

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Názory občanů k problematice zdravotnictví v České republice

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vypracovala: Bc. Miroslava Hejzlarová

Vedoucí práce: JUDr. Božena Kučerová

Datum odevzdání: 5. května 2008

Inhabitants' Opinions to the Health Service Problems in the Czech Republic

The diploma thesis „Inhabitants' Opinions to the Health Service Problems in the Czech Republic“ deals with the problems of the Czech health service. The theoretic part treats of the definitions of the main terms, legislative framework, state health service policy, public health insurance, public finances reform and first of all treats of the new Act on Public Budget Stabilization n. 261/2007 Law Code, effective from January 1st, 2008.

Recently there have been discussed the Czech health service problems within the context of publication of the health service reform. The implementation of the regulation fees evokes the atmosphere of disagreement and fear from financial non-capacity in the inhabitants resulting from the fees implementation on particular items of health care. It is necessary to realize that there have been health service problems all the time. But this situation doesn't apply to the Czech Republic solely. Quite a number of states have to solve the problems and shortcomings of the health service system. To point out these problems, to find out the cause but first of all to find the ways to deal and eliminate problems should be the main objective of the state.

The Czech health service needs badly the alternation. It has to tackle the 21st century challenges and at the same time to continue in european tradition which is based on the availability of health care for all our inhabitants. There are no doubts that population ageing, new medical procedures, services quality requirements and the possibility of co-determination will lead to the significant changes of financing and organization of the health service all over the world. (18)

The aim of the diploma thesis is to survey the ideas applying to the health service problems in the Czech Republic by the inhabitants over 18 years old living in Nachod region.

In the framework of quantitative research there were used the questioning method (questionnaire) and the method of document analysis (the technique of secondary data analysis). The diploma thesis „Inhabitants' Opinion to the Health Service Problems in the Czech Republic“ tries to illustrate comprehensive aspect of the general public to the Czech health service and challenge to study this problem.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Názory občanů k problematice zdravotnictví v České republice vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 5. května 2008

Podpis

Poděkování

Děkuji vedoucí diplomové práce JUDr. Boženě Kučerové za cenné rady, připomínky, metodické vedení práce a čas mi věnovaný. Dále bych chtěla vyjádřit poděkování všem, kteří se podíleli na výzkumné části diplomové práce a ochotně vyplnili jim distribuované dotazníky.

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav.....	10
1.1 Vymezení základních pojmů	10
1.1.1 Zdraví.....	10
1.1.2 Zdravotní péče	10
1.1.3 Zdravotnictví.....	10
1.1.4 Veřejné zdravotnictví.....	11
1.1.5 Zdravotnické právo	11
1.2 Zdravotnictví a legislativa	12
1.2.1 Úmluva o lidských právech a biomedicině.....	12
1.2.2 Úmluva o právech dítěte	13
1.2.3 Listina základních práv a svobod.....	14
1.2.4 Zákon o péči o zdraví lidu	15
1.2.5 Zákon o veřejném zdravotním pojištění	15
1.2.6 Kodex práv pacienta	16
1.3 Zdravotnické systémy	17
1.3.1 Tržní model.....	17
1.3.2 Anglický model (National Health Service)	17
1.3.3 Model národního zdrav. pojištění s více zdravotními pojišťovnami	18
1.3.4 Srovnání modelů zdravotnických systémů	18
1.4 Zdravotní politika státu.....	19
1.4.1 Vznik a vývoj zdravotní politiky	19
1.4.2 Zdravotní politika a její subjekty	20
1.4.3 Východiska a předpoklady zdravotní politiky	20
1.5 Systém zdravotního pojištění.....	21
1.5.1 Historie vzniku pojištění.....	21
1.5.2 Veřejné zdravotní pojištění a jeho principy	22
1.5.3 Osobní rozsah zdravotního pojištění.....	23
1.5.4 Vznik a zánik zdravotního pojištění	23

1.5.5	Plátcí pojistného na veřejné zdravotní pojištění	23
1.5.6	Pojistné na veřejné zdravotní pojištění	24
1.5.7	Práva a povinnosti plátců pojistného	25
1.5.8	Způsob a formy poskytování a úhrady zdravotní péče	25
1.5.9	Zdravotní pojišťovny	26
1.5.9.1	Transformace zdravotních pojišťoven	27
1.6	Systém zdravotnictví v České republice	29
1.6.1	Demografický vývoj populace	29
1.6.2	Organizace zdravotnictví v České republice	30
1.6.2.1	Ministerstvo zdravotnictví České republiky	30
1.6.2.2	Všeobecná zdravotní pojišťovna	31
1.6.2.3	Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny	31
1.6.3	Financování zdravotnictví v České republice	32
1.6.4	Zdravotní péče	32
1.7	Soustava zdravotnických zařízení v České republice	33
1.7.1	Zařízení ambulantní péče a nemocnice	34
1.7.2	Zařízení závodní preventivní péče	34
1.7.3	Odborné léčebné ústavy	34
1.7.4	Lékárny	35
1.7.5	Zvláštní dětská zařízení	35
1.7.6	Statistické údaje o síti a činnosti zdravotnických zařízení	35
1.8	Fakta o českém zdravotnictví	36
1.9	Reforma veřejných financí	38
1.9.1	Zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů	38
1.9.2	Reforma zdravotnictví	39
1.9.2.1	Regulační poplatky	41
1.9.2.2	Ochranný limit	43
1.9.2.3	Ceny a úhrady léků	44
1.10	Elektronické zdravotnictví	44
1.10.1	Projekt elektronického identifikátoru	46

1.10.2	Elektronický předpis léku (ePreskripce).....	46
1.10.3	Společnost IZIP.....	47
1.10.3.1	Elektronická zdravotní knížka	48
2	Cíl práce a hypotézy	49
2.1	Cíl práce.....	49
2.2	Předpokládané hypotézy	49
3	Metodika	50
3.1	Použité metody sběru dat.....	50
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	51
4	Výsledky.....	52
5	Diskuze.....	87
6	Závěr	99
7	Seznam použité literatury	101
8	Klíčová slova.....	108
9	Přílohy.....	109

Úvod

Diplomová práce na téma „Názory občanů k problematice zdravotnictví v České republice“ mapuje problematiku českého zdravotnictví. V teoretické části se zabývá vydefinováním hlavních pojmů, legislativním rámcem, zdravotní politikou státu, oblastí veřejného zdravotního pojištění a v neposlední řadě i reformou veřejných financí a především pak novým zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů s účinností od 1. ledna 2008. Problematika českého zdravotnictví je v poslední době velice diskutovaným tématem především v souvislosti se zveřejněním nové reformy zdravotnictví. Zavádění regulačních poplatků vyvolává u řady občanů vlnu nesouhlasu a obavu z finanční neúnosnosti vyplývající ze zpoplatnění některých položek zdravotní péče. Je nutné si však uvědomit, že v resortu zdravotnictví problémy jsou, byly a budou. Toto se však netýká jen České republiky. S problémy a nedostatky v systému zdravotnictví se potýká celá řada států. Hlavním úkolem státu by mělo být na tyto problémy poukázat, najít jejich příčinu, ale především prostředky a způsoby jak je odstranit.

Současná situace našeho zdravotnictví a především pak neschopnost vyváženě systémově reagovat na prohlubující se rozpor mezi rostoucími nároky na zdravotní péči a možnostmi tyto nároky finančně pokrývat, brání naší zdravotnické soustavě nadále existovat a fungovat ve své dosavadní podobě bez patřičných korekcí své struktury i své funkce (16).

Při řešení problémů je důležitá týmová spolupráce jednotlivých složek podílejících se na fungování zdravotnictví, ale i angažovanost jednotlivců a uvědomění si své role v systému péče o zdraví. Mnoho občanů se domnívá, že hlavní odpovědnost v péči o jejich zdraví leží v rukou státu. Společným a hlavním cílem by měla být aktivizace každého jedince a uvědomění si své nezastupitelné role v systému péče o zdraví. Důležité je uvědomit si nutnost změny a tento paternalistický přístup ze strany státu pomalu odbourávat. Participace jednotlivců na řešení problematiky zdravotnictví a vzájemný dialog jsou jedním z významných kroků k dosažení vytyčených cílů.

České zdravotnictví nezbytně potřebuje změnu. Musí se totiž vyrovnat s výzvami 21. století a zároveň pokračovat v evropské tradici, která je založena na

dostupnosti potřebné zdravotní péče pro všechny občany. Jistě není pochyb o tom, že stárnutí populace, ale i nové medicínské postupy a rostoucí požadavky občanů na kvalitu služeb a možnost spolurozhodování povedou k významným změnám financování a organizace zdravotních služeb všude ve světě (23).

Reforma veřejných financí, která s sebou přináší transformaci zdravotnictví má jak své příznivce, tak i řadu odpůrců. Nese s sebou vlnu nevole, ale i očekávání. Diplomová práce na téma „Názory občanů k problematice zdravotnictví v České republice“ se snaží zjistit jakýsi ucelený pohled široké veřejnosti na české zdravotnictví a vybízí k zamyšlení se nad touto problematikou. Cílem diplomové práce je zmapovat názory k problematice zdravotnictví v České republice u občanů starších 18 let žijících v náhodském regionu.

Současný stav

1.1 Vymezení základních pojmů

1.1.1 Zdraví

Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady. Zdraví též můžeme chápat jako potenciál vlastností člověka vyrovnat se s nároky vnitřního i zevního prostředí bez narušení životních funkcí (21).

Zdraví může být také definováno negativně jako absence nemoci, funkcionálně jako schopnost vyrovnat se s denními aktivitami, nebo pozitivně jako způsobilost a pohoda v balansu (vyrovnanosti). Zdraví je také stav pohody, plné síly nebo celistvosti. Individuální zdraví je pak založeno na zdravé rodině, zdravé komunitě a zdravé společnosti ve zdravém světě (18).

Zdraví je jednou z nejvyšších hodnot na hodnotovém žebříčku každého z nás. Zdraví je základní podmínkou pro kvalitní život i pro zapojení se do společnosti (7).

1.1.2 Zdravotní péče

Zdravotní péče představuje péči o zdraví zahrnující veškerou činnost celé společnosti, která posiluje zdraví, zabráňuje onemocnění, léčí již vzniklá onemocnění a snižuje následky nemocí. Dle Světové zdravotnické organizace může zdravotní péče ovlivnit zdraví obyvatel z 20 %. Z 80 % působí na zdravotní stav populace jiné vlivy, jako je životní prostředí, životní styl a škodlivé návyky (49).

1.1.3 Zdravotnictví

Zdravotnictví je soustava odborných zdravotnických institucí a činností, které se zaměřují na péči o zdraví občanů a také slouží k uspokojování zdravotnických potřeb obyvatelstva. Zahrnuje orgány a instituce, organizace a společnosti, zdravotnická zařízení, pracovníky ve zdravotnictví, služby a činnosti (49).

Zdravotnictví je systém služeb souvisejících s udržením zdraví, léčením nemocí a zmírňováním utrpení. Jedná se o velice komplexní systém a zasahuje do mnoha oblastí individuálního a společenského života. Zdravotnictví je také velmi významným

hospodářským odvětvím, a to nejen v oblasti služeb, ale i průmyslu (výroba léků a zdravotních prostředků) a v oblasti stavebnictví (nemocnice jsou jedny z největších stavebních investic). Nesmíme též opomenout, že zdravotnictví je také oblastí vědeckou. Zdravotnictví má také svůj finanční aspekt. Zdravotní pojišťovny jsou velké finanční instituce a zdravotní rozpočty jsou podstatným dílem veřejných i soukromých rozpočtů. Zdravotnictví má samozřejmě i svůj právní a legislativní rámec (7).

1.1.4 Veřejné zdravotnictví

Veřejné zdravotnictví můžeme definovat jako vědu či předmět zabývající se především prevencí, prodlužováním života a podporou zdraví, a to prostřednictvím organizovaného úsilí společnosti (61).

Jiná literatura uvádí, že veřejné zdravotnictví je interdisciplinární obor, který se orientuje na problematiku zdraví, péče o zdraví a zdravotnictví. Staví především na předpokladu, že zdraví, péče o zdraví a zdravotnictví není jen důležitým individuálním zájmem a potřebou, ale také i významnou sociální prioritou a všeobecnou humánní hodnotou. Ve veřejném zdravotnictví je uplatňována jak složka medicínská, tak i nemedicínská. V rámci výzkumu se veřejné zdravotnictví orientuje na dominantní zdravotní problémy a na možnosti jejich řešení. Dále též přispívá k tvorbě, realizaci, ale i hodnocení zdravotní politiky a věnuje se studiu a koordinaci zdrojů, činností a výstupů jak systému zdravotní péče, tak i zdravotnické soustavy. Mezi významnou oblast výzkumné práce ve veřejném zdravotnictví patří hodnocení účinnosti, hospodárnosti a kvality zdravotní péče. V rámci praktické aplikace zahrnuje veřejné zdravotnictví soustavu institucí, dalších organizačních prvků i veřejných sdružení, které při své činnosti reagují na základní zdravotně sociální problémy a přispívají k jejich řešení (21).

1.1.5 Zdravotnické právo

Zdravotnické právo je považováno za součást práva správního, ovšem nelze nevidět jeho úzkou spjatost s ostatními odvětvími práva. Zdravotnické právo obsahuje právní normy upravující poskytování zdravotní péče, práva, ale i povinnosti občanů a zdravotnických pracovníků, a to v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Dále se

zdravotnické právo zabývá způsobilostí zdravotnických pracovníků k výkonu zdravotnického povolání, ale i organizací zdravotní péče, kompetencemi poskytovatelů zdravotní péče a jejich zřizovatelů, lázeňskou a rehabilitační péčí. K ústavněprávním základům zdravotnického práva bezpochyby patří Ústava ČR, Listina základních práv a svobod, dále mezinárodní smlouvy o základních lidských právech a svobodách, které, jsou-li přijaty a vyhlášeny, jsou bezprostředně závazné a mají přednost před zákonem. Mezi další prameny zdravotnického práva můžeme zařadit např. zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění. Dále je také důležité zmínit zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění (32).

1.2 Zdravotnictví a legislativa

Problematiku medicínského práva upravují desítky právních předpisů. Neexistuje jeden jediný kodex s případnou prováděcí vyhláškou, ale jde o celou řadu zákonů i podzákonných právních předpisů, které lze případně diferencovat podle různých kritérií. Oblast medicínského práva upravují i mezinárodní úmluvy a ústavně právní předpisy, které mají vyšší právní sílu než zákon, dále celá řada zákonů a mnoho podzákonných právních předpisů. Do problematiky medicínského práva též významně zasahují i některé právní předpisy občanského práva hmotného i procesního, trestního práva hmotného i procesního a práva správního (34).

1.2.1 Úmluva o lidských právech a biomedicině

Nepochybně nejvýznamnější úmluvou dotýkající se problematiky medicínského práva je v současné době Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny - zkráceně Úmluva o lidských právech a biomedicině z roku 1997 (34).

Úmluva o lidských právech a biomedicině byla předložena k podpisu dne 4. dubna 1997 ve španělském Oviedu, 1. prosince 1999 vstoupila v platnost. Proces ratifikace byl ukončen podpisem prezidenta. Ratifikační listiny byly 22. června 2001 uloženy u generálního tajemníka Rady Evropy, smlouva vstoupila v platnost 1. října 2001. Úmluva se skládá z preambule, 14 kapitol a z 38 článků. Článek č. 1 se zabývá účelem a předmětem Úmluvy o lidských právech a biomedicině a říká, že smluvní

strany budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez rozdílu zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny. Každá smluvní strana přijme do svého právního řádu opatření nezbytná pro zajištění účinnosti ustanovení této Úmluvy. Další články Úmluvy o biomedicině se zabývají rovnou dostupností zdravotní péče, ochranou osob neschopných dát souhlas, ochranou osob s duševní poruchou, ochranou soukromí a právem na informace, zákazem diskriminace, zásahy do lidského genomu či ochranou osob neschopných dát souhlas s odebráním orgánů (10).

1.2.2 Úmluva o právech dítěte

Dne 20. listopadu 1989 přijalo Valné shromáždění OSN Úmluvu o právech dítěte. Český parlament ji ratifikoval až v březnu 1993. Její podstatou je specifikace práv dítěte a ochrana miliónů z nich, žijících v těžkých životních podmínkách. Tato úmluva je považována za nejprogresivnější podrobnou úmluvu o lidských právech, a protože určuje legální a morální bázi ke zlepšení života dětí, je též někdy oprávněně nazývána „Magna charta“ dětí (61).

K problematice medicínského práva a poskytování zdravotní péče se vztahují především články 6 a 24 Úmluvy o právech dítěte. Dle článku 6 Úmluvy o právech dítěte, státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají, že každé dítě má přirozené právo na život. Dále státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zabezpečují v nejvyšší možné míře zachování života a rozvoj dítěte. Článek 24 Úmluvy o právech dítěte říká, že státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu a na využívání léčebných a rehabilitačních zařízení. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, usilují o zabezpečení toho, aby žádné dítě nebylo zbaveno svého práva na přístup k takovým zdravotnickým službám. Dále uvádí, že státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, sledují plné uskutečňování tohoto práva a zejména činí potřebná opatření ke snižování kojenecké a dětské úmrtnosti, k zajištění nezbytné lékařské pomoci a zdravotní péče pro všechny děti s důrazem na rozvoj základní lékařské péče, k potírání nemocí a podvýživy též v rámci základní lékařské péče, k poskytnutí odpovídající péče matkám před porodem i po něm, k zabezpečení toho, aby všechny složky společnosti, zejména rodiče a děti,

byly informovány o zdraví a výživě dětí, přednostech kojení, hygieně, sanitárních podmínkách prostředí dětí i o předcházení nešťastným případům, dále aby měly přístup ke vzdělání a byly podporovány při využívání těchto základních znalostí; rovněž činí opatření k rozvoji osvěty a služeb v oblasti preventivní zdravotní péče a poskytují poradenské služby pro rodiče včetně výchovy k plánovanému rodičovství (34, 12).

1.2.3 Listina základních práv a svobod

Kromě mezinárodních úmluv, zavazujících Českou republiku v oblasti poskytování zdravotní péče a medicínského práva, je dalším právním předpisem vyšší právní síly než zákon Listina základních práv a svobod, konkrétně tedy ta její ustanovení, která se vztahují k problematice poskytování zdravotní péče a medicínského práva. Problematiky medicínského práva se dotýkají především články 6, 7, 8, 10 a 31 Listiny základních práv a svobod (34).

Dle článku 6 má každý právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením. Nikdo nesmí být zbaven života. Porušením práv podle tohoto článku však není, jestliže byl někdo zbaven života v souvislosti s jednáním, které podle zákona není trestné. Článek 7 Listiny základních práv a svobod stanovuje v odstavci 1 nedotknutelnost osoby a jejího soukromí, která má být tímto článkem zaručena. Omezena může být pouze v případech stanovených zákonem. S tímto souvisí právo občana, aby jakékoliv zdravotní výkony byly prováděny pouze s jeho kvalifikovaným souhlasem. Výjimky z tohoto práva může stanovit pouze zákon. Dle článku 8 Listiny základních práv a svobod je osobní svoboda zaručena a dle odstavce 6 tohoto článku zákon stanoví, ve kterých případech může být osoba převzata nebo držena v ústavní zdravotnické péči bez svého souhlasu. Takové opatření musí být do 24 hodin oznámeno soudu, který o tomto umístění rozhodne do sedmi dnů. Také článek 10 Listiny základních práv a svobod se dotýká problematiky medicínského práva a poskytování zdravotní péče. Dle tohoto článku má každý právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno. Dále má každý právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života a také právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným

zneužíváním údajů o své osobě. Článek 31 Listiny základních práv a svobod říká, že každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon (34, 54).

1.2.4 Zákon o péči o zdraví lidu

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu vytváří základní rámec pro poskytování zdravotní péče a činnost zdravotnických zařízení, spíše v obecné rovině definuje jednotlivé typy zdravotnických zařízení, obsah léčebně preventivní péče či úkoly pracovníků ve zdravotnictví. Část pátá tohoto zákona se týká zpracování osobních údajů souvisejících se zajišťováním zdravotní péče. Tyto údaje jsou zpracovávány v rámci Národního zdravotnického informačního systému, jehož fungování zajišťuje Ústav zdravotnických informací a statistiky. Obecně lze říci, že zákon o péči o zdraví lidu stanoví práva a povinnosti občanů v oblasti zdravotnictví a ujasňuje vztahy mezi subjekty, které do procesu spojeného se zdravotnictvím vstupují. Dále hovoří o některých povinnostech těchto subjektů. Dále je zde zmiňována nutnost rozvoje vědy a techniky a uplatňování tohoto rozvoje v praxi (článek III) a o důrazu na prevenci a ochranu zdraví (článek IV). Zákonem je dále stanovena spolupráce a vztahy mezi ministerstvem zdravotnictví České republiky, profesními organizacemi, občany a cizími státními příslušníky, a to nejprve v rovině obecné (§ 10) a poté i v rovině konkrétnější. Z této oblasti patří mezi nejdůležitější § 11, kterým je definován způsob úhrady a subjekt, který může zdravotní péči poskytovat. Tímto zákonem je upravena, resp. nastavena i léčebně preventivní péče, která zahrnuje především ambulantní péči, záchrannou službu, lázeňskou péči, lékárenskou péči či posudkovou činnost (64).

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, stanovuje, že zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob, a to v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy (32).

1.2.5 Zákon o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění upravuje veřejné zdravotní pojištění, rozsah a podmínky, za nichž je na základě tohoto zákona zdravotní

péče poskytována. Zákon určuje osobní rozsah zdravotního pojištění, vznik a zánik zdravotního pojištění či práva a povinnosti plátců pojistného a pojištěnců. Dále určuje podmínky poskytování zdravotní péče a její úhrady. Obsahuje též problematiku ambulantní a ústavní péče, pohotovostní a záchranné péče, preventivní péče, dispenzární péče, lázeňské péče aj. Šestá část zákona o veřejném zdravotním pojištění se zabývá zdravotními pojišťovnami. Osmá část je věnována síti zdravotnických zařízení. Přílohy tohoto zákona obsahují seznam zdravotních výkonů ze zdravotního pojištění nehrazených nebo hrazených jen za určitých podmínek, dále obsahují seznam prostředků zdravotnické techniky hrazených z veřejného zdravotního pojištění při poskytování ambulantní péče a seznam stomatologických výrobků (65).

1.2.6 Kodex práv pacienta

Kodex práv pacienta stanovuje, že pacient má právo na ohleduplnou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky. Z toho vyplývá, že pacient má právo být vyšetřen a ošetřen konziliářem, který je kvalifikovaným odborníkem. Etický kodex práv pacienta také dále stanovuje, že pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Zákonem uložená povinná mlčenlivost se vztahuje na všechny pracovníky, kteří se podílejí na poskytování zdravotní péče, a to bez ohledu na jejich činnost, funkci či pracovní zařazení (32).

Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a současně má být informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí. Dále má pacient právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních podmínkách a na jakém místě jsou k dispozici. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického výzkumu, stejně tak i terapeutického (50).

1.3 Zdravotnické systémy

Zdravotnický systém můžeme definovat jako organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty, ale i orgány reprezentující vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje i zdravotní péče (29).

1.3.1 Tržní model

Představitelem tržního modelu zdravotnického systému jsou především Spojené státy americké. Do roku 1996 bylo jeho představitelem v Evropě také Švýcarsko. V USA neexistuje zákon o všeobecném veřejném zdravotnictví, také zde není jednotná zdravotní politika na federální úrovni, ani jednotný federální systém zajištění zdravotní péče. Úhrada poskytnuté zdravotní péče je zde realizována z různých zdrojů. V USA je více než tisíc privátních pojišťoven nabízejících různé individuální nebo skupinové pojistné plány s různou náročností dle zájmů a především ekonomických možností klienta. K těmto privátním pojišťovnám nemá federální vláda žádné kompetence. I zde však žijí občané, kteří nemají finanční možnosti na přímou úhradu či uzavření komerčního zdravotního pojištění, proto musel stát zavést federální zdravotní programy Medicare a Medicaid, a tak stát hradí zdravotní péči pro nemajetné a zajišťuje úhradu z rozpočtových prostředků státu formou sociální solidarity. Program Medicare je určen lidem nad 65 let. Na populaci příjmově slabší je naopak zaměřen program Medicaid. Nevýhodou tržního modelu zdravotního systému je především nerovnost ve zdravotní péči, je příliš drahý, trpí nedostatečnými kontrolními mechanismy a je zde vysoké administrativní finanční zatížení a omezená dostupnost (61).

1.3.2 Anglický model (*National Health Service*)

Tento model vznikl ve Velké Británii v roce 1948 na základě Beveridgeovy zprávy z roku 1942, která vycházela ze zkušeností švédského zdravotnictví třicátých let dvacátého století (20).

Rovněž je tento model uplatňován i v Kanadě. Specifickým rysem tohoto systému zdravotní péče je centralizace, neboť zdravotní péče obyvatelstva je většinou

řízena britskou Národní zdravotní službou (National Health Service). Zdravotní péče je zde hrazena převážně z veřejných prostředků, které jsou získávány z větší části z daně z příjmu obyvatel (cca 80 %) a z menší části (cca 15 %) z doplňkové platby národního pojištění. Do fondu národního pojištění přispívají jak zaměstnanci, tak i zaměstnavatelé a osoby samostatně výdělečně činné. Spoluúčast pacienta na úhradách se uplatňuje u léků, zubních protéz a některých dalších zdravotních pomůcek. Zvláštní postavení ve zdravotnickém systému anglického modelu má praktický lékař. Občané musí mít registraci a pro vyšetření u specialisty doporučení od svého praktického lékaře. Svobodná volba změny lékaře je zabezpečena, i když částečně omezena dle místa bydliště. Lékař má též právo klienta odmítnout. Ošetření u specialisty bez doporučení praktického lékaře je možné, ale úhradu pak musí klient provést přímou platbou nebo ze svého soukromého pojištění (61, 70).

1.3.3 Model národního zdrav. pojištění s více zdravotními pojišťovnami

Tento model je v současné době uplatňován jak v České republice, tak i v zemích západní Evropy. Základním principem tohoto modelu zdravotnického systému je především existence více zdravotních pojišťoven, kombinace podílu trhu a veřejného dohledu. Zdravotní pojištění je ze zákona povinné. Poskytovatelé, pacienti a zdravotní pojišťovny jsou základními účastníky tohoto systému. Občané jsou povinně pojištěni a mají právo na výběr zdravotní pojišťovny. V rámci tohoto modelu je v některých zemích uplatňován tzv. pokladenský princip, který spočívá v tom, že pacient u lékaře zaplatí celou úhradu nebo zálohu a s vystaveným účtem za provedenou službu žádá u své zdravotní pojišťovny peníze, které lékaři zaplatil. Problémy vznikají u nesolventních klientů (61).

1.3.4 Srovnání modelů zdravotnických systémů

Ani jeden z modelů neřeší ideálně všechny problémy ekonomické, odborné, sociální i etické. Na základě zde uvedených modelů lze konstatovat, že ideální model zdravotnictví neexistuje, neboť ve všech případech musí zasahovat stát. Dále je nutné si uvědomit, že žádný z těchto modelů není tak spravedlivý, aby nerozlišoval bohaté

a chudé. V neposlední řadě se každý z těchto modelů snaží o určitou regulaci poptávky (61, 70).

V současné době čelí zdravotní systémy ve všech zemích, nejen v Evropské unii, několika hlavním výzvám. Jsou to stárnutí populace, nové technologie, ale i rostoucí očekávání občanů. Další výzvou je narůstající pohyb občanů jednotlivých členských zemí uvnitř unie, tedy mobilita pacientů (7).

Porovnáme-li systémy, které zajišťují zdravotní péči v jednotlivých hospodářsky prosperujících státech, zjistíme, že každý má své nedostatky i přednosti. V zásadě je však lze charakterizovat jako pluralistické nebo centralistické. V pluralistických systémech existuje především velká různorodost objektů poskytujících zdravotní péči. Centralizované systémy zpočátku svého uplatnění vykazují dobrou možnost zorganizovat zdravotní péči pro všechno obyvatelstvo. Negativním rysem tohoto systému je však vznik rozsáhlého byrokratického aparátu (1).

1.4 Zdravotní politika státu

Zdravotní politika je přístup oficiálních institucí, především vlády státu, ke stanovení zdravotních cílů, dávání či nedávání priority zdravotnickým službám, ale i resortům mimo zdravotnické služby, které ovlivňují zdraví (61).

Zdravotní politika je jakýmsi vyjádřením zájmu státu o zdraví občanů, dosahovaným prostřednictvím politických prostředků. Cílem zdravotní politiky musí být zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva. Hlavní náplní zdravotní politiky vedoucí k dosahování tohoto cíle jsou intervence, které směřují k žádoucímu ovlivnění příčin a podmínek, jež se podílejí na utváření obrazu zdraví a nemoci v populaci. Celková koncepce zdravotní politiky musí být především výrazem kvalifikovaně vyvozeného a důkazy podloženého co nejširšího společenského konsensu (16).

1.4.1 Vznik a vývoj zdravotní politiky

Zdravotní politika se jako vědní obor i cílevědomá praktická činnost zrodila až po druhé světové válce, a to především s řešením těžké zdravotní situace ve velké části evropských zemí v období poválečném. Jisté zárodky zdravotní politiky již lze

spatřovat v sanitárních opatřeních z období středověku. V roce 1888 byl po vzoru Německa v Rakousku-Uhersku, včetně českých zemí, zaveden systém nemocenského (zdravotního) pojištění. Pojištění bylo založeno na principu solidarity a tento tzv. bismarckovský model pojištění se postupně rozšířil ve značné části evropských zemí (20).

1.4.2 Zdravotní politika a její subjekty

Zdravotní politika nemá univerzální definici a v různých zemích se provádí různě. Zdravotní politiku můžeme v dnešním pojetí definovat na základě platných zákonů a konvencí jako cílevědomou činnost státu zaměřenou na ochranu, ale i podporu a obnovu zdraví obyvatelstva. Zdravotní politika je považována za výraz zájmu státu na zdravotním stavu obyvatelstva. Úzce souvisí s hospodářskou politikou státu. Vedle státu se na zdravotní politice podílejí ostatní státní a nestátní subjekty, které v rámci odvětví zdravotnictví vyvíjejí své aktivity. Jedná se například o zdravotní pojišťovny, zdravotnická zařízení, komory, nadace či nejrůznější asociace. Důležitými subjekty jsou i ty subjekty, jejichž hlavní činnost leží mimo rámec tohoto odvětví. Mezi tyto subjekty můžeme zahrnout obce, podnikatelé, zaměstnavatelé, občanské iniciativy, rodiny, ale i samotné občany. Na tvorbě zdravotní politiky státu se bezesporu podílí různé politické strany, ale i různorodé zájmové skupiny z domácí i zahraniční podnikatelské sféry (30).

1.4.3 Východiska a předpoklady zdravotní politiky

Východiskem pro zdravotní politiku je existence a charakter určitým způsobem uspořádané konkrétní společnosti a především její hospodářské a sociální politiky včetně politiky globální, kterou v oblasti péče o zdraví aplikuje. Lze říci, že míra skutečného efektu zdravotní politiky je dána nejen politickými zájmy a zájmy samotných občanů, ale především i schopností společenského systému tyto zájmy vyvolávat a současně vytvářet podmínky k jejich efektivní realizaci. Zdravotní stav obyvatelstva je základním, ale i konečným východiskem a rozhodujícím kritériem pro definování, zhodnocení a plnění cílů zdravotní politiky státu (29).

1.5 Systém zdravotního pojištění

Zdravotním pojištěním se rozumí způsob řešení nahodilých a v budoucnosti nastalých sociálních situací, jako je třeba nemoc či úraz fyzických osob. Smyslem a účelem zdravotního pojištění je úhrada nákladů zdravotní péče, která byla poskytnuta pojištěncům s cílem zachovat nebo zlepšit jejich zdravotní stav. Předností tohoto způsobu financování zdravotní péče je především to, že hájí přirozené potřeby člověka, dále jej motivuje k zájmu o vlastní zdraví a zároveň také podněcuje zdravotnická zařízení a i jejich zaměstnance ke kvalitní a efektivní činnosti (51).

1.5.1 Historie vzniku pojištění

Pojišťovací myšlenka se zrodila již někdy ve středověku. V Evropě vzniklo mezi prvními pojištění námořní, které se rozvinulo zejména v Itálii ve 14. století. Vzájemné pojišťovací ústavy proti ohni vznikaly v 15. století. Největší rozmach v pojišťování byl zaznamenán ve století sedmnáctém a byl spojen s rozvojem zámořského obchodu. Pojištění sociální je institucí veřejně - právní, a vzniklo až koncem 19. století. Co se týče vývoje sociálního pojištění v českých zemích, jakési náznaky pojištění můžeme zaznamenat již ve 14. století, kdy vznikl Fond parléřské hutě. V roce 1527 vznikl status dělnické nemocenské pokladny. V roce 1739, za vlády Karla VI, byly tyto pokladny zrušeny. Zvláštní zákon z roku 1892 umožnil zakládání dalších pokladen. Zákony vydanými v letech 1919-1924 bylo povinné zdravotní pojištění rozšířeno na všechny námezdně pracující a od roku 1925 pak bylo dále rozšířeno i na státní a veřejné zaměstnance. Po vzniku Československa bylo nemocenské pojištění dělníků upraveno zákonem č. 221/1924 Sb., který upravil pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří. V roce 1936 činilo průměrné pojistné 5,57 %. Z pojistného byla hrazena zdravotní péče včetně léků a některých zdravotnických pomůcek. V letech 1945-1948 nedošlo v pojištění k žádným podstatným změnám. Až v roce 1948 bylo nemocenské a důchodové pojištění sjednoceno do jednoho povinného systému zákonem č. 99/1948 Sb., o národním pojištění. Po roce 1990 začaly ve zdravotnictví probíhat zásadní organizační změny. Koncem roku 1990 byly zrušeny Krajské ústavy národního zdraví. V dalším roce se Okresní ústavy národního zdraví rozvolnily a postupně byly transformovány na samostatná zdravotnická zařízení s právní subjektivitou. Zásadním

důvodem, který vedl k zavedení veřejného zdravotního pojištění, bylo zachování solidarity, dále motivace občanů k zájmu o své zdraví a svůj zdravotní stav, ale především i motivace poskytovatelů zdravotní péče o co nejvyšší a nejefektivnější péči (20).

1.5.2 Veřejné zdravotní pojištění a jeho principy

Nedílnou součástí systému českého zdravotnictví a zároveň podmínkou jeho fungování je veřejné zdravotní pojištění. Jedná se o pojištění všeobecně platné na jehož základě se poskytuje oprávněným osobám zdravotní péče, která je hrazená z prostředků tohoto obligatorního zákonného pojištění (52).

Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění upravuje veřejné zdravotní pojištění a rozsah a podmínky, za nichž je na základě tohoto zákona zdravotní péče poskytována (65).

Veřejné zdravotní pojištění je vybudováno především na principu sociální solidarity, který lze charakterizovat jednak jako solidaritu „bohatých s chudými“, kdy občané s vyššími příjmy přispívají na péči lidem s příjmy nižšími, jednak jako solidaritu „zdravých s nemocnými“, kdy občan zdravý nečerpá či čerpá z pojistných fondů jen nižší částky než občan nemocný, jehož náklady na zdravotní péči jsou samozřejmě mnohem vyšší, a jednak jako solidaritu „mladých se starými“. Princip plurality osobního rozsahu znamená, že jde o pojištění všeobecně platné, které je dostupné pro všechny osoby v zákoně vyjmenované. Dalším principem veřejného zdravotního pojištění je princip plurality pojišťovacích institucí. Každá fyzická osoba musí být zdravotně pojištěna u některé zdravotní pojišťovny, kterou si sama svobodně zvolí. Při jejím výběru je tedy uplatňována zásada svobodné volby (52).

