Ekonomika a pojišťovnictví

6. Demografický tranzit a epidemiologická transformace
7. Sociální determinanty zdraví
8. Příčiny nárůstu výdajů na zdravotní péči
9. Etické hodnoty v péči o zdraví

Demografický tranzit, epidemiologická transformace, sociální determinanty zdraví

- **Zdravotnictví** jako systém poskytující odborné zdravotnické služby **reaguje na zdravotní potřeby populace**.

- **Zdravotní potřeby se mění** v souvislosti
  - se změnou velikosti a složení populace
  - se změnami ve vzorcích nemocnosti a příčin smrti

- K demografickým a epidemiologickým změnám v populaci dochází **v důsledku proměny socioekonomických a kulturních podmínek**, které byly, jsou a budou významnými determinantami zdraví populace.

6. DEMOGRAFICKÝ TRANZIT A EPIDEMIOLOGICKÁ TRANSFORMACE

DEMOGRAFIE

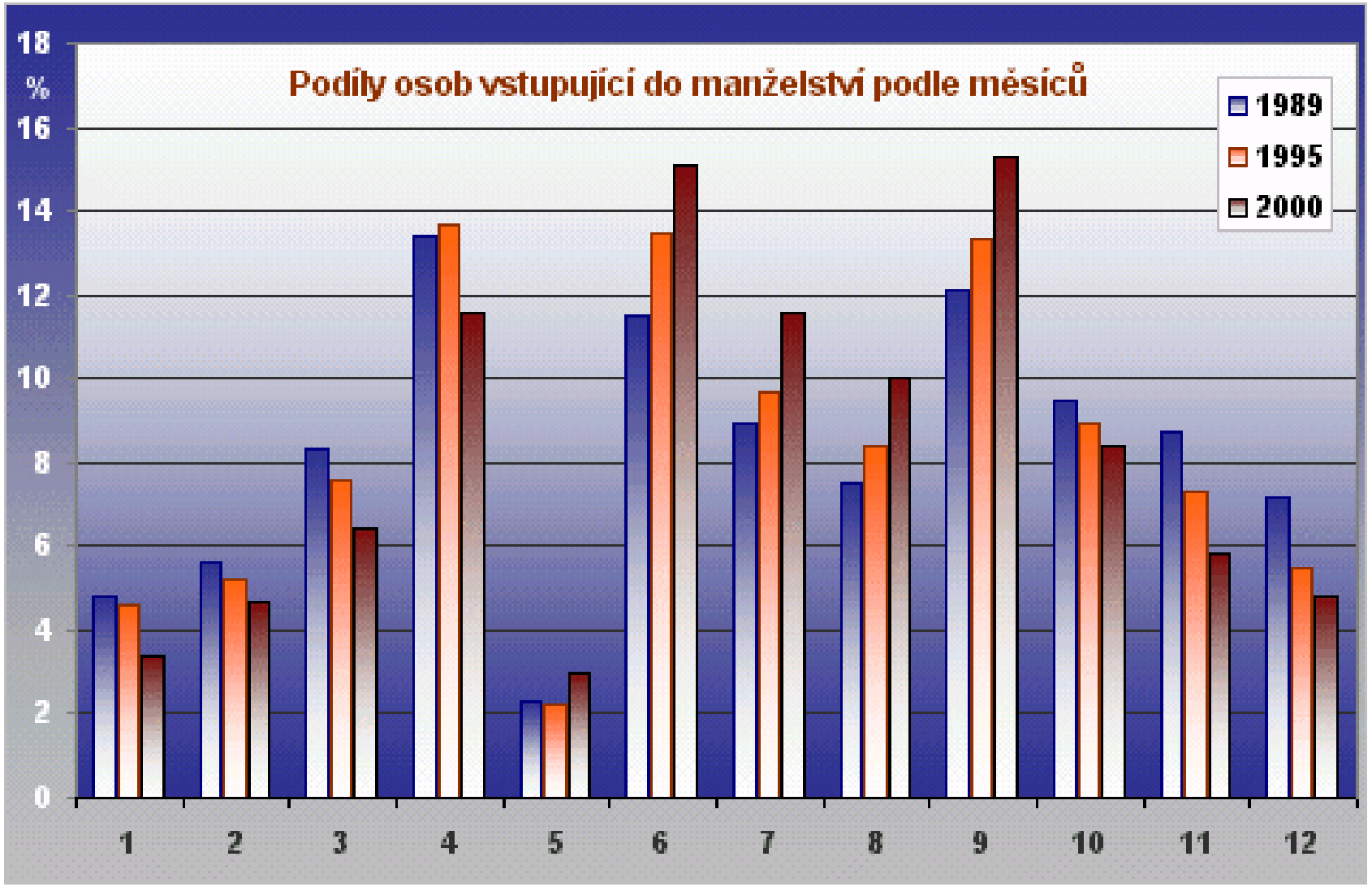
UDÁLOSTI

- Narození
- Úmrtí
- Svatba
- Rozvod
- Ukončení studia
- Změna bydliště

PROCESY

- Porodnost
- Úmrtnost
- Sňatečnost
- Rozvodovost
- Vzdělanost
- Migrace

DEMOGRAFIE


Podíly osob vstupující do manželství podle měsíců
1989
1995
2000
%
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

DEMOGRAFIE

- **zabývá se REPRODUKCÍ LIDSKÝCH POPULACÍ**

- odhaluje **vazby mezi společenskými podmínkami** (kulturní, ekonomické, politické) **a populačním vývojem**

POPULAČNÍ ZÁKLADNA A POPULAČNÍ PROCESY

- **Základna:** velikost a struktura populace

- **Procesy:** hromadné demografické události úzce související s velikostí a složením populace

PROMĚNA VĚKOVÉ STRUKTURY POPULACE – POPULAČNÍ STÁRNUTÍ

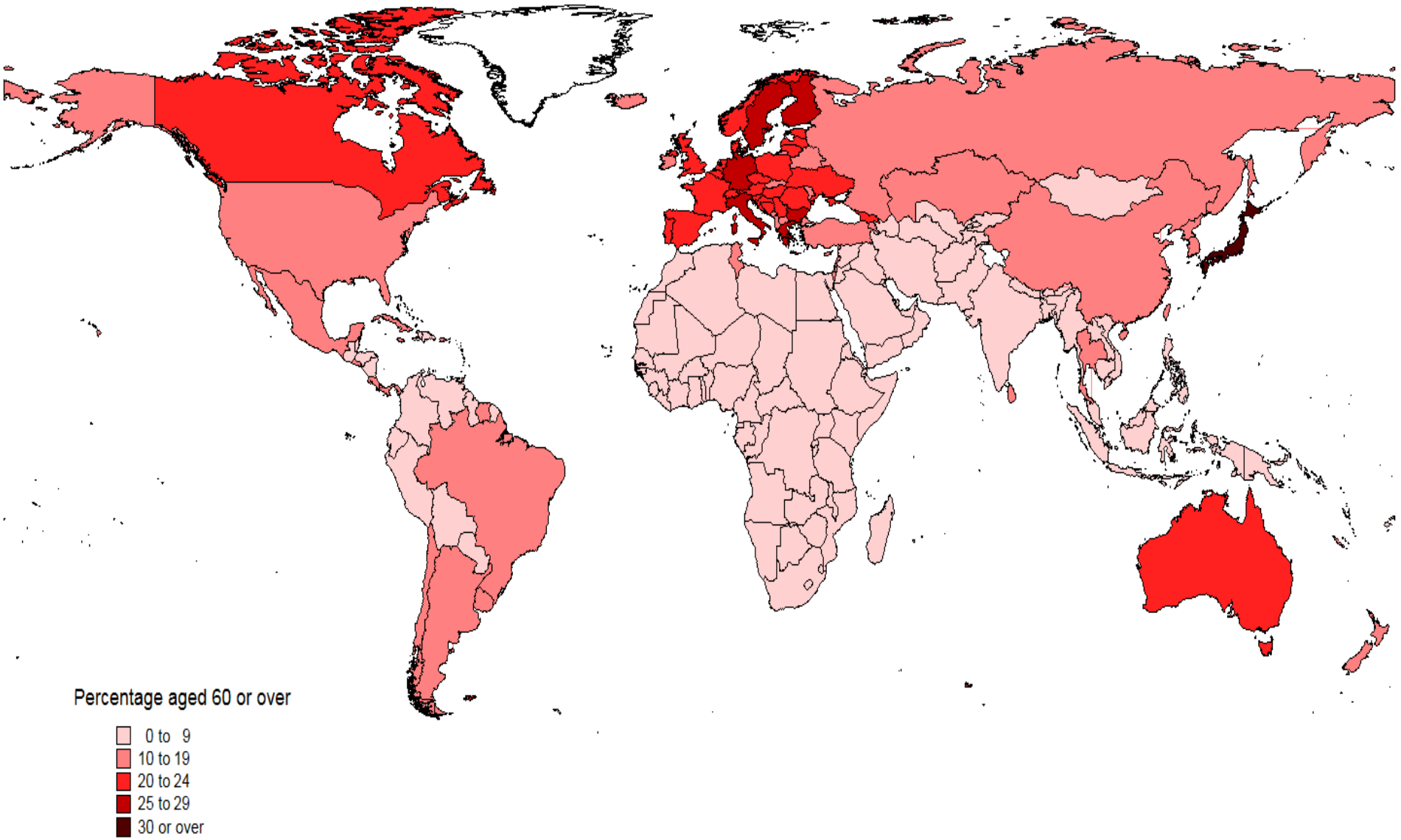
- Populace nemá věk – jen věkovou strukturu
- Populace může mládnout
- Populační stárnutí
  - proces, kdy se mění věková struktura populace tak, že se zvyšuje podíl osob starších 60 nebo 65 let
  - v ČR máme cca 16,5% osob ve věku 65+
- Demografická panika

STÁRNUTÍ A ZDRAVÍ V GLOBÁLNÍM KONTEXTU

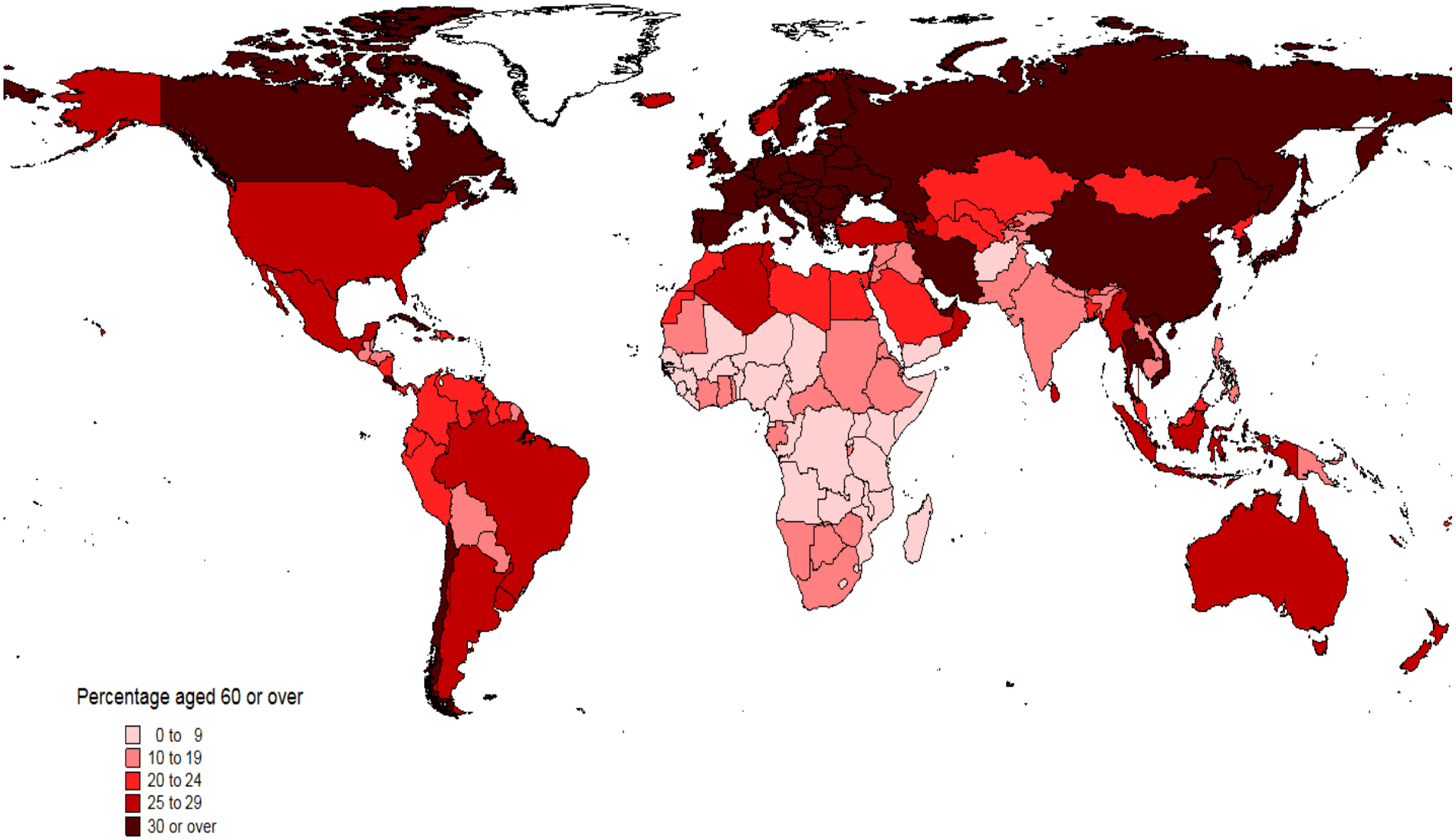
Svět stárne rychle:

- počet lidí starších 60 let v poměru k celkovému počtu světového obyvatelstva se zvýší z 11% v roce 2000 na 22% do roku 2050
- poprvé v lidských dějinách bude ve světové populaci více seniorů než dětí (do 14 let)
- rozvojové země stárnou mnohem rychleji než rozvinuté země: do padesáti let bude více než 80% seniorů žít v rozvojových zemích, zatímco v roce 2005 to bylo 60%.

PODÍL OBVATEL STATŠÍCH 60 LET



PODÍL OBVATEL STATŠÍCH 60 LET, 2050

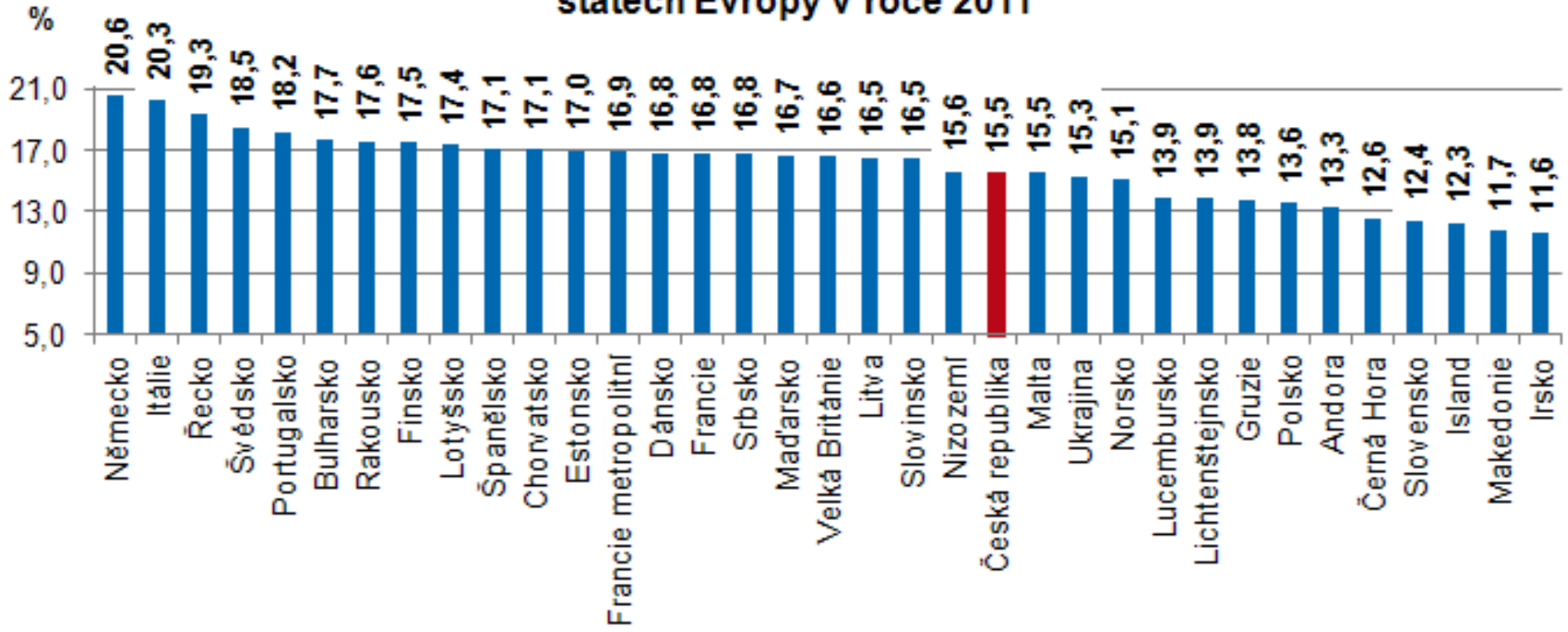


STÁRNUTÍ A ZDRAVÍ V GLOBÁLNÍM KONTEXTU

- Využít smysluplně potenciál starších lidí je důležité pro každou společnost - podpora zdravého, aktivního a důstojného stárnutí

