91	303	557
	z: -1,06	z: -0,68	z: 1,20	z: 1,66	z: -0,04	z: -1,12		
35-44	194	340	114	221	64	114	372	675
	z: 0,52	z: 0,03	z: 0,56	z: 0,67	z: -1,29	z: -0,84		
45-54	185	333	89	189	60	95	334	617
	z: 1,80	z: 2,01*	z: -1,26	z: -0,62	z: -0,82	z: -1,87		
55-64	147	261	77	150	50	94	274	505
	z: 0,97	z: 0,66	z: -0,54	z: -1,04	z: -0,59	z: 0,39		
65 +	158	309	93	173	93	156	344	638
	z: -2,08*	z: -1,07	z: -1,11	z: -2,77**	z: 3,90***	z: 4,74***		
Celkem	899	1622	520	1021	345	580	1764	3223

Zdroj: vlastní data, k dispozici u autorů

Z hlediska věku byly statisticky významné rozdíly identifikovány jak v roce 2018 ($p = 0,013$), tak v roce 2021 ($p < 0,001$). U nejmłodší věkové kategorie je oproti roku 2018 patrný v roce 2021 zdůrazněný posun k průměrné solidaritě ($z: 3,20^{**}$). Tento posun je kompenzován zejména posílením odlišného postoje seniorů v kategorii 65+ ($z: -2,77^{**}$). Zároveň skupina ve věku 20–24 let odmítá extrémní solidaritu ($z: -2,06^*$), která je naopak u seniorů velmi posílena ($z: 4,74^{***}$). U věkové kategorie 45–54 se oproti jiným věkovým skupinám posílil v roce 2021 názor, že každý člověk by se měl postarat sám o sebe a nést plnou zodpovědnost za svou budoucnost ($z: 2,01^*$). Senioři (65+) pak nejsilněji zastávají názor, že stát, kraje a obce by měly převzít podstatně větší díl odpovědnosti za občany. Tento jejich postoj je konzistentní a v roce 2021 oproti roku 2018 ještě mírně posílil ($z: 4,74^{***}$).

Z hlediska vzdělání byly rozdíly identifikovány také v obou letech ($p < 0,001$). Lidé se základním vzděláním a vyučením v oboru se přiklánějí k názoru, že stát, kraje a obce by měli převzít podstatně větší díl odpovědnosti za občany. Tento jejich postoj se ale oproti roku 2018 v roce 2021 mírně oslabil. Vysokoškoláci pak nejsilněji zastávají postoj přiměřené solidarity a tento jejich postoj během námi sledovaných let mírně posílil.

Diskuse

Klíčovými principy sociální politiky je sociální spravedlnost, solidarita, subsidiarita a participace (Krebs, 2015). Způsob, kterým jsou ve společnosti rozdělovány prostředky, je předmětem četných odborných i laických debat již od 19. století, nicméně vždy je předmětem napětí mezi solidaritou a spravedlností (Banting a Kymlicka, 2017). Úvahy nad spravedlností jsou však obsahem již mnohem starších spisů, jako například prací Platonových (2005) a Aristotelových (1996). Chápání toho, co je a není

spravedlivé se liší napříč populací. Solidarita je většinou spojena s citovými vazbami a altruistickým chováním (Bar-Tal, 1986; Laitinen a Pessi, 2014). Přesto by altruismus neměl být chápán jako sebeobětování, ale pouze jako ochota jednat s ohledem na zájmy druhých lidí, bez postranních úmyslů (Nagel, 1979). Solidaritu v některých konceptech můžeme od spravedlnosti oddělit (Laitinen a Pessi, 2014). Meulen (2017) vysvětluje, že zatímco solidarita vyjadřuje vztah k druhým lidem, spravedlnost vnímá člověka jako izolovanou bytost zaměřenou na své vlastní zájmy. V případě spravedlnosti tedy chybí morální odpovědnost vůči blahu ostatních členů. Pro solidaritu je společné členství charakteristické vzájemnou péčí a úctou, zatímco subsidiarita, doplňující princip rozvoje společenství, je chápána jako vodítko pro společenské jednání, které usměrňuje rozhodování na té společenské úrovni, která je neúčinnější, se zvláštním ohledem na moc místní a komunální úroveň společnosti (Schweigert, 2002). Ekvivalenci lze charakterizovat čtyřmi prvky: a) usilovná a tvrdá práce a využívání individuálních dispozic k sebeprosazení na trhu práce, b) adekvátní odměna, c) ti, kdo takto tvrdě pracují, jsou schopni zajistit svou existenci a nepotřebují žádný sociální transfer, d) ekonomické selhání a nesoběstačnost jedince je způsobena jeho chybou. Aplikace tohoto principu podporuje motivaci k práci, směřuje k sociální nezávislosti občanů na státu a k jejich soběstačnosti a v důsledku vede k menším nárokům na rozsah redistribucí na sociální účely (Žížková, 2007).

Navzdory našim teoretickým očekávaním, pandemie covidu-19 celkově neovlivnila postoje vůči míře solidarity a ekvivalence. Subsidiární princip při sociálním a ekonomickém zabezpečení rodiny a s ním související snížená míra redistribuce prostředků v rámci sociálního státu je v české společnosti trvale silně upřednostňovaným přístupem k roli státu a míře nucené solidarity (mírně nad 50 %). Ve srovnání s jinými státy EU je podpora redistribuce velmi nízká, jak

ukazují dřívější výzkumy (Burgoon, 2014; Lahusen, Grasso a Grasso, 2018). Domníváme se, že silná a dlouhodobá převaha a zejména stabilita tohoto postoje je příčinou, proč ani v době pandemie nedošlo v ČR k systémovému posunu v chápání role státu směrem k posílení solidarity a míry zapojení státu do řešení sociálního ohrožení. Nicméně výrazný a dlouhodobý příklon poloviny populace k akcentaci subsidiárního přístupu na úrovni jednotlivce či jeho blízkého okolí a s ním souvisejícího ekvivalenčního principu, který je vnímán jako rovnost přístupu (equity), je zjevně příčinou, proč je pro značnou část populace tolik obtížné přijetí inkluzivní sociální politiky ve školství, sociálních službách či v rámci dalších nástrojů sociální politiky (Mareš a Sirovátka, 2008). Dokonce se jeví jako pravděpodobné, že vzhledem k nízké míře solidarity by česká populace spíše než jiné preferovala Platónovo pojetí spravedlnosti ve společnosti. To je založeno na přesvědčení, že každý by měl vykonávat, vlastnit či obstarávat to, co mu náleží (harmonický princip), resp. to, co je jeho povinností a odpovědností (Platón, 2005, 433b – 435b). Rawlsovo pojetí spravedlnosti (Rawls, 2005), kdy spravedlnosti je dosahováno narovnáváním příležitostí (nebo v negativním smyslu aktivním odstraňováním nerovností) směrem dosažení rovnosti příležitostí (equality), se právě pro poměrně nižší míru podpory solidarity v ČR často nesetkává s pochopením. Odmítavý postoj k širší aplikaci opatření vedoucích k narovnávání příležitostí, resp. odbourávání nerovností, může být také příčinou, že v České republice bylo ve srovnání s jinými státy děláno v důsledku pandemie poměrně málo změn v sociální politice (Bajajová, 2022). V praxi se tento spíše rezervovaný postoj k solidaritě projevuje ve společnosti politickým zápasem o míru redistribuce zdrojů s vyhraněnými postoji, přičemž nemalá část populace preferuje zeštíhlení sociálního státu. Naproti tomu druhá významná část populace se domáhá zvýšení redistribuce prostředků

Tabulka 4 Postoje k sociální politice státu dle vzdělání

	V oblasti sociální politiky státu je Vám nejbližší postoj							
	1 [†]		2 [†]		3 [†]		Celkem	
	2018	2021	2018	2021	2018	2021	2018	2021
základní	22	46	17	33	28	32	67	111
	$z: -3,03^{**}$	$z: -1,91$	$z: -0,75$	$z: -0,45$	$z: 4,68^{***}$	$z: 3,02^{**}$		
vyučením v oboru	175	315	83	178	105	151	363	644
	$z: -1,18$	$z: -0,80$	$z: -3,10^{**}$	$z: -2,46^*$	$z: 5,05^{***}$	$z: 4,03^{***}$		
středoškolské	376	680	218	402	131	241	725	1323
	$z: 0,63$	$z: 1,02$	$z: 0,45$	$z: -1,32$	$z: -1,32$	$z: 0,27$		
vysokoškolské	326	581	202	408	81	156	609	1145
	$z: 1,57$	$z: 0,35$	$z: 2,47^*$	$z: 3,58^{***}$	$z: -4,81^{***}$	$z: -4,80^{***}$		
Celkem	899	1622	520	1021	345	580	1764	3223

Zdroj: vlastní data, k dispozici u autorů

a nárokuje si vyšší míru péče a zabezpečení ze strany státu, přičemž požadována je zejména vyšší míra solidarity.