Klient má v současnosti na výběr z deseti zdravotních pojišťoven, prostřednictvím nichž je základní zdravotní péče ze zákonného zdravotního pojištění hrazena. Zákon o veřejném zdravotním pojištění přesně vymezuje působnost zdravotních pojišťoven a stanoví, co lze a nelze ze zdravotního pojištění uhradit (19).

1.5.3 Osobní rozsah zdravotního pojištění

Osobní rozsah zdravotního pojištění je upraven v legislativě jednotlivých zemí odlišně. V České republice je veřejné zdravotní pojištění koncipováno tak, že každý pojištěnec je současně plátcem pojistného, pokud však tuto povinnost nemá stát (52).

Dle zákona o veřejném zdravotním pojištění jsou zdravotně pojištěny osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky, dále osoby, které nemají trvalý pobyt na území České republiky, pokud jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který však má sídlo na území České republiky (65).

1.5.4 Vznik a zánik zdravotního pojištění

Zdravotní pojištění vzniká dnem:

- a) narození, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky,
- b) kdy se osoba bez trvalého pobytu na území České republiky stala zaměstnancem dle § 5 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb.,
- c) získání trvalého pobytu na území České republiky.

Zdravotní pojištění zaniká dnem:

- a) úmrtí pojištěnce nebo jeho prohlášením za mrtvého,
- b) kdy osoba bez trvalého pobytu na území České republiky přestala být zaměstnancem dle § 5 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb.,
- c) ukončení trvalého pobytu na území České republiky (65).

1.5.5 Plátcí pojistného na veřejné zdravotní pojištění

Plátcem pojistného je pojištěnec, a to především z titulu pracovního poměru zaměstnance, dále ze samostatné výdělečné činnosti, nebo je-li osobou bez zdanitelných příjmů. Má-li osoba samostatně výdělečně činná příjmy souběžně i ze zaměstnání, platí pojistné na zdravotní pojištění z příjmů z obou těchto činností (52).

Za plátce pojistného se dále považují osoby ve služebním poměru, členové družstva, společníci a jednatelé společnosti s ručením omezeným, zaměstnanci činní na základě dohody o pracovní činnosti, soudci, členové zastupitelstev územních samosprávných celků, poslanci Poslanecké sněmovny a senátoři Senátu Parlamentu

a poslanci Evropského parlamentu, zvolení na území České republiky, dále též členové vlády, prezident, viceprezident a členové Nejvyššího kontrolního úřadu, dobrovolní pracovníci pečovatelské služby apod. (65).

1.5.6 Pojistné na veřejné zdravotní pojištění

Pojistné na veřejné zdravotní pojištění je finanční částka, kterou jsou povinni všichni jeho plátcí platit. Částka pojistného se odvádí na účet Všeobecné zdravotní pojišťovny nebo jiné zdravotní pojišťovny, u které je pojištěnec pojištěn. V § 7 zákona č. 48/1997 Sb. je taxativně vymezen okruh pojištěnců, kteří jsou zproštěni od placení pojistného a pojistné tak za ně platí stát ze státního rozpočtu (52).

Jedná se především o nezaopatřené děti, poživatele důchodů, ženy na mateřské a rodičovské dovolené, příjemce rodičovského příspěvku, uchazeče o zaměstnání, osoby pobírající dávky sociální péče, osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované, osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby ve II., III., nebo IV. stupni a osoby pečující o tyto osoby. Dále se jedná o osoby ve vazbě nebo osoby ve výkonu trestu odnětí svobody, mladistvé umístěné ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy aj. (65).

Výše pojistného na veřejné zdravotní pojištění činí 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období. Měsíční rozhodné období platí pro zaměstnavatele, zaměstnance a osoby bez zdanitelných příjmů. U osob samostatně výdělečně činných je rozhodným obdobím kalendářní rok (63).

Vyměřovacím základem zaměstnance je úhrn příjmů, které jsou předmětem daně z příjmů fyzických osob, a to podle zákona o daních z příjmů a nejsou od této daně osvobozeny, a které mu současně zaměstnavatel zúčtoval v souvislosti se zaměstnáním, které zakládá účast na nemocenském nebo důchodovém pojištění (62).

Pojistné za zaměstnance hradí z jedné třetiny zaměstnanec a ze dvou třetin zaměstnavatel. Zaměstnavatel odvádí jak část pojistného, kterou je povinen hradit za své zaměstnance, tak i tu část pojistného, kterou jsou povinni hradit zaměstnanci. Tuto část jim zaměstnavatel sráží ze mzdy či platu, a to i bez jejich souhlasu (52).

1.5.7 Práva a povinnosti plátců pojistného

Za podmínek uvedených v zákoně č. 48/1997 Sb., v platném znění, má každý pojištěnec právo na zdravotní péči bez přímé úhrady, ale jenom v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem. Každý pojištěnec může svobodně změnit zdravotní pojišťovnu, ovšem jen jednou za 12 měsíců, a to vždy k 1. dni kalendářního čtvrtletí. Dále má každý pojištěnec právo na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnickém zařízení, s výjimkou závodní zdravotní služby, kteří jsou ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně. Toto právo lze uplatnit jednou za tři měsíce. Každý pojištěnec má též právo vybrat si pro všechny druhy péče i nesmluvní zdravotnické zařízení. V takovém případě si však veškerou zdravotní péči, včetně léků a souvisejících vyšetření (s výjimkou nutné a neodkladné péče) hradí sám ze svých vlastních prostředků. Pojištěnec má právo podílet se na kontrole poskytnuté zdravotní péče hrazené zdravotním pojištěním, a to tak, že na základě jeho písemného vyžádání je zdravotní pojišťovna povinna poskytnout 1x ročně písemné údaje o zdravotní péči uhrazené za pojištěnce v období posledních 12 měsíců. Mezi základní povinnosti pojištěnců patří sdělit v den nástupu do zaměstnání svému zaměstnavateli, u které zdravotní pojišťovny je pojištěn, resp. změnu zdravotní pojišťovny. Dále je povinností pojištěnce hradit zdravotní pojišťovně příslušné pojistné a dodržovat oznamovací povinnost vůči své zdravotní pojišťovně ve stanovených lhůtách, které jsou obecně 8 dnů, pouze u oznámení změny příjmení, jména, trvalého pobytu, nebo rodného čísla je lhůta 30 dnů. Osoba samostatně výdělečně činná je povinna při změně zdravotní pojišťovny předložit nově zvolené zdravotní pojišťovně doklad o výši záloh na pojistné vypočtených z vyměřovacího základu. Pojištěnec je povinen vrátit do 8 dnů zdravotní pojišťovně průkaz pojištěnce při změně zdravotní pojišťovny, či dlouhodobém pobytu v zahraničí (69).

1.5.8 Způsob a formy poskytování a úhrady zdravotní péče

Pojištěncům je poskytována zdravotní péče formou ambulantní péče či formou ústavní péče. Je-li pojištěnci poskytnuta zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení, se kterým má příslušná zdravotní pojišťovna uzavřenu smlouvu, má pojištěnec právo

na poskytnutí zdravotní péče bez úhrady v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem. Smluvní zdravotnická zařízení tudíž nesmějí za poskytnutou zdravotní péči vyžadovat od pojištěnce placení v hotovosti. Pokud by k tomuto došlo, jde o porušení zákona (52).

Ze zdravotního pojištění se hradí tyto zdravotní úkony:

- léčebná ambulantní a ústavní péče, včetně diagnostické péče, rehabilitace a péče o chronicky nemocné
- pohotovostní a záchranná služba
- preventivní péče
- dispenzární péče
- péče v době rekonvalescence
- odběr tkání nebo orgánů určených k transplantaci a manipulace s nimi
- poskytování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky
- lázeňská péče
- závodní preventivní péče
- doprava nemocných a náhrada cestovních nákladů
- doprava žijícího či zemřelého dárce do místa odběru (u živých dárců také náhrada cestovních nákladů)
- doprava odebraných tkání a orgánů
- posudková činnost
- prohlídka zemřelého pojištěnce a pitva, včetně dopravy (51, 4).

1.5.9 Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny institucionálně zajišťují veřejné zdravotní pojištění. Zdravotní pojišťovna je finanční instituce sui generis a jejím úkolem je provádět zákonné veřejné zdravotní pojištění. Zdravotní pojišťovna může provádět i smluvní zdravotní pojištění přesahující rámec zdravotní péče hrazené veřejným zdravotním pojištěním, má-li k tomu povolení dle zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví. V České republice uskutečňuje veřejné zdravotní pojištění jednak Všeobecná zdravotní

pojišťovna České republiky a jednak zdravotní pojišťovny resortní, oborové, podnikové a další (tzv. zaměstnanecké zdravotní pojišťovny) (52).

V současné době působí v České republice tyto zdravotní pojišťovny: Všeobecná zdravotní pojišťovna, Vojenská zdravotní pojišťovna, Hutnická zaměstnanecká pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank a pojišťoven, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra, Revírní bratrská pokladna - zaměstnanecká zdravotní pojišťovna, Zdravotní pojišťovna Metal - Alliance, Česká národní zdravotní pojišťovna a od letošního roku zdravotní pojišťovna Agel.

Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále jen VZP) má již od samého počátku výsadní postavení, neboť je u ní pojištěna převážná část populace, její postavení je tedy dominantní. Další skutečností ovšem je, že od samého počátku vzniku několika zdravotních pojišťoven se počet klientů VZP postupně snižuje. Tento vývoj je dán poměrně ostrým konkurenčním bojem mezi jednotlivými pojišťovnami, které se snaží získat klienta nejrůznějšími výhodami hlavně pro ženy, děti, nemocné a nejrůznější rizikové skupiny (3).

Zdravotní pojišťovny jsou právnickými osobami, které vystupují v právních vztazích svým jménem, mohou nabývat práv a povinností a nesou odpovědnost, která z těchto vztahů vyplývá. Zdravotní pojišťovny hospodaří s vlastním majetkem a i s majetkem jim svěřeným. Zdravotní pojišťovny nesmějí zřizovat a provozovat zdravotnická zařízení ani podnikat s prostředky plynoucími z veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovny samy kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče, a to v jejím objemu a kvalitě. Vnější kontrolu činnosti všech zdravotních pojišťoven provádí Ministerstvo zdravotnictví České republiky v součinnosti s Ministerstvem financí České republiky. Náklady zdravotní péče, poskytnuté pojištěncům zdravotnickými zařízeními, hradí příslušná zdravotní pojišťovna na základě smluv uzavřených se zdravotnickými zařízeními (52).

1.5.9.1 Transformace zdravotních pojišťoven

Podle současného ministra zdravotnictví Julínka nejsou zdravotní pojišťovny v současné podobě schopny plnit roli zastávce pojištěnce a jsou obtížně kontrolovatelné.

Novým zákonem chce proto stanovit jejich povinnosti, ale i pravomoci, vlastnickou odpovědnost, podmínky vzniku a činnost, na niž má dohlížet nový úřad (42).

Připravována je kompletní novela zákona o veřejném zdravotním pojištění, která zajistí občanům jasně definovaný nárok na plnění z veřejného zdravotního pojištění. Zákon stanoví nejen, jaká zdravotní péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, ale především také v jaké lhůtě a kde musí být pojištěnci poskytnuta. Za naplnění tohoto nároku budou plně odpovědné zdravotní pojišťovny. V dnešním systému zdravotního pojištění nemají pojištěnci možnost připlatit si legálně na „nadstandardní“ službu, získat od pojišťovny bonus za zdravý životní styl či vybrat si typ pojištění. To vše jim reforma umožní. Kromě standardního pojistného plánu budou nabízeny například produkty s vyšší spoluúčastí nebo zdravotní plány tzv. řízené péče (71).

Současný ministr zdravotnictví Tomáš Julínek plánuje převést zdravotní pojišťovny na akciové společnosti, které budou moci vytvářet zisk. Transformace zdravotních pojišťoven by měla začít v roce 2009. Pacienti si tak budou moci připlatit na nadstandardní zdravotní péči a dozvedí se, na co mají ze zdravotního pojištění nezpochybnitelný nárok. Na akciové společnosti hodlá ministerstvo převést i velké fakultní nemocnice (67).

Reforma zdravotních pojišťoven bude postavena na třech pilířích: transformaci pojišťoven na akciové společnosti, vzniku dozorového orgánu a zajištění dostupnosti lékařské péče. Zatím není dán jasný model, jak konkrétně transformace na akciové společnosti proběhne. Jasně však zůstává, že vlastníkem VZP zůstane stát a „pány“ resortních pojišťoven, tedy Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra a Vojenské zdravotní pojišťovny příslušná ministerstva. Dozorový orgán, který má vzniknout rovněž na začátku roku 2009, bude nezávislý na ministerstvu a jeho úkolem bude hlídat hospodaření a finanční zdraví pojišťoven a zákonem stanovené zajišťování dostupnosti zdravotní péče. V průběhu tohoto roku má též vzniknout novela zákona o zdravotním pojištění, jež stanoví jednak geografickou dostupnost lékařské péče a také maximální čekací doby na výkony (tzv. waiting list). Celá tato zmíněná transformace má přinést do zdravotního pojištění jistý prvek konkurence. Zákon totiž také jasně určí, co vše se bude občanům hradit z všeobecného zdravotního pojištění.

Nad jeho rámec budou pojišťovny nabízet komerční připojištění nadstandardu, tedy individuální zdravotní plány. Zdravotní pojišťovny budou moci své pojištěnce nejen připojistit, ale také motivovat za zdravý životní styl, tedy poskytovat bonusy (slevy na pojistném). Komerční pojišťovny nebudou do tohoto systému vpuštěny (68).

Stávající právní forma zdravotních pojišťoven neumožňuje přímou transformaci, proto nový zákon počítá s jejich převedením na novou dceřinou společnost založenou současnou zdravotní pojišťovnou. Jediným majetkem původní zdravotní pojišťovny budou akcie nově založené společnosti. Akcie všech zdravotních pojišťoven kromě VZP budou předmětem transparentního a veřejného převodu na nové vlastníky s tím, že jejich původní zakladatelé budou zohledněny a budou mít právo dorovnat nejvyšší nabídku. Výjimkou bude VZP, která zůstane v rukou státu, který získá veškeré její akcie (42).

1.6 Systém zdravotnictví v České republice

V současné době prochází systém zdravotnictví v České republice významným, ale zároveň i obtížným obdobím transformace. Nesnáze se projevují především v oblasti zdrojů, činností, výstupů a dopadů zdravotní péče (21).

1.6.1 Demografický vývoj populace

Jednou z nejviditelnějších společenských a především ekonomických změn odehrávajících se v současném světě je stárnutí populace. Česká republika dosahuje v základních demografických ukazatelích srovnatelných hodnot jako obdobné země – střední délka života byla například v ČR v roce 2005 72,9 let pro muže a 79,1 roku pro ženy (průměr v Evropě: 75,27 muži a 81,53 ženy). Demografický vývoj české populace bude velmi podobný jako v ostatních zemích západní Evropy. Podle výsledku demografických prognóz není příští vývoj celkového počtu obyvatel České republiky až tak zcela jednoznačný. Nejpravděpodobnější se jeví varianta jeho dočasné stability až mírného růstu, na který by po roce 2020 měl následně navázat intenzivnější pokles počtu obyvatel. V demografickém vývoji české populace je možné zaznamenat významnou demografickou změnu. Lze též očekávat prudký nárůst věkové skupiny

osob starších 85 let, která se vyznačuje vysokou potřebou a spotřebou zdravotní péče a především pak zdravotně-sociální péče, a tím také nárůst výdajové stránky zdravotnických rozpočtů (viz Příloha 1) (31).

Demografický vývoj v roce 2006 byl poprvé za posledních 13 let charakterizován populačním přírůstkem, počet narozených totiž v tomto roce převyšoval počet zemřelých o 1 390 osob. To souvisí s nárůstem porodnosti a poklesem úmrtnosti v roce 2006. Obyvatelstvo České republiky k 31. 12. 2006 čítalo 10.287.189 osob, tj. o 36,1 tisíc více než v roce předchozím. Stárnutí věkové struktury české populace pokračovalo i v roce 2006. Podíl dětí do 15 let poklesl o 0,2 procentního bodu na současných 14,4 %, podíl osob ve věku 65 let a více se naopak o 0,2 procentního bodu zvýšil, podíl osob ve věku 15–64 let tedy zůstal neměnný. V současnosti je tak zastoupení obou neproduktivních složek populace vyrovnané (14,4 %) a na 1 dítě do 15 let připadá jeden senior starší 64 let. Analytický ukazatel střední délky života dosahoval u mužů v roce 2006 hodnoty 73,4 let (nárůst oproti roku 2005 o 0,5 roku) a u žen 79,7 (nárůst o 0,6 roku) (58).

1.6.2 Organizace zdravotnictví v České republice

Hlavní strukturu zdravotnických institucí v České republice tvoří především Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Všeobecná zdravotní pojišťovna a ostatní zdravotní pojišťovny a zdravotnická zařízení v České republice. Od 1. ledna 2003 v souladu s reformou veřejné správy byla zdravotnická zařízení převedena do kompetence krajů, v ojedinělých případech pod přímé řízení Ministerstva zdravotnictví či pod správu měst a obcí (43).

1.6.2.1 Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Ministerstvo zdravotnictví jednotně řídí zdravotnictví a za tím účelem vydává obecně závazné právní předpisy pro organizaci a výkon zdravotní péče a vykonává dozor nad úrovní této péče. Ministerstvo zdravotnictví řeší v souladu s výsledky vědeckého poznání a s potřebami společnosti zásadní otázky zdravotnické politiky, stanovuje koncepci a vytyčuje hlavní směry rozvoje zdravotnictví a dbá o jejich zabezpečování. Dále také pečuje o rozvoj lékařské vědy a o výzkumnou činnost v oboru

zdravotnictví. Zabezpečuje pohotové převádění výsledků vědy do praxe tak, aby byla zdravotní péče poskytována na nejvyšší dosažitelné úrovni (64).

Ministerstvo zdravotnictví též řídí a kontroluje výkon státní správy v ochraně veřejného zdraví a odpovídá za tvorbu a uskutečňování národní politiky na úseku ochrany veřejného zdraví. Sestavuje celorepublikové programy a podpory veřejného zdraví a očkovací programy (60).

1.6.2.2 Všeobecná zdravotní pojišťovna

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky byla zřízena zákonem č. 551/1991 Sb. s účinností od 1. ledna 1992. VZP ČR provádí veřejné zdravotní pojištění a to v souladu s platnými právními předpisy České republiky. VZP ČR je právnickou osobou, a proto v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a také nese odpovědnost, která z těchto vztahů vyplývá. VZP ČR zajišťuje výběr pojistného na veřejné zdravotní pojištění a úhradu zdravotní péče z prostředků zdravotního pojištění a další činnosti, které jí zákon umožňuje. VZP ČR též vede registr pojištěnců veřejného zdravotního pojištění a je zároveň správcem zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění. Organizační strukturu VZP ČR tvoří Ústředí, krajské pobočky, územní pracoviště a úřadovny. Tuto organizaci a postavení organizačních složek podrobně upravuje organizační řád VZP ČR. V čele VZP ČR stojí ředitel, kterého volí a odvolává na návrh vlády Poslanecká sněmovna Parlamentu. Ředitel VZP ČR je zároveň statutárním orgánem VZP ČR a jedná jejím jménem. VZP ČR je největší zdravotní pojišťovnou v České republice a má více než 6,5 miliónů klientů (59).

1.6.2.3 Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny

Zákon č. 280/1992 Sb., upravuje vznik, činnost a zánik resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven. Resortní zaměstnaneckou pojišťovnou je pojišťovna, která provádí všeobecné zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance všech organizací založených nebo zřízených jedním ministerstvem České republiky anebo podléhající ucelené části tohoto ministerstva. Oborovou zaměstnaneckou pojišťovnou je pojišťovna, která provádí všeobecné zdravotní pojištění zejména pro

zaměstnance jednoho oboru. Podnikovou zaměstnaneckou pojišťovnou je pojišťovna, která provádí všeobecné zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance jednoho nebo více podniků. Další zaměstnaneckou pojišťovnou je pojišťovna s meziresortní a mezioborovou působností. Zaměstnanecká pojišťovna hospodaří s vlastním majetkem a s majetkem jí svěřeným. Zaměstnanecká pojišťovna je právnickou osobou, v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost z těchto vztahů vyplývající (66).

1.6.3 Financování zdravotnictví v České republice

Financování zdravotnictví úzce souvisí s celkovou koncepcí sociální politiky státu, tj. jakým dílem se bude na výdajích na zdravotnické služby podílet stát a naopak jakým mechanismem se bude podíl státu realizovat. Při zajišťování zdravotnických služeb pro své občany, vyspělé státy vycházejí ze zásady, aby zdravotnické služby byly všeobecně a ve stejné míře dostupné pro všechny občany. Způsob financování zdravotnických služeb je v současných ekonomikách vyspělých států řešen různě. Jednotlivé způsoby financování zdravotnických služeb se od sebe liší zejména velikostí podílu veřejných toků na celkových výdajích, rozsahem přímých úhrad za konzumované služby od pacientů, existencí či neexistencí zdravotního pojištění a jeho rozsahem, formami proplácení nákladů poskytovatelům zdravotnických služeb či způsoby stanovování cen za výkony. Formy financování zdravotnických služeb lze rozdělit na nepřímé financování, do kterého v našich podmínkách patří povinné (veřejné) pojištění, veřejné rozpočty (státní, obecní) či dobrovolné (smluvní) pojištění. Do kategorie přímého financování pak patří především přímé placení za služby včetně spoluúčasti pacientů na úhradách za služby a zejména za léky. Určitým zdrojem financí pro české zdravotnictví mohou být do jisté míry také strukturální fondy EU (43).

1.6.4 Zdravotní péče

Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob a to v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Zdravotní péči dále poskytují i zařízení sociálních služeb s pobytovými službami, jde-li

o ošetrovatelskou a rehabilitační zdravotní péči o pojištěnce v nich umístěné. Zdravotní péče je poskytována bez úhrady či za plnou nebo částečnou úhradu. Zdravotnické zařízení poskytující zdravotní péči musí být personálně, věcně a technicky vybaveno pro druh a rozsah zdravotní péče, kterou poskytuje, a musí dále splňovat hygienické požadavky na svůj provoz (64).

Způsob úhrady zdravotnických služeb by měl odpovídat určitým požadavkům. Především by měl odrážet zájmy všech účastníků zdravotní péče. Zúčtovací systém by měl být univerzální, průhledný a jednoduchý. Způsob úhrady by měl být spojen s minimálními administrativními náklady a měl by být flexibilní ve vztahu k měnícím se podmínkám. Rozlišujeme různé způsoby úhrady zdravotnických služeb. Jedná se především o platbu za výkon, platbu za diagnózu, platbu za ošetrovací den, kapitační platbu, účelové paušály nebo bonifikaci (29).

1.7 Soustava zdravotnických zařízení v České republice

Zdravotní péče je poskytována soustavou zdravotnických zařízení, které dělíme zejména na zařízení ambulantní a lůžková.

Mezi ambulantní zařízení především patří:

- ordinace praktických lékařů pro dospělé
- ordinace praktických lékařů pro děti a dorost
- ordinace lékařů pro ženy (gynekologů)
- ordinace praktických zubních lékařů
- ordinace odborných ambulantních specialistů, poradny

Mezi zařízení lůžkové péče patří především:

- nemocnice
- odborné léčebné ústavy
 - léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN)
 - léčebny pro tuberkulózu a respirační nemoci (TRN)
 - psychiatrické léčebny

- rehabilitační léčebny a ústavy
- lázeňské léčebny
- sanatoria
- zvláštní dětská zařízení

Mezi zdravotnická zařízení dále řadíme zařízení lékařské péče, státní zdravotní ústav a krajské hygienické stanice (60).

1.7.1 Zařízení ambulantní péče a nemocnice

Základní článek zařízení ambulantní péče tvoří ordinace praktických lékařů, popřípadě i ordinace dalších odborných lékařů. Sdružená ambulantní zařízení jsou léčebná zařízení, která jsou umístěna mimo území nemocnic a nejsou s nimi organizačně a personálně spojena. Nemocnice poskytují ambulantní a lůžkovou základní a specializovanou diagnostickou a léčebnou péči, jejíž součástí jsou i nezbytná preventivní opatření (64).

1.7.2 Zařízení závodní preventivní péče

Tato zařízení provádějí odbornou poradní činnost v otázkách ochrany a podpory zdraví a sociální pohody zaměstnanců, provádějí pravidelné kontroly pracovišť podniků, zjišťují vlivy práce a pracovních podmínek na člověka při práci či vykonávají preventivní lékařské prohlídky zaměstnanců (64).

1.7.3 Odborné léčebné ústavy

Odborné léčebné ústavy poskytují léčebně preventivní péči osobám s poruchami zdraví, které mají vleklý průběh a potřebují zvláštní odbornou péči s výrazným rehabilitačním zaměřením. Odborné léčebné ústavy jsou specializované zpravidla podle druhů nemocí (64).

1.7.4 Lékárny

Lékárenskou péči poskytovalo v roce 2006 2 497 lékáren a 213 výdejen zdravotnických prostředků (vč. odloučených pracovišť). Na 1 lékárně připadalo v průměru 4 120 obyvatel. Nárůst lékáren se v posledních letech výrazně zpomalil, síť lékáren však není rovnoměrná, k jejímu houstnutí dochází zejména v lukrativnějších lokalitách, tj. větších městech (58).

Lékárny a další zdravotnická zařízení k tomu určená vydávají také zdravotnické prostředky, některá z nich zhotovují a opravují některé druhy těchto prostředků (64).

1.7.5 Zvláštní dětská zařízení

Do této nesourodé skupiny zdravotnických zařízení řadíme kojenecké ústavy, dětské domovy a jesle, pečující o všestranný rozvoj dětí ve věku do 3 let (20).

1.7.6 Statistické údaje o síti a činnosti zdravotnických zařízení

Koncem roku 2006 bylo v České republice evidováno více než 27 500 zdravotnických zařízení, z toho více než 19 500 samostatných ordinací. Jen 257 zařízení bylo státních, 27 283 zařízení bylo nestátních. Ve všech zdravotnických zařízeních pracovalo koncem roku v přepočteném počtu více než 41 000 lékařů a téměř 104 400 samostatných zdravotnických pracovníků nelékařů. V průměru připadalo v České republice na 1 lékaře 250 obyvatel. Ve státních zařízeních pracovalo 20 % všech lékařů a 27 % všech samostatných zdravotnických pracovníků nelékařů. Lůžkový fond 68 státních zařízení ústavní péče představoval 30,5 % z celku (nemocnice 30 %, odborné léčebné ústavy 53 %, lázně 12 %). V nestátních zařízeních (zřizovatel kraj) pracovalo 13 % všech lékařů a více než 20 % samostatných zdravotnických pracovníků nelékařů. Kraje (jako zřizovatelé) spravovaly 93 lůžkových zařízení, jejich lůžkový fond představoval 22 % z celkového lůžkového fondu ČR. V nestátních zařízeních (zřizovatel město, obec) pracovalo jen 3 % lékařů a necelých 5 % samostatných zdravotnických pracovníků nelékařů. Města nebo obce spravovala 36 lůžkových zařízení, jejich lůžkový fond představoval 5,5 % z celku. Ambulantní péči zajišťovalo koncem roku zhruba 72 % všech lékařů (29 706) a necelých 50 % všech samostatných zdravotnických pracovníků nelékařů (51 592). Na 1 ambulantního lékaře

(vč. diagnostických služeb) připadalo v průměru 350 obyvatel. Nárůst ambulantních specialistů mimo ambulantní části nemocnic se již zastavil. Na 1 praktického lékaře pro dospělé připadalo konce roku v průměru 1 600 registrovaných pacientů. V lůžkové péči (s výjimkou lůžek) pracovalo koncem roku téměř 10 000 lékařů a samostatných zdravotnických pracovníků nelékařů 41 800. Na 10 000 obyvatel ČR připadalo v průměru 84,5 lůžek (v nemocnicích 62,4, v odborných léčebných ústavech 22,1). Síť zdravotnických zařízení ústavní péče byla koncem roku složena ze 191 nemocnic s celkem 64 174 lůžky (v tom 55 296 lůžek akutní péče, 2 176 lůžek novorozeneckých a 6 702 lůžek ošetrovatelské následné péče) a 162 odborných léčebných ústavů (vč. ozdravoven a hospiců) s 22 714 lůžky (58).

1.8 Fakta o českém zdravotnictví

Celkové příjmy sektoru zdravotnictví v České republice dosáhly v roce 2006 cca 225 mld. Kč a oproti roku 2005 vzrostly o 4,2 %. Podíl zdravotních pojišťoven na financování zdravotnictví činil 80,1 % (viz Příloha 2). U veřejného zdravotního pojištění, které je nejvýznamnější částí výdajů zdravotnického sektoru, činil nárůst 5,8 %. Celkové příjmy z ostatních veřejných zdrojů přesáhly 19 mld. Kč. V přepočtu na jednoho obyvatele bylo celkem, včetně soukromých zdrojů, na zdravotnictví vynaloženo 21.880 Kč. Celkové výdaje systému veřejného zdravotního pojištění dosáhly v roce 2006 celkem 180 mld. Kč. Již několik let působí v českém systému veřejného zdravotního pojištění devět zdravotních pojišťoven, které registrují přes 10 mil pojištěnců. Od letošního roku působí v České republice již desátá zdravotní pojišťovna. Největší z nich, Všeobecná zdravotní pojišťovna, registruje přes 6,5 mil. pojištěnců (31).

Podle statistik připadá na jednoho obyvatele ČR průměrně 13,1 návštěv lékaře za rok, tj. více než jedna návštěva měsíčně. Důsledkem toho je dle ministerstva zdravotnictví plýtvání s prostředky veřejného zdravotního pojištění a následná finanční nerovnováha systému. Takto vysoká frekvence kontaktů má nepříznivý dopad i na samotný způsob poskytování zdravotní péče neboť má lékař na vyšetření pacienta jen velmi krátký čas. Ze statistik Ministerstva zdravotnictví dále vyplývá, že bylo za rok

2005 v ČR předepsáno 96,6 mil. receptů a poukazů. Za rok 2005 se v ČR za léky a zdravotnické prostředky utratilo celkem 59,4 mld. Kč a během jednoho roku vrátí pacienti do lékáren nepoužité prošlé léky za 2 miliardy Kč. Podle různých odhadů tak celková hodnota nepoužitých léků vychází na 4–10 miliard Kč ročně (47).

Počet hospitalizací se od roku 2000 s mírnými výkyvy zvýšil o 7 % na 22 131 v přepočtu na 100 tisíc obyvatel. Průměrná ošetrovací doba v tomto období naopak poklesla téměř o 1 den na 7,2 dne. Dále se zvýšil průměrný věk hospitalizovaného pacienta o více než 2 roky na 47,5 let. U 3 případů hospitalizace z 10 byla provedena operace a každá 40. hospitalizace skončila úmrtím v nemocnici. V roce 2006 proběhlo v nemocnicích 2 272 tisíc hospitalizací, z toho 57 % u žen a 43 % u mužů. (56).

Koncem roku 2006 bylo v České republice evidováno více než 27 500 zdravotnických zařízení, z toho více než 19 500 samostatných ordinací. Z toho je 257 zařízení státních (zřizovatel Ministerstvo zdravotnictví a ostatní centrální orgány) a 27 283 zařízení je nestátních. Na 1 primárního lékaře pro děti, dorost i dospělé připadá v ČR v průměru 1 420 obyvatel (viz Příloha 3). Na 1 praktického zubního lékaře připadá v průměru 1 700 obyvatel a na 1 praktického gynekologa připadá v ČR v průměru 4 250 žen. Struktura sítě zdravotnických zařízení je v České republice již stabilizovaná, prudký nárůst počtu zdravotnických zařízení v důsledku rozvolňování velkých právních subjektů a vyčleňování samostatných ordinací ambulantních specialistů mimo nemocnice se téměř zastavil. Stagnuje navyšování lůžkové kapacity nemocničních oddělení následné ošetrovatelské péče (57).

V roce 2005 se u jednoho člena průměrné domácnosti soukromá vydání na zdraví zvýšila o 121 Kč (o 7 %) oproti roku 2004 na celkových 1 795 Kč ročně. Výdaje na osobu v domácnostech důchodců přitom činily průměrně 2 743 Kč a oproti roku 2000 vzrostly o 880 Kč, což je 47 %. Nejvyšší podíl výdajů průměrné domácnosti tvořily platby za léky (volný prodej a doplatky na recepty dohromady 59,5 %), dále zdravotnické prostředky 17,4 % a stomatologická péče 11,5 % (55).

1.9 Reforma veřejných financí

Cílem reformy veřejných financí je především snížit vládní deficit a zastavit nárůst vládního dluhu, dále je jejím cílem plošně snížit daňové zatížení, omezit administrativní zátěž a reformovat důchodový systém a zdravotnictví. Základní myšlenkou reformy je posílit adresnost sociálního systému, zvýšit efektivnost ostatních veřejných výdajů a snížit míru zásahů státu do ekonomiky. Situace v oblasti veřejných financí je neudržitelná a představuje zásadní celospolečenské riziko. Pro zlepšení této situace je nevyhnutelné reformovat jak výdajovou stranu, tak i příjmovou stranu bilance veřejných rozpočtů (38).

Snížení administrativní zátěže pro poplatníky a státní správu lze dosáhnout maximálním zjednodušením legislativy a maximálním zjednodušením správy daní a odvodů. Maximálního zjednodušení legislativy lze docílit přehledností a srozumitelností zákonů či snižováním počtů daní a odvodů. Maximálního zjednodušení správy daní a odvodů lze dosáhnout zjednodušením a zrychlením daňového procesu či sloučením výběru daní, cel a odvodu pojistného na jedno výběrní místo, dále též sjednocením vyměřovacích základů daně z příjmu a pojistného a centralizací a elektronizací procesů při vytváření efektivní organizace výběrů daní a odvodů (37).

1.9.1 Zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů

Vláda předložila sněmovně návrh zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů dne 24. května 2007. Poslanecká sněmovna postoupila dne 31. srpna 2007 návrh zákona Senátu. Po projednání návrhu byl Senátem schválen a doručen 25. září 2007 k podpisu prezidentovi České republiky, který jej 5. října 2007 podepsal. Schválený zákon byl doručen k podpisu premiérovi 10. října 2007. Následně byl zákon vyhlášen 16. října 2007 ve Sbírce zákonů pod číslem 261/2007 Sb. (44).

Od 1. ledna 2008 tedy začíná platit zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. Tento zákon s sebou přináší řadu změn již platné legislativy. Dochází ke změnám zákona o daních z příjmu, zákona o dani z přidané hodnoty, zákona o registračních pokladnách či zákona o spotřebních daních. I oblast sociálního zabezpečení a oblast zdravotnictví zaznamenává jisté změny. Jde například o změnu

zákona o životním a existenčním minimu, zákona o státní sociální podpoře, zákona o pomoci v hmotné nouzi, zákona o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, zákona o sociálních službách, zákona o nemocenském pojištění zaměstnanců, zákona o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, zákona o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, zákona o důchodovém pojištění, zákona o nemocenském pojištění. Změny se týkají i zákoníku práce, zákona o zaměstnanosti, zákona o obcích či zákona o krajích. Co se týká oblasti zdravotnictví, dochází ke změně zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Změny se týkají především zavedením regulačních poplatků a limitů regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely. Dále se jedná o změnu regulace cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely. Změny se též týkají zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění (39).

1.9.2 Reforma zdravotnictví

České zdravotnictví se bude muset v blízké budoucnosti vyrovnat s přívalem nových drahých medicínských postupů, se vzrůstajícími nároky občanů a především s demografickými vlivy, jakým je bezesporu stárnutí obyvatelstva, které je aktuální hrozbou pro financování zdravotnictví. Cílem reformy českého zdravotnictví je zvýšit kvalitu a efektivitu systému zdravotnictví cestou změny rolí a vztahů pojišťoven, poskytovatelů, státu a občanů. Za další cíl si klade zajistit dlouhodobou finanční stabilitu systému, a tak zachovat všeobecnou dostupnost potřebných zdravotních služeb i pro příští generaci (23).

