

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

REGULAČNÍ POPLATKY V SYSTÉMU ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

Diplomová práce

Autorka práce: Bc. Ivana Kytlerová

Vedoucí práce: doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

Datum: 21. 5. 2012

Abstrakt

Regulační poplatky v systému českého zdravotnictví

Velká část práce byla věnována regulačním poplatkům jako jednomu z regulačních mechanismů zdravotních systémů. Podstatné místo v práci zaujímá rozpracování tématu nárůstu nákladů na fungování zdravotních systémů v současném světě a jejich možností řešení. Práce se také zabývá rozsáhlým a často diskutovaným tématem spravedlnosti ve vztazích mezi lékařem a pacientem. Téma bylo zpracováno v souvislosti s historickými okolnostmi a filozofickým rozměrem vnímání spravedlnosti ve zdravotnictví. Dále jsou rozpracovány ideje a ideologické základy spravedlnosti, které se promítají do politických ideologií. Krátce byly charakterizovány zdravotnické systémy, systém zdravotního pojištění v České republice a jeho právní úprava.

Cílem práce bylo zmapovat názor některých řadových občanů na vnímání spravedlnosti v českém zdravotnictví a na zavedení regulačních poplatků. Dílčími cíli bylo zjistit, jak se politická orientace odráží v názoru na spravedlnost vybíraných regulačních poplatků a dále pak zmapovat, jak výše příjmu respondentů ovlivňuje názor na to, že regulační poplatky jsou příjmem zdravotnického zařízení. Stanoveny byly dvě hypotézy. Hypotéza 1 : Vysokoškoláci jsou lépe orientováni v systému regulačních poplatků. Hypotéza 2 : Více jak 80 % respondentů považuje za nespravedlivé, že regulační poplatky jsou příjmem lékaře, zdravotnického zařízení, lékárny.

Ke zpracování byla použita metoda dotazování, sběr dat byl uskutečněn pomocí techniky dotazníku. K vyhodnocení informací byly použity statistické metody vhodné pro analýzu kategoriálních dat. Bylo rozdáno 300 dotazníků, návratnost byla 74 %, výzkumný soubor nakonec tvořilo 182 respondentů z města Votice. Další použitou metodou ke zpracování byla sekundární analýza dat.

Výsledky dotazníkového šetření přinesly řadu zajímavých skutečností týkajících se postoje respondentů k otázce spravedlnosti a stavu českého zdravotnictví. Dále bylo potvrzeno, že respondenti s vysokoškolským vzděláním jsou lépe orientováni v systému regulačních poplatků. Respondenti ve více než 65 % považují za nespravedlivé, že zisk z jejich výběru je příjmem zdravotnického zařízení. Jedna z hypotéz byla potvrzena a druhá vyvrácena. Získané informace mohou být použity jako návod k veřejné diskuzi.

Abstract

Regulation Fees in the Czech Health Care System

A large part of the work has been devoted to regulation fees as one of the health care systems regulating mechanisms. An essential place in the work is taken by elaboration of the topic of increase of costs for the health care systems functioning in the current world and the possibilities of their solution. The work also deals with an extensive and frequently discussed topic of justice in the physician-patient relationship. This topic has been processed in connection with historical circumstances and a philosophical dimension of perception of justice in health care. Further to this, ideas and ideological foundations of justice, which project into political ideologies, have been dealt with. Health care systems, the system of health insurance in the Czech Republic and its legal regulation have been briefly characterized.

The aim of the work was to map an opinion of some ordinary citizens regarding perception of justice in the Czech health care and introduction of the regulation fees. Partial goals were to find out in what way political orientation reflects in the opinion on justice of the collected regulation fees and furthermore to map, in what way an amount of income of respondents influences an opinion that regulation fees represent an income for a health care facility. Two hypotheses were determined. Hypothesis no. 1: University graduates understand better the system of regulation fees. Hypothesis no. 2: More than 80% of respondents consider it unjust that regulation fees represent an income of a physician, health care facility, or pharmacy.

A method of questioning was used for the processing, data collection was carried out by using a questionnaire technique. Statistical methods suitable for an analysis of categorical data were used for evaluation of information. 300 questionnaires were handed out, the return rate being 74%, the final research population consisted in 182 respondents from the city of Votice. Another employed processing method was the secondary data analysis.

Results of the questionnaire research brought a number of intriguing facts relating to attitudes of the respondents as to the issue of justice and state of the Czech health care. Further to this, it has been confirmed that university educated respondents understand better the system of regulation fees. In more than 65%, respondents consider it unjust that the proceeds from the regulation fees collection represent income of a health care facility. One of the hypothesis was confirmed and the other was disproved. The acquired information can be used as a guideline for public discussion.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu 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 jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Thases.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 21. 5. 2012

Bc. Ivana Kytlerová

.....

Poděkování

Děkuji doc. MUDr. Jiřímu Šimkovi, CSc. za poskytnutí cenných rad a připomínek v průběhu psaní mé diplomové práce. Dále děkuji mé rodině za trpělivost a podporu.

Obsah

Úvod.....	8
1. Současný stav.....	9
1.1 Regulační poplatky v České republice	9
1.1.2 Regulační poplatky v Německu	9
1.1.3 Smysl zavedení regulačních poplatků	10
1.1.4 Druhy regulačních poplatků	10
1.1.5 Výjimky z placení regulačních poplatků.....	11
1.1.6 Ochranný limit regulačních poplatků.....	12
1.2 Nález Ústavního soudu z r. 2008 k zavedení regulačních poplatků.....	13
1.3 Listina základních práv a svobod	14
1.3.1 Hlava čtvrtá, čl. 31 Listiny základních práv a svobod	14
1.3.2 Komentář k čl. 31 Listiny základních práv a svobod.....	15
1.4 Zdravotnické systémy	15
1.4.1 Státní model.....	19
1.4.2 Tržní model	19
1.4.3 Národní zdravotní služba.....	20
1.4.4 Model zdravotního pojištění s více zdravotními pojišťovnami.....	20
1.5 Zdravotní pojištění v ČR.....	20
1.5.1 Právní úprava veřejného zdravotního pojištění	21
1.5.2 Solidarita a ekvivalence v systému zdravotnictví	22
1.6 Definice spravedlnosti.....	22
1.6.1 Sociální spravedlnost.....	22

1.6.2 Sociální stát	23
1.7 Historie vztahu lékaře a pacienta	24
1.7.1 Definice pojmu lékař	25
1.7.2 Definice pojmu pacient	25
1.8 Politická spravedlnost	26
1.8.1 Úloha politických ideologií	27
1.8.2 Politické ideologie a jejich vztah k sociálním výdajům	27
2. Cíle práce a hypotézy	30
2.1 Cíle práce	30
2.2 Hypotézy práce	30
3. Metodika	31
3.1. Metody výzkumu	31
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	32
4. Výsledky	33
5. Diskuze	72
6. Závěr	77
7. Seznam použitých zdrojů	79
8. Klíčová slova	86
9. Přílohy	87

Úvod

Současné problémy zdravotních systémů ve světě začínají být velmi často diskutovaným tématem. Politické reprezentace států používají zdravotní politiku státu jako nástroj předvolebního boje. Jako by se někam vytratil lidský rozměr péče o zdraví. Je jisté, že žádný stát již nemá tolik prostředků, aby mohl poskytnout pacientům vše, co trh nabízí. Je tedy potřeba hledat možnosti, jak systém regulovat a zajistit tak dostupnost základní zdravotní péče pro všechny. Jedním ze zavedených regulačních mechanismů v českém zdravotnictví jsou také regulační poplatky.