I když nedochází k systémovému posunu ke vnímání role sociálního státu, je zajímavé sledovat posuny a proměny ve struktuře preferencí jednotlivých postojů k sociálnímu státu. Pohlaví bylo prvním ze sledovaných faktorů, u nichž jsme očekávali signifikantní vliv na vnímání role státu a míru solidarity. Jak ukazují některé výzkumy (Rania et al., 2022), ženy v době pandemie trávily více času při zajišťování domácností a také při solidarizačních aktivitách. Zatímco v roce 2018 byli muži i ženy v postoji vůči solidaritě v sociální politice státu indiferentní, rok 2021 přinesl příklon žen k postojům s deklarovanou přiměřenou nebo až extrémní podporou solidarity. Naproti tomu muži pozici s nižší podporou solidarity podrželi i v době pandemie. Existuje předpoklad, že tyto postoje vychází z osobní zkušenosti se znevýhodněním, kdy nezušlost s touto problematikou snižuje tendenci solidaritu preferovat (Fraser a Honneth, 2005).

Poněkud pestřejší je situace s ohledem na věk respondentů, kdy lze pozorovat posun v postojích v rámci jednotlivých životních etap. Ačkoliv statistická závislost vnímání role sociálního státu a solidarity byla na věku byla prokazatelná již v roce 2018, rok 2021 přinesl ostřejší vyhranění jednotlivých věkových skupin. Pozoruhodná je zejména skutečnost, že přiměřenou solidaritu akcentuje nejmladší věková skupina, přičemž s věkem dochází k přesvědčení o nutnosti snižování role solidarity a posilování subsidiarity. Tento trend, který vrcholí ve věku 45–54 let, je projevem nezávislosti střední generace nacházející se na vrcholu svého produktivního věku. Jejich postoj proto může být zdrojem konfliktu s generací seniorů (van Gaalen a Dykstra, 2006), kteří naopak očekávají až extrémní solidaritu.

Ještě výraznější rozdíly panují mezi skupinami s různou úrovní vzdělání. Za pozitivní zjištění pokládáme podporu přiměřené solidarity u vysokoškolsky vzdělaných, a to jak v roce 2018, tak i 2021. Naše zjištění kontrastuje s výzkumem European Social Survey (ESS)², který publikovali Gelepathis a Giani (2022). Zjistili, že s vysokoškolským vzděláním se snižuje ochota k podpoře redistribuce. Jak se ukazuje z našeho výzkumu, zejména v případě vysokoškolsky vzdělaných lidí je třeba velmi citlivě vyvažovat míru redistribuce se zachováním ochoty k solidárnímu jednání, která je v této skupině silně preferována na vyvážené úrovni (2018 z: 2,47*, 2021 z: 3,58***). Vzhledem k silnému negování extrémní solidarity (2018 z: -4,81***, 2021 z: -4,80***) u této skupiny sehrává důležitou roli při akceptaci vyšší míry redistribuce porozumění jejím důvodům. Naopak lidé s nižším vzděláním tendují k vysoké míře solidarity ze strany sociálního státu, který pokládají za spoluzodpovědný za jejich zabezpečení a životní jistoty.

Zjištěné postoje k solidaritě a zejména dlouhodobě nízká podpora solidarity jsou výzvou pro sociální pedagogiku, zabývající se mimo jiné socializací a výchovou k vyváženému vztahu mezi individualitou a společností. Zjištění o strukturální nevyváženosti přístupu k solidaritě, jejímiž zdroji jsou odlišné koncepce a porozumění solidaritě (Banting a Kymlicka, 2017), nás vede k přesvědčení, že pro sociálně pedagogické působení jak v rovině prevence (správné porozumění solidaritě a výchova k odpovědnému občanství), tak i v rovině intervence (programy pro sociální začleňování a odstraňování nerovnosti) jsou zcela klíčové dvě výzvy: (1) udržování mezigenerační soudržnosti vedením mezigeneračního dialogu o solidaritě a subsidiaritě na různých úrovních od osoby přes rodiny až po stát; a (2) vytváření intervenčních a preventivních programů (např. Schupp, 2019) pro podporu koheze zejména s ohledem na osoby s nižším vzděláním nebo socioekonomickým statutem, aby se zabránilo jejich radikalizaci.

Závěr

Předložené závěry výzkumu přináší dvě podstatná zjištění. První z nich poukazuje na systémovou stabilitu postojů vůči solidaritě a roli státu při redistribuci prostředků, díky níž se náš předpoklad o systémovém posunu ve vnímání solidarity v pandemickém období nenaplnil. Druhé poukazuje na prohlubující se strukturální rozdíly v přístupu k chápání solidarity u mužů a žen, ale také různých věkových a vzdělanostních skupin. Zabraňování radikalizaci krajních postojů a posilování koheze společnosti vnímáme jako významnou roli sociální pedagogiky a jejich preventivních a sociálně intervenčních programů.

- 1 Myšlenka solidarity je založena na ideji společenství, do kterého člověk vkládá naději spolu s očekávaním reciprocity v době potřeby (nouze). Může být dobrovolná, nebo naopak může být občanům vnucena demokratickým parlamentem nebo autokratickým vládcem a jako taková je výrazným nástrojem sociální ochrany (Tomeš, 2015). Solidarita přináší členům skupiny mnoho výhod, ale je také spojena s morálními závazky (O'Neill, 1996). Druhou stranu mince vytváří subsidiarita. Uspořádává vztah společenského celku k jednotlivci nebo k jednotlivým společenským skupinám na dvou úrovních: 1. na úrovni vlastní pomoci (svěpomoci), 2. na úrovni poskytnutí pomoci ke svěpomoci (Olečká, Zieřina a Ivanová, 2009).
- 2 zahrnuje informace o socioekonomickém postavení a sociopolitických postojích a provádí se každé dva roky v přibližně 35 zemích. Analýza (N = 366 035) zahrnuje období od roku 2002 do roku 2016 a omezuje se na respondenty starší 25 let žijící v EU15.

Literatura

Akers, Ronald L. a Wesley G. Jennings. 2019. „The Social Learning Theory of Crime and Deviance“. In *Handbook on Crime and Deviance*, editoval Marvin D. Krohn, Nicole Hendrix, Gina Penly Hall a Alan J. Lizotte, 113–29. Cham: Springer International Publishing.

- Allcott, Hunt, Levi Boxell, Jacob Conway, Matthew Gentzkow, Michael Thaler a David Yang. 2020. „Polarization and Public Health: Partisan Differences in Social Distancing during the Coronavirus Pandemic“. *Journal of Public Economics* 191 (listopad): 104254. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104254>.
- Ares, Macarena, Reto Bürgisser a Silja Häusermann. 2021. „Attitudinal Polarization towards the Redistributive Role of the State in the Wake of the COVID-19 Crisis“. *Journal of Elections, Public Opinion and Parties* 31 (sup1): 41–55. <https://doi.org/10.1080/17457289.2021.1924736>.
- Aristotelés. 1996. *Etika Nikomachova*. 2., Rozš. vyd. Praha: P. Rezek.
- Arts, Wil a John Gelissen. 2001. „Welfare States, Solidarity and Justice Principles: Does the Type Really Matter?“ *Acta Sociologica* 44 (4): 283–99. <https://doi.org/10.1177/000169930104400401>.
- Azen, Razia a Cindy M. Walker. 2021. *Categorical data analysis for the behavioral and social sciences*. 2. vyd. New York; London: Routledge.
- Bajajová, Karolína. 2022. „Vliv pandemie covidu-19 na vývoj režimů sociálního státu“. *FÓRUM sociální politiky*, č. 4: 12–18.
- Banting, Keith G. a Will Kymlicka, ed. 2017. *The Strains of Commitment: the Political Sources of Solidarity in Diverse Societies*. First edition. Oxford; New York, NY: Oxford University Press.
- Bar-Tal, Daniel. 1986. „Altruistic Motivation to Help: Definition, Utility and Operationalization“. *Humboldt Journal of Social Relations* 13 (1/2): 3–14.
- Brunner, Eric, Stephen L. Ross a Ebonya Washington. 2011. „Economics and policy preferences: causal evidence of the impact of economic conditions on support for redistribution and other ballot proposals“. *Review of Economics and Statistics* 93 (3): 888–906.
- Burgoon, Brian. 2014. „Immigration, Integration, and Support for Redistribution in Europe“. *World Politics* 66 (3): 365–405. <https://doi.org/10.1017/S0043887114000100>.
- ČSÚ. 2018. „Demographic Yearbooks (pramenná díla) 2017 – 2010“. Český statistický úřad. https://www.czso.cz/csu/czso/casova_rada_demografie.
- . 2019. „Vývoj obyvatelstva České republiky – 2018“. Vývoj obyvatelstva České republiky – 2018 [Development of the population of the Czech Republic – 2018]. 3. říjen 2019. <https://www.czso.cz/csu/czso/vyvoj-obyvatelstva-ceske-republiky-2018>.
- Dorn, David, Gordon Hanson a Kaveh Majlesi. 2020. „Importing political polarization? The electoral consequences of rising trade exposure“. *American Economic Review* 110 (10): 3139–83.
- Ebbinghaus, Bernhard, Lukas Lehner a Elias Naumann. 2022. „Welfare State Support during the COVID-19 Pandemic: Change and Continuity in Public Attitudes towards Social Policies in Germany“. *European Policy Analysis* 8 (3): 297–311. <https://doi.org/10.1002/epa2.1152>.
- Fraser, Nancy a Axel Honneth. 2005. „Přerozdělování nebo uznání?“ *Filosofický časopis*, č. 53: 299–306.
- Gaalen, Ruben I. van a Pearl A. Dykstra. 2006. „Solidarity and Conflict Between Adult Children and Parents: A Latent Class Analysis“. *Journal of Marriage and Family* 68 (4): 947–60. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2006.00306.x>.
- Gadarian, Shana Kushner, Sara Wallace Goodman a Thomas B. Pepinsky. 2021. „Partisanship, Health Behavior, and Policy Attitudes in the Early Stages of the COVID-19 Pandemic“. *editoval Noam Lupu*. *PLOS ONE* 16 (4): e0249596. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249596>.
- Gelepathis, Margarita a Marco Giani. 2022. „Inclusion without Solidarity: Education, Economic Security, and Attitudes toward Redistribution“. *Political Studies* 70 (1): 45–61. <https://doi.org/10.1177/0032321720933082>.
- Grossman, Guy, Soojong Kim, Jonah M. Rexer a Harsha Thirumurthy. 2020. „Political Partisanship Influences

Behavioral Responses to Governors' Recommendations for COVID-19 Prevention in the United States". *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 117 (39): 24144–53. <https://doi.org/10.1073/pnas.2007835117>.

