

**Česká zemědělská univerzita v Praze**

**Provozně ekonomická fakulta**

**Katedra statistiky**



**Bakalářská práce**

**Dotazníkové šetření k zavádění regulačních poplatků**

**Autor bakalářské práce: Michal Kadlec**

**Vedoucí bakalářské práce: Ing. Zuzana Pacáková**

**© 2011 ČZU v Praze**

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra statistiky

Akademický rok 2009/2010

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

**Michal Kadlec**

obor Podnikání a administrativa

Vedoucí katedry Vám ve smyslu Studijního a zkušebního řádu ČZU v Praze  
čl. 16 určuje tuto bakalářskou práci.

Název práce: **Dotazníkové šetření k zavádění regulačních  
poplatků**

### Osnova bakalářské práce:

1. Úvod
2. Cíl práce a metodika
3. Literární rešerše
4. Analýza dat z dotazníkového šetření
5. Závěr
6. Seznam použitých zdrojů
7. Přílohy



Rozsah hlavní textové části: 30 - 40 stran

Doporučené zdroje:

Hendl, J.: Přehled statistických metod zpracování dat. Praha, Portál, 2004, ISBN 80-7178-820-1.

Hindls, R. a kol.: Statistika pro ekonomy. Praha, Professional Publishing, 2007, ISBN 978-80-86946-43-6.

Mišovič, J.: V hlavní roli otázka (průvodce přípravou otázek v socioekonomických a marketingových výzkumech), Praha, 2001, ISBN 80-238-6500-5.

Řezanková, H.: Analýza kategoriálních dat. Praha, Oeconomica, 2005, ISBN 80-245-0926-1.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění

Internetové zdroje:

Medical Tribune Cz

Reforma zdravotnictví - forum.cz

Stránky Ministerstva zdravotnictví

Vedoucí bakalářské práce: **Ing. Zuzana Pacáková**

Termín odevzdání bakalářské práce: březen 2011

*Kořbe*

Vedoucí katedry



*[Handwritten signature]*

Děkan

V Praze dne: 8. 6. 2010

### Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci "Dotazníkové šetření k zavádění regulačních poplatků" jsem vypracoval samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autor uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušil autorská práva třetích osob.

V Praze dne 31.3.2011

---

## Poděkování

Rád bych touto cestou poděkoval Ing. Zuzaně Pacákové za věnovaný čas, odbornou pomoc a praktické rady při vedení mé bakalářské práce.

Dále bych chtěl poděkovat pracovníkům knihovny Sociologického ústavu AV ČR za pomoc při obstarávání odborné literatury na dané téma.

Zároveň děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili mého průzkumu.

# Dotazníkové šetření k zavádění regulačních poplatků

---

## Questionnaire survey on implementation of regulation charges

### Souhrn

Bakalářská práce se zabývá zhodnocením názorů na zavádění regulačních poplatků v systému českého zdravotnictví pomocí dotazníkového šetření. Systém, který se vyvíjel v České republice, má pevné základy, které ovšem přestávají odolávat náporu sociálně - ekonomických změn především tzv. stárnutí populace. V mnoha zemích Evropské unie se tyto problémy řešily méně či více radikálními zásahy do systému zdravotnictví, přičemž někde byly zavedeny nebo již existovaly zdravotnické poplatky. Téma poplatků ve zdravotnictví dělí českou veřejnost do dvou protichůdných skupin - jedna je přijímá a druhá odmítá. Bylo zjištěno, že lidé jsou velmi málo informováni o celém systému vybírání těchto poplatků – velmi málo z nich ví, co se děje s vybranými penězi, jaké jsou ochranné limity, nebo nedokáží rozlišit situace, kdy se zdravotnický poplatek nemusí podle zákona hradit. Byla také prokázána závislost mezi volbou strany v parlamentních volbách a názorem na zavádění poplatků a také mezi hodnocením zavádění poplatků a hodnocením životní úrovně po zavedení těchto poplatků.

### Klíčová slova:

Dotazníkové šetření

Zdravotnictví

Systém

Poplatky

Reforma

Kontingence

Korelace

## **Summary**

The bachelor thesis deals with evaluation of opinions on booting the regulation charges in Czech health care system through the use of questionnaire survey. System developed in the Czech republic has formed bases which are naturally finishing to stand up to blast of socially – economical changes, ageing of population at first place. In many countries of European Union these problems have been solved by less or more radical intervention to the health care system whereas somewhere they have booted the regulation charges and somewhere they have already existed. The issue of regulation charges in health care system divides czech public into antagonistic groups – first accepts it and second refuses it. It was discovered that people are informed about the whole system of tolling these charges very low – a few people knows what happens with collected money, how high the protective limit is or they can't distinguish situation when they don't have to pay the charge according to law. Then it was approved that there is a dependence between the preference of a political party in a parliament election and opinion on booting the regulation charges and also between evaluation the booting itself and rating the living standards after booting these charges.

## **Keywords**

Questionnaire survey

Health

System

Charges

Reform

Contingency

Correlation

# Obsah:

<b>1. ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>2. CÍL PRÁCE A METODIKA.....</b>	<b>11</b>
2.1. CÍL PRÁCE.....	11
2.2. METODIKA.....	11
2.2.1. <i>Dotazníková metoda</i> .....	11
2.2.1.1. Formulace otázek.....	11
2.2.1.2. Druhy otázek.....	12
2.2.1.3. Pořadí otázek.....	14
2.2.2. <i>Statistické metody</i> .....	14
2.2.2.1. Základní pojmy.....	14
2.2.2.2. Zobrazení dat.....	15
2.2.2.3. Popisné charakteristiky.....	16
2.2.2.4. Závislost kategoriálních dat.....	17
2.2.2.5. Testy dobré shody.....	21
<b>3. LITERÁRNÍ REŠERŠE.....</b>	<b>23</b>
3.1. ZDRAVOTNICKÝ SYSTÉM V ČESKÉ REPUBLICE.....	23
3.2. ZDRAVOTNICKÉ SYSTÉMY V DALŠÍCH EVROPSKÝCH STÁTECH.....	27
3.2.1. <i>Spolková republika Německo</i> .....	27
3.2.2. <i>Republika Rakousko</i> .....	28
3.2.3. <i>Francouzská republika</i> .....	29
3.2.4. <i>Království Velké Británie</i> .....	29
3.2.5. <i>Nizozemské království</i> .....	30
3.3. REGULAČNÍ POPLATKY.....	32
3.4. NÁZORY LÉKAŘŮ.....	35
<b>4. ANALÝZA DAT Z DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>36</b>
4.1. OVĚŘENÍ REPREZENTATIVNOSTI VÝBĚRU.....	36
4.2. CHARAKTERISTIKA VÝBĚROVÉHO SOUBORU.....	38
4.3. TESTOVÁNÍ STATISTICKÝCH HYPOTÉZ.....	45
<b>5. ZÁVĚR.....</b>	<b>48</b>
<b>6. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>50</b>
<b>7. PŘÍLOHY.....</b>	<b>52</b>
7.1. SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK.....	52
7.2. PŘÍLOHA Č. 1 - DOTAZNÍK.....	53
7.3. PŘÍLOHA Č. 2 - CHARAKTERISTIKY VÝBĚROVÉ SOUBORU.....	58
7.4. PŘÍLOHA Č. 3 - VÝSTUPY TESTOVÁNÍ STATISTICKÝCH HYPOTÉZ.....	61



# 1. Úvod

Zdraví je to nejdůležitější, co v lidském životě existuje. Většina lidí si hodnotu zdraví jako hodnotu materiální uvědomí až v případě, kdy ji nějakým způsobem musí podporovat a obnovovat. Existují různé důvody, proč se tomu tak děje. Naivita, hloupost, nedbalost, nevědomost, nepřípravenost, ale i dosti abstraktní pojem jako je štěstí, hraje roli v procesu, který nám zdraví poškozuje vratně i nevratně.

Zdraví má člověk jen jedno. Prozatím. V dřívějších dobách platil výrok, že: “Zdraví se nedá koupit“. Dnes již musí být tento výrok opraven na: “Zdraví se za určitých okolností nedá koupit“.

Zdravotnictví je nejviditelnější zástupce zdraví v životě lidí. Pro někoho to je položka ve státním rozpočtu, pro někoho je to zaměstnavatel, pro někoho je to téma, na kterém se politická reprezentace neshodne. Ale pro všechny to je obor, od kterého jim bude poskytnuta poslední služba.

Zdravotní stav a dobrá kondice jsou nejdůležitějšími parametry, které ovlivňují dosažení vytyčených životních cílů, snů a přání. V běžném životě si lidé mnohokrát přejí, aby jim zdraví sloužilo, aby vydrželo a aby člověka nezahlavilo. Doopravdy ale každý člověk dělá to nejlepší pro svoje zdraví?

Od listopadu 1989 se na území Československa a později České republiky změnilo hodně. Probíhaly změny politické, ekonomické a sociální. Ve vleku těchto událostí se měnil i systém zdravotnictví. Objevovaly se nové možnosti, výzvy i problémy. V případě, že by nedocházelo ke změnám ve zdravotnictví, nebylo by možné od tohoto systému čekat tak efektivní výsledky jako od jiných oborů lidské činnosti, které jsou již dnes vysoce efektivní. Toto platí dvojnásob, pokud se vezme v úvahu teze, že člověk a jeho okolí se mění neustále. Tento proces nebude nikdy ukončen, proto je nutné měnit i systémy, které člověk ve svém životě využívá, tak, aby mu poskytovaly co nejefektivnější výstupy podle vstupních požadavků.

Mezi nejzásadnější změny patřilo vytvoření všeobecného zdravotního pojištění, které si občan platí ze svých příjmů. V případě nezaměstnaných, studentů a důchodců povinnost platit přebírá stát a mluví se o tzv. státních pojištěncích. Dále pak změny týkající se

vytvoření Všeobecné zdravotní pojišťovny a rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven. V neposlední řadě to byly také změny systému tvorby cen léků a lékové politiky státu.

Pro tuto bakalářskou práci je nejzásadnější změna, která přišla v roce 2008 se zavedením tzv. regulačních poplatků, kterou předložil do sněmovny ministr zdravotnictví za ODS JUDr. Julínek. Tento krok se neshledal u veřejnosti s kladným přijetím, což mělo za následek nejdříve drtivou výhru ČSSD v krajských volbách a senátních volbách v roce 2008, ve kterých ČSSD slíbila v případě výhry proplácení poplatků, a dále odvolání JUDr. Julínka z pozice ministra zdravotnictví začátkem roku 2009. Vládní koalice složená z ODS, KDU-ČSL a SZ se na tomto tématu nedokázala po zbytek volebního období shodnout, což vedlo k zastavení projednávání návrhů zákonů, které měly pokračovat v reformním úsilí, které regulační poplatky započaly.

## 2. Cíl práce a metodika

### 2.1. Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit názory občanů na zavádění zdravotnických poplatků v České republice a také zjistit faktory, které tyto názory ovlivňují. Dále bude zkoumána informovanost obyvatel o systému a náležitostech výběru zdravotnických poplatků.

Z předešlých prováděných průzkumů k tomuto tématu lze usoudit, že názory občanů na zavádění regulačních poplatků se liší mezi jednotlivými lidmi. Důvody mohou být společenské postavení, věk, vzdělání, politická příslušnost nebo výše příjmů jednotlivých respondentů. Budou hledány základní důvody zaměřující se na nespokojenost lidí, kterou vyvolalo zavedení regulačních poplatků v České republice a návaznost na hodnocené znaky.

### 2.2. Metodika

První kapitola bude zpracována formou literární rešerše vycházející ze studia dostupných literárních pramenů. Primární data budou získána pomocí kvantitativní metody dotazování a to prostřednictvím písemného dotazníku. Cílovou skupinou budou náhodně vybraní obyvatelé Středočeského kraje. Dotazováno bude kolem 150 respondentů. Výsledky dotazování budou zpracovány a znázorněny pomocí tabulačních a grafických metod. Předem stanovené hypotézy budou ověřeny pomocí statistické analýzy.

#### 2.2.1. Dotazníková metoda

Jedná se o nejpoužívanější výzkumnou metodu, kterou lze zjistit názory a další fakta od respondentů. Tato výzkumná metoda má svoje nesporné výhody jako je např. ekonomická výhodnost, rychlost, s kterou dosáhneme výsledků, snadnost zpracování a opakovatelnost. Mezi základní nevýhody patří možnost respondentů vyplnit nepravdivé údaje nebo přílišné zredukování informace. (Čihovský, 2006)

##### 2.2.1.1. Formulace otázek

Hlavní a nejdůležitější pro tvorbu dotazníku je přesná a jednoznačná formulace otázky. Pokud je tento požadavek splněn, je otevřená cesta ke konečnému úspěchu. Znamená to

totiž, že je již vymezena oblast, na kterou otázka směřuje a důvod, proč je otázka pokládána. Toho lze dosáhnout zvolením základní, obecné fráze, která bude charakterizovat celý projekt. Tento základní pojem je následně rozpracován do nosných kategorií, které se dále konkretizují a vznikají z nich konkrétní veličiny sledovaného výzkumu. Tímto je dokončena transformace z roviny neobecnějšího pojmu, až ke konkrétním znakům a otázkám. Tento postup nelze opomenout při konstrukci dotazníku, v opačném případě se to nepříjemně projeví v hodnocení a interpretaci. (Mišovič, 2001)

Za účelem identifikace nejvhodněji formulovaných dotazů je doporučováno provést tzv. pilotní studii. V té se objeví nedostatky jednotlivých dotazů z různých pohledů. Při této studii se vybere malý počet respondentů a provede se s nimi nestandardizovaný rozhovor, který dopomáhá správné formulaci jednotlivých dotazů. (Řezanková, 2010)

Odpověď, kterou dotazovaný sděluje, je ovlivněna souborem mnoha faktorů jako např. objektivní situace dotazování, schopnosti a možnosti dotazovaného, schopnosti výzkumníka koncipovat šetření. To, jak otázka zní po jazykové a lingvistické stránce, ovlivňuje její přiblížení ke skutečným problémům, které pomáhají lidem optimálně reagovat. Nejasné otázky přinášejí neuspokojivé a mlhavé odpovědi. Proto je také vhodné zkoumat, co vlastně daný výraz vyjadřuje, jaká je jeho podstata. Existují tzv. výrazy vhodné, které mají jeden smysl, jsou jednoduché a každý dotázaný si pod nimi představuje to samé. Výrazy, které nejsou vhodné, se vyznačují nejednoznačností, abstraktností a připouštějí více výkladů. Mezi tyto tzv. nevhodné výrazy lze zařadit i časová období nebo stereotypy. Kromě významového obsahu slova lze také s výsledky manipulovat pomocí emocionálně zabarvených slov. Některá slova jsou ve své podstatě kladně a některá záporně zabarvená. Pokud jsou použita, dotazovaný je ovlivněn a nepřináší to stejné výsledky jako při použití neutrálních slov. Obecně lze však říci, že i sebezkušenější návrhové dotazníku se nevyvaruje některých chyb ve formulaci otázek. (Čihovský, 2006; Mišovič, 2001)

#### 2.2.1.2. Druhy otázek

**Uzavřené otázky** - jedná se o otázky s jasně definovanými odpověďmi, z nichž si respondent vybírá. Používají se v případě kategorizace odpovědí a mezi základní nevýhody patří nesprávná stylizace odpovědí. Vyskytují se ve formě dichotomické (odpovědi ano-ne), trichotomické (ano-ne-nevím) nebo polytomické. Ty usnadňují formulaci stanovisek

z předem daných variant. K uzavřeným otázkám patří také otázky se škálami, kde jsou odstupňované možnosti odpovědí ať už verbálně nebo číselně. Celkově se uzavřené otázky hodí zejména pro zjišťování rozsahu informovanosti, směřování názorů a postojů.

**Otevřené otázky** - dávají volný prostor pro různé obměny odpovědí, široké názorové spektrum a mnohdy jsou jediným nástrojem jak zjistit představy dotázaných. Mezi nevýhody lze řadit obtížnou možnost kvantifikovat odpovědi a přílišnou závislost na vyjadřovacích schopnostech dotazovaného. Jsou vhodné hlavně pro přezkoušení vědomostí, měření aktuálnosti tématu nebo k průzkumu nových oblastí a oborů.

**Polootvřené otázky** - jde o otázky, které se snaží spojit výhody uzavřených i otevřených otázek. Respondentovi se nabízí předem definované možnosti, a v jedné z nich může uvést svůj názor v případě, že mu ostatní varianty nevyhovují.

**Filtrační otázky** - mají za cíl oddělit část dotazovaných, která se kvůli objektivním nebo subjektivním důvodům nemůže zúčastnit navazujících otázek. Pro jasnou formální stránku dotazníku je možné ještě pod touto filtrační otázkou uvést pokyn, který upozorňuje na skutečnost, že následující otázka se týká pouze kompetentních lidí. V některých případech se používání filtračních otázek nedoporučuje, i když určitá část respondentů nemá o věc hlubší zájem.

**Projekční otázky** - řadí se mezi tzv. nepřímé otázky, pomocí nichž se získávají informace zprostředkovaně, aniž by to respondent poznal. Je možné je použít v situacích, kdy by byl jinak dotázaný neochotný poskytnout pravdivý údaj.

**Kontrolní otázky** - je možno jimi zjistit, jestli jsou uvedené údaje od respondentů pravdivé. V případě, že se přijde při kontrole na dotazník, kde se tyto kontrolní otázky rozcházejí s předcházejícími, je vhodné je dále nevyhodnocovat.