Podstatou celé reformy zdravotnictví je především posílení postavení pacienta ve zdravotním systému. Tento důraz na pacienta a dostupnost zdravotních služeb je vyjádřen v pěti základních zásadách:

1. Zamezit plýtvání
2. Zajistit postavení pacienta jako zákazníka

3. Stanovit časovou a místní dostupnost zdravotních služeb a rozsah krytí z veřejného zdravotního pojištění tak, aby občan věděl, kdy, kdo a kde mu poskytne zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění (bez nutnosti korupce)
4. Zřídit specializovaný nezávislý dohled nad zdravotními pojišťovnami
5. Zajistit kvalitu a bezpečnost zdravotních služeb

Reforma zdravotnictví se zaměřuje na tyto následující oblasti:

- Veřejné zdravotní pojištění
- Poskytování zdravotní péče
- Vzdělávání, věda a výzkum (71)

Ze statistik vyplývá, že na jednoho obyvatele České republiky připadá průměrně 13,1 návštěv u lékaře za rok (viz Příloha 4). Důsledkem je plýtvání s prostředky veřejného zdravotního pojištění a následná finanční nerovnováha systému. Také počet dnů hospitalizace v ČR (čili doba pobytu v nemocnici) je téměř o polovinu vyšší než průměr v ekonomicky vyspělých zemích a stále roste (viz Příloha 5). Za rok 2005 se v České republice za léky a zdravotnické prostředky utratilo celkem 59,4 mld. korun. Za rok 2005 bylo v České republice předepsáno 96,6 mil. receptů a poukazů (41).

Po vstupu platnosti reformy je očekávaný nárůst celkových příjmů systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2008 odhadem 3,5 až 4 mld. Kč. Očekávaná úspora celkových výdajů systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2008 se odhaduje na 4 mld. Kč (47).

Reforma zdravotnictví bude probíhat v několika krocích. S účinností od ledna 2009 má podle představ Ministerstva zdravotnictví následovat dalších devět zákonů v souvislosti se změnou zdravotnické legislativy. V oblasti veřejného zdravotního pojištění jde o novelu, která stanoví rozsah péče hrazené ze zdravotního pojištění a nárok pojištěnců na její časovou a místní dostupnost, dále zákon o zdravotních pojišťovnách, který je převede na akciové společnosti, a zákon o dohledu nad

zdravotními pojišťovnami. Oblast poskytování zdravotní péče má upravit nový zákon o zdravotní péči, zákon o specifické zdravotní péči, zákon o zdravotnické záchranné službě a dále zákon o zdravotnických zařízeních a samostatné zdravotnické praxi, který má zajistit rovnoprávnost poskytovatelů zdravotní péče. Pro zajištění kvality péče má sloužit novela obou zákonů o vzdělávání lékařů i nelékařských pracovníků. Poslední ze zákonů plánovaných s účinností od 1. ledna 2009 je pak zákon o univerzitních nemocnicích (14).

Zákonem o univerzitních nemocnicích budou vymezeny specifické podmínky pro zařízení, která se vedle poskytování špičkových zdravotních služeb ve velké míře věnují vzdělávání a výzkumu. Jejich činnost musí být proto založena na vícezdrojovém financování. Univerzitní nemocnice budou mít formu neziskových akciových společností s majetkovým podílem univerzit a státu. Tímto způsobem bude odstraněna dnešní dvoukolejnost v jejich řízení, která panuje mezi Ministerstvem zdravotnictví a školství. Současně se zákonem o univerzitních nemocnicích budou novelizovány zákony týkající se vzdělávání zdravotnických pracovníků. Bude zaveden systém nástavbových specializací lékařů, které budou navazovat na specializace základní. Dále bude vytvořen nový systém vícezdrojového financování specializačního vzdělávání. Rovněž bude upraven systém akreditací vzdělávacích pracovišť a bude umožněno, aby celoživotní vzdělávání lékařům mohly nabízet všechny subjekty, které splní zákonné předpoklady (33).

1.9.2.1 Regulační poplatky

Regulační poplatky je nutné zavést především za účelem omezení plýtvání a zneužívání zdravotních služeb. Výše poplatků je nastavena velmi citlivě. Porovnáme-li se s našimi vyspělými sousedy jako je Rakousko a Německo, ale také s velmi sociálním Švédskem, zjistíme, že i když výši poplatků vztáhneme k výši průměrné mzdy, jsou „české“ poplatky nejnižší (viz Příloha 6) (40).

Od ledna 2008 se zavádějí čtyři základní typy poplatků:

- 30 Kč za vyšetření u praktického, dětského, ženského a zubního lékaře, za návštěvu u specializovaného ambulantního lékaře, za návštěvu lékaře u nemocného doma či za návštěvu u klinického psychologa a klinického logopeda
- 30 Kč za výdej léku na předpis
- 60 Kč za každý den pobytu v nemocnici, porodnici (platí matka i dítě, a to i za dítě v inkubátoru), lázních (komplexní péče), odborném léčebném ústavu, léčebně dlouhodobě nemocných a v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách
- 90 Kč za lékařskou službu první pomoci včetně návštěvy stomatologické pohotovosti, pokud nedojde k následné hospitalizaci (pohotovost: SO, NE, svátek, pracovní dny 17.00-07.00) (40).

Ze všech poplatků jsou vyjmuti:

- pojištěnci v hmotné nouzi, kteří se prokáží rozhodnutím vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi ne starším 30 dnů
- děti z dětských domovů a děti v ústavní nebo ochranné výchově
- lidé v ochranném léčení nařízeném soudem
- lidé při léčení infekčního onemocnění, kde je nařízená izolace či karanténa (45).

Poplatek 30 korun za návštěvu se v ordinacích nevybírám jestliže:

- není provedeno klinické vyšetření
- jedná se o preventivní prohlídku
- jedná se o laboratorní a diagnostické vyšetření
- jde o některé zvláštní léčebné úkony, a to buď takzvanou dispenzární péči
- nebo hemodialýzu nebo dárčovství krve (40)

Zvláštní léčebné úkony, se týkají jenom konkrétních specifických situací u některých skupin pacientů, patří mezi ně dispenzární péče poskytovaná chronicky nemocným dětem nebo těhotným ženám, hemodialýza, včetně peritoneální dialýzy a vyšetření lékařem transfuzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně (40).

Zavedení regulačních poplatků je jen začátkem samotné zdravotnické reformy. Ministr zdravotnictví předloží vládě a parlamentu nové zákony v průběhu roku 2008, které jasně vymezí nárok občanů na zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění, tedy na co a dokdy mají nárok, včetně na jak velkém území musí pojišťovna zajistit dostupnost praktického lékaře. Všechny zavedené poplatky se týkají pouze těch zdravotních výkonů, léků a pobytů, které jsou hrazeny částečně anebo zcela z veřejného zdravotního pojištění (40).

1.9.2.2 Ochranný limit

Absolutní novinkou českého zdravotnictví je zavedení ročního ochranného limitu 5 tisíc korun. Jeho hlavním cílem je chránit zejména chronicky nemocné občany před nadměrnou kumulací doplatků na léky a některých nově zaváděných regulačních poplatků. Do limitu 5 tisíc korun se započítávají doplatky za léky (nezapočítávají se v plné výši, ale jen ve výši nejnižšího doplatku v dané skupině léčiv) , poplatky ve výši 30 korun za návštěvu u lékaře a poplatky ve výši 30 korun za výdej léku. Do ročního ochranného limitu se tedy nezapočítávají doplatky na některé léky, doplatky na zdravotnické prostředky vydané na poukazy, poplatek 90 korun za pohotovost a poplatek 60 korun za pobyt v nemocnici. Mezi doplatky, které se do limitu nezapočítávají, patří doplatky na částečně hrazené léky, jejichž úhrada je nižší než 30 % maximální ceny, anebo doplatky na léky, které obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě. Dále se do ročního limitu nezapočítávají doplatky za částečně hrazené léky účtované jako takzvané ZULP (zvlášť účtované léčivé přípravky předepisované na žádanku) a hrazené z veřejného zdravotního pojištění při poskytování ambulantní péče. Starost o sledování a naplňování ročního ochranného limitu uložil zákon zdravotním pojišťovnám (40).

Dá se předpokládat, že pro chronické pacienty bude výše doplatku, který se do ochranného limitu započítává, zásadní. Limit 5000 korun ročně, jehož překročení bude pojišťovna pacientovi vracet, se týká kromě doplatků jen poplatků za klinické vyšetření a za vydání položky na receptu. Pobyt v lůžkovém zařízení ani návštěva pohotovosti se nezapočítávají. Kdyby měl pacient překročit limit jen kvůli poplatkům a žádné doplatky by se mu nezapočítávaly, vyčerpá svých 5000 korun po zhruba 55 návštěvách lékaře, při kterých dojde vždy ke klinickému vyšetření a předepsání dvou položek na receptu (8).

1.9.2.3 Ceny a úhrady léků

Od 1. ledna 2008 se také mění způsob, jakým jsou stanovovány ceny a úhrady léků. Nadále nebudou úhrady publikovány formou vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky. Výše a podmínky úhrad budou stanovovány v rámci individuálních správních řízení. Dle novelizovaného zákona č. 48/1997 Sb. Ministerstvo zdravotnictví vytváří právní předpisy a slouží jako odvolací správní orgán. Státní ústav pro kontrolu léčiv je prvoinstanční orgán, který stanovuje výši a podmínky úhrady. Od 1. ledna 2008 také dochází ke změně výše snížené sazby DPH z 5 % na 9 %. Maximální ceny výrobce a úhrady přípravků se nemění. U léčiv vydávaných na lékařský předpis je čtyřprocentní nárůst DPH a zvýšení obchodní přírážky u levnějších přípravků kompenzován lékárnou z vybraného třicetikorunového poplatku, u dražších přípravků je nárůst DPH kompenzován částečně snížením obchodní přírážky a též z vybraného třicetikorunového poplatku (48).

Tento způsob stanovování ceny a úhrady léků bude plně vyhovovat požadavkům Evropské komise, která již v minulosti Českou republiku kritizovala za netransparentní postup v této oblasti. Vznikne tak zcela nový systém, který však bude daleko pružnější než dnes a povede k tlaku na snižování cen léků, a tím pádem i doplatků (40).

1.10 Elektronické zdravotnictví

Česká republika podepsala evropskou deklaraci Spolupráce v oblasti eHealth, a zapojila se tak do klubu zemí, které budou společně připravovat budoucí podobu

evropského elektronického zdravotnictví. To v podstatě znamená, že v programovém období 2007 až 2013 chystá Česká republika zásadní změnu zdravotnické informatiky v rámci projektu eZdraví. Hlavním cílem tohoto projektu je zvýšení kvality poskytovaných služeb a rovněž tak jejich zásadní zlevnění. Pomocí moderních informačních technologií dokáže totiž uspořit čas pacientů i lékařů a samozřejmě také výdaje na léky a odbornou lékařskou péči ve všech jejích oborech (53).

Elektronické zdravotnictví neboli eHealth lze tedy chápat jako aplikaci informačních a komunikačních technologií napříč celým spektrem funkcí, ovlivňujících zdraví a zdravotnictví. Jde o využívání informačních a komunikačních technologií pro zdraví a ve zdravotnictví. Nelze však eHealth chápat jako řešení, nýbrž jako nástroj. Pro rozvoj eHealth je důležitá podpora státu. Nadějně je rozhodnutí ministra zdravotnictví Tomáše Julínka vytvořit Meziresortní koordinační výbor pro eHealth. V České republice se připravuje národní koncepce rozvoje elektronického zdravotnictví. Prioritami této koncepce bude především poskytování informací pacientům, elektronická zdravotní dokumentace či elektronické předpisy (6).

Česká republika byla a je jedním z průkopníků zpřístupnění zdravotnických záznamů pacientovi prostřednictvím systému IZIP (internetový přístup ke zdravotním informacím pacienta), kde pacient rozhoduje, komu svoje záznamy zpřístupní a komu nikoli. Bez eHealth aplikací včetně bezhotovostního platebního styku je v České republice obtížné si představit uspokojivé řešení sledování poplatků ve zdravotnictví, neboť výběr v hotovosti představuje velice podstatnou administrativní zátěž jak na úrovni poskytovatelů péče, tak zdravotních pojišťoven (22).

Možnosti uplatnění eHealth:

- Elektronická identifikace pacienta i lékaře
- Elektronické zdravotní záznamy
- Zdravotní informační systém
- E-learning pro zdravotnické pracovníky
- Celostátní registry (5).

1.10.1 Projekt elektronického identifikátoru

Projekt elektronické karty zdravotního pojištění je projektem Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky. Tato pojišťovna vznikla v roce 1992 spolu se systémem veřejného zdravotního pojištění a v současné době pojišťuje téměř 6,5 milionů pojištěnců. Již v roce 2003 zadala VZP ČR projekt analýzy zavedení elektronického identifikátoru v oblasti zdravotního pojištění (17).

Mezi hlavní důvody pro zavedení elektronické identifikace patří především doporučení Rady Evropy všem členským zemím zavést do poloviny roku 2008 ve zdravotním pojištění elektronickou identifikaci, dále též elektronická identifikace snižuje možnost zneužití a snižuje administrativní náročnost. V neposlední řadě může přinést další užitečnou funkcionalitu. Na základě výsledků analýzy Elektronického identifikátoru bude elektronický identifikátor ve formě čipové karty a bude sloužit pro vizuální i elektronickou identifikaci pojištěnců, dále bude hlavně klíčem k informacím uloženým mimo kartu a bude využíván i v oblasti sociálních služeb (5).

1.10.2 Elektronický předpis léku (ePreskripce)

Elektronický recept nejen že vyloučí chyby při psaní a čtení receptu, ale pomůže i výrazně snížit šanci recepty falšovat. Mnohem větším přínosem je využívání informací shromážděných v databázi elektronických receptů pro bezpečnost a kvalitu poskytované zdravotní péče. Shromážděné a on-line přístupné informace zabrání nejen omylům, ale také především nežádoucím komplikacím, které vznikají díky vzájemnému působení různých léků, které pacient užívá současně. Toto propojení informací o předepisovaném léku s informacemi o zdravotním stavu pacienta ve zdravotní knížce umožní nově lékařům i lékárníkům zvážit, zda je lék pro pacienta skutečně bezpečný a vhodný (6).

Zavedení elektronické preskripce povede ke:

- snížení administrativní zátěže, kladené papírovými recepty na tyto zdravotnické profesionály;
- zamezení defraudací papírových receptů a následnému zneužívání takto získaných drog na ilegálním trhu s léčivými;

- efektivní a okamžitá kontrola receptů vystavených na konkrétního pacienta a receptů vystavených konkrétním lékařem/zdravotnickým zařízením;
- rozšíření aplikací podporujících rozhodování pacienta/lékaře/lékárníka při optimalizaci farmakoterapie s cílem odstranit možné interakce mezi léky předepsanými různými lékaři (11).

Využívání ePreskripce zvýší efektivitu využívání zdrojů jak personálních, tak i finančních. Povede k úspoře času předepisujícího lékaře a umožní každému předepisujícímu lékaři kontrolu nákladů na předepsané léky. Využívání ePreskripce povede k úspoře předepsaných a vydaných léků, k omezení plýtvání léky díky zbytečně velkému množství předepsaných dávek (11).

1.10.3 Společnost IZIP

Společnost IZIP, a. s. byla založena v roce 2001 a specializuje se na elektronické zdravotnictví s využitím nejmodernějších dostupných technologií. Předkládá technologická řešení na zpracování dat pro zdravotnictví, spoluvytváří podobu softwarů ve zdravotnictví a pracuje na mnoha projektech, kde se prolínají moderní informační technologie s péčí o pacienty. Jedním z hlavních produktů je systém IZIP, který zřizuje a provozuje elektronické zdravotní knížky. Do konce roku 2005 si v systému IZIP zřídilo svoji elektronickou zdravotní knížku více než 828 000 klientů a bylo do něho provedeno téměř 2 900 000 zápisů (24).

Počet elektronických zdravotních knížek v systému IZIP dosáhl dne 18. ledna 2007 magického čísla jednoho milionu. Ke stejnému datu systém zaznamenal 5,7 milionu zápisů. Neustále rostoucí počet zápisů také významně ovlivňují dvě velké fakultní nemocnice, jež jsou do systému elektronických zdravotních knížek zapojeny. Fakultní nemocnice Hradec Králové ho začala využívat v některých svých provozech již v roce 2005, na konci roku 2006 se do systému IZIP připojila i Fakultní nemocnice Plzeň (25).

1.10.3.1 Elektronická zdravotní knížka

Elektronická zdravotní knížka je jedním z možných nástrojů elektronického zdravotnictví e-Health, které usnadňují, urychlují a především zefektivňují komunikaci mezi lékaři, odbornými institucemi a pacienty. Projekt IZIP navržený českými lékaři byl ve spolupráci s vybranými partnery ve své pilotní podobě poprvé realizován v roce 2002, a to ve čtyřech oblastech ČR (v Benešově, Berouně, Jičíně a Rokycanech). V současné době je do systému IZIP zaregistrováno 5351 zdravotnických zařízení a 8903 zdravotnických pracovníků, kteří jsou oprávněni zapisovat zdravotní záznamy do zdravotních knížek svých pacientů registrovaných v systému IZIP. Společně s růstem počtu klientů, zdravotnických zařízení a zdravotnických pracovníků registrovaných v systému IZIP roste také počet zápisů v elektronických zdravotních knížkách (13).

Cíl práce a hypotézy

1.11 Cíl práce

Zmapování názorů k problematice zdravotnictví v České republice u občanů starších 18 let žijících v náhodském regionu.

1.12 Předpokládané hypotézy

- 1) Respondenti starší 60 let nesouhlasí s regulačními poplatky více než respondenti nižší věkové kategorie.
- 2) Ženy hodnotí jednotlivé oblasti zdravotnictví kritičtěji nežli muži.

Metodika

1.13 Použité metody sběru dat

Teoretická část diplomové práce popisuje zdravotnictví jako ucelený systém, mapuje a popisuje typy zdravotnických systémů v Evropě i ve světě, zdravotní politiku státu, systém zdravotního pojištění, organizaci a financování zdravotnictví, zdravotní péči a neopomíná ani na problematiku současné reformy veřejných financí a transformaci zdravotnictví.

V rámci kvantitativního výzkumu byla použita metoda dotazování (technika dotazníku). Dále byla využita metoda analýzy dokumentů (technika sekundární analýzy dat). Využití sekundární analýzy dat spočívalo ve studiu nejnovějších literárních pramenů úzce se dotýkajících dané problematiky, odborných článků a dále též využití elektronických zdrojů, statistických údajů a výzkumů týkajících se této problematiky.

Kvantitativní metody nám umožňují získávat údaje o rozložení, výskytu a podobách určitého jevu a dále též zjišťovat vlastnosti, názory a postoje lidí ve zkoumaném vzorku osob. Takovéto údaje slouží buď jen k prostému popisu, nebo jsou využívány k ověřování hypotéz o sociálních jevech a jejich vzájemných vztazích vyvozených z teorie. V kvantitativních výzkumech jsou získávány informace od velkého počtu jedinců. Výhodou kvantitativního výzkumu bezesporu je, že získaná zjištění lze zobecnit na celou populaci, kterou zkoumaný vzorek reprezentuje (21).

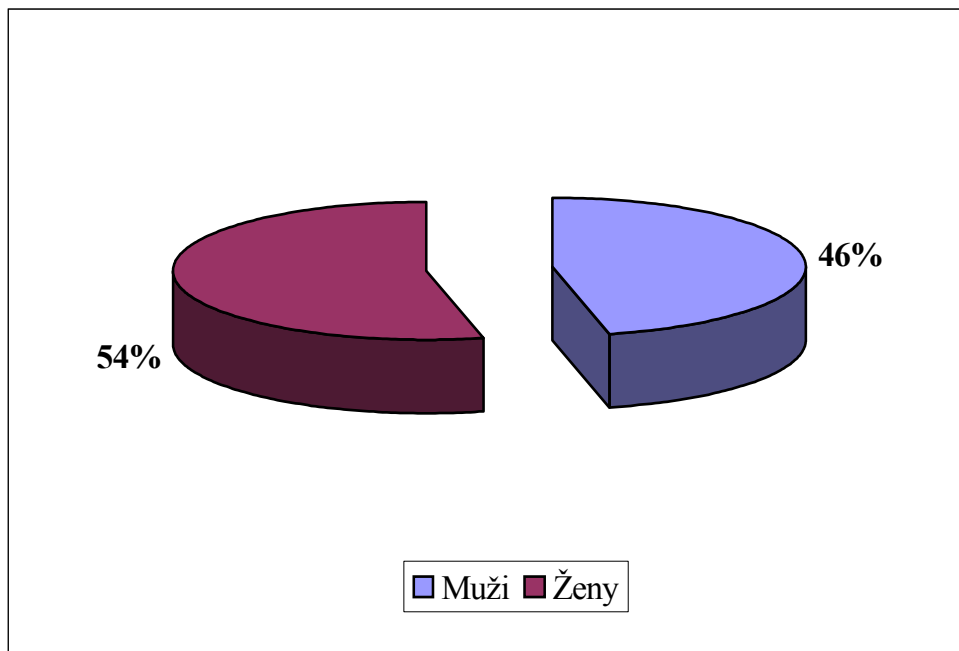
Dotazník byl distribuován fyzicky či emailovou formou celkem 900 respondentům starším 18 let žijícím v náhodském regionu. Fyzicky byl dotazník distribuován do zdravotnických a zdravotně sociálních zařízení, firem, úřadů a středních a vyšších odborných škol. Dotazník začínal úvodním slovem, kde byli respondenti informováni a obeznámeni s účelem tohoto dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval celkem 23 otázek, z toho 2 otázky byly identifikační a týkaly se zjištění pohlaví a věku respondentů. V dotazníku byly použity otázky jak uzavřené, tak i polootevřené s možností vyjádření respondenta. Vzhledem k poměrně velkému počtu respondentů probíhal sběr dat v období od 14. října 2007 do 26. ledna 2008. Velký důraz byl kladen na anonymitu dat, tedy na respektování důvěrného charakteru informací respondentů.

1.14 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili respondenti starší 18 let žijící v náchodském regionu. Podmínkou pro výběr respondentů byl věk (starší 18 let) a lokalita (náchodský region). Celkem bylo distribuováno fyzicky či emailovou formou 900 dotazníků, navraceno bylo 762 dotazníků. Návratnost dotazníků tedy činila 84,6 %.

Výsledky

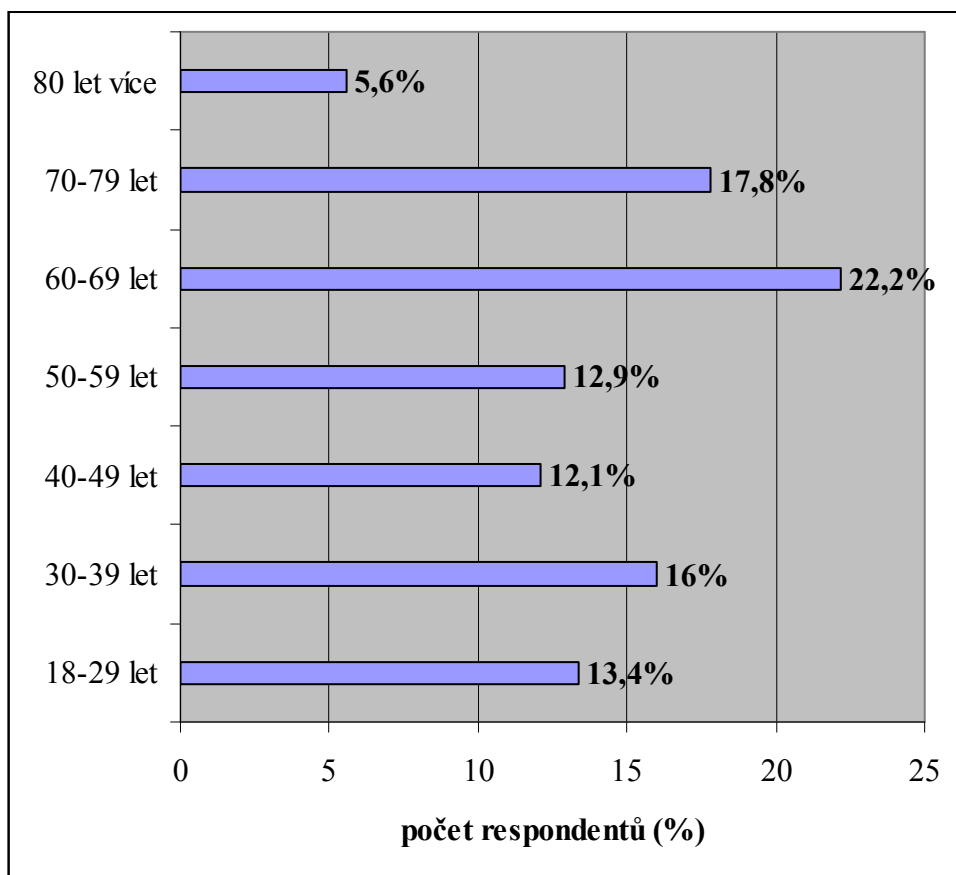
Graf 1: Pohlaví respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 1 zobrazuje pohlaví respondentů. Z celkového počtu 762 respondentů tvořili muži 46 % (353) a ženy 54 % (409).

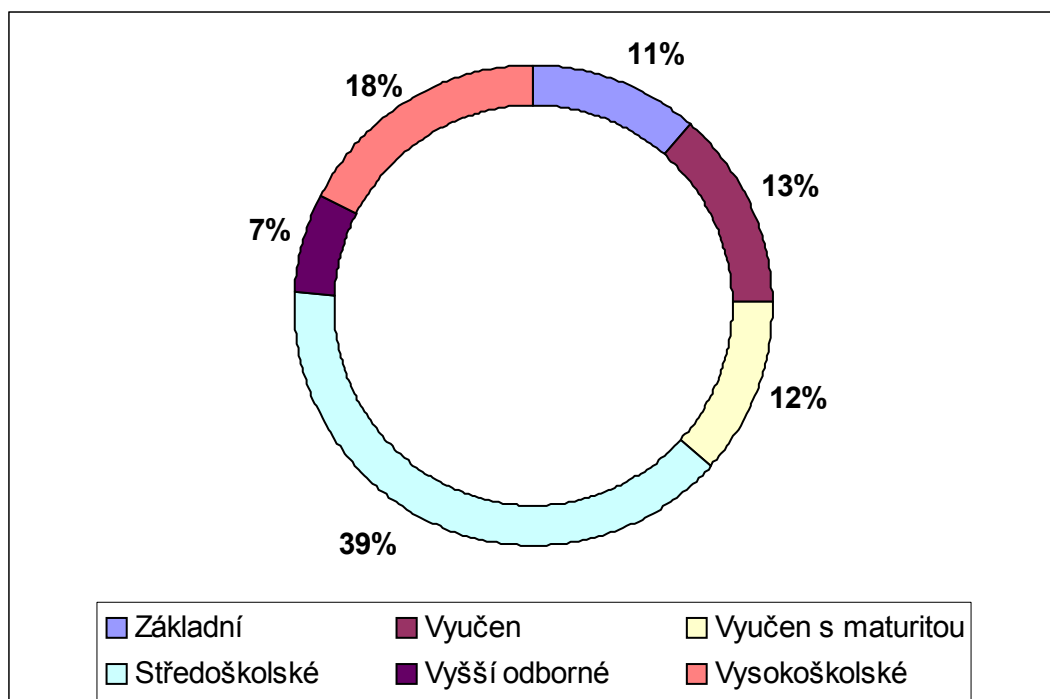
Graf 2: Věk respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 2 zobrazuje věkové rozvržení respondentů. Z celkového počtu 762 respondentů tvoří věkovou kategorii 18 - 29 let 13,4 % (102) respondentů. V kategorii 30 – 39 let je 16 % (122) respondentů. Kategorii 40 – 49 let tvoří 12,1 % (92) respondentů. Věkovou kategorii 50 – 60 let tvoří 12,9 % (98) respondentů. V kategorii 61 – 70 let je 22,2 % (169) respondentů. Kategorii 71 – 80 let je zahrnuto 17,8 % (136) respondentů a kategorii 81 let a více tvoří 5,6 % (43) respondentů.

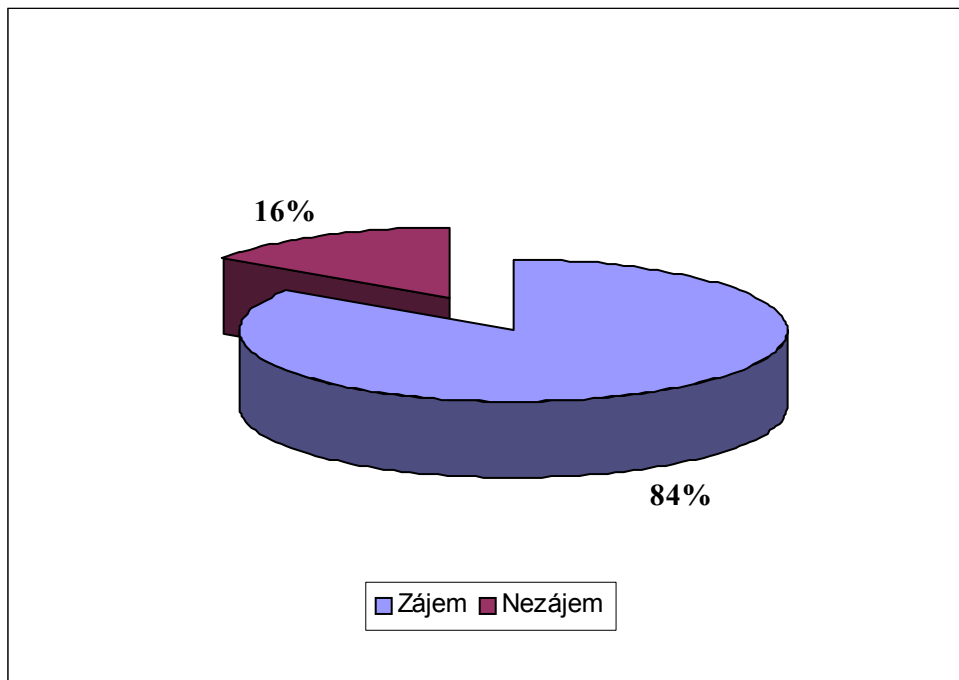
Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 3 zobrazuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Z celkového počtu 762 respondentů tvoří 39 % (297) respondenti s dokončeným středoškolským vzděláním, vysokoškolsky vzdělaní respondenti tvoří 18 % (137). Vyučeno je 13 % (99) respondentů, vyučeno s maturitou je 12 % (92) a základního vzdělání dosáhla 11 % (84) respondentů. Pouhých 7 % (53) respondentů má ukončené vyšší odborné vzdělání.

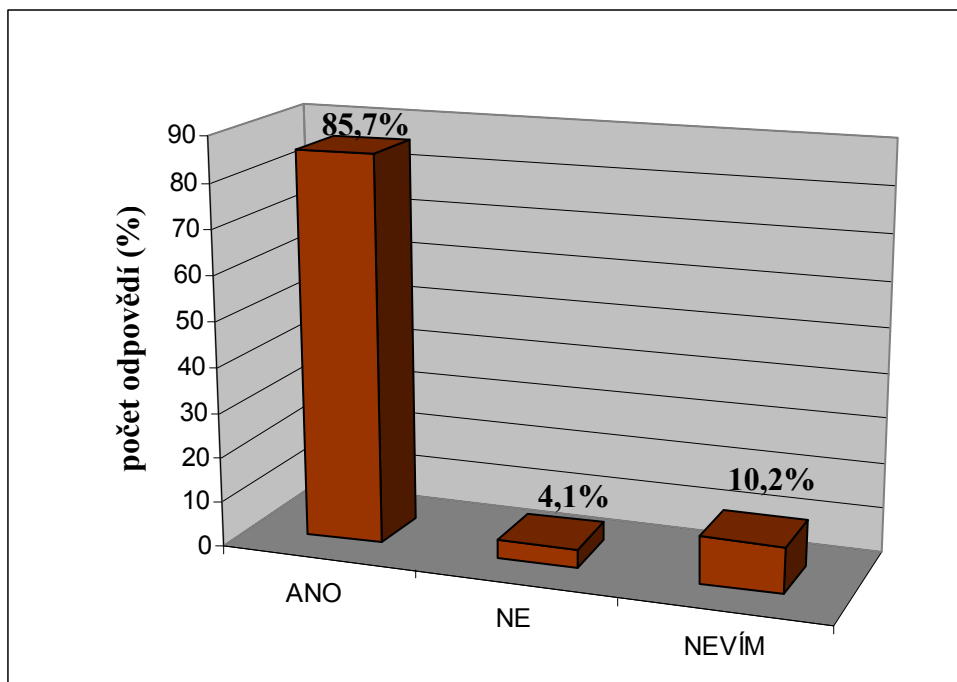
Graf 4: Zájem o problematiku zdravotnictví v České republice (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 4 mapuje zájem respondentů o problematiku zdravotnictví v České republice. Z celkového počtu 762 respondentů se o problematiku zdravotnictví zajímá 84 % (640) respondentů. O problematiku českého zdravotnictví se nezajímá 16 % (122) respondentů.

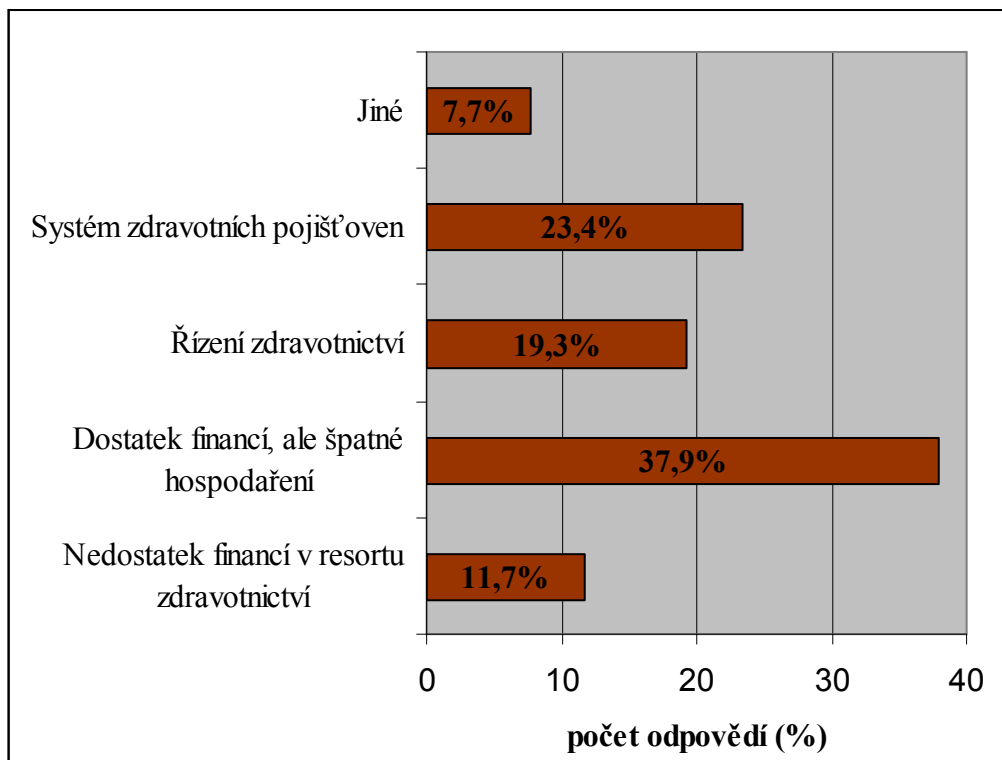
Graf 5: Nedostatky v systému zdravotnictví v České republice (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 5 zobrazuje domněnky respondentů, zda se v systému zdravotnictví České republiky vyskytují nějaké nedostatky. Z celkového počtu 762 respondentů zvolilo odpověď ANO 85,7 % (653) z nich. Odpověď NE preferuje 4,1 % (31) respondentů a odpověď NEVÍM zvolilo 10,2 % (78) respondentů.