Kraus, Blahoslav. 2008. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál.

Kraus, Blahoslav a Stanislava Hoferková. 2016. „The Relationship of Social Pedagogy and Social Work". *Sociální pedagogika / Social Education* 4 (1): 57–71. <https://doi.org/10.7441/soced.2016.04.01.04>.

Krebs, Vojtěch, ed. 2015. *Sociální politika*. 6. vyd. Praha: Wolters Kluwer.

Lahusen, Christian, Maria Grasso a Maria Grasso, ed. 2018. *Solidarity in Europe: Citizens' Responses in Times of Crisis*. Palgrave Studies in European Political Sociology. Cham, Switzerland: Palgrave Macmillan.

Laitinen, Arto a Anne Birgitta Pessi. 2014. *Solidarity: Theory and Practice*. London: Lexington Books.

Mareš, Petr a Tomáš Sirovátko. 2008. „Sociální vyloučení (exkluze) a sociální začlenování (inkluzie) – koncepty, diskurz, agenda [Social Exclusion and Social Inclusion – Concepts, Discourse, Agenda]". *Czech Sociological Review* 44 (2): 271–94. <https://doi.org/10.13060/00380288.2008.44.2.03>.

Merkley, Eric, Aengus Bridgman, Peter John Loewen, Taylor Owen, Derek Ruths a Oleg Zhilini. 2020. „A rare moment of cross-partisan consensus: Elite and public response to the COVID-19 pandemic in Canada". *Canadian Journal of Political Science/Revue canadienne de science politique* 53 (2): 311–18.

Meulen, Ruud ter. 2017. *Solidarity and Justice in Health and Social Care*. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781107707023>.

Nagel, Thomas. 1979. *The Possibility of Altruism*. Revised ed. Princeton NJ: Princeton University Press.

Platón. 2005. *Ústava*. 4. vyd. Praha: OIKOYMENH.

Pospíšil, Jiří. 2018. „Social Survey Project". Online. Olomouc: ITTS. <https://www.socialsurvey.eu/>.

Rania, Nadia, Ilaria Coppola, Francesca Lagomarsino a Rosa Parisi. 2022. „Family Well-being during the COVID-19 Lockdown in Italy: Gender Differences and Solidarity Networks of Care". *Child & Family Social Work* 27 (1): 1–10. <https://doi.org/10.1111/cfs.12867>.

Rawls, John. 2005. *A theory of justice*. Original ed. Cambridge, Mass: Belknap Press.

Schraff, Dominik. 2021. „Political trust during the Covid-19 pandemic: Rally around the flag or lockdown effects?" *European journal of political research* 60 (4): 1007–17.

Schupp, Karen, ed. 2019. *Dance Education and Responsible Citizenship: Promoting Civic Engagement through Effective Dance Pedagogies*. New York: Routledge.

Schweigert, Francis J. 2002. „Solidarity and Subsidiarity: Complementary Principles of Community Development". *Journal of Social Philosophy* 33 (1): 33–44. <https://doi.org/10.1111/1467-9833.00122>.

Smolík, Josef. 2022. „Covid-19 a skupinová polarizace". In *ACTA FACULTATIS PHILOSOPHICAE UNIVERSITATIS ŠAFARIKIANAE*. Košice.

Soukup, Petr a Ladislav Rabušic. 2007. „Několik poznámek K jedné obsesi českých sociálních věd-statistické významnosti/Some Notes on the Obsession of the Czech Social Sciences with Statistical Significance". *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 379–95.


Tomeš, I. 2015. „Otázky realizace povinné sociální solidarity sociálním státem". *FÓRUM sociální politiky* 10.

Vostatek, Jaroslav. 2021. „(Ne) podmíněné sociální dávky prizmatem sociálních modelů". *Fórum sociální politiky*, č. 2: 2–13.

Žižková, Jana. 2007. „Úvaha o perspektivách solidarity a ekvivalence v sociálních systémech". *Fórum sociální politiky*, 2–6.

PhDr. Jiří Pospíšil, Ph.D.
(jiri.pospisil@upol.cz) je vedoucím Katedry křesťanské sociální práce na Cyrilometodějské teologické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci (Department of Christian Social Work, Sts Cyril and Methodius Faculty of Theology, Palacký University Olomouc), Univerzitní 22, 779 00 Olomouc, Česká republika. Zaměřuje se na kvantitativní výzkum hodnot, volného času a socioekonomických faktorů determinujících sociální fungování.

PhDr. Ivana Olecká, Ph.D.
(ivana.olecka@upol.cz) působí jako odborná asistentka na Katedře křesťanské sociální práce, Cyrilometodějské teologické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci (Department of Christian Social Work, Sts Cyril and Methodius Faculty of Theology Palacký University Olomouc), Univerzitní 22, 779 00 Olomouc, Česká republika. Zaměřuje se na oblast metodologie výzkumu, aktivně publikuje a věnuje se výzkumu v oblasti abúzu návykových látek, úmrtí dětí do pěti let, rodičovské resilience, sociálně rizikových faktorů a péče o specifické skupiny.



Sociologický časopis
Czech Sociological Review

Vyšlo nové, monotematické číslo 5/2022
„Pandemie jako sociologický problém: krize institucí“

Z obsahu

Stati

Magdalena Mouralová, Eva M. Hejzlarová: Proč učitelky nechodí na ošetrovačku? Emoční strategie, mikropolitiky a sebepečení učitelůk s malými dětmi v době pandemie

Ondřej Kaščík, Yvona Kostecká, Tereza Komárková, Veronika Novotná: Rodina jako substituce školy? K distribuci vzdělávací zodpovědnosti ve dvou vlnách pandemie covidu-19 v České republice

Blanka Nykllová, Dana Moree, Vanda Maufras Černoohorská: Nevědění jako faktor v nepravdivé regulaci domácího násill na ženách v zrcadle pandemie covidu-19

Michal Synek, Dana Hradcová, Radek Carboch: „Všechno stejny, všechno zastaveny“: Karantena v „domově“ pro lidi označené za postižené

Nekrolog


Knižní recenze

Sociologický časopis / Czech Sociological Review
Recenzovaný oborový vědecký časopis vydávány Sociologickým ústavem AV ČR, v. v. i.
Přináší zásadní stati rozvíjející českou sociologii.

Obsah časopisu je dostupný online na <https://sreview.soc.cas.cz>
Vychází 6x ročně (4x český, 2x anglický).
Cena jednoho výtisku je 85 Kč. Předplatné na rok je 510 Kč.
Předplatné zajišťuje SEND Předplatné s.r.o. <https://send.cz/>

Sociologický ústav
Akademie věd ČR

Sociologický ústav AV ČR, v. v. i.
Tiskové a ediční oddělení
Jiřská 1, 110 00 Praha 1,
tel. 210 310 217
e-mail: casopis@soc.cas.cz



Sociologický časopis
Czech Sociological Review

Vyšlo nové, monotematické číslo 5/2022
„Pandemie jako sociologický problém: krize institucí“

Z obsahu

Stati

Magdalena Mouralová, Eva M. Hejzlarová: Proč učitelky nechodí na ošetrovačku? Emoční strategie, mikropolitiky a sebepečení učitelůk s malými dětmi v době pandemie

Ondřej Kaščík, Yvona Kostecká, Tereza Komárková, Veronika Novotná: Rodina jako substituce školy? K distribuci vzdělávací zodpovědnosti ve dvou vlnách pandemie covidu-19 v České republice

Blanka Nykllová, Dana Moree, Vanda Maufras Černoohorská: Nevědění jako faktor v nepravdivé regulaci domácího násill na ženách v zrcadle pandemie covidu-19

Michal Synek, Dana Hradcová, Radek Carboch: „Všechno stejny, všechno zastaveny“: Karantena v „domově“ pro lidi označené za postižené

Práce jako mizející hodnota?