Vztah lékaře a pacienta prošel mnoha vývojovými stadii od zcela dominantního postavení lékaře až po dnešní snahu o partnerský vztah. Spravedlnost by měla zajišťovat v demokratické společnosti legislativa, tedy zákony. Jedná se o to najít porozumění, aby obě strany byly vyvážené. K tomu by mohla sloužit osvěta pacientů a celoživotní vzdělávání lékařů.

Česká republika je specifická tím, že velká část obyvatel prožila mnoho let v době paternalistického bezplatného zdravotnictví a bude trvat ještě nejméně jednu generaci, než se naučíme být manažery svého zdraví a také být partnery lékařů.

V této práci jsem se snažila popsat a statisticky vyhodnotit názory běžných občanů na problematiku spravedlnosti ve zdravotnictví, na zavedení regulačních mechanismů do jeho systému. Dále zmapovat politickou orientaci, věk, pohlaví a jiné aspekty sociální stratifikace společnosti a dát je do souvislosti s fungováním zdravotního systému v České republice a hledat možné návody na řešení problémů. Názor na spravedlnost byl také mým stěžejním tématem.

1. Současný stav

1.1 Regulační poplatky v České republice

K 1. 1. 2008 nabyla účinnosti novela zák. č. 48/1997 Sb., která stanoví, že pojištěnec, popř. zákonný zástupce je povinen v souvislosti s poskytováním hrazené zdravotní péče zaplatit regulační poplatek zdravotnickému zařízení, které zdravotní péči poskytlo **(21)**.

Zákonem číslo 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zákonem č. 270/2008 Sb. a zákonem č. 59/2009 Sb. byla některá ustanovení zákona č. 48/1997 Sb. změněna a doplněna. Zásadní změnou mající dopad na činnost zdravotnických zařízení včetně zařízení lékařské péče a zdravotních pojišťoven je zavedení regulačních poplatků a limitu regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely **(35)**.

V roce 2008 byly nově zavedeny regulační poplatky, za které v roce 2010 domácnosti vydaly celkově 5,6 miliardy korun. Nejvyšší částku (48% z uhrazených poplatků) uhradily domácnosti za recept. Následovaly poplatky za návštěvu lékaře (27%), za hospitalizaci (22%) a za pohotovost (3%) **(73)**.

1.1.2 Regulační poplatky v Německu

Německo stejně jako Česká republika uplatňuje Bismarcovský systém financování zdravotnictví. Poplatky byly v Německu zavedeny 1. 1. 2004 **(3)**. Regulační poplatek v Německu pojištěnci platí přímo u lékaře. Jdou-li v daném kalendářním čtvrtletí k lékaři několikrát, platí regulační poplatek pouze jednou. Platí to také v případech, když pojištěnci navštíví různé lékaře, a to za předpokladu, že jim jejich všeobecný lékař vystaví příslušnou poukázku. Bez této poukázky musí pojištěnec zaplatit regulační poplatek při každé návštěvě lékaře. Při stomatologickém vyšetření nebo ošetření (kromě preventivní prohlídky) musí pojištěnec zaplatit regulační poplatek i v případě, že už v daném kalendářním čtvrtletí poplatek zaplatil u všeobecného lékaře. Regulační poplatek odpadá u veškerých preventivních

vyšetření prováděných u všeobecných lékařů, odborných lékařů a zubních lékařů. Regulační poplatky neplatí ani pojištěnci mladší než 18 let.(55).

1.1.3 Smysl zavedení regulačních poplatků

Regulační poplatky byly zavedeny za účelem omezení plýtvání a zneužívání zdravotnických služeb. Regulační poplatky platí pojištěnec, za dítě jeho zákonný zástupce. Způsob výběru záleží na zdravotnickém zařízení. Poplatky zůstávají tomu, kdo je vybírá, tedy lékaři, zdravotnickému zařízení či lékárně. Ti jsou povinni použít je na úhradu nákladů spojených s provozem a modernizací, aby došlo ke zlepšení kvality zdravotnické péče (52).

Regulační poplatky mají několik funkcí:

1. **Regulační** – symbolický poplatek odrazuje od spotřeby nadbytečné zdravotní péče ty občany, kteří ji nadužívají – zejména se jedná o pohotovost, návštěvy u lékaře a předepisování některých levných či méně účinných léků.
2. „**Signalizační**“ – symbolický poplatek dává občanovi signál v okamžiku, kdy čerpá zdravotní péči, že ta má nějakou obvykle poměrně vysokou hodnotu.
3. **Vyjádření pobytových, hotelových, nezdravotnických nákladů** – týká se poplatku za pobyt v nemocnici. Přestože je někdy obtížné určit, kde začíná zdravotní péče a kdy již jde o služby, které s ní pouze souvisejí, každý jistě pochopí, že při pobytu v nemocnici vznikají náklady na energie, jídlo a další služby, které jistě spotřebujeme doma.
4. **Psychologickou** – regulační poplatky prolamují psychologickou bariéru vystavenou za minulého režimu, že je zdravotní péče zdarma a existuje bezedná státní studnice, ve které je vždy dost peněz pro všechny pacienty a na jakoukoli péči (33).
5. Efektivní a kvalitní péče se vymyká možností centrálních regulačních zásahů, respektive centrální regulační zásahy k efektivnosti a zkvalitnění péče nevedou (27).

1.1.4 Druhy regulačních poplatků

- 30 Kč za návštěvu lékaře
- 30 Kč za výdej léku na předpis
- 90 Kč za poskytnutou pohotovostní službu

- 60 Kč za den pobytu v nemocnici (**33**)

S účinností od 1. prosince 2011 se zvyšuje pouze regulační poplatek za den poskytování ústavní péče z dosavadních 60 Kč na 100 Kč (**53**).

S platností od 1. ledna 2012 se pak v důsledku novelizace zákona o veřejném zdravotním pojištění mění ještě regulační poplatek hrazený pacientem při výdeji léčivých přípravků ne recept – od 1. 1. 2012 se už nebude platit 30Kč za vydání každé položky receptu, ale za recept (**53**).

1.1.5 Výjimky z placení regulačních poplatků

Žádné regulační poplatky se nehradí:

1. jde-li o pojištěnce:
 - a. umístěné
 - v dětských domovech,
 - ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy,
 - k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením,
 - na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc,
 - b. nebo svěřené rozhodnutím soudu do pěstounské péče podle zákona o rodině.
2. při ochranném léčení nařízeném soudem dle ust. § 351 zákona č. 141/1961 Sb.
- osvobození od úhrady poplatků se týká pouze zdravotní péče, včetně léčivých přípravků, poskytované v rámci výkonu ochranného léčení.
3. při umístění pojištěnce z důvodů stanovených zvláštním zákonem bez jeho souhlasu do ústavní péče, vysloví-li s přípustností převzetí a dalšího držení pojištěnce v ústavní péči souhlas soud.
4. při:
 - a. léčení infekčního onemocnění, kterému je pojištěnec povinen se podrobit,

- b. nařízené izolaci ve zdravotnickém zařízení nebo
 - c. nařízených karanténních opatření k zajištění ochrany veřejného zdraví podle zvláštního právního předpisu.
5. jde-li o pojištěnce, který se prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, která je mu poskytována podle zvláštního právního předpisu. Potvrzení, které vydávají pověřené obecní úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností, nesmí být starší 30 dnů.

Dávky v systému pomoci v hmotné nouzi jsou:

- a. příspěvek na živobytí,
 - b. doplatek na bydlení a
 - c. mimořádná okamžitá pomoc.
6. při posuzování zdravotní způsobilosti pojištěnce k odběru tkání a orgánů, při odběru tkání a orgánů a při dispenzární péči o pojištěnce po odběru tkání a orgánů podle transplantačního zákona.
7. jde-li o pojištěnce, kterému jsou podle zákona o sociálních službách poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem nebo ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, pokud u tohoto pojištěnce po úhradě za ubytování a stravu činí stanovený zůstatek ve výši alespoň 15 % jeho příjmu méně než 800 Kč nebo pokud nemá žádný příjem. Tuto skutečnost prokazuje pojištěnec potvrzením ne starším než 30 dnů, které je na jeho žádost povinen vydat poskytovatel sociálních služeb (67).