- Fenomén stárnutí se týká i České republiky.
  - MPSV ČR: **Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017**

Procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více let v jednotlivých státech Evropy v roce 2011



SITUACE V ČR

- Populační stárnutí
  - v ČR máme cca 16,5% osob ve věku 65+
  - 2030: 23,6%

- Projekce do roku 2101

DEMOGRAFICKÝ TRANZIT

Podstata:

PŘECHOD OD VYSOKÝCH K NÍZKÝM MÍRÁM PORODNOSTI A ÚMRTNOSTI

(Přechod od extenzivních forem reprodukce k intenzivním)

HLAVNÍ CHARAKTERISTIKY DEMOGRAFICKÉHO TRANZITU

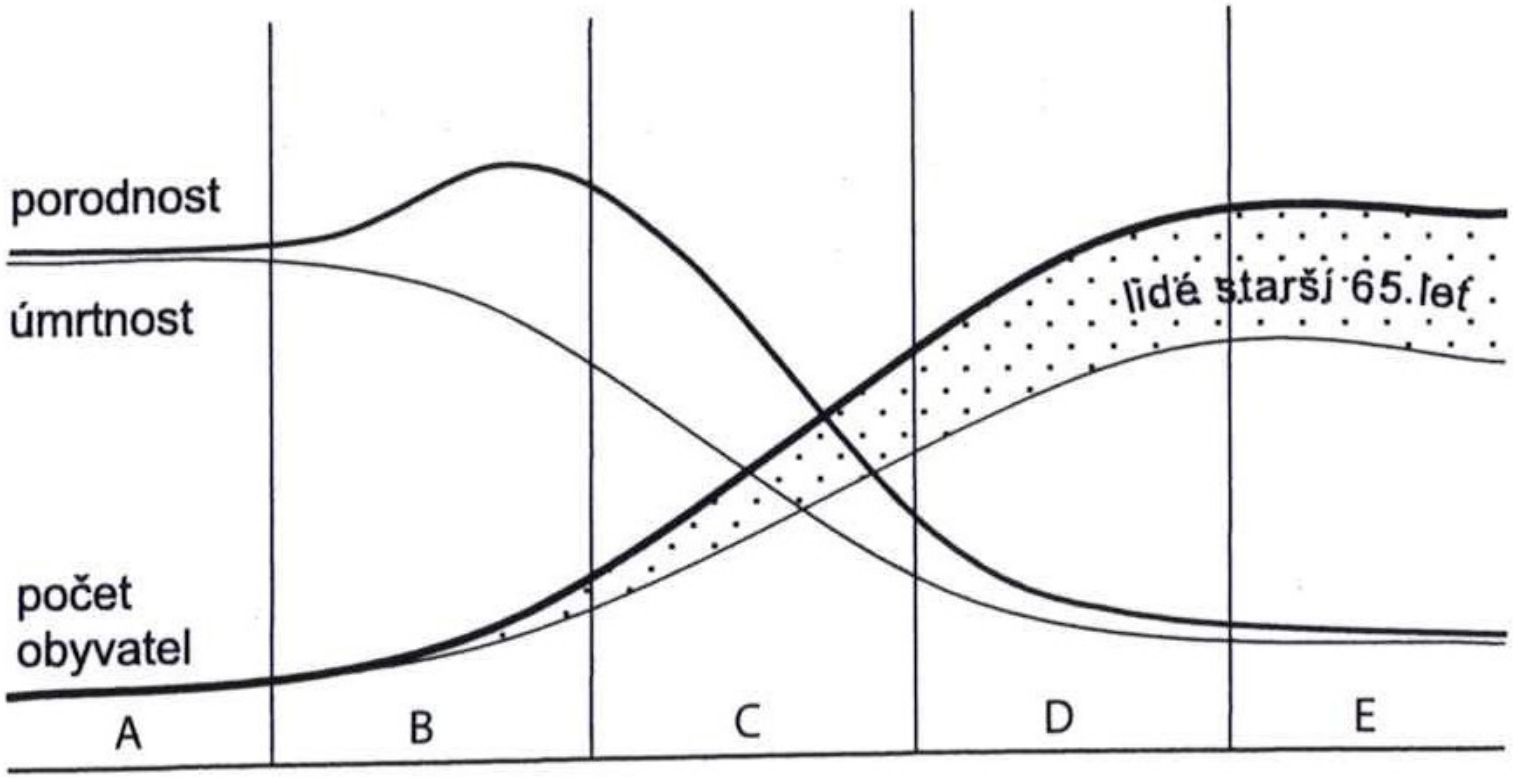
- Globální proces probíhající od pol. 18. st.
  - pol. 18. st. (FRA, UK)
  - České země: 1870-1930
  - Slovensko: 1900-1950
- Čím později začne, tím rychleji proběhne.
- Kompletně bude završena v polovině 21. st.
  - počet obyvatelstva Země by se měl ustálit na 9-10mld.

PRŮBĚH DEMOGRAFICKÉHO TRANZITU

Demografický přechod má dvě komponenty:

- **pokles úmrtnosti** (teorie epidemiologické transformace)
- **pokles porodnosti** (zvýšení životní úrovně, proměna životního stylu, kulturní proměna)

GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ PRŮBĚHU DEMOGRAFICKÉHO TRANZITU



POKLES ÚMRTNOSTI:
TEORIE EPIDEMIOLOGICKÉ TRANSFORMACE

- Pokles úmrtnosti vysvětluje **teorie epidemiologické transformace**
  - Teorie o vlivu sociálních, kulturních a ekonomických změn na proměnu vzorců nemocnosti a úmrtnosti.

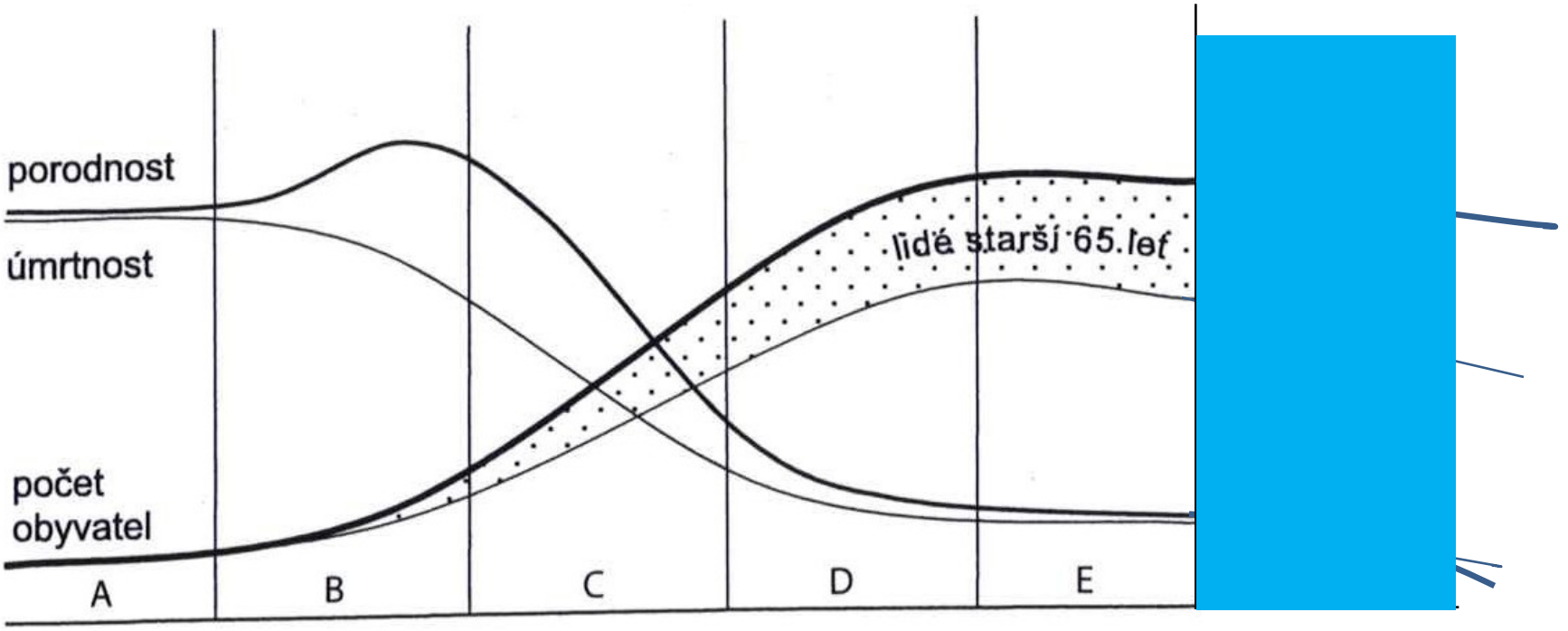
- **Omran rozlišil 3 období s rozdílnými vzorci nemocnosti a úmrtnosti:**
  1. OBDOBÍ SMRTÍCÍCH EPIDEMIÍ, VÁLEK A HLADOMORŮ (do poč. 17. stol.)
  2. OBDOBÍ PANDEMIÍ INFEKČNÍCH NEMOCÍ (do pol. 18. stol.)
  3. OBDOBÍ CHRONICKÝCH A DEGENERATIVNÍCH ONEMOCNĚNÍ (od 20-30. let 20. stol.)

- **Přechod mezi obdobími = epidemiologická transformace**

DOPLNĚNÍ OMRANOVY TEORIE

4. OBDOBÍ – NÁVRAT SMRTÍCÍCH EPIDEMIÍ (AIDS, ptačí chřipka, prasečí chřipka, ebola)

DALŠÍ VÝVOJ: DRUHÝ DEMOGRAFICKÝ PŘECHOD



- Současné vyspělé společnosti
- Porodnost je nižší než úmrtnost
- Přirozený přírůstek je záporný
- Převládají kardiovaskulární nemoci a zhoubné nádory.
- Stále se zvyšuje podíl lidí ve věku nad 65 let
- SDŽ stále roste v důsledku prodlužování života na špici věkové pyramidy (stále více lidí se dožívá vysokého věku)

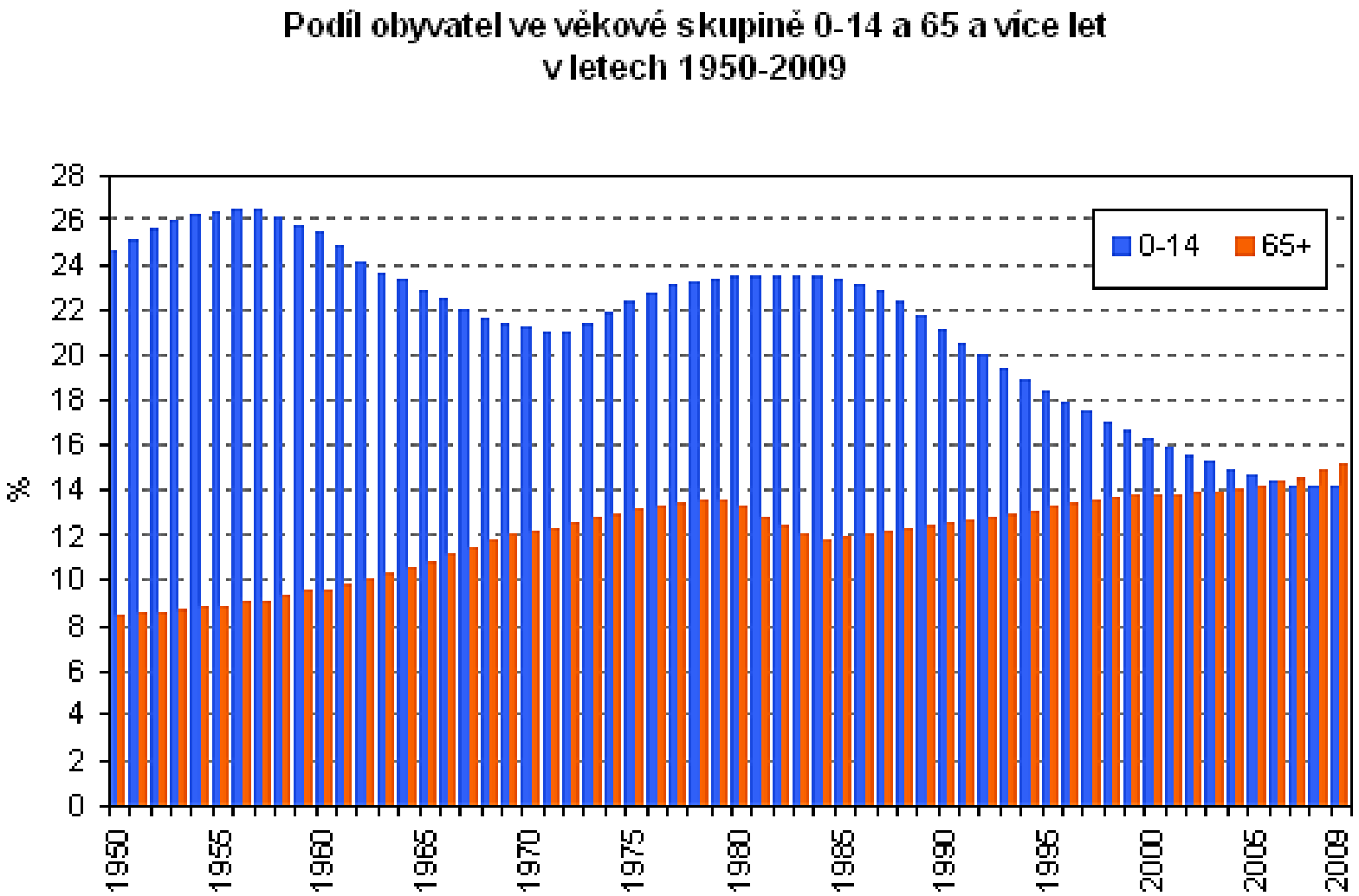
PŘÍČINY POKLESU PORODNOSTI

- **proměna socioekonomických poměrů** → nižší kojenecká a dětská úmrtnost → nebylo třeba rodit tolik dětí
- **proměna životního stylu** → povinná školní docházka → snížení užitečnosti dětí jako pracovní síly (do dětí se musí hodně a dlouhodobě investovat, mnohdy s nejistým výsledkem) → kontrola počtu dětí (rozhodnutí o ukončení rození dětí)
- **kulturní proměna** → klesá vliv náboženství → individualizace → seberealiazce → plánované rodičovství (antikoncepce).

DEMOGRAFICKÝ TRANZIT A POPULAČNÍ STÁRNUTÍ

- **Vliv nízké porodnosti na stárnutí populace**
- **Vliv nízké úmrtnosti na stárnutí populace**

PODÍL OBYVATEL VE VĚKU 0-14 A 65+



POPULAČNÍ VÝVOJ

- Populační vývoj: 1945 – 2003
  Zdroj: Populační vývoj 1945 - 2003. ČSÚ. http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_cr[cit. 1. 3. 2012].

- Projekce obyvatelstva: 2004 – 2065
  Zdroj: Projekce obyvatelstva do roku 2050. ČSÚ. http://www.czso.cz/cz/svg/proj2009_2066/start.htm[cit. 1. 3. 2012].

VLIV NÍZKÉ PORODNOSTI NA STÁRNUTÍ POPULACE

- Věková struktura populace závisí především na počtu narozených dětí
- Vysoká porodnost = mladá populace
- Nízká porodnost + nízká úmrtnost
  = stabilní věková struktura
- **Stále se snižující porodnost + nízká úmrtnost = stárnutí populace**

VLIV NÍZKÉ ÚMRTNOSTI NA STÁRNUTÍ POPULACE

- **Dlouho platilo, že prodlužování SDŽ vedlo k mládnutí populace:**
  - prodlužování SDŽ bylo důsledkem snížení kojenecké a dětské úmrtnosti;
  - více dětí se dožilo dospělého věku => narodilo se jim více dětí => vzrostl podíl mladých lidí v populaci = **mládnutí populace**.
- **Dnes je růst SDŽ důsledkem toho, že lidé umírají později => stále více lidí se dožívá vysokého věku.**

SHRNUTÍ

Demografický přechod

- označuje proces proměny ve vzorcích porodnosti a úmrtnosti
- přechod od vysokých měr porodnosti a úmrtnosti k nízkým mírám
- globální proces – různé země jsou v různých fázích
- lze znázornit graficky – 5 stadií + druhý demografický přechod ve vyspělých zemích

SHRNUTÍ

Epidemiologická transformace

- Vypovídá o změnách v nemocnosti a úmrtnosti.
- Na počátku demografického přechodu v Evropě převažovaly infekční nemoci.
- Konec demografického přechodu – převaha chronických a degenerativních nemocí.

7. SOCIÁLNÍ DETERMINANTY ZDRAVÍ

Sociální determinanty zdraví

- **Podmínky**, do kterých se lidé narodí a ve kterých vyrůstají, žijí, pracují a stárnou.

- Tyto podmínky **odrážejí uspořádání společnosti** (na jakých principech a hodnotách je založen politický, ekonomický, kulturní a sociální život lidí dané společnosti).