**Identifikační otázky** - umožňují roztrždit dotazované podle demografických a sociálních znaků a tím nám poskytují možnost analýzy jednotlivých skupin, jejich porovnávání atd. Standardně se jedná o otázky zaměřené na pohlaví, věk, vzdělání, zaměstnání, velikost bydliště a region. Je možné tento okruh rozšířit podle potřeb šetření. Pro větší ochotu odpovídat na dotazy okolo příjmů je vhodné rozdělit příjmové kategorie do jednotlivých skupin a vyzvat respondenta, aby si pouze vybral skupinu. Tento postup se pokouší omezit výskyt lidí co si v případě nízkých příjmů nadhodnocují a lidi, kteří si při vyšších příjmech ubírají. (Čihovský, 2006; Mišovič, 2001)

### 2.2.1.3. Pořadí otázek

Úvod dotazníku by měl dotazovaného seznámit s tématem, vyvolat v něm ochotu odpovídat na otázky a případně několik metodických pokynů. Mezi prvními dotazy se objevují tzv. otázky zahřívací. To jsou otázky zabývající se tématem obecněji a poskytující respondentovi dostatek času na přechod myšlenek na dané téma.

Otázky, které jsou pro tazatele podstatné a vyžadují spontánní odpovědi, se řadí doprostřed dotazníku. Je možné je rozdělit do několika tématických bloků, které spolu nemusí přímo souviset. V takovém případě je vhodné použít otázky tzv. převodní, které mají za cíl usměrnit respondenta do jiné oblasti.

Závěr dotazníku je možné oddělit frází, která upozorňuje dotazovaného na blížící se konec dotazníku a skutečnost, že mu bude položeno několik identifikačních otázek. Tyto otázky je vhodnější pokládat na konec dotazníku s ohledem na zbytečné vyčerpávání dotazovaného na úvod.

Závěrečná věta respondentovi děkuje za vynaložený čas a vyslovené závěry. (Mišovič, 2001)

## 2.2.2. Statistické metody

### 2.2.2.1. Základní pojmy

*„Statistické zkoumání je orientováno na hromadné jevy a procesy, tj. jevy a procesy, vyskytující se u velkého množství prvků. Tyto prvky se nazývají statistické jednotky. Jsou to základní jednotky celého statistického pozorování. Vlastnosti těchto základních statistických jednotek jsou statistické znaky. V případě zvolení statistickou jednotkou např. zaměstnanec, statistickými znaky jsou mzda, počet let praxe, nejvyšší dosažené vzdělání atd.“* (Hindls, 2007)

Statistické znaky lze dělit podle toho, jakých nabývají variant. Pokud jsou varianty číselné, jedná se o znaky kvantitativní. Ty se dále dělí na spojitě (nabývají libovolných hodnot v určitém intervalu) a na nespojitě (nabývají pouze určitých číselných hodnot). Pokud jsou varianty statistických znaků slovně definovány, jedná se o data kvalitativní. Základní členění kvalitativních znaků je na nominální (jsou to varianty, jež jsou vzájemně neslučitelné) a na ordinální (vyjadřují pořadí jednotlivých kategorií). (Hindls, 2007)

Všechny statistické jednotky jsou shromážděny v základním souboru (populaci). Základní soubor může nabývat reálného i hypotetického významu. Protože většinou není možné sledovat tento základní soubor, hlavně kvůli finančním a časovým faktorům, pracuje se s tzv. výběrovým souborem. Provede se výběr z populace, z něhož se získá vzorek (výběrový soubor). Na něm je zjištěna výběrová charakteristika. Z výběrové charakteristiky se poté odhaduje populační parametr - zobecňují se výsledky zkoumání výběrového souboru na celý základní soubor. (Hendl, 2004)

#### 2.2.2.2. Zobrazení dat

Data, která jsou zjištěna, musí být nějakým způsobem utříděna a zobrazena pro prvotní analýzu. Je možné je znázornit pomocí tabulačních nebo grafických metod. Tabulky jsou vhodné pro uvedení dat v přesném tvaru nebo k dalším výpočtu. Grafické metody dokreslují širší vlastnost dat. (Hendl, 2004)

*„Kvalitativní data lze v závislosti na počtu a typu kategorií zobrazit především tabulkami s procenty nebo koláčovými a sloupcovými grafy.“* (Hendl, 2004)

*„Kvantitativní data lze tabulkově popsat tzv. schématem rozdělení četností. V případě jedné proměnné, uspořádáme údaje o této proměnné do rostoucí posloupnosti a ke každé variantě znaku přiřadíme počty příslušných statistických jednotek, které se nazývají četnosti. Jednotlivé varianty kvantitativního znaku označíme  $x_i$ ,  $i = 1, 2, \dots, k$  ( $k$  je počet kategorií) a jim odpovídající četnosti  $n_i$ ,  $i = 1, 2, \dots, k$  tím vzniká tabulka rozdělení četností.“* (Hindls, 2007)

TAB. Č. 1 - TABULKA ROZDĚLENÍ ČETNOSTÍ

Varianta znaku $x_i$	Četnost		Kumulativní četnost	
	absolutní $n_i$	relativní $p_i$	absolutní	relativní
$x_1$	$n_1$	$p_1$	$n_1$	$p_1$
$x_2$	$n_2$	$p_2$	$n_1 + n_2$	$p_1 + p_2$
...	...	...	...	...
$x_k$	$n_k$	$p_k$	$\sum_{i=1}^k n_i = n$	$\sum_{i=1}^k p_i = 1$
Celkem	$\sum_{i=1}^k n_i = n$	$\sum_{i=1}^k p_i = 1$		

Zdroj: Hindls, 2007

$n_i$  - absolutní četnosti - udávají, kolikrát se hodnota znaku objevuje v souboru,

$p_i$  - relativní četnosti - pokud porovnáváme různá rozdělení četností.

Ve čtvrtém a pátém sloupci jsou uvedeny kumulativní četnosti, které podávají informace o tom, jaká poměrná část souboru má variantu znaku menší nebo rovnou určité dané variantě. (Hindls, 2007)

*„Kromě tabulky lze kvantitativní data popsat graficky. Grafické zobrazení vytváří geometrický obraz dat. Přitom se využívají body, plochy, úsečky nebo různé další obrazce. Nejznámější způsob zobrazování hodnot jedné proměnné se nazývá histogram.“* (Hendl, 2004)

### 2.2.2.3. Popisné charakteristiky

#### A. Nominální proměnné

*„Míra polohy je u nominální proměnné charakterizována modální kategorií, což je kategorie s největší četností. Jsou-li kategorie označeny indexem  $i$  ( $i = 1, 2, \dots, k$ , kde  $k$  je počet kategorií), modální kategorie (modus) označena indexem  $M_0$ ,  $n_i$  jsou absolutní četnosti a  $p_i$  relativní četnosti, pak  $\max_i (n_i) = n_{M_0}$  (absolutní modální četnost) a  $\max_i (p_i) = p_{M_0}$  (relativní modální četnost).“* (Řezanková, 2005)

#### B. Ordinální proměnné

*„Míra polohy u ordinální proměnné lze popsat kromě modální kategorií  $x_{M_0}$  také mediánovou kategorií. Používanější je ovšem medián  $\tilde{x}$ , který se určuje takto. Pokud je  $p_{M_e} > 0,5$  (kumulativní relativní četnost), pak se medián rovná mediánové kategorii, tj.  $\tilde{x} = x_{M_e}$ . V případě, že  $p_{M_e} = 0,5$ , se medián spočte jako průměr z mediánové kategorie a kategorie následující tj.  $\tilde{x} = (x_{M_e} + x_{M_{e+1}})/2$ . Tato charakteristika je tedy střední hodnotou.“* (Řezanková, 2005)

#### C. Kvantitativní proměnné

*„Míru polohy u kvantitativních proměnných lze kromě charakteristik určených pro ordinální proměnné vyjádřit navíc pomocí aritmetického průměru  $\bar{x}$  počítaného podle vzorce*



$$\bar{x} = \sum_{i=1}^k x_i p_i = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n} \quad (2.1)$$

Pro míru variability je základní mírou výběrový rozptyl  $s^2$  a lze ho spočítat podle vzorce

$$s^2 = \frac{1}{n-1} = \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2 \quad (2.2)$$

Odvozením od rozptylu je možné dostat výběrovou směrodatnou odchylku  $s$  a výběrový variační koeficient  $V_x$ .“ (Řezanková, 2005)

$$s = \sqrt{s^2} \quad (2.3)$$

$$V_x = \frac{s}{\bar{x}} \quad (2.4)$$

#### 2.2.2.4. Závislost kategoriálních dat

Rozdělením četností do dvojdimenzionální tabulky na základě třídění podle dvou proměnných se získá tzv. kontingenční tabulka. Z hodnot této tabulky je možné hodnotit závislost či nezávislost mezi dvěma kategoriálními proměnnými. V jednotlivých políčkách jsou uváděny četnosti absolutní nebo relativní. Kontingenční tabulky jsou základem pro testování závislostí a pro výpočet měr intenzity závislostí. (Řezanková, 2010)

TAB. Č. 2 - SCHÉMA KONTINGENČNÍ TABULKY S ABSOLUTNÍMI ČETNOSTMI

		Znaky Y					Celkem
		1. kategorie	...	j-tá kategorie	...	s-tá kategorie	
Znak X	1. kategorie	$n_{11}$	...	$n_{1j}$	...	$n_{1s}$	$n_{1+}$
	...	...	...	...	...	...	...
	i-tá kategorie	$n_{i1}$	...	$n_{ij}$	...	$n_{is}$	$n_{i+}$
	...	...	...	...	...	...	...
	r-tá kategorie	$n_{r1}$	...	$n_{rj}$	...	$n_{rs}$	$n_{r+}$
	Celkem	$n_{+1}$	...	$n_{+j}$	...	$n_{+s}$	$n$

Zdroj: Řezanková, 2010

$n$  - rozsah souboru,

$r$  - počet kategorií proměnné X,  $i = 1, 2, \dots, r$ ,

$s$  - počet kategorií proměnné Y,  $j = 1, 2, \dots, s$ ,

$n_{ij}$  - sdružené absolutní četnosti,

$n_{i+}$  - řádkové součty absolutních četností, pro které platí  $n_{i+} = \sum_{j=1}^s n_{ij}$ ,

$n_{+j}$  - sloupcové součty absolutních četností, pro které platí  $n_{+j} = \sum_{i=1}^r n_{ij}$ .

Hlavním testem pro zjišťování vzájemné závislosti kategoriálních znaků (především nominálních) v kontingenčních tabulkách je  $\chi^2$ -test o nezávislosti. Testuje se shoda zjištěných a očekávaných četností. Základem je tedy výpočet očekávaných četností  $m_{ij}$  za předpokladu platnosti nulové hypotézy, že proměnné jsou nezávislé.

$$m_{ij} = \frac{n_{i+}n_{+j}}{n} \text{ pro } i = 1, 2, \dots, r; j = 1, 2, \dots, s \quad (2.5)$$

Testovou statistiku lze spočítat podle vzorce

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - m_{ij})^2}{m_{ij}}. \quad (2.6)$$

Hodnota  $\chi^2$  je porovnávána s kritickou hodnotou  $\chi^2$  rozdělení o stupních volnosti  $(r-1)(s-1)$  na zvolené hladině významnosti  $\alpha$ . Pokud je  $\chi^2 > \chi^2_{\alpha}((r-1)(s-1))$ , je zamítána nulová hypotéza o nezávislosti znaků. V opačném případě tuto nulovou hypotézu zamítnout nelze. (Řezanková, 2010; Hendl, 2004)

*„Předpokladem pro použití tohoto testu je, aby očekávané četnosti  $m_{ij}$  v jednotlivých políčkách neklesly pod hodnotu 5 aspoň v 80% políčkách a ve zbylých políčkách se vykytovaly aspoň hodnoty 1. V případě, že tento předpoklad není splněn, je nutné použít tzv. exaktní Fischerův test. Tento test se používá pro tabulku 2x2 a vychází z předpokladu, že marginální četnosti jsou považovány za neměnné a že data jsou výběrem z hypergeometrického rozdělení. V tomto testu se počítají pravděpodobnosti výskytu všech možných variant četností v kontingenční tabulce, které dávají stejné marginální četnosti jako tabulka četností ze zjištěných dat. Tyto pravděpodobnosti se vypočítají pomocí vztahu:*

$$p = \frac{n_{1+}!n_{2+}!n_{+1}!n_{+2}!}{n!n_{11}!n_{12}!n_{21}!n_{22}!} \quad (2.7)$$

*Hodnoty pravděpodobností  $p$  se následně sečtou a porovnájí s hladinou významnosti  $\alpha$ .*

*Pokud  $\alpha > \sum p$ , pak se nulová hypotéza o nezávislosti zamítá.“ (Řezanková, 2010)*

V práci s programem IBM SPSS Statistics se při testování statistických hypotéz používá odlišný postup posuzování správnosti nulové hypotézy. Existuje zde tzv.  $p$ -hodnota (v programu označována jako Sig.), která je porovnávána se zvolenou hladinou významnosti  $\alpha$ . Pokud je  $p$ -hodnota  $> \alpha$ , pak nulovou hypotézu o nezávislosti nelze zamítnout.

Pro měření závislosti v kontingenčních tabulkách existuje několik koeficientů. Výše zmíněná statistika  $\chi^2$ -testu je základem pro Pearsonův normalizovaný kontingenční koeficient.

$$C = \frac{C}{C_{max}}, \quad (2.8)$$

$$\text{kde } C = \sqrt{\frac{\chi^2}{n + \chi^2}}, \quad (2.9)$$

$$C_{max} = \sqrt{\frac{m-1}{m}}, \quad (2.10)$$

$n$  ... počet prvků,

$m$  ... je větší z obou čísel  $r$  a  $s$ .

Dále je pak možno pracovat např. s koeficientem  $\varphi$ , pro který platí vztah

$$\varphi = \sqrt{\frac{\chi^2}{n}}, \quad (2.11)$$

nebo koeficientem Cramerovo  $V$ , počítaného podle vzorce

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{n(m-1)}}. \quad (2.12)$$

Všechny tyto koeficienty nabývají hodnot z intervalu 0 až 1. V případě, že vychází 0, značí to neexistenci závislosti mezi dvěma kategoriálními znaky v kontingenční tabulce. (Hendl, 2004)

Zvláštním případem je tabulka pro dvě náhodné veličiny  $X$  a  $Y$ , které nabývají pouze dvou hodnot: 0 a 1. Vytvořením tabulky absolutních četností dostaneme tabulku 2x2 a četnostmi  $a, b, c, d$ . Pro výpočet se použije  $\chi^2$ -test počítaný podle vzorce

$$\chi^2 = \frac{n(ad - bc)^2}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}, \quad (2.13)$$

hodnota testového kritéria je poté porovnávána s kritickými hodnotami  $\chi^2$  rozdělení s jedním stupněm volnosti. V případě, že  $\chi^2 > \chi^2_{\alpha}(1)$  zamítá se nulová hypotéza o nezávislosti. (Hendl, 2004)

*„Zatímco u nominálních proměnných je statistická závislost označována jako kontingence, u ordinálních proměnných se hovoří o korelaci. Rozlišují se dva druhy korelace, a to pozitivní a negativní. K základním mírám u ordinálních proměnných patří Spearmanův koeficient pořadové korelace  $r_s$ .“ (Řezanková, 2010)*

$$r_s = 1 - \frac{\sum_{i=1}^n (d_i)^2}{n(n^2 - 1)} = 1 - \frac{\sum_{i=1}^n (p_i - q_i)^2}{n(n^2 - 1)}, \quad (2.14)$$

kde  $d_i$  jsou diference mezi pořadovými čísly  $p_i$  a  $q_i$ ,  $n$  je počet pozorování.

Ten nabývá hodnot z intervalu  $<-1; 1>$ , přičemž 0 značí lineární nezávislost, hodnota 1 pozitivní korelaci (přímou závislost) a hodnota -1 negativní korelaci (nepřímou závislost). Je možné také provést test významnosti tohoto koeficientu. Nulová hypotéza je formulována  $\rho_s = 0$  tj. koeficient je statisticky nevýznamný. Testová statistika je počítána podle vzorce

$$t = r_s \frac{\sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r_s^2}}. \quad (2.15)$$

Výsledek je porovnáván s kritickou hodnotou Studentova  $t$  rozdělení s  $(n-2)$  stupni volnosti. Pokud tedy platí  $K = \{ t > t_{\alpha; f} \}$  pro  $f = n-2$ , nulová hypotéza je zamítnuta na příslušné hladině významnosti  $\alpha$ . Kromě tohoto koeficientu existuje řada dalších jako například Goodmanova - Kruskalova  $\gamma$ , Kendallovo  $\tau_b$ , Kendallovo  $\tau_c$  nebo Somersovo  $d$ . (Řezanková, 2010)

Pokud se v tabulce vykytují dvě kvantitativní proměnné a je nutné zjistit jejich vzájemnou závislost, je vhodné použít vzorec pro Pearsonův korelační koeficient. Tento koeficient nabývá hodnot z intervalu  $<-1; 1>$  a jeho interpretace je stejná jako u Spearmanova koeficient pořadové korelace  $r_s$ . (Řezanková, 2010)

### 2.2.2.5. Testy dobré shody

„Jedná se o tzv. *neparametrické testy*. V určitých případech je vhodné nalézt rozdělení, které by odpovídalo provedenému náhodnému výběru a sloužilo jako teoretický model. Protože teoretický model vychází z věcných úvah o sledovaném jevu nebo na základě odhadu, je vhodné ověřit shodu těchto rozdělení. K dispozici je výběrové rozdělení obsahující empirické četnosti a teoretické rozdělení, které obsahuje teoretické četnosti. Mezi sebou se tedy tyto četnosti porovnají. Nejznámější z těchto testů se nazývá  $\chi^2$  -test dobré shody.“ (Hindls, 2007)

Nulová hypotéza je zakládána na tom, že v základním souboru, rozříděném podle nějakého kvantitativního nebo kvalitativního znaku do  $k$  skupin, jsou podíly variant v základním souboru rovny číslům  $p_1, p_2, \dots, p_k$ . Za testové kritérium se volí statistika

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(n_i - np_i)^2}{np_i} \quad (2.16)$$

$n_i$  - pozorované (empirické) četnosti,

$np_i$  - teoretické četnosti v  $i$ -té skupině,  $i=1, 2, \dots, k$ .