1.1.6 Ochranný limit regulačních poplatků

Hlavním úkolem ochranného limitu je chránit zejména chronicky nemocné před nadměrnou kumulací doplatku na léky a některými nově zavedenými regulačními poplatky. Výše ochranného limitu byla ještě do 31. 3. 2009 jednotná pro všechny občany a činila 5000 Kč. Novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění však přinesla změnu a od 1. 4. 2009 se částka 5000 Kč snížila na 2500 Kč, a to pro děti do 18 let věku a u pojištěnců

starších 65 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 18. respektive 65. roku věku (34).

Do ochranného limitu jsou dle zákona započítávány pouze:

- poplatky za lékařské vyšetření ve výši 30 Kč,
- poplatky za vystavení receptu ve výši 30 Kč,
- doplatky na léky ve výši doplatku na nejlevnější alternativu léku se stejnou účinnou látkou a stejnou cestou podání (pokud lékař neurčí jinak).

Do ochranného limitu se nezapočítávají:

- poplatky za pobyt v nemocnicích (100 Kč),
- poplatky za pohotovost (90 Kč),
- poplatky za léky, které si pacient koupí bez lékařského předpisu (7).

1.2 Nález Ústavního soudu z r. 2008 k zavedení regulačních poplatků

Ústavní soud je koncipován jako orgán soudního typu, vztahuje se i na něj ustanovení čl. 81 a 82 Ústavy. Hlavní náplní jeho činnosti je ochrana ústavnosti (44).

Diskuse o solidaritě a ekvivalenci ve zdravotnictví byla v České republice akcelerována zavedením regulačních poplatků od 1. ledna 2008. Tímto v zásadě experimentálním krokem byla vystavena praktickým testům řada doposud v teorii diskutovaných principů, jako je dobrovolná versus povinná solidarita, problém veřejné volby (Public choice) ve zdravotnictví, právo na zdraví atd. K rozdílu mezi dobrovolnou a povinnou solidaritou se vyjádřil také Ústavní soud ve svém nálezu k otázce regulačních poplatků. Terminologicky je jeho pojetí odlišné od terminologie používané v ekonomii. Pro dobrovolnou solidaritu používá termín vnitřní, pro povinnou, legislativně vynucenou, solidaritu používá termín vnější (27).

Ústavní soud rozhodl, že vybírání poplatků ve zdravotnictví v souvislosti s poskytnutím zdravotní péče ve veřejném zdravotnictví je přípustné jen za podmínky, že by to bylo jen regulační opatření zamezující nadužívání solidárně hrazené zdravotní péče a jen při splnění další podmínky, že by poplatky nebyly pro nikoho překážkou v dostupnosti

zdravotní péče. Dále je zřejmé, že i když poplatek pro většinu pacientů není významnou bariérou, vždy existuje určitý počet pacientů, pro které je to problém, který omezuje dostupnost péče a nejsou chráněni prominutím poplatků (36).

1.3 Listina základních práv a svobod

Federální shromáždění na základě návrhů České národní rady a Slovenské národní rady, uznávajíc neporušitelnost přirozených práv člověka, práv občana a svrchovanost zákona, navazujíc na obecně sdílené hodnoty lidství a na demokratické a samosprávné tradice našich národů, pamětlivo trpkých zkušeností z dob, kdy lidská práva a základní svobody byly v naší vlasti potlačovány, vkládajíc naděje do zabezpečení těchto práv společným úsilím všech svobodných národů, vycházejíc z práva českého národa a slovenského národa na sebeurčení, připomínajíc si svůj díl odpovědnosti vůči budoucím generacím za osud veškerého života na Zemi a vyjadřujíc vůli, aby se Česká a Slovenská Federativní Republika důstojně zařadila mezi státy, jež tyto hodnoty ctí, usneslo se na této Listině základních práv a svobod (62).

Listina základních práv a svobod byla vyhlášena usnesením předsednictva ČNR součástí ústavního pořádku České republiky. Uvedeným vyhlášovacím aktem ČNR byla jen znovu vyjádřena skutečnost ústavně založená v čl. 3 a v čl. 112 Ústavy České republiky. Těmito ustanoveními byl do pojmosloví české ústavy zaveden výraz „ústavní pořádek“, chápáný jako ústavní řád, tedy soubor předpisů (ústavních zákonů) tvořících ústavu České republiky (43).

1.3.1 Hlava čtvrtá, čl. 31 Listiny základních práv a svobod

Hlava čtvrtá. Hospodářská, sociální a kulturní práva. Čl. 31: 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 (62).

1.3.2 Komentář k čl. 31 Listiny základních práv a svobod

Ústavně zaručené právo na ochranu zdraví je vyjádřeno v první větě tohoto článku a vztahuje se na každého, tedy na každou fyzickou osobu. Jde o právo lidské, nikoli občanské a souvisí s právem na život. Subjektem povinnosti, který je odpovědný za zajištění tohoto práva, je stát (44).

První věta tohoto ustanovení dává každému právo chránit své zdraví. Každý je tedy oprávněn učinit na ochranu svého zdraví vše, co je v jeho silách a možnostech. Nikomu nemůže být bráněno ani v tom, aby na ochranu svého zdraví využil nadstandardních, ze zdravotního pojištění nehrazených prostředků, aby absolvoval zdravotní výkony a léčení v zahraničí v zemi, kterou považuje pro ochranu svého zdraví za nejvhodnější, aby požadoval nákladnější léčivé přípravky nebo prostředky zdravotní techniky, než které mu lze poskytnout na základě veřejného zdravotního pojištění, je-li ochoten je sám uhradit. Druhá věta tohoto ustanovení zaručuje právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky na základě veřejného zdravotního pojištění za podmínek, které stanoví zákon. Rozsah zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění nemůže být tedy stanoven podzákonným právním předpisem, ale jedině zákonem. Rozsah toho, co je ze zdravotní péče předmětem úhrady na základě veřejného zdravotního pojištění, je v současné době stanoven zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění (28).

1.4 Zdravotnické systémy

Prvopočátky dnešního sociálního zdravotního pojištění lze vystopovat již v cechovních pojišťovacích spolcích ve středověku. Rozmach průmyslové výroby a s ním spojený nárůst sociálně slabé dělnické třídy v 19. století vedl ke zřizování různých příspěvkových fondů, jak zaměstnavateli, tak komunitami, které doplňovaly činnost charitativních organizací při pomoci chudým. Zpočátku bylo nejvyšší prioritou pojištění proti ztrátě příjmu, tj. nemocenské pojištění, ale postupně s rozvojem medicíny se k nemocenskému pojištění přidávalo pojištění zdravotní pro krytí výdajů na zdravotní péči. První povinné zdravotní pojištění bylo zavedeno v roce 1849 v Prusku pro horníky (39).

Zdravotnický systém je historicky nejstarší, ale také nejsložitější složkou realizace zdravotní politiky, neboť zprostředkuje zabezpečení jejích cílů. Zdravotnický systém lze

definovat z nejrůznějších hledisek. Jeho definici ovlivňují společensko-ekonomické, historické, regionální a další aspekty. Zdravotnický systém můžeme definovat jako organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentující vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče (26).

Každý stát musí řešit svoji zdravotní politiku, jež je považována za výraz zájmu státu na zdravotním stavu obyvatelstva a jako taková se prolíná i s hospodářskou politikou. Z povahy uznávané hierarchie a z ekonomické a společenské úrovně vyplývá i konstrukce práva na zdraví, které je základem zdravotní politiky státu (21).