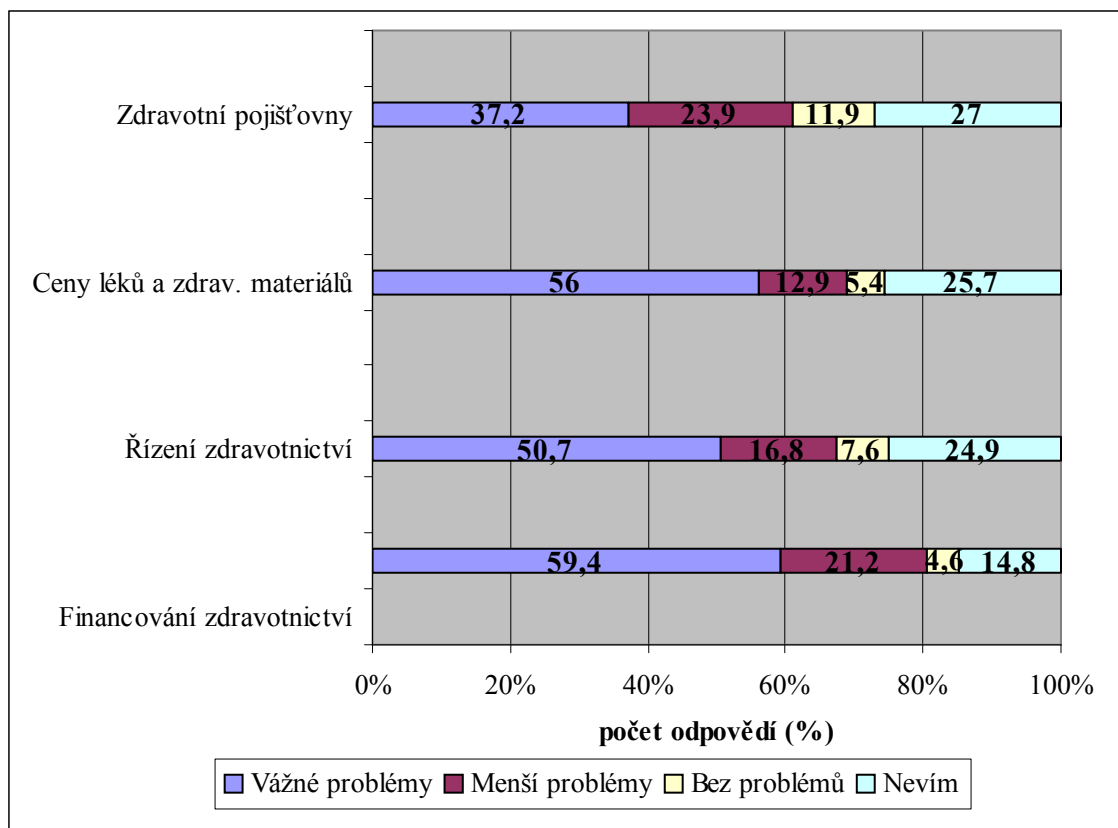
Graf 6: Nejzávažnější problém současného zdravotnictví v České republice (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 6 hodnotí nejzávažnější problémy současného zdravotnictví v České republice tak, jak je spatřují respondenti. Z celkového počtu 762 respondentů spatřuje 37,9 % (289) z nich jako nejzávažnější problém českého zdravotnictví dostatek financí, ale špatné hospodaření v systému zdravotnictví. V systému zdravotních pojišťoven spatřuje problém 23,4 % (178) respondentů. Řízení zdravotnictví vidí jako problém 19,3 % (147) respondentů. Nedostatek financí v resortu zdravotnictví jako nejzávažnější problém českého zdravotnictví zvolilo 11,7 % (89) respondentů. Jiné problémy než z těchto jmenovaných volí 7,7 % (59) respondentů.

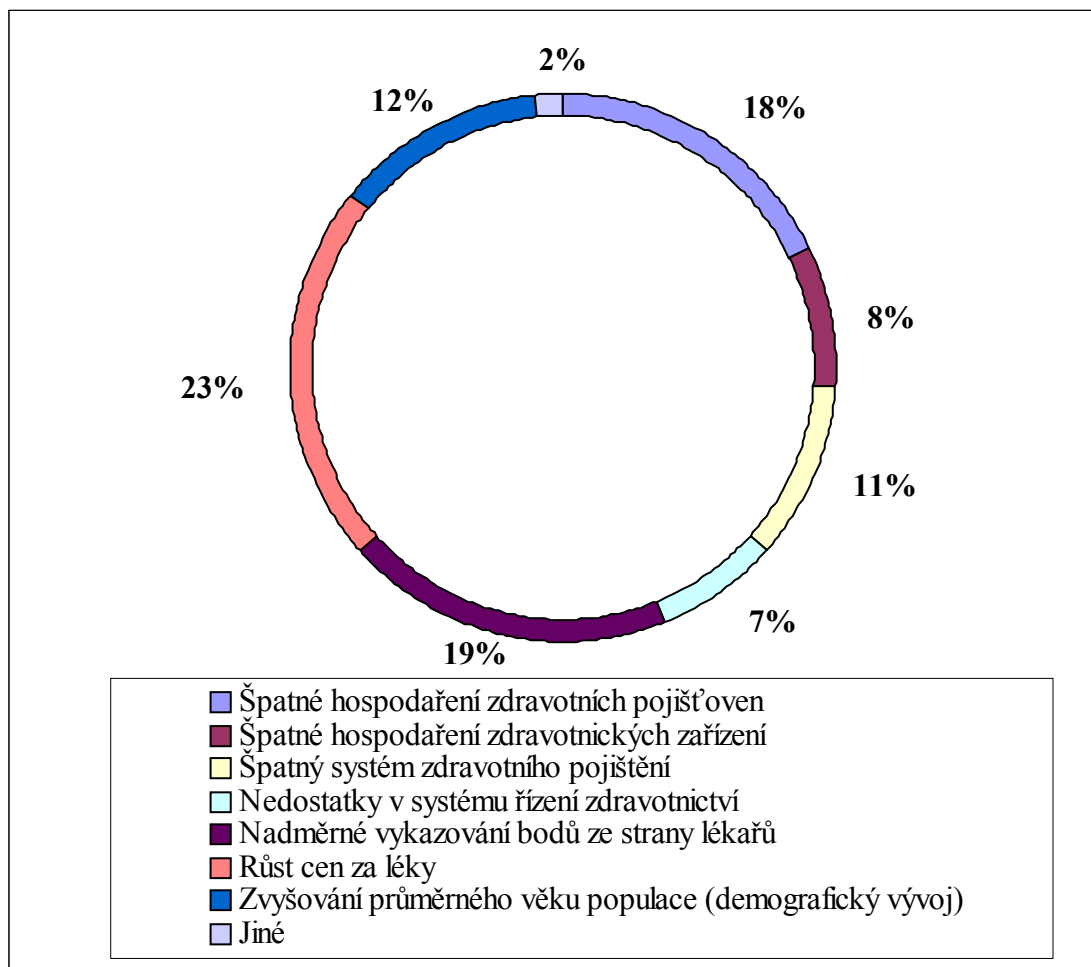
Graf 7: Ohodnocení oblastí zdravotnictví v České republice (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 7 hodnotí jednotlivé oblasti současného zdravotnictví. V oblasti financování zdravotnictví vidí vážné problémy 59,4 % (453) respondentů, menší problémy 21,2 % (161) respondentů, bez problémů vidí tuto oblast 4,6 % (35) respondentů a možnost NEVÍM zvolilo 14,8 % (113) respondentů. V oblasti ceny léků a zdravotnického materiálu vidí vážné problémy 56 % (427) respondentů, menší problémy 12,9 % (98) respondentů, bez problémů vidí tuto oblast 5,4 % (41) a odpověď NEVÍM zvolilo 25,7 % (196) respondentů. Vážné problémy v oblasti řízení zdravotnictví spatřuje 50,7 % (386) respondentů, menší problémy v této oblasti vidí 16,8 % (128) respondentů, žádné problémy nespátřuje 7,6 % (58) respondentů a odpověď NEVÍM volilo 24,9 % (190) respondentů. V oblasti zdravotního pojištění spatřuje vážné problémy 37,2 % (283) respondentů, menší problémy vidí 23,9 % (182) respondentů, žádné problémy nespátřuje 11,9% (91) respondentů a odpověď NEVÍM zvolilo 27% (206) respondentů.

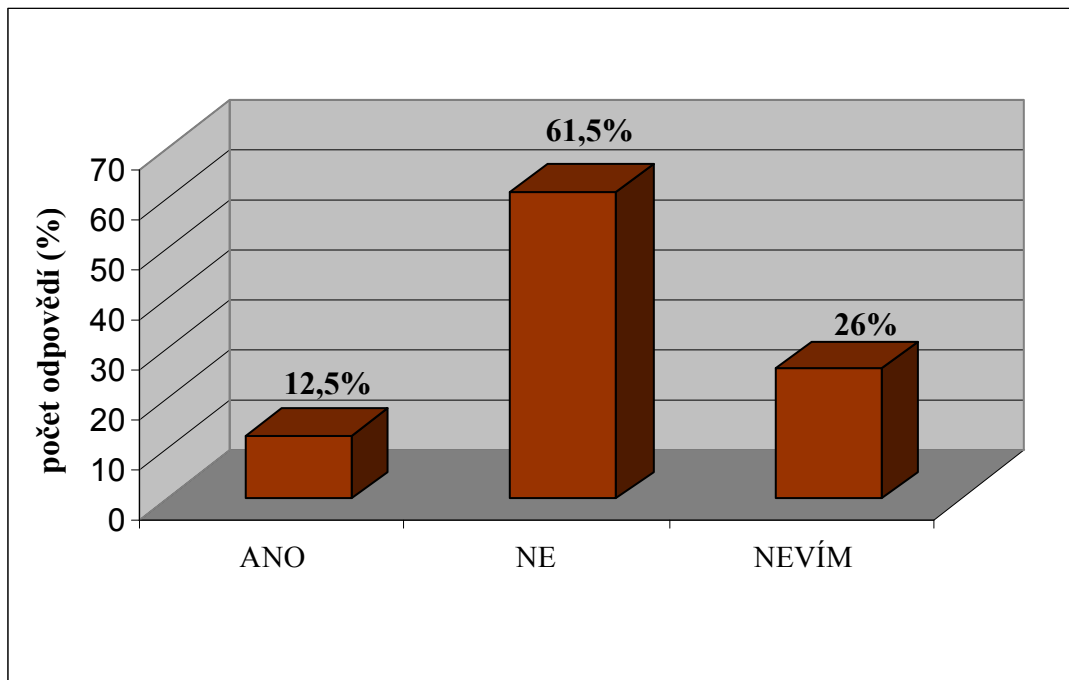
Graf 8: Hlavní příčina růstu nákladů na zdravotnictví v České republice (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 8 zobrazuje hlavní příčiny růstu nákladů na zdravotnictví v České republice z pohledu respondentů. V růstu cen za léky spatřuje tuto příčinu 22,7 % (173) respondentů, nadměrné vykazování bodů ze strany lékařů volí 19,3 % (147) respondentů, špatné hospodaření zdravotních pojišťoven zvolilo 18 % (137) respondentů, ve zvyšování průměrného věku populace vidí příčinu 12,3 % (94) respondentů, špatný systém zdravotního pojištění zvolilo 10,6 % (81) respondentů, špatné hospodaření zdravotnických zařízení volí 8,4 % (63) respondentů, nedostatky v systému řízení zdravotnictví zvolilo 7 % (54) respondentů a jiné příčiny vidí 1,7 % (13) respondentů.

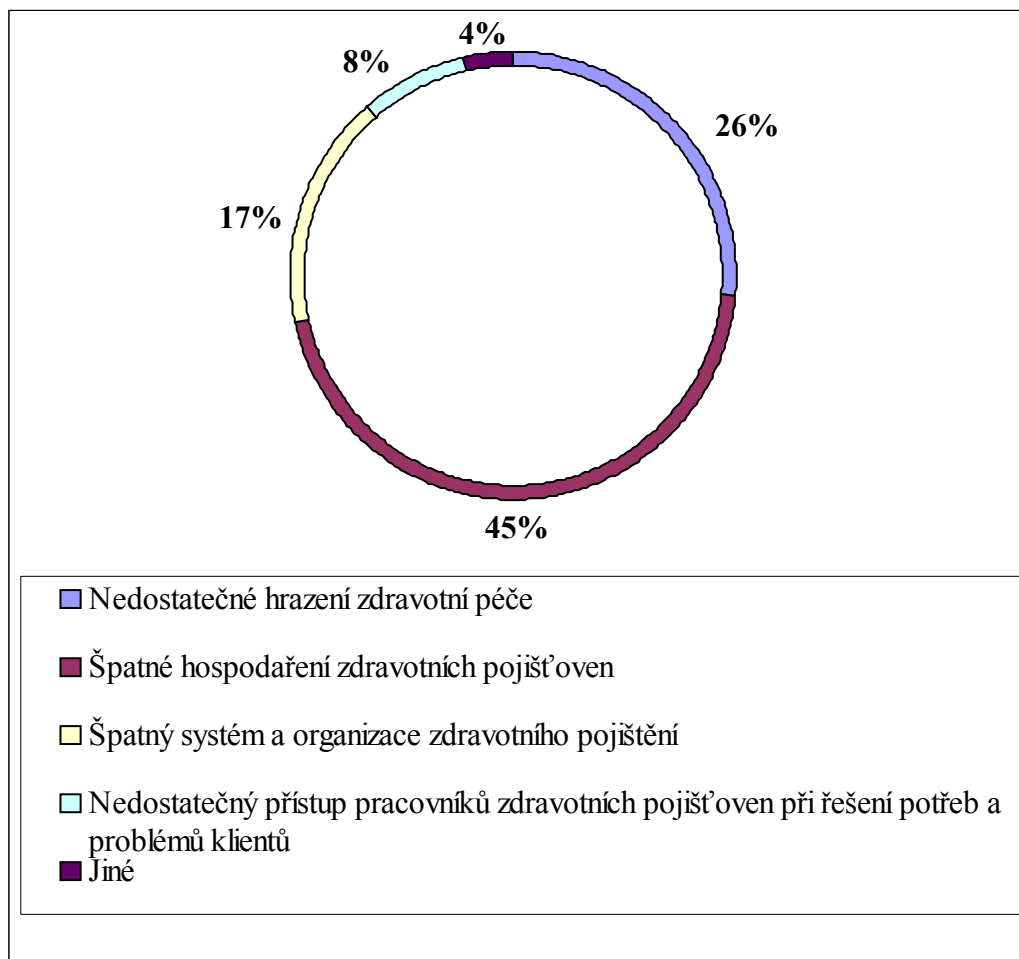
Graf 9: Spokojenost s prací zdravotních pojišťoven (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 9 zobrazuje spokojenost respondentů s prací zdravotních pojišťoven v České republice. Z celkového počtu 762 respondentů není spokojeno s prací zdravotních pojišťoven v České republice 61,5 % (469) respondentů, spokojeno je pak 12,5 % (95) respondentů a odpověď NEVÍM zvolilo 26 % (198) respondentů.

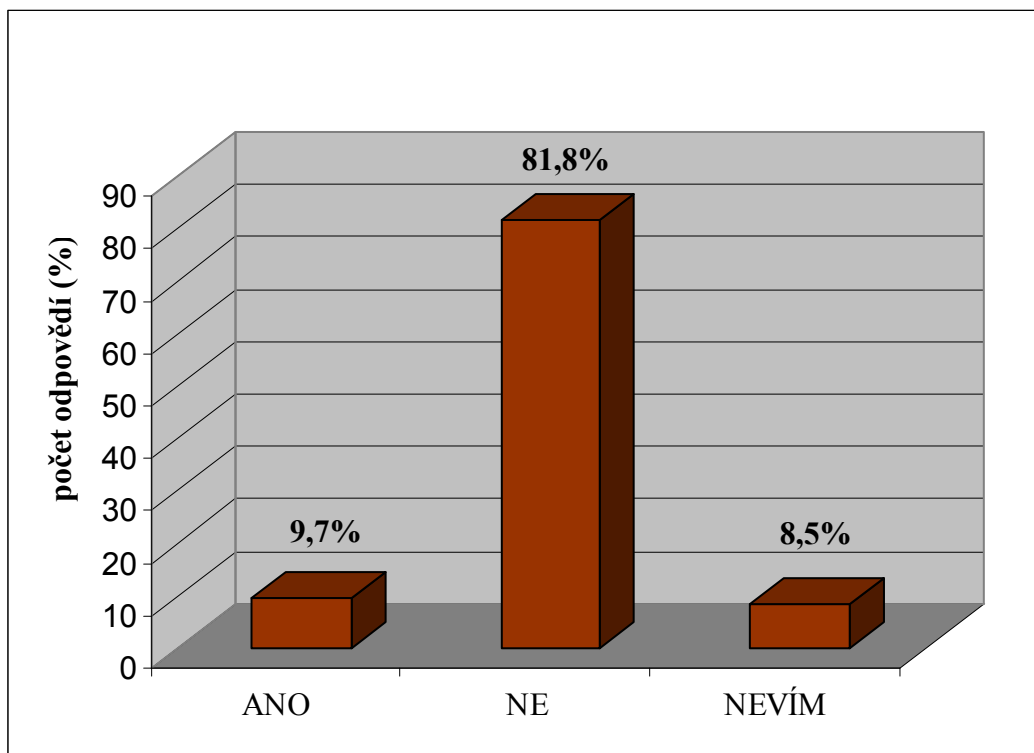
Graf 9.1: Nejzávažnější problém v systému zdravotních pojišťoven v České republice (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 9.1 mapuje nejzávažnější problémy v systému zdravotního pojištění v České republice. Z celkového počtu 469 respondentů, kteří nejsou spokojeni s prací zdravotních pojišťoven, spatřuje 45,2 % (212) respondentů špatné hospodaření zdravotních pojišťoven jako nejzávažnější problém v systému zdravotních pojišťoven. Nedostatečné hrazení zdravotní péče zvolilo 26,4 % (124) respondentů. Špatný systém organizace zdravotního pojištění označilo 16,8 % (79) respondentů. Nedostatečný přístup pracovníků zdravotních pojišťoven při řešení potřeb a problémů klientů zvolilo 7,9 % (37) respondentů. Jinou možnost spatřuje 3,7 % (17) respondentů.

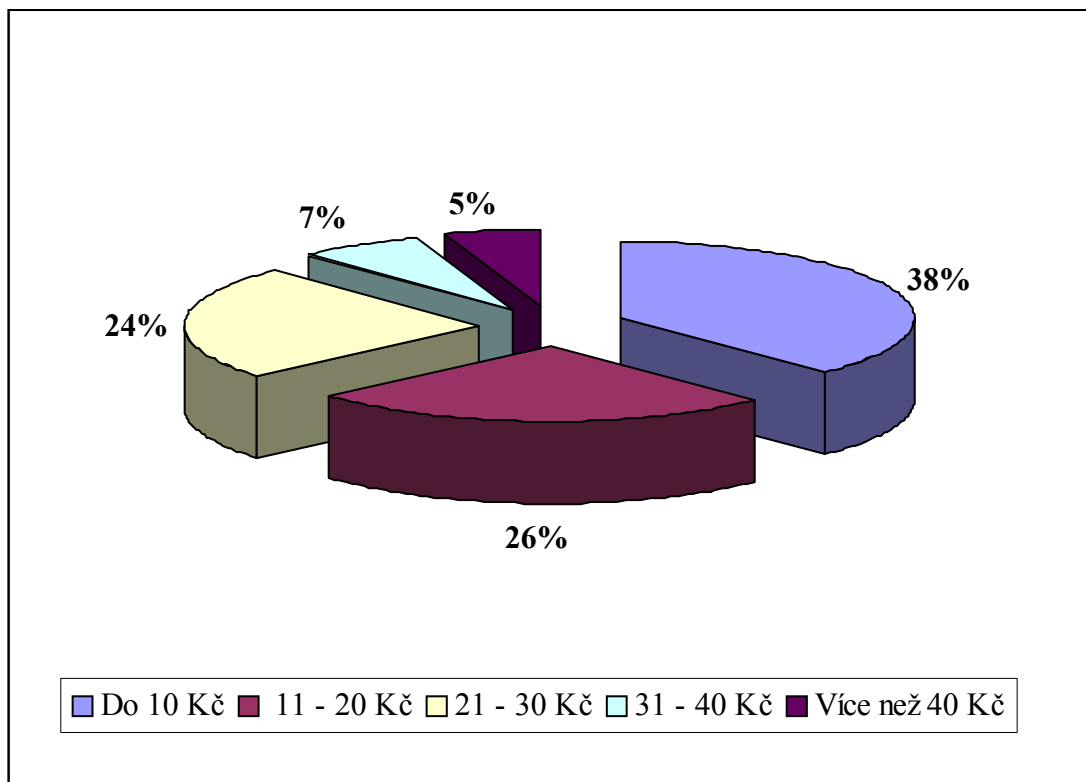
Graf 10: Souhlas s poplatkem za položku na receptu (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 10 zobrazuje souhlas/nesouhlas s poplatkem za položku na receptu. Z celkového počtu 762 respondentů zvolilo odpověď ANO, tedy souhlas, 9,7 % (74) respondentů, odpověď NE, tedy nesouhlas, zvolilo 81,8 % (623) respondentů. Odpověď NEVÍM zvolilo 8,5 % (65) respondentů.

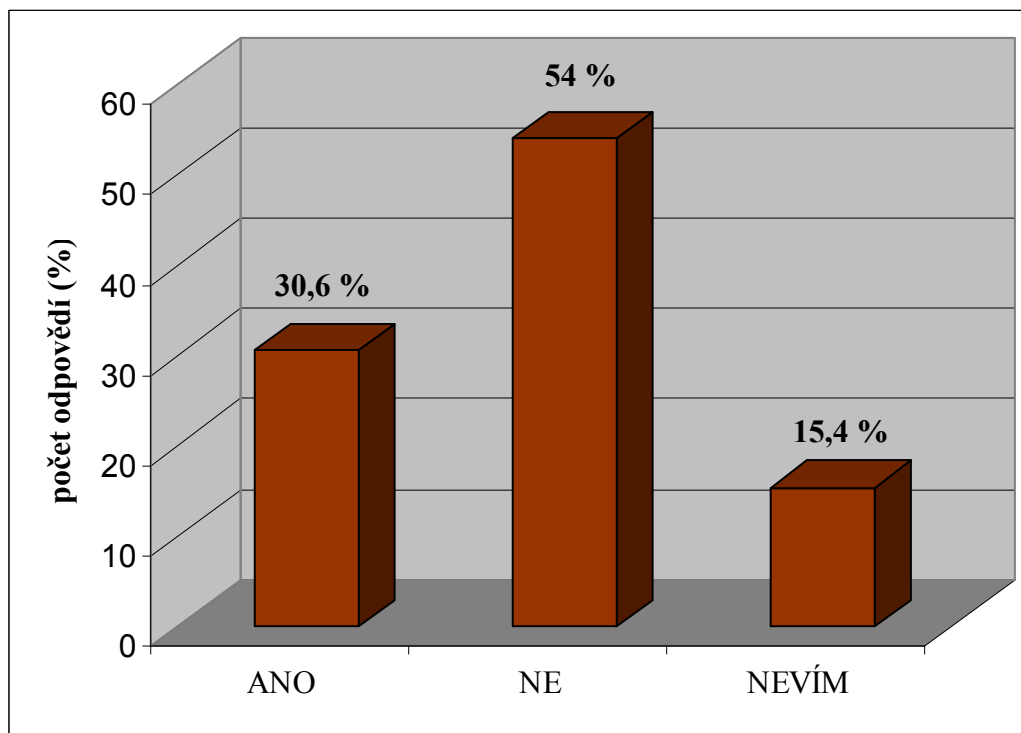
Graf 10.1: Výše poplatku za položku na receptu (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 10.1 zobrazuje výši poplatků, které jsou respondenti ochotni platit za položku na receptu. Z celkového počtu 74 respondentů, kteří souhlasí s poplatkem za položku na receptu, jich je 37,8 % (28) ochotno platit částku ve výši do 10 Kč za jednu položku na receptu. Částku ve výši 11 – 20 Kč je ochotno platit 25,7 % (19) respondentů. Částku 21 – 30 Kč za jednu položku na receptu je ochotno platit 24,3 % (18) respondentů. Částku 31 Kč a více je ochotno platit 12,2 % (9) respondentů.

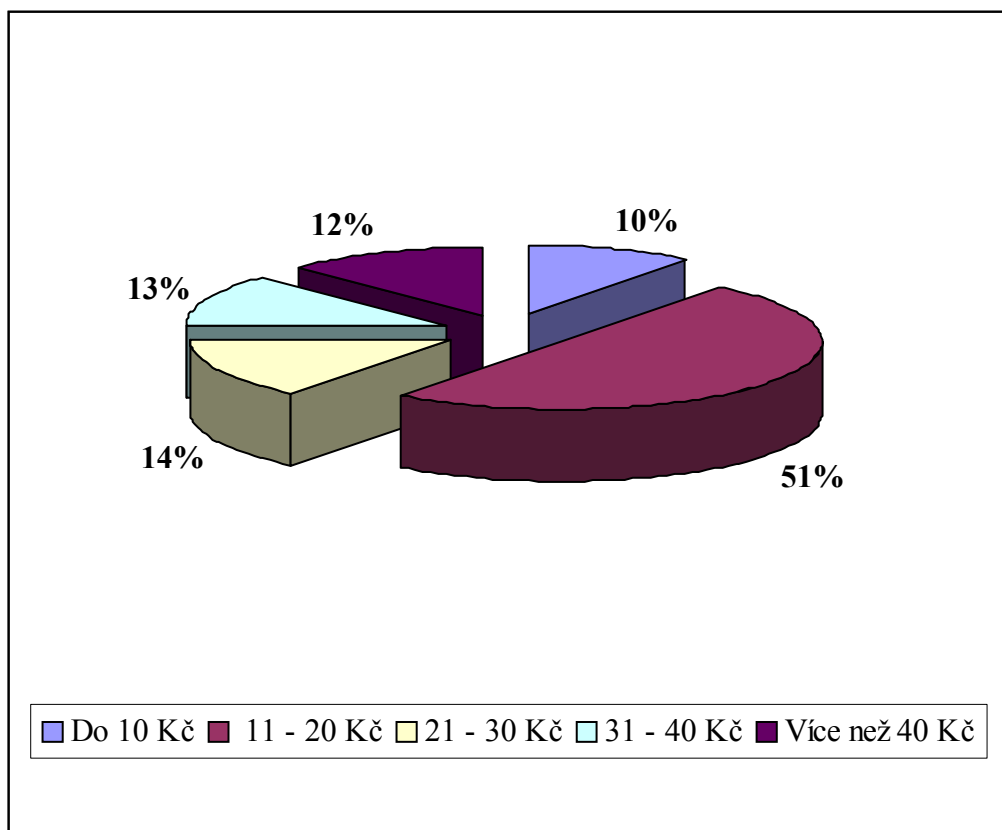
Graf 11: Souhlas s poplatkem za návštěvu u lékaře (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 11 zobrazuje souhlas/nesouhlas s poplatkem za návštěvu u lékaře. Z celkového počtu 762 respondentů zvolilo odpověď ANO, tedy souhlas s poplatkem za návštěvu u lékaře 30,6 % (233) respondentů, odpověď NE, tedy nesouhlas s poplatkem zvolilo 54 % (412) respondentů. Odpověď NEVÍM zvolilo 15,4 % (117) respondentů.

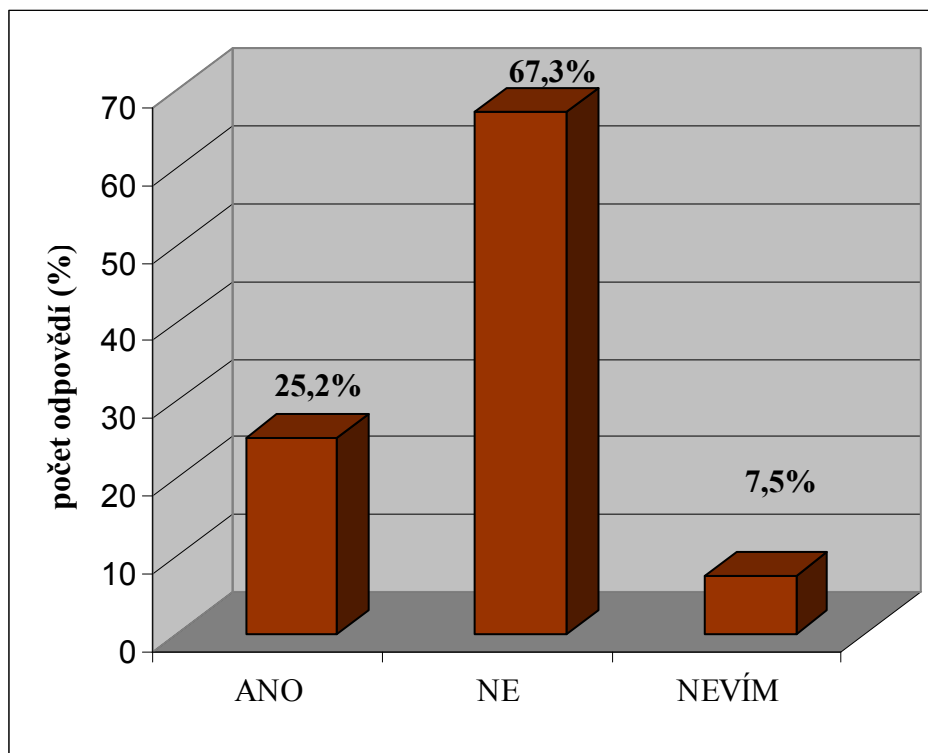
Graf 11.1: Výše poplatku za návštěvu u lékaře (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 11.1 zobrazuje výši poplatků, které jsou respondenti ochotni platit za návštěvu u lékaře. Z celkového počtu 233 respondentů, kteří souhlasí s poplatkem za návštěvu u lékaře, jich je 9,9 % (23) ochotno platit částku ve výši do 10 Kč za jednu návštěvu u lékaře. Částku ve výši 11 – 20 Kč je ochotno platit 51,1 % (119) respondentů. Částku 21 – 30 Kč za návštěvu u lékaře je ochotno platit 14,2 % (33) respondentů. Částku 31 - 40 Kč je ochotno platit 12,8 % (30) respondentů, částku 40 Kč a více 12 % (28) respondentů.

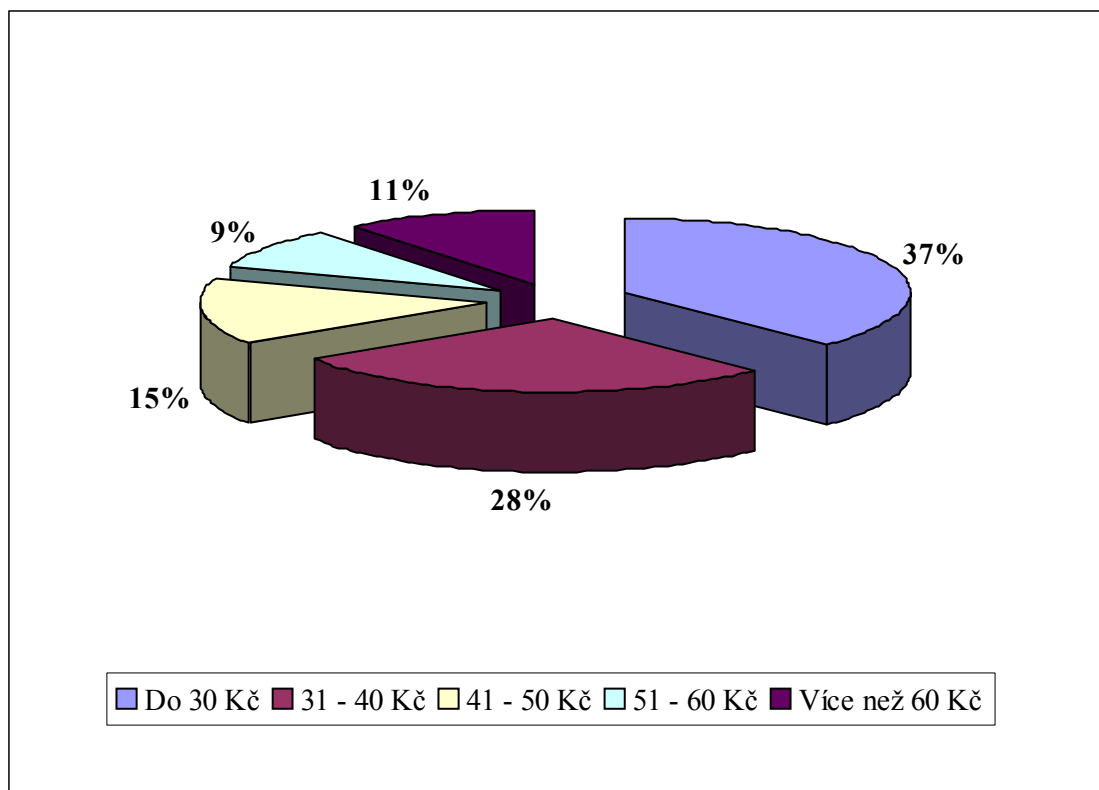
Graf 12: Souhlas s poplatkem za hospitalizaci v nemocnici (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 12 zobrazuje souhlas/nesouhlas s poplatkem za hospitalizaci v nemocnici. Z celkového počtu 762 respondentů zvolilo odpověď ANO, tedy souhlas s poplatkem za hospitalizaci v nemocnici, 25,2 % (192) respondentů, odpověď NE, tedy nesouhlas s poplatkem, zvolilo 67,3 % (513) respondentů. Odpověď NEVÍM zvolilo 7,5 % (57) respondentů.

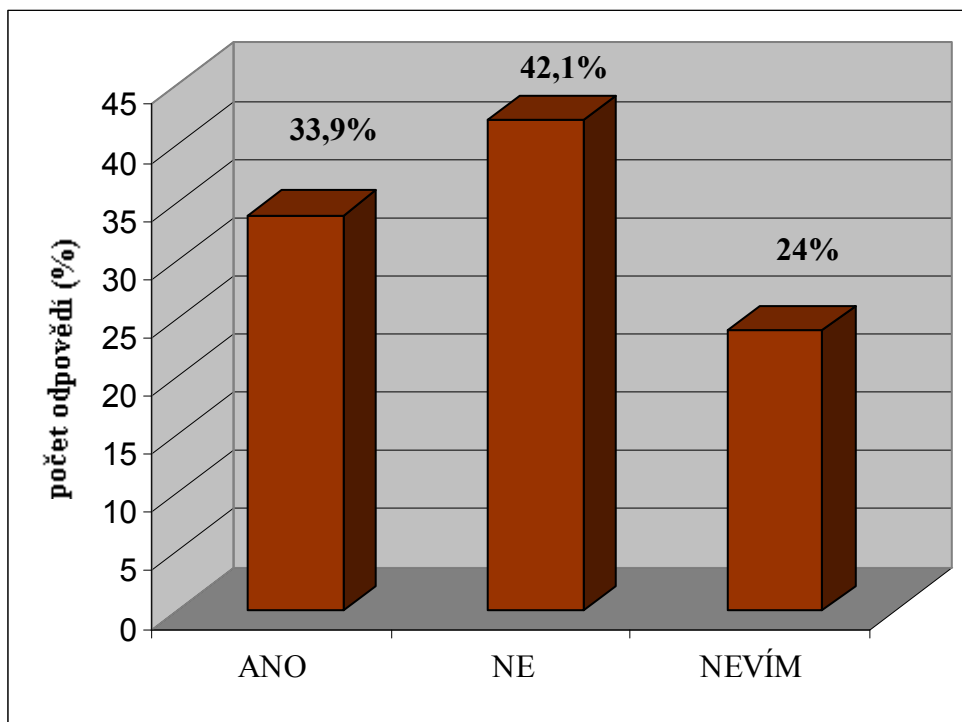
Graf 12.1: Výše poplatku za hospitalizaci v nemocnici (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 12.1 zobrazuje výši poplatků, které jsou respondenti ochotni platit za návštěvu u lékaře. Z celkového počtu 192 respondentů, kteří souhlasí s poplatkem za návštěvu u lékaře, jich je 37 % (71) ochotno platit částku ve výši do 30 Kč za jeden den hospitalizace v nemocnici. Částku ve výši 31 – 40 Kč je ochotno platit 28,1 % (54) respondentů. Částku 41 – 50 Kč za jeden den hospitalizace v nemocnici je ochotno platit 15,1 % (29) respondentů. Částku 51 - 60 Kč je ochotno platit 8,9 % (17) respondentů, částku 60 Kč a více 10,9 % (21) respondentů.