Výsledek testového kritéria se porovnává s kritickou hodnotou  $\chi^2$  rozdělení s  $(k-1)$  stupni volnosti. Pokud tedy  $\chi^2 > \chi^2_{\alpha}(k-1)$  je zamítána nulová hypotéza, která předpokládala shodu empirických a teoretických četností. (Hindls, 2007; Řezanková, 2010)

Pokud je zamítnuta nulová hypotéza pak je možné vytvořit znaménkové schéma odchylek. Při  $n \geq 30$  a  $np_i \geq 5$  pro  $i=1, 2, \dots, k$  se využije aproximace na normované normální rozdělení. Pro každou kategorii  $i$  se vypočítá normovaná hodnota

$$u_i = \frac{n_i - np_i}{\sqrt{np_i(1 - p_i)}}. \quad (2.17)$$

Tyto hodnoty jsou následně porovnány s kvantily z normovaného normálního rozdělení a určují stupeň odchýlení od hodnot  $np_i$ . Následně se určí počet znamének podle hladiny významnosti. (Řezanková, 2005)

Podmínka použití  $\chi^2$  -testu dobré shody tkví v dostatečném rozsahu výběrového souboru. Resp. je nutné, aby rozsah výběru zajistil obsazení ve všech skupinách, do kterých byl soubor rozříděn. Musí tedy platit podmínka

$$np_i \geq 5 \text{ pro } i=1, 2, \dots, k.$$

Pokud toto není splněno, nabízí se možnost sloučení spolu souvisejících skupin. V případech malých rozsahů se jako jediné východisko doporučuje používat tzv. Kolmogorovův-Smirnovův test pro 1 výběr. (Hindls, 2007).

Výpočty budou zpracovány pomocí statistického softwaru IBM SPSS Statistics verze č. 17. Hladina významnosti  $\alpha$  bude standardně volena na úrovni 0,05.

## 3. Literární rešerše

### 3.1. Zdravotnický systém v České republice

Vývoj zdravotnického systému prošel mnoha změnami. Práce se zaměřuje na změny, které se odehrály ve zdravotnickém systému po pádu komunistického režimu.

Před touto změnou politického systému existoval v Československu sovětský model zdravotnictví. Stát na sebe převzal zodpovědnost za celý zdravotní systém i zdraví celé populace. Zdravotnictví bylo financováno z daní a zdravotní péče se stala bezplatnou pro občany. V období sedmdesátých a osmdesátých let se výsledky péče v některých oborech začaly výrazně lišit od výsledků, které byly dosahovány v zemích západní Evropy. Projevovalo se to především v nižší střední délce života, vyšší úmrtností spojené s nemocemi kardiovaskulárního systému a zhoubných nádorových onemocnění. Aby tento systém nebyl považován pouze za špatný, je nutné dodat, že byly dosaženy úspěchy v oboru pediatrie a snížení kojenecké úmrtnosti. (Mátl et al., 2008)

*„Na začátku 90. let byl vytvořen nový systém, který měl za hlavní cíle zachování všeobecné a dostupné zdravotní péče, oddělit financování zdravotnictví od státního rozpočtu, umožnit volbu občanům i poskytovatelům zdravotní péče a zvýšit úroveň poskytovaných služeb.“* (Hroboň, Macháček, Julínek, 2005)

Byly tedy přijaty návrhy zákonů č. 550/1991 Sb. o všeobecném zdravotním pojištění, a zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně. Tímto byl vytvořen systém všeobecného zdravotního pojištění, kde hlavní odpovědnost za financování a organizaci zdravotní péče přebíraly zdravotní pojišťovny. Snahou zákonodárců bylo také vytvořit konkurenční prostředí zdravotních pojišťoven. Tato snaha vyvrcholila zákonem č. 280/1992 Sb. o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. (Mátl et al., 2008)

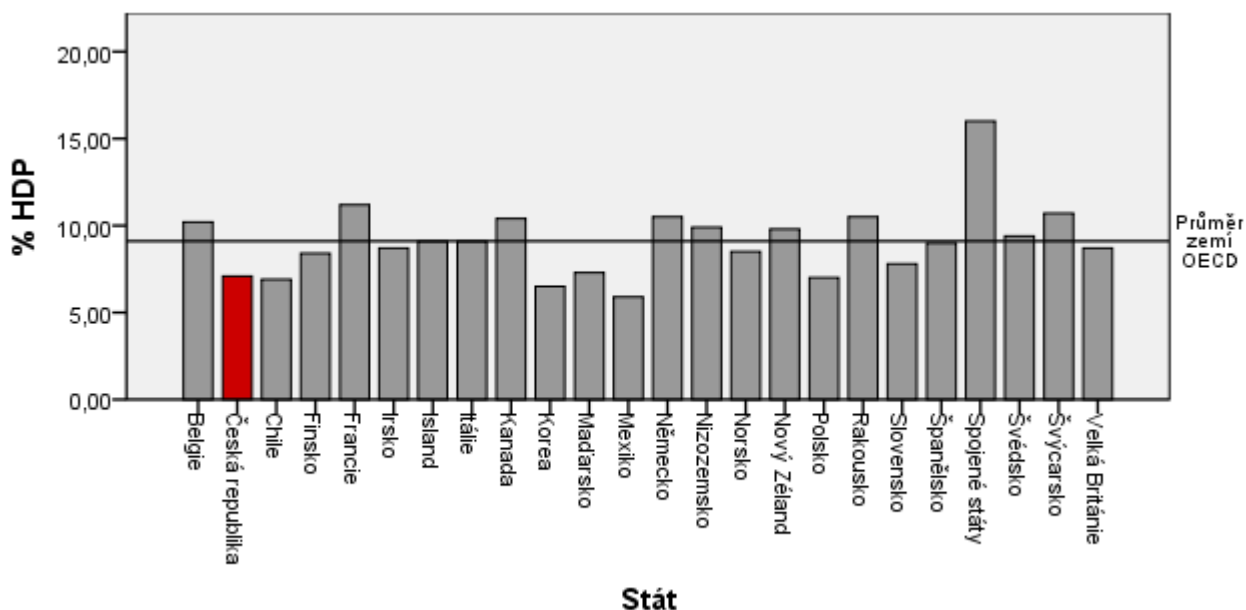
Již na přelomu tisíciletí bylo jasné, že zdravotní systém je v rozkvětu, ovšem bez větší koncepční myšlenky. Ilustruje to článek v *International Journal of Integrated Care*, který napsal prof. Holčík z Masarykovy Univerzity v Brně: *„Recent major reforms of the Czech health care system led to a great degree of decentralisation and disintegration of the former system. The changes brought about by the reform processes are generally seen as favourable, however, a lack of integration of health services under the current system is*

*causing various kinds of problems. We believe that a promising way to solve the current problems lies in adopting a systemic approach to the administration of the whole health care system and in introduction of systemic measures that promote integration of the relatively isolated health and social services at all levels. In this context, integrated care should be seen not only as a managerial tool but also, and more importantly, as a method of better satisfaction of health needs of the sick individuals as well as the whole population. The success of the new strategies is uncertain, unless they are accompanied by a meaningful system of monitoring and evaluation.” (Holčík, Koupilová, 2000)*

Jak píše Hroboň, Macháček, Julínek (2005), problém tohoto systému vznikl již při vytváření návrhů zákonů, a to díky nejednotnosti názorového proudu. V důsledku toho se prováděly různé nesystémové kroky, které destabilizovaly celé zdravotnictví.

K roku 2010 v České republice existuje devět zdravotních pojišťoven. Dominantní místo na trhu má Všeobecná zdravotní pojišťovna. Většinu jejich klientů tvořili tzv. státní pojištěnci. To jsou lidé, za které stát platí zdravotní pojištění. V roce 2010 se měsíční částka za státního pojištěnce pohybovala na úrovni 723 Kč. Zaměstnanci (4,5%) spolu se zaměstnavatelem (9%) platili 13,5 % z hrubé mzdy (průměrný zaměstnanec odváděl do systému měsíčně 2700 Kč), podnikatelé platili necelých 1300 Kč a osoby bez zdanitelných příjmů 1080 Kč.

OBR. Č. 1 - ODVODY NA ZDRAVOTNICTVÍ (% Z HDP) V ZEMÍCH OECD, 2008



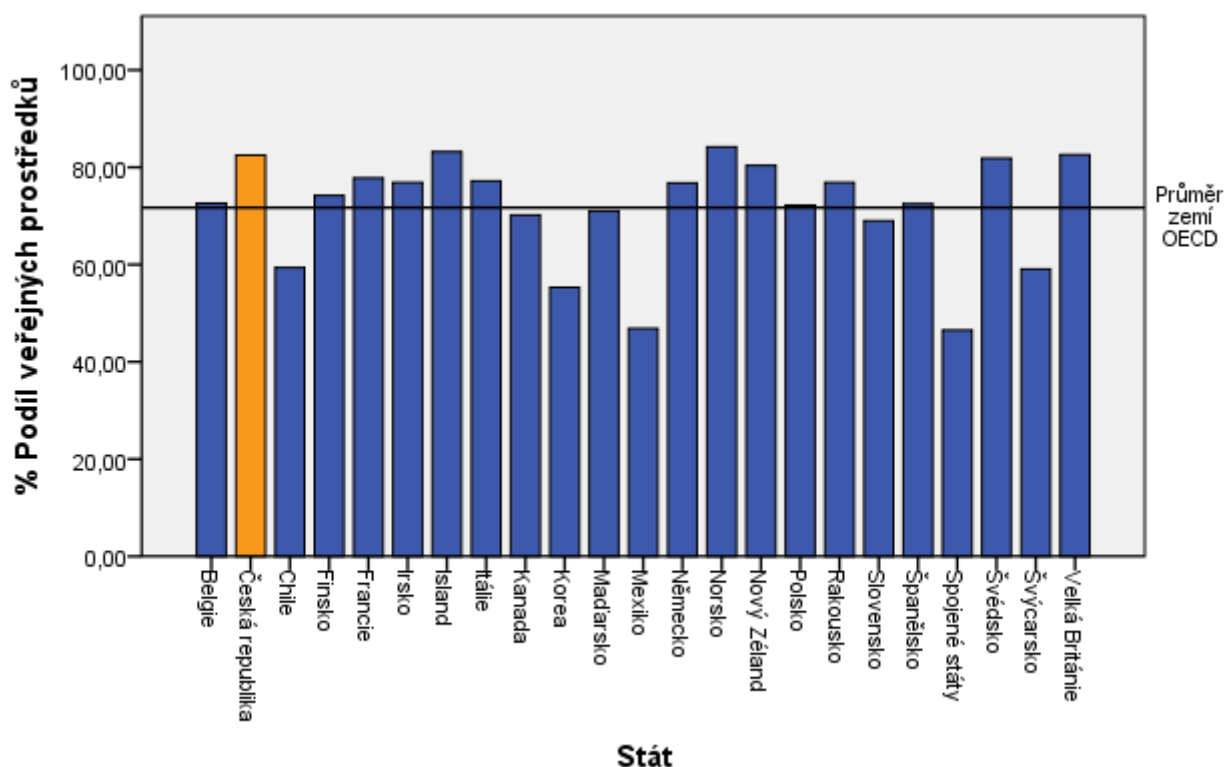
Zdroj: OECD 2010, vlastní zpracování



Celkové výdaje na zdravotnictví překročily v roce 2008 259 miliard Kč, z toho 220 miliard Kč z veřejných peněz. Je to druhá nejvyšší výdajová položka ve státním rozpočtu po sociálních službách. Z dat OECD pro rok 2008 lze vyčíst, že Česká republika dává na zdravotnictví 7,1 % svého HDP. Toto číslo se prakticky nemění od roku 2005. Nejvyšší výdaje v tomto směru ze zemí sdružených v OECD mají USA, které dávají 16 % HDP, naopak nejméně peněz z uvedených zemí dává Mexiko, a to 5,9 % HDP. Průměr zemí OECD je 9,1 % HDP – Obr. č. 1. (OECD, 2010)

Pokud se porovnají podíly veřejných výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví v procentech (Obr. č. 2), řadí se Česká republika na nejvyšší místa mezi státy OECD s 82,5 %. Na stejné úrovni je Velká Británie s 82,6 % a nad ČR už jsou pouze Island s 83,2 % a Norsko s 84,2 %. (OECD, 2010)

OBR. Č. 2 - PODÍL VEŘEJNÝCH PENĚZ NA FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ V ZEMÍCH OECD, 2008



Zdroj: OECD 2010, vlastní zpracování

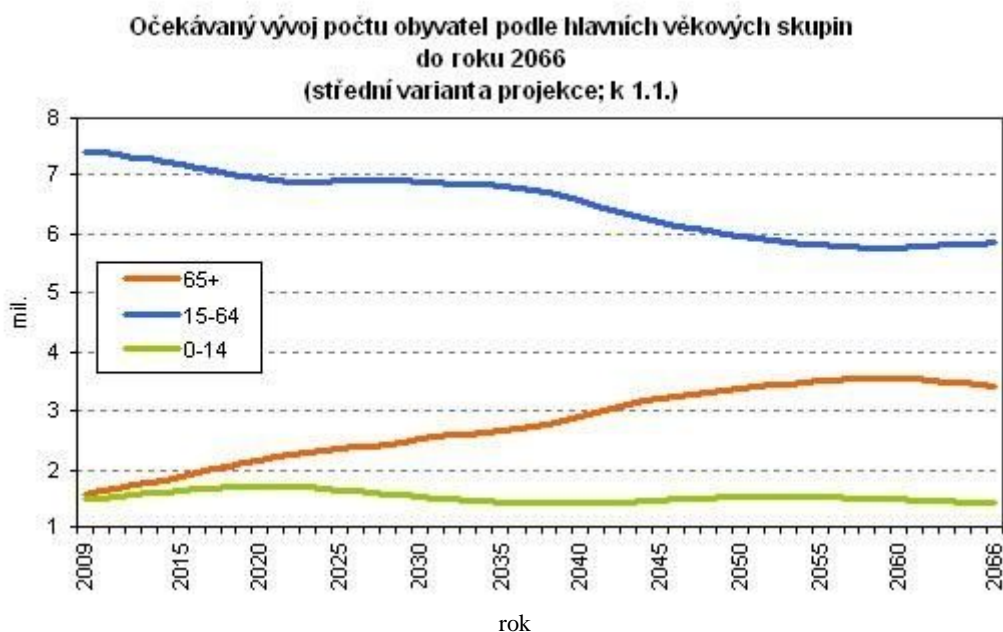
Demografický vývoj populace v České republice není příznivý, jak ukazuje Obr. č. 3, a existuje několik základních faktorů, které toto zapříčiňují. Jsou to především vývoj

porodnosti, úmrtnost obyvatel a migrace obyvatel. V České republice je evidován dlouhodobý pokles porodnosti a zároveň se zvyšuje věk dožití. Z toho vyplývá, že populace České republiky projde demografickou transformací a dojde k nárůstu v počtu současně žijících generací. To se odrazí v poklesu ekonomicky aktivního obyvatelstva. (Mátl et al., 2008)

Podle ČSÚ byl v roce 2008 počet obyvatel ve věku 0-14 let na úrovni 14,2 % z celkové populace. Lidí s věkem nad 65 let bylo 14,9 %. Index stárí, což je počet osob ve věku 65 let a více, na 100 dětí činil v roce 2008 105,1. Tento index se každým rokem zvyšuje.

Z tohoto důvodu existuje mnoho výzev pro učinění změn nejen ve zdravotnickém systému, tak, aby dokázal čelit novým problémům spojeným s nepříznivým demografickým vývojem.

OBR. Č. 3 - DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ DO ROKU 2065



Zdroj: ČSÚ, Projekce obyvatel do roku 2065

V roce 2006 vyhrála parlamentní volby Občanská demokratická strana. Její předseda vedl vládu v letech 2006 - 2009. Ministr zdravotnictví nominovaný právě Občanskou demokratickou stranou přinesl do resortu zásadní změnu v podobě zavedení regulačních poplatků. Proto se v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění ve znění zákona č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů od 1. 1. 2008 začaly

v příslušných zdravotních zařízeních vybírat regulační poplatky. Začal také platit ochranný limit 5000 Kč na rok. Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění byl poté novelizován a v současné době platí systém vybírání regulačních poplatků platný od 1. 4. 2009, kde se ochranný limit snížil pro děti do 18 let a lidi nad 65 let na 2500 Kč na rok, ostatním byl ponechán limit 5000 Kč na rok.