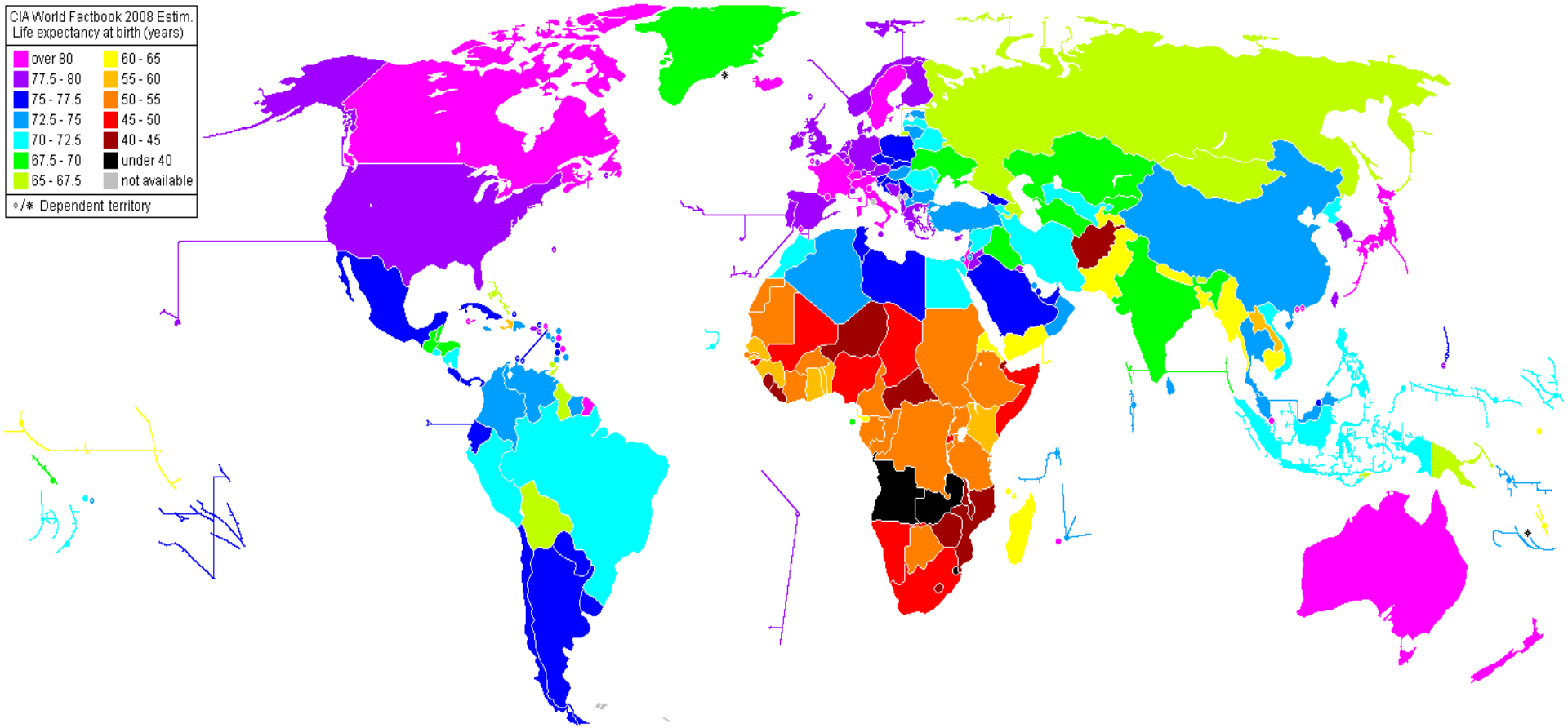
Význam sociálních determinant zdraví

- Mají přímý vliv na zdraví.
- Strukturují chování vzhledem ke zdraví.
- Navzájem se ovlivňují při působení na zdraví.
- Vysvětlují největší část rozdílů ve zdraví mezi populačními skupinami.

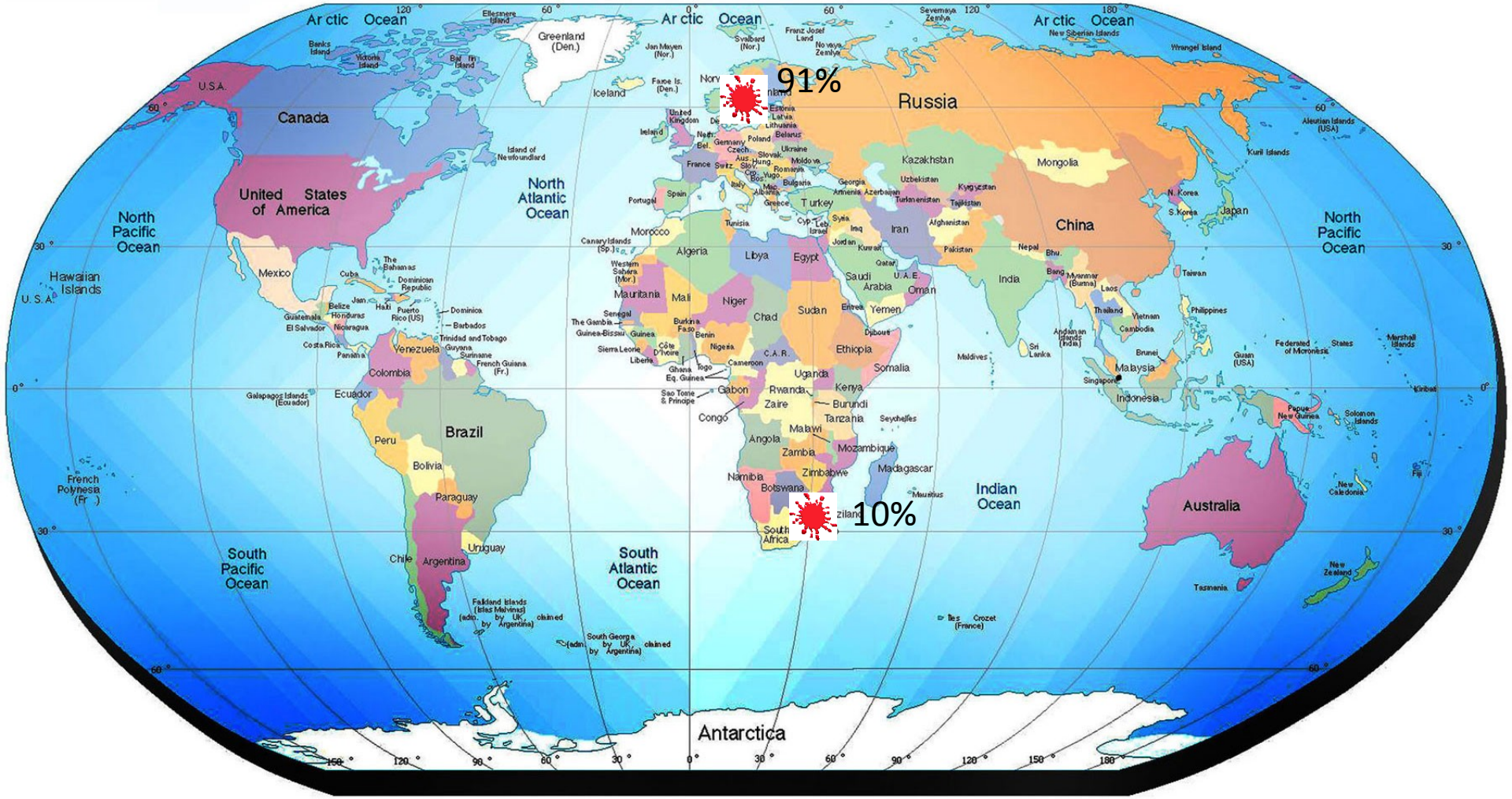
Sociální determinanty a rozdíly ve zdraví

- SDZ nejsou distribuovány rovnoměrně ani náhodně, ale **kopírují sociální nerovnosti**.
- Jsou zodpovědné za **existenci inekvity ve zdraví**,
  - tj. za existenci nespravedlivých a odstranitelných rozdílů ve zdraví, které nacházíme jak **mezi zeměmi**, tak **uvnitř** jednotlivých **zemí**.
- Nejde o bezprostřední zdravotní rizika, ale o **sociální podmínky ovlivňující přítomnost či absenci zdravotních rizik**.

Střední délka života



The Nations of the World



©1994 Magellan Geographix℠ Santa Barbara, CA (800) 929-4MAP

Robinson Projection

Image Belong to mapsnworld.com

Co způsobuje tento rozdíl?

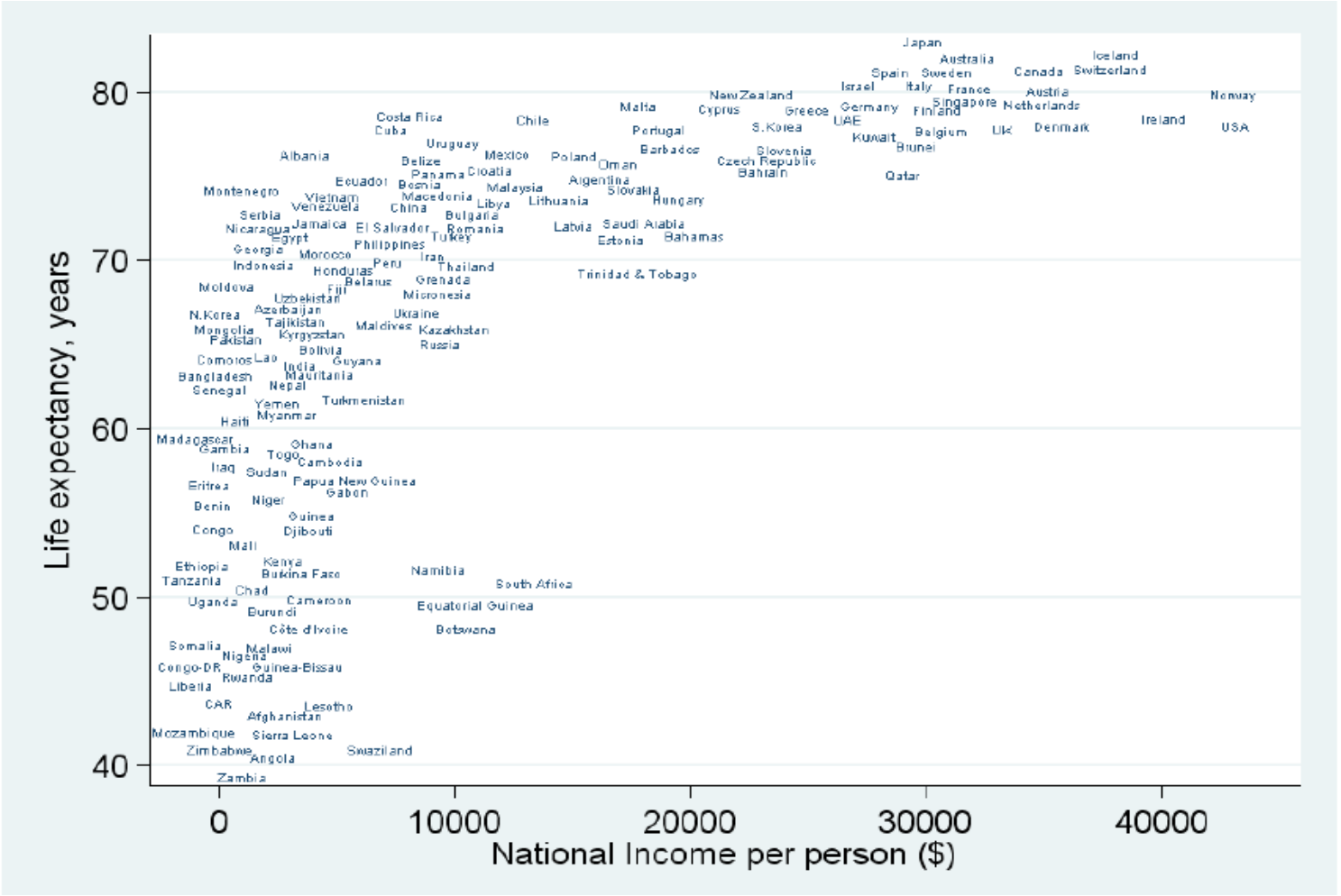
Sociální podmínky, ve kterých žijí:

- bydlení
- strava
- vzdělání
- zaměstnání
- dostupnost zdravotní péče
- celková životní úroveň