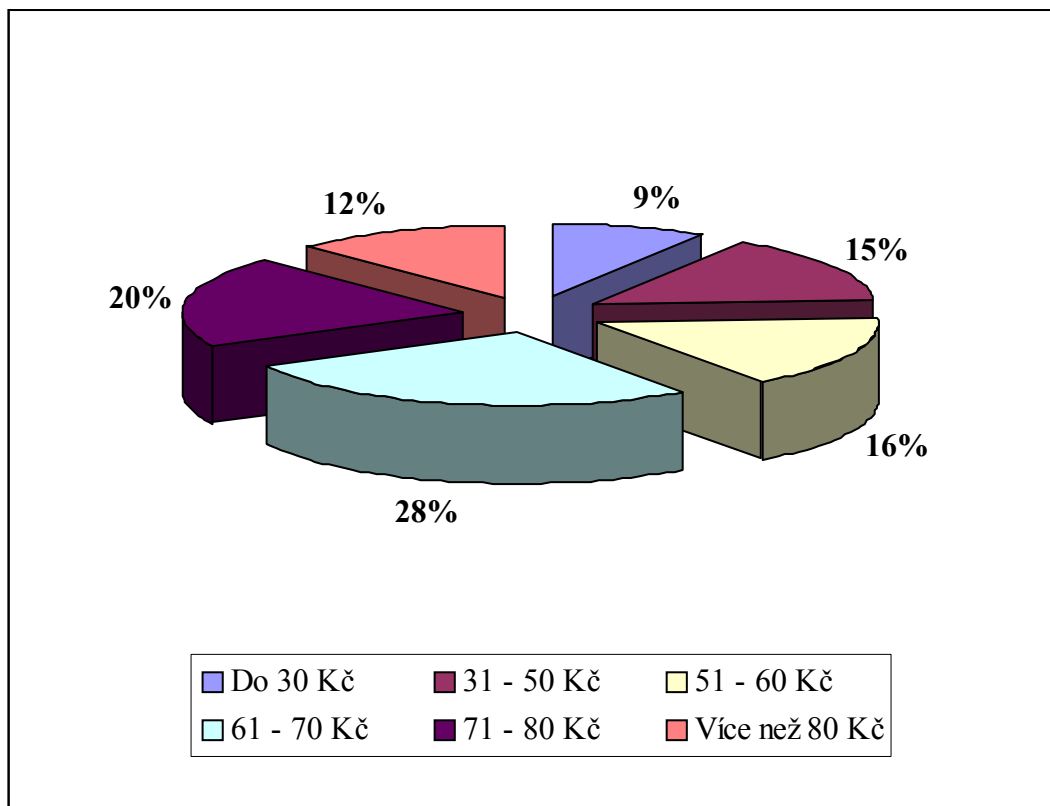
Graf 13: Souhlas s poplatkem za návštěvu na pohotovosti (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 13 zobrazuje souhlas/nesouhlas s poplatkem za návštěvu na pohotovosti. Z celkového počtu 762 respondentů zvolilo odpověď ANO, tedy souhlas s poplatkem za návštěvu na pohotovosti, 33,9 % (258) respondentů, odpověď NE, tedy nesouhlas s poplatkem, zvolilo 42,1 % (321) respondentů. Odpověď NEVÍM zvolilo 24 % (183) respondentů.

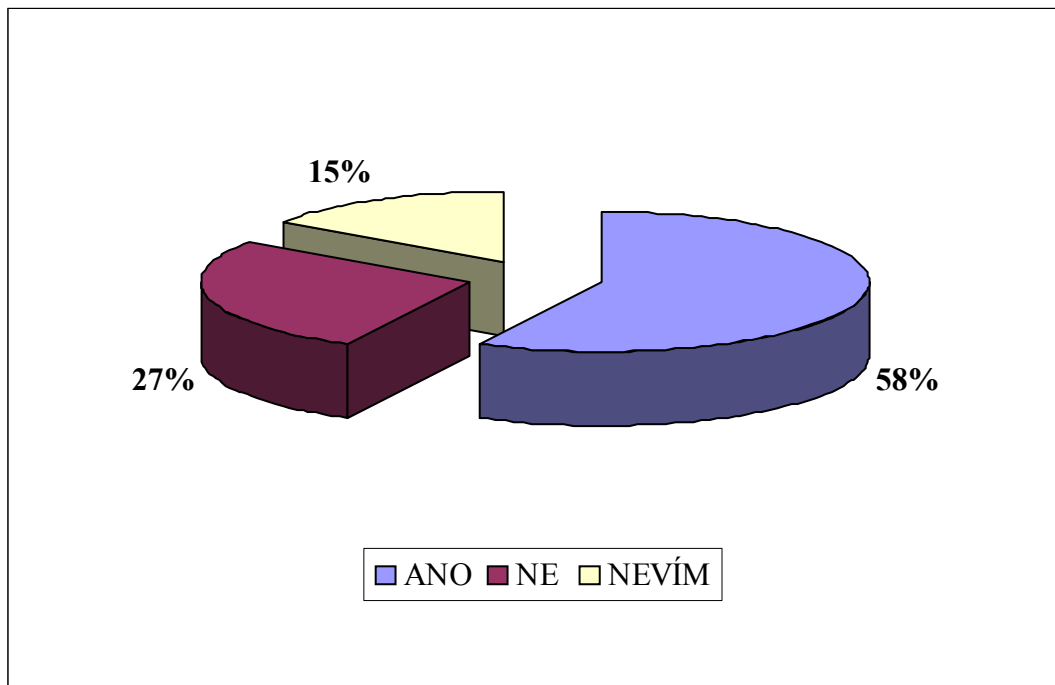
Graf 13.1: Výše poplatku za návštěvu na pohotovosti (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 13.1 zobrazuje výši poplatků, které jsou respondenti ochotni platit za návštěvu u lékaře. Z celkového počtu 258 respondentů, kteří souhlasí s poplatkem za návštěvu na pohotovosti, jich je 8,9 % (23) ochotno platit částku do 30 Kč za návštěvu na pohotovosti. Částku ve výši 31 – 50 Kč je ochotno platit 15,1 % (39) respondentů. Částku 51 – 60 Kč za návštěvu na pohotovosti je ochotno platit 15,9 % (41) respondentů. Částku 61 - 70 Kč je ochotno platit 27,9 % (72) respondentů, částku 71 - 80 Kč je ochotno platit 20,2 % (52) respondentů a částku vyšší než 80 Kč je ochotno platit 12 % (31) respondentů.

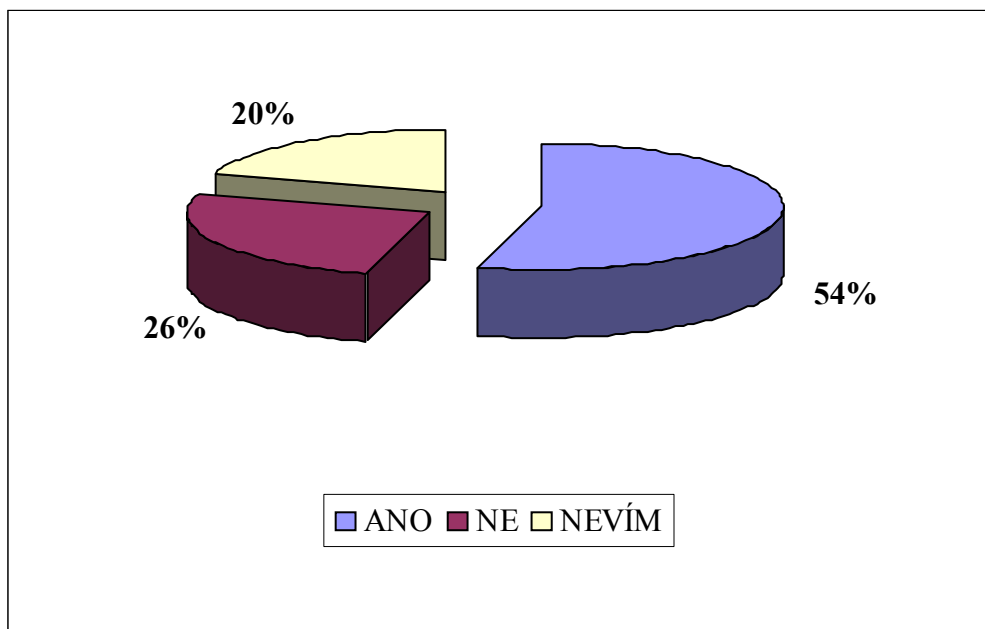
Graf 14: Spokojenost s kvalitou poskytované lékařské péče v České republice (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 14 mapuje spokojenost s kvalitou poskytované lékařské péče v České republice. Z celkového počtu 762 respondentů zvolilo odpověď ANO 57,6 % (439) z nich. Odpověď NE označilo 27 % (206) respondentů. Odpověď NEVÍM zvolilo 15,4 % (117) respondentů.

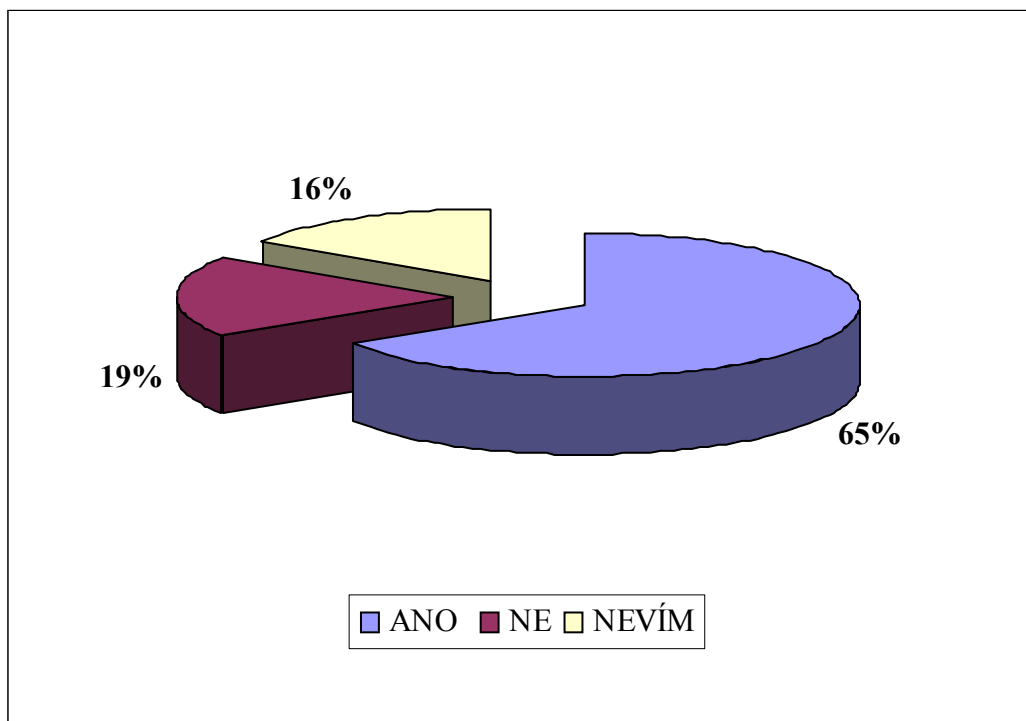
Graf 15: Dostatečná odborná úroveň současné poskytované lékařské péče v České republice (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 15 zobrazuje, zda je odborná úroveň současné poskytované lékařské péče na dostatečné úrovni z pohledu respondentů. Z celkového počtu 762 respondentů zvolilo odpověď ANO 54,2 % (413) respondentů, odpověď NE 25,9 % (197) respondentů a odpověď NEVÍM zvolilo 19,9 % (152) respondentů.

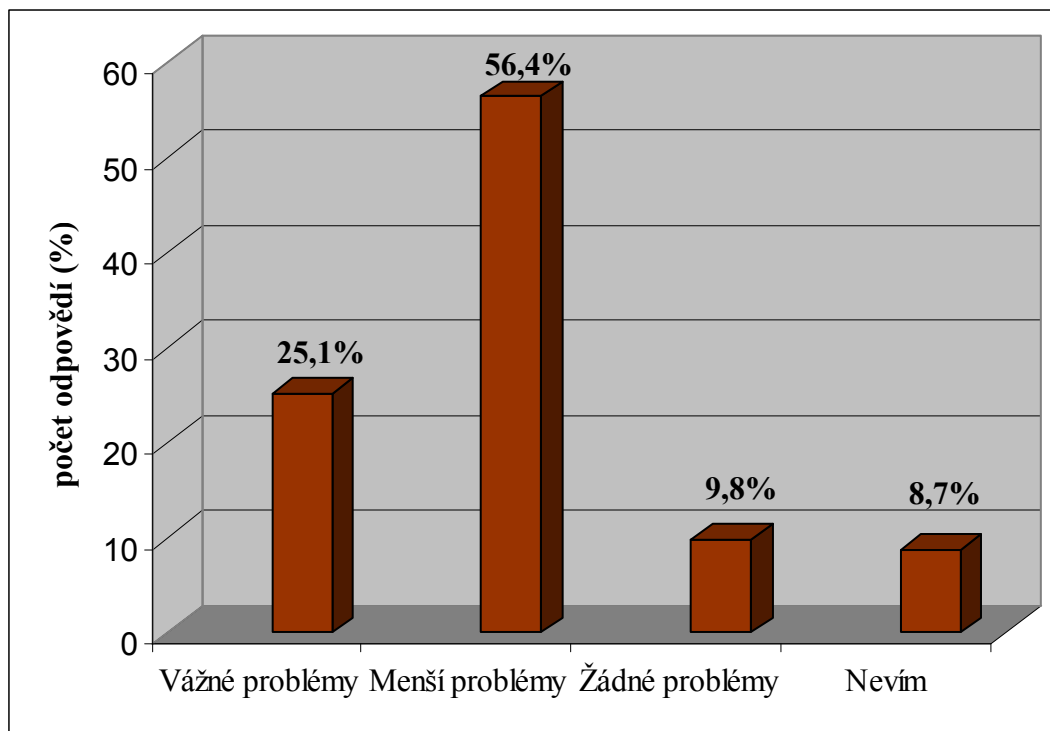
Graf 16: Spokojenost s přístrojovým vybavením zdravotnických pracovišť v České republice (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 16 mapuje spokojenost respondentů s přístrojovým vybavením zdravotnických pracovišť v České republice. Z celkového počtu 762 respondentů zvolilo odpověď ANO, tedy spokojenost s přístrojovým vybavením zdravotnických pracovišť v České republice, 65 % (502) respondentů. Odpověď NE zvolilo 18,6 % (142) respondentů a odpověď NEVÍM 15,5 % (118) respondentů.

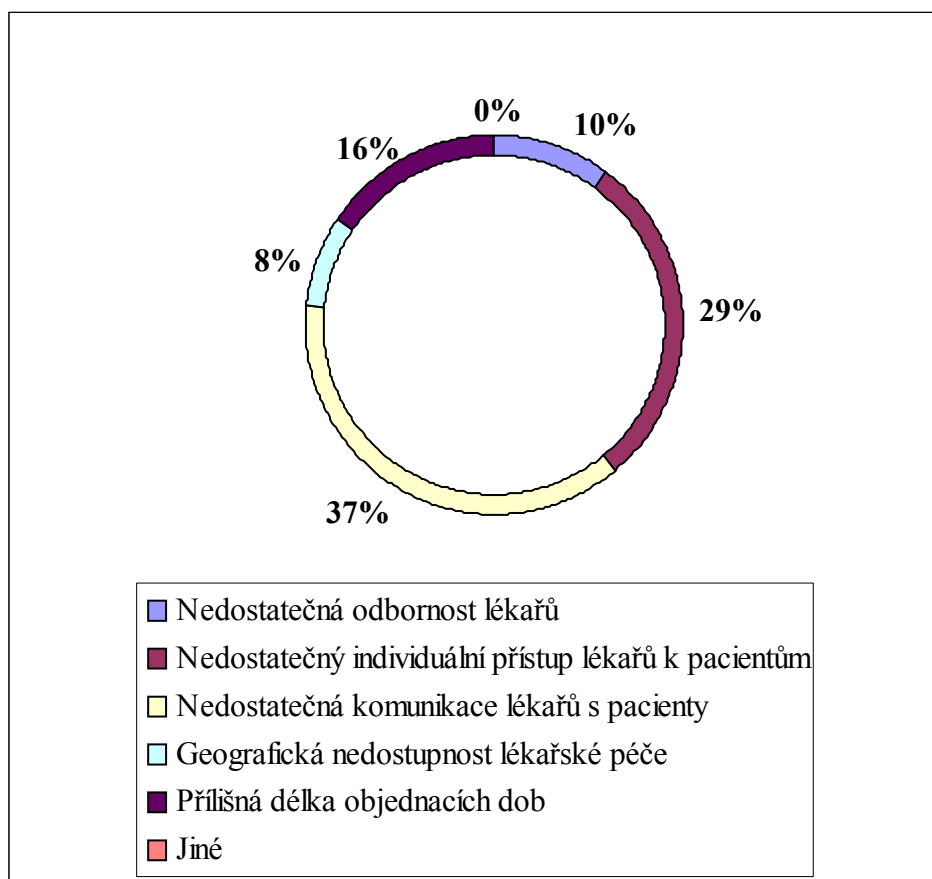
Graf 17: Problémy v přístupu lékařů k pacientům (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 17 mapuje problémy v přístupu lékařů k pacientům. Z celkového počtu 762 respondentů vidí v této oblasti vážné problémy 25,1 % (191) respondentů a menší problémy spatřuje 56,4 % (430) respondentů. Žádné problémy v přístupu lékařů k pacientům nespatřuje 9,8 % (75) respondentů a odpověď NEVÍM zvolilo 8,7 % (66) respondentů.

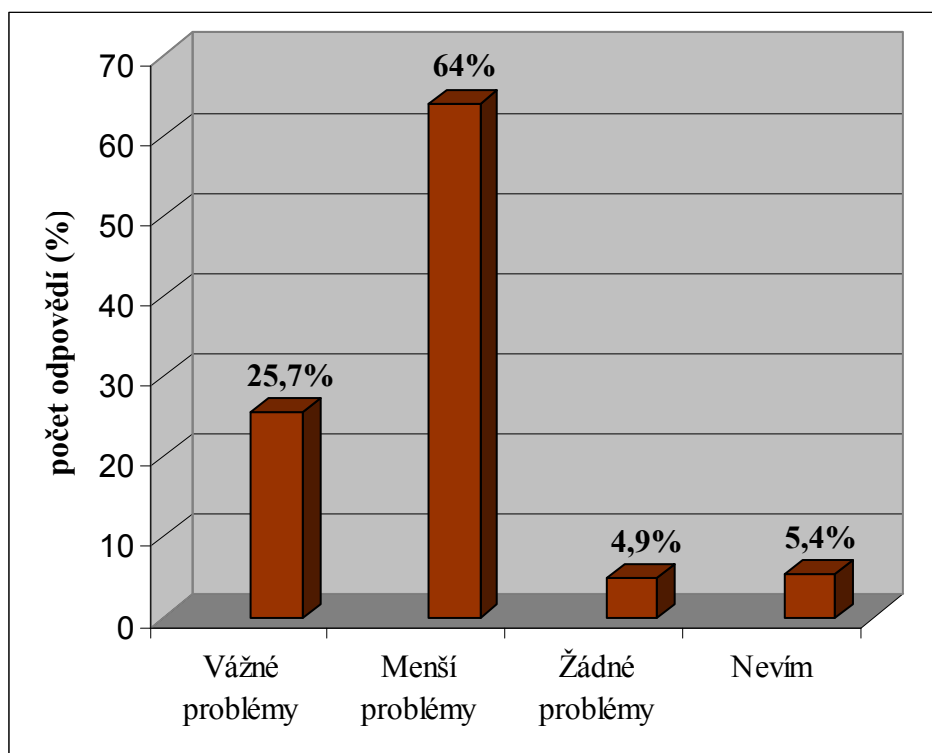
Graf 17.1: Příčina problémů v přístupu lékařů k pacientům (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 17.1 zobrazuje problémy ve vztahu lékařů k pacientům z pohledu respondentů. Z celkového počtu 621 respondentů, kteří spatřují vážné nebo menší problémy v přístupu lékařů k pacientům, hodnotí 37,4 % (235) respondentů nedostatečnou komunikaci lékařů s pacienty jako nejzávažnější problém ve vztahu lékařů k pacientům. Za touto odpovědí následuje s 28,8 % (179) odpověď nedostatečný individuální přístup lékařů k pacientům. Přílišnou délku objednacích dob volí 15,6 % (97) respondentů. Nedostatečnou odbornost lékařů zvolilo 10 % (62) respondentů a se 7,8 % (48) následuje odpověď geografická nedostupnost lékařské péče. Možnost JINÉ ne zvolil žádný respondent.

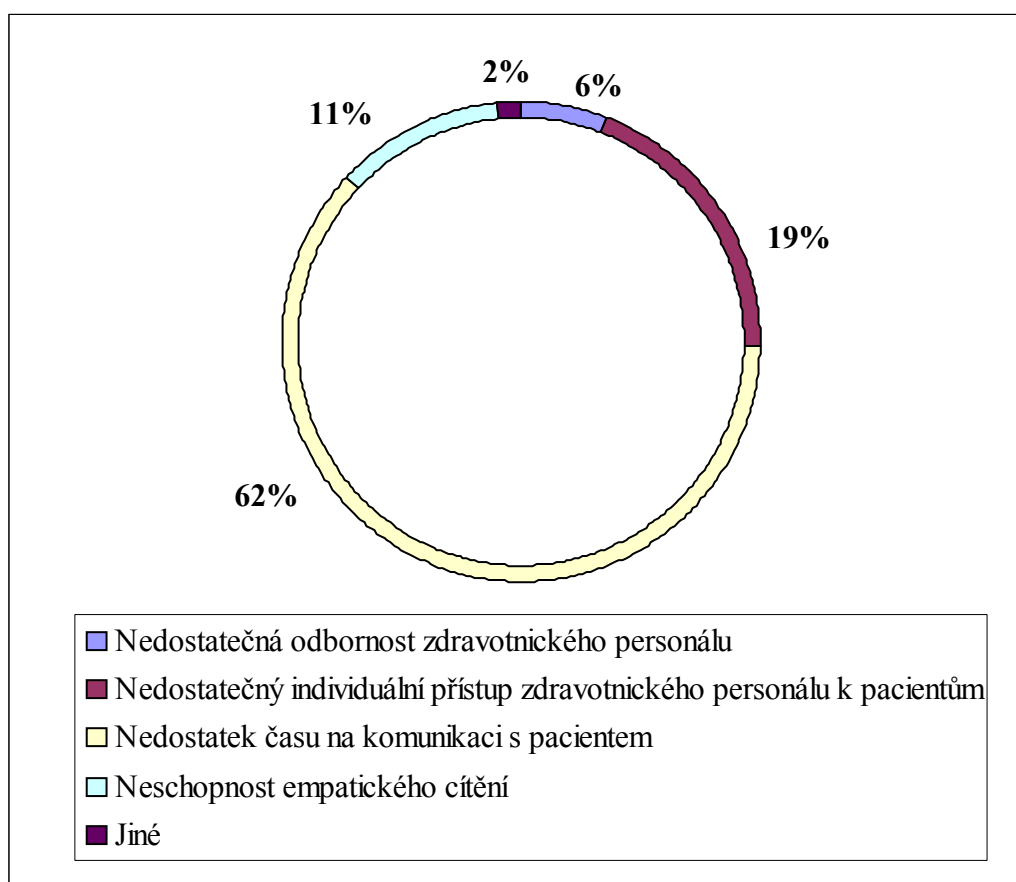
Graf 18: Problémy v přístupu zdravotnického personálu k pacientům (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 18 mapuje problémy v přístupu zdravotnického personálu k pacientům. Z celkového počtu 762 respondentů vidí v této oblasti vážné problémy 25,7 % (196) respondentů a menší problémy spatřuje 64 % (488) respondentů. Žádné problémy v přístupu zdravotnického personálu k pacientům nespatřuje 4,9 % (37) respondentů a odpověď NEVÍM zvolilo 5,4 % (41) respondentů.

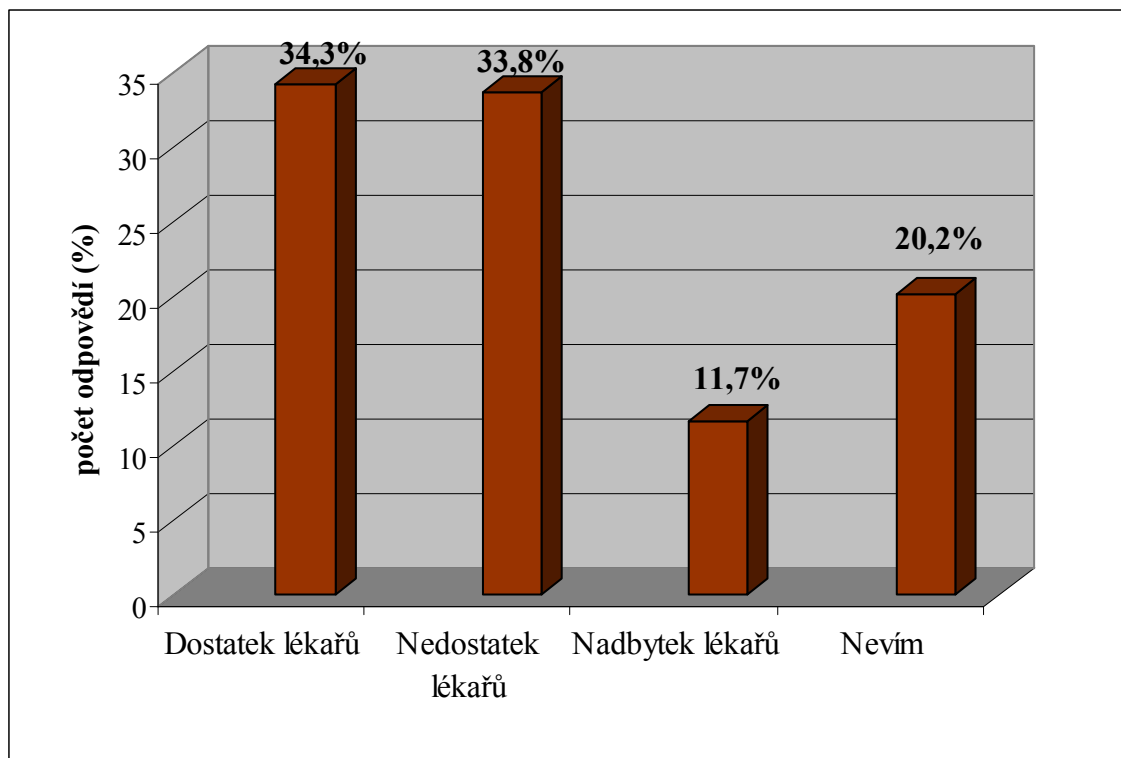
Graf 18.1: Příčina problémů v přístupu zdravotnického personálu k pacientům (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 18.1 zobrazuje problémy ve vztahu zdravotnického personálu k pacientům z pohledu respondentů. Z celkového počtu 684 respondentů, kteří spatřují vážné nebo menší problémy v přístupu zdravotnického personálu k pacientům, hodnotí 61,8 % (423) respondentů nedostatek času na komunikaci s pacientem jako nejzávažnější problém ve vztahu zdravotnického personálu k pacientům. Za touto odpovědí následuje s 19,4 % (133) odpověď nedostatečný individuální přístup zdravotnického personálu k pacientům. Neschopnost empatie volí 11,4 % (78) respondentů. Nedostatečnou odbornost zdravotnického personálu zvolilo 5,8 % (39) respondentů a možnost JINÉ volí 1,6 % (11) respondentů.

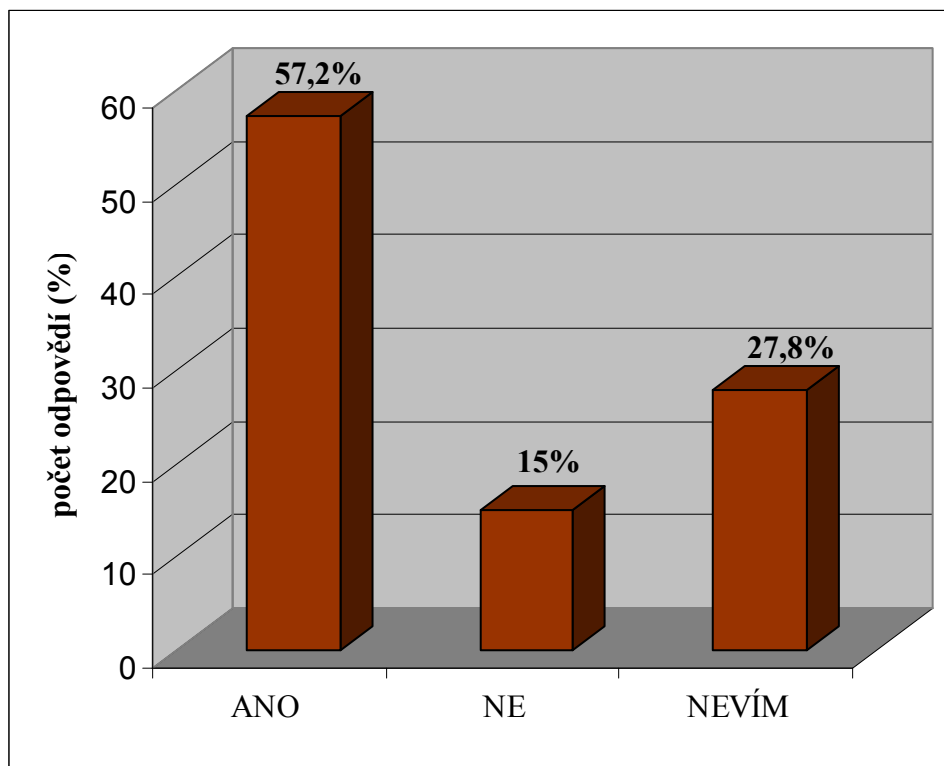
Graf 19: Hodnocení počtu lékařů v systému zdravotnictví v České republice (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 19 hodnotí počet lékařů v systému zdravotnictví v České republice z pohledu respondentů. Z celkového počtu 762 respondentů hodnotí počet lékařů v systému zdravotnictví v České republice jako dostatečný 34,3 % (261) respondentů. Nedostatek lékařů spatřuje 33,8 % (258) respondentů. Nadbytek lékařů v systému zdravotnictví v České republice zvolilo 11,7 % (89) respondentů. Odpověď NEVÍM zvolilo 20 % (154) respondentů.

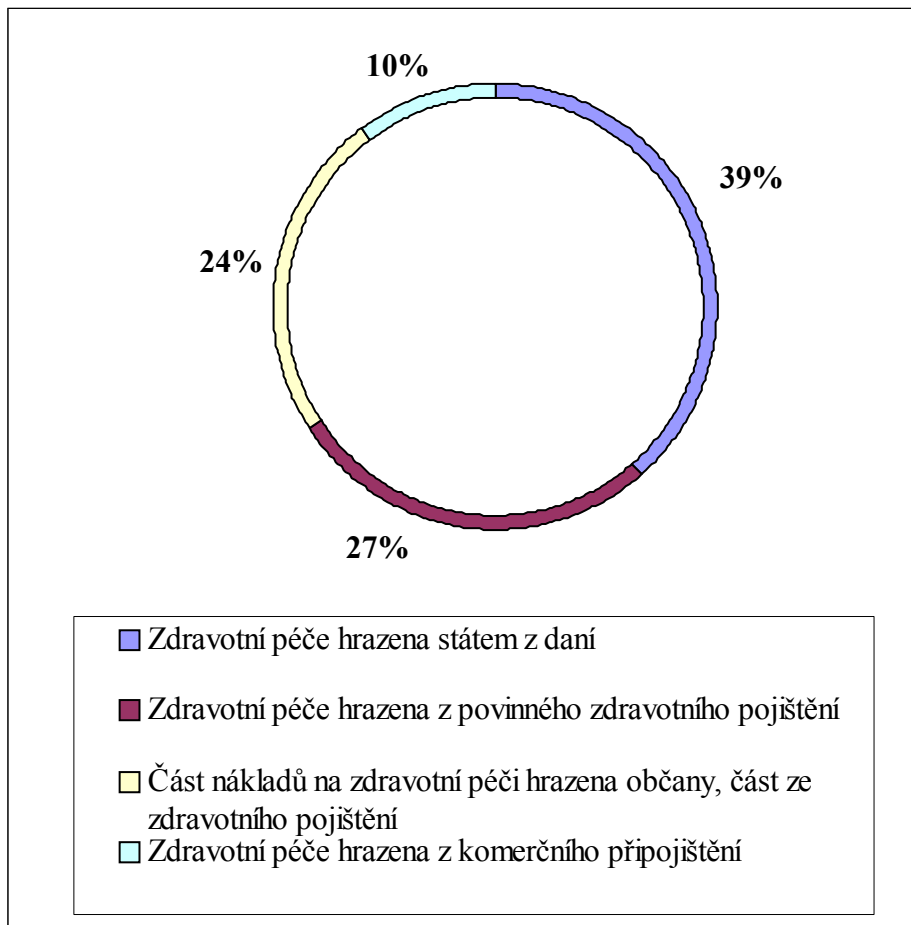
Graf 20: Obava z budoucího nedostatku lékařů v systému zdravotnictví v České republice (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 20 mapuje obavu z budoucího nedostatku lékařů v systému zdravotnictví v České republice. Z celkového počtu 762 respondentů zvolilo odpověď ANO, tedy obavu z budoucího nedostatku lékařů v systému zdravotnictví v České republice 57,2 % (436) respondentů. Odpověď NE zvolilo 15 % (114) respondentů a odpověď NEVÍM volí 27,8 % (212) respondentů.