Jan Keller

Méda, Dominique: Le Travail, une Valeur en voie de disparition? Paris: Aubier 1995, 358 stran, ISBN 2-7007-3659-1 (reedice Paris: Flammarion 1998, 384 stran; ISBN-10 2080814001, ISBN-13 978-2080814005)

Článek pojednává o knize, která se z filozofického hlediska zabývá vývojem pohledu na lidskou práci a na její místo ve společnosti. Francouzská autorka Dominique Méda ukazuje na rozboru textů ekonomů, filozofů a sociálních reformátorů, jak se v historicky poměrně nedávné době ustavilo současné chápání práce a jejího významu pro společnost a její členy. Dokumentuje, že pohled, který dnes považujeme za naprosto přirozený, nepochybně platný, je spíše historickou výjimkou, která vybočuje z dosavadních praktik a myšlenkových tradic. Všimá si rozporů, jež jsou v současném vnímání hodnoty práce latentně přítomny a vystupují ostřeji na povrch dnes, kdy se projevuje nespůsobilost jejich příslibů. Dominique Méda poukazuje na omezenost a dobovou podmíněnost současného vnímání významu placené práce a snaží se zařadit tuto hodnotu na bohatší škále, která by se neomezovala pouze na ekonomický rozměr práce. Jan Keller vyzývá k tomu číst tuto knihu současnou optikou, tedy za situace, kdy ekologická politika budí rozpaky, míra nerovností se rozhodně nesnižuje a velké části zaměstnanců už nehrozí stagnace životní úrovně, ale její více či méně výrazný pokles.



Filozofka a socioložka Dominique Méda se v knize z poloviny 90. let 20. století zabývá ve velkém historickém záběru tématem statusu práce a jeho proměn v průběhu dějin. Upozorňuje, že způsob, jakým na práci pohlížíme, je poměrně nového data. Placená pracovní aktivita se stala ústřední hodnotou v našem kulturním okruhu teprve v průběhu posledních dvou až tří století, nikdy dříve tomu tak nebylo.

Počínaje 18. stoletím se formuje pohled na práci jako na aktivitu, která je podstatná pro fungování společnosti, pro udržování vzájemných pout mezi lidmi a pro realizaci každého individua. Takový pohled postupně vykrystalizoval z velice různorodých zdrojů. Z určitých prvků křesťanského myšlení, z postulatů klasické ekonomie a z tvrzení marxismu inspirovaného v tomto ohledu především určitou interpretací Hegelovy filozofie.

Paradoxem je, konstatuje autorka, že pohled na práci formovaný v dřívějších fázích modernity přetrvává i dnes, kdy se placená práce začíná nedostávat a kdy se rychlým tempem šíří její méně hodnotné formy v podobě překérních pracovních kontraktů. I přesto stále platí, že pracovní aktivity jsou považovány za základ společnosti a jádro osobnostní realizace všech jejích členů.

Na příkladech archaických společností, společností antického světa i evropského středověku autorka dokládá, že realizace člověka skrze práci ve skutečnosti není antropologickou konstantou. Také sociální pouto může být a také v minulosti bylo zajišťováno mnoha jinými způsoby. Teprve s nástupem moderní společnosti přestala být práce považována za degradující aktivitu, za trest, který je údělem pouze těch, kdo stojí naspodu společnosti. Řečtí filozofové považovali práci za ubíjející a ponižující činnost. Práce zajišťující životní nezbytnosti byla údělem otroků, svobodný člověk se realizoval v oblastech myšlení, vědy, estetiky či politiky. Ani Římané nepřikládali práci žádný zvláštní význam a nepohlíželi na ni s úctou. Povinnost pracovat jednoznačně oddělovala otroky od svobodných občanů. Nový pohled vyrůstá teprve z křesťanství a úloha fyzické práce v mníšských řádech může sloužit jako jeden z prvních případů, kdy i manuální práce člověka povznáší.

Teprve moderní ekonomové počínaje 18. stoletím činí z (produktivní) práce tvůrkyni bohatství a možnost prodávat svoji práci chápou jako jeden ze základních předpokladů osobní svobody. Práce a směna jejích produktů se stává tvůrkyní hodnoty a vzestup pracovní produktivity je úzce svázán s ideou pokroku. V dílech klasických ekonomů prochází pojem práce abstrakcí a kvantifikací, tím zajišťuje měřitelnost vztahů mezi prodávajícím a kupujícím

a obecně garantuje propočitatelnost lidských aktivit. Mnohé z toho, čeho si nejvíce cenili staří Řekové, naopak od nynějška spadá do oblasti neproduktivních činností. Převládá čistě utilitaristický pohled na svět, na přírodu i na samotného člověka. Zároveň filozofové začínají oslavovat práci jako aktivitu, která přírodu humanizuje a která přispívá k seberealizaci každého jedince. Práce tak získává trojedinou roli: transformuje vnější přírodu k obrazu člověka, tedy humanizuje ji, dále slouží jako nástroj sebezoroje individua, rozvíjí jeho skryté potence, a rovněž funguje jako prostředek sociability: utváří pouto, jež spojuje jednotlivá individua v rámci celého lidství.

Zatímco počátkem 19. století se filozofové přeli o to, jakým způsobem uchopit podstatu abstraktní práce ve vztahu k ideálu rozvoje člověka a humanity, koncem téhož století začíná převládat mnohem pragmatičtější spor – jak učinit snesitelným samotný výkon námezdní pracovní činnosti. Odtud se datuje úsilí o propojení pracovní aktivity s pojištěním pracovníka vůči sociálním rizikům včetně těch, která mají mimopracovní charakter. V tomto sporu, který se stává jednou z os soupeření pravicových a levicových politických sil, se postupně vynořuje společnost zaměstnání a spolu s ní první obrysy sociálního státu. Obojí umožnilo nahradit utopii osvobozené práce mnohem pragmatičtější konstrukcí, kdy pracovní činnost zaměstnanců je směňována za jistou míru sociálního zajištění jich samotných a jejich rodin. Tento model měl uspokojovat všechny. Státu má umožňovat zvyšovat rok od roku národní bohatství, zaměstnancům dosahovat důstojných příjmů a poskytovat jistou míru zabezpečení v případech, kdy toho nejsou schopni, a podnikatelům dosahovat přiměřených zisků. Zároveň trvá předpoklad filozofů z počátků

modernity, že lidská práce vytvářením stále mohutnějších toků bohatství umožňuje přetvářet přírodu k obrazu člověka.

V základech tohoto kompromisu, který měl uspokojit všechny, dříve ovšem určitý rozpor. Ekonomizující pohled vyzvedl sice lidskou práci jako tvůrkyni veškerých hodnot, zároveň však degradoval význam sociální, jež začalo být považováno za pouhý výdaj, za náklad, jenž ubírá z nově vytvářeného bohatství. Tento čistě ekonomizující pohled vychází z individuální perspektivy, z kalkulu jednotlivce a přehlíží váhu sociálních pout i význam náležitosti k určitému celku. Nárůst nerovností uvnitř společnosti pro tento pohled nepředstavuje žádný problém. Problémem se naopak může stát přílišná nákladnost snah o snižování nerovností, což patří k podstatě instituce společnosti zaměstnání a sociálního státu. Zároveň se vytváří dojem, že z čistě ekonomického pohledu je legitimní pouze jeden druh politiky – ten, který upřednostňuje maximalizaci toků individualizovaných směn a abstrahuje od mnohem nespolehlivě kvantifikovatelné kvality stavu celku.

Dominique Méda se domnívá, že toto chápání práce, třebaže se stalo v moderní době univerzálním, představuje jen jakousi historickou epizodu. V současnosti, konstatuje autorka, má placená práce takový charakter, že je možno pochybovat o tom, zda skutečně plní to, co se od ní slibovalo. Je zcela zřejmé, že ve vztahu k přírodě mají „humanizační dopady“ příliš často devastující charakter. Ve vztahu k člověku samému slouží práce méně často jako prostředek sebezbohatování: jedněmi je chápána jako nutný prostředek obživy, jinými jako nástroj osobního profitu. Je pravda, že pracovní vztahy a vykonáva-

ná profese vytvářejí sociální pouta a jsou významným faktorem uznání ze strany druhých. Sociální pouta však fungovala i dříve, než se práce stala oceňovanou aktivitou, a uznání druhých bylo možno získat jinak než pracovním výkonem. Autorka připouští, že práce dnes představuje významnou formu sociability. Tak je tomu však podle ní proto, že se stala hlavní formou organizace času. Jak ukazují dějiny, sociabilitu je možno zajišťovat i jinými způsoby než v rámci pracovních aktivit.

Ekonomická věda, pokud sama sebe považuje za univerzální teorii lidského jednání, není schopna tyto širší souvislosti reflektovat, protože abstrahuje od všeho, co se nevejde do jejího přísně individualistického a čistě utilitaristického pohledu na svět. Řešením podle autorky není „konec práce“, ale reformulace jejího místa vzhledem k fungování společnosti i v rovině osobního života. Na úrovni celé společnosti by mělo projít renesancí politické myšlení ve smyslu určování cílů vývoje. Dnešní dominance myšlení ekonomického totiž zapomíná na to, že ekonomie pojednává pouze o prostředcích zvyšování efektivity, které má tendenci považovat za samoučelné. V rovině individuální by se mělo otevřít více prostoru pro aktivity, které bezprostředně nesouvisí se ziskovostí, ale posilují sociabilitu a tím umožňují individuům dosáhnout bohatší identity včetně účasti na rozhodování o věcech, které se jich společně týkají. Tolik autorka.