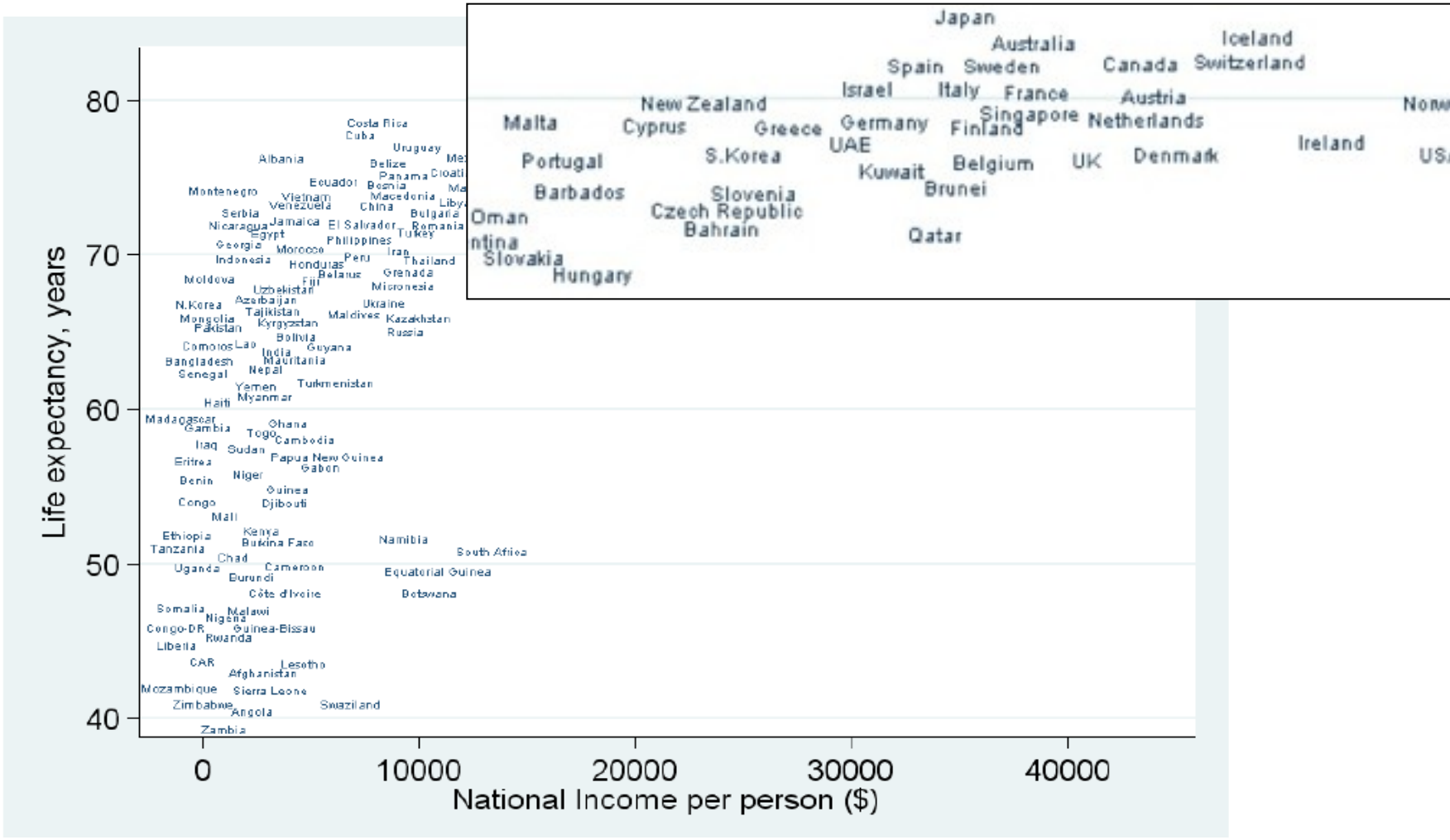
Rozdíly ve zdraví mezi zeměmi

- Bohatství a zdraví
  - Materiální vysvětlení nerovností

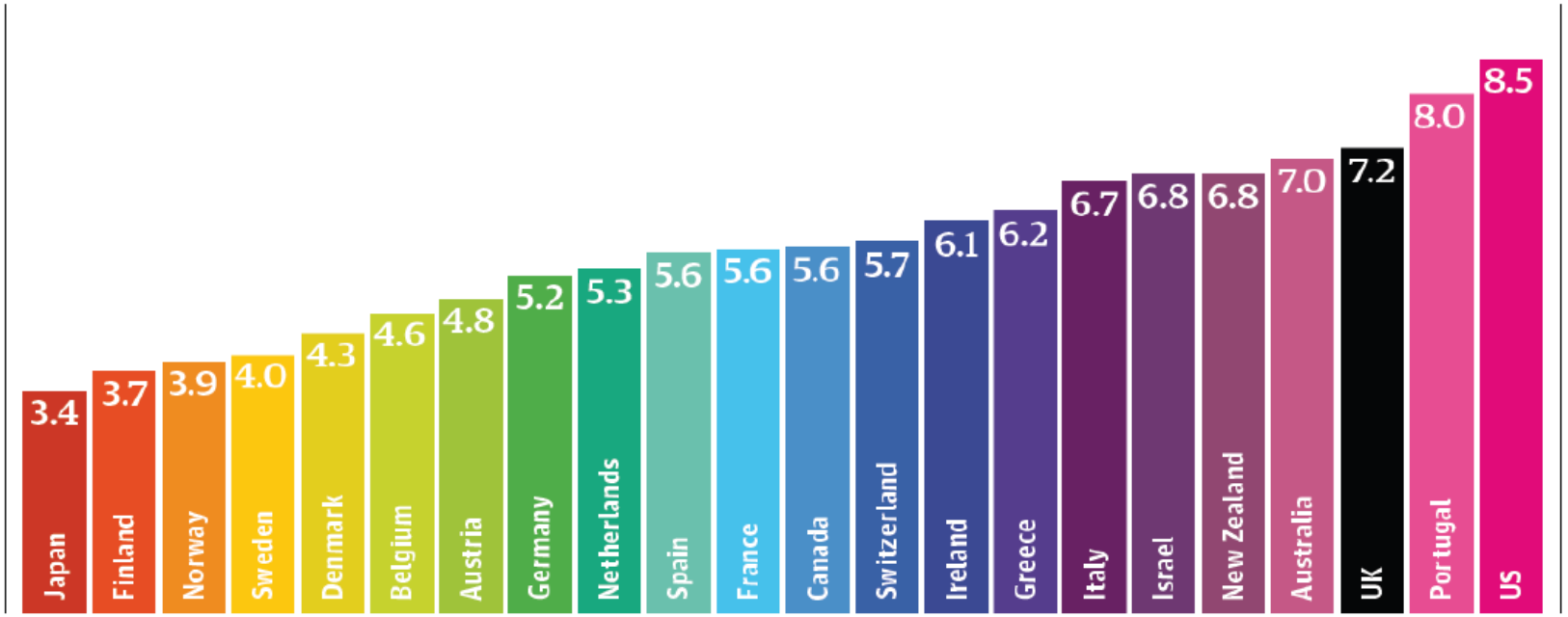
Chudé vs bohaté země



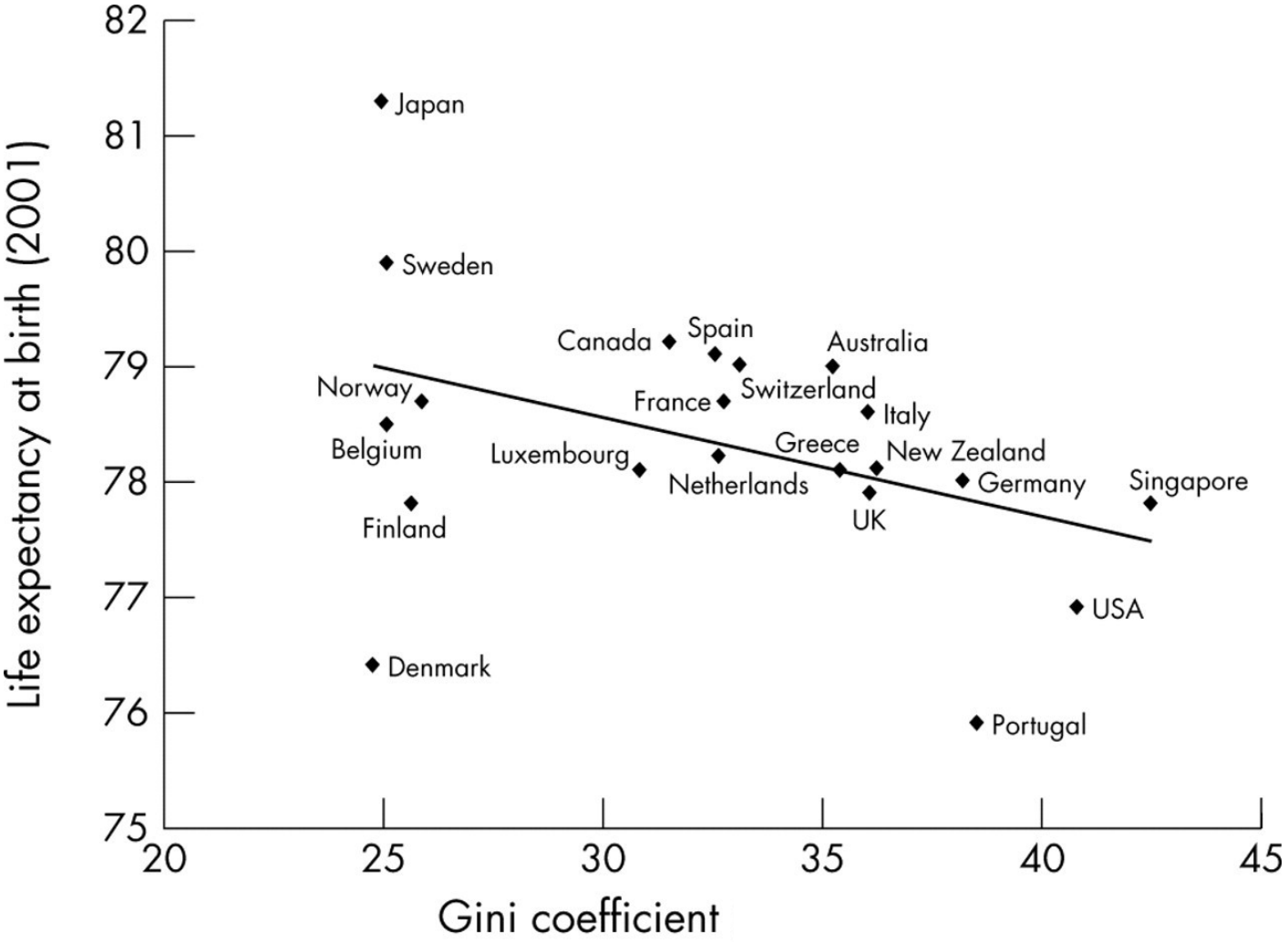
Chudé vs bohaté země



Kolikrát bohatší je 20% nejbohatší populace ve srovnání s 20% nejchudší populace



Bohaté země


Life expectancy at birth (2001)
82
81
80
79
78
77
76
75
20
25
30
35
40
45
Gini coefficient
Japan
Sweden
Canada
Spain
Australia
Norway
France
Switzerland
Italy
Belgium
Luxembourg
Greece
New Zealand
Netherlands
Germany
Singapore
Finland
UK
USA
Denmark
Portugal

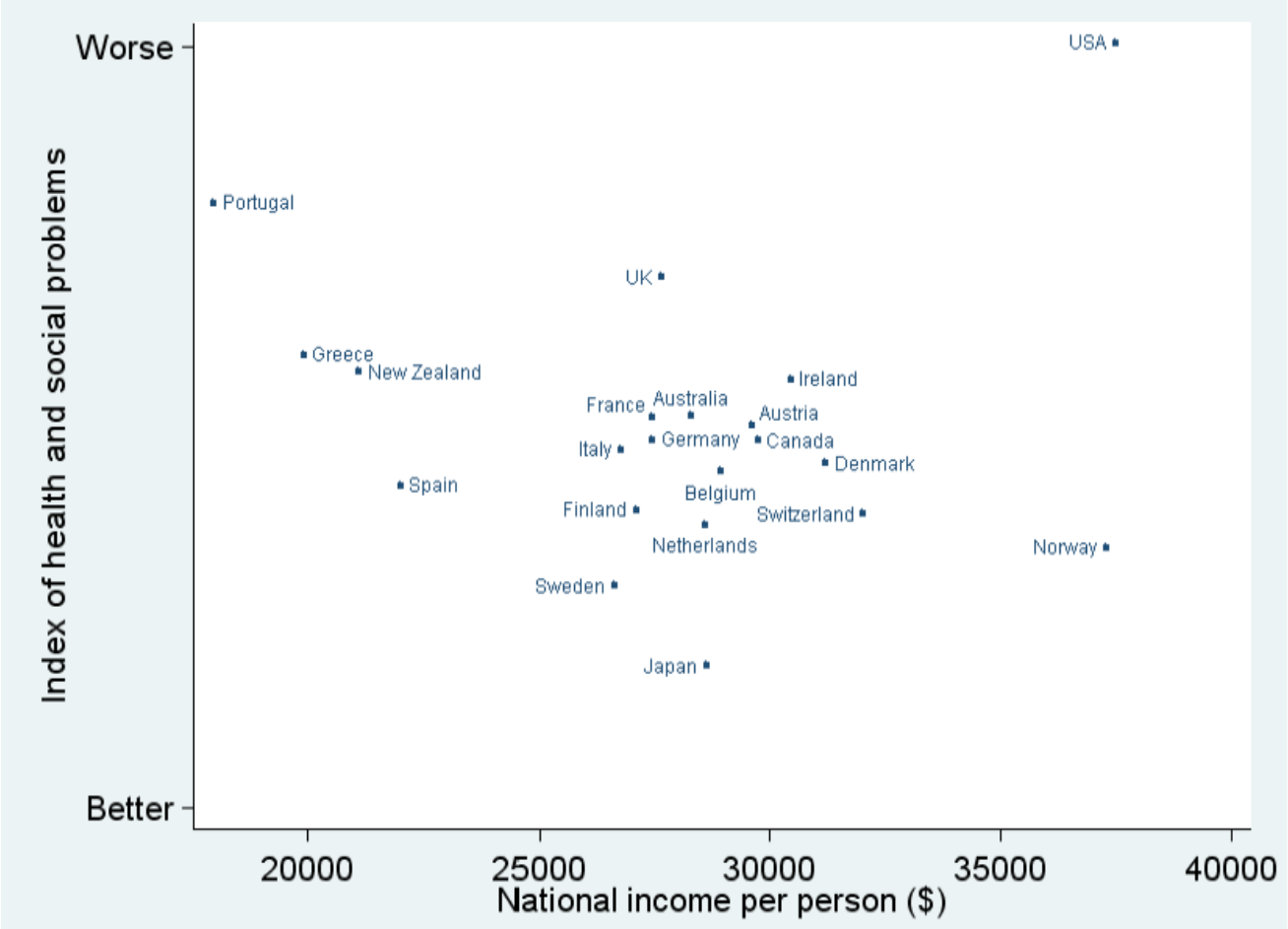
Bohaté země

- Není důležité, jak velký je koláč, ale jak je rozdělen.

Vztah mezi bohatstvím země a indexem zdravotních a sociálních problémů

Index:

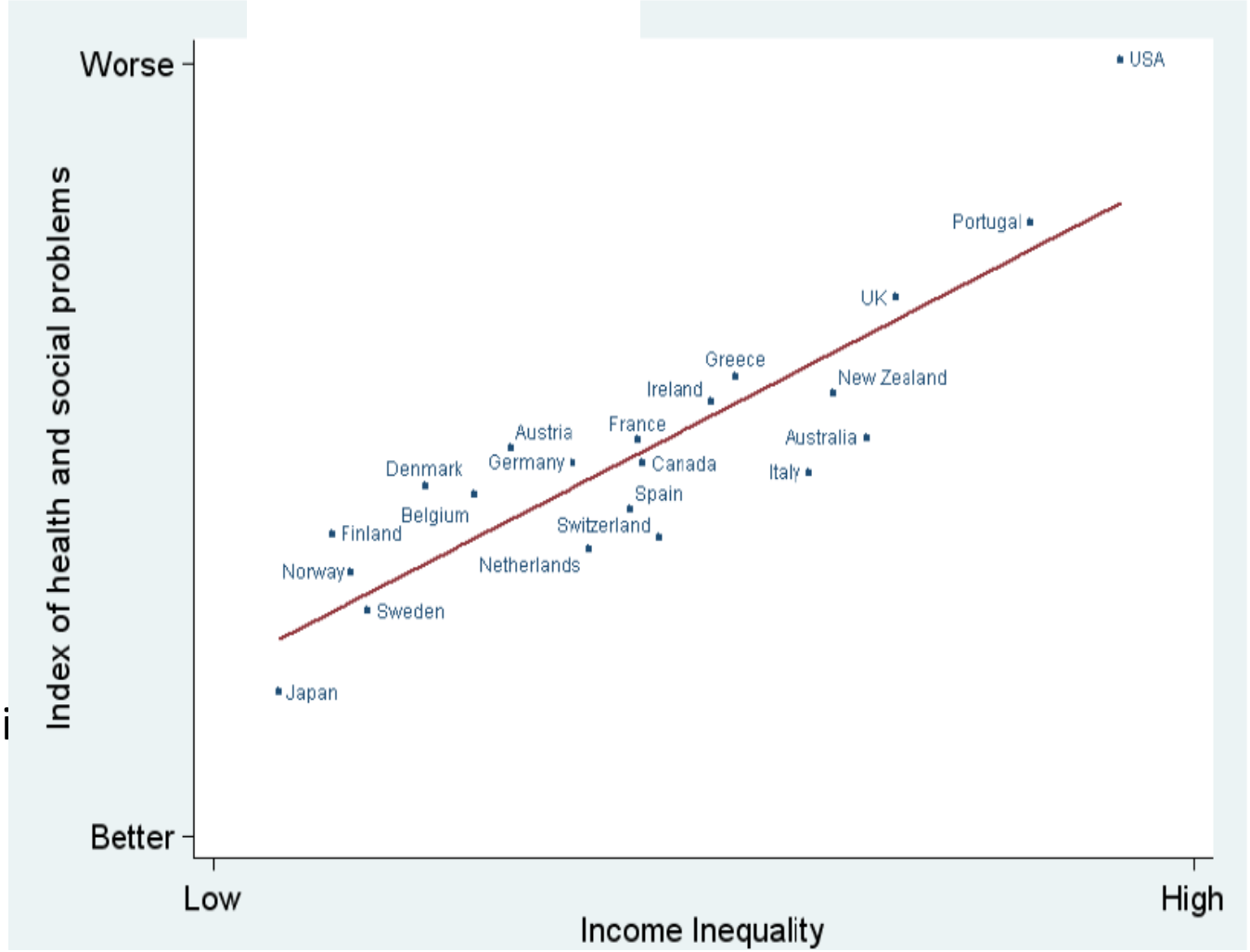
- SDŽ
- Gramotnost
- Koj. úmrtnost
- Násilí
- Počet vězňů
- Počet nezletilých
- Důvěra
- Obezita
- Duševní poruchy a alkohol. závislosti
- Sociální mobilita



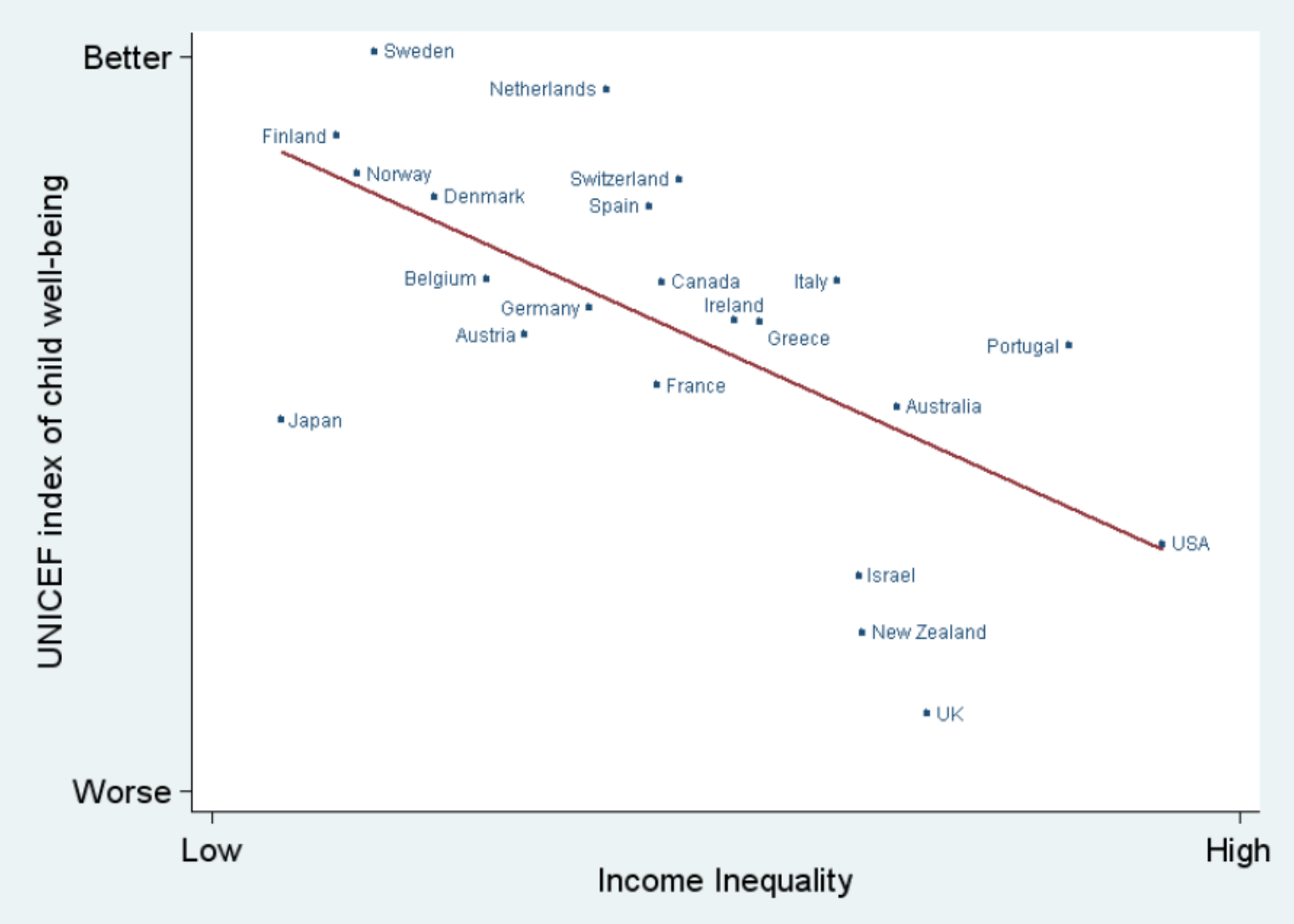
Vztah mezi příjmovou nerovností a indexem zdravotních a sociálních problémů