Intenzivní ekonomické, politické a sociální tlaky a zájmy, které ovlivňují vývoj celé společnosti, působí i ve zdravotnictví. K nim navíc přistupují specifika, která charakterizují vývoj zdravotnictví jako svébytného sociálního systému. K nejvýznamnějším faktorům patří růst nákladů na zdravotnictví a snaha o jejich regulaci. Růst nákladů je způsoben prudkým technologickým pokrokem v medicíně a zvyšováním dostupnosti drahých technologií a léků pro pacienty (20).

Neustálé rozšiřování spektra zdravotnických služeb a trvalý nárůst nákladů na zdravotní péči je celosvětovým problémem. Zastavit inovaci zdravotních služeb není možné, protože nové přístroje a služby často výrazným způsobem zvyšují pravděpodobnost přežití a úzdravy dalších a dalších nemocných, jiné alespoň přispívají ke komfortu jak pacientů, tak i ošetřujícího personálu. Potřeba peněz na financování zdravotnictví ale narostla natolik, že již naráží na ochotu občanů obětovat ze svých příjmů na tento účel tak vysoké částky. A právě ochota občanů pravidelně přispívat poměrně vysokými částkami na svůj národní zdravotnický systém je z mnoha aspektů klíčovým problémem současného zdravotnictví (57).

Reakcí na růst nákladů je také zavádění různých typů makroekonomických regulací, jejichž účelem je především kontrola nákladů. K nim patří redukování rozsahu hrazené péče (např. vyjmutí standardní zubní péče z péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a její přesun do soukromého sektoru), zavádění různých forem spoluúčasti (u nás regulačních poplatků), restriktivní léková politika, zavádění limitů pro hrazení nákladných terapií a podobně (20).

Možnosti každé společnosti poskytovat „ideální“ (tj. podle současného stavu vědy) zdravotní péči jsou limitovány. Účinné využití, přidělování, umístování omezených finančních zdrojů (tzv. alokace) jsou stejně tak ekonomickým, jako etickým problémem prvořadé důležitosti. Bylo by samozřejmě mravné a spravedlivé, kdyby každý nemocný mohl vždy a za každých okolností dostat vše, co potřebuje. To však není a nikdy nebude nikde na

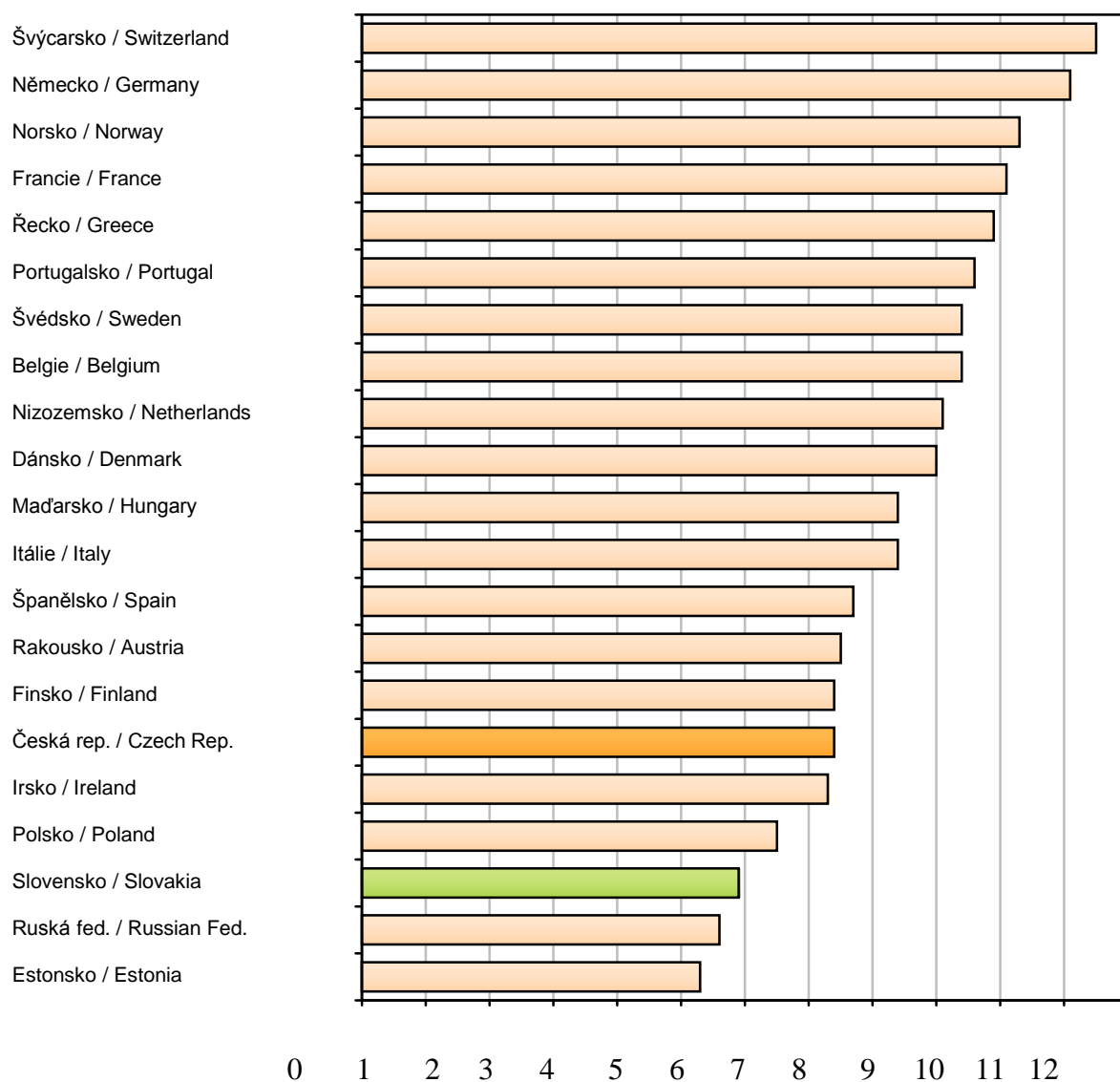
světě. Existuje proto rozdíl mezi ideální a dostupnou medicínou a někteří nemocní jsou tak z ideální péče vyloučeni, aniž to mohou ovlivnit. Zmíněná diference má více příčin (politická orientace zdravotnické politiky, ekonomika, dostatek a možnosti specialistů, organizace zdravotnických služeb, jejich geografická a dopravní dostupnost atd.). Některé z příčin lze promyšlenými zásahy alespoň částečně ovlivnit, uspokojivé řešení však zatím není. Cílem společnosti i zdravotníků však je nespravedlnosti minimalizovat **(41)**.

Česká republika není jediným státem, který má se svým systémem zdravotní péče problémy. V obdobné situaci jsou dnes všechny rozvinuté státy a v žádném z nich zatím nenalezli jednoznačně úspěšné řešení **(61)**. Občané Evropské unie žijí v průměru déle a zdravěji než předchozí generace **(4)**.

Dobry zdravotní systém poskytuje kvalitní služby všem lidem, kdy a kde je potřebují **(71)**. Globální hospodářský pokles může mít dominový efekt na zdraví a sociální výdaje **(72)**.

Zdravotní politika se vztahuje na rozhodnutí, plány a akce, které jsou prováděny k dosažení stanovených cílů zdravotní péče ve společnosti **(70)**.

Výdaje na zdravotnictví jako % z HDP v roce 2003



Zdroj dat/Source : WHO Health for All 2006

1.4.1 Státní model

Tento model byl uplatňován ve státech tzv. socialistické soustavy do roku 1990. Dále ho lze nalézt ve státech s mimořádnými ekonomickými podmínkami, jako je Kuvajt, Brunei či Kuba (69).