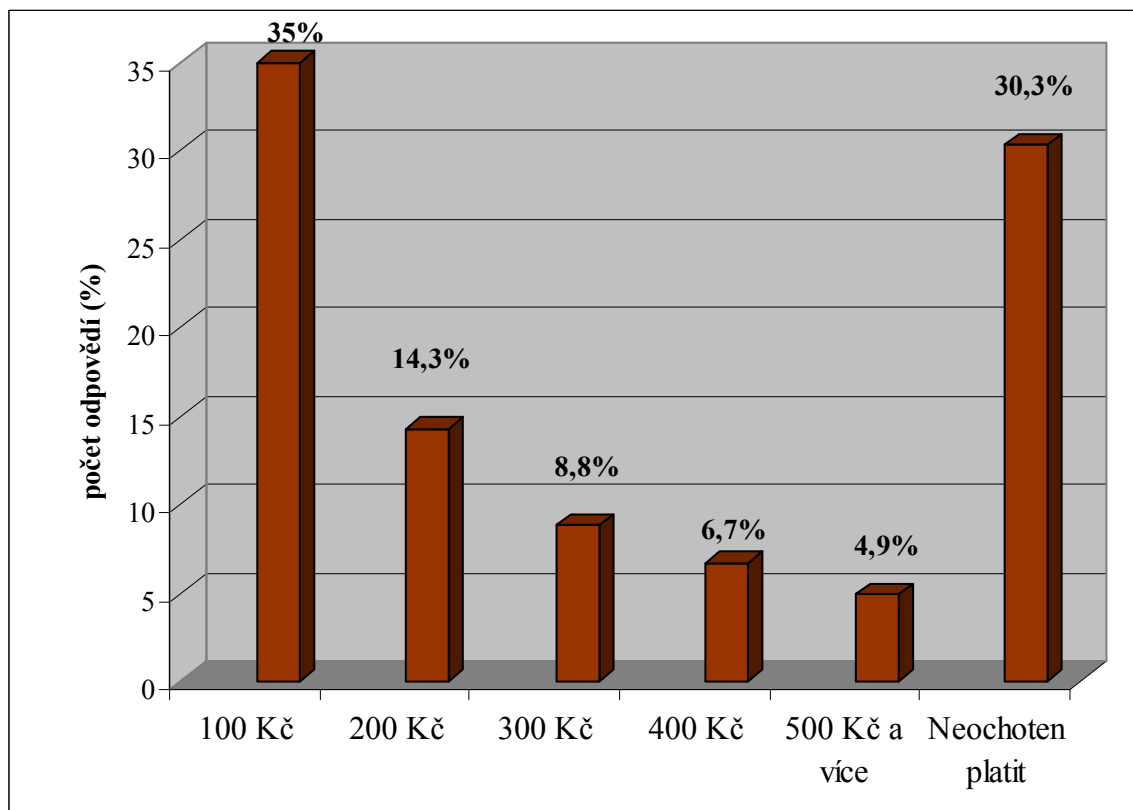
Graf 21: Preference výběru modelu financování zdravotní péče (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 21 zobrazuje preferenci výběru modelu financování zdravotní péče u respondentů. Z celkového počtu 762 respondentů 38,7 % (295) z nich zvolilo možnost hrazení zdravotní péče státem z daní. Možnost zdravotní péče hrazené z povinného zdravotního pojištění volí 27 % (206) respondentů. Možnost, aby část nákladů na zdravotní péči byla hrazena občany a část ze zdravotního pojištění, zvolilo 24 % (183). Hrazení zdravotní péče z komerčního připojištění zvolilo 10,3 % (78) respondentů.

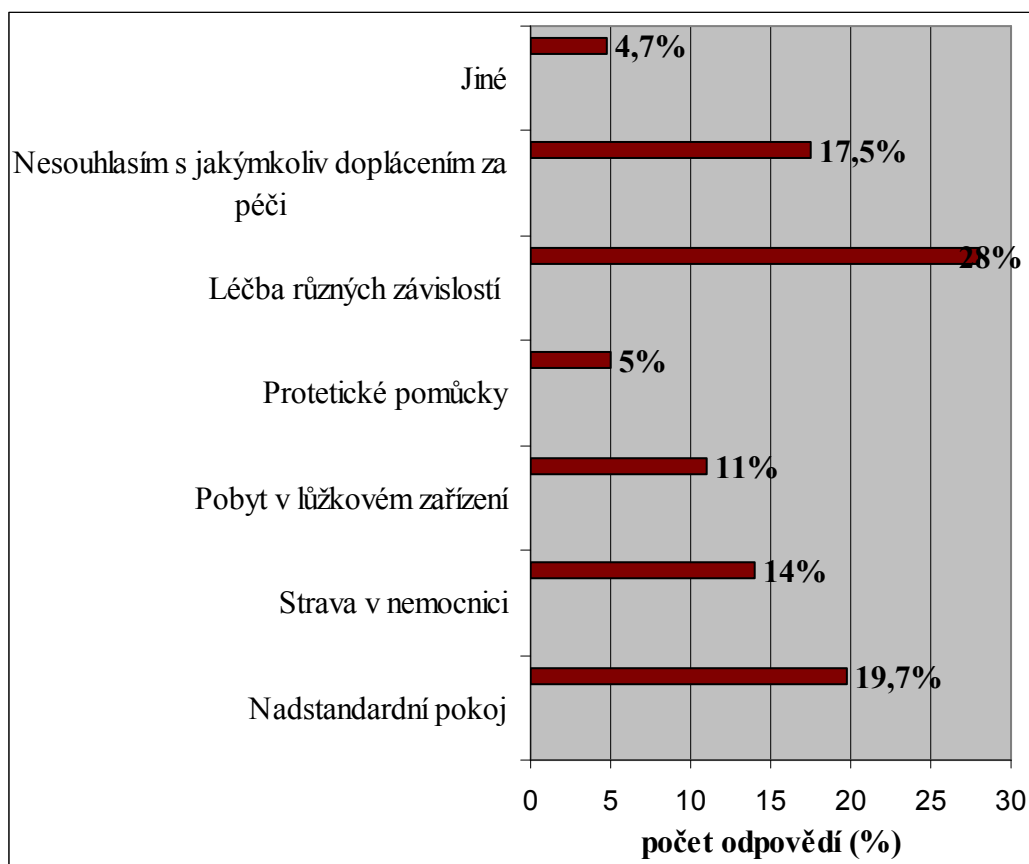
Graf 22: Ochota měsíční platby na komerční připojištění (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 22 mapuje ochotu respondentů měsíčně si platit komerční zdravotní připojištění. Z celkového počtu 762 respondentů je částku ve výši 100 Kč na komerční zdravotní připojištění ochotno platit 35 % (267) respondentů. Částku 200 Kč zvolilo 14,3 % (109) respondentů. Částku 300 Kč zvolilo 8,8 % (67) respondentů. Částku ve výši 400 Kč zvolilo 6,7 % (51) respondentů. Částku 500 Kč a více zvolilo 4,9 % (37) respondentů. Neochotno platit komerční zdravotní připojištění je 30,3 % (231) respondentů.

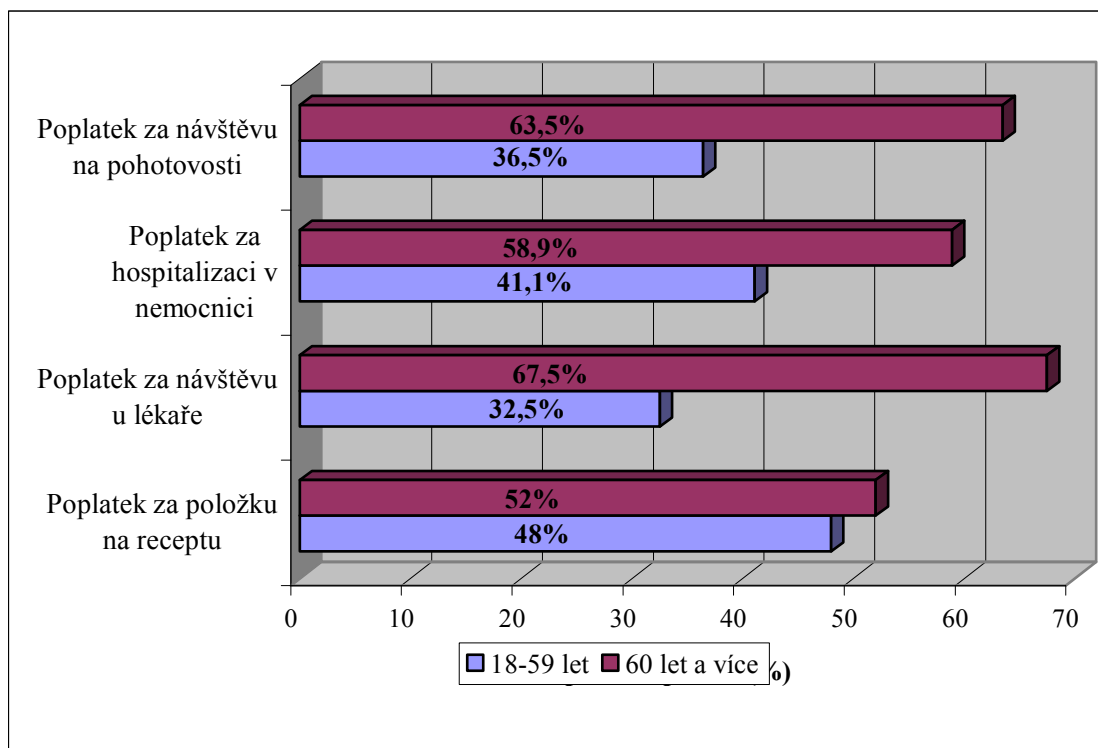
Graf 23: Názory na připlácení pacientů na péči (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 23 zobrazuje názory respondentů na připlácení na péči. Z celkového počtu 762 respondentů 28 % (213) zvolilo, že by si pacienti měli přispívat na léčbu různých závislostí. Možnost nadstandardní pokoj zvolilo 19,7 % (151) respondentů. Připlácení na stravu v nemocnici zvolilo 14 % (107) respondentů. Připlácení za pobyt v lůžkovém zařízení zvolilo 11 % (84) respondentů. Připlácení na protetické pomůcky zvolilo 5 % (38) respondentů. S jakýmkoliv připlácením na péči nesouhlasí 17,5 % (133) respondentů a možnost JINÉ zvolilo 4,7 % (36) respondentů.

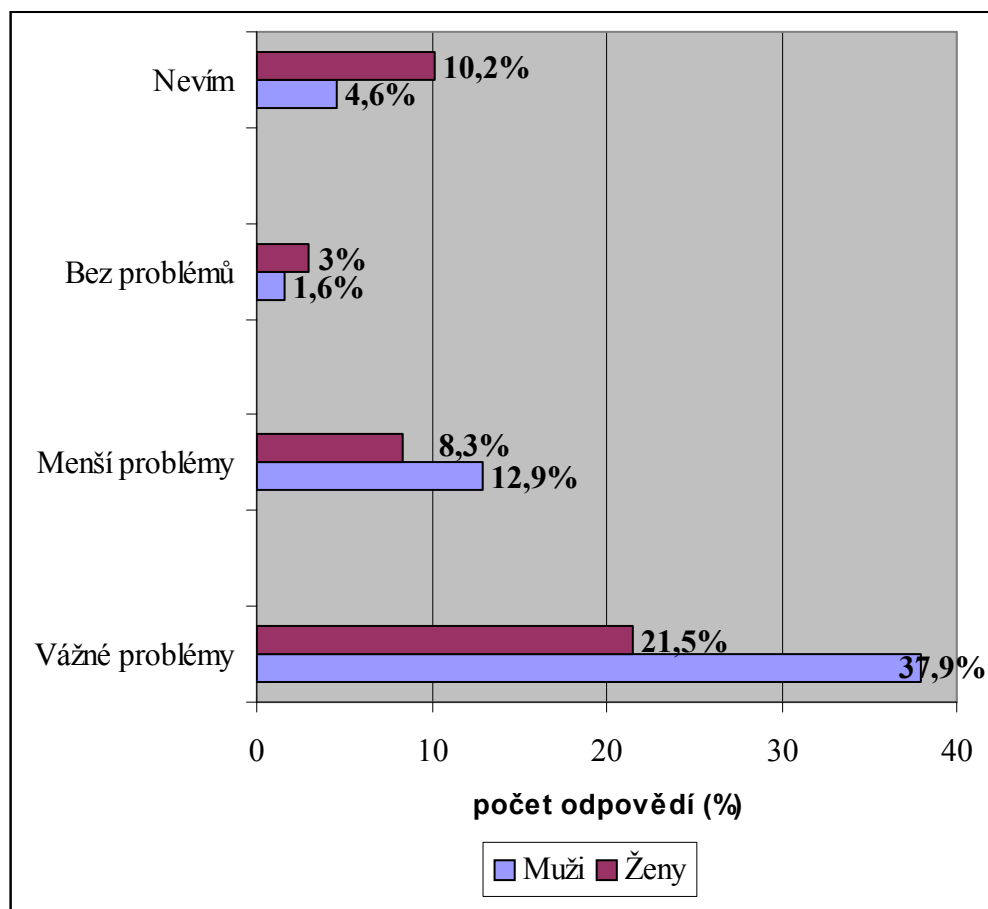
Graf 24: Nesouhlas s regulačními poplatky v porovnání s věkem respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 24 zobrazuje nesouhlas s regulačními poplatky v porovnání s věkem respondentů a slouží k potvrzení, popř. vyvrácení stanovené hypotézy, která zní: „Respondenti starší 60 let nesouhlasí s regulačními poplatky více než respondenti nižší věkové kategorie“. Z celkového počtu 321 respondentů, kteří nesouhlasí s poplatkem za návštěvu na pohotovosti, je 63,5 % (204) respondentů starších 60 let a 36,5 % (117) respondentů mladších 60 let. Z celkového počtu 513 respondentů, kteří nesouhlasí s poplatkem za hospitalizaci, je 58,9 % (302) respondentů starších 60 let a 41,1 % (211) respondentů mladších 60 let. Z celkového počtu 412 respondentů, kteří nesouhlasí s poplatkem za návštěvu u lékaře, je 67,5 % (278) respondentů starších 60 let a 32,5 % (134) respondentů mladších 60 let. Z celkového počtu 623 respondentů, kteří nesouhlasí s poplatkem za návštěvu u lékaře, je 52 % (324) respondentů starších 60 let a 48 % (299) respondentů mladších 60 let.

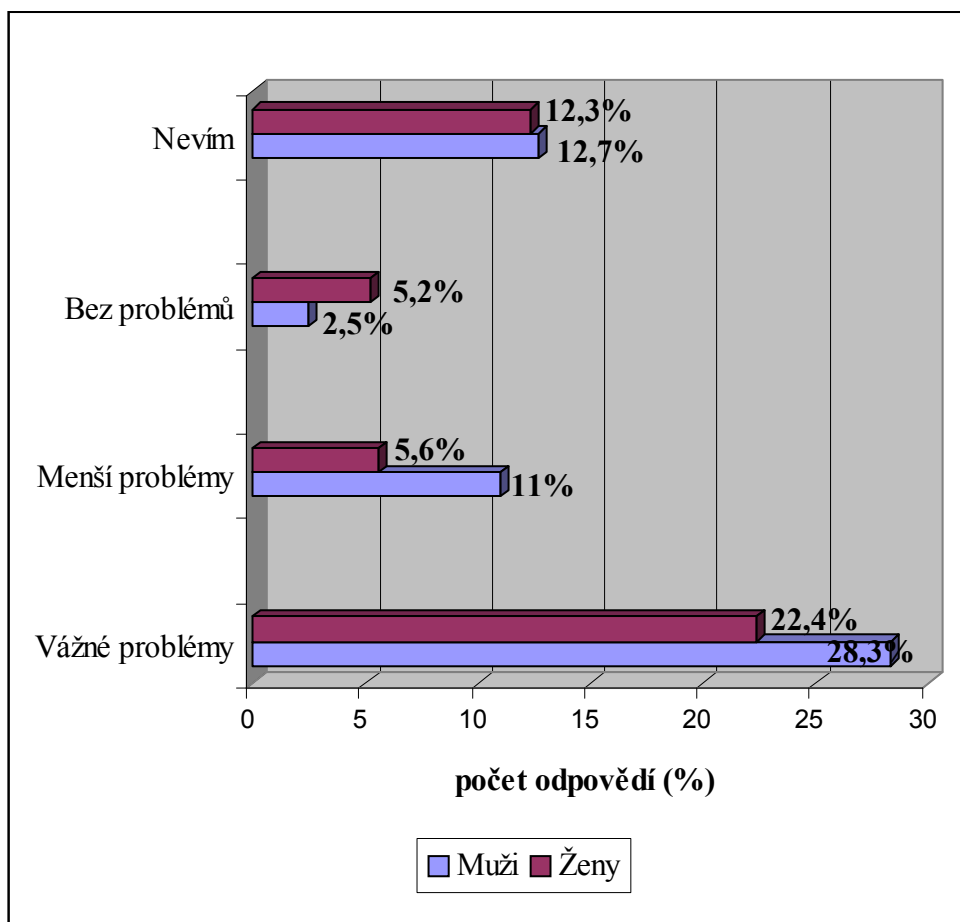
Graf 25: Hodnocení oblasti financování zdravotnictví z pohledu žen a mužů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 25 zobrazuje hodnocení oblasti financování zdravotnictví z pohledu žen a mužů a slouží k potvrzení, popř. vyvrácení stanovené hypotézy, která zní: „*Ženy hodnotí jednotlivé oblasti zdravotnictví v České republice kritičtěji nežli muži*“. Z celkového počtu 762 respondentů vidí vážné problémy v oblasti financování zdravotnictví 37,9 % (289) mužů a 21,5 % (164) žen. Menší problémy zvolilo 12,9 % (98) mužů a 8,3% (63) žen. Bez problémů vidí tuto oblast 1,6 % (12) mužů a 3 % (23) žen. Odpověď NEVÍM zvolilo 4,6 % (35) mužů a 10,2 % (78) žen.

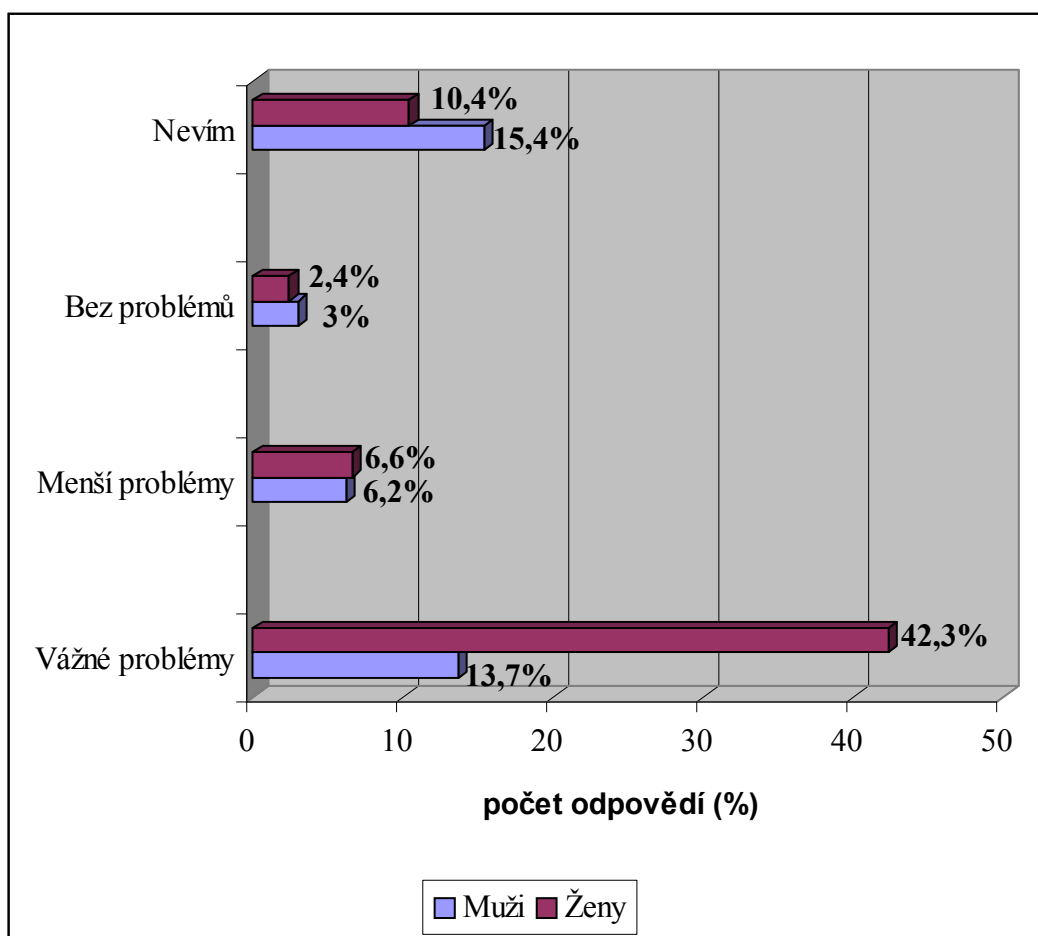
Graf 26: Hodnocení oblasti řízení zdravotnictví z pohledu žen a mužů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 26 zobrazuje hodnocení oblasti řízení zdravotnictví z pohledu žen a mužů a slouží k ověření, popř. vyvrácení stanovené hypotézy, která zní: „*Ženy hodnotí jednotlivé oblasti zdravotnictví v České republice kritičtěji nežli muži*“. Z celkového počtu 762 respondentů vidí vážné problémy v oblasti řízení zdravotnictví 28,3 % (216) mužů a 22,4 % (171) žen. Menší problémy zvolilo 11% (84) mužů a 5,6 % (43) žen. Bez problémů vidí tuto oblast 2,5 % (19) mužů a 5,2 % (39) žen. Odpověď NEVÍM zvolilo 12,7 % (97) mužů a 12,3 % (93) žen.

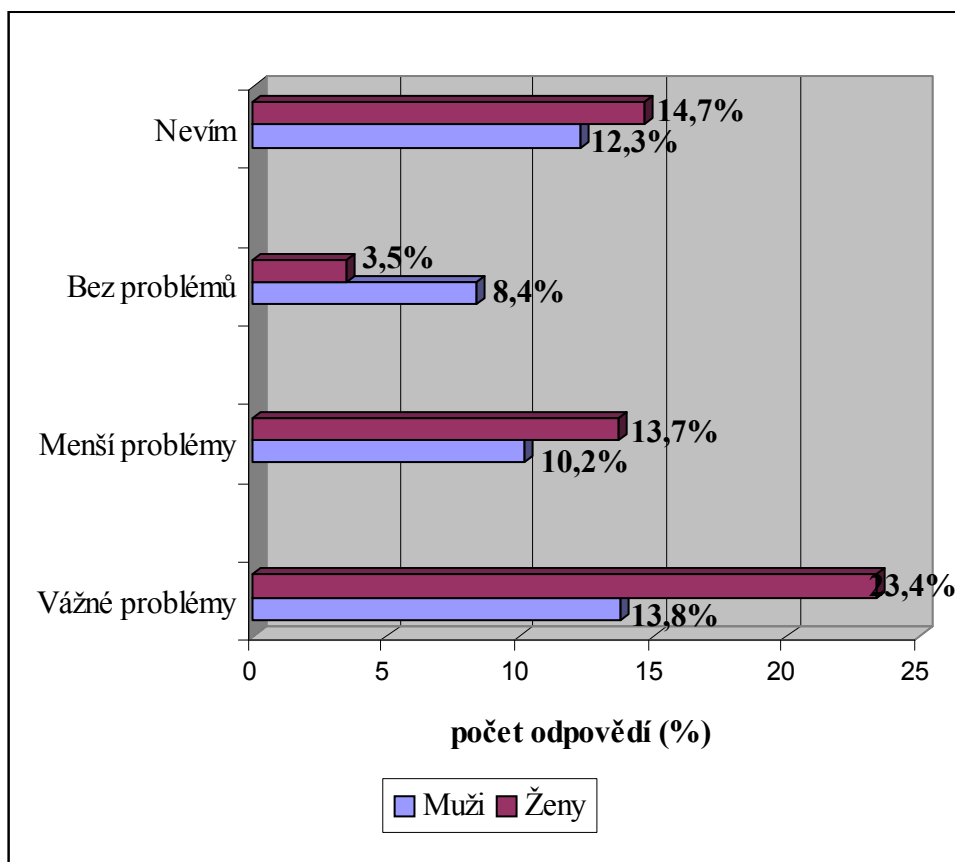
Graf 27: Hodnocení oblasti cen léků a zdravotnického materiálu z pohledu žen a mužů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 27 zobrazuje hodnocení oblasti cen léků a zdravotnického materiálu z pohledu žen a mužů a slouží k ověření, popř. vyvrácení stanovené hypotézy, která zní: „*Ženy hodnotí jednotlivé oblasti zdravotnictví v České republice kritičtěji nežli muži*“. Z celkového počtu 762 respondentů vidí vážné problémy v oblasti cen léků a zdravotnického materiálu 13,7 % (105) mužů a 42,3 % (322) žen. Menší problémy zvolilo 6,2 % (47) mužů a 6,6 % (50) žen. Bez problémů vidí tuto oblast 3 % (23) mužů a 2,4 % (19) žen. Odpověď NEVÍM zvolilo 15,4 % (117) mužů a 10,4 % (79) žen.

Graf 28: Hodnocení oblasti zdravotních pojišťoven z pohledu žen a mužů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 28 zobrazuje hodnocení oblasti zdravotních pojišťoven z pohledu žen a mužů a slouží k ověření, popř. vyvrácení stanovené hypotézy, která zní: „Ženy hodnotí jednotlivé oblasti zdravotnictví v České republice kritičtěji nežli muži“. Z celkového počtu 762 respondentů vidí vážné problémy v oblasti zdravotních pojišťoven 13,8 % (105) mužů a 23,4 % (178) žen. Menší problémy zvolilo 10,2 % (78) mužů a 13,7 % (104) žen. Bez problémů vidí tuto oblast 8,4 % (64) mužů a 3,5 % (27) žen. Odpověď NEVÍM zvolilo 12,3 % (94) mužů a 14,7 % (112) žen.

Diskuze

Kvantitativního výzkumu se zúčastnilo 762 respondentů starších 18 let žijících v náhodském regionu. Z toho bylo 54 % (409) žen a 46 % (353) mužů. V rámci výzkumu byly stanoveny dvě hypotézy. První hypotéza zní: „*Respondenti starší 60 let nesouhlasí s regulačními poplatky více než respondenti nižší věkové kategorie*“. Druhá hypotéza zní: „*Ženy hodnotí jednotlivé oblasti zdravotnictví v České republice kritičtěji nežli muži*“.

Dotazníkovým šetřením v rámci diplomové práce (otázka č. 5) bylo zjištěno, že z celkového počtu 762 respondentů se 85,7 % (653) respondentů domnívá, že se v systému zdravotnictví vyskytují nedostatky.

Z výzkumu Institutu zdravotní politiky a ekonomiky realizovaného v roce 2005 vyplývá, že 36 % respondentů se domnívá, že systém zdravotnictví funguje celkem dobře a potřebuje pouze malé změny, zhruba 36,5 % respondentů vidí současný systém zdravotnictví jako funkční, nicméně je v něm třeba podle nich učinit zásadní změny. Pouze 12 % respondentů hodnotí systém zdravotnictví jako bezchybný a 15 % respondentů se domnívá, že je potřeba systém zcela změnit (28).

Z výzkumu hodnotícího vývoj postojů občanů ČR k problematice zdravotnictví v období let 1995–2006 vyplývá, že většina občanů ČR hodnotí zdravotnictví kriticky jako oblast, ve které se vyskytuje řada velmi vážných problémů. Tímto způsobem charakterizuje zdravotnictví polovina občanů ČR. Dalších 13,2 % se dokonce domnívá, že systému zdravotnictví hrozí zhroucení. Celkem 62,9 % respondentů vnímá oblast zdravotnictví jako problémovou a hodnotí ji převážně negativně. Zbývající více než 1/3 respondentů hodnotí současný stav zdravotnictví jako oblast s drobnými, popř. ojediněle vážnými problémy. Jako bezproblémovou oblast nevnímá zdravotnictví v ČR prakticky nikdo z občanů. Příznivěji hodnotí situaci ve zdravotnictví občané s nižším, zejména základním vzděláním, zatímco kritičtěji vidí situaci respondenti s VŠ vzděláním, kteří si více myslí, že ve zdravotnictví existuje řada vážných problémů. Kritičtěji rovněž hodnotí zdravotnictví respondenti s více dětmi (3 a více). Porovnání výsledků výzkumu se stavem v minulých letech ukázalo, že v posledním roce došlo ve srovnání s rokem 2005 k mírnému snížení kritičnosti v nazírání na celkový stav zdravotnictví (27).

Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR zveřejnil výsledky výzkumu, který zkoumal české zdravotnictví očima veřejnosti. Výzkum probíhal v období prosince 2007. Výzkumný soubor tvořilo 1056 občanů České republiky ve věku od 15 let. Bylo zjištěno, že v současné době mírně převládá podíl Čechů deklarujících nespokojenost se zdravotním systémem (39 %) nad těmi, kteří jsou s ním spokojeni (30 %). Rozhodnou nespokojenost vyjadřuje 12 % osob a spíše nespokojeno je 27 % občanů. Naopak se zdravotním systémem jsou rozhodně spokojena 3 % respondentů a 27 % respondentů je spokojeno spíše. Téměř 30 % Čechů se nepřiklonilo ani k jedné ze stran postojového spektra a uvedla odpověď „ani spokojen, ani nespokojen“. Při porovnání aktuálních výsledků s předešlými výzkumy je patrné, že podíl osob, který je se zdravotním systémem v ČR spokojen, se nijak zásadně nemění (15).

Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR (dále SOÚ AV ČR) provedl v období března 2006 průzkum, který se týkal názorů veřejnosti na problémy zdravotnictví a jeho financování. Výzkumu se zúčastnilo 1076 respondentů, obyvatel České republiky ve věku od 15 let. Spokojenost se stavem zdravotnictví vyjadřuje jen 1/3 respondentů, ostatní téměř 2/3 vyjadřují svoji nespokojenost, přičemž 1/4 nespokojenost velkou. Za nejproblematictější považuje česká veřejnost zejména financování veřejného zdravotnictví, hospodaření v oblasti léků a fungování pojišťoven. Vnímání problémů v jednotlivých oblastech zdravotnictví souvisí s životní úrovní. Potřebu reformy resortu deklarují více než 4/5 dotázaných (2).

V období prosince 2006 provedl SOÚ AV ČR průzkum na téma České zdravotnictví očima veřejnosti. Průzkumu se zúčastnilo 1119 respondentů, obyvatel České republiky ve věku od 15 let. V rámci tohoto průzkumu bylo zjištěno, že spokojenost se zdravotním systémem v České republice vyjadřuje v současnosti přibližně třetina českých občanů (32 %), jen o málo nižší je však podíl těch, kteří s ním spokojeni nejsou (29 %). 37 % oslovených respondentů uvedlo, že se zdravotním systémem v České republice není ani spokojeno, ani nespokojeno. Vyšší podíl nespokojených najdeme zejména mezi občany staršími 60 let. V porovnání se situací na konci roku 2005, kdy byl podíl dotázaných spokojených a nespokojených s naším

zdravotním systémem prakticky shodný, v současnosti podíl spokojených velmi mírně převažuje (9).

Mezi nejzávažnější problémy českého zdravotnictví (otázka č. 6) řadí 37,9 % (289) respondentů špatné hospodaření při dostatku financí, následuje s 23,4 % (178) problematika systému zdravotních pojišťoven a 19,3 % (147) respondentů uvádí jako nejzávažnější problém českého zdravotnictví oblast řízení zdravotnictví.

V sedmé otázce dotazníkového šetření respondenti hodnotili jednotlivé oblasti zdravotnictví v České republice. Nejhůře byla ohodnocena oblast financování zdravotnictví, kdy 59,4 % (453) respondentů z celkového počtu 762 respondentů vidí v této oblasti vážné problémy. V oblasti cen léků a zdravotnického materiálů vidí vážné problémy 56 % (427) respondentů z celkového počtu 762 respondentů. Na třetím místě se umístila oblast řízení zdravotnictví, kdy vážné problémy vidí 50,7 % (386) respondentů z celkového počtu 762 respondentů. Nejméně vážných problémů v hodnocených oblastech české zdravotnictví vidí 37,2 % (283) respondentů v oblasti zdravotních pojišťoven.

Z výzkumů agentury INRES – SONES vyplývá, že 75,6 % respondentů vidí vážné problémy v oblasti financování zdravotnictví, v oblasti řízení zdravotnictví vidí vážné problémy 47,1 % respondentů a 46,2 % respondentů vidí vážné problémy v oblasti cen léků a zdravotnického materiálu z celkového počtu 1619 respondentů (viz Příloha 7). Nejkladněji je hodnocena oblast odborné úrovně lékařské péče, kde respondenti uvádí vážné problémy pouze v 5,8 % odpovědí (26).

Srovnáme-li výsledky s výzkumem z prosince roku 2007, zjistíme, že 33 % respondentů vnímá oblast financování veřejného zdravotnictví jako oblast s velmi velkými problémy. Fungování pojišťoven označilo jako oblast s velmi velkými problémy 23 % respondentů a na třetím místě s 19 % je respondenty označena oblast hospodaření s léky. Celkově tedy v oblasti financování veřejného zdravotnictví spatřuje 80 % respondentů problémy velmi velké či velké. Oproti roku 2006 došlo k 3% nárůstu. Oblast fungování pojišťoven hodnotí jako oblast s velmi velkými či velkými problémy celkem 56 % respondentů. Ve srovnání s rokem 2006 došlo k 2% poklesu. Oblast

hospodaření s léky hodnotí jako oblast s velmi velkými či velkými problémy 61 % respondentů. Oproti roku 2006 došlo k 2% poklesu (15).

Dle průzkumu SOÚ AV ČR na téma České zdravotnictví očima veřejnosti jsou velké problémy v českém zdravotnictví podle českých občanů zejména s financováním veřejného zdravotnictví (77 % oslovených tyto problémy označilo za „velmi velké“ či „velké“), s hospodařením v oblasti léků („velmi velké“ či „velké problémy“ v této oblasti spatřovalo 63 % respondentů) a ve fungování pojišťoven (58 % respondentů). Názor, že v dané oblasti jsou velmi velké či velké problémy, převážil také v případě objemu služeb poskytovaných veřejným zdravotnictvím. Malé či vůbec žádné problémy nespatřují čeští občané v oblasti kvality poskytované zdravotní péče (malé či žádné problémy jsou v této oblasti podle 58 % respondentů). Podle dvou třetin občanů jsou malé nebo žádné problémy charakteristické pro dostupnost lékařské péče a podle 70 % oslovených nejsou výrazně problematické vztahy mezi lékaři a pacienty (9).

Zajímavé je srovnání s výzkumem, který probíhal ve Fakultní nemocnici s poliklinikou v Ostravě (dále jen FNsP), který se zaměřil na hodnocení českého zdravotnictví a zdravotní péče v České republice z pohledu lékařů. Výzkumu se zúčastnilo 128 lékařů z celkového počtu 424, kteří působí ve FNsP v Ostravě. Z výzkumu vyplývá, že 40,9 % lékařů považuje za pozitivní jev českého zdravotnictví odbornou úroveň, komplexnost, kvalitu a rozvoj. Dostupnost zdravotnické péče, dostatek léků a možnost volby lékaře hodnotí jako pozitivní jev českého zdravotnictví 38,7 % dotázaných lékařů. Za negativní aspekty českého zdravotnictví považuje 34,6 % lékařů nedostatek financí, způsob financování a nehospodárnost. Nekomplexnost, nekonceptnost a nevyváženost se soukromým sektorem volí 33,6 % lékařů. Pouze 0,93 % dotázaných lékařů považuje za negativní aspekt českého zdravotnictví nedostatek lékařů. Za priority řešení nedostatků v českém zdravotnictví udává 38,5 % dotázaných lékařů ekonomiku, financování a investice. Systém koncepce, organizaci, legislativu a úroveň kvality péče považuje za prioritu 35,2 % dotázaných lékařů. Pouze 4,4 % dotázaných lékařů považuje za prioritní řešení nedostatků českého zdravotnictví technické a přístrojové vybavení zdravotnických zařízení (35).

Otázka č. 8 dotazníkového šetření se zaměřuje na příčinu růstu nákladů na zdravotnictví v České republice. Hlavní příčinu růstu nákladů na zdravotnictví v České republice spatřuje 22,7 % (173) respondentů v růstu cen za léky. Na druhém místě v příčinách růstu nákladů na zdravotnictví se umístilo s 19,3 % (147) nadměrné vykazování bodů ze strany lékařů. Na třetím místě v příčinách růstu nákladů na zdravotnictví se umístilo s 18 % (137) odpovědí špatné hospodaření zdravotních pojišťoven. Zvyšování průměrného věku populace uvádí jako příčinu růstu nákladů 12,3 % (194) respondentů.