Systém zdravotních poplatků není definitivní. Koaliční vláda, složená po volbách do Poslanecké sněmovny v roce 2010, ve svém programovém prohlášení deklaruje, že bude do systému zdravotnictví proudit vyšší objem prostředků ze soukromých zdrojů. To může v konečném důsledku vést ke zvýšení spoluúčasti pacientů formou např. navýšení některých poplatků nebo zlegalizováním příplatků za nadstandardní péči.

## 3.2. Zdravotnické systémy v dalších evropských státech

Obecně lze říci, že stárnutí populace se týká celé Evropy. Střední délka života se prodlužuje a naopak porodnost klesá díky stylu života, který Evropané provozují.

V této části budou stručně popsány zdravotnické systémy v různých evropských zemích.

### 3.2.1. Spolková republika Německo

Německo dává na zdravotnictví stabilně kolem 10,5 % svého HDP, řadí se tak k zemím s nejvyšším objemem peněz poskytovaným na zdravotnictví v rámci OECD. Podíl veřejných výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví v procentech je na úrovni 76,8 %. (OECD, 2010)

Z těchto údajů je vidět, že spoluúčast pacientů je vyšší než v České republice. Doplatky pacientů jsou limitovány zákony, tyto limity se pak vztahují zejména na děti, studenty, důchodce a sociálně slabé občany. Doplácejí se především léky (10 % z ceny, minimálně 5 eur a maximálně 10 eur). U zdravotní a dentální péče se od pacientů očekává ordinační poplatek (10 eur za čtvrtletí), doplatek ceny transportu (10 % z ceny, minimálně 5 eur a maximálně 10 eur) a denní poplatek při pobytu v nemocnici (10 eur - platí se maximálně 28 dní). (Integrace, 2004)

V Německu je povinnost být pojištěn a je zavedena minimální pojistka pro každého. Ta činí 12% z hrubé mzdy. Existuje zde duální systém veřejného i soukromého zdravotního pojištění. Mezi lety 2007 - 2009 probíhaly největší reformní kroky, které měly zabránit neustálému zadlužování systému zdravotnictví. V rámci těchto opatření byl zaveden tzv. zdravotní fond, do kterého zaměstnanci, zaměstnavatelé i stát budou odvádět finanční prostředky a pojišťovny z něho v rámci veřejného zdravotního fondu obdrží peníze za pojištěnce. Od roku 2007 existuje také povinnost státním pojišťovnám nabízet tzv. zdravotní plány. Od tohoto kroku se očekávala optimalizace směrem k potřebám pojištěnce. (Mátl et al., 2009)

### 3.2.2. Republika Rakousko

Rakousko postupně navyšuje prostředky, které odvádí do zdravotnictví. V roce 2008 to bylo 10,5 % HDP. Podíl veřejných výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví v procentech je na úrovni 76,9 %. (OECD, 2010)

*„Rakousko přenáší výkon agendy sociálního pojištění na samosprávné korporace. Sociální pojištění zahrnuje pojištění zdravotní, důchodové a úrazové. Povinné zdravotní pojištění vzniká na základě zaměstnání nebo podle místa bydliště pojištěnce. Neexistuje tedy možnost změny zdravotnického fondu, pouze výběr všeobecného lékaře nebo specialisty. Zdravotní pojištění se pohybuje podle typu fondu a je rozděleno mezi zaměstnance a zaměstnavatele.“* (Mátl et al., 2009)

Poplatky u lékařů jsou rozděleny podle toho, jestli pacient navštěvuje smluvního nebo nesmluvního lékaře. Poplatek za pobyt v nemocnici je stanoven na 10 eur, toto nařízení ale jednotlivé regiony mohou měnit. Poplatek za recept je 4,45 eur. Existuje zde i poplatek za lázeňskou péči. Pokud lékař pošle pacienta ke specialistovi, platí pacient nižší částku, než když navštíví specialistu rovnou. Roční ochranný limit je nastaven na 72,6 eur. Jednotlivé zdravotní pojišťovny definují, jaké jsou úlevy z placení poplatků. Na centrální úrovni jsou osvobozeni pouze chronicky nemocní a sociálně slabí. Rakouský zdravotnický systém je vcelku stabilní, i když neustále probíhají různé změny, spojené především s financováním. (Mátl et al., 2009)

### 3.2.3. Francouzská republika

Francie dává po USA nejvíce procent na zdravotnictví ve vztahu k HDP ze zemí sdružených v OECD, výdaje se pohybují kolem 11,2 % HDP. Podíl veřejných výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví v procentech je na úrovni 77,8 %. (OECD, 2010)

Existuje zde jedna Národní zdravotní pojišťovna, její klienti tvoří 80 % populace. Vedle toho existuje také specializované pojišťovny např. pro pracovníky v zemědělství. Výše zdravotního pojištění se odvíjí od výše platu. Zaměstnanec odvádí 6,9 % a zaměstnavatel 13,6 %. Největší rozdíl oproti českému zdravotnímu systému je skutečnost, že pacient si hradí návštěvy a výkony samostatně a pojišťovny mu následně vrací 70 % nákladů. V roce 2003 byla zveřejněna všeobecná dohoda, která určuje ceník služeb poskytovaných lékaři. Za základní vyšetření se platí 20 eur, za důkladné vyšetření 26 eur a u specialisty od 23 do 25 eur. Za léky nezbytné se doplácí 40 % z ceny, u léku ostatních se doplácí až 70 % ceny. V nemocnicích se platí paušální sazba 10,67 eur, další náklady spojené s pobytem v nemocnici hradí pojišťovny z 80 %. Proti vyšší spoluúčasti se lze pojistit doplňkovým pojištěním. To činí průměrně 2,5 % z platu. Z dat je vidět, že Francie je jedna ze zemí s nevyšší spoluúčastí pacientů. Proto je drtivá většina (99 %) populace doplňkově připojištěna. (Europeum, 2004)

### 3.2.4. Království Velké Británie

Ačkoli by se dalo očekávat, že takový stát jako Velká Británie bude poskytovat na zdravotnictví velké procento z HDP, je tomu právě naopak. Procentuální objem sice narůstá až na hodnotu 8,7 % z HDP v roce 2008, stále však nedosahuje ani průměru zemí OECD, který je na úrovni 9,1 % z HDP v roce 2008. Podílem veřejných financí na celkovém objemu prostředků se Velká Británie řadí po bok České republiky přibližně s 82,6 %. (OECD, 2010)

*„Poplatky jsou nastaveny v nemocnicích za tzv. nadstandardní pokoje, při platbách za recept a u zubních lékařů. Ve Velké Británii se historicky vyvíjelo tzv. státní zdravotnictví. To bylo centrálně hrazeno a řízeno státem. Jednalo se tedy o systém, kde každý měl prakticky neomezenou možnost čerpání zdravotní péče, aniž by za to musel přímo platit. Z tohoto důvodu vznikala nesoulad na straně státu - omezené prostředky - a na straně*

*pacientů - dlouhé čekací doby a dosti rozdílná úroveň poskytování zdravotní péče v regionech.*“ (Mátl et al., 2009)

To vedlo v roce 1997 nově nastupující Labour Party k výrazným reformním krokům. Na straně nabídky to bylo zaměřeno na veřejné poskytovatele, kteří byli převáděni na novou formu veřejně příspěvkových organizací. Tímto jim byla svěřena větší zodpovědnost a byli pobízeni k tržnímu chování. Byla také vytvořena kontrolní agentura, která sleduje činnost těchto asociací. Hlavní benefit plynul z toho, že tyto nové asociace dokázaly sjednávat smlouvy o možnosti využívat kapacit soukromých poskytovatelů. Tím byly razantně sníženy čekací doby na různá vyšetření. Na straně poptávky to bylo omezení fondů, z kterých jsou hrazeni primární lékaři, a ti byli tak motivováni s těmito prostředky efektivněji hospodařit. Mezi posledními reformními kroky bylo také nastavení finančních toků. Velká Británie se vydala cestou placení poskytovatelů za výsledek a opustila tzv. kapitální platby<sup>1</sup>. (Mátl et al., 2009)

Celkově by se dalo soudit, že reforma přinesla svoje ovoce. Systém již negeneruje tak dlouhé čekací lhůty díky zlepšení využívání zdravotnických kapacit. Objevují se zde také úspěchy u nejrizikovějších chorob, kde byly zaznamenány poklesy v počtu předčasných úmrtí. (Mátl et al., 2009)

### 3.2.5. Nizozemské království

Nizozemsko má poměrně úspěšný zdravotnický systém, který prošel v roce 2006 reformou. Procentuální objem peněz k HDP se pohybuje těsně pod 10 %. Podíl veřejných výdajů na celkovém objemu výdajů ve zdravotnictví není k dispozici. (OECD, 2010)

Jak již bylo zmíněno, v roce 2006 proběhla reforma zdravotnického systému. Před touto reformou existovalo veřejné a soukromé zdravotní pojištění. Základní bylo veřejné pojištění, a pokud jedinec přesáhl určitý limit svého platového ohodnocení, mohl si pořídit zdravotní pojistku soukromou. Rozdíl mezi těmito dvěma druhy byl ve způsobu, jakým byla pojistka realizována. Veřejné pojištění fungovalo pouze na tzv. věcném plnění. Naopak soukromě pojištění fungovalo na systému tzv. finančního plnění. (Mátl et al., 2009)

---

<sup>1</sup> Placení poskytovateli za pacienta, bez ohledu na počet provedených výkonů

Hlavní důvody reformy byly zvýšení efektivity a kvality, dále aby zdravotnický systém dokázal čelit výzvám jako je stárnutí populace a rychlý vývoj nových technologií. V rámci reformy tedy došlo k zániku veřejného a soukromého zdravotního pojištění a vzniklo nové veřejné zdravotní pojištění poskytované prostřednictvím soukromých zdravotních pojišťoven. Každý pojištěnec si tedy zvolí zdravotní pojišťovnu, se kterou si vyjedná zdravotní plán. Zásadní změnou byla forma hrazení pojistky. Od roku 2006 byla rozložena do dvou položek:

1. Příjmově odvislá složka pojistného - ta je stanovena jednotně na 6,5 % z platu zaměstnance a odvádí jí zaměstnavatel do centrálního fondu
2. Nominální pojistné - to si stanovují zdravotní pojišťovny samy, aniž by diskriminovaly jednotlivé pojištěnce z hlediska rizikovosti (Mátl et al., 2008)

*„Zdravotní pojišťovny se staly soukromoprávními subjekty, jejichž regulace je založena na základních charakteristikách, jako je všeobecná dostupnost zdravotní péče, nediskriminační prostředí<sup>2</sup> a nabízení standardizovaného koše služeb. Pojišťovny následně nabízejí dvojí způsob plnění pojistky:*

1. *Věcným plnění - nárok na bezplatné nebo s drobnou spoluúčastí provedené vyšetření u smluvního lékaře*
2. *Finanční plnění - možnost navštívit jakéhokoli lékaře, zaplacením částky za vyšetření a následné vrácení prostředků pojišťovnou.*

*Existuje zde i způsob kombinace těchto dvou plnění.“ (Mátl et al., 2009)*

Ze zatím krátkého působení tohoto nového systému lze jasně říci, že tato reforma pomohla systém zprůhlednit, a tím ho udělat transparentnější. Motivuje všechny účastníky k odpovědnosti za svůj díl, kterým přispívá do systému, a také zvyšuje konkurenci mezi pojišťovnami. Otázkou však zůstává dlouhodobá koncepce, která si slibovala vyšší efektivnost, aniž by to mělo za následek omezení péče. Je možné určit, že zdravotní pojišťovny nastavily výši nominálního pojistného pod úroveň skutečných nákladů a dotují tak fakticky své pojištěnce - to vše pro zvýšení konkurence. Ukazuje se právě, že pojištěnec se orientuje zejména podle ceny zdravotního plánu. (Mátl et al., 2009)

---

<sup>2</sup> Pojišťovny jsou povinny přijmout každého občana bez ohledu na rizika spojená s jeho zdravotním stavem

Z tohoto základního přehledu vybraných evropských států je vidět, že žádný dosud implementovaný systém se neprojevil jako bezchybný. V každém existují určitá úskalí finanční nebo časová. Je proto tedy vhodné pouze nepřebírat zahraniční systém, ale pokusit se navrhnout takový, který by fungoval v podmínkách českého zdravotnictví.

### 3.3. Regulační poplatky

Společnost Transparency International - Česká republika zveřejnila v roce 2007 studii odhadující ztráty ve zdravotnictví, které jsou zapříčiněny korupcí, špatně nastaveným systémem nemocenského pojištění, netransparentními veřejnými zakázkami atd.:

- 7 miliard Kč za nadbytečnou lůžkovou péči v nemocnicích a délku hospitalizace - Česká republika měla v roce 2005 na 100 000 tis. obyvatel 614 akutních nemocničních lůžek a doba ošetření trvá v průměru 8 dní. V zemích EU bylo průměrně 412 lůžek na 100 000 tis. obyvatel s průměrnou dobou ošetření 6,77 dne.
- 6 miliard Kč za sociální preskripci<sup>3</sup> a přílišnou návštěvnost lékařů - v České republice za rok 2005 bylo průměrně na jednoho pacienta 15 návštěv u lékaře. V zemích EU je to průměrně 6,6.
- 3,9 miliard Kč za nerespektování platné legislativy - nedodržování zákona o veřejných zakázkách
- 2,4 miliard Kč za systém nemocenského pojištění, které generuje přílišnou nemocnost - v České republice se průměrná pracovní neschopnost pohybuje nad 6%, na Slovensko je to kolem 4,5 %, v Rakousku 3,5 % a ve Velké Británii 3,7 % (Transparency International, 2007)

*„Pokud tedy existuje nadměrné a neúčelové čerpání zdravotní péče, které je způsobováno nezodpovědností pacienta i lékaře, je vhodné přistoupit k zavedení regulačních poplatků v takové výši, aby to neohrozilo dostupnost zdravotní péče. V této souvislosti je ale potřeba brát ohled na stávající zátěž pacientů za přímé platby na léky a prostředky zdravotnické techniky. Tento fakt ale nebyl do 1.1.2008 nijak zohledňován.“*  
(Hroboň, Macháček, Julínek, 2005)

---

<sup>3</sup> Sociální preskripcie je předepisování volně prodejných léků na lékařský předpis ve snaze ušetřit za doplatek



Z tohoto důvodu byly od 1.1.2008 podle zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění zavedeny regulační poplatky a s nimi i limity pro jednotlivé kategorie občanů. Takto to bylo do 1.4.2009, kdy Poslanecká sněmovna schválila novelu tohoto zákona, která platí dodnes. V budoucnosti se ovšem systém zdravotnické péče může měnit, protože v programovém prohlášení vlády vzešlé z parlamentních voleb v roce 2010 je zdravotnictví věnováno dosti místa včetně úprav regulačních poplatků.

Ze zákona se tedy platí zdravotnickému zařízení čtyři druhy regulačních poplatků:

1. 30 Kč za
  - a) návštěvu u lékaře, při které bylo provedeno klinické vyšetření
  - b) návštěvu u klinického psychologa
  - c) za návštěvu u klinického logopeda
2. 30 Kč za vydání každého, ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného, léčivého přípravku, předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení. Pokud pojištěnec za vydání léčivého přípravku předepsaného na receptu platí doplatek, je součet doplateků za všechna balení léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely jednoho druhu snížen o zaplacený regulační poplatek nebo jeho příslušnou část, a to tak, aby částka zaplacená pojištěncem za doplatek a regulační poplatek činila nejméně 30 Kč.
3. 60 Kč za každý den, kdy mu je poskytována ústavní péče, komplexní lázeňská péče nebo péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách.
4. 90 Kč za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím:
  - a) lékařskou službu první pomoci včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři
  - b) ústavní pohotovostní službu v sobotu, neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17.00 hod. do 7.00 hod., pokud nedojde k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče. (Zákon č. 48/1997 Sb.)

Poplatek 60 Kč za pobyt v nemocnici se neplatí při péči o narozené dítě, a to ode dne porodu do jeho propuštění.

Poplatek náleží tomu zdravotnickému zařízení, které ho vybere. Toto zařízení je povinno o výběru poplatku informovat příslušnou zdravotní pojišťovnu. (Zákon č. 48/1997 Sb.)

Nejdůležitější výjimky z bodu 1., kdy se poplatek nehradí:

- preventivní prohlídka
- děti do 18 let
- vyšetření lékařem transfúzní služby při odběru krve
- laboratorní nebo diagnostické vyšetření

Dále regulační poplatky z bodu 1. až 4. neplatí:

- lidé, kteří se prokážou potvrzením o hmotné nouzi
- pojištěnec, kterému byla nařízena ochranná léčba soudem
- nebo pojištěnci, kterým jsou poskytovány sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory atd. pokud po úhradě za ubytování a stravu nezbude více jak 15% z příjmů nebo méně než 800 Kč nebo tato osoba nemá žádný příjem (Zákon č. 48/1997 Sb.)

Limity regulačních poplatků byly původně nastaveny na 5000 Kč na rok pro všechny kategorie pojištěnců. Od 1.4.2009 byla provedena změna u dětí do 18 let a osob starších 65 let. Ti nyní podléhají limitu 2500 Kč na rok. Do tohoto limitu se ovšem nepočítají všechny již zmíněné poplatky. Tento limit lze uplatnit pouze na poplatek za návštěvu u lékaře, pokud proběhlo klinické vyšetření a doplatek za léky, ale pouze ve výši doplatku u nejlevnějšího léku se stejnou účinnou látkou. Pokud lékař vyznačí na receptu „nelze nahradit“, doplatek na tento lék se počítá celý. Pokud pojištěnec dosáhne ochranného limitu, platí poplatky dále, ale pojišťovna má ze zákona povinnost mu přeplatky nad výši ochranného limitu do 60 dnů po uplynutí kalendářního čtvrtletí, ve kterém byl limit překročen, vrátit. (Zákon č. 48/1997 Sb.)