Od publikování její knihy *Práce jako mizející hodnota* uplynulo více než čtvrt století. Když byla v polovině devadesátých let zveřejněna, reagovala především na šíření neplnohodnotných forem práce, na určitou stagnaci životní úrovně nemalé části zaměstnanců a na ty hlasy, které opakova-

ně upozorňovaly na přílišnou agresivitu lidského počínání vzhledem k udržitelnosti fungování ekosystémů. Bylo by jistě zajímavé přečíst knihu současnou optikou, kdy jsme v situaci, kdy politika v oblasti ekologické budí určité rozpaky, míra nerovností se rozhodně nesnižuje a velké části zaměstnanců už nehrozí stagnace životní úrovně, ale její více či méně výrazný pokles.

Zatím se nezdá, že by tyto trendy vedly k tomu, že námezdní síly přestanou pohlížet na placenou práci jako na ústřední hodnotu a budou se jí snažit korigovat přesunem svých aktivit do jiných, více vnitřně obohacujících a více pospolitých oblastí lidské činnosti, jak by si přála autorka. Spíše se vyostřují dvě tendence, které se rýsovaly právě již v devadesátých letech minulého století. Na jedné straně je to tendence k odpojení pracovních smluv od sociálního zajištění. Na straně druhé dochází k ostré diferenciaci profesních drah, což umožňuje vysoce kvalifikovaným pracovníkům kupovat si čas těch nejméně kvalifikovaných. První trend souvisí s krizí sociálního státu, trend druhý s nástupem společnosti osobních služeb. Ani jedno ani druhé bohužel nevede ke snižování nerovností, tedy neřeší hlavní otázku, kterou Dominique Méda sleduje svojí analýzou proměn hodnoty práce.

Prof. PhDr. Jan Keller, CSc.

(jan.keller@osu.cz) je profesorem na Katedře zdravotně-sociálních studií Fakulty sociálních studií Ostravské univerzity (Faculty of Social Studies, University of Ostrava), Českobratrská 16, 702 00 Ostrava, Česká republika. Zaměřuje se na dějiny sociologie, sociologie organizace a na problematiku sociálního státu.

Recenze

Financování zdravotnických systémů v kontextu české zdravotní politiky

Kateřina Šámalová

Mertl, Jan: *Financování zdravotnických systémů: v kontextu české zdravotní politiky*. Praha: Wolters Kluwer, 2022, 263 stran. ISBN 978-80-7676-505-4

Hodnocená monografie je věnována mnohavrstevné problematice financování zdravotnictví. Výklad je podložen bohatou výzkumnou praxí autora zahrnující analýzu zahraničních zdravotnických systémů. Čtenáři se tak dostává řada teoretických poznatků. Práce ovšem neulpívá pouze na teoretické rovině: překračuje ji řadou analýz kotvených v praxi a nabízí doporučení pro český zdravotnický systém. Publikace zaujme široké vrstvy čtenářů – od studentů po zralé akademiky, a to napříč studijními programy a vědními oblastmi, které mají co říci k regulaci finančních toků ve zdravotnictví. Své nesporné místo má i v knihovnách politiků a tvůrců zdravotnického systému. Na současném českém trhu není k dispozici kniha s obdobným zaměřením, což přínos a hodnotu nové monografie Jana Mertla podtrhuje.

Tradiční téma sociální politiky, pojaté s hlubokým vhledem, analyticky, v meziná-

rodním srovnání, a navíc s evidence based doporučeními pro další vývoj v domácích

podmínkách – to je nová monografie Jana Mertla, docenta v oboru hospodářská politika,

respektovaného teoretika v oblasti české zdravotní politiky.

Udržitelné zdravotnické systémy jsou esenciální výstavou veřejných (sociálních) politik všech demokraticky spravovaných evropských zemí. Kvalitní design jejich financování představuje klíčovou podmínku pro zabezpečení práva člověka na dosažení maximální úrovně fyzického a duševního zdraví, resp. ekonomické dostupnosti zdravotní péče bez ohledu na sociální poměry příjemce. Je tak přirozené, že zdravotnické systémy sehrávají ve veřejném diskursu zcela zásadní roli. Přitahují permanentní pozornost jak teoretiků, tak praktiků, kteří z různých aspektů vyhodnocují parametry jejich nastavení, zejména pak jejich finanční udržitelnost, potenciál zabezpečovat potřeby širokých populačních skupin, stejně jako vytvářet podmínky pro dostupnost stále kvalitnější zdravotní péče.

S trochou nadsázky lze zdravotnické systémy chápat jako živé, vnitřně strukturované organismy, na něž je vyvíjen nepřetržitý tlak přizpůsobovat se proměnlivým podmínkám prostředí, které je tvořeno především požadavky příjemců zdravotní péče, pojistitelů a poskytovatelů zdravotní péče a dalších zainteresovaných hráčů (farmaceutů, vzdělavatelů, výzkumníků apod.). Podstatnou součástí takových procesů adaptace je regulace finančních toků.

Monografie je zpracována do sedmi vzájemně provázaných kapitol. Uspořádání dílčích témat, na kterých je kniha postavena, připomíná čtenáři trychtýř. Autor ve svém sdělení postupuje logicky od obecných souvislostí a daností k velice konkrétním otázkám, před které nás staví aplikační praxe. Základním stavebním kamenem jeho výkladu je precizní analýza zahraniční praxe. Svě sdělení uzavírá autor implikacemi dosavadního stavu teorie a praxe pro současnou podobu financování českého zdravotnického systému. Ve strategii autorova výkladu vyniká jeho akademičnost, stejně jako evidentní praktická zkušenost se správou těchto systémů. To spolu s pregnantností vyjadřování činí sdělení Jana Mertla relevantními a argumentačně přesvědčivými.

Knihu otevírají teoreticko-metodologická východiska, ve kterých autor seznamuje čtenáře se stěžejními metodami a technikami své tvůrčí práce. Ty jsou až na výjimky kvalitativního charakteru. Jejich identifikace zásadně přispívá k transparentnosti obsahu jednotlivých kapitol. Další, resp. první věcnou kapitolou, je kapitola druhá. Ta se soustřeďuje na výklad klíčových konceptů a mechanismů ve zdravotnictví. Má funkci základního půdorysu autorova výkladu. Kapitola slouží také jako encyklopedie klíčových pojmů a teoretických linií. Právě zde Jan Mertl poprvé zmiňuje pro publikaci nosné dělení zdravotnického systému na univerzální a volitelný.

Třetí kapitola nabízí přehled zdrojů financování zdravotnických systémů, rozlišuje zdroje typické pro univerzální část a zdroje pro volitelnou část. Zabývá se také strukturou plátců v univerzální části systému, stej-

ně jako rysy soukromého zdravotního pojištění. Jistý předěl ve výkladu představuje čtvrtá kapitola, věnovaná existujícím typologiím financování zdravotnických systémů. Ty autor doplňuje o vybrané ukazatele



jejich fungování, prezentované v mezinárodním kontextu a srovnání.

V duchu této kapitoly navazuje autor popisem a analýzou typických rysů zdravotnických systémů u čtyřech mezinárodních zástupců, které mají navzájem odlišně organizované zdravotnické systémy. U každého z nich se pak drží stejných posuzovacích kritérií. Jedná se o zdroje a schémata financování, pozice pacientů a charakter zdravotnických zařízení. Syntetizujícím vyvrcholením publikace je kapitola šestá, ve které autor využívá své dosavadní poznání k řešení otázek, někdy až chronických, spjatých s nastavením českého zdravotnického systému. Logicky tak nemůže opomenout problematiku vývoje jednotlivých kategorií zdravotní péče a jejich vzájemných souvis-

lostí včetně implikací možných nastavení pro český zdravotnický systém. Mezi klíčovými tématy též jsou související s finanční udržitelností systému – zejména pak fiskální podmínky pro univerzální část systémů a dále pak otázky procesně správné – nastavení organizačního zabezpečení tohoto úseku ochrany zdraví.

V samém závěru se autor znovu stručně vrací i k možnostem nastavení volitelné části systému. Kapitulu uzavírá výhledem vývoje českého zdravotnického systému, v jehož rámci nabízí přehled konkrétních doporučení, která navrhuje realizovat v domácím prostředí českého zdravotnického systému.

Jakkoli je autorovo sdělení vyčerpávající a pregnantní, poučeného čtenáře mohou při seznamování se s obsahem knihy napadat doplňkové otázky ohledně vztahu zdravotnického systému k ostatním subsystémům veřejné politiky, zejména sociální, resp. sociálně-zdravotní péči a jejich implikacím pro designy modelů jejich financování.