Index:

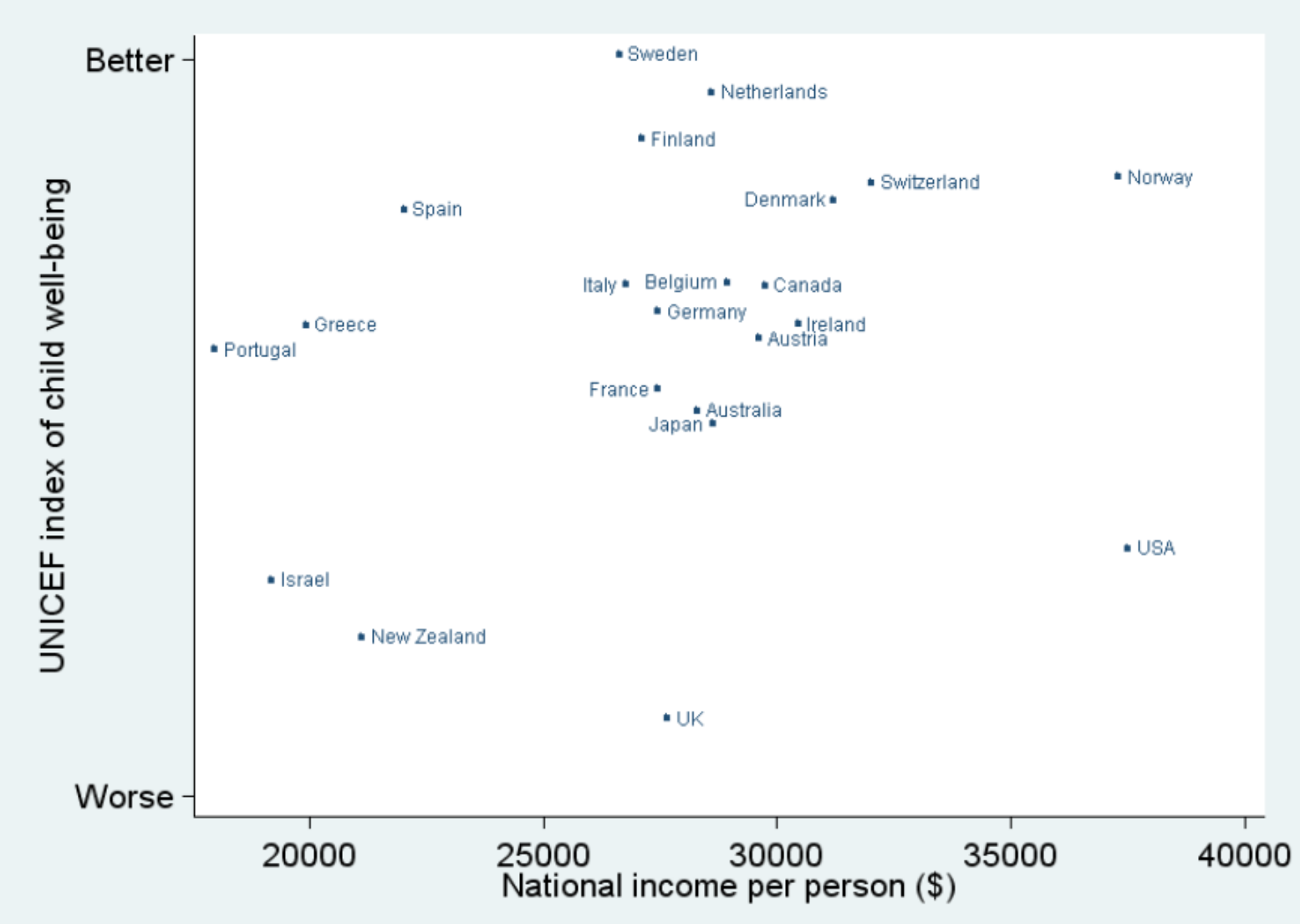
- SDŽ
- Gramotnost
- Koj. úmrtnost
- Násilí
- Počet vězňů
- Počet nezletilých
- Důvěra
- Obezita
- Duševní poruchy a alkohol. závislosti
- Sociální mobilita



Životní podmínky dětí jsou lepší v zemích s menší příjmovou nerovností



Životní podmínky dětí nesouvisí s průměrným příjmem



Proč jsou lidé (a jejich zdraví) tak citliví na nerovnost ve společnosti?

Rozdíly ve zdraví mezi zeměmi

- Bohatství a zdraví
  - Materiální vysvětlení nerovností
- Sociální soudržnost a zdraví
  - Psychosociální vysvětlení nerovností

Důvěra mezi lidmi je vyšší v zemích s nižší příjmovou nerovností

Rozdíly ve zdraví mezi zeměmi

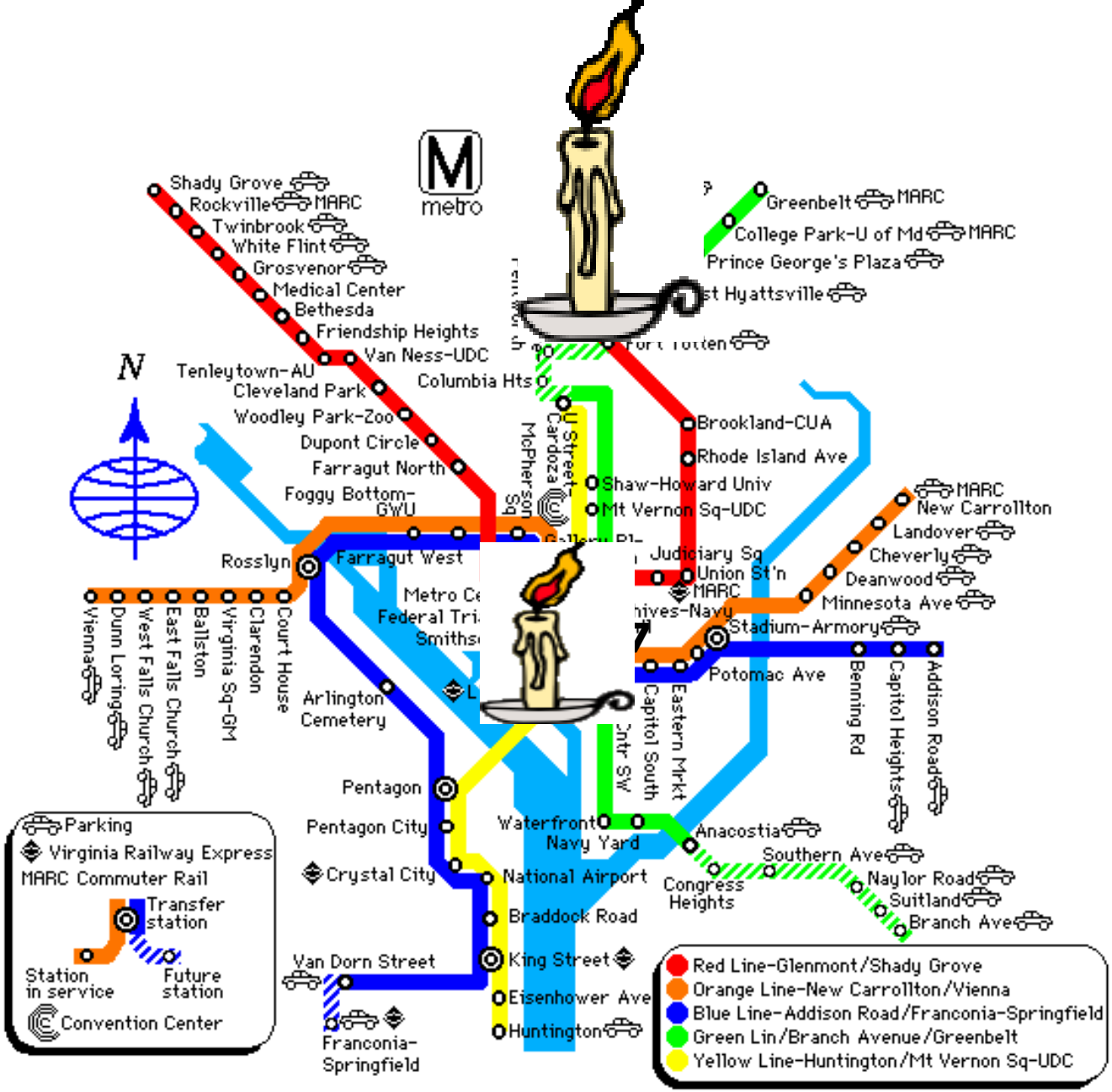
- Bohatství a zdraví
  - Materiální vysvětlení nerovností
- Sociální kapitál a zdraví
  - Psychosociální vysvětlení nerovností
- Přerozdělování příjmů
  - Neo-materiální vysvětlení nerovností

NEROVNOSTI VE ZDRAVÍ MEZI SOCIOEKONOMICKÝMI SKUPINAMI UVNITŘ ZEMÍ

Jak lze pozorovat vliv sociálních podmínek na zdraví?

„Buřinky a deštníky zvyšují naději svých nositelů na zdraví a vysoký věk“.

G. B. Shaw


metro
N
Shady Grove
Rockville
MARC
Twinbrook
White Flint
Grosvenor
Medical Center
Bethesda
Friendship Heights
Van Ness-UDC
Tenleytown-AU
Cleveland Park
Woodley Park-Zoo
Dupont Circle
Farragut North
Foggy Bottom-GWU
Rosslyn
Farragut West
Vienna
Dunn Loring
West Falls Church
East Falls Church
Ballston
Virginia Sq-GM
Clarendon
Court House
Arlington Cemetery
Pentagon
Pentagon City
Crystal City
Van Dorn Street
Franconia-Springfield
Columbia Hts
U Street
Cardoza
McPherson Sq
Shaw-Howard Univ
Mt Vernon Sq-UDC
Brookland-CUA
Rhode Island Ave
Greenbelt
College Park-U of Md
Prince George's Plaza
Judiciary Sq
Union St'n
Stadium-Armory
Potomac Ave
Eastern Mrkt
Capitol South
Waterfront
Navy Yard
Anacostia
Congress Heights
Southern Ave
Naylor Road
Suitland
Branch Ave
Benning Rd
Capitol Heights
Addison Road
MARC
New Carrollton
Landover
Cheverly
Deanwood
Minnesota Ave
National Airport
Braddock Road
King Street
Eisenhower Ave
Huntington
Parking
Virginia Railway Express
MARC Commuter Rail
Transfer station
Station in service
Future station
Convention Center
Red Line-Glenmont/Shady Grove
Orange Line-New Carrollton/Vienna
Blue Line-Addison Road/Franconia-Springfield
Green Lin/Branch Avenue/Greenbelt
Yellow Line-Huntington/Mt Vernon Sq-UDC

Pokus o srovnání

- Je pozice chudého chlapce z Lesotha srovnatelná s pozicí chudého obyvatele Washingtonu?

- Chudoba je RELATIVNÍ
  - životní situaci člověka musíme srovnávat se „standardem“ společnosti, ve které žije.

10 nejvýznamnějších sociálních determinant zdraví (a také inekvity ve zdraví)

1. **SOCIÁLNÍ GRADIENT**
2. **STRES**
3. **ČASNÉ OBDOBÍ ŽIVOTA**
4. **SOCIÁLNÍ EXKLUZE**
5. **PRÁCE**
6. **NEZAMĚSTNANOST**
7. **SOCIÁLNÍ OPORA**
8. **DROGOVÁ ZÁVISLOST**
9. **VÝŽIVA**
10. **DOPRAVA**

Ekvita (spravedlnost) ve zdraví

- **Spravedlnost**, která se opírá spíše o lidskou **slušnost** než o literu zákona

- V ideálních podmínkách by měl mít každý stejnou příležitost dosáhnout svého plného zdravotního potenciálu – řečeno pragmatičtěji – nikdo by neměl být znevýhodněn při jeho dosahování, lze-li se ovšem takovému znevýhodnění vyhnout.

Ekvita (spravedlnost) ve zdraví

- Cílem není a nemůže být odstranění rozdílů ve zdraví, ale redukce těch rozdílů ve zdraví, které jsou vnímány jako **nepřirozené**, **nespravedlivé** a **odstranitelné.**

- Pocit nespravedlnosti existuje zejména tam, kde jsou rozdíly **neúnosně velké**
  či způsobené nerovnými příležitostmi např.
  v důsledku diskriminace.

Příčiny rozdílů ve zdraví

- Přirozená, biologická odlišnost.
- Svobodně zvolené chování, které poškozuje zdraví (např. některé sportovní aktivity).
- Svobodně zvolené chování podporující zdraví (za předpokladu, že všichni mají stejnou příležitost k osvojení takového chování).

NEROVNOST JAKO NESTEJNOST

- Chování, které poškozuje zdraví, ale nelze ho považovat za výsledek svobodné volby.
- Vystavení stresu a jiným zdraví škodlivým životním a pracovním podmínkám.
- Nerovný přístup ke zdravotní péči a dalším veřejným službám.
- Nemoc jako příčina sestupné sociální mobility.

NEROVNOST JAKO INEKVITA (NESPRAVEDLIVÉ ROZDÍLY)

Schematické znázornění vlivu sociálních determinant na zdraví

SOCIÁLNÍ GRADIENT

Nejde o rozdíly ve zdraví mezi chudými a bohatými nebo mezi chudými a zbytkem společnosti.

SOCIÁLNÍ GRADIENT

- Dokládá, že sociální podmínky výrazně ovlivňují zdraví lidí.
- Čím horší socioekonomické podmínky, tím:
  - vyšší riziko předčasného úmrtí (kratší SDŽ)
  - vyšší riziko vážného onemocnění
  - menší naděje na uzdravení
  - vyšší výskyt nemocí typických pro minulá období

Sociální gradient

- Sociální gradient je všudypřítomný:
  - ve všech společnostech,
  - ve všech věkových skupinách,
  - u většiny nemocí.

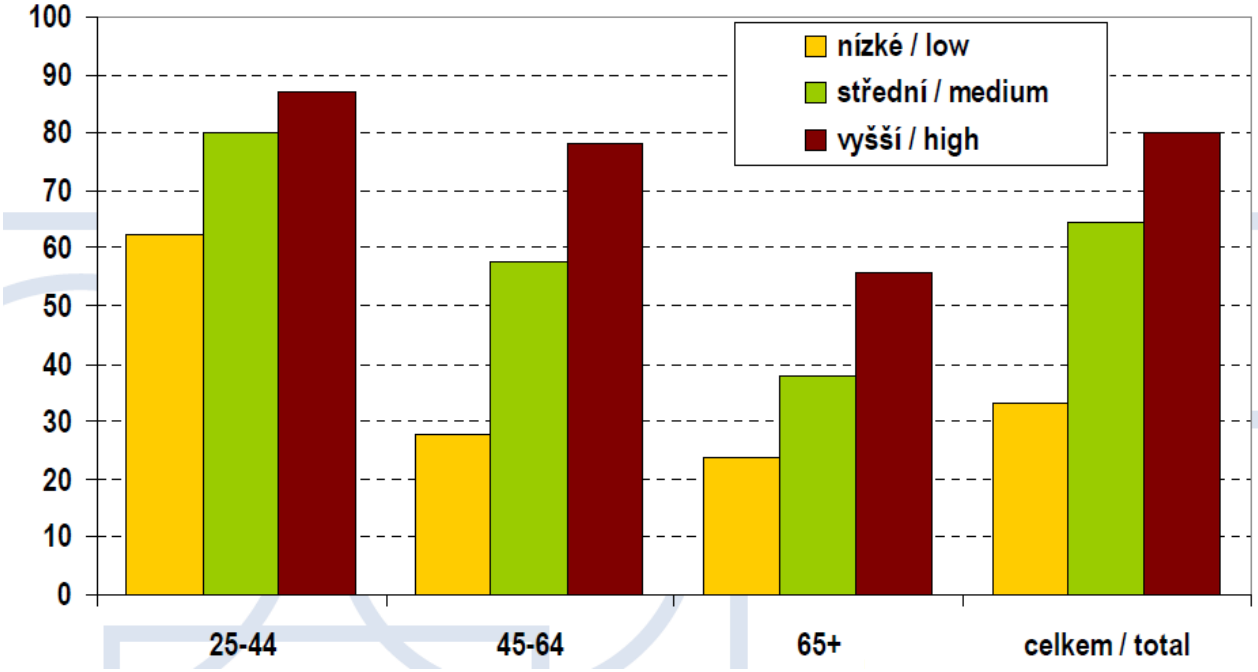
Relativní chudoba

„Chudými nejsou jen ti, kdo jsou na úplném dně celé společnosti, ale chudobu lze nalézt v každé sociální vrstvě.