Podle údajů Ministerstva zdravotnictví ochranný limit v roce 2009 přesáhlo 250 000 pojištěnců. Pojišťovny jim vrátily v průběhu roku přes 260 000 mil. Kč. Počet vyšetření na 100 obyvatel se snížil z 1582 v roce 2007 na 1324 v roce 2008 a také počet předepsaných receptů z roku 2007, kdy jich bylo 90 001 816, byl redukován na 68 841 223 v roce 2008.

*„Jedním z dalších důvodů pro zavedení regulačních poplatků byl kromě zneužívání systému zdravotnictví také fakt, že zásadní vliv na zdravotní stav má pojištěnec. Pojištěnec svým stylem života dokáže ovlivňovat svůj zdravotní stav mnohem výrazněji a účelněji než zdravotnictví. Jen k tomu potřebuje být motivován a také informován. Motivace se získá*

*nastavením určité solidarity v sociálním systému. Informace ale musí přicházet od lékařů a pojišťoven. V tomto ohledu systém, který se v České republice uplatňuje, podstatně zaostává. V důsledku toho dochází k zjednodušování informací např. od členů rodiny nebo známých.“ (Mátl et al., 2008)*

### 3.4. Názory lékařů

Odborný časopis Medical Tribune (2009) položil několika lékařům a odborníkům ve zdravotnictví otázky týkající se poplatků ve zdravotnictví. Z odpovědí vyplývá, že dotázaní jsou pro zachování regulačních poplatků. Hlavní argument pro zachování se nachází v neudržitelnosti stávajících služeb zdravotnictví, bez racionalizace jejich využívání. Poukazuje se také na fakt, že ve většině evropských zemí se regulační poplatky platí a lidé v těchto zemích to berou jako fakt za to, že mají určitou zaručenou kvalitu péče. Shoda je také v tom, že v současné době slouží regulační poplatky jako politická zbraň „hromadného ničení“, kterou politici používají k jednoduchým rétorickým cvičením před televizními kamerami. Rozdíly v názorech se objevují nad tématem udržení nynějších poplatků, bez toho, aby se dál pokračovalo v reformě finanční a institucionální. Někdo navrhuje zrušit a zavést tehdy, až bude celý systém reformován a pacient se tedy bude moci dokázat kvalifikovaně rozhodnout. Někdo doporučuje ponechat tyto poplatky, protože již nyní dokázaly usměrnit pacienty ve využívání zdravotnických služeb. V neposlední řadě jsou zde individuální názory na to, jaké poplatky se mají vybírat, v jaké formě a v jaké výši.

## 4. Analýza dat z dotazníkového šetření

Před samotným rozdáním dotazníků mezi jednotlivé respondenty byla provedena pilotní studie. Bylo náhodně osloveno 20 respondentů, kteří byli ochotni dotazník detailněji rozebrat. Pomocí této studie byly zjištěny drobné chyby ve formulaci otázek a přidány možné kategorie k některým otázkám. Z dotazníku také byla vypuštěna otázka týkající se sociální preskripce<sup>4</sup>. Důvodem byly homogenní odpovědi, které popíraly jakékoli možnosti předepisování levných léků na lékařský předpis. Naopak byla přidána otázka na druh aktivity, kterou respondenti provozují, aby si zlepšili fyzickou kondici.

Finální podoba předkládaného dotazníku měla 30 otázek - Příloha č. 1. Dotazník byl respondentům předkládán v písemné podobě. Tazatel během vyplňování nepodařoval doplňující informace a to proto, aby byla zachována objektivita. Čas potřebný k vyplnění se pohyboval v rozmezí 6 až 11 minut. Respondenti byli vybráni náhodným výběrem ve Středočeském kraji.

### 4.1. Ověření reprezentativnosti výběru

Byla sledována reprezentativnost výběru, protože již dříve publikované výzkumy ukázaly na silnou závislost mezi rozhodováním respondentů na dané téma a jejich deklarovanou politickou příslušností. Z důvodu zachování objektivity bylo přistoupeno k použití  $\chi^2$  testu dobré shody.

**Otázka:** Odpovídá politická příslušnost respondentů reprezentativnímu vzorku obyvatel Středočeského kraje výsledkům zjištěných při volbách do Poslanecké sněmovny v roce 2010?

**Nulová hypotéza:** Respondenti výběrového souboru jsou reprezentativním výběrem z pohledu politické příslušnosti obyvatel Středočeského kraje.

**Alternativní hypotéza:** Dotazovaní nejsou reprezentativní vzorek obyvatel Středočeského kraje z pohledu politické příslušnosti.

Byly porovnávány teoretické a zjištěné četnosti. Absolutní zjištěné četnosti jsou také uvedeny v Tab. č. 19, v příloze č. 2. Dále byly vyhledány výsledky voleb do Poslanecké

---

<sup>4</sup> Sociální preskripce je předepisování volně prodejných léků na lékařský předpis ve snaze ušetřit za doplatek

sněmovny Parlamentu České republiky ve Středočeském kraji v roce 2010 a přepočítány teoretické četnosti na počet voličů  $n = 120$ , což odpovídá počtu respondentů, kteří uvedli, koho volili.

TAB. Č. 3 - VÝPOČET TEORETICKÝCH ČETNOSTÍ

Strana	ČSSD	KSČM	ODS	VV	Suverenita	TOP 09	Jiné
% Zisk	20,52	11,00	23,87	10,72	4,35	17,59	11,95
Teoretické četnosti	25	13	29	13	5	21	14

Zdroj: ČSÚ, Vlastní zpracování

V Tab. č. 3 a Tab. č. 4 byly přesunuty Strana Zelených, Zemanovi a KDU – ČSL do kategorie „Jiné“ z důvodu malého % zisku ve volbách a následným nedosažením absolutní četnosti  $np_i \geq 5$  pro  $i = 1, 2, \dots, k$  při přepočtu. To je dáno nízkým počtem respondentů ve výběrovém souboru, kteří deklarovali volební účast. Tab. č. 4 zobrazuje teoretické, empirické četnosti a jejich rozdíl (rezidua).

TAB. Č. 4 - POROVNÁNÍ TEORETICKÝCH A OČEKÁVANÝCH ČETNOSTÍ

Politické strany	Pozorované četnosti	Teoretické četnosti	Rezidua
ČSSD	27	24,6	2,4
KSČM	9	13,2	-4,2
ODS	22	28,6	-6,6
Věci Veřejné	13	12,9	0,1
Suverenita	4	5,2	-1,2
TOP 09	28	21,1	6,9
Jiné	17	14,3	2,7
Celkem	120		

Zdroj: Vlastní zpracování

Výsledek  $\chi^2$  testu dobré shody:  $\chi^2 = 6,137$ ,  $p = 0,408$

Výsledek  $\chi^2$  testu dobré shody ukazuje, že  $p$ -hodnota je vyšší než zvolená hladina významnosti  $\alpha = 0,05$ , z toho plyne, že nelze zamítnout nulovou hypotézu o reprezentativnosti výběrového souboru, protože nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi očekávanými a teoretickými četnostmi.

## 4.2. Charakteristika výběrového souboru

Celkový počet respondentů byl 155, z toho 93 žen a 62 mužů. Vzhledem k dané problematice byli dotazováni respondenti, kteří přesáhli věk 18 let. Z Tab. č. 5 lze vyčíst, že průměrný věk ve výběrovém souboru byl 49,46 let. Modus, tedy hodnota s největší četností, byl 50 - stejně tak medián. Směrodatná odchylka činila 18,47 let.

TAB. Č. 5 - POPISNÉ CHARAKTERISTIKY VĚKU

Rozsah souboru	Průměr	Medián	Modus	Výběrová směrodatná odchylka	Výběrový rozptyl
155	49,46	50	50	18,47	341,04

Zdroj: Vlastní zpracování

U mužů byl průměrný věk necelých 47 let, u žen lehce přes 51 let. Na základě výpočtu intervalu spolehlivosti pro průměr (Tab. č. 17, v příloze č. 2) lze říci, že s 95-ti % pravděpodobností byl průměrný věk populace v intervalu (46,53; 52,39) let.

Z pohledu vzdělanostního byly v souboru zastoupeny všechny kategorie obyvatel. Nejvyšší četnost měli lidé s úplným středoškolským vzděláním. Nejméně dotazovaných mělo základní vzdělání viz. Tab. č. 6. Modem i mediánem je kategorie středoškolské vzdělání s maturitou. Rozdělní četností je zobrazeno pomocí sloupcovém grafu, který je součástí přílohy č. 2 - Obr. č. 7.

TAB. Č. 6 - TABULKA ROZDĚLENÍ ČETNOSTÍ VZDĚLÁNÍ RESPONDENTŮ

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
Základní	11	7,1	7,1
Středoškolské bez maturity	54	34,8	41,9
Středoškolské s maturitou	64	41,3	83,2
Vysokoškolské	26	16,8	100,0
Celkově	155	100,0	

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka zjišťující příjem respondenta byla opatřena devíti kategoriemi, ze kterých si respondent mohl vybrat. Vzhledem k malým výskytům extrémních hodnot byly sloučeny kategorie „Do 4999 Kč“ a „5000 - 9999 Kč“ do jedné výsledné kategorie „Méně než

10 000 Kč“. Dále pak kategorie „30 000 – 34 999 Kč“, „35 000 – 39 999 Kč“ a „Více než 40 000 Kč“ byly sloučeny do výsledné kategorie „Více než 30 000 Kč“. Výsledek je zaznamenán v Tab. č. 7.

TAB. Č. 7 - SLOUČENÉ PLATOVÉ KATEGORIE

Příjem	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
Méně než 10 000 Kč	32	20,6	20,6
10 000 - 14 999 Kč	49	31,6	52,3
15 000 - 19 999 Kč	46	29,7	81,9
20 000 - 24 999 Kč	12	7,7	89,7
25 000 - 29 999 Kč	7	4,5	94,2
Více než 30 000 Kč	9	5,8	100,0
Celkově	155	100,0	

Zdroj: Vlastní zpracování

Nejvyšší četnost má kategorie „10 000 - 14 999 Kč“. Tato kategorie je také modem a mediánem výběrového souboru.

V první otázce, která dotazovaného uváděla do tématu, se měl zamyslet nad celkovou úrovní českého zdravotnictví. Při klasickém školním známkování by české zdravotnictví dostalo známku 3. Z hodnocení vyplynulo, že žádný respondent nehodnotí české zdravotnictví jako výborné a pouze 3% jako nedostačující – Tab. č. 8.

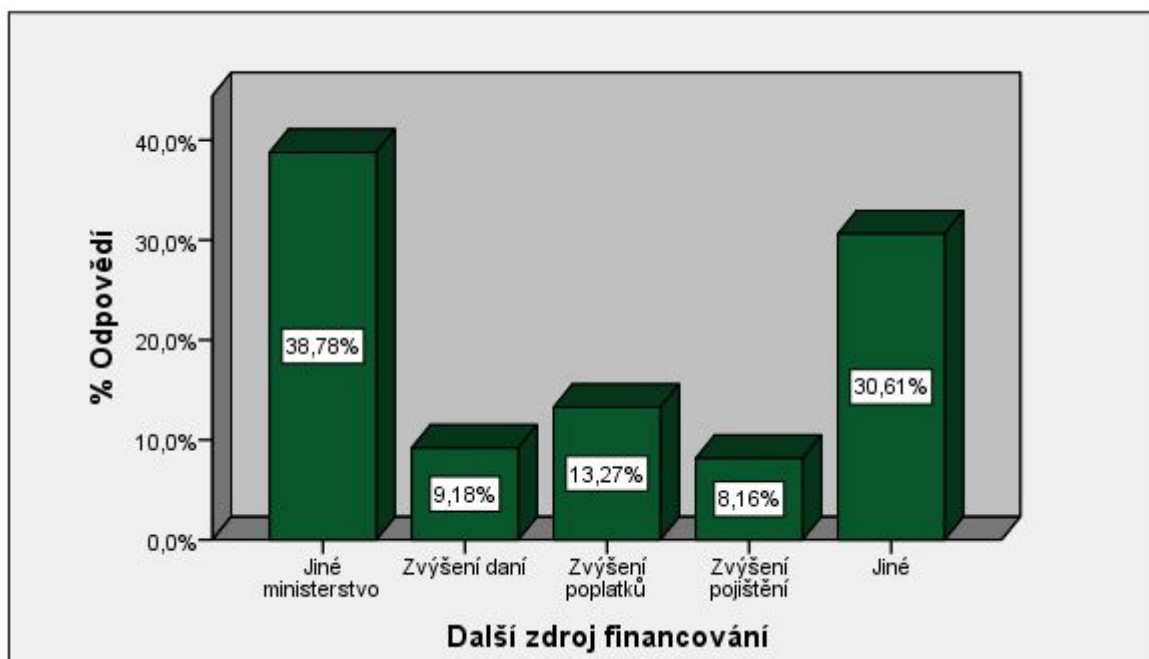
TAB. Č. 8 - HODNOCENÍ ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

Hodnocení zdravotnicí	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
1	0	0	0
2	40	25,8	25,8
3	88	56,8	82,6
4	22	14,2	96,8
5	5	3,2	100,0
Celkem	155	100,0	

Zdroj: Vlastní zpracování

Stát na zdravotnictví nedává dostatek peněz – tento názor sdílí 63,2 % lidí. 16,1 % se domnívá, že zdravotnictví je státem dostatečně financováno a 20,6 % si na tuto otázku nedokázalo udělat názor – Tab. č. 18, v příloze č. 2. Pokud v této otázce respondent odpověděl záporně, byl požádán o výběr dalšího zdroje financování zdravotnictví. Bylo mu také umožněno v kategorii „Jiné“ uvést vlastní nápad, jak zvýšit objem peněz proudících do zdravotnictví.

OBR. Č. 4 - MOŽNOST ZÍSKÁNÍ DALŠÍHO ZDROJE PENĚZ DO ZDRAVOTNICTVÍ



Zdroj: Vlastní zpracování

Obr. č. 4 zobrazuje relativní četnosti možností, které si respondenti vybírali. V kategorii „Jiné“ se nejčastěji objevovaly požadavky na snížení korupce ve státní správě nebo na zvýšení produktivity práce v národním hospodářství. Analýza ukazuje, že v případě výběru přesunu peněz z jiného ministerstva by respondenti brali převážně z ministerstva obrany – Obr. č. 8, v příloze č. 2.

S ohledem na konající se volby do Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky byla také zařazena otázka, tážající se, zda byl respondent volit ve volbách do Poslanecké sněmovny v roce 2010. V případě, že volit byl, mu bylo nabídnuto devět nejúspěšnějších kandidátských stran, podle výsledků voleb do Poslanecké sněmovny. Podle Tab. č. 19, v příloze č. 2 by volby do PS skončili ve Středočeském kraji těsnou výhrou TOP 09 nad ČSSD o necelé 1%. Další v pořadí by byla ODS, Věci Veřejné a do skrutinia by dále



postoupila KSČM. Tato tabulka jako první ukazuje rozdíl mezi sloupcem relativních četností a platnými relativních četností, přičemž sloupec relativních četností bere v úvahu i respondenty, kteří nevolili, a naopak sloupec platných relativních četností vypočítává procentuální zisky stran pouze od těch, kteří volili. Deklarovaná volební účast byla 77%, což je přibližně o 13 % více než činila skutečná volební účast ve Středočeském kraji.

Při hodnocení zavádění samotných regulačních poplatků se respondenti dělí na dvě přibližně stejně velké skupiny - Tab. č. 9.

TAB. Č. 9 - NÁZOR NA ZAVÁDĚNÍ REGULAČNÍCH POPLATKŮ

Hodnocení zavádění poplatků	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
Určitě správné	25	16,1	16,1
Spíše správné	53	34,2	50,3
Spíše špatné	53	34,2	84,5
Určitě špatné	24	15,5	100,0
Celkově	155	100,0	

Zdroj: Vlastní zpracování

V následující otevřené otázce měl dotazovaný zdůvodnit svůj názor. Vzhledem k různým výrazům, které respondenti používali, byly výsledky agregovány do 7 skupin - Obr. č. 9, v příloze č. 2. Přes 27 % vyslovilo názor, že se ve zdravotnictví péče zneužívá a dochází k plýtvání, 16,8 % zavedení regulačních poplatků vidí jako další příjem plynoucí do zdravotnictví a 7,7 % v tom vidí jeden z reformních kroků. Argumentům proti zavádění poplatků vévodí s 18,1 % názor, že jsou nespravedlivé a postihují skupiny občanů, kterým by měly pomáhat (tedy chudé, nemocné a staré), a dále pak špatně nastavený systém výběru (12,9 %). Dalšími námitkami jsou již existující povinnost platit zdravotní pojištění (11,6 %) a špatně hospodařící pojišťovny (5,8 %). K agregaci bylo přistoupeno až po sesbírání všech dotazníků, a to z důvodu velké názorové rozptýlenosti, kterou šlo pouze omezeně podchytit pilotní studií.