Základním principem státního modelu je úhrada veškerých zdravotnických úkonů ze státního rozpočtu – z daní. Zdravotníci jsou státní zaměstnanci se stálým platem. Konzument – pacient, nemá přehled o cenách za poskytované služby (17).

Státní dirigismus socialistického zdravotnictví spočíval v tom, že zdravotnické systémy byly postaveny na centralizované organizaci zdravotnických služeb. Vše bylo rozhodováno shora, iniciativa byla většinou nežádoucí. Další důsledek státního dirigismu ve zdravotnictví se někdy nazývá „kolektivní nezodpovědnost“. Formálně byly léky, přístroje a tedy i léčba poskytovány „zdarma“ socialistickou vládou (57).

1.4.2 Tržní model

V rámci tržního modelu neexistuje zákon o všeobecném zdravotním pojištění. Úhrada za poskytovanou zdravotní péči je realizována z různých zdrojů, od přímé platby přes úhrady prostřednictvím soukromých zdravotních pojišťoven, až po úhrady ze zdrojů místních, státních, či federálních (17).

Spojené státy americké jsou jedinou z rozvinutých zemí, která nemá zavedený zdravotnický systém zajišťující univerzální dostupnost zdravotní péče pro celou populaci. Ústava Spojených států negarantuje všem občanům právo na základní zdravotní péči. Její zajištění je chápáno jako věc individuální odpovědnosti každého jednotlivce. (20).

Když přišel Obama do Bílého domu v roce 2009, představil jako jednu z klíčových otázek doby reformu zdravotnictví. V podstatě program směřoval k vytvoření univerzálního systému lékařské péče, který zajistí její dostupnost pro veškeré obyvatelstvo. Dosud totiž mnoho milionů Američanů zdravotní pojištění nemělo. Reforma vyvolala značné spory mezi republikány a demokraty. V březnu 2010 byl zákon i s doplňky schválen Kongresem a prezidentem podepsán. V lednu letošního roku kongresmani rozhodli o zrušení reformy (50).

1.4.3 Národní zdravotní služba

Tento model se začal uplatňovat ve Velké Británii od roku 1948. Mimo jiné se uvádí, že se stal vzorem i pro Československou republiku po roce 1952 (69).

Prototyp beveridgovského modelu, Národní zdravotní služba ve velké Británii, je integrovaný model státního zdravotnictví, které je financováno z daní obyvatelstva. Jde o vysoce solidární model státem garantované zdravotní péče pro veškeré obyvatelstvo. Jeho varianty nalezneme v řadě dalších evropských zemí – v Itálii, Portugalsku, Španělsku, Řecku, Irsku, ve Skandinávii – i v řadě vyspělých i méně vyspělých zemích světa – v Austrálii, v Kanadě, na Novém Zélandu, ale také v Kostarice, Mexiku či některých rozvojových zemích, například v Botswaně (20).

Zdravotní péče je hrazena převážně z veřejných rozpočtů, které jsou získávány z větší části z daně z příjmu obyvatel (cca 80%) a z menší části (cca 15%) z doplňkové platby národního pojištění. Z příjmu platí však pouze osoby nad určitou stanovenou příjmovou hranicí (17).

1.4.4 Model zdravotního pojištění s více zdravotními pojišťovnami

V současné době je model zdravotního pojištění s více zdravotními pojišťovnami uplatňováno v zemích západní Evropy, ale též u nás (69).

Základním principem tohoto modelu zdravotnického systému je existence více zdravotních pojišťoven, kombinace podílu trhu a veřejného dohledu. Zdravotní pojištění je povinné ze zákona. Základními účastníky jsou poskytovatelé, pacienti a zdravotní pojišťovny (17).

1.5 Zdravotní pojištění v ČR

Český systém statutárního zdravotního (veřejného) zdravotního pojištění je postaven na několika základních principech. Především je veřejné zdravotní pojištění povinné pro všechny osoby s trvalým pobytem na území České republiky a pro všechny cizince pracující u zaměstnavatele se sídlem v České republice. Neexistuje tedy možnost

z tohoto systému vystoupit, ale je možné pojištění přerušit při déletrvajícím pobytu v cizině, a to při splnění určitých podmínek (39).

Veřejné zdravotní pojištění je druh zákonného pojištění, na jehož základě je plně nebo částečně hrazena zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav. Zdravotní pojištění provádějí zdravotní pojišťovny (5).

Pojistné na všeobecné zdravotní pojištění je spravováno Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, která přerozděluje podíly pro jednotlivé komerční pojišťovny v ČR podle kritérií a podle počtu pojištěnců (23).

1.5.1 Právní úprava veřejného zdravotního pojištění

Problematika zdravotního pojištění je v současné době řešena v několika právních předpisech. V rámci přestavby právního řádu se v souladu s Ústavou České republiky a Listinou základních práv a svobod přesunulo těžiště právní úpravy z prováděcích předpisů do zákona (61).

Veřejné zdravotní pojištění upravují především dva klíčové zákony:

- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů
- Pro oblast fungování zdravotních pojišťoven mají nemalou roli zákony upravující fungování zdravotních pojišťoven:
- zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, a
- zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů

Velmi důležitou roli hrají také nařízení Evropské unie pro oblast zdravotního pojištění a sociálního zabezpečení a mezinárodní předpisy. Jde zejména o tyto předpisy:

- nařízení Rady EHS č. 1408/71 a prováděcí nařízení Rady EHS č. 574/72 (5)
- nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení

- nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení (6).

1.5.2 Solidarita a ekvivalence v systému zdravotnictví

Princip solidarity je v systému financování zdravotnictví historicky hluboce zakořeněný. V souvislosti s příjmovou a majetkovou diferenciací se na pořad dne především objektivně dostávají otázky ekvivalence u příjmově silnějších skupin, které si kladou nárok na kvalitnější než standardní péči. To platí zejména v solidárních systémech, neboť státem organizovaná solidarita a nastavení standardu v dostupnosti zdravotní péče, jakož i nastavená kritéria pro její rozdělování, se zdají být nepřiměřená a nespravedlivá. Sociálně silnější, ale hlavně odpovědnější ke svému zdraví, do systému platí relativně vysoké povinné pojistné a očekávají relevantní péči (27).

1.6 Definice spravedlnosti

Lidská zkušenost nás vede ke konstatování, že bez spravedlnosti je společenské soužití nemyslitelné. V této premise je obsaženo hned v počátku několik tvrzení, která sama o sobě rozšiřují škálu obtíží, jež se vyskytnou, chceme-li stanovit, co je spravedlnost. V první řadě lidská zkušenost není konstantní záležitostí a v čase se mění stejně jako formy společnosti. S tím souvisí i proměna chápání samotné spravedlnosti. Proto by se mohlo zdát, že v takovém případě nemá smysl o spravedlnosti vůbec uvažovat. Přesto se ukazuje, že bez jakéhokoli pojetí spravedlnosti dochází ke ztrátě smyslu proč generovat, distribuovat a zachovávat jakoukoli formu společnosti (64).

1.6.1 Sociální spravedlnost

Ačkoliv idea spravedlnosti provází lidstvo od nepaměti, moderní doba je s ní spojena zvláštním poutem. Teprve moderní společnosti, které se už od počátku pojímaly jako vstupující do věku rozumu, daly vznik myšlence sociální spravedlnosti (11). Pokusy vymezit, co se rozumí pod sociální spravedlností, se při komparaci jednotlivých teorií zdá jako něco zcela neuskutečnitelného. Je téměř nemožné dospět k obecně platným a závazným

standardům sociální spravedlnosti. Sisyfovská práce s určením, čeho se vlastně týká sociální spravedlnost, je nejspíše jedním z případných vysvětlení, proč jednotliví autoři pojednávající o sociální spravedlnosti s tímto pojmem pracují značně vágně a spoléhají především na intuitivní porozumění, které je poplatné běžnému užívání v té které společnosti (64).