Jestliže totiž část příslušníků určité sociální vrstvy má méně, než její ostatní příslušníci, je pravděpodobné, že se ve srovnání s nimi budou cítit chudými.“

George Simmel

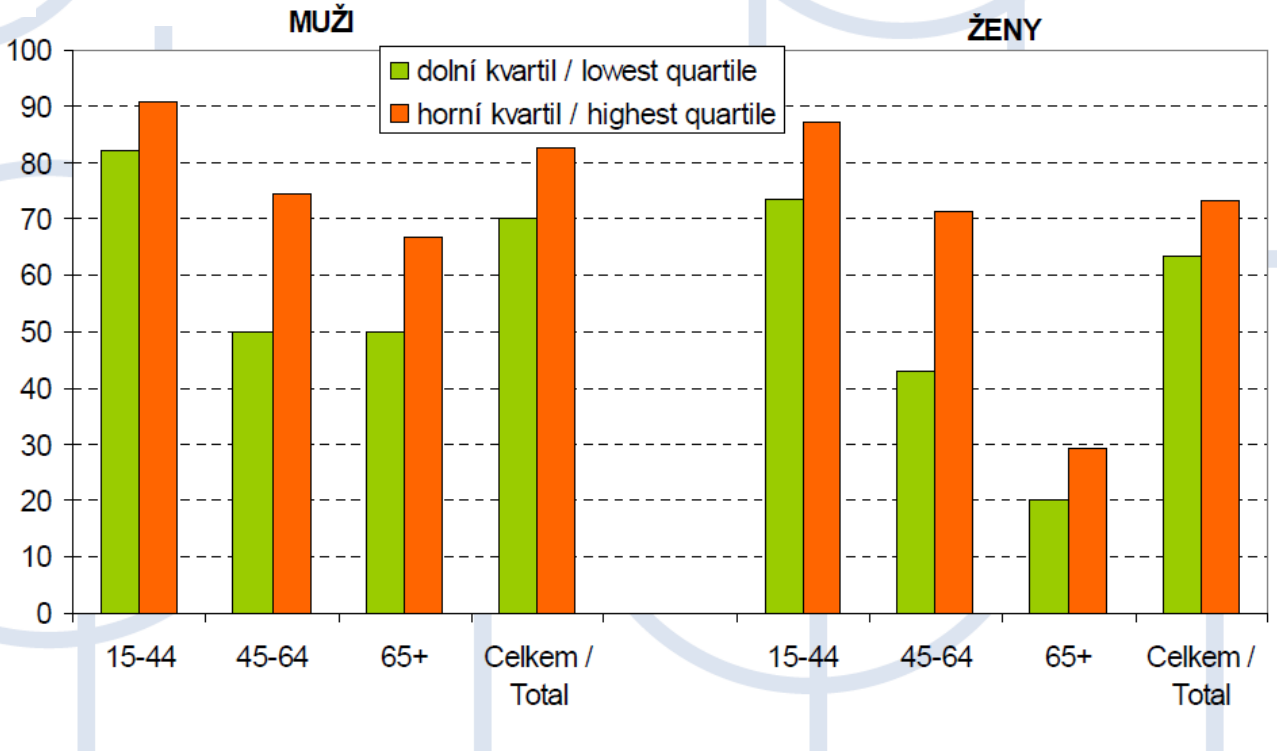
Subjektivní zdraví podle vzdělání



Podíl osob s dobrým a velmi dobrým subjektivním zdravím podle věku a vzdělání (%)

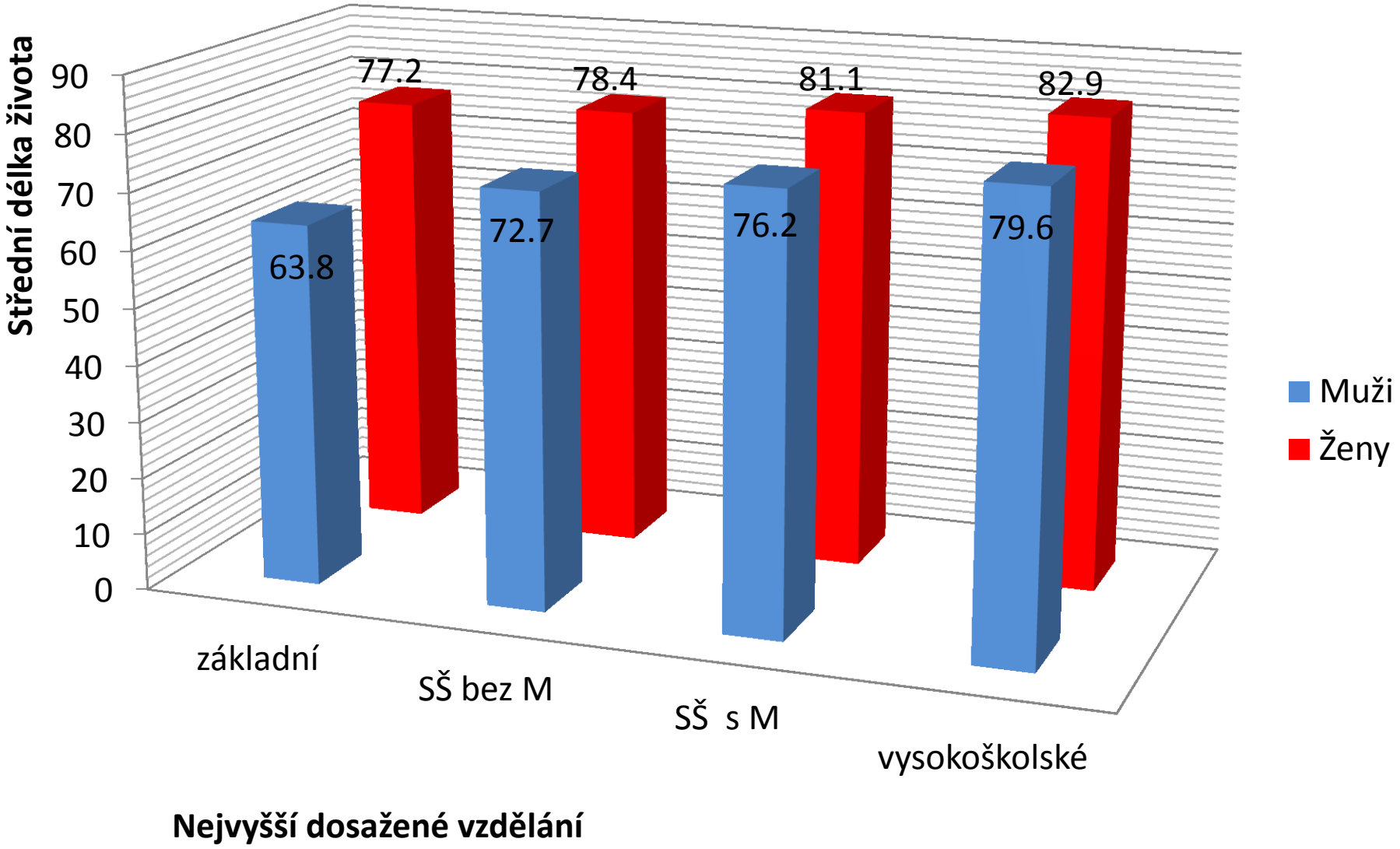
Subjektivní zdraví podle věku a příjmu

Podíl osob s dobrým a velmi dobrým subjektivním zdravím podle věku a příjmu (%)



Zdroj: ÚZIS

Nerovnost ve zdraví v ČR



Stres

Stres v důsledku negativních životních událostí a zejména chronických obtíží ohrožuje zdraví.

Stres

- je považován za hlavní „převodní“ mechanismus, jehož prostřednictvím se psychosociální podmínky odrážejí ve fyzickém a psychickém zdraví

Přímý a nepřímý vliv stresu na zdraví

- **přímý vliv stresu na duševní zdraví**
  - úzkost, neurózy, deprese
- **přímý vliv na fyzické zdraví**
  - obranyschopnost organismu, vnímavosti vůči infekčním nemocem, riziko cukrovky, hladina lipidů v krvi, krevní tlak, riziko infarktu a mozkové mrtvice
- **nepřímý vliv na zdraví**
  - kouření, alkohol, sladkosti

Výzkumy stresu

- **stresory**
  - negativní životní události
  - chronické životní obtíže
- **ochranné faktory**
  - kontrola nad životem
  - sociální opora a jiné zdroje ze sociálních sítí

Časné období života

Je důležité, aby rodiče byli oporou svým dětem: zdravotní důsledky raného vývoje a výchovy trvají po celý život.

Časné období života

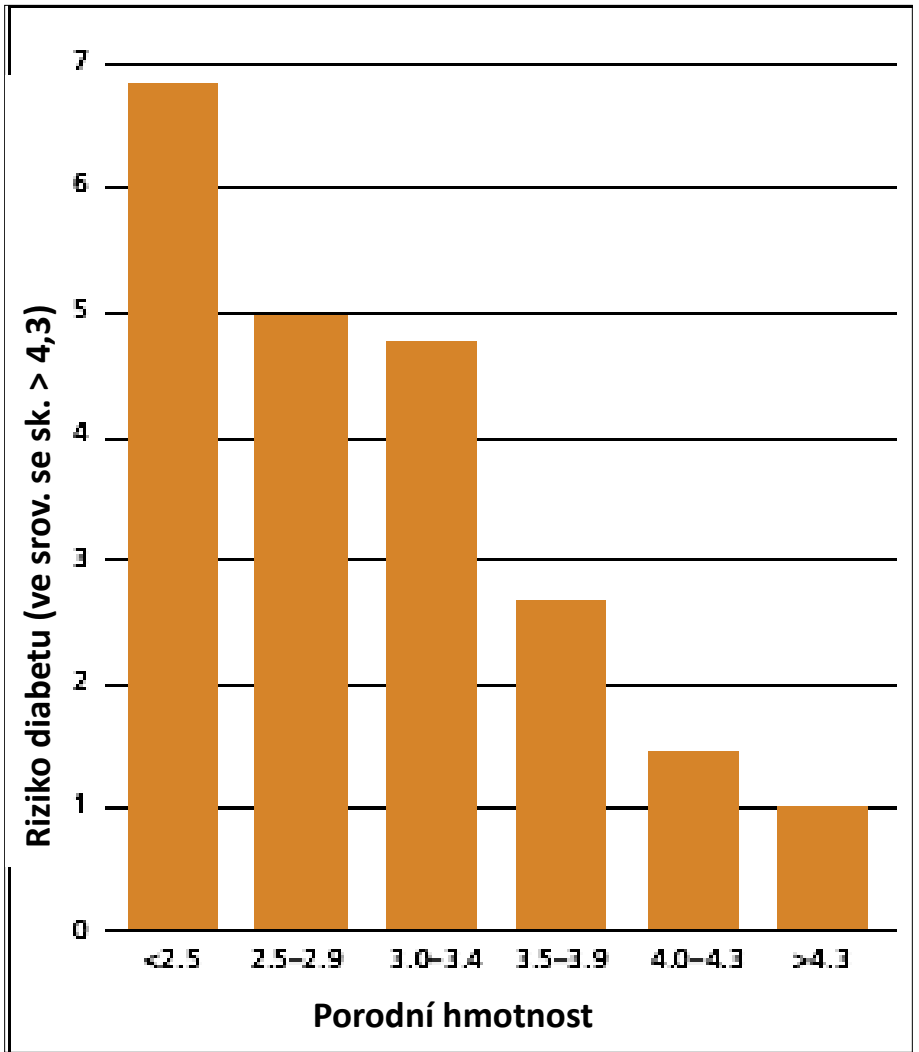
- počáteční stadia života předznamenávají další zdravotní osudy jedince v dospělosti
- důležitá je péče o těhotné a rodiny s malými dětmi

- **špatné socioekonomické podmínky** v dětství vedou:
  - ke zpomalení růstu,
  - k vyššímu riziku emočních, výchovných a zdravotních problémů

- **kumulace nevýhod: chudoba rodičů** ovlivňuje vztah dítěte ke škole → následně nízké dosažené vzdělání → riziko nejisté práce a nezaměstnanosti → a vyvolává pocit, že člověk sám nemůže příliš ovlivnit svůj život

Riziko diabetu u mužů ve věku 64 let v závislosti na porodní hnotnosti

Zdroj: Barker, D.J.P.: Mothers, babies and disease in later life. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1998.



Sociální vyloučení

Chudoba, rasismus, diskriminace, stigmatizace či nezaměstnanost vedou k sociální izolaci a zvyšují riziko onemocnění a předčasného úmrtí.

Nerovnost a chudoba

- Chudoba neznamená jen pozici na nejnižší příčce společenského žebříčku.
- Chudoba je stav odlišující chudé od zbytku společnosti.

Sociální vyloučení

- nový pojem pro chudobu
- chudoba ve vyspělých zemích nemá podobu fyzického strádání, ale vyloučení člověka ze základních aktivit společnosti (občané druhé kategorie)
  - zaměstnání, konzum, volnočasové aktivity
- má mnoho dimenzí, které mají tendenci se kumulovat
  - ekonomická (nezaměstnanost, nízký příjem, chudoba)
  - sociální (rozpad manželství, sociální izolace, patologické jevy)
  - politická (neschopnost participace, nízká účast ve volbách)
  - komunitní (devastované prostředí a obydlí, absence služeb)
  - individuální (fyzický nebo mentální handicap, nízké vzdělání, ztráta sebeúcty)
  - skupinová (koncentrace do určitých skupin – etnikum, profese)
  - prostorová (koncentrace v jistém území)

Sociální vyloučení

- týká se zejména:
  - přistěhovalců,
  - uprchlíků,
  - etnických menšin,
  - ale i lidí nemocných, postižených a emočně zranitelných (dětské domovy, věznice, psychiatrické léčebny)
- pojí se obvykle s diskriminací, rasismem a nepřátelstvím
- Opatření:
  - ochrana proti diskriminaci
  - dodržování práv přistěhovalců a menšin

Povaha práce a pracovní prostředí

Stres na pracovišti a nedostatek kontroly nad vlastní prací zhoršují zdraví.

Povaha práce a pracovní prostředí

- centrální postavení práce v životě člověka
- změny zaměstnanosti v jednotlivých ekonomických sektorech
- mění se forma pracovní zátěže
  - model pracovního napětí
  - model nerovnováhy mezi úsilím a odměnou

Povaha práce a pracovní prostředí

- pracovní stres je významnou příčinou rozdílů ve zdraví
  - uplatnění kvalifikace, rozhodovací schopnosti
  - ocenění práce

Nezaměstnanost a nejistota zaměstnání

Nezaměstnanost snižuje životní úroveň, stigmatizuje a vede k sociální izolaci.

Nezaměstnanost a nejistota zaměstnání

- povaha nezaměstnanosti
  - strukturální a dlouhodobá
- koncentrace nezaměstnanosti do:
  - určitých SE skupin (osoby s nízkou kvalifikací, mladí lidé, ženy, členové etnických menšin, imigranti)
  - stejných rodin (tzv. jobless family) – nebezpečí polarizace společnosti.

Nezaměstnanost a nejistota zaměstnání

- snížení životní úrovně, omezení sociálních kontaktů, stigmatizace, pocit méněcennosti, sociální vyloučení

Sociální opora

Přátelství, dobré mezilidské vztahy
a pevné sociální sítě zlepšují zdraví.

Sociální opora

- Zdroj získávaný ze sociálních sítí
- Sociální síť
  - systém formálních a neformálních vztahů, prostřednictvím kterých získává člověk zdroje ke zvládnutí obtížných životních situací

Typy sociální opory:

- **silná pouta**
  - instrumentální
  - Emociální
- **slabá pouta**
  - informační
  - poradní

Sociální opora

- přátelství, dobré sociální vztahy a podpůrné sociální sítě
- přispívá k řešení citových i materiálních problémů
- sociální koheze

Nedostatečná sociální opora

- deprese, komplikace v těhotenství, častější a závažnější nemoci
- sociální izolace

Sociální opora

- *Ženatí muži nežijí déle než svobodní, to se jim jen zdá.*

Franklin

Drogy

Zneužívání drog není jen otázkou individuální volby, ale je do značné míry ovlivněno širším sociálním prostředím.

Drogy

- kouření, alkoholismus či jiná drogová závislost vedou k zdravotním potížím
- často jde o reakci na neutěšené sociální a ekonomické podmínky, které se v důsledku užívání drog ještě zhoršují
- pojí se s násilím, nehodami, otravami, poraněními a sebevraždami

Výživa

Dostupnost a cena zdravé stravy je politickým problémem.

Výživa

- zejména problém složení a pestrosti stravy
- obezita jako nemoc chudých
- dostupnost a cenová přijatelnost výživného a kvalitního jídla má větší vliv než zdravotní výchova

Doprava

Chůze, jízda na kole a využívání veřejné dopravy znamená lepší zdraví.