Monografii lze jednoznačně doporučit jako vysoce kvalitní odborný zdroj pro studenty různých směrů – zejména ekonomie, veřejné politiky, práva, sociální práce a jiných. Zásadním vědním obohacením bude i pro jednotlivé vyučující, neboť ve čtivé, srozumitelné podobě přináší obrázek současného stavu zdravotnictví a reálných možností jeho dalšího rozvoje definovaných na podkladě autorova precizního bádání. Publikace by neměla chybět ani v knihovnách vlastních tvůrců zdravotních politik a zdravotnických systémů, ani představitelů klíčových aktérů na tomto poli.

PhDr. Kateřina Šámalová, Ph.D.

(katerina.samalova@ff.cuni.cz) je odbornou asistentkou a vedoucí katedry sociální práce Filozofické fakulty Univerzity Karlovy (Department of Social Work at the Faculty of Arts, Charles University), nám. J. Palacha 2, 116 36 Praha 1, Česká republika. Zaměřuje se na sociální správu a řízení sociálních systémů a vybrané otázky sociálního práva.

Call for Senior Researcher position

The Research Institute for Labour and Social Affairs (RILSA) announces a selection procedure for employment position Senior Researcher.

The main responsibilities of the position consist of:

- serve as a principal researcher for both autonomous research projects and for research projects conducted in close cooperation with the Ministry of Labour and Social Affairs of the Czech Republic
- lead research projects and establish collaboration across research teams, from conceptualization to dissemination
- presenting findings in meetings with partners and at scientific conferences
- publishing research results in internationally recognized academic journals
- contribute to the development of grant proposals
- mentor junior staff to increase quantitative and qualitative analytic capacity
- enhance the quality, relevance, and usefulness of the Institute's research work.

Expected date of the commencement of employment: 1 March 2023.

The deadline for submissions: 20 January 2023 (inclusive).

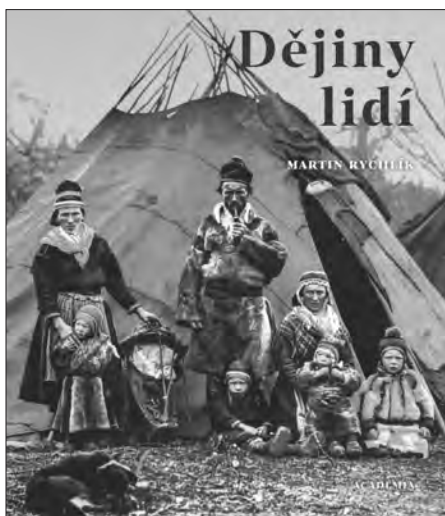
Read the whole job announcement here: <https://www.rilsa.cz/o-nas/kariera-vyberovazeni/senior-researcher/>

Dějiny lidí

Petr Šafařík

Rychlík, Martin: Dějiny lidí: pestrost lidstva v 73 kapitolách. Praha: Academia, 2022, 640 stran, ISBN 978-80-200-3198-3

Recenze představuje a hodnotí antropologickou publikaci, která přibližuje 73 kulturních univerzálií stanovených americkým kulturním antropologem Georgem P. Murdockem. Recenzent se soustředí na ty části knihy, které jsou obzvláště relevantní pro zájemce o sociální politiku, tedy na eseje věnované bydlení, dělbě práce, populační politice a rodině. Recenze hodnocenou knihu chválí jako velmi zdařilou populárně-naučnou práci. Nachází jen nepatrné nedostatky či sporná autorská a redakční řešení.



Obsáhlá kniha etnologa, antropologa a vědeckého novináře Martina Rychlíka *Dějiny lidí* přibližuje 73 kulturních univerzálií, které navrhl americký kulturní antropolog George Peter Murdock v roce 1945. Murdock se snažil zachytit to, co sdílejí všechna lidská společenství: ve variacích, ale – slovy z úvodu M. Rychlíka – „v univerzální stejnosti životů, jak je prožívají lidé z celého světa“ (s. 17).

Martin Rychlík zvolil takový přístup, že ke každé ze 73 kulturních univerzálií napsal 7–10stránkový populárně-naučný „minieseje“, bohatě doprovozený většinou barevnými fotografiemi a reprodukcemi (v každé kapitole je takových obrázků kolem patnácti).

Věnujme se nejdříve úvodu práce. Autor vstup do tématu hravě spojil se svým zjištěním, které se netýkalo žádného domorodého společenství, ale vědecké komunity: M. Rychlík shledal, že v odborné literatuře je slavný Murdockův seznam kulturních univerzálií tradován s podivnými odchylkami: počet jejich položek variuje mezi 66 po 75. Martin Rychlík prý našel příčinu: v knize významného sociobiologa Edwarda O. Wilsona *O lidské přirozenosti* (české vydání je z roku 1993) došlo ke třem kuriózním chybám (písařské, sa-

zečské a redakční lapsy), které se pak dalším tradováním dále šířily i množily (některé přidalo první české vydání zmíněné Wilsonovy knihy). Martin Rychlík tak ve svém úvodu velmi lapidárně, s nadsázkou vyjadřuje také to, jak relativní jsou obdobné taxonomie.

Pro zájemce o sociální politiku jsou v Rychlíkově publikaci obzvláště relevantní minieseje věnované bydlení, dělbě práce, populační politice a rodině. Rovněž v nich autor postupuje tak, že spojuje etnologické, antropologické a kulturněhistorické poznatky: hojně cituje z odborné literatury (často i té starší) a z pestré škály pramenů: z cestopisů, kronik, deníků i z uměleckých děl (jakkoliv tato v řadě kultur vznikala v rámci náboženských či léčebných úkonů a nebyla jako umění členy oněch společenství vnímána).

Většina výše zmíněných kapitol přináší poměrně úzké zpracování daných témat. Část o populační politice věnuje proporcčně značný prostor dvěma světovým válkám a specificky holocaustu. Cenná je například připomenutím představ o eugenice ze začátku 20. století, jakkoliv by mohla jasněji oddělit rozšířené dobové přístupy a teze od pozdější nacistické rasové eugeniky. Škoda, že pisatel nepojednal více o pesimistické teorii a vlivu ekonoma Thomase R. Malthuse ohledně populačního růstu (s. 321). Najde-li tamtéž čtenář citaci z knihy českého sociologa a zastávce sociální eugeniky Břetislava Foustky (1862–1947), nabízí se otázka, jestli Martin Rychlík místy až příliš nemyslel na domácí publikum, respektive zda někdy neupřednostnil silný citát před adekvátnějším rozlišováním vlivu různých osobností / institucí / myšlenkových škol / diskursů.

V kapitole věnované bydlení se čtenáři dostane popisů o stavbě iglů či kónických stanů obyvatel Sibíře. Ovšem autor jako by se přesměru držel svého názvu dané části „Z vlgamů do vil i paláců“ a téměř opomenul znepokojivý opačný jev: bezdomovectví. To je jen letmo připomenuto fotografií z Kalkaty a krátkým popisem

k tomu (s. 34). Obdobně neorganicky se snímek bezdomovce, tentokrát japonského, objevuje v pasáži o tzv. postmaritální rezidenci, tedy pravidlech určujících, kde budou bydlet novomanželé. Zřejmě k tomu antropologa svedl jeho občasný sklon vyjadřovat se až příliš „novinářsky efektně“; zde s pojmem nomád (s. 391).

Také jiná podtémata obzvláště zajímavá i pro vývoj Západu jsou jen připomenuta a glosována fotografií a jejím popisem, jako například motiv dětské práce v pasáži pojednávající o vymezení věkových stupňů (s. 504).

Rovněž kapitola o dělbě práce patří, žel, k těm kratším, respektive k těm, kde se autor nemůže opřít o vlastní empirický výzkum (mj. napsal zajímavé monografie *Dějiny tetování /2014/* a *Dějiny vlasů /2018/*) a zřejmě ani o hlubší osobní zájem. Martin Rychlík tak s oporou v amerického antropologa Melvilla J. Herskovitse připomíná nutnost odlišovat dělbu práce od specializace práce, ale pak planě, jen zcela letmo píše o tom, že dělbu práce mezi ženami a muži či „vykořisťovanými“ a mocnými se zaobírali „četní učenci, často (neo)marxisticky orientovaní“ nebo „věnující se oboru gender studies“ (s. 54–55) – místo aby hutně přiblížil, co cenného daní vědci tedy vyzkoumali (jak to M. Rychlík činí u řady jiných badatelů). V těchto zdánlivých drobnostech si publikace určitě nese znaky svého zrodu – Rychlíkova seriálu pro sobotní přílohu *Lidových novin Orientace*. Pokládám však za slabinu, že i do ambiciózního textu renomovaného nakladatelství pronikl ten problematický rys českého mainstreamového diskursu, že levicová či feministická orientace nějakého subjektu (vědce, novin atp.) je zmiňována i v letmých zmínkách jako příznakový atribut (často opravdu formou přívlastku), zatímco u mnoha osob a institucí pravicové či konzervativní orientace to titíž autoři neuvádějí, přestože se u onoho druhého světónázorového tábora někdy jedná o ideologickou vyhraněnost či přímo politické kompromitace

velmi silné (M. Rychlík se bezpříznakově vztahuje například k rumunskému religio-
nisti a filozofu Mirceovi Eliademu).