1.6.2 Sociální stát

Sociální stát má zaručit každému občanu životní minimum. Toto minimum je zajištěno veřejnoprávním režimem sociální péče v zásadě bez závislosti na výsledcích práce, musí být tedy zajištěno i občanu, který nemá možnost opatřit si životní prostředky vlastní prací (66).

Globální sociální politika představuje kritickou analýzu politických procesů v propojeném světě (9).

Sociální stát je dnes téma palčivé a provokativní, je příčinou zásadních sporů ve společenské teorii i v politické praxi. Pro jedny je to pozůstatek poválečných rozhazovačných států blahobytu, které žily na úkor schopných a úspěšných, pro jiné je to samozřejmost, kterou je třeba bránit proti destruktivním neoliberalním reformám, pro další má sociální stát zdravé jádro, které stačí modernizovat. Sociální stát je pro jedny upírem, pro druhé vtěleným rozumem, pro další stařenou, která by měla omládnout. Téma sociálního státu je v pozadí většiny diskuzí o základních společenských otázkách, o rovnosti, svobodě, solidaritě, právu a spravedlnosti. Netřeba dodávat, že o sociální stát se dnes a denně vedou bitky a šarvátky v parlamentech většiny zemí (12). Koncept sociálního státu lze pojímat jako odpověď na poznání, že skutečné majetkové vyrovnání by nevedlo k rovnosti okolností, leda by byl majetek přerozdělován neustále a nebo pokud by byl zrušen docela. Kdyby dnes byla veškerá veřejná i soukromá aktiva ohodnocena a jejich vlastnictví rozděleno rovným dílem v podobě akcií, hned zítra by někteří lidé zkrachovali, například hazardní hráči nebo alkoholici – a jiní by už položili základy svého budoucího bohatství – jako třeba zastavárnici a lakomci. Netrvalo by dlouho a nově vzniklé dělení na chudé a bohaté by se nijak zvlášť nelišilo od toho, které lze pozorovat nyní: bylo by nemožné určit jakoukoli souvislost mezi vlastnictvím majetku a společenským příspěvkem (56). Jedním z výrazných rysů vývoje průmyslové společnosti byl v uplynulých sto letech vznik a krystalizace instituce sociálních práv občanů moderních států. Politikové, státní úředníci a sociální pracovníci, podporovaní voliči a představiteli vlivných zájmových skupin postupně přetvářeli existující charitativní, obecní a svépomocné systémy sociální pomoci a zaváděli státem garantované, financované nebo

provozované systémy sociálního pojištění, sociálních podpor a sociálních služeb. Vznik a přeměna těchto institucí vedly k ustavení právních záruk saturace těch potřeb, které se společnost rozhodla občanům zpřístupnit bez ohledu na jejich (trvalou či přechodnou) neschopnost obstarat si zdroje pro uspokojení těchto potřeb vlastními silami na trhu. Občan nebo na něm závislý příslušník jeho rodiny vystavený v důsledku onemocnění, stáří, či nezaměstnanosti nebo jiného sociálního handicapu riziku ztráty zdrojů uspokojení vlastních potřeb, nebyl nadále odkázán na dobrovolnou podporu svých spoluobčanů, nýbrž získal na zabezpečení svých potřeb právní nárok (38).

1.7 Historie vztahu lékaře a pacienta

Od dob slavného Hippokrata existuje v lékařství celá řada etických kodexů, jejichž obsah je určen výhradně nebo převážně lékařům. Etické kodexy tohoto druhu jsou obvykle deontologické povahy, to znamená, že vymezují povinnosti lékařů vůči pacientům, kolegům a veřejnosti. To vše je jistě v pořádku a je dobře, že i Česká lékařská komora poté, co po roce 1989 opět zahájila svou činnost, přijala svůj vlastní a tradiční etický kodex (12).

Lékař byl v minulosti osobou mimořádně váženou, a to jak pro své všeobecné a specializované vzdělání, tak i pro moudrost a mravnost. Lékař si byl vědom svého výjimečného postavení a zpravidla se rád a ochotně ujímal nešťastného a trpícího a nakonec i vděčného pacienta. Ostatně ten se k němu neobracel s prosbou o pomoc pouze v nemoci, ale rád si nechal poradit i ve věcech ostatních, tj. vztahových, rodinných a majetkových. Každá asymetrie vztahu v sobě zahrnuje určitá rizika spojená se zneužitím. Proto bylo nutné jasně deklarovat vztahy odpovědnosti a etiky, což se stalo právě Hippokratovou přísahou, která zakládá mravní kontinuitu všech etických kodexů (12).

Dnes je situace naprosto odlišná a paternalistický model vztahů mezi lékařem a pacientem už patří ve značné části minulosti, nebo oprávněně jen do určitých oborů a situací. Většinovým modelem se naopak stává partnerství, které respektuje symetrii vzájemného vztahu, i když v lékařství vždy jde o symetrii zvláštní, neboť vzhledem k specializované vzdělanosti bude lékař vždy v určité dominanci. Důvody, které se staly předpokladem změny paternalismu v partnerství, jsou četné, jmenujme alespoň ty podstatné: 1. lidská práva a individuální svobody, 2. vzdělání, 3. rozvoj vědecké medicíny, 4. početní nárůst dlouhodobě a chronicky nemocných a 5. nové dilematické situace (12).

Značnou ránu utrpěla původní paternalistická koncepce po druhé světové válce. Tváří v tvář odhalení masového porušování základních lidských práv a svobod byly ihned po válce formulovány katalogy základních lidských práv a svobod. Značný důraz byl položen na právo lidského jedince na život, na jeho ochranu, na autonomii a na soukromí. Tato základní práva pak byla vztažena i na oblast lékařské etiky a jejich dodržování muselo nutně vést k zániku paternalistického vztahu mezi lékařem a pacientem. Všechny výše uvedené skutečnosti se následně projevíly potřebou kodifikovat práva pacientů, a to jak v oblasti etické, tak právní (10).

1.7.1 Definice pojmu lékař

V souvislosti se vstupem České republiky do Evropské unie bylo nutno přizpůsobit české právní předpisy směrnicím Evropské unie. V této souvislosti bylo nutno změnit i zákonnou úpravu dosavadního vzdělávání, získávání kvalifikace a způsobilosti k výkonu lékařského povolání, povolání zubního lékaře, farmaceuta a dalších zdravotnických povolání (29).

Lékař s odbornou způsobilostí je absolvent řádné lékařské fakulty, který získal příslušný lékařský diplom (29).

Lékař se specializovanou způsobilostí je lékař, který absolvoval specializační postgraduální průpravu a složil příslušnou atestaci (29).

1.7.2 Definice pojmu pacient

Pacient je léčící se nemocný člověk (2).

Pacient je osoba, která je nemocná nebo zraněná a je lékařsky ošetřovaná nebo toto lékařské ošetření potřebuje. Slovo pochází z latinského *pati*, což znamená něco podstoupit nebo trpět (42).