Doprava

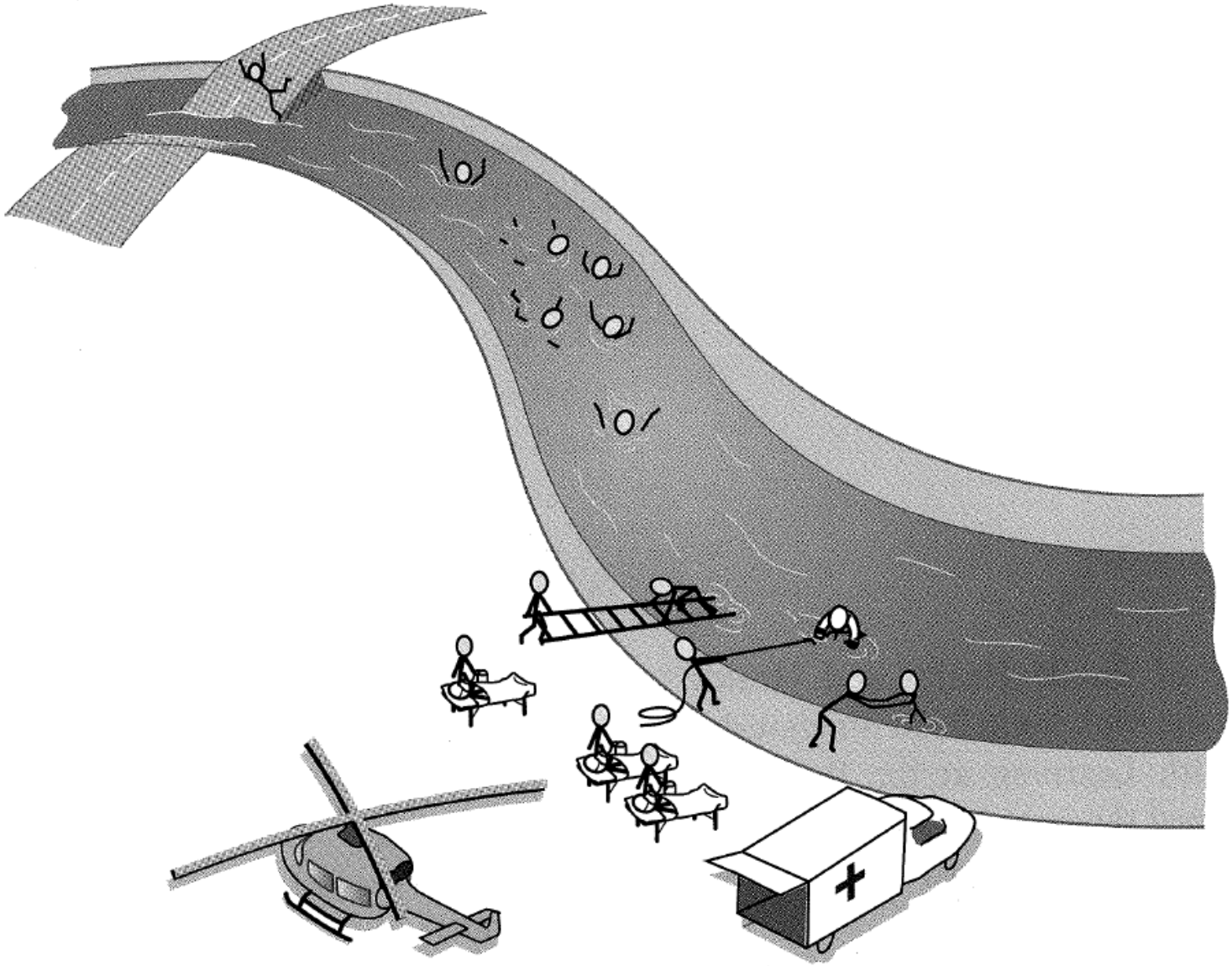
- omezení pohybu
- dopravní nehody
- omezení sociálních kontaktů
- znečištění ovzduší, hluk

Celkové následky nehod v ČR v r. 2013

CELKOVÉ NÁSLEDKY NEHOD	ČESKÁ REPUBLIKA
CELKEM NEHOD	84 398
USMRCENO	583
ZRANĚNO CELKEM	25 359
z toho těžce	2 782
z toho lehce	22 577

ZJIŠTĚNÍ

- Špatné sociální a ekonomické podmínky výrazně ovlivňují zdraví lidí.
- Sociální podmínky působí na zdraví lidí 3 základními cestami:
  - materiální podmínky – přímo;
  - pracovní prostředí – skrze stres a chování;
  - sociální prostředí – skrze stres a chování.
- SDZ působí na zdraví lidí ve všech sociálních vrstvách, avšak pravděpodobnost výskytu většiny rizikových faktorů a horších důsledků roste se snižující se sociální pozicí.
- Nerovnosti ve zdraví se netýkají rozdílu mezi chudými a bohatými/chudými a zbytkem společnosti.
- V evropských zemích narůstá význam relativní chudoby.
- Zdraví lidí jako veřejný zájem je předmětem veřejné politiky, nejen politiky zdravotní nebo zdravotnického systému.



DOPORUČENÍ

- Při snaze o dosažení co nejlepšího zdraví hrají největší roli všechna opatření týkající se:
  - **vzdělání,**
  - **pracovních podmínek a zaměstnanosti,**
  - **sociálního zabezpečení a pomoci,**
  - **péče o rodiny s dětmi,**
  - **bydlení,**
  - **dodržování lidských práv.**

- **Investice do zdraví = investice do životních podmínek lidí**

Deset rad pro zdraví

David Gordon, Centre for Poverty Research

- Nebuďte chudí. Pokud nemůžete přestat, snažte se nebýt chudí dlouho.
- Nebydlete v chudé, deprivované oblasti, pokud je to možné, odstěhujte se.
- Pořiďte si vlastní auto.
- Neberte zaměstnání, které vás stresuje, je málo placené nebo vyžaduje manuální práci.
- Nebydlete ve špinavých a nekvalitních domech či bytech, nestaňte se bezdomovcem.
- Jeďte jednou za rok na dovolenou.
- Nebuďte rodič – samoživitel.
- Požadujte všechny dávky, na které máte nárok.
- Nebydlete blízko frekventované silnice nebo blízko továrny, která znečišťuje ovzduší.
- Využijte vzdělání ke zlepšení své socioekonomické pozice.

Ekonomie a zdraví

Ekonomie

- zkoumá **hospodaření s materiálními zdroji**,
  - vytváření a rozdělování bohatství,
  - výrobu a spotřebu zboží a služeb.
- Základní pojmy: „**nedostatek**“ a „**volba**“.
  - V podmínkách **omezených zdrojů** je nutno provádět **volbu (výběr) mezi konkurenčními požadavky** souvisejícími se spotřebou zdrojů.
  - Kdyby všechny zdroje byly v potřebné míře k dispozici, ztratil by ekonomický přístup své opodstatnění.

Ekonomika péče o zdraví

- Souhrn mnoha různorodých **nákladů do všech vstupů** tvořících systém péče o zdraví, tedy i nákladů vložených např. do životního a pracovního prostředí, do vědy a výzkumu, do vzdělání apod.
  - Jsou to náklady vynakládané do takových oblastí, které na první pohled nemusí mít souvislost se zdravím populace.
- Náklady vynaložené do péče o zdraví jsou obvykle **dlouhodobými investicemi** bez okamžité či krátkodobé návratnosti.
- Při **hodnocení výstupu je obtížné** dopředu stanovit, kdy a zda se očekávaný přínos dostaví, kdo z něj bude těžit a v jakém rozsahu bude užitečný.

Ekonomika péče o zdraví

- Je obtížné určit pojmy jako „**zlepšení zdraví**“ či „**přínos pro zdraví**“.
- Pokud vyjadřujeme výnos péče o zdraví musí být **měřitelný** změnou zdravotního stavu jedince či populační skupiny.
  - Indikátory zdraví vypočítané z údajů o nemocnosti nebo úmrtnosti
  - Subjektivní míry zdraví / kvality života
- Další ukazatele funkce systému péče o zdraví
  - Životní a pracovní podmínky (souhrn ukazatelů vyjadřujících stav a vývoj životního prostředí, životního stylu, životní úrovně apod.).
  - Zabezpečení obyvatelstva zdravotní péčí (dostupnost, ekvita).
  - Zdravotní politika státu (koncepce, programy a jejich naplňování).

Ekonomické ukazatele

- Patří ke stěžejním ukazatelům charakterizujícím péči o zdraví obyvatelstva daného státu.
- Nejčastější ekonomický ukazatel je procentuální podíl výdajů na zdravotnictví na HDP.
- **HDP = hrubý domácí produkt**
  - Souhrnný makroekonomický ukazatel, který se používá pro vyjádření stavu ekonomiky daného státu.
  - Souhrn finálních produktů a poskytnutých služeb vyrobených a poskytnutých na území daného státu v peněžním vyjádření za určitou časovou jednotku.
  - Kladný přírůstek HDP vůči předcházejícímu období vyjadřuje ekonomický růst.
  - Problém s tím, co které země započítávají do výdajů na zdravotnictví.

6.5 Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu

Proportion of total expenditure on health services in gross domestic product

Stát	State	Rok Year					
		2004	2005	2006	2007	2008	2009
Česká republika	*Czech Republic*	7,2	7,2	7,0	6,8	7,1	8,2
Belgie	*Belgium*	10,2	10,1	9,6	9,7	10,1	10,9
Dánsko	*Denmark*	9,7	9,8	9,9	10,0	10,3	11,5
Finsko	*Finland*	8,2	8,4	8,4	8,1	8,4	9,2
Francie	*France*	11,0	11,1	11,0	11,0	11,1	11,8
Irsko	*Ireland*	7,6	7,6	7,5	7,7	8,8	9,5
Itálie	*Italy*	8,7	8,9	9,0	8,7	9,0	9,5
Maďarsko	*Hungary*	8,0	8,3	8,1	7,5	7,2	7,4
Německo	*Germany*	10,6	10,7	10,6	10,5	10,7	11,6
Nizozemsko	*Netherlands*	10,0	9,8	9,7	9,7	9,9	12,0
Norsko	*Norway*	9,7	9,1	8,6	8,9	8,6	9,6
Polsko	*Poland*	6,2	6,2	6,2	6,4	7,0	7,4
Portugalsko	*Portugal*	10,1	10,4	10,1	10,0	10,1	.
Rakousko	*Austria*	10,4	10,4	10,3	10,3	10,4	11,0
Řecko	*Greece*	8,7	9,6	9,6	9,6	.	.
Slovensko	*Slovakia*	7,2	7,0	7,3	7,7	8,0	9,1
Spojené království	*United Kingdom*	8,0	8,2	8,5	8,4	8,8	9,8
Španělsko	*Spain*	8,2	8,3	8,4	8,5	9,0	9,5
Švédsko	*Sweden*	9,1	9,1	8,9	8,9	9,2	10,0
Švýcarsko	*Switzerland*	11,3	11,2	10,8	10,6	10,7	11,4
Austrálie	*Australia*	8,5	8,4	8,5	8,5	8,7	.
Japonsko	*Japan*	8,1	8,2	8,2	8,2	8,5	.
Kanada	*Canada*	9,8	9,8	10,0	10,0	10,3	11,4
USA	*USA*	15,7	15,7	15,8	16,0	16,4	17,4

Zdroj dat: OECD Health Data June 2011

Source of data : OECD Health Data June 2011

Ekonomika zdravotnictví - definice

- **Ekonomika zdravotnictví je jednou z aplikovaných ekonomických disciplín;**

- **zabývá se studiem možností optimální alokace omezených lidských, hmotných a peněžních zdrojů s cílem dosáhnout integrace medicínské, organizační a ekonomické racionality v oblasti poskytování zdravotnických služeb.**

Ekonomika zdravotnictví

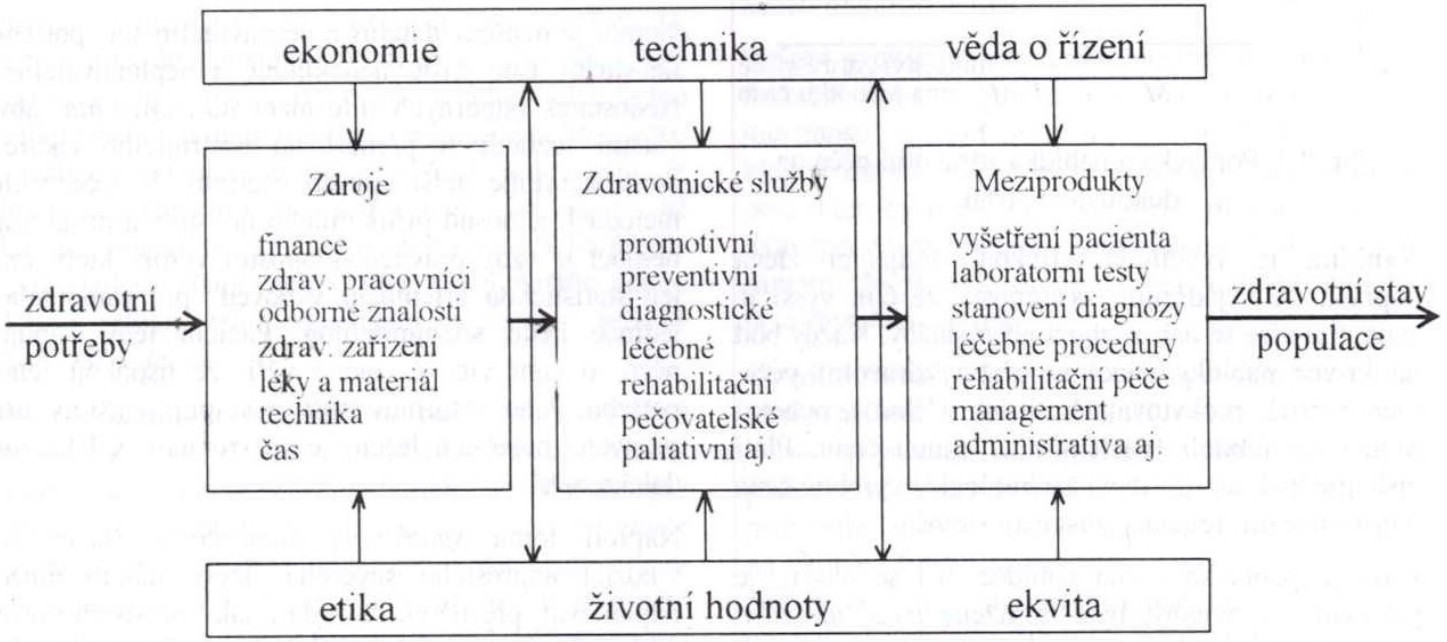
- … řeší problematiku alokace (rozhodování komu, kam, kolik bude přiděleno) nedostatkových zdrojů (lidé, materiál, peníze) ve zdravotnickém systému…
- … aby bylo dosaženo lepšího zdravotního stavu (u jedinců i populačních skupin) při minimálních nákladech…
- … jen velmi zřídka jsou rozhodnutí činěna pouze na základě ekonomických úvah, při rozhodování je třeba brát v úvahu další aspekty – medicínské, etické, organizační aj.

Hlavní oblasti ekonomiky zdravotnictví

- faktory nabídky a poptávky po zdravotních službách,
- zdravotní potřeby,
- financování zdravotní péče,
- vztah etiky a ekonomiky v oblasti péče o zdraví
- náklady zdravotní péče,
- měření výsledků a výstupů zdravotní péče,
- měření produktivity, účinnosti a ekonomické efektivity zdravotnických služeb,
- vliv ekonomického prostředí na ekonomiku zdravotnických organizací,
- analýza efektivnosti různých zdravotnických systémů,
- ekonomické vyhodnocování medicínských intervencí.

Ekonomické a etické aspekty péče o zdraví

Ekonomie a etika v péči o zdraví



- Jádro zdravotnického systému (zdroje, aktivity, meziprodukty) je vystaveno působení dvou základních (jakoby protilehlých) společenských sil, kterými jsou:
  - ekonomie, technologie a věda o řízení (*management*)
  - etika, hodnotové postoje a ekvita (*společenská spravedlnost*)

Ekonomická logika a lékařská etika

Konflikt mezi etikou a ekonomickým přístupem k hodnocení zdravotnických služeb.

- Výsledek nepochopení toho, co je smyslem zavádění ekonomického pohledu na poskytování zdravotnických služeb.
  - Ekonomie **pomáhá** přijímat závěry, jak optimálně alokovat zdroje, a to tak, aby přinesly lidem co největší možný přínos.
  - Ekonomie a její metody by měly být **jedním z nástrojů** řízení zdravotnického systému.
  - Jejich **vhodnost** by měla být posuzována podle toho, zda a do jaké míry pomáhají naplnit zvolené cíle, hájit a rozvíjet hodnoty a zda respektují stanovené priority.

Ekonomie a etika

- Ekonomické hledisko je důležité a užitečné, ale jeho role v systému péče o zdraví a ve zdravotnictví je spíše pomocná.
  - **V péči o zdraví není cílem dosahovat co nejlepších ekonomických výsledků jako takových, ale co nejlepších výsledků vzhledem k definovaným cílům a prioritám.**

- Primárně bychom se měli ptát v jaké společnosti chceme žít, co proto dokážeme udělat, zda a do jaké míry se chceme starat o děti, nemocné a seniory?