Průměrný počet návštěv lékaře je u nás vyšší než v ostatních zemích EU. Respondenti se měli v dotazníku vyjádřit, kolikrát průměrně ročně navštíví lékaře. Dle Tab. č. 10 je

průměrný počet návštěv 7,13. S 95-ti % pravděpodobností se nachází průměrný počet návštěv v intervalu (6,00; 8,26).

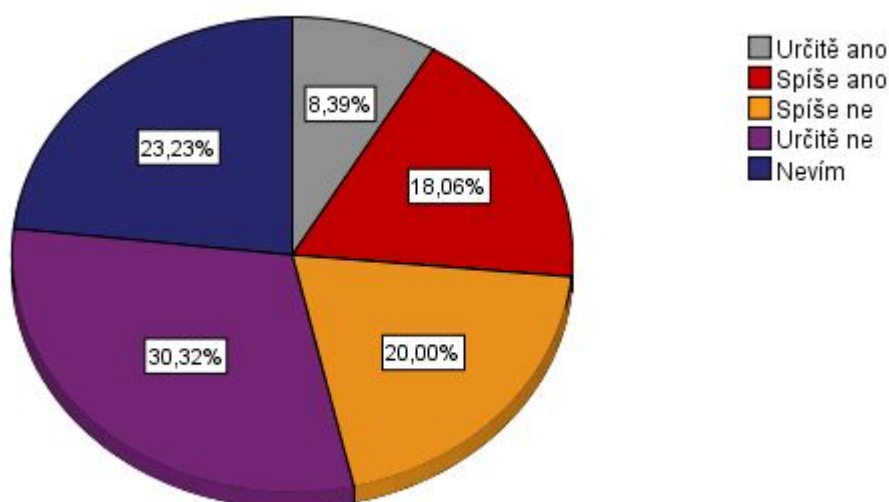
TAB. Č. 10 - POPISNÉ CHARAKTERISTIKY PRŮMĚRNÉHO ROČNÍHO POČTU NÁVŠTĚV U LÉKAŘE

	Průměr	95% interval spolehlivosti pro průměr		Medián	Směrodatná odchylka	Min	Max
		Dolní mez	Horní mez				
Počet návštěv	7,13	6,00	8,26	5,00	7,13	0	50

Zdroj: Vlastní zpracování

Po zavedení regulačních poplatků se strhla ostrá kampaň ze strany opozice a některých koaličních poslanců, kteří požadovali omezení či zrušení těchto poplatků. Největší opoziční strana ČSSD poté v krajských volbách prezentovala téma zrušení zdravotnických poplatků jako jedno z nejdůležitějších. Tam, kde její kandidáti zvítězili takovým rozdílem, aby toto dokázali prosadit v koaličních jednáních, začala Sociální demokracie poplatky proplácet v krajských zařízeních. Respondenti měli vyslovit názor, zda považují hrazení těchto poplatků z krajských peněz za správné. Výsledky jsou zaznamenány v koláčovém grafu Obr. č. 5. Jako správné rozhodnutí, a tím splnění předvolebního slibu, toto opatření hodnotí 26,5 % respondentů, jako nesprávné rozhodnutí toto opatření hodnotí 50,3 % a přes 23,2 % si na tuto skutečnost nedokázalo udělat názor.

OBR. Č. 5 - NÁZORY RESPONDENTŮ NA HRAZENÍ POPLATKŮ V KRAJSKÝCH ZAŘÍZENÍCH



Zdroj: Vlastní zpracování

Při argumentaci pro zavedení poplatků se často hovořilo o zefektivnění celého zdravotnického systému. Respondenti byli požádáni, aby vybrali jeden ze tří definovaných výroků, které braly v potaz zneužívání péče a dopad na toto zneužívání po zavedení poplatků – Tab. č. 11.

TAB. Č. 11 - NÁZOR NA ZNEUŽÍVÁNÍ PÉČE A ZAVEDENÍ REGULAČNÍCH POPLATKŮ

Náзор na zneužívání	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
1. Zneužívala se péče a poplatky to omezily	60	38,7	38,7
2. Zneužívala se péče a poplatky to nezměnily	68	43,9	82,6
3. Nezneužívala se péče	27	17,4	100,0
Celkově	155	100,0	

Zdroj: Vlastní zpracování

Většina (82,6 %) si myslí, že se péče ve zdravotnictví využívala více, než bylo potřeba, z toho 53,1 % lidí je přesvědčeno o tom, že s tímto zneužíváním regulační poplatky nic neudělají. Naopak 17,4 % z celkového počtu se nedomnívá, že by k nadbytečnému využívání zdravotnického systému vůbec docházelo.

TAB. Č. 12 - ZOBRAZENÍ ČETNOSTÍ PROVOZOVANÝCH AKTIVIT RESPONDENTY

Provozované aktivity	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Platné relativní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
Plavání	9	5,8	11,0	11,0
Posilovna	4	2,6	4,9	15,9
Pěší turistika	24	15,5	29,3	45,1
Obecné cvičení	27	17,4	32,9	78,0
Cyklistika	9	5,8	11,0	89,0
Fotbal	6	3,9	7,3	96,3
Sex	3	1,9	3,7	100,0
Celkem provozujících aktivitu	82	52,9	100,0	
Celkem neprovozujících aktivitu	73	47,1		
Rozsah souboru	155	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování

Podle obecných studií dokáže člověk svým stylem života ovlivnit svůj zdravotní stav více než dodatečnými zdravotnickými prostředky. Tab. č. 12 zobrazuje souhrnné výsledky dvou otázek o provozování aktivit, které podle respondentů dokážou zlepšit jejich zdravotní stav. Téměř 53 % dotazovaných pro zlepšení svého zdravotního stavu něco dělá, nebo si to aspoň myslí. Nejčastěji jsou to obecná cvičení a pěší turistika. Tyto aktivity jsou provozovány nejčastěji 1 - 2x týdně - Obr. č. 10, v příloze č. 2

Součástí dotazníku bylo také několik otázek, které se zaměřovaly na to, jak jsou lidé informováni o systému vybírání, dále pak situacích, kdy se poplatky lékaři ze zákona platit nemusí, a kolik činí ochranné limity pro jednotlivé kategorie obyvatel.

Na otázku, co se děje s penězi po vybrání - Tab. č. 13 - odpovědělo správně pouze 36,8 % respondentů, tzn. že poplatky jsou příjmem zařízení, která je vybírají. Necelých 30 % na tuto otázku nedokázalo odpovědět. Shodně 9,7 % si myslí, že jsou příjmem státního rozpočtu a Ministerstva zdravotnictví. 14,2 % se domnívá, že se tyto poplatky odevzdávají zdravotním pojišťovnám.

TAB. Č. 13 - CO SE DĚJE S POPLATKY PO VYBRÁNÍ

Možnosti využití vybraných poplatků	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Platné relativní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
Příjem státního rozpočtu	15	9,7	9,7	9,7
Příjem min. zdravotnictví	15	9,7	9,7	19,4
Příjem pojišťoven	22	14,2	14,2	33,5
<b>Příjem zařízení, které je vybírají</b>	<b>57</b>	<b>36,8</b>	<b>36,8</b>	<b>70,3</b>
Nevím	46	29,7	29,7	100,0
Celkově	155	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní zpracování

Dle Tab. č. 20, v příloze č. 2 pouze 12,3 % respondentů ví, kolik činí všechny tři ochranné limity pro jednotlivé kategorie obyvatel. Pokud by tato otázka byla brána pro jednotlivé kategorie obyvatel, nejvíc lidí - každý čtvrtý respondent - má povědomí o tom, kolik je ochranný limit pro dospělého. Každý pátý respondent ví, kolik činí limit pro důchodce a přibližně každý sedmý ví, kolik je limit pro dítě do 18 let.

Nejvyšší úspěšnost měli respondenti při otázce zabývající se situacemi, kdy se poplatek lékaři neplatí. Tab. č. 14 zobrazuje absolutní a relativní četnosti správných odpovědí na

jednotlivé situace. Přes 17 % dotázaných vybralo správně odpovědi „při preventivní prohlídce“, „při rozhovoru lékaře s rodinou“ a „při pobytu novorozence v nemocnici“. Při rozdělení na konkrétní situace lze určit, že nejvíce lidí ví, že poplatek lékaři nemusí hradit při preventivní prohlídce (61,3 %).

TAB. Č. 14 - SITUACE, VE KTERÝCH SE POPLATEK PODLE ZÁKONA NEHRADÍ

Jednotlivé situace	Absolutní počet správně odpovídající respondentů	Relativní četnosti správně odpovídajících respondentů
Při preventivní prohlídce	95	61,3%
Při rozhovoru lékaře s rodinou	74	47,7%
Pobyt novorozence v nemocnici	73	47,1%
Všechny situace vybrány správně	27	17,4 %

Zdroj: Vlastní zpracování

Největší mezery v informovanosti obyvatel se ukázaly v otázce, kdy měli respondenti vybrat poplatky, které se do ochranného limitu nezapočítávají. Správné odpovědi 60 Kč a 90 Kč označilo pouhých 7 % respondentů - Tab. č. 21 v příloze č. 2.

### 4.3. Testování statistických hypotéz

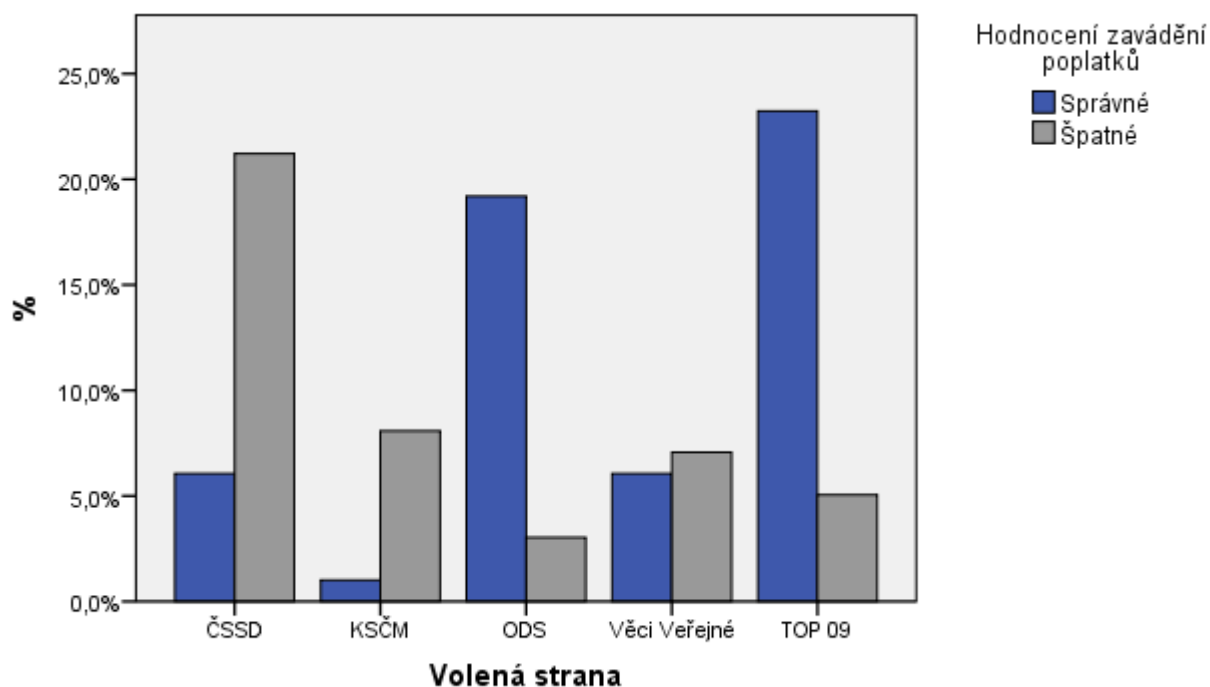
**Otázka:** Existuje závislost mezi volbou parlamentní strany ve volbách do Poslanecké sněmovny a hodnocením zaváděním regulačních poplatků?

**Nulová Hypotéza:** Neexistuje statisticky významná závislost mezi těmito dvěma znaky.

**Alternativní hypotéza:** Mezi těmito veličinami existuje statisticky významná souvislost.

Pro použití  $\chi^2$  testu o nezávislosti jsou stanoveny podmínky použití viz. kap. 2.2.2.4. Byly proto vybrány pouze strany, které získaly mandáty ve volbách do Poslanecké sněmovny České republiky. Zároveň byly sloučeny kategorie „určitě správně“ a „spíše správně“ do položky „správně“. Toto sloučení proběhlo i u hodnocení záporného. Z Tab. č. 22, v příloze č. 3, je vidět, že byly splněny požadavky na použití  $\chi^2$  testu o nezávislosti. Obr. č. 6 zobrazuje hodnocení zavádění regulačních poplatků z hlediska zvolených stran ve sloupcovém grafu.

OBR. Č. 6 - HODNOCENÍ ZAVEDENÍ POPLATKŮ Z POHLEDU ZVOLENÝCH STRAN (N=99)



Zdroj: Vlastní zpracování

Výsledek  $\chi^2$  testu o nezávislosti:  $\chi^2 = 36,288$ ,  $p < 0,0001$

Na základě  $p$ -hodnoty je možné nulovou hypotézu na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  i  $\alpha = 0,01$  zamítnout a lze říci, že mezi volbou strany zastoupenou v PS PČR a hodnocením zavedení regulačních poplatků existuje statisticky významná závislost.

Pokud byla zjištěna závislost mezi měřenými veličinami, je nutné ještě zjistit sílu této závislosti. To je možné provést podle koeficientu Cramerovo V.

TAB. Č. 15 - HODNOCENÍ MÍRY ZÁVISLOSTI

	Hodnota	$p$ -hodnota
Cramerovo V	,605	< 0,001

Zdroj: Vlastní zpracování

Koeficient Cramerovo V nabývá hodnoty  $V = 0,605$ , což značí středně silnou závislost.

**Otázka:** Existuje korelační závislost mezi dvěma ordinálními proměnnými - hodnocení zavedení zdravotnických poplatků a hodnocení změny životní úrovně respondenta po zavedení těchto poplatků?

**Nulová hypotéza:** Mezi sledovanými veličinami neexistuje závislost. (Korelační koeficient není statisticky významný - bude roven nule)

**Alternativní hypotéza:** Mezi sledovanými veličinami existuje závislost. (Korelační koeficient je statisticky významný na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ )

Výsledek Spearmanova koeficientu pořadové korelace:  $r_s = 0,366$ ,  $p < 0,001$

Nulová hypotéza testu významnosti Spearmanova koeficientu pořadové korelace byla na základě  $p$ -hodnoty, která je výrazně nižší než stanovená hladina významnosti  $\alpha = 0,05$ , zamítnuta. Koeficient je tedy statisticky významný a mezi dvěma veličinami existuje závislost.

Spearmanův koeficient pořadové korelace  $r_s$  značí středně silnou přímou závislost. Interpretace by odpovídala tvrzení, že pokud respondent záporně hodnotil zavedení regulačních poplatků, hodnotí svoji životní úroveň jako klesající po zavedení těchto poplatků, což je patrné i z následujícího zobrazení výsledků pomocí znaménkového schéma (Tab. č. 16).

TAB. Č. 16 - ZNAMÉNKOVÉ SCHÉMA ODCHYLEK

Změna životní úrovně respondenta	Hodnocení zavedení zdravotnických poplatků			
	Určitě správné	Spíše správné	Spíše špatné	Určitě špatné
Zlepšila se	++	o	o	o
Nezměnila se	o	+	o	--
Zhoršila se	-	-	o	++

Zdroj: Vlastní zpracování

V případě znaménka “o” se pozorované četnosti významně neliší od hypotetických. V případě znaku “+” jsou pozorované četnosti vyšší než hypotetické na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . Při zobrazení “++” jsou vyšší na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$  a v případě “+++” by byly vyšší na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$ . Naopak při “-” jsou nižší pozorované četnosti než hypotetické na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . S přibývajícím znaky by se snižovala hladina významnosti jako u znaků “++” a “+++”. (SPSS CR, spol. s. r. o., 2010)

## 5. Závěr

Zdravotnické a sociální systémy ve většině evropských zemích narážejí na problém, který vznikl stylem života, prodlužujícím se věkem dožití a požadavky na úroveň života. Vyřešení tohoto problému má v zásadě dvě obecné varianty – omezení poskytovaných služeb nebo nalezení nových zdrojů (přesněji přehodnocení priorit) k jejich financování. Změny v těchto systémech mnohdy přesahují funkční období jedné vlády, výsledky se dostávají se značným zpožděním. Např. výsledky diskutované důchodové reformy by se projevíly s odstupem jedné až dvou generací. Nebyl doposud představen takový systém zdravotnictví, který by řešil všechny problémy najednou, a dokázal tak efektivně fungovat v dlouhodobém horizontu.

Pokus o deklarovanou změnu byl v České republice nejviditelněji zahájen v oblasti zdravotnického systému zavedením tzv. regulačních poplatků. To se neshledalo u lidí s kladnou odezvou, stejně tak jako každý jiný krok, který je připraví o finanční prostředky.