Ačkoliv si většina lidí představí v souvislosti s poskytováním zdravotní péče především situaci, kdy je nemocný pacient ošetřován lékařem, je tato představa značně zjednodušená. Zdravotní péče zahrnuje širokou škálu služeb, k nimž náleží nejen samotná léčba, ale rovněž prevence onemocnění, diagnostika, rehabilitace, distribuce zdravotnických pomůcek a léčiv, ochrana zdraví atd. Ve všech těchto případech je postavení pacienta odlišné - představuje se v různých rolích, od nemocné závislé osoby až po klienta či spotřebitele,

který si pořizuje výrobek nebo službu ve vlastní režii. Jednotlivá práva pacienta jsou pak do jisté míry spjata právě s rolí, ve které vystupuje. Je zajímavé, že tato rozlišení rolí se nijak neodráží v užívaném pojmosloví. V oblasti zdravotnictví se nám totiž vyskytuje v odborné literatuře, ale i v hovorové řeči pouze pacient, a to i přesto, že ne vždy má subjekt, který užívá výrobky nebo služby ve zdravotnictví toto postavení. Daleko přiléhavější by bylo ve většině případů hovořit místo pacienta o spotřebiteli (10).

1.8 Politická spravedlnost

Součástí teorií spravedlnosti je snaha určit postavení a vliv teorie spravedlnosti na politiku samu, v důsledku čehož je nezbytné sledovat, na jakém principu je založeno samo pojetí politiky, respektive jaké formy strategií realizace moci jsou využívány. Můžeme sledovat různé podoby pojetí moci, od uzurpační, inovační, globalizační, avšak rozhodující je, aby se zabránilo všem pokusům o monopolizaci moci. Politická spravedlnost se v takovém případě stává indikátorem nastavení konceptu politické moci. Moc je pak spojována s nadvládou, panstvím a ovládním, vůči kterému je kladen princip individuální nebo kolektivní svobody, za jejíž charakteristický znak se považuje vytváření a zachovávání volného prostoru, v němž je možné realizovat podstaty lidského bytí. Rozložení moci je komplementárně provázané s úvahami o spravedlnosti, což se projevuje v otázkách po podmínkách, za nichž je právní a vůbec celý státní systém spravedlivý. V rámci aplikace politické spravedlnosti oscilují veškeré teorie mezi dvěma krajními konkurenčními koncepty, které řeší otázku míry svobod a formy donucování, jež se nacházejí vždy v určitém poměru, který je odrazem sociální struktury dané společnosti. Na opačných pólech stojí rigidní anarchismus, který jakoukoli formu vlády považuje za nelegitimní, tj. nespravedlivou, a na druhé straně přísně pozitivisticky pojatý právní stát, který prosazuje libovolné politické systémy jako legitimní, tj. spravedlivé, je-li zachováno pozitivní právo (64).

Základní povinností politika je počínat si tak, aby lidé nebyli zbytečně zklamáváni. To je pak vede k tomu, že odmítnou politiku jako takovou. I tu demokratickou. A hledají něco účinnějšího, hledají vůdce (45).

1.8.1 Úloha politických ideologií

Politické ideje nejsou pouze pasivním obrazem osobních zájmů či osobních ambicí. Mají schopnost inspirovat a vést politické kroky, a tak ovlivňovat materiální život. Politické ideje zároveň nevznikají ve vzduchoprázdnu a nepadají z nebe jako déšť. Všechny politické ideje jsou obaleny sociálními a historickými okolnostmi, za nichž vznikly, i politickými cíli, kterým slouží. Ideje a ideologie ovlivňují politický život mnoha různými způsoby. Vědomě či nevědomě se každý hlásí k nějakému souboru politických hodnot a myšlenek, které řídí jeho chování a ovlivňují jeho jednání. Politické ideje a ideologie vlastně určují cíle, které inspirují politické kroky. V tomto ohledu jsou politici vystaveni dvěma zcela odlišným vlivům. Není pochyb, že všichni politici chtějí moc. To je nutí k pragmatismu, tj. k přijetí takové politiky a idejí, které jsou u voličstva populární, nebo které jim získají přízeň u vlivných mocenských skupin (14).

Bylo učiněno mnoho pokusů o kategorizaci politických idejí a o jejich souvztažení. Nejznámější a nejrozšířenější metodou takové kategorizace je metoda levoprávního spektra. Jde o lineární spektrum a na úsečku se umísťují politické názory do určitého bodu mezi krajní levicí a krajní pravicí (14).

V dějinách lze vyzorovat existenci několika způsobů politického myšlení. V zásadě můžeme hovořit o třech základních typech. Je to:

- mytologické politické myšlení,
- náboženské politické myšlení,
- vědecko-filozofické politické myšlení (49).

Politická ideologie je ucelený soubor názorů na politiku a roli vlády (47). Ideologie jsou soubory základních přesvědčení o politickém, ekonomickém, sociálním a kulturním dění (46).

1.8.2 Politické ideologie a jejich vztah k sociálním výdajům

Liberalismus jako systematické politické učení do 19. století patrně neexistoval, ale vycházel z idejí a teorií předcházejících tří století. Liberální ideje byly výsledkem pádu feudalismu v Evropě a vzniku tržní neboli kapitalistické společnosti (14).

Liberální teorie usilují o snížení míry sociálních výdajů, které kompenzují snižováním daní. Zdůrazňují význam trhu a posilují jeho úlohu i ve zdravotnictví bez ohledu na pareto

optimální neefektivnost trhu zdravotní péče (26). Rovnost není nezbytnou součástí distributivní spravedlnosti. Na liberální stát se tak nyní pohlíží jako na systém přerozdělování příjmů pomocí odstupňované daně z příjmu, sociálních schémat umožňujících vyplácet peníze těm, jimž chybějí, a složitých státem podporovaných důchodových a pojišťovacích systémů, přičemž otázku, jak vlastně příjemci peněz utrácejí to, co dostanou, si neklade nikdo (56).

Konzervatismus je úsilí o zachování něčeho dosud platného, vžitého, tradičního, toho, co se musí z minulosti zachránit, zaujatost proti všemu novému nebo pokrokovému (2).

Je to politický názor, který pramení z touhy uchovat věci tak jak jsou. Pokládá je buď za dobré samy o sobě, nebo za lepší než jejich pravděpodobné alternativy, nebo přinejmenším za bezpečné, totiž vzbuzující důvěru a náklonnost. Konzervatismus je ve své praxi nevyhnutelně pragmatický a lokálně orientovaný, neochotný obhajovat dalekosáhlá řešení, často připouští, že existují problémy a potíže, které pouze politickými prostředky vyřešit nelze. Při řešení konfliktů se střeží překročit rámec zděděných institucí a vlády zákona (54).

Socialismus je ze všech politických ideologií nejrozsáhlejší a zahrnuje širokou škálu teorií a tradic. Když se mluví o společném ideologickém dědictví komunistických revolucionářů, afrických nacionalistů, západních sociálních demokratů i některých fašistů, jmenovitě nacionálních socialistů, je asi lépe hovořit o socialismech než o socialismu (15).

Socialisté obhajují rozšiřování sociálních služeb v oblastech zdravotnictví a školství. Zdraví populace a vzdělanost chápou jako podmínku rozvoje ekonomiky (26).

Nacionalismus přísně vzato není ideologie v tom smyslu, že se nejedná o rozpracovaný soubor vzájemně propojených idejí a hodnot. Je lépe na něj pohlížet jako na doktrínu nebo názor. Podstatou nacionalismu je doktrína, že národ nebo všechny národy si musejí vládnout samy. Doktrína nacionalismu má však schizofrenický politický charakter, protože prochází všemi velkými ideologiemi. V mnoha směrech byl nacionalismus patrně nejúspěšnějším politickým učením, které se podílí na formování dějin na celém světě už dvě stě let (14).

Jen málo politických ideologií muselo tak dlouho čelit prorocstvím o svém bezprostředně hrozícím zániku jako nacionalismus. Byl-li jednou vytvořen svět národních států, jaká další role pak nacionalismu zbude? Kromě toho se během 20. století zdálo, že postupující internacionalizace ekonomického i politického života učinila národ nadbytečným. Světové politice začaly dominovat mezinárodní organizace, od OSN po Evropskou unii a od Světové obchodní organizace po Mezinárodní měnový fond, které ponechávaly stále méně rozhodnutí v rukou jednotlivých národů, resp. států (14).