Specifika zdravotnických služeb

- V demokratických společnostech s tržním hospodářstvím základní otázka zní: Jsou zdravotnické služby běžným zbožím?
- Zdravotnické služby:
  - jsou specifickou komoditou,
  - nepodléhají čistě tržním zákonitostem nabídky a poptávky,
  - jejich funkce je ovlivněna mnoha etickými a jinými faktory.

Idea „dokonalého“ trhu

- Vypracována klasickými liberálními ekonomy (Adam Smith)
- Ideální model (myšlenková konstrukce)
  - V dnešních podmínkách je možné se k němu jen přibližovat, musí se překonávat určité překážky.
  - Tyto překážky je možné odstranit jen zásahem státu.
  - V oblasti výroby a ryze komerčních služeb jsou zásahy státu minimální.
  - V některých oblastech jsou překážky tak velké, že se hovoří o „tržním selhání“.
- Dokonalý tržní systém přináší spotřebiteli žádoucí uspokojení (prospěch, užitek), při minimálních nákladech.
  - Podmínkou je, že financování všech činností probíhá cestou volné soutěže, jejímž jádrem je teorie nabídky a poptávky.

Problémy aplikace tržního mechanismu v péči o zdraví

- **Nedostatek a asymetrie informací**

  Pacient není ve stejné pozici jako spotřebitel běžných komerčních služeb

  - **Pacient neví:**
    - Co mu chybí
    - Jaké zdravotní služby potřebuje
    - Kde, kdy a od koho je má požadovat
    - Jakou cenu by měl za služby zaplatit
    - Jaký přínos či prospěch může očekávat od poskytnuté péče
  - **Navíc spotřebu nelze plánovat nebo odložit:**
    - Nemoc je nepředvídatelný a nepravidelný jev
    - Potřeba zdravotnických služeb je často nezbytná a neodkladná

Problémy aplikace tržního mechanismu v péči o zdraví

- **Omezená soutěž**
  - Ani v ryze tržních společnostech mezi lékaři prakticky nedochází ke konkurenci prostřednictvím reklamy a cen
    - Lékař jako informovaný expert, jím navrhovaná léčba je odrazem objektivní potřeby pacienta, nikoli finančními potřebami lékaře.
    - Nízká cena může znamenat, že chce lékař zvýšit poptávku po svých službách, zároveň může nízká cena a malá poptávka avizovat, že se nejedná o příliš dobrého lékaře.
  - Existence zdravotního pojištění omezuje cenovou konkurenci pouze na částku, kterou pacient hradí přímou platbou.
  - Nutnost spolupráce (konzultací) mezi lékaři
  - Přirozená spádovost nemocnic

Problémy aplikace tržního mechanismu v péči o zdraví

- **Externality**
  - Činnosti, které pozitivně nebo negativně ovlivňují jiné subjekty, aniž za to musí platit nebo jsou za tyto činnosti odškodňovány.
  - Péče o zdraví má někdy charakter kolektivního statku (nelze z něj nikoho vyloučit)
- **Negativní externalita**
  - Výrobní podniky znečišťující ovzduší
- **Pozitivní externalita**
  - Prevence nemocí (užitek má celá společnost)
  - Očkování

Problémy aplikace tržního mechanismu v péči o zdraví

- **Zajištění ekvity ve zdravotní péči**
  - Potřebu péče často provází pokles výdělečných schopností.
  - Zajištění výběru vhodných služeb za přijatelné ceny.
  - Některé služby by bez pomoci veřejné správy nebyly dostupné v některých lokalitách.
  - Některé služby by bylo velice nákladné poskytovat v malém měřítku.

Problémy aplikace tržního mechanismu v péči o zdraví

- **Morální hazard**
  - Mravní poklesek, který zaviňuje plýtvání zdroji.
  - **Pacienti**
    - zdravotní pojištění zbavuje pacienty šetrnosti, řešením je jistá míra finanční spoluúčasti (růst poptávky)
  - **Lékaři**
    - Mají tendenci poskytovat více péče než je potřeba, když jsou finančně zainteresováni na objemu služeb nebo na počtu provedených výkonů (*tzv.* ***poptávka vyvolaná nabídkou***).

Etické principy

1. **NEŠKODIT**

   Nikdo by neměl nikoho poškozovat, ať už tělesně nebo psychicky.
   - Iatrogenní poškození pacienta (chybná diagnóza, vedlejší účinky léků, zanedbání důležitých informací)

2. **POMÁHAT**

   Každý by měl pomáhat komukoli, kdo potřebuje pomoc.
   - Odlišné chápání dobra lékařem a pacientem
   - Pomoc pacientovi a jeho bližním

4. **AUTONOMIE**

   Každý by si měl nade vše vážit lidské bytosti a respektovat svobodné rozhodnutí
   - Problém depersonalizace, infantilizace
   - Respektování kulturních a náboženských hodnot, jež jsou v rozporu s obvyklým medicínským smýšlením
   - Situace, kdy pacient není evidentně autonomní (děti, poruchy vědomí, demence)

3. **SPRAVEDLNOST**

   S každým by se mělo jednat podle zákona a stejně slušně
   - Vyloučení třetího (infekce, podmínky pro řidičské a zbrojní průkazy)
   - V systému péče o zdraví (ekvita)

5 oblastí etických problémů

1. Otázky života a smrti
2. Experimentování a aplikace techniky
3. Mezilidské vztahy v péči o zdraví
4. Léčba a prevence
5. Funkce systému péče o zdraví jako celku

Ekvita ve zdravotní péči

- Stejný přístup k dosažitelné péči při stejných potřebách.
- Stejné využívání zdravotnických služeb při stejných potřebách.
- Stejná kvalita péče pro všechny.
- Respektování uznávaných preferencí.

Cesta k reálné ekvitě

- Zajistit základní zdravotní péči s důrazem na prevenci.
- Dbát na to, aby žádná sociální skupina nebyla diskriminována v přístupu k základní zdravotní péči.

Příčiny růstu nákladů na zdravotnictví

Zájem ekonomie o zdravotní péči

Systematický zájem o ekonomickou problematiku zdravotnictví od 60. let 20. století.

- Zdravotnictví se stalo významným hospodářským odvětvím
- Růst výdajů na zdravotnictví (začal předstihovat růst HDP)
  - Začaly být analyzovány hlavní příčiny růstu výdajů na zdravotní péči

Hlavní příčiny růstu nákladů

Nárůst nákladů na zdravotnictví má několik příčin, které lze jen těžko seřadit podle pořadí nebo je navzájem oddělit.

1. **Demografické změny**
   - Stárnutí populace není tak závažným faktorem, jak se obecně myslí (roční růst výdajů v ČR je cca 7% a pouze jeden procentní bod připadá na populační stárnutí, zbylých 6 má příčinu jinde).
2. **Struktura a charakter nemocnosti a úmrtnosti**
   - Hromadný výskyt chronických nemocí
3. **Nové a staronové choroby**
   - AIDS, TBC
   - závislosti
4. **Léčiva a technologie**
   - drahý výzkum
   - odstraňují následky, nikoli příčiny
   - odhalování nemocí v časnějších stádiích = delší život s nemocí

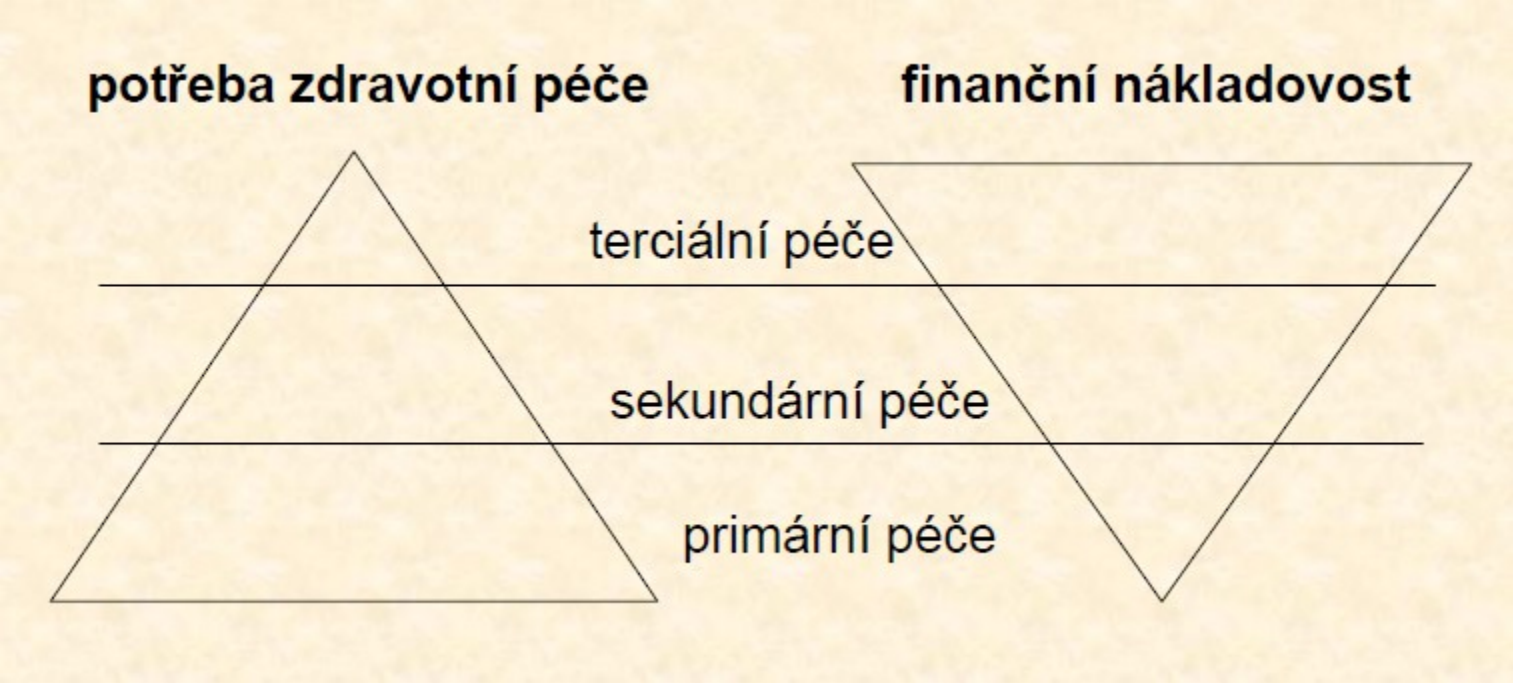
Hlavní příčiny růstu nákladů

5. Nárůst výkonů

- Nové technologie usnadňují výkony a zkracují hospitalizaci (roste nabídka).
- Z rizikových metod se stávají metody relativně bezpečné (roste poptávka).

6. Zaměření na nejtěžší stavy a nemoci

- Jsou léčeny stavy a nemoci dříve považované za beznadějné a kde i dnes je poměr šance na vyléčení a selhání velmi nepříznivý.
- Přibližně 22% veškerých nákladů na zdravotnictví spotřebovává 5% populace.
- Chybné zaměření, lepší by bylo zaměřit se na předcházení nemocem (sociální determinanty zdraví).


potřeba zdravotní péče
finanční nákladovost
terciální péče
sekundární péče
primární péče

Hlavní příčiny růstu nákladů

5. Nárůst výkonů

- Nové technologie usnadňují výkony a zkracují hospitalizaci (roste nabídka).
- Z rizikových metod se stávají metody relativně bezpečné (roste poptávka).

6. Zaměření na nejtěžší stavy a nemoci

- Jsou léčeny stavy a nemoci dříve považované za beznadějné a kde i dnes je poměr šance na vyléčení a selhání velmi nepříznivý.
- Přibližně 22% veškerých nákladů na zdravotnictví spotřebovává 5% populace.
- Chybné zaměření, lepší by bylo zaměřit se na předcházení nemocem.

7. Očekávání lidí

- V informačním věku roste „informovanost“ a očekávání lidí, kteří požadují stále více (z hlediska kvantity i kvality).

Hlavní příčiny růstu nákladů

8. **Chybějící kontrolní mechanismy**
9. **Komercionalizace**
   - vstup komerčních zájmů a podnikatelských aktivit za účelem zisku (výrobci a obchodníci s technikou, materiály, léky, službami)

MOŽNOSTI ŘEŠENÍ

1. Další peníze do systému zdravotnictví
2. Zvýšení hospodárnosti zdravotnictví
3. Omezení dostupnosti zdravotnických služeb
4. Všeobecné zlepšení zdraví lidí

1. Další peníze do systému zdravotnictví

- Množství peněz vkládané do zdravotnictví nelze neustále zvyšovat:
  - ***Žádný stát na světě nedokáže vyprodukovat tolik zdrojů, kolik by lékaři dokázali utratit v dobré víře, že pomáhají pacientům.***
  - Růst výdajů má své hranice, které jsou jednak dány výkonností ekonomiky a jednak naléhavostí nákladů v jiných rezortech.
  - Pouhým navýšením peněz plynoucích do zdravotnictví se zmíněné problémy nedají vyřešit.
  - Když chybí peníze, může se na první pohled zdát, že je to ekonomický problém. Ale i když ekonomické poznatky a metody hrají v oblasti péče o zdraví důležitou roli, zdaleka to není problém, na jehož vyřešení stačí ekonomie.

2. Zvýšení hospodárnosti zdravotnictví

- Snahy o zvýšení hospodárnosti nelze omezovat na jedno zdravotnické zařízení, výsledky bývají zpravidla horší, než se očekávalo.
  - Nejde totiž o to, aby všechny zdravotnické služby, které nemocnice zvládá, byly poskytovány hospodárně. Důležité je, aby zbytečné zdravotnické služby nebyly poskytovány vůbec.
- Pokud se např. peníze v nemocnici vynaloží na zvládnutí zdravotního problému, na který by stačil praktický lékař nebo ambulantní specialista, pak jde o **plýtvání**. Proto je tak důležité, aby zdravotnická zařízení byla skloubena do funkčního systému a aby nebyla jen „samostatnými“ a „konkurujícími“ subjekty.

3. Omezení dostupnosti zdravotnických služeb

- Omezenost dostupných finančních prostředků vs. nové léky a technologie (a tedy i tlak na vyšší výdaje).
- Všude na světě pokulhává zdravotnictví za medicínou a jejími možnostmi.
- **Otázka:** Co z dostupných lékařských metod chceme a můžeme obyvatelstvu poskytnout, kolik na to chceme vynaložit a kde tyto prostředky vzít?

3. Omezení dostupnosti zdravotnických služeb

- Je to krok nepopulární a nebývá deklarován ve volebních programech politických stran. Ve všech státech však k tomu dochází a jsou používány nejrůznější metody.
  - Bývají např. určovány ekonomické limity, jejichž překročení je provázeno sankcemi, zdůvodňováním a přijetím „nápravných“ opatření. Jsou aplikovány **metody řízeného poskytování služeb** (*rationing*), jehož podstatou je **přidělování vzácných prostředků v případě nouze**.
- **Rationing** v oblasti zdravotní péče:
  - Nalézání a ospravedlňování důvodů pro přidělování a nepřidělování vzácných zdrojů (nákladných zdravotnických služeb) některým lidem, kterým by mohly přinést užitek.

3. Omezení dostupnosti zdravotnických služeb

Explicitní rationing

- je obvykle založen na rozhodnutí, **které služby budou běžně poskytovány** (např. hrazeny ze zdravotního pojištění) **a které budou spojeny s určitým omezením** (budou např. hrazeny pacientem, budou poskytovány jen v několika málo zdravotnických zařízeních, popřípadě jejich poskytování bude zastaveno, a to třeba jen dočasně).

- dobrý podklad pro **stanovení priorit zdravotní péče na populační úrovni**, ale v individuálních případech vždy záleží na konkrétních okolnostech indikace určité zdr. služby.

- **odpovědnost** nese ten, kdo sestavil a schválil seznam omezující poskytování některých zdravotnických služeb. Takový seznam nebývá veřejností dobře přijímán, a proto se politické strany této metodě vyhýbají, a to přesto, že jsou tomu zdravotnickou veřejností čas od času vyzývány.

4. Všeobecné zlepšení zdraví lidí

Ideální řešení

- méně lidí by v důsledku chronických nemocí požadovalo zdravotnické služby,
- zdravotnictví by se orientovalo převážně na akutní zdravotní problémy.

- Takový záměr úzce souvisí s determinantami zdraví
  - mnohé však leží vně tradiční působnosti zdravotnictví.
  - Jestliže je např. v České republice dvojnásobná spotřeba alkoholu a cigaret než ve Švédsku, pak je vhodné připomenout, že neexistuje medicínská technologie, která by tak velký rozdíl dokázala vykompenzovat.

4. Všeobecné zlepšení zdraví lidí

- Své zdraví mohou do značné míry ovlivnit **jednotliví lidé**. Proto se občas správně připomíná, že každý má pečovat o své zdraví.
- Poněkud se pomíjí skutečnost, že každá **organizace a instituce i každá úroveň veřejné správy** přijímá rozhodnutí, které mají větší nebo menší dopad na zdraví lidí.
- I když je nesporné, že zdravotnictví má v tomto ohledu výrazné úkoly (výzkum, motivace a vzdělávání, koordinace, kontrola a hodnocení) je zřejmé, že **těžiště realizačních aktivit se přesouvá do široce pojímané společenské praxe**.