Provedeného dotazníkového šetření se zúčastnilo 155 respondentů ve věku 20 až 90 let, z toho bylo 93 žen a 62 mužů. Provedené analýzy ukázaly, že většina lidí by české zdravotnictví ohodnotila známkou 3. Podle občanů je zdravotnictví ze strany státu nedostatečně financované. Toto tvrzení by ale platilo v dnešní době o většině oborů financovaných státem. V hodnocení zavedení zdravotnických poplatků jsou respondenti rozdělení na 4 skupiny, přičemž jako určitě správný krok to hodnotí 16 %, jako spíše správný 34 %, jako spíše špatný 34 % a jako určitě špatný krok 16 % lidí. Důvody, proč si to lidé myslí, lze rozdělit do dvou skupin podle toho, jestli se jedná o příznivce nebo odpůrce zavedení. Nejčastějším argumentem proti vybírání poplatků je podle lidí jejich zaměření na staré, chudé a nemocné, kterým znemožní využívat péči v dostatečné míře. Hlavním argumentem pro vybírání je podle lidí nadbytečnost návštěv lékaře a zneužívání příliš štědrého systému. Byla také prokázána statisticky významná závislost mezi volbou strany ve volbách do Poslanecké sněmovny v roce 2010 a tím, jak hodnotí zavedení regulačních poplatků – ti, kteří ve volbách dali hlas levicovým stranám, jsou většinou odpůrci regulačních poplatků. To samé platí v opačném gardu o pravicových voličích. Bez rozdílu politické příslušnosti byl jako nejméně vhodný poplatek zvolen poplatek za položku na receptu, i když byl systém výběru toho poplatku změněn tak, aby se poplatek vztahoval pouze na léky volně prodejné, které je možné si koupit bez předpisu.



V otázce nabízející tři výroky se až překvapivě mnoho lidí (82,6 %) shodlo na tom, že v České republice se zdravotní systém zneužívá. To znamená, že podle vnímání lidí se osm z deseti Čechů snaží systém obejít nebo z něj dostat něco navíc. Rozdíl v tomto pohledu je pak dán tím, jestli s tímto problémem pomohou regulační poplatky něco udělat. Větší část těchto lidí (53,1 %) si myslí, že regulační poplatky tomuto plýtvání nezabrání.

To, že ČSSD začala po vyhraných krajských volbách v roce 2008 proplácet poplatky v krajských zařízeních, hodnotí kladně pouze 26,5 % lidí, 50 % to hodnotí záporně a zbylých 23,5 % si na to neumí udělat názor. K prosinci 2010 tento systém proplácení poplatků udržuje, i když již ve změně podobě, pouze Středočeský kraj, kde je hejtmánem MUDr. David Rath za ČSSD.

Pokud se dá statisticky vyhodnotit zájem o zdraví v otázce preventivních prohlídek, pak mají ¾ respondentů o svoje zdraví zájem. Na druhé straně je nutné dodat, že přes 52% dotázaných dělá pro své zdraví něco navíc v podobě aktivity, která jim podle nich zlepšuje fyzickou kondici, a to nejčastěji 1–2x týdně.

Jaké mají lidé povědomí o systému výběru regulačních poplatků, ukázala baterie otázek zaměřující se na vědomosti z této oblasti. Dvě třetiny občanů neví, co se děje s penězi po jejich vybrání. Pouze zhruba 17 % lidí by si dokázalo poradit v situaci, kdy by se měli rozhodnout, jestli platit nebo neplatit poplatek u lékaře. O tzv. ochranné limity se v takové míře, aby je dokázalo vyčíslit, zajímá 12 % lidí. A na závěr, pokud by nastala situace, že by si chtěl respondent spočítat, kolik již vyčerpal z ochranného limitu, pouze 7 % lidí by vědělo, jaké poplatky se do tohoto limitu započítávají.

Hlavní příčiny nespokojenosti lidí je možné shrnout do několika základních myšlenek. První by se věnovala obecně malé informovanosti o tomto tématu (zaviněné špatným přístupem k informování o poplatcích a také nezájmem se samostatně informovat o danou problematiku), dále pak chaotickým systémem výběru v počátcích a jako poslední, nezařazením zdraví a zdravotnictví mezi prioritní kapitoly na výdajové straně osobního rozpočtu.

## 6. Seznam použitých zdrojů

### **Tištěné dokumenty:**

- HENDL, J. *Přehled statistických metod zpracování dat*. 1. Praha: Portál, 2004. 583 s. ISBN 80-7178-820-1.
- HINDLS, R. a kol. *Statistika pro ekonomy*. 8. Praha: Professional Publishing, 2007. 415 s. ISBN 978-80-86946-43-6.
- MIŠOVIČ, J. *V hlavní roli otázka*. Praha: Vlastní náklad, 2001. 66 s. ISBN 80-238-6500-5.
- ŘEZANKOVÁ, H. *Analýza kategoriálních dat*. Praha: Oeconomica, 2005. 99 s. ISBN 80-245-0926-1.
- ŘEZANKOVÁ, H. *Analýza dat z dotazníkových šetření*. 2. Praha: Professional Publishing, 2010. 217 s. ISBN 978-80-7431-019-5.

### **Elektronické dokumenty:**

- Česká republika. Zákon č. 48/1997 Sb. ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [online]. [cit. 2010-09-19]. Dostupný také z WWW: <<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp>>.
- Český statistický úřad. [online]. 19.5. 2009 [cit. 2010-09-15]. Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2065. Dostupné z WWW: <<http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/4020-09>>.
- ČIHOVSKÝ, J. *Sociologický výzkum* [online]. Olomouc: FTK UP Olomouc, 2006 [cit. 2010-08-11]. Dostupné z WWW: <[www.upol.cz/fileadmin/user\\_upload/FTK-dokumenty/Katedra\\_rekreologie/Sociologicky\\_vyzkum\\_def\\_1\\_.doc](http://www.upol.cz/fileadmin/user_upload/FTK-dokumenty/Katedra_rekreologie/Sociologicky_vyzkum_def_1_.doc)>.
- HOLČÍK, J., KOUPILOVÁ, I. Primary health care in the Czech Republic: brief history and current issues. *International Journal of Integrated Care* [online]. 1, 2000 [cit. 2010-09-19]. Dostupný z WWW: <[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1534002/#\\_\\_articleid2257481aff-info](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1534002/#__articleid2257481aff-info)>. ISSN 1568-4156.
- HROBŇ, P., MACHÁČEK, T., JULÍNEK, T. *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století*. [online]. 1. Praha: Vlastní náklad, 2005 [cit. 2010-08-02]. Dostupné z WWW: <<http://www.zdravotnireforma.cz/reforma/publications.html>>.

- MÁTĽ, O. a kol. *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR* [online]. Praha: DUKASE, 2008 [cit. 2010-08-09]. Dostupné z WWW: <<http://www.kulatystul.cz/>>. ISBN 978-80-85047-35-6.
- MÁTĽ, O. a kol. *Zdravotnictví za hranicemi* [online]. Praha: Midva, 2009 [cit. 2010-08-09]. Dostupné z WWW: <<http://www.kulatystul.cz/>>. ISBN 978-80-254-3776-6.
- Ministerstvo zdravotnictví* [online]. 2009 [cit. 2010-08-11]. Dostupné z WWW: <[www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)>.
- OECD. [online]. Paříž: OECD Publishing, červen 2010. [cit. 2010-09-18]. Dostupné z WWW: <[http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en\\_2649\\_34631\\_2085200\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html)>. ISBN 978-92-64-08607-4.
- Poplatky ve zdravotnictví - ano, či ne?. *Medical Tribune Cz* [online]. 22.4.2009 [cit. 2010-08-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/5977-poplatky-ve-zdravotnictvi-ano-ci-ne>>.
- Systémy zdravotního pojištění ve vybraných evropských státech. *Integrace* [online]. 23.2.2004 [cit. 2010-08-07]. Dostupný z WWW: <[http://www.europeum.org/disp\\_article.php?aid=678](http://www.europeum.org/disp_article.php?aid=678)>.
- SPSS CR, spol. s r. o. - Statistika, data mining, analýza dat, softwarové kurzy*. [online]. 2010 [cit. 2011-03-14]. Skripty. Dostupné z WWW: <[http://www.spss.cz/sc\\_znamenkoveschema.htm](http://www.spss.cz/sc_znamenkoveschema.htm)>.
- TRANSPARENCY INTERNATIONAL. *Odhad ztrát z titulu netransparentního a neefektivního nastavení systému veřejného zdravotnictví v České republice* [online]. Praha: Transparency International, 2007 [cit. 2010-08-19]. Dostupné z WWW: <[http://www.transparency.cz/pdf/publikace/tzdrav\\_studie02052007.pdf](http://www.transparency.cz/pdf/publikace/tzdrav_studie02052007.pdf)>.

## 7. Přílohy

### 7.1. Seznam obrázků a tabulek

OBR. Č. 1 - ODVODY NA ZDRAVOTNICTVÍ (% Z HDP) V ZEMÍCH OECD, 2008 .....	24
OBR. Č. 2 - PODÍL VEŘEJNÝCH PENĚZ NA FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ V ZEMÍCH OECD, 2008 .....	25
OBR. Č. 3 - DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ DO ROKU 2065.....	26
OBR. Č. 4 - MOŽNOST ZÍSKÁNÍ DALŠÍHO ZDROJE PENĚZ DO ZDRAVOTNICTVÍ .....	40
OBR. Č. 5 - NÁZORY RESPONDENTŮ NA HRAZENÍ POPLATKŮ V KRAJSKÝCH ZAŘÍZENÍCH.....	42
OBR. Č. 6 - HODNOCENÍ ZAVEDENÍ POPLATKŮ Z POHLEDU ZVOLENÝCH STRAN (N=99).....	46
OBR. Č. 7 - SLOUPCOVÝ GRAF KATEGORIÍ VZDĚLÁNÍ .....	58
OBR. Č. 8 - VÝBĚRU RESORTŮ, ZE KTERÝCH BY SE MĚLI PENÍZE PŘEVÉST DO ZDRAVOTNICTVÍ.....	59
OBR. Č. 9 - ODŮVODNĚNÍ NÁZORU NA ZAVÁDĚNÍ POPLATKŮ.....	60
OBR. Č. 10 - FREKVENCE PROVOZOVÁNÍ TĚLESNÝCH AKTIVIT .....	60
TAB. Č. 1 - TABULKA ROZDĚLENÍ ČETNOSTÍ .....	15
TAB. Č. 2 - SCHÉMA KONTINGENČNÍ TABULKY S ABSOLUTNÍMI ČETNOSTMI.....	17
TAB. Č. 3 - VÝPOČET TEORETICKÝCH ČETNOSTÍ .....	37
TAB. Č. 4 - POROVNÁNÍ TEORETICKÝCH A OČEKÁVANÝCH ČETNOSTÍ.....	37
TAB. Č. 5 - POPISNÉ CHARAKTERISTIKY VĚKU .....	38
TAB. Č. 6 - TABULKA ROZDĚLENÍ ČETNOSTÍ VZDĚLÁNÍ RESPONDENTŮ .....	38
TAB. Č. 7 - SLOUČENÉ PLATOVÉ KATEGORIE .....	39
TAB. Č. 8 - HODNOCENÍ ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ.....	39
TAB. Č. 9 - NÁZOR NA ZAVÁDĚNÍ REGULAČNÍCH POPLATKŮ.....	41
TAB. Č. 10 - POPISNÉ CHARAKTERISTIKY PRŮMĚRNÉHO ROČNÍHO POČTU NÁVŠTĚV U LÉKAŘE .....	42
TAB. Č. 11 - NÁZOR NA ZNEUŽÍVÁNÍ PÉČE A ZAVEDENÍ REGULAČNÍCH POPLATKŮ.....	43
TAB. Č. 12 - ZOBRAZENÍ ČETNOSTÍ PROVOZOVANÝCH AKTIVIT RESPONDENTY.....	43
TAB. Č. 13 - CO SE DĚJE S POPLATKY PO VYBRÁNÍ .....	44
TAB. Č. 14 - SITUACE, VE KTERÝCH SE POPLATEK PODLE ZÁKONA NEHRADÍ .....	45
TAB. Č. 15 - HODNOCENÍ MÍRY ZÁVISLOSTI .....	46
TAB. Č. 16 - ZNAMÉNKOVÉ SCHÉMA ODCHYLEK.....	47
TAB. Č. 17 - POPISNÉ CHARAKTERISTIKY VĚKU .....	58
TAB. Č. 18 - HODNOCENÍ FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ ZE STRANY STÁTU.....	58
TAB. Č. 19 - VÝSLEDKY VOLEB PODLE DOTAZOVANÝCH .....	59
TAB. Č. 20 - BYLY UVEDENY SPRÁVNÉ ČÁSTKY OCHRANNÝCH LIMITŮ?.....	61
TAB. Č. 21 - VYBRAL RESPONDENT SPRÁVNĚ POPLATKY NEZAPOČÍTÁVANÉ DO LIMITU? .....	61
TAB. Č. 22 - KONTINGENČNÍ TABULKA OČEKÁVANÝCH ČETNOSTÍ.....	61

## 7.2. Příloha č. 1 - Dotazník

Dobrý den,

dovoďte mi položit několik otázek týkajících se hodnocení českého zdravotnictví a zavedení regulačních poplatků. Budu velice rád, pokud vyjádříte názor nad tímto tématem a to pomocí tohoto dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit jako praktická část bakalářské práce z oboru statistika.

Otázky jsou kroužkovací, pokud není jinak uvedeno, vybírejte pouze jednu možnou odpověď.

1. Zamyslíte-li se nad celkovou úrovní našeho zdravotnictví, řekl / řekla byste o ní na škále od 1 do 5 (1 - vynikající, 5 - špatná), že je:

1                      2                      3                      4                      5

2. Myslíte si, že stát vydává na zdravotnictví dostatečné množství finančních prostředků?

Ano

Ne

Nevím

**POKYN: POKUD JSTE ODPOVĚDĚLI, ŽE „ANO“ NEBO „NEVÍM“, PŘIJDĚTE NA OTAZKU Č.4**

3. Jak si myslíte, že by se mělo získat na zdravotnictví více finančních prostředků?

- 1 Přesun z jiného ministerstva - kterého? .....
- 2 Zvýšení daní
- 3 Zvýšení poplatků ve zdravotnictví (doplatky na léky, poplatky za pobyt v nemocnici atd)
- 4 Zvýšení zdravotního pojištění
- 5 Jiné ... jaké?.....

4. V některých evropských zemích se poplatky ve zdravotnictví platí, v jiných nikoliv. Domníváte se, že zavedení regulačních poplatků v našem zdravotnictví bylo:

- 1 Určitě správné
- 2 Spíše správné
- 3 Spíše špatné
- 4 Určitě špatné

5. Kvůli čemu se tak domníváte? (je možné uvést několik důvodů)

.....  
.....

**6. Při rozhodování koho budu volit v parlamentních volbách v roce 2010 bylo téma regulačních poplatků:**

- 1 Velmi důležité
- 2 Důležité
- 3 Málo důležité
- 4 Vůbec nebylo důležité
- 5 Nevोलil / nevolila jsem

**POKYN: NÁSLEDUJÍCÍ OTÁZKA JE POUZE PRO TY, KTEŘÍ VOLILI.**

**7. Uveďte prosím, koho jste v parlamentních volbách v roce 2010 volili.**

- 1 ČSSD                      2 KDU ČSL                      3 KSČM                      4 ODS
- 5 Věci Veřejné              6 Strana Zelených              7 SUVERENITA
- 8 Zemanovci              9 TOP 09                      10 Jiné ... Jaké?.....

**8. Zakroužkujte tři témata, která pro Vás byla nejdůležitější v parlamentních volbách v roce 2010?**

- 1 Téma korupce    6 Téma bezpečnosti na ulicích
- 2 Téma práva    7 Téma zadlužování státu
- 3 Téma zdravotnictví    8 Sociální politika
- 4 Téma školství    9 Jiné ... Jaké?.....
- 5 Podpora podnikání

**9. Chodíte kromě návštěv lékaře když jste nemocní i na preventivní prohlídky?**

Ano                      Ne

**10. Odhadněte kolikrát průměrně ročně navštívíte lékaře? .....**

**11. Omezil / omezila jste počet návštěv u lékaře po zavedení regulačních poplatků?**

Ano                      Ne

**12. Začal / začala jste navštěvovat kvůli zavedení regulačních poplatků zdravotnická zařízení (nemocnice, lékárny), ve kterých kraje regulační poplatky hradí?**

Ano                      Ne

**13. Myslíte si, že hrazení regulačních poplatků kraji kde vyhrála ČSSD krajské volby v roce 2008 bylo správné?**

- 1 Určitě ano
- 2 Spíše ano
- 3 Spíše ne
- 4 Určitě ne
- 5 Nedokáži posoudit

**14. Uved'te prosím, kolik činí jednotlivé ochranné limity pro různé kategorie obyvatel.**

Dítě do 18 let: ..... Dospělí: ..... Důchodce nad 65 let: .....