Ze závěrů sociologických výzkumů z let 1994–2005 vyplývá, že více než polovina občanů se domnívá, že růst nákladů na zdravotnictví způsobuje špatné hospodaření zdravotních pojišťoven. S výjimkou roku 1997, kdy byla za hlavního viníka označována neujasněnost koncepce, a roku 2003, kdy byly hlavní příčinou nedostatky v systému řízení zdravotnictví, jsou ve všech ostatních letech hlavním viníkem neustálého růstu nákladů na zdravotnictví dle veřejnosti zdravotní pojišťovny. Tento názor zastává dlouhodobě více než 50 % respondentů. V roce 2000 to bylo dokonce 59,6 % respondentů (viz Příloha 8). Na druhém místě občané uvádějí nedostatky v systému řízení zdravotnictví. V mínění občanů, týkajícím se nadměrného vykazování bodů za léčebné zákroky, prováděné lékaři, nedošlo v uplynulých letech k výraznějšímu posunu. V rámci výzkumu byla respondentům předložena teze následujícího znění: „*Nedostatek finančních prostředků ve zdravotnictví je způsoben tím, že lékaři vykazují nadměrné množství bodů za léčebné zákroky*“. Okolo 30 % dotázaných s tezí o nadměrném vykazování bodů více či méně souhlasí, více než 2/5 s ní souhlasí tak napůl a zbývajících necelých 30 % s touto tezí více nebo méně nesouhlasí (26).

Otázka č. 9 dotazníkového šetření sledovala spokojenost respondentů s prací zdravotních pojišťoven v České republice. S prací zdravotních pojišťoven je spokojeno 12,5 % (95) respondentů a nespokojeno celých 61,5 % (469) respondentů z celkového počtu 762 respondentů. Z celkového počtu 469 respondentů, kteří nejsou spokojeni s prací zdravotních pojišťoven, spatřuje 45 % (212) špatné hospodaření zdravotních pojišťoven jako nejzávažnější problém v systému zdravotních pojišťoven. Na druhém

místě uvádí 26 % (124) respondentů nedostatečné hrazení zdravotní péče. Na třetím místě vidí 17 % (79) respondentů jako nejzávažnější problém v systému zdravotních pojišťoven špatný systém organizace zdravotního pojištění.

Zdravotní pojišťovny jako oblast, ve které se vyskytují vážné problémy, vnímá v současnosti cca 44 % dotázaných občanů (v roce 2000 celkem 65 %). Ve srovnání s obdobím 1995-2000 tedy v této oblasti došlo k výraznému pozitivnímu obratu a image zdravotních pojišťoven je z tohoto hlediska lepší. V rámci výzkumu byla respondentům předložena teze následujícího znění: „*Zdravotní pojišťovny mají zbytečně nákladný provoz, který odčerpává velké množství finančních prostředků jinak určených na zdravotnictví*“. S tezí, že pojišťovny mají zbytečně nákladný provoz, zcela souhlasí cca 35 % občanů (v letech 2000 - 2003 jich bylo o 5 % více), další 1/3 s ní souhlasí částečně. Zde se projevil pozitivní vývoj. Tento názor je nepochybně ovlivněn zprávami v médiích, které jsou pro formování stanoviska občanů v této věci rozhodující. Po nepříznivém hodnocení této oblasti činnosti pojišťoven v roce 1999 došlo v roce 2000 k obratu a podíl těch občanů, kteří si zcela jednoznačně myslí, že zdravotní pojišťovny mají zbytečně nákladný provoz, významně klesl. Tento trend je poměrně stabilizovaný. I přes pozitivní posun, ke kterému došlo v mínění občanů o zdravotních pojišťovnách ve srovnání s roky 1999, příp. 2000, lze konstatovat, že zdravotní pojišťovny a veřejné zdravotní pojištění patří i nadále mezi nejkritizovanější oblasti. Veřejnost se stále domnívá, že jsou to především zdravotní pojišťovny, které jsou odpovědné za neustálý růst nákladů na zdravotnictví (26).

Otázka č. 10 se zabývala souhlasem/nesouhlasem s poplatkem za položku na receptu a případnou výši tohoto poplatku. Z celkového počtu 74 respondentů, kteří souhlasí s poplatkem za položky na receptu, jich je 38 % (28) ochotno platit výši částky do 10 Kč za jednu položku na receptu. Výši částky 11–20 Kč je ochotno platit 25,7 % (19) respondentů. Částku 21–30 Kč za jednu položku na receptu je ochotno platit 24,3 % (18) respondentů. Částku 31 Kč a více je ochotno platit 12,2 % (9) respondentů.

Z výzkumu společnosti Median vyplývá, že za vystavení receptu je nejvíce respondentů (26,9 %) ochotno zaplatit 6 – 10 Kč. Možnost bez doplatku zvolilo 22,2 % respondentů. Výše poplatku za recept se dle věku příliš nemění. Nejméně by byli

ochotni zaplatit respondenti ve věkové kategorii 65 let a více, následuje věková kategorie 55–64 let (36).

Otázka č. 13 zjišťovala souhlas/nesouhlas s poplatkem za návštěvu na pohotovosti a případnou výši tohoto poplatku. Z celkového počtu 258 respondentů, kteří souhlasí s poplatkem za návštěvu na pohotovosti, jich je 8,9 % (23) ochotno platit výši částky do 30 Kč za návštěvu na pohotovosti. Výši částky 31–50 Kč je ochotno platit 15,1 % (39) respondentů. Částku 51–60 Kč za návštěvu na pohotovosti je ochotno platit 15,9 % (41) respondentů. Částku 61–70 Kč je ochotno platit 27,9 % (72) respondentů, částku 71–80 Kč je ochotno platit 20,2 % (52) respondentů a částku vyšší než 80 Kč je ochotno platit 12 % (31) respondentů.

Z výzkum společnosti Median vyplývá, že za návštěvu na pohotovosti by byli respondenti ochotni zaplatit v průměru 27,8 Kč. Za návštěvu na pohotovosti by nejvyšší částku zaplatili nejmladší respondenti ve věkové kategorii 18–24 let, následuje věková kategorie 25–34 let (36).

Otázka č. 14 a 15 dotazníkového šetření zjišťovala hodnocení lékařské péče v České republice z pohledů respondentů. S kvalitou lékařské péče v České republice je spokojeno 57,6 % (439) respondentů. Nespokojenost uvádí 27 % (206) respondentů. Celkem 54,2 % (413) respondentů se domnívá, že je současná lékařská péče na dostatečné odborné úrovni a 25,9 % (197) respondentů uvádí, že současná lékařská péče není na dostatečné odborné úrovni. Ostatní respondenti zvolili odpověď NEVÍM.

Z výzkum názorů a postojů občanů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života vyplývá, že odborná úroveň poskytované lékařské péče je občany hodnocena dlouhodobě pozitivně. Tomu nasvědčuje i fakt, že v porovnání s ostatními oblastmi zdravotnictví je tato oblast dlouhodobě nejvíce hodnocena jako oblast, kde se žádné problémy nevyskytují (26).

Otázka č. 17 dotazníkového šetření se zabývá problémy v přístupu lékařů k pacientům. Z celkového počtu 762 respondentů vidí v této oblasti vážné problémy 25,1 % (191) respondentů a menší problémy spatřuje 56,4 % (430) respondentů. Žádné problémy v přístupu lékařů k pacientům nespátřuje 9,8 % (75) respondentů. Z celkového počtu 621 respondentů, kteří spatřují v přístupu lékařů k pacientům

problémy vážného nebo menšího charakteru, vidí 37,4 % (235) respondentů hlavní příčinu v nedostatečné komunikaci lékařů s pacienty. V 28,8 % (179) odpovědí respondenti uvádějí jako příčinu problémů nedostatečný individuální přístup lékařů k pacientům. Na třetím místě je pak s 15,6 % (97) odpovědí přílišná délka objednávacích dob.

Z výzkumu názorů a postojů občanů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života vyplývá, že největší část dotázaných občanů vnímá přístup lékařů k pacientům dlouhodobě jako oblast, ve které se vyskytují zejména problémy méně závažného charakteru (viz Příloha 9). Jejich podíl mírně roste a v roce 2004 dosáhl téměř 62 %. V porovnání s rokem 1995 se výrazněji nezměnil podíl těch občanů, kteří ve vztahu lékařů k pacientům spatřují vážné problémy a pohybuje se okolo 10 %. K poklesu došlo u skupiny, vnímající tuto oblast jako bezproblémovou. Ve srovnání s rokem 1995 činí tento pokles 12 %. Stále méně občanů si tedy myslí, že ve vztahu lékařů k pacientům nejsou žádné problémy. Lze tedy konstatovat, že mírně roste podíl občanů, hodnotící přístup lékařů k pacientům převážně jako oblast s menšími problémy a klesá podíl těch, kteří v tomto přístupu nevidí žádné problémy. Názory občanů na přístup lékařů k pacientům se od poloviny 90. let nijak výrazněji nezměnily. Tato poměrně citlivá oblast je veřejností vnímána celkem stabilně, podíl respondentů spatřujících v přístupu lékařů k pacientům vážné problémy se výrazněji nemění a pohybuje se okolo 10 %. Dlouhodobě mírně roste podíl těch, kteří spatřují v přístupu lékařů k pacientům menší problémy, úměrně tomu se snižuje podíl občanů, kteří zde nespátřují žádné problémy (26).

Otázka č. 18 dotazníkového šetření zjišťovala problémy v přístupu zdravotnického personálu k pacientům. Z celkového počtu 762 respondentů vidí v této oblasti vážné problémy 25,7 % (196) respondentů a menší problémy spatřuje 64 % (488) respondentů. Žádné problémy v přístupu zdravotnického personálu k pacientům nespátřuje 4,9 % (37) respondentů. Z celkového počtu 684 respondentů, kteří spatřují v přístupu lékařů k pacientům problémy vážného nebo menšího charakteru, vidí 61,8 % (423) respondentů hlavní příčinu v nedostatku času zdravotnického personálu na komunikaci s pacientem. V 19,4 % (133) odpovědí respondenti uvádějí jako příčinu

problémů nedostatečný individuální přístup zdravotnického personálu k pacientům. Na třetím místě je pak s 11,4 % (78) odpovědí neschopnost empatie.

Z výzkumu názorů a postojů občanů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života vyplývá, že hodnocení přístupu zdravotnického personálu k pacientům je poměrně stabilní a nevykazuje významnější změny. Podíl občanů, kteří v této oblasti spatřují vážné problémy, se pohybuje okolo 10 % (viz Příloha 10). Mírně se snížil podíl těch, kteří zde žádné problémy nespátřují (cca ¼ dotázaných). Úměrně tomu bylo zaznamenáno mírné zvýšení podílu občanů, hodnotících přístup zdravotnického personálu k pacientům jako oblast s menšími problémy. Těch bylo v roce 2004 cca 59 %. Jde tedy o převažující hodnocení (26).

Otázka č.19 a 20 hodnotí počet lékařů v systému zdravotnictví v České republice z pohledu respondentů a obavu respondentů z jejich budoucího nedostatku. Z celkového počtu 762 respondentů hodnotí počet lékařů v systému zdravotnictví v České republice jako dostatečný 34,3 % (261) respondentů. Nedostatek lékařů spatřuje 33,8 % (258) respondentů. Nadbytek lékařů v systému zdravotnictví v České republice zvolilo 11,7 % (89) respondentů. Je možné si povšimnout poměrně vyrovnaného procentuálního zastoupení v odpovědích, kde respondenti hodnotí dostatek versus nedostatek lékařů v systému zdravotnictví v České republice. Tento vztah je o pouhých 0,5 % rozdílný. Co se týče obavy z budoucího nedostatku lékařů v systému zdravotnictví v České republice, z celkového počtu 762 respondentů pociťuje obavu z budoucího nedostatku lékařů v systému zdravotnictví v České republice 57,2 % (436) respondentů. Budoucího nedostatku lékařů se neobává 15 % (114) respondentů a 27,8 % (212) respondentů neví.

Z výzkumu názorů a postojů občanů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života je zřejmé, že veřejnost v České republice dlouhodobě nesouhlasí se snižováním počtu lékařů a nepovažuje tuto cestu snižování nákladů na zdravotnictví za žádoucí. Podíl takto smýšlejících občanů se od roku 1997 zvyšuje. Tento trend v názorech je i přes výkyvy v roce 2002 dlouhodobý a poměrně výrazný. K jeho vývoji přispěla zřejmě v posledních letech i skutečnost, že se prodlužují objednací doby u některých odborných lékařů a řada občanů deklaruje potíže s hledáním vhodného lékaře, u kterého by se mohla registrovat (26).

V otázce č. 21 se respondenti vyjadřovali s jakým modelem financování zdravotní péče by nejvíce souhlasili. Z celkového počtu 762 respondentů 39 % (295) z nich zvolilo možnost hrazení zdravotní péče státem z daní. Možnost zdravotní péče hrazené z povinného zdravotního pojištění volí 27 % (206) respondentů. Možnost, aby část nákladů na zdravotní péči byla hrazena občany a část ze zdravotního pojištění, zvolilo 24 % (183). Hrazení zdravotní péče z komerčního připojištění zvolilo 10 % (78) respondentů.

Výzkum názorů a postojů občanů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života ukazuje, že většina občanů České republiky preferuje takový model financování zdravotnictví, kdy je zdravotní péče v plném rozsahu hrazena z povinného zdravotního pojištění (viz Příloha 11). Jde v podstatě o model, který platí v současnosti, a jehož základem jsou zdravotní pojišťovny. Tomuto modelu dává přednost cca 1/2 občanů České republiky, od roku 1996 se jejich podíl zvýšil o 9 %, po roce 2000 nedochází k výraznějším změnám. Více než 1/4 dotázaných občanů dává přednost modelu, ve kterém je zdravotní péče částečně hrazena z povinného zdravotního pojištění a občané si připlácejí na některé léčebné zákroky. Podíl občanů, preferujících tento model ve srovnání s rokem 1996 klesl o cca 6 % přičemž se ukazuje, že pokles podílu takto smýšlejících se v roce 2003 zastavil a v porovnání s tímto rokem se v roce 2004 naopak zvýšil o 5 %. O něco méně občanů než v předchozím případě preferuje model, v jehož rámci je zdravotní péče v plném rozsahu hrazena státem z daní občanů a organizací. V podstatě jde o socialistický model, uplatňovaný v období po roce 1948 do počátku 90. let. Přes dílčí výkyvy se podíl zastánců tohoto modelu v porovnání s rokem 1996 mírně snížil. Nejmenší část občanů (okolo 3 %) je toho názoru, že by si měl náklady na poskytovanou zdravotní péči hradit každý občan sám buď z nepovinného zdravotního pojištění, které si sám platí, nebo formou přímé platby. Podíl zastánců tohoto modelu v porovnání s rokem 1996 mírně klesl. Největší preference dlouhodobě získávají mezi občany modely financování zdravotní péče z povinného zdravotního pojištění, kombinace pojištění a připlácení a financování z daní (26).

Dle výzkumu Institutu zdravotní politiky a ekonomiky, který proběhl v roce 2005 vyplývá, že 51,4 % respondentů se kloní k názoru, že ze zdravotního pojištění by měla být hrazena veškerá zdravotní péče. Případně připouští, že by ze zdravotního pojištění měla být hrazena téměř veškerá zdravotní péče a doplatky by měly být v minimální výši (43,5 % respondentů). Systém zdravotní péče, kdy je ze zdravotního pojištění hrazena pouze nejnutnější péče a pacienti si více doplácí, preferuje pouze 5,1% dotázaných respondentů (28).

Otázka č. 22 zjišťuje ochotu respondentů přispívat na komerční zdravotní připojištění. Z celkového počtu 762 respondentů je částku ve výši 100 Kč na komerční zdravotní připojištění ochotno platit 35 % (267) respondentů. Částku 200 Kč zvolilo 14,3 % (109) respondentů. Částku 300 Kč zvolilo 8,8 % (67) respondentů. Výši částky 400 Kč zvolilo 6,7 % (51) respondentů. Částku 500 Kč a více zvolilo 4,9 % (37) respondentů. Neochotno platit komerční zdravotní připojištění je 30,3 % (231) respondentů.

Dle výzkumu společnosti Median z roku 2005 vyplývá, že nejvíce respondentů by bylo ochotno připlácet na zdravotní připojištění zdravotní péče a na zdravotní připojištění pro nemoc či úraz částkou 51 až 100 Kč měsíčně (36).

Poslední otázka dotazníkového šetření se zaměřila na názory respondentů na připlácení na péči. Z celkového počtu 762 respondentů 28 % zvolilo, že by si pacienti měli přispívat na léčbu různých závislostí. Možnost připlácení za nadstandardní pokoj zvolilo 19,8 % respondentů. Připlácení na stravu v nemocnici zvolilo 14 % respondentů. Připlácení za pobyt v lůžkovém zařízení zvolilo 11 % respondentů. Připlácení na protetické pomůcky zvolilo 5 % respondentů. S jakýmkoliv připlácením na péči nesouhlasí 17,5 % respondentů a možnost JINÉ zvolilo 4,7 % respondentů. Pokud respondenti uvedli jinou možnost, jednalo se nejčastěji o přispívání na některé druhy operačních zákroků, diagnostické testy HIV, léčbu HIV/AIDS nemocných a soudně nařízenou sexuologickou a protialkoholní léčbu.

Výzkum společnosti Median z roku 2005 ukazuje, že se více než čtvrtina respondentů (27,5 %) domnívá, že by si lidé měli připlácet za nadstandardní péči a služby. Další čtvrtina respondentů (25,8 %) nesouhlasí s jakýmkoliv připlácením (36).

Podle výsledků již dříve zmiňovaného výzkumu agentury INRES–SONES s možností připlácení si pacientů na pobyt v nemocnici zcela nebo částečně souhlasí cca 1/4 dotázaných respondentů z řad občanů, naopak tento přístup odmítají více než 2/3 dotázaných. Zbývající nemají v této otázce jasno. Většinou občané tento způsob řešení finančních problémů nemocnic jednoznačněji odmítají (26).

Při srovnání některých výsledků výzkumu realizovaným v rámci diplomové práce s výsledky výzkumu Názorů a postojů občanů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života v letech 1995–2004 jsou často viděny rozlišné názory a postoje občanů k problematice zdravotnictví v České republice. Tento, mnohdy i znatelný rozdíl, je dán především vývojem zdravotnictví v čase, ale jistě i současnou osobou ministra zdravotnictví a celkovou politickou a ekonomickou situací České republiky v současné době. Významným faktorem v rozdílných postojích a názorech občanů na problematiku zdravotnictví je i v současné době zaváděná reforma veřejných financí, která s sebou přináší jistě citelnou změnu v podobě reformy zdravotnictví a zavádění regulačních poplatků.

Závěr

V rámci výzkumu byly stanoveny dvě hypotézy. První hypotéza zní: „Respondenti starší 60 let nesouhlasí s regulačními poplatky více než respondenti nižší věkové kategorie“. Druhá hypotéza zní: „Ženy hodnotí jednotlivé oblasti zdravotnictví v České republice kritičtěji nežli muži“.

Hypotéza č. 1: „Respondenti starší 60 let nesouhlasí s regulačními poplatky více než respondenti nižší věkové kategorie“ se potvrdila. Z celkového počtu 321 respondentů, kteří nesouhlasí s poplatkem za návštěvu na pohotovosti, je 63,5 % (204) respondentů starších 60 let a 36,4 % (117) respondentů mladších 60 let. Z celkového počtu 513 respondentů, kteří nesouhlasí s poplatkem za hospitalizaci, je 58,9 % (302) respondentů starších 60 let a 41,1 % (211) respondentů mladších 60 let. Z celkového počtu 412 respondentů, kteří nesouhlasí s poplatkem za návštěvu u lékaře, je 67,5 % (278) respondentů starších 60 let a 32,5 % (134) respondentů mladších 60 let. Z celkového počtu 623 respondentů, kteří nesouhlasí s poplatkem za návštěvu u lékaře, je 52 % (324) respondentů starších 60 let a 48 % (299) respondentů mladších 60 let. Na základě těchto výsledků můžeme konstatovat, že hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza č. 2: „Ženy hodnotí jednotlivé oblasti zdravotnictví kritičtěji nežli muži“ se nepotvrdila. Z celkového počtu 762 respondentů vidí vážné problémy v oblasti financování zdravotnictví 37,9 % (289) mužů a 21,5 % (164) žen, menší problémy zvolilo 12,9 % (98) mužů a 8,3 % (63) žen. V oblasti řízení zdravotnictví vidí vážné problémy 28,3 % (216) mužů a 22,4 % (171) žen, menší problémy zvolilo 11 % (84) mužů a 5,6 % (43) žen. Vážné problémy v oblasti cen léků a zdravotnického materiálu vidí 13,7 % (105) mužů a 42,3 % (322) žen, menší problémy zvolilo 6,2 % (47) mužů a 6,6 % (50) žen. V oblasti zdravotních pojišťoven vidí vážné problémy 13,8 % (105) mužů a 23,4 % (178) žen, menší problémy zvolilo 10,2 % (78) mužů a 13,7 % (104) žen. Na základě těchto výsledků lze konstatovat, že muži hodnotí kritičtěji oblast financování zdravotnictví a oblast řízení zdravotnictví. Ženy naopak kritičtěji hodnotí oblast cen léků a zdravotnického materiálu a oblast zdravotních pojišťoven.

Lze říci, že problémy českého zdravotnictví jsou vážné, ale nejsou neřešitelné. Především v rámci institucionálního řešení je pak třeba zavést skutečný autonomně

regulovaný systém veřejného zdravotního pojištění. Konkurence zdravotních pojišťoven, připojištění a volný trh zdravotních služeb mimo veřejné zdravotnictví mohou být prvky, které uspokojí i ty, kteří mají větší zájem o své zdraví a jsou připraveni se o ně aktivně starat a investovat do něj (46).

Výsledky diplomové práce mohou být základem pro další studie a výzkumy v této oblasti.

Seznam použité literatury

- 1) BÁRTLOVÁ, Sylva. Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
- 2) BAYER, I. - GATNAR, L. - SEDLÁČKOVÁ, M. Centrum pro výzkum veřejného mínění. Sociologický ústav AV ČR. *Reforma zdravotnictví: názory veřejnosti na problémy zdravotnictví a jeho financování*. [online]. 6. dubna 2006, [citováno 13. listopadu 2007].
Dostupné z: <http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100571s_oz60406.pdf>.
- 3) BELLOVÁ, Jana, ZLÁMAL, Jaroslav . *Ekonomika zdravotnictví*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 206 s. ISBN 80-7013-429-1.
- 4) BORECKÝ, Tomáš. *Euromedicine: Zdravotní pojištění v ČR*. [online]. 11. května 2007, [citováno 22. listopadu 2007]. Dostupné z: <<http://www.euromedicine.eu/cze/clanky/detail/89/>>.
- 5) BURIAN, Lubomír. *eHealth ve VZP ČR*. [online]. 24. května 2007, [citováno 30. ledna 2008]. Dostupné z: <http://www.sdruzeniobcan.cz/files/burian_cerge2007_05.pdf>.
- 6) CABRNOCH, Milan. *Elektronické zdravotnictví zvýší kvalitu, bezpečnost a efektivitu zdravotních služeb*. [online]. 13. prosince 2007, [citováno 30. ledna 2008]. Dostupné z: <http://www.cabrnoch.cz/index.php/2007/12/13/elektronickac_zdravotnictvas_zvafaias_kvalitu_bezp>.
- 7) CABRNOCH, Milan, JULÍNEK, Tomáš, HROBOŇ, Pavel. *Zdravotní politika*. [online]. 2005, [citováno 7. října 2007]. Dostupné z: <http://www.cabrnoch.cz/media/zdravotnictvi_web.pdf>.
- 8) ČABANOVÁ, Adéla. Pojišťovny se připravují na poplatky. *Zdravotnické noviny*, říjen 2007, roč. 56, č. 41, s.1-2.
- 9) ČADOVÁ, Naděžda. Centrum pro výzkum veřejného mínění. Sociologický ústav AV ČR. *České zdravotnictví očima veřejnosti*. [online]. 24. ledna 2007, [citováno 13. listopadu 2007]. Dostupné z: <http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100645s_oz70124.pdf>.
- 10) Česká lékařská komora. *Úmluva o lidských právech a biomedicině*. [online]. [citováno 6. října 2007]. Dostupné z: <http://www.clk.cz/zakpred/Uml096-2001_EtikaBiomed.html>.

- 11) České národní forum pro eHealth. *Elektronické předepisování léků*. [online]. 21. září 2007, [citováno 30. ledna 2008]. Dostupné z: <<http://www.ehealthforum.cz/dokumenty/Elektronicke+predepisovani+leku>>.
- 12) Česká rada dětí a mládeže. *Úmluva o právech dítěte*. [online]. [citováno 6. října 2007]. Dostupné z: <<http://www.crdm.adam.cz/publikace/umluva/umluva.htm>>.
- 13) Český statistický úřad. *Elektronická zdravotní knížka*. [online]. 26. listopadu 2007, [citováno 14. dubna 2008]. Dostupné z: <<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/itisk/140047F41A>>
- 14) DAŇHOVÁ, Adéla. Výběr poplatků bude povinný. *Zdravotnické noviny*, srpen 2007, roč. 56, č. 33-34, s.1-2.
- 15) DIMITROVÁ, Michaela. Centrum pro výzkum veřejného mínění. Sociologický ústav AV ČR. *České zdravotnictví očima veřejnosti*. [online]. 1. února 2008, [citováno 6. února 2008]. Dostupné z: <http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100752s_oz80201.pdf>
- 16) DRBAL, Ctibor. *Česká zdravotní politika a její východiska*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 96 s. ISBN 80-7262-340-0.
- 17) eHealth. *Projekt elektronického identifikátoru*. 2005, [citováno 21. února 2008]. Dostupné z: <<http://www.ehealth-eu.org/index.php?p=1&PHPSESSID=q1d4c6m55nd8336jqkrpthgs30>>.
- 18) Encyklopedie zdravotní sestry. *Zdraví*. [online]. 1. října 2007, [citováno 22. listopadu 2007]. Dostupné z: <<http://sestra.org/index.php/Zdrav%C3%AD>>.
- 19) Finance. *Zdravotní pojištění*. [online]. 2007, [citováno 22. listopadu 2007]. Dostupné z: <<http://www.finance.cz/pojisteni/osoby/zdravotni/>>.
- 20) GLADKIJ, Ivan a kolektiv. *Management ve zdravotnictví*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- 21) HOLČÍK, J. – KAŇOVÁ, P. - PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví - východiska, základní pojmy a perspektivy*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-417-8.
- 22) HRABAL, Jan. *Význam eHealth pro moderní společnost*. [online]. 7. ledna 2007, [citováno 13. dubna 2008]. Dostupné z: <http://www.izip.cz/index.php?p=407_0004>.
- 23) HROBOŇ, P. - JULÍNEK, T. - MACHÁČEK, T. *Reforma zdravotnictví: forum CZ. Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století*. [online]. 2004, [citováno 19. listopadu 2007]. Dostupné z:

<http://www.reformazdravotnictvi.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/CZ_publicace.pdf>.

24) IZIP. *Profil společnosti IZIP*. [online]. [citováno 13. dubna 2008]. Dostupné z: <<http://www.izip.cz/index.php?p=1>>.

25) IZIP. *Systém elektronických knížek IZIP využívá už milion obyvatel*. [online]. [citováno 13. dubna 2008]. Dostupné z: <http://www.izip.cz/index.php?p=407_0006>.

26) Katalog lékařů a zdravotnických zařízení. *Výzkum názorů a postojů občanů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života: Závěry z reprezentativních sociologických výzkumů z let 1995 – 2004*. [online]. 2005, [citováno 5. února 2008]. Dostupné z: <http://www.kataloglekaru.cz/files/24_TOCZODTLLxhMftJoHswZMJCXtnLhnjwzQijuFzar/ZDRAVI04.doc>.

27) Katalog lékařů a zdravotnických zařízení. *Závěrečná zpráva z výzkumů „Aktuální postoje občanů ČR k problematice zdravotnictví a jejich vývoj v období 1995 – 2006*. [online]. [citováno 5. února 2008]. Dostupné z: <http://www.kataloglekaru.cz/files/35_AviFukzLsrdUsRpodFspjDAZrTZVcgwUWalfMtPf/UKAZKA.doc>.

28) KNOBLOCH, František – ROKOSOVÁ, Martina. Názory občanů na vybrané problémy zdravotní péče v České republice. *Zdravotnictví v České republice*, březen 2006, roč. 57, č. 9, s. 30-36.

29) KREBS, Vojtěch a kolektiv. *Sociální politika*. 3. přepracované vyd. Praha: ASPI, a.s, 2005. 504 s. ISBN 80-7357-050-5.

30) KREBS, Vojtěch a kolektiv. *Sociální politika*. 2. přepracované vyd. Praha: ASPI, a.s, 2002. 376 s. ISBN 80-86395-33-2.

31) Kulatý stůl k budoucnosti financování českého zdravotnictví v České republice. *Fakta o českém zdravotnictví*. [online]. 1. října 2007, [citováno 13. listopadu 2007]. Dostupné z: <<http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Fakta+o+%C4%8Desk%C3%A9m+zdravotnictv%C3%AD.pdf>>.

32) KURZOVÁ, Hana - VONDRÁČEK, Lubomír. *Zdravotnické právo. Pro praxi a posluchače lékařských fakult*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2002. 142 s. ISBN 80-246-0531-7.

33) Lékaři pro reformu. *Hlavní kroky reformy zdravotnictví*. [online]. [citováno 13. března 2008]. Dostupné z: <http://www.lekariproreformu.cz/doks/Reforma/prehled_reformy_MZd.htm>.

34) MACH, Jan. *Medicína a právo*. 1.vyd. Praha: C.H.Beck, 2006. 257 s. ISBN 80-7179-810-X.

35) MÁŠOVÁ, H. - KRÍŽOVÁ, E. - SVOBODNÝ, P. *České zdravotnictví, vize a skutečnost. Složitá peripetie od plánů k realizaci*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005. 250 s. ISBN 80-246-0944-4.

36) Median. Výzkum trhu, médií a veřejného mínění, vývoj software. *Vnímání zdravotní péče v ČR v roce 2006 – populace starší 18 let*. Praha, 2007. 91 s.

37) Ministerstvo financí České republiky. *Reforma daňového systému 2010*. [online]. 3. dubna 2008, [citováno 14. dubna 2008]. Dostupné z: <[http://www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/Danovy_system_2010_03042008_ppt.ppt#256,1,Reforma daňového systému 2010](http://www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/Danovy_system_2010_03042008_ppt.ppt#256,1,Reforma_daňového_systému_2010)>.

38) Ministerstvo financí České republiky. *Reforma veřejných financí 2007–2010: Reformní kroky realizované k dosažení stanovených deficitů veřejných rozpočtů*. [online]. [citováno 1. února 2008]. Dostupné z: <[file:///C:/WINDOWS/Temporary%20Internet%20Files/Content.IE5/9IJ4N0VN/Reforma veřejných financí ppt%5B1%5D.ppt#365,1,Reforma veřejných financí 2007 – 2010](file:///C:/WINDOWS/Temporary%20Internet%20Files/Content.IE5/9IJ4N0VN/Reforma_veřejných_financí_ppt%5B1%5D.ppt#365,1,Reforma_veřejných_financí_2007_2010)>.

39) Ministerstvo financí České republiky. *Zákon o stabilizaci veřejných financí*. [online]. [citováno 16. listopadu 2007]. Dostupné z: <http://www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/www.sbirka.cz_NOVE_07-261_pdf.pdf>.

40) Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008*. [online]. 2007, [citováno 23. listopadu 2007]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/data/c2878/lib/BROZURA_MZCR_small.pdf>.

41) Ministerstvo zdravotnictví. *Regulační poplatky-součást reformy zdravotnictví*. [online]. 12. dubna 2007 [citováno 23. listopadu 2007]. Dostupné z: <[http://www.mzcr.cz/data/c2651/lib/TK_070412_poplatky.ppt#256,1,REGULAČNÍ POPLATKY - SOUČÁST REFORMY ZDRAVOTNICTVÍ](http://www.mzcr.cz/data/c2651/lib/TK_070412_poplatky.ppt#256,1,REGULAČNÍ_POPLATKY-SOUČÁST_REFORMY_ZDRAVOTNICTVÍ)>.

42) PAVLÍKOVÁ, O. Ministr představil transformaci pojišťoven. *Zdravotnické noviny*, duben 2008, roč. 57, č. 15, s.1-2.

43) PEKOVÁ, J. - PILNÝ, J. - JETMAR, M. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. 2. přepracované vyd. Praha: ASPI, a.s, 2005. 556 s. ISBN 80-7357-052-1.

44) Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky. *Vládní návrh - Zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů*. [online]. [citováno 16. listopadu 2007]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=5&T=222>>.

- 45) Q magazín: kvalita testovaná spotřebiteli. *Co přinese reforma zdravotnictví od ledna 2008*. [online]. 17. října 2007, [citováno 29. listopadu 2007]. Dostupné z: <<http://www.qmagazin.cz/zdravi/co-prinese-reforma-zdravotnictvi-od-ledna-2008.html>>.
- 46) SCHLANGER, Jiří. *Alternativy pro české zdravotnictví: Institucionální rámec systému veřejného zdravotního pojištění*. [online]. [citováno 14. dubna 2008]. Dostupné z: <<http://www.spas.cz/files/3RNDrSchlangerAlternativyProCR.pdf>>.
- 47) SLAPNÍČKA, M. Naše peníze: ekonomické zpravodajství. *Ministr Julínek představuje reformu zdravotnictví, budeme platit*. [online]. 12. dubna 2007, [citováno 29. ledna 2008]. Dostupné z: <<http://www.nasepenize.cz/clanek-203->>.
- 48) Státní ústav pro kontrolu léčiv. *Změny v cenové a úhradové regulaci platné od ledna 2008*. [online]. [citováno 16. února 2008]. Dostupné z: <<http://www.sukl.cz/zmeny-v-cenove-a-uhradove-regulaci-platne-od-ledna-2008>>.
- 49) STREJČKOVÁ, Alice a kolektiv. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví pro SZŠ*. 1.vyd. Praha: Fortuna, 2007. 112 s. ISBN 978-80-7168-943-0.
- 50) ŠINDELÁŘOVÁ, Hana. *Kodex práv pacienta*. [online]. 15. dubna 2005 [citováno 16. listopadu 2007]. Dostupné z: <<http://www.ordinace.cz/clanek/kodex-prav-pacienta/>>.
- 51) TOMEŠ, Igor a kolektiv. *Sociální správa*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 304 s. ISBN 80-7178-560-1.
- 52) TRÖSTER, Petr a kolektiv. *Právo sociálního zabezpečení*. 3., aktualit. a dopl. vyd. Praha: C. H. Beck, 2005. 348 s. ISBN 80-7179-856-8.
- 53) Univerzita Karlova v Praze: i-Forum. *Zdravotnická informatika s nevídanými možnostmi*. [online]. 2007, [citováno 30. ledna 2008]. Dostupné z: <<http://www.cuni.cz/IFORUM-4153.html>>.
- 54) Ústavní zákon č. 2/ 1993 Sb., usnesení předsednictva ČNR ze dne 16. prosince 1992 o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku ČR, v platném znění.
- 55) Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2005*. [online]. 2005, [citováno 27. ledna 2008]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=ekonomické%20informace®ion=100&kind=1&mnu_id=5300>.

- 56) Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Hospitalizace v nemocnicích ČR v roce 2006*. [online]. 2006, [citováno 26. ledna 2008]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1000>.
- 57) Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Sít' zdravotnických zařízení 2006*. [online]. 2006, [citováno 27. ledna 2008]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=zdravotnických%20zařízení%202®ion=100&kind=1&mnu_id=5300>.
- 58) Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2006*. [online]. 2006 [cit. 2007-12-12]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1000>.
- 59) Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. *O nás*. [online]. [citováno 28. října 2007]. Dostupné z: <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/O-nas/>>.
- 60) VURM, Vladimír a kolektiv. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1.vyd. Praha: TRITON, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.
- 61) VURM, Vladimír a kolektiv. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1.vyd. Praha: MANUS, 2004. 100 s. ISBN 80-86571-07-6.
- 62) Výplata mezd, sociálních podpor a důchodů. *Vyměřovací základ*. [online]. [citováno 22. listopadu 2007]. Dostupné z: <http://www.vyplata.cz/zakony/z592-1992sb_3-3c.php>.
- 63) Výplata mezd, sociálních podpor a důchodů. *Zdravotní pojištění*. [online]. [citováno 22. listopadu 2007]. Dostupné z: <<http://www.vyplata.cz/vyplatamzdy/zdravotnipojisteni.php>>.
- 64) Zákon č. 20/1966 Sb., *o péči o zdraví lidu*, v platném znění.
- 65) Zákon č. 48/1997 Sb., *o veřejném zdravotním pojištění*, v platném znění.
- 66) Zákon č. 280/1992 Sb., *o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách*, v platném znění.
- 67) Zdraví a zdravotnictví. *Privatizace zdravotních pojišťoven*. [online]. 29. leden 2008, [citováno 13. února 2008]. Dostupné z: <<http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=8239>>.
- 68) Zdraví a zdravotnictví. *Zdravotní pojišťovny - současnost a budoucnost*. [online]. 16. červenec 2007, [citováno 13. února 2008]. Dostupné z:

<<http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=7929>>.

69) Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR. *Právní úprava v oblasti veřejného zdravotního pojištění*. [online]. 2007, [citováno 22. listopadu 2007]. Dostupné z: <<http://www.zpmvcr.cz/index.php?podmenu=30>>.

70) ZLÁMAL, Jaroslav. *Marketing ve zdravotnictví*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 150 s. ISBN 80-7013-441-0.

71) Změny pro budoucnost. *Podstata reformy českého zdravotnictví*. [online]. [citováno 16. února 2008]. Dostupné z: <<http://www.zmenyprobudoucnost.cz/prectete-si/zdravotnictvi/podstata-reformy-systemu-ceskeho-zdravotnictvi-.aspx>>.

Klíčová slova

Zdravotnictví

Zdravotní politika

Veřejné zdravotní pojištění

Reforma veřejných financí

Reforma zdravotnictví

Přílohy

Příloha 1: Vývoj počtu osob starších 85 let v ČR

Příloha 2: Celkové příjmy sektoru zdravotnictví podle zdrojů v mld. Kč

Příloha 3: Počet obyvatel na 1 praktického lékaře pro dospělé, dorost a děti

Příloha 4: Počet návštěv lékaře za rok na obyvatele v EU

Příloha 5: Dny hospitalizace na obyvatele

Příloha 6: Regulační poplatky – srovnání s Rakouskem, Německem, Švédskem

Příloha 7: Hodnocení jednotlivých oblastí ve zdravotnictví – občané 2004 (%)

Příloha 8: Hlavní příčiny růstu nákladů na zdravotnictví - občané 2004 (%)

Příloha 9: Problémy v přístupu lékařů k pacientům - občané 2004 (%)

Příloha 10: Problémy v přístupu zdravotnického personálu k pacientům - občané 2004

Příloha 11: Preferování modelu financování zdravotní péče

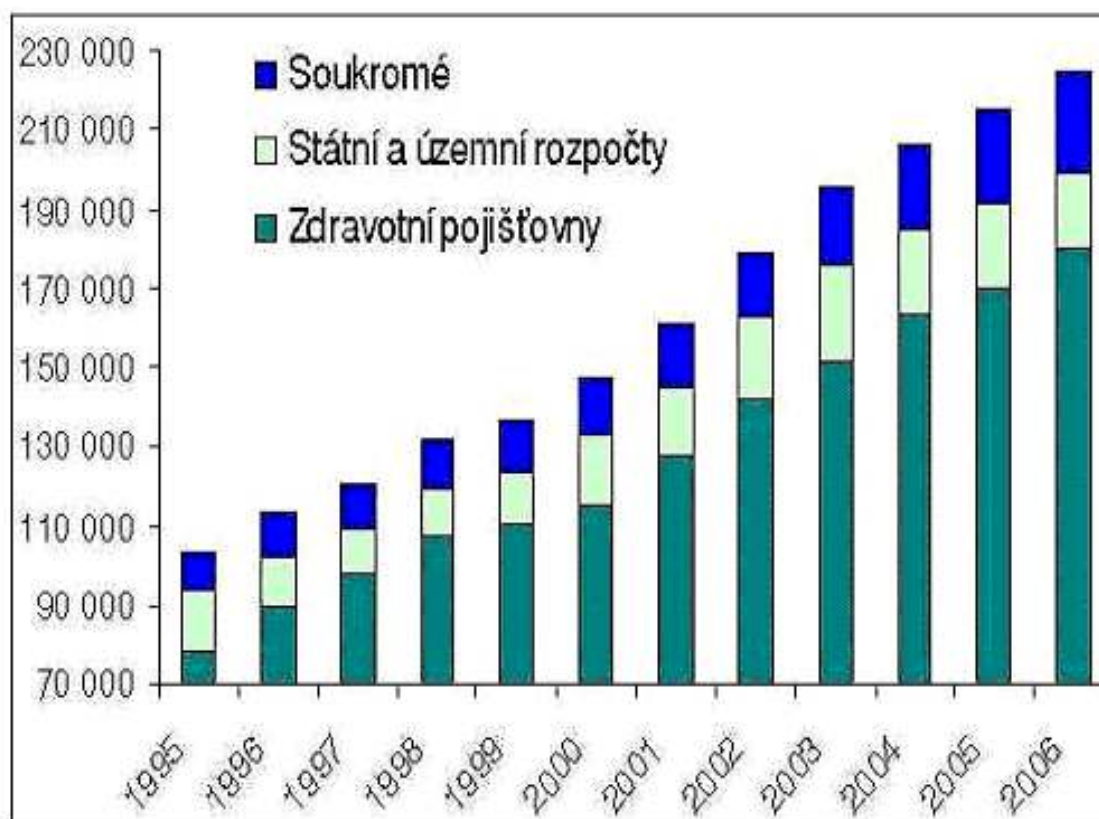
Příloha 12: Dotazník

Příloha 1: Vývoj počtu osob starších 85 let v ČR



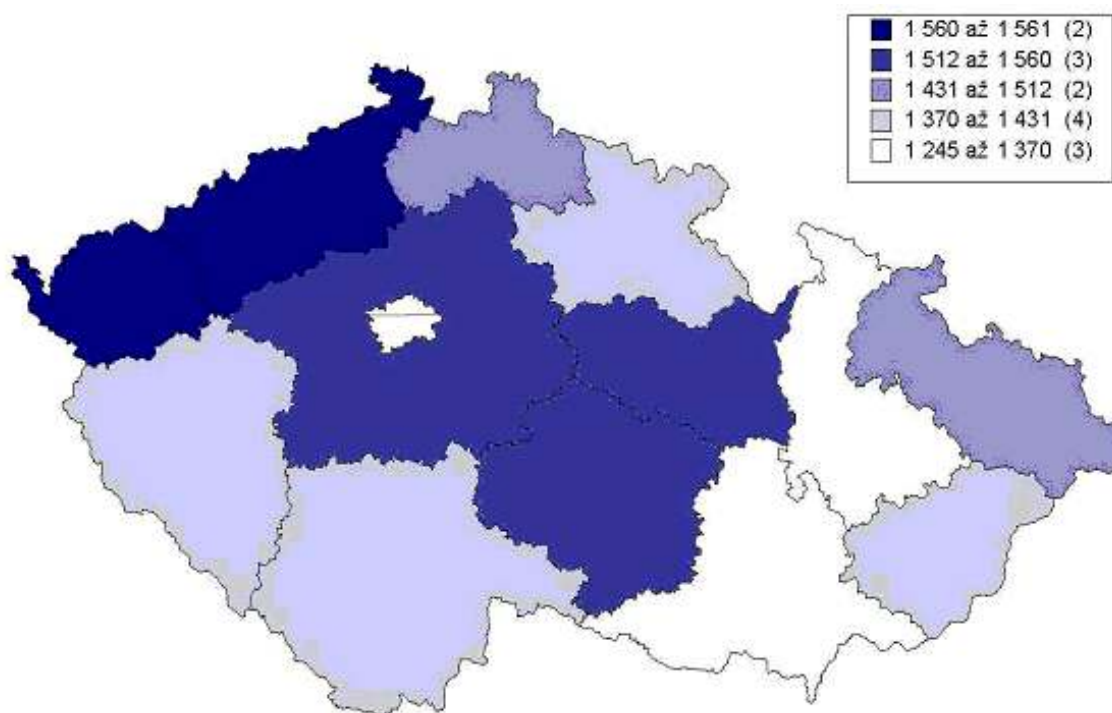
Zdroj: Český statistický úřad

Příloha 2: Celkové příjmy sektoru zdravotnictví podle zdrojů



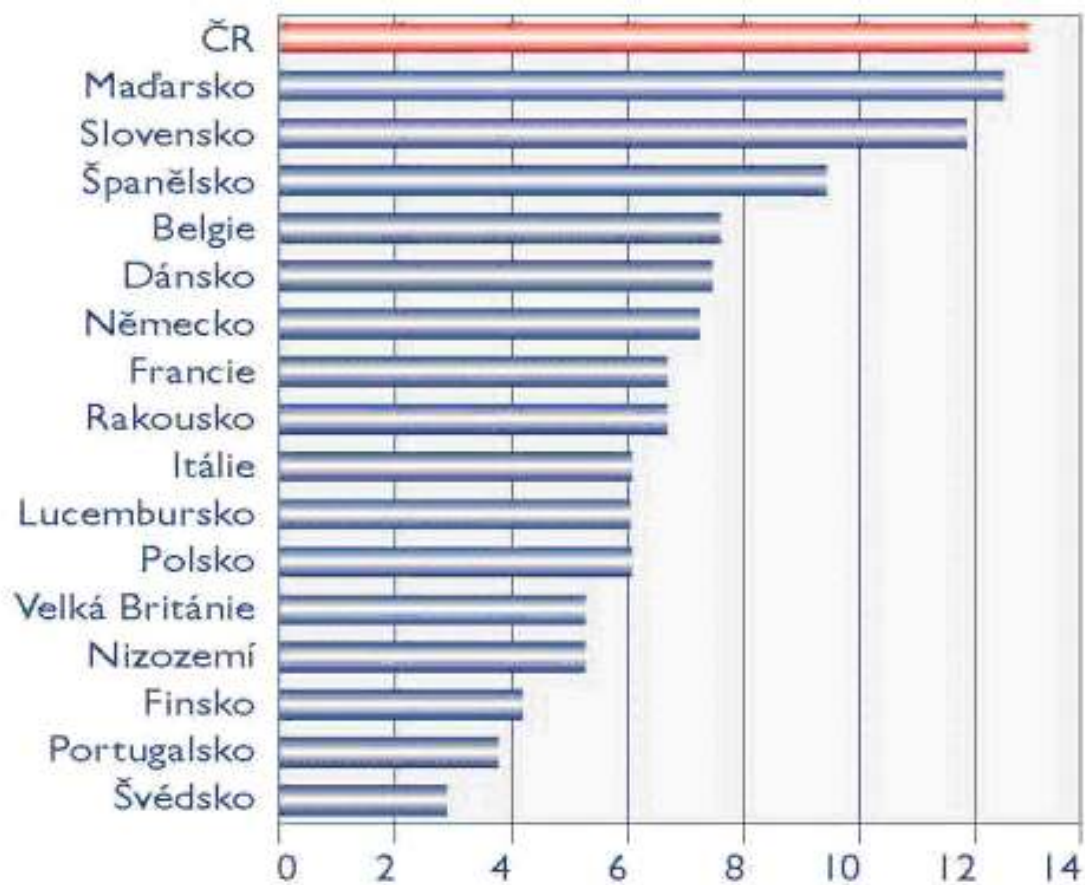
Zdroj: http://www.uzis.cz/download_file.php?file=3041

Příloha 3: Počet obyvatel na 1 praktického lékaře pro dospělé, dorost a děti



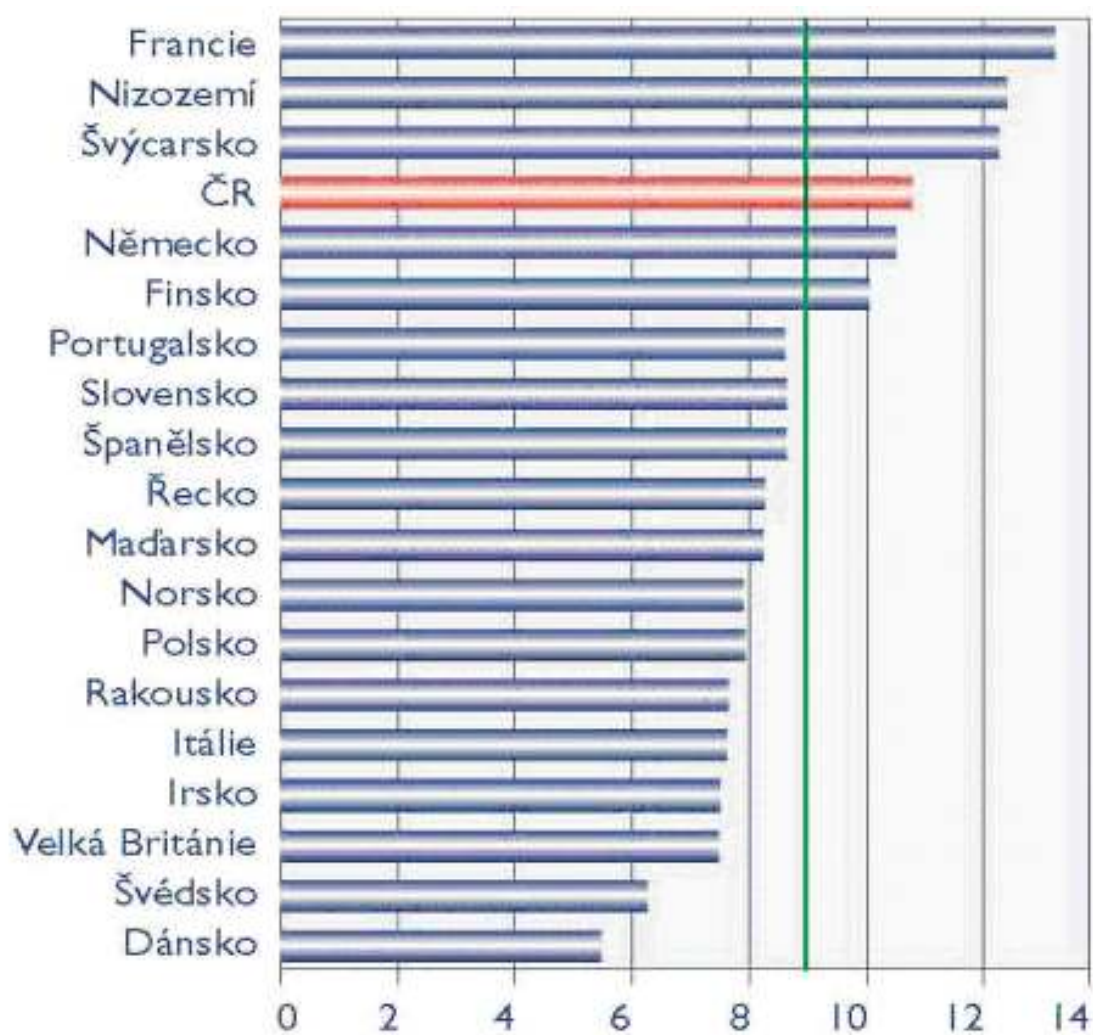
Zdroj: Český statistický úřad

Příloha 4: Počet návštěv lékaře za rok na obyvatele v EU



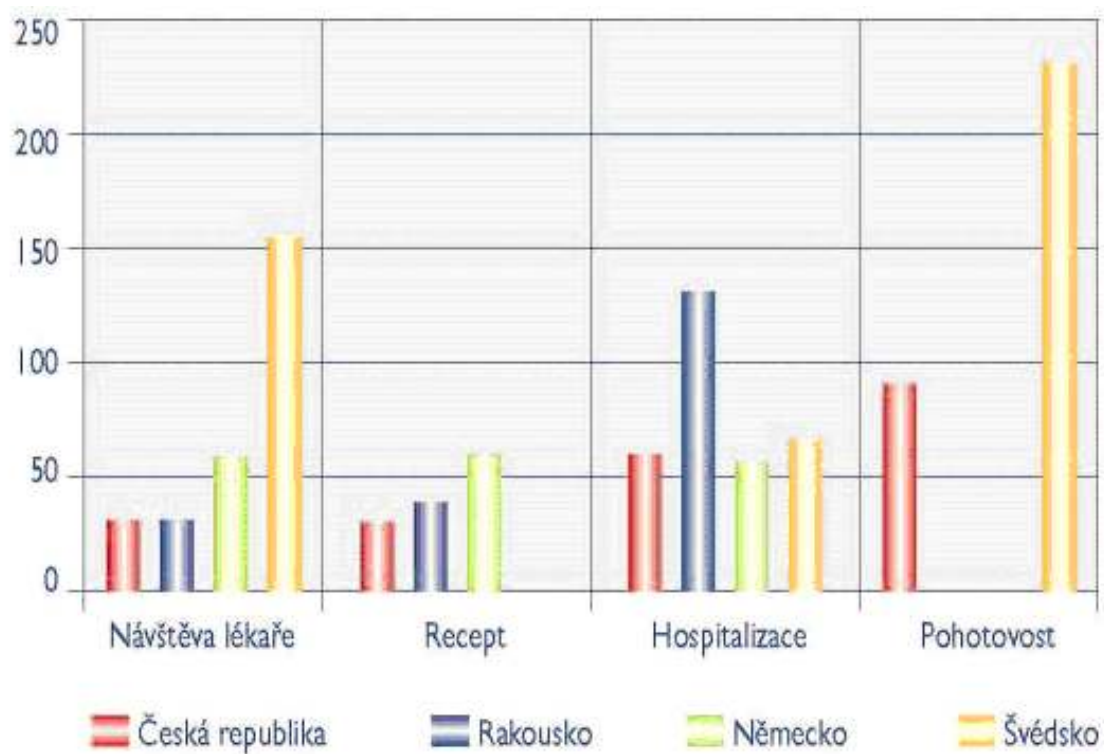
Zdroj: http://www.mzcr.cz/data/c2878/lib/BROZURA_MZCR_small.pdf

Příloha 5: Dny hospitalizace na obyvatele



Zdroj: http://www.mzcr.cz/data/c2878/lib/BROZURA_MZCR_small.pdf

Příloha 6: Regulační poplatky – srovnání s Rakouskem, Německem a Švédskem



Zdroj: http://www.mzcr.cz/data/c2878/lib/BROZURA_MZCR_small.pdf

Příloha 7: Hodnocení jednotlivých oblastí ve zdravotnictví - občané 2004 (%)

	VÁŽNÉ PROBLÉMY	MENŠÍ PROBLÉMY	BEZ PROBLÉMŮ	NEVÍ
FINACOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ	75,6	14,2	0,9	9,3
ŘÍZENÍ ZDRAVOTNICTVÍ	47,1	33,8	2,6	16,5
CENY LÉKŮ A ZDRAV. MATERIÁLŮ	46,2	40,6	6,2	7,0
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	44,4	41,1	4,0	10,5
KONCEPCE DALŠÍHO VÝVOJE	37,7	29,7	2,5	30,1
PŘÍSTUP PACIENTŮ K VLAST. ZDRAVÍ	25,4	53,6	9,1	11,9
VYBAVENOST ZDRAV. PRACOVÍŠŤ	20,1	51,9	14,9	13,1
PŘÍSTUP PERSONÁLU K PACIENTŮM	10,0	59,0	25,3	5,7
PŘÍSTUP LÉKAŘŮ K PACIENTŮM	10,5	61,7	22,9	4,9
ODBORNÁ ÚROVEŇ LÉKAŘSKÉ PÉČE	5,8	49,8	36,2	8,2

Zdroj:

http://www.kataloglekaru.cz/files/24_TOCZODTLLxhMftJoHswZMJCXtnLhnpjwzQij
uFzar/ZDRAVI04.doc

Příloha 8: Hlavní příčiny růstu nákladů na zdravotnictví – občané (%)

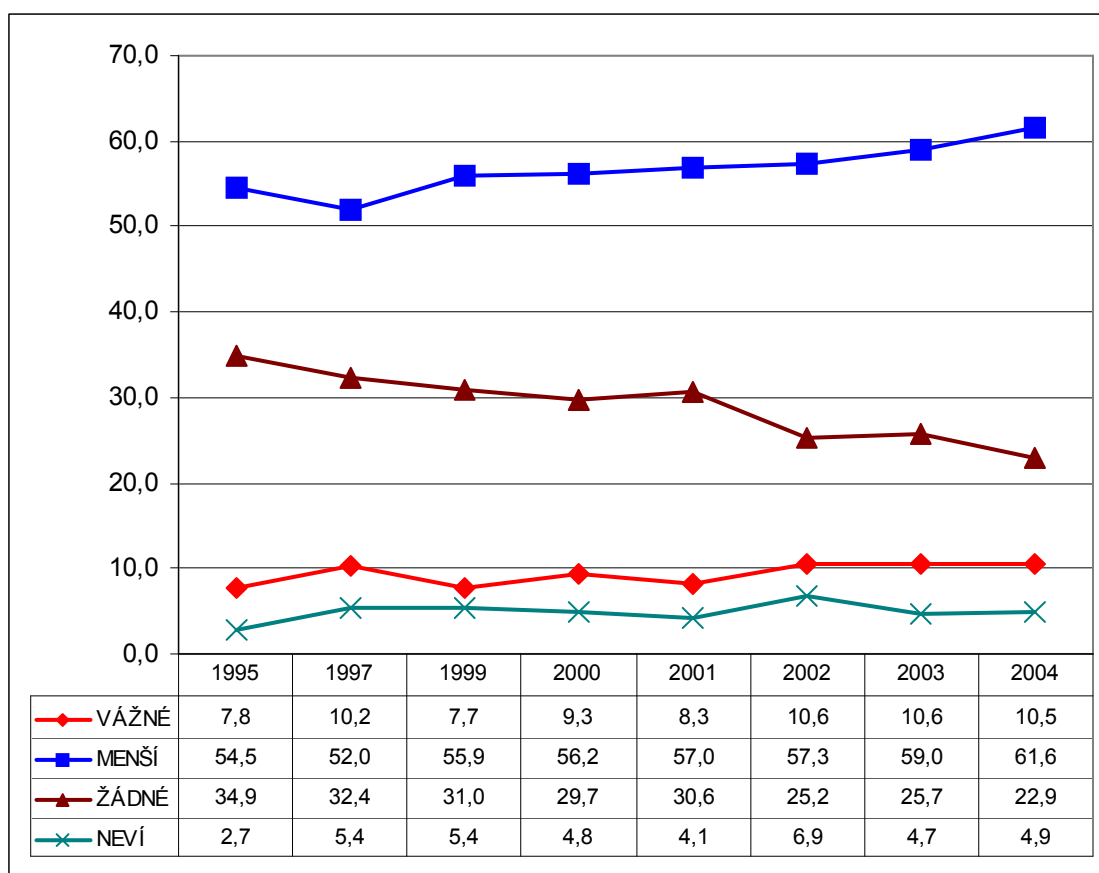
HLAVNÍ PŘÍČINY RŮSTU NÁKLADŮ	1995	1997	1999	2000	2001	2002	2003	2004
NEUJASNĚNOST KONCEPCE VÝVOJE ZDRAVOTNICTVÍ	49,3	52,7	42,6	32,7	29,5	34,6	37,7	37,2
ŠPATNÉ HOSPODAŘENÍ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN	50,9	49,0	58,5	59,6	53,4	50,5	49,1	51,7
NEDOSTATKY V SYSTÉMU ŘÍZENÍ ZDRAVOTNICTVÍ	46,3	44,3	44,0	37,2	33,2	32,0	50,7	41,6
ŠPATNÝ SYSTÉM ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ	33,6	33,3	31,4	34,6	27,6	26,4	21,5	21,9
NEKONTROLOVANÝ RŮST CEN LÉČIV	34,6	33,0	32,2	37,0	37,5	33,9	24,1	32,6
ŠPATNÉ HOSPODAŘENÍ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ	17,1	21,1	21,8	27,8	26,7	34,4	31,9	30,5
NEDOSTATEČNÁ KONTROLNÍ ČINNOST VŮČI LÉKAŘŮM	22,5	19,9	16,3	19,9	20,6	19,9	15,7	16,6
NADMĚRNÉ VYKAZOVÁNÍ BODŮ ZE STRANY LÉKAŘŮ	29,6	19,5	18,3	20,1	21,2	20,1	17,8	18,2

Pozn. Vzhledem k tomu, že respondenti mohli označit až 3 příčiny, převyšuje součet relativních četností 100 %. Nejvyšší hodnoty jsou vyznačeny tučně.

Zdroj:

http://www.kataloglekaru.cz/files/24_TOCZODTLLxhMftJoHswZMJCXtLnHnjwzQijuFzar/ZDRAVI04.doc

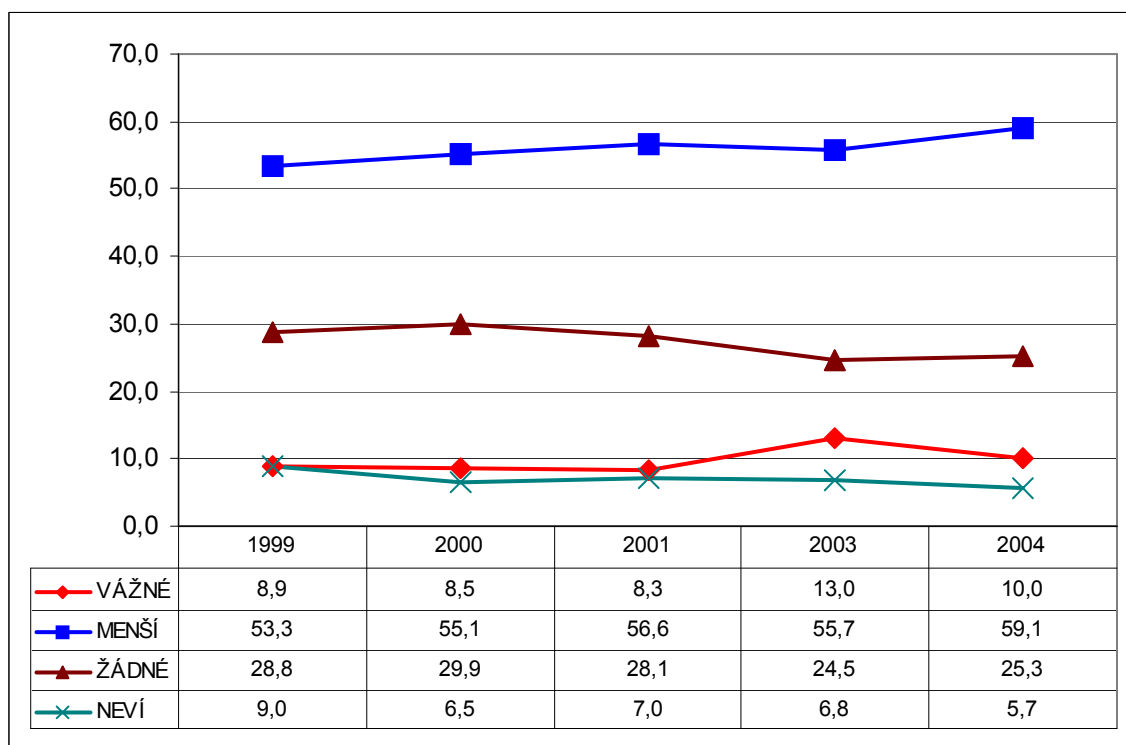
Příloha 9: Problémy v přístupu lékařů k pacientům – občané (%)



Zdroj:

http://www.kataloglekaru.cz/files/24_TOCZODTLLxhMftJoHswZMJCXtnLhnjwzQij
uFzar/ZDRAVI04.doc

**Příloha 10: Problémy v přístupu zdravotnického personálu k pacientům - občané
(v %)**



Zdroj:

http://www.kataloglekaru.cz/files/24_TOCZODTLLxhMftJoHswZMJCXtnLhnjwzQijuFzar/ZDRAVI04.doc

Příloha 11: Preferování modelu financování zdravotní péče - občané (v %)

	1	2	3	4	5	6	7
1996	20,6	40,5	31,1	4,1	0,7	0,9	2,1
1997	17,0	44,3	28,5	5,1	1,5	0,7	3,0
1999	22,8	40,4	27,5	4,0	0,7	0,3	4,3
2000	17,2	47,9	26,4	3,2	1,1	0,8	3,4
2001	22,3	45,8	22,7	2,7	0,7	1,1	4,7
2002	22,4	46,1	21,8	2,1	0,7	0,5	6,3
2003	18,0	49,3	20,8	2,9	0,7	0,4	7,9
2004	14,9	48,2	25,3	2,6	0,6	0,7	7,7

Legenda: 1) hradí stát z daní; 2) hrazeno z povinného zdravotního pojištění; 3) část ze zdravotního pojištění, část občané; 4) hrazeno z nepovinného zdravotního pojištění; 5) platí každý sám; 6) jiná možnost; 7) neví .

Zdroj:

http://www.kataloglekaru.cz/files/24_TOCZODTLLxhMftJoHswZMJCXTnLhnjwzQij uFzar/ZDRAVI04.doc

Příloha 12: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Miroslava Hejzlarová a jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění níže uvedeného dotazníku, jehož výsledky budou použity pouze ke zpracování diplomové práce na téma: „Názory občanů k problematice zdravotnictví v České republice.“ Dotazník je samozřejmě anonymní. Odpovědi, prosím, zaškrtněte do Vámi zvoleného okénka, popř. doplňte. Pokud není jinak napsáno, volte, prosím, vždy jednu odpověď. Za vyplnění dotazníku předem děkuji.

Miroslava Hejzlarová

DOTAZNÍK

1) Pohlaví

- ☐ Muž
- ☐ Žena

2) Věk.....

3) Nejvyšší dosažené vzdělání

- ☐ základní
- ☐ vyučen
- ☐ vyučen s maturitou
- ☐ středoškolské
- ☐ vyšší odborné
- ☐ vysokoškolské

4) Zajímáte se o problematiku zdravotnictví v ČR?

- ☐ ANO
- ☐ NE

5) Domníváte se, že se v systému zdravotnictví ČR vyskytují nějaké nedostatky?

- ☐ ANO
- ☐ NE
- ☐ NEVÍM

6) V čem spatřujete nejzávažnější problém současného zdravotnictví v ČR?

- ☐ Nedostatek financí v resortu zdravotnictví
- ☐ Dostatek financí, ale špatné hospodaření
- ☐ Řízení zdravotnictví
- ☐ Systém zdravotních pojišťoven
- ☐ Jiné (prosím doplňte).....

7) Ohodnot'te následující oblasti zdravotnictví v ČR

	VÁŽNÉ PROBLÉ MY	MENŠÍ PROBLÉ MY	BEZ PROBLÉ MŮ	NEVÍM
FINACOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ				
ŘÍZENÍ ZDRAVOTNICTVÍ				
CENY LÉKŮ A ZDRAV. MATERIÁLŮ				
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY				

8) V čem spatřujete hlavní příčinu růstu nákladů na zdravotnictví?

- ☐ Špatné hospodaření zdravotních pojišťoven
- ☐ Špatné hospodaření zdravotnických zařízení
- ☐ Špatný systém zdravotního pojištění
- ☐ Nedostatky v systému řízení zdravotnictví
- ☐ Nadměrné vykazování bodů ze strany lékařů
- ☐ Růst cen za léky
- ☐ Zvyšování průměrného věku populace (demografický vývoj)
- ☐ Jiné (prosím doplňte)

9) Jste spokojen s prací zdravotních pojišťoven v ČR?

- ☐ ANO
- ☐ NE
- ☐ NEVÍM

Pokud jste zvolili odpověď NE, prosím, odpovězte na následující otázku.

9.1) V čem spatřujete nejzávažnější problém v systému zdravotních pojišťoven v ČR?

- ☐ Nedostatečné hrazení zdravotní péče
- ☐ Špatné hospodaření zdravotních pojišťoven
- ☐ Špatný systém a organizace zdravotního pojištění
- ☐ Nedostatečný přístup pracovníků zdravotních pojišťoven při řešení potřeb a problémů klientů
- ☐ Jiné..... (prosím doplňte)

10) Souhlasíte s poplatkem za položku na receptu?

- ☐ ANO
- ☐ NE
- ☐ NEVÍM

10.1) Pokud Ano, v jaké výši částky?

11) Souhlasíte s poplatkem za návštěvu u lékaře?

- ☐ ANO
- ☐ NE
- ☐ NEVÍM

11.1) Pokud Ano, v jaké výši částky za jednu návštěvu?

12) Souhlasíte s poplatkem za hospitalizaci v nemocnici?

- ☐ ANO
- ☐ NE
- ☐ NEVÍM

12.1) Pokud Ano, v jaké výši částky za jeden den hospitalizace?

13) Souhlasíte s poplatkem za návštěvu na pohotovosti?

- ☐ ANO
- ☐ NE
- ☐ NEVÍM

13.1) Pokud Ano, v jaké výši částky za jednu návštěvu na pohotovosti?.....

14) Jste spokojen/a s kvalitou poskytované lékařské péče v ČR ?

- ☐ ANO
- ☐ NE
- ☐ NEVÍM

15) Domníváte se, že je současná poskytovaná lékařská péče v ČR na dostatečné odborné úrovni?

- ☐ ANO
- ☐ NE
- ☐ NEVÍM

16) Jste spokojen s přístrojovým vybavením zdravotnických pracovišť v ČR?

- ☐ ANO
- ☐ NE
- ☐ NEVÍM

17) Spatřujete nějaký problém v přístupu lékařů k pacientům?

- ☐ Vážné problémy
- ☐ Menší problémy
- ☐ Žádné problémy
- ☐ Nevím

17.1) Pokud spatřujete nějaký problém, jaká je podle Vás jeho příčina?

- ☐ Nedostatečná odbornost lékařů
- ☐ Nedostatečný individuální přístup lékařů k pacientům
- ☐ Nedostatečná komunikace lékařů s pacienty
- ☐ Geografická nedostupnost lékařské péče
- ☐ Přílišná délka objednacích dob
- ☐ Jiné (prosím doplňte)

18) Spatřujete nějaký problém v přístupu zdravotnického personálu k pacientům?

- ☐ Vážné problémy
- ☐ Menší problémy
- ☐ Žádné problémy
- ☐ Nevím

18.1) Pokud spatřujete nějaký problém, jaká je podle Vás jeho příčina?

- ☐ Nedostatečná odbornost zdravotnického personálu
- ☐ Nedostatečný individuální přístup zdravotnického personálu k pacientům
- ☐ Nedostatek času na komunikaci s pacientem
- ☐ Neschopnost empatie
- ☐ Jiné..... (prosím doplňte)

19) Jak hodnotíte počet lékařů v systému zdravotnictví v ČR?

- ☐ Dostatek lékařů
- ☐ Nedostatek lékařů
- ☐ Nadbytek lékařů
- ☐ Nevím

20) Obáváte se do budoucnosti nedostatku lékařů v systému zdravotnictví v ČR?

- ☐ ANO
- ☐ NE
- ☐ NEVÍM

21) S jakým modelem financování zdravotní péče byste nejvíce souhlasil/a?

- ☐ Zdravotní péče hrazena státem z daní
- ☐ Zdravotní péče hrazena z povinného zdravotního pojištění
- ☐ Část nákladů na zdravotní péči hrazena občany, část hrazena ze zdravotního pojištění
- ☐ Část zdravotní péče hrazena z komerčního připojištění

22) Jakou částku byste byli ochotni platit měsíčně na komerční připojištění?

- ☐ 100 Kč
- ☐ 200 Kč
- ☐ 300 Kč
- ☐ 400 Kč
- ☐ 500 Kč
- ☐ Více než 500 Kč
- ☐ Nejsem ochoten platit na komerční připojištění

23) Na jakou péči by si měl dle Vašeho názoru pacient připlácet?

- ☐ Nadstandardní pokoj
- ☐ Strava v nemocnici
- ☐ Pobyt v lůžkovém zařízení
- ☐ Protetické pomůcky
- ☐ Léčba různých závislostí (alkohol, drogy)
- ☐ Jiné..... (prosím doplňte)
- ☐ Nesouhlasím s jakýmkoliv připlácením za péči

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.