Kulturní antropolog Martin Soukup v předmluvě hodnoceného svazku uvádí, že Rychlíkova kniha „nemá ve světové antropologické literatuře srovnání“ (s. 13). Některé novinářské recenze zmínily možné překlady do cizích jazyků. Bude zajímavé, jestli kupříkladu případné anglické vydání Rychlíkova textu zachová ono selektivní „politické značkování přívlastky“, tedy značně provinční rys českého – hlavně masmediálního – hlavního proudu.

Hodnocená publikace určitě upoutá rovněž svou obrazovou výpravou. Ta je až opulentní. Vzhledem k obrovské tematické šíři probíhal při autorské i redakční práci určitě velký zápas o prostor a priority. Občas jsou zmiňovány nějaké artefakty, jejichž zobrazení citelně chybí. Místo toho je mezi stovkami fotografií získaných z otevřených internetových zdrojů řada jen volně ilustračních; některé jsou vyloučeně postradatelné.

Jazyková odlehčenost spojená, jak uvedeno, s popularizačním laděním knihy i její-

mi novinovými začátky, je místy značná, a to zejména ve větších nadpisech jednotlivých kapitol, kdy větší nadpis dominuje nad menším (číslovaným) vyjadřujícím zmíněnou 73člennou taxonomii kulturních univerzálií od George P. Murdocka. Nadpisy jako „Ne kupte to. A plaťte 'lístečky'“ u kapitoly „Obchod a směna“ nebo „Zač vděčíme babkám pupkořezným“ u „Porodnictví“ jsou co do jazykového vkusu hraniční.

Chvályhodné je poskytnutí tří typů rejstříků i to, že navzdory populárně-naučenému ladění kniha používá odkazový aparát. Žel, ten je dvoustupňový: kombinuje odkazování vysvětlivkami (zdroje jsou společně uvedeny v seznamu na konci) a závorkové odkazování: z textu se však nejdříve dostanete jen k „závorkovým odkazům“ (příjmení autora, rok vydání zdroje a číslo strany) a až pak – v dalším seznamu – k bibliografickým údajům.

I v něčem jiném mohla být redakce k publiku vstřícnější: vykřičník před jiným pojmenováním kmene Sanů (Křováků) „!Kungové“ bude asi nejen čtenář – při chybějícím vysvětlení – pokládat za zapomenutou autorskou či redakční značku

(jedná se ale o symbol pro rozlišovací zvuk jazyka Sanů, jakési mlasknutí).

Nicméně celkově je kniha Martina Rychlíka originální, v mnohém obdivuhodným počinem: spojuje některé znaky kompendia se čtivostí krátkých esejů, které mohou – asi hlavně mladé lidi – nadchnout pro příslušné vědní obory i obecněji pro zájem o vzdálené kultury.

Potenciál knihy je značný také s ohledem na globalizaci a nové migrační vlny, kdy se spolu těsně stýkají i příslušníci dříve velmi vzdálených etnik. Jakkoliv jsem se výše pozastavil nad tím, zda Rychlíkův zájem připomínat (polo)zapomenuté české badatele místy nezmenšuje prostor pro zachycení výrazně vlivnějších osobností a konceptů, rovněž tato svérázná „česká linka“ jeho výkladu jistě zaujme řadu čtenářů.

PhDr. Petr Šafařík

(petr.safarik@rilsa.cz) je šéfredaktorem časopisu Fórum sociální politiky, vydávaného Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí, v. v. i. (Research Institute for Labour and Social Affairs), Dělnická 213/12, 170 00 Praha 7, Česká republika.

Informační servis čtenářům

Zpráva o konferenci Sociální politika 2022

Vladimír Barák

Zpráva představuje mezinárodní konferenci Sociální politika 2022, kterou uspořádala v Praze 3. listopadu 2022 Katedra hospodářské a sociální politiky Národohospodářské fakulty VŠE. Akce se konala již počtvrté. Tentokrát nesla podtitul Dopady inflace do sociální oblasti.

„V minulém roce jsem konferenci zahajoval slovy, že rok s koronavirem naplno ukázal, jak je problematika nastavení sociálních politik na úrovni jednotlivých států důležitá. Hned další rok nás ale přesvědčil, že dopady pandemie nejsou tím jediným, čeho se v sociální oblasti musíme v krátkodobé i střednědobé perspektivě obávat. Čelíme rekordní inflaci. Čelíme nejistotě související s vleklým ozbrojeným konfliktem na Ukrajině. Jsme svědky toho, kdy se z důvodu zvyšujících se cen za energii, potraviny i léky čím dál více lidí obrací na stát a očekává pomoc. To vše za situace, kdy se stát solidárně rozhodl pomáhat rovněž statisícům uprchlíků ze země zasažené konfliktem. Je tedy zřejmé, že témat k diskusi je celá řada,“ zahájil konferenci prof. Ing. Vojtěch Krebs, CSc., profesor sociální politiky na NF VŠE v Praze, který je předsedou vědeckého vy-

boru a odborným garantem konference. Podle profesora Krebse se během krize projevila stabilita jednotlivých systémů, význam propojení dávek a podpůrných programů. „Politická reprezentace však přicházela rovněž s novými dávkami a opatřeními. Ty se ne vždy setkaly s pochopením veřejnosti. Vláda čelila kritice, že nepomáhá dost, nepomáhá včas a celkově se jeví jako vzdálena problémům běžných lidí. Velmi si v této souvislosti cením toho, že aktivními účastníky konference jsou nejen odborníci z vysokých škol či praxe, ale že tu máme i vysoce postavené politiky či úředníky, kteří mi již před zahájením říkali, že se těší na zpětnou vazbu a diskusi,“ uvedl profesor Krebs. Účastníky následně krátce přivítali rektor Vysoké školy ekonomické v Praze doc. Ing. Petr Dvořák, Ph.D., a děkan organizující fakulty, doc. Ing. Miroslav Ševčík, CSc.

Záštitu nad letošním ročníkem konference poskytl místopředseda Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR Ing. Jan Skopeček, Ph.D., který byl rovněž jedním ze tří hlavních řečníků konference. Prezentoval zde svůj příspěvek Sociální politika v době inflace. „Výzvami pro sociální politiku jsou zkrocení inflace, zajištění elementárního sociálního smíru a zvládnutí fenoménu stárnoucí společnosti. Musíme se zaměřit na penzijní systém, zdravotní systém a sociální služby,“ shrnul Skopeček svůj příspěvek.

Druhým keynote speakerem byl RNDr. PhDr. Zdeněk Hostomský, CSc. Tento mezinárodně uznávaný biochemik pronesl příspěvek nazvaný Covidová krize a její důsledky. „V řadě případů jsme se na virus jen vymlouvali a většinu problémů jsme si jako společnost způsobili sami. Politici se nechali unést mocí



Konference Sociální politika 2022; zdroj snímku: www.socialni-politika.cz

a často opatření, která nařizovali, sami nedržovali. V této souvislosti jsme možná svědky nové sociální politiky, kdy se zvyšuje role státu k zmírnění problémů, které sám stát prostřednictvím restriktivních opatření způsobil," uvedl Z. Hostomský, v současnosti ředitel Národního institutu virologie a bakteriologie Ústavu organické chemie a biochemie AV ČR.

Třetím hlavním řečníkem byl Ing. Radvan Hauk, partner společnosti Moore Czech Republic, poradenské, auditní a technologické skupiny poskytující služby pro klienty jak ze soukromého, tak i veřejného sektoru. R. Hauk ve svém vystoupení odpovídal na otázku, co čeká české zaměstnavatele v reakci na současný ekonomický vývoj. „Početní deficit zaměstnanců bude muset být kompenzován zahraničními pracovníky a technologickými inovacemi, jako jsou automatizace a robotizace. Oproti současnosti se oba přístupy umocní, tedy více zahraničních pracovníků a urychlení inovací. U drtivé většiny pracujících (cca 80 % z 5,2 milionu) bude z důvodů technologických inovací nutné zvyšovat a rozšiřovat znalosti a dovednosti v rámci stávající profese," sdělil Hauk.

Po krátké přestávce své příspěvky prezentovali další odborníci. Jedna ze sekcí se věnovala rodinné politice a své podněty zde přednesly například Mgr. Jaroslava Rezlerová, generální ředitelka společnosti Manpower Group ČR a prezidentka Asociace poskytovatelů personálních služeb. Dále Mgr. Kamila Vlčková, Mgr. Martina Štěpánková Štýbrová a Mgr. Jitka Čampulková z Ministerstva práce a sociálních věcí, které se věnovaly tématu současné české rodiny a rovněž potížím, kterým ro-

diny čelí v souvislosti se současnou ekonomickou krizí. Zástupkyně ministerstva shrnuly vládní sociálně-politická opatření směřující ke zmírnění ekonomických potíží rodin. „Za zmínku stojí zejména navýšení životního a existenčního minima (4/2022 a 7/2022), dále druhá mimořádná valorizace důchodů (9/2022), příspěvek 5 tisíc korun na dítě (8/2022), úpravy v dávkovém systému, jako je flexibilnější čerpání rodičovského příspěvku od 7/2022 a zmírnění podmínek pro nárok na mimořádnou okamžitou pomoc, dále navýšení normativních nákladů na bydlení, které jsou součástí příspěvku na bydlení, a také zjednodušení administrativy (9/2022). Plánovány jsou úpravy zákoníku práce, konkrétně sleva na pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a možnost čerpání rodičovského příspěvku prarodiči," uvedly autor-ky.