Síla středoevropské krajní pravice dlouhodobě osciluje kolem pětiprocentní hranice a tím se zásadně neliší od údajů pro západní Evropu. Identifikovatelné jsou ovšem disproporce mezi jednotlivými zeměmi. Na Slovensku a ve Slovinsku se krajní pravice těší víceméně kontinuálně průměrné až nadprůměrné podpoře **(16)**.

Zatímco liberalismus, konzervatismus a socialismus pocházejí z 19. století, fašismus je dítětem 20. století, konkrétněji výplodem doby mezi dvěma světovými válkami. I když vznik fašistických idejí se datuje do 19. století, soudržnou ideologii z nich udělala až 1. světová válka a zejména silný koktejl války a revoluce. Světová ekonomická krize v 30. letech zasadila již beztoho křehkým demokraciím ránu z milosti. Rostoucí nezaměstnanost a bankrotы vytvořily atmosféru krize a pesimismu, kterou dokázali využít političtí extremisté a demagogové **(14)**.

Anarchismus zaujímá mezi politickými ideologiemi neobvyklé místo, protože se mu nikdy nepodařilo získat moc, alespoň pokud jde o úroveň státu. Žádná společnost ani země tedy nebyla formována podle anarchistických zásad. V běžném jazyku má slovo anarchie negativní a pejorativní význam. Naznačuje chaos a nepořádek, úplné rozvrácení civilizovaného a předvídatelného chování **(14)**.

Feministky tvrdí, že podobně jako společenská třída, rasa či národ, je i pohlaví důležitým sociálním dělítkem. Některé dokonce argumentují, že pohlaví je nejhlubším a politicky nejdůležitějším sociálním rozdílem. Feministických cílů bylo víceméně dosaženo. Tak jako bylo na počátku 20. století vybojováno volební právo, tak i druhá vlna feminismu dosáhla v mnoha zemích uzákonění umělého přerušování těhotenství i stejné mzdy a legislativu zakazující diskriminaci a umožňující snadnější přístup do politického a profesního života **(14)**.

Environmentalisté poukazují na omezenost zdrojů. Podle jejich teorie dosavadní způsobem již nelze zvyšovat blahobyt, navíc blahobyt vyspělých zemí kontrastuje s bídou zbytku světa. Východisko a budoucnost sociální politiky spatřují ve vzniku samoobslužných skupin založených na komunitní svépomoci **(26)**.

Demokracie je vládou všech – a nad nikým, jen nad sebou samými. Tím je tento systém náročný. Totiž každý občan v demokracii nese vladařskou odpovědnost, jakou měl za stará jen knížepán. Nikdo nemůže mávnout rukou a prohlásit, že do toho mu nic není, o to ať se postarají na zámku, či na úřadě. Nic není lhotejné, nic není jejich věc – všechno je naše odpovědnost. Nic není zhoubnější než učit občany, aby to nechali na vládě **(25)**.

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cílem mé práce je zmapovat názor některých řadových občanů na vnímání spravedlnosti v českém zdravotnictví a na zavedení regulačních poplatků. Dílčí cíle a hypotézy, které jsem stanovila na základě prostudované odborné literatury, jsou zaměřeny na orientaci v systému regulačních poplatků v českém zdravotnictví s ohledem na vzdělání, příjmovou skupinu respondentů a jejich politickou orientaci.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, jak se politická orientace odráží v názoru na spravedlnost vybíraných regulačních poplatků.
2. Zmapovat, jak výše příjmu ovlivňuje názor na to, že regulační poplatky jsou příjmem zdravotnického zařízení.

2.2 Hypotézy práce

1. Vysokoškoláci jsou lépe orientováni v systému regulačních poplatků než lidé s nižším vzděláním.
2. Více jak 80% respondentů považuje za nespravedlivé, že regulační poplatky jsou příjmem lékaře, zdravotnického zařízení, lékárny.

3. Metodika

Teoretická část diplomové práce se věnuje čtyřem základním tematickým okruhům, které na sebe navazují. První přibližuje regulační poplatky v systému současného českého zdravotnictví. Druhý okruh přibližuje zdravotnické systémy a jejich efektivnost. Třetí rozpracovává pojem spravedlnosti, vztahu lékaře a pacienta. Ve čtvrtém závěrečném okruhu se zaměřuji na vztah ideologií a politických systémů a jejich postoj k sociálním výdajům. V práci byla využita základní suma poznatků publikovaných v současné odborné literatuře, která se daným okruhům témat věnuje. V praktické části jsou hlouběji statisticky zpracovány informace, které byly získány z výsledků vlastního výzkumu. Hlavním nástrojem výzkumu bylo zjišťování postojů veřejnosti k zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví.

3.1. Metody výzkumu

Ke zpracování této práce byla použita metoda dotazování, kterou jsem provedla sběrem dat pomocí techniky dotazníku a poté technika sekundární analýzy dat. Pro výzkumnou část byl stanoven jeden statistický soubor - občané města Votice, malého města Středočeského kraje, které má 3500 obyvatel. Použité statistické metody: Za účelem vyhodnocení informací získaných dotazníkovým šetřením byly použity základní statistické metody vhodné pro analýzu kategoriálních dat. Konkrétně se jednalo o jednostupňové třídění dat, přičemž byly stanoveny jednotlivé typy četností. V případě posouzení vzájemných vztahů mezi jednotlivými otázkami bylo provedeno dvoustupňové třídění s cílem získat kontingenční tabulky, které se následně staly východiskem pro testování nezávislosti. Pro testování nezávislosti, tj. pro otestování hypotézy:

$$H_0 : \pi_{ij} = \pi_{i+} \cdot \pi_{+j}$$

$$H_A : \text{non} H_0$$

byl použit χ^2 test na nezávislost v kontingenčních tabulkách typu $r \times c$. Pro detailnější rozbor získaných kontingenčních tabulek byla použita korespondenční analýza, konkrétněji byly vztahy mezi jednotlivými kategoriemi zachyceny prostřednictvím korespondenční mapy. Detailnější výsledky plynoucí z korespondenční analýzy nebyly součástí práce.

Další zformulované hypotézy byly prověřeny prostřednictvím jedno a dvouvýběrového testu na shodu relativních četností. Výsledky testování hypotézy byly interpretovány na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, tj. s 95 % spolehlivostí.

Použitý software: Potřebné numerické výpočty byly provedeny prostřednictvím statistického balíčku SPSS verze 15.

V případě nutnosti byly výpočty a grafy provedeny v prostředí R 2.13.0.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný soubor tvořil nahodilý vzorek občanů z řad široké veřejnosti města Votice. Výzkum a sběr dat jsem uskutečnila v období od 1. 4. 2011 do 10. 6. 2011 především vlastním rozdáváním dotazníků a dále v distribučních místech, která pokrývala co nejširší spektrum respondentů. Dotazníky byly rozdávány v prodejnách ovoce – zeleniny, obuvi, v květinářství, v obchodě s dárkovými předměty, v železářství, elektu, v oděvech, v potravinách. Dále pak v kavárně, provozovně kadeřnictví, pedikúry. Pak také v institucích jako městský úřad, mateřská škola, základní škola.

Dohromady jsem rozdala 300 dotazníků určených pro širokou veřejnost. Za dobu, během níž výzkum probíhal, se mi vrátilo 222 vyplněných dotazníků, což představuje 74 % návratnost. Při následném zpracovávání jsem musela 40 dotazníků vyřadit, neboť nebyly zodpovězeny některé ze základních otázek. Výzkumný soubor tak tvořilo celkem 182 respondentů.

4. Výsledky

Otázka č. 1: Pohlaví respondenta