**15. Zakroužkujte tvrzení (možné jedno a více) kdy pacient podle zákona nemusí hradit regulační poplatek.**

- 1 Při preventivní prohlídce
- 2 Při návštěvě lékaře ve Vaší domácnosti
- 3 Při rozhovoru lékaře s rodinou
- 4 Při komplexní lázeňské péči
- 5 Za pobyt novorozence v nemocnici

**16. Podle Vašeho názoru, změnila se nějak komunikace lékaře s pacientem po zavedení regulačních poplatků?**

- 1 Zlepšila se                                      2 Nezměnila se                                      3 Zhoršila se

**17. Co si myslíte, že se děje s penězi, které jsou vybrány v rámci zdravotnických poplatků?**

- 1 Jsou příjmem státního rozpočtu
- 2 Jsou příjmem ministerstva zdravotnictví
- 3 Jsou příjmem pojišťoven
- 4 Jsou příjmem zdravotnických zařízení, které je vybírají
- 5 Nevím

**18. Zakroužkujte regulační poplatky (možné jeden a více), které se podle zákona do ochranného limitu nezapočítávají.**

- 1 Poplatek 30 Kč za návštěvu lékaře
- 2 Poplatek 30 Kč za položku na receptu
- 3 Poplatek 60 Kč za pobyt v nemocnici
- 4 Poplatek 90 Kč za návštěvu pohotovosti

**19. Začala jste se více zajímat o léky a jejich ceny, které Vám lékař předepisuje, kvůli existenci regulačních poplatků?**

Ano

Ne

**20. Který regulační poplatek považujete za nejméně vhodný?**

- 1 Poplatek 30 Kč za návštěvu lékaře
- 2 Poplatek 30 Kč za položku na receptu
- 3 Poplatek 60 Kč za pobyt v nemocnici
- 4 Poplatek 90 Kč za návštěvu pohotovosti
- 5 Všechny jsou správné

**21. Dosáhl / dosáhla jste ochranného limitu?**

Ano

Ne

**22. Řekl / řekla byste, že po zavedení regulačních poplatků se Vaše životní úroveň změnila?**

1 Zlepšila se

2 Nezměnila se

3 Zhoršila se

**23. S jakým výrokem nejvíce souhlasíte? (vyberte pouze jeden)**

1 Před zavedením regulačních poplatků se ve zdravotnictví zneužívala péče a regulační poplatky toto zneužívání pomohly omezit.

2 Před zavedením regulačních poplatků se ve zdravotnictví zneužívala péče a regulační poplatky toto nezměnily.

3 Před zavedením regulačních poplatků se ve zdravotnictví nic takového jako zneužívání péče neobjevovalo.

**24. Odmítl / odmítla jste někdy zaplatit regulační poplatek?**

Ano

Ne

**25. Provozujete nějaké aktivity, které pomáhají zlepšit Vaší tělesnou kondici?**

Ne

Ano

**26. Pokud ano, tak jakou aktivitu a jak často? .....**

**Ještě mám pro Vás několik otázek na závěr.**

**27. Kolik Vám je let? .....**

**28. Pohlaví: Žena**

Muž



**29. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?**

1 ZŠ                      2 SŠ bez maturity                      3 SŠ s maturitou                      4 VŠ

**30. Pokuste se prosím odhadnout Váš průměrný čistý měsíční příjem (pracovní příjem po zdanění i sociální příjmy). Do které z těchto skupin byste se zařadil / zařadila?**

1. méně než 4999 Kč                      2. 5000 - 9999 Kč                      3. 10000 - 14999 Kč  
4. 15000 - 19999 Kč                      5. 20000 - 24999 Kč                      6. 25000 - 29999 Kč  
7. 30000 - 34999 Kč                      8. 35000 - 39999 Kč                      9. Více než 40000 Kč

**Děkuji Vám velice za čas a úsilí, které jste věnovali vyplňování tohoto dotazníku.**

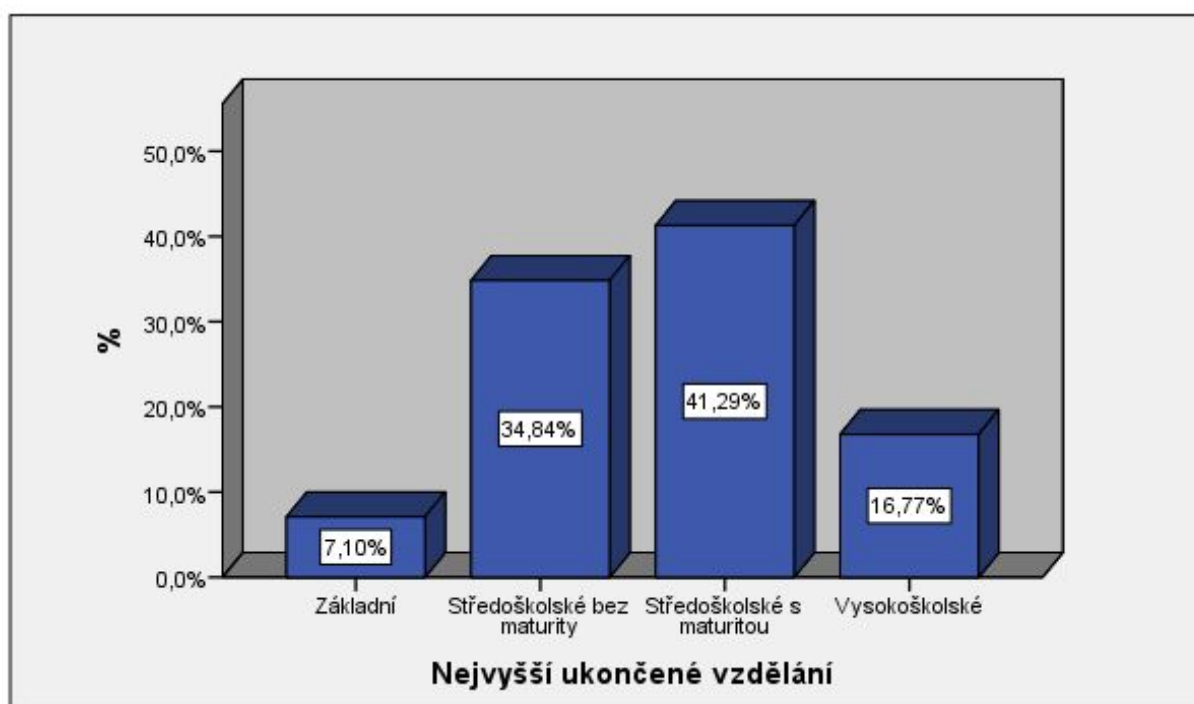
### 7.3. Příloha č. 2 - Charakteristiky výběrové souboru

TAB. Č. 17 - POPISNÉ CHARAKTERISTIKY VĚKU

	95% Interval spolehlivosti pro průměr		Minimum	Maximum	Rozpětí	Míra šikmosti	Míra špičatosti
	Dolní mez	Horní mez					
Věk	46,531	52,392	20	90	70	,283	-,912

Zdroj: Vlastní zpracování

OBR. Č. 7 - SLOUPCOVÝ GRAF KATEGORIÍ VZDĚLÁNÍ



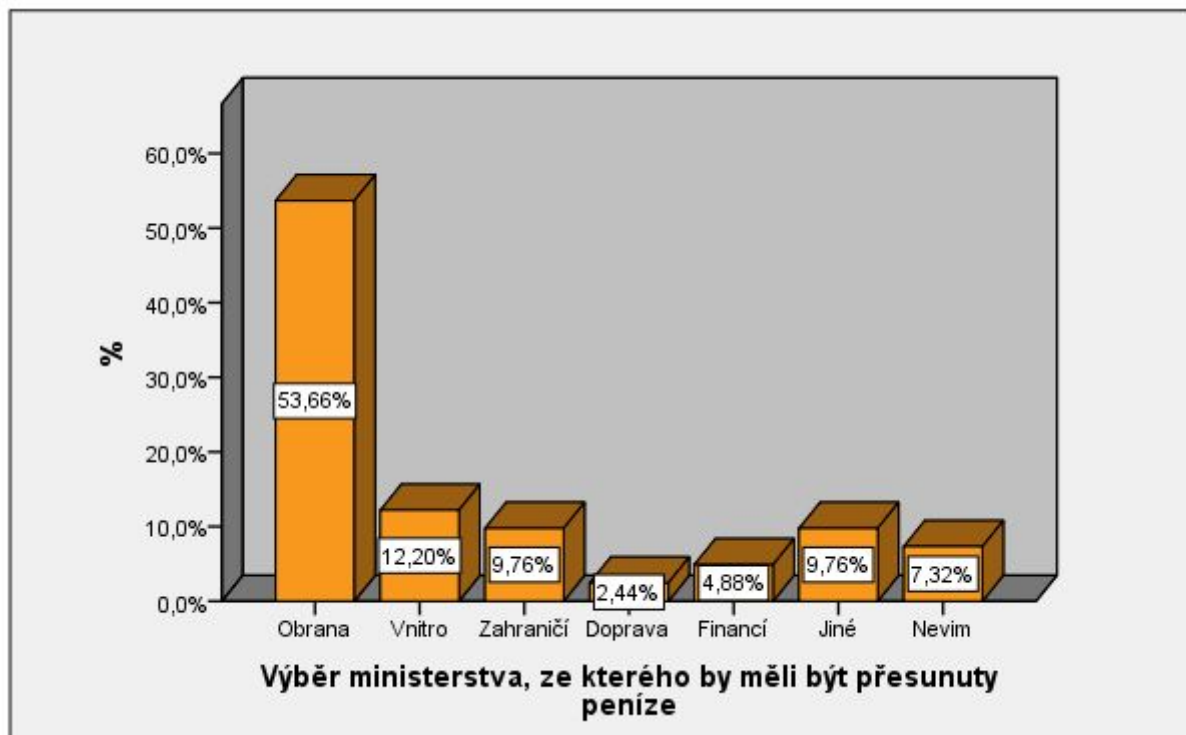
Zdroj: Vlastní zpracování

TAB. Č. 18 - HODNOCENÍ FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ ZE STRANY STÁTU

Názor na státní financování	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
Stát dává na zdravotnictví dostatek prostředků	25	16,1	16,1
Stát nedává na zdravotnictví dostatek prostředků	98	63,2	79,4
Nevím	32	20,6	100,0
Celkem	155	100,0	

Zdroj: Vlastní zpracování

OBR. Č. 8 - VÝBĚRU RESORTŮ, ZE KTERÝCH BY SE MĚLI PENÍZE PŘEVÉST DO ZDRAVOTNICTVÍ



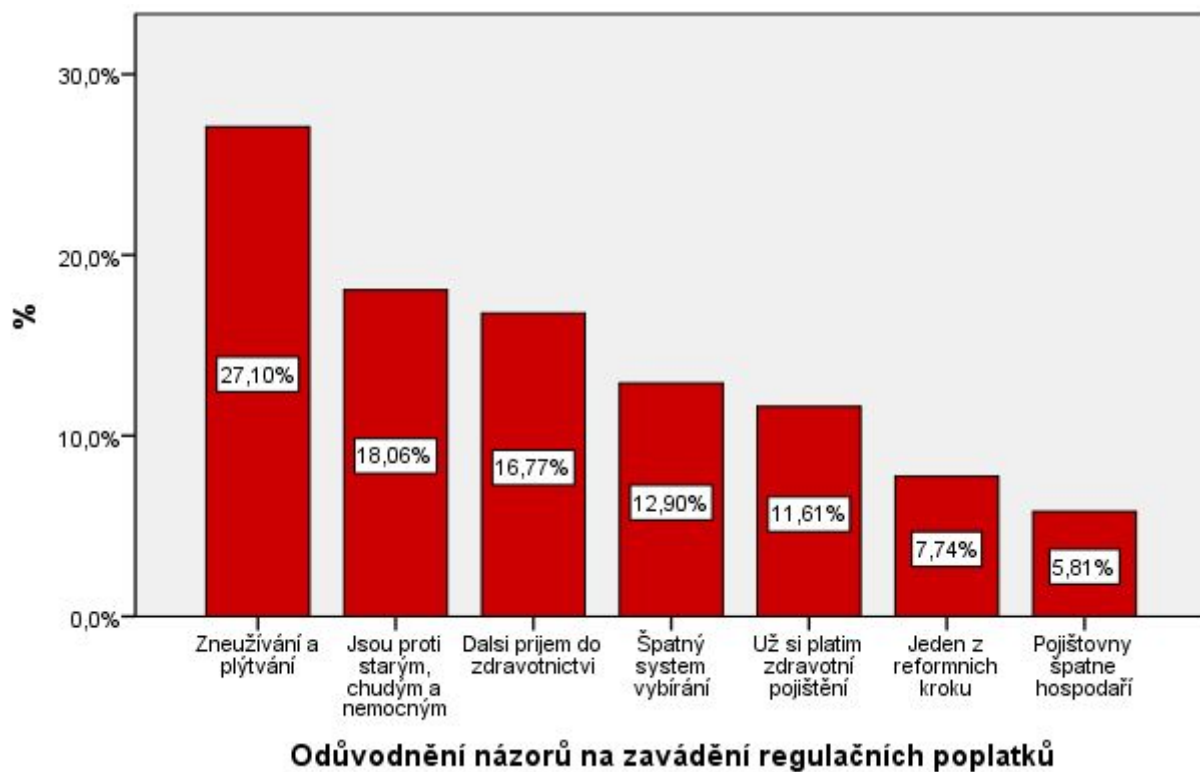
Zdroj: Vlastní zpracování

TAB. Č. 19 - VÝSLEDKY VOLEB PODLE DOTAZOVANÝCH

Kandidátské strany	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Platné relativní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
ČSSD	27	17,4	22,5	22,5
KDU - ČSL	3	1,9	2,5	25,0
KSČM	9	5,8	7,5	32,5
ODS	22	14,2	18,3	50,8
Věci Veřejné	13	8,4	10,8	61,7
Strana Zelených	4	2,6	3,3	65,0
Suverenita	4	2,6	3,3	68,3
Zemanovci	4	2,6	3,3	71,7
TOP 09	28	18,1	23,3	95,0
Jiné	6	3,9	5,0	100,0
Celkem volilo	120	77,4	100,0	
Nevolili	35	22,6		
Počet pozorování	155	100,0		

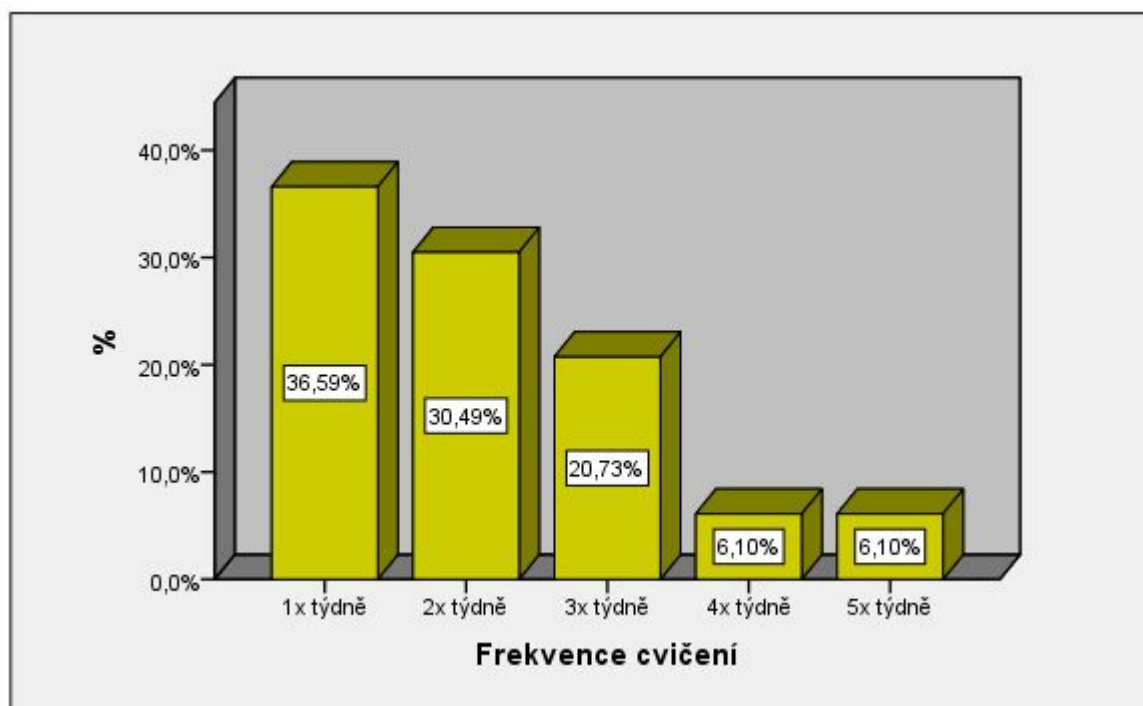
Zdroj: Vlastní zpracování

OBR. Č. 9 - ODŮVODNĚNÍ NÁZORU NA ZAVÁDĚNÍ POPLATKŮ



Zdroj: Vlastní zpracování

OBR. Č. 10 - FREKVENCE PROVOZOVÁNÍ TĚLESNÝCH AKTIVIT



Zdroj: Vlastní zpracování

TAB. Č. 20 - BYLY UVEDENY SPRÁVNĚ ČÁSTKY OCHRANNÝCH LIMITŮ?

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
Ne	136	87,7	87,7
Ano	19	12,3	100,0
Celkově	155	100,0	

Zdroj: Vlastní zpracování

TAB. Č. 21 - VYBRAL RESPONDENT SPRÁVNĚ POPLATKY NEZAPOČÍTÁVANÉ DO LIMITU?

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti	Kumulativní relativní četnosti
Ne	144	92,9	92,9
Ano	11	7,1	100,0
Celkově	155	100,0	

Zdroj: Vlastní zpracování

#### 7.4. Příloha č. 3 - Výstupy testování statistických hypotéz

TAB. Č. 22 - KONTINGENČNÍ TABULKA OČEKÁVANÝCH ČETNOSTÍ

Volená strana	Sloučené hodnocení		Celkem
	Správné	Špatné	
ČSSD	15,0	12,0	27
KSČM	5,0	4,0	9
ODS	12,2	9,8	22
Věci veřejné	7,2	5,8	13
TOP 09	15,6	12,4	28
Celkem	55,0	44,0	99

Zdroj: Vlastní zpracování