O zkušenosti ze sousedního Slovenska se podělili doc. Ing. Peter Sika, Ph.D., a doc. Ing. Silvia Šipikalová, Ph.D., z Národohospodářské fakulty Ekonomické univerzity v Bratislavě.

V další sekci představili výsledky své vědecké práce akademičtí pracovníci z vysokých škol. Svůj komplexní návrh na zavedení jednotného inkasa příspěvků na sociální zabezpečení přednesl prof. Ing. Jaroslav Vostatek, CSc., z VŠFS. Za NF VŠE představil velmi aktuální příspěvek Sociální a ekonomické aspekty zastropování cen energií doc. Ing. Marek Loužek, Ph.D. „Cenový strop na trhu elektřiny vyvolává neefektivnost. Pokud se cenový strop stanoví pod tržní cenou, vzniká nedostatek, čímž může potenciálně docházet

až k blackoutům. Lidé v Evropě na to nejsou zvyklí, ale např. v Indii nebo Pákistánu v podstatě nenajdeme čtvrt, která by měla elektřinu 24 hodin denně. Když se řekne zastropování, má každý pocit, že peníze spadnou z nebe. Nespadnou: zaplatí to daňový poplatník. Vláda Petra Fialy si musí ujasnit, o co jí jde. Buď může rozhozovat zdroje horem dolem a podněcovat inflaci (to mimochodem kritizovala na Babišově vládě), nebo najde odvahu přetnout zakletý kruh, kdy přidávání na platech a dávkách pomáhá roztáčet inflaci. A ta zase vyvolává volání části veřejnosti, odborů či opozice po přidávání na platech a dávkách. Pokud odvahu nenajde, jde o čirý populismus," sdělil Loužek.

Na téma důchodového věku jako příčiny genderových rozdílů ve výši důchodů v ČR hovořil Ing. Martin Holub, Ph.D., z Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí (RILSA). „Česká republika není v rámci EU jediná, která umožňuje snížení důchodového věku v závislosti na počtu vychovaných dětí. Podobné zvýhodnění pro matky (rodiče), které vychovaly děti, můžeme nalézt i v legislativě Estonska, Itálie, Slovenska a Slovinska. Rozdíl je však v komunikaci toho zvýhodnění navenek vůči pojištěncům. Ač se v zásadě v případě Itálie a Slovinska jedná o velmi podobný přístup jako v ČR, v Itálii a Slovinsku je pojištěncům nabízen alternativní přístup – buď snížení důchodového věku, nebo výhodnější způsob výpočtu důchodu při nevyužití kratšího důchodového věku. V ČR je obecně zmiňována vždy jen první možnost – snížení důchodového věku pro ženy, které vychovaly děti. Pokud by ovšem byla komunikována i druhá varianta spočívající v bonifikaci odloženého odvodu důchodu v případě nevyužití sníženého věku odvodu do důchodu, bylo by zřejmé, že odchodem do důchodu v důchodovém věku muže stejného data narození jako žena by žena, která vychovala dítě/děti, získala bonus za přesluhování – tedy výhodnější způsob výpočtu důchodu," uvedl Holub.

Další řečníci a názvy jejich příspěvků jsou v kompletní podobě zveřejněny spolu s fotografiemi z konference na webu www.socialni-politika.cz.

Organizátoři konference Sociální politika 2022 děkují hlavním partnerům, kterými byly společnosti Moore Czech republic a Česká pojišťovna.

Mgr. Vladimír Barák, Ph.D. (vladimir.barak@vse.cz) absolvoval doktorské studium pod vedením prof. Vojtěcha Krebse na Národohospodářské fakultě VŠE v Praze. Nadále zde působí na Katedře hospodářské a sociální politiky (Department of Economic and Social Policy, Faculty of Economics, University of Economics), Nám. W. Churchilla 4, 130 67 Praha 3, Česká republika.

Work: a disappearing value?

The article provides a discussion on a book that, from the philosophical point of view, addresses the development of views on work and its place in society. The French author Dominique Méda reveals, via a detailed analysis of the views of economists, philosophers and social reformers, how the current understanding of work and its meaning for society and the members thereof was established over a relatively recent period of history. It documents that the view that we consider today to be completely natural, unquestionable and universally valid, is something of a historical exception that deviates from pre-existing practices and thought traditions. The author points out the contradictions that are latently present in the current perception of the value of work and which have come into sharp focus recently as humanity realises that the related promises are not being fulfilled. Dominique Méda points out the limitations and temporal conditioning of the current perception of the meaning of paid work and attempts to place this perception in a context that is not limited solely to the economic dimension of work. Jan Keller suggests that this book should be read from the contemporary perspective, i.e. in a situation where environmental policies are being questioned, the level of inequality is by no means decreasing, and a large number of employees are no longer threatened only by stagnation in their living standards, but by a significant decline.

Review of the publication „The financing of healthcare systems in the context of Czech healthcare policy“ – Mertl, Jan: Financování zdravotnických systémů: v kontextu české zdravotní politiky. Praha: Wolters Kluwer, 2022, 263 pages, ISBN 978-80-7676-505-4

The assessed monograph is dedicated to the multi-level issue of the financing of healthcare. The interpretation of the issue is supported by the extensive research experience of the author, including the analysis of foreign healthcare systems. The reader is, thus, provided with a number of

theoretical insights. However, the monograph does not only address the theoretical level; indeed, it also includes a series of analyses that are anchored in practice and offer recommendations for the Czech healthcare system. The publication will appeal to a wide range of readers - from students to experienced academics in a number of study programmes and scientific fields that are involved in the regulation of the financing of the healthcare sector. It will also prove useful for politicians and those involved in setting the parameters of the healthcare system. No book with a similar focus is available in the Czech market, which adds extra weight to the contribution and academic value of Jan Mertl's latest publication.

Review of the book „The History of People“ – Rychlík, Martin: Dějiny lidí: pestrost lidstva v 73 kapitolách. Praha: Academia, 2022, 640 pages, ISBN 978-80-200-3198-3

The review presents and provides an evaluation of an anthropological publication that considers the 73 cultural universals established by the American cultural anthropologist George P. Murdock. The reviewer focuses on those parts of the book that are particularly relevant for readers interested in social policy, i.e. essays devoted to housing, the division of labour, population policy and family issues. The review praises the assessed publication as being a particularly successful popularisation study. It points out only a small number of flaws or questionable authorial and editorial approaches.

Report on the Social Policy 2022 conference

The report presents an account of the Social Policy 2022 international conference, which took place in Prague on 3 November 2022 under the auspices of the Department of Economic and Social Policy of the Faculty of Economics, Prague Economics University. This was the fourth such conference to be held, and this year it addressed the theme of the Impacts of Inflation on the Social Area.

Hlavní náplní ústavu je aplikovaný výzkum v oblasti práce a sociálních věcí na regionální, celostátní i mezinárodní úrovni formulovaný podle aktuálních potřeb orgánů státní správy, popřípadě neziskových či privátních subjektů. Ústav vykonává konzultantskou činnost pro uživatele výsledků výzkumů a organizuje semináře a konference. Výzkumné projekty se každý rok připravují ve spolupráci se zainteresovanými subjekty s ohledem na kontinuitu vývoje vědy a výzkumu v předemných oblastech. Mezi hlavní výzkumné zájmy ústavu patří:

- trh práce a zaměstnanost,
- sociální dialog a pracovní vztahy,
- sociální ochrana,
- rodinná politika,
- příjmová a mzdová politika,
- rovné příležitosti,
- teorie sociální politiky.

Významnou činností ústavu je poskytování komplexních knihovnických a informačních služeb z oblasti práce a sociálních věcí, které zajišťuje oddělení knihovnicko-informačních služeb. V rámci jeho činnosti je kontinuálně budován a zpracováván fond domácích a zahraničních informačních pramenů z uvedené oblasti, ale i z příbuzných oborů a průřezových vědních disciplín.

The RILSA's main role is applied research on labour and social affairs at regional, national, and international levels, formulated in accordance with the current needs of the state administration, and in some cases the non-profit sector and private clients. The Institute provides consultancy for the users of research results and organizes seminars and conferences. Research projects are prepared each year in collaboration with interested parties, with regard to the continuity of science and research in the areas in question. The Institute's main research interests include:

- labour market and employment,
- social dialogue and labour relations,
- social security,
- family policy,
- wages and income policy,
- equal opportunities,
- social policy theory.

An important activity of the Institute, essential for carrying out its research objectives, is the provision of comprehensive library and information services in the field of labour and social affairs. This is done by RILSA's library and information services department.

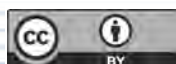
Kontakt

Dělnická 213/12, 170 00 Praha 7, Czech Republic, tel. +420 211 152 711, <https://www.rilsa.cz>

FÓRUM sociální politiky



Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i.



MK ČR E 17566
ISSN 1802-5854 print, 1803-7488 online
Cena: 80 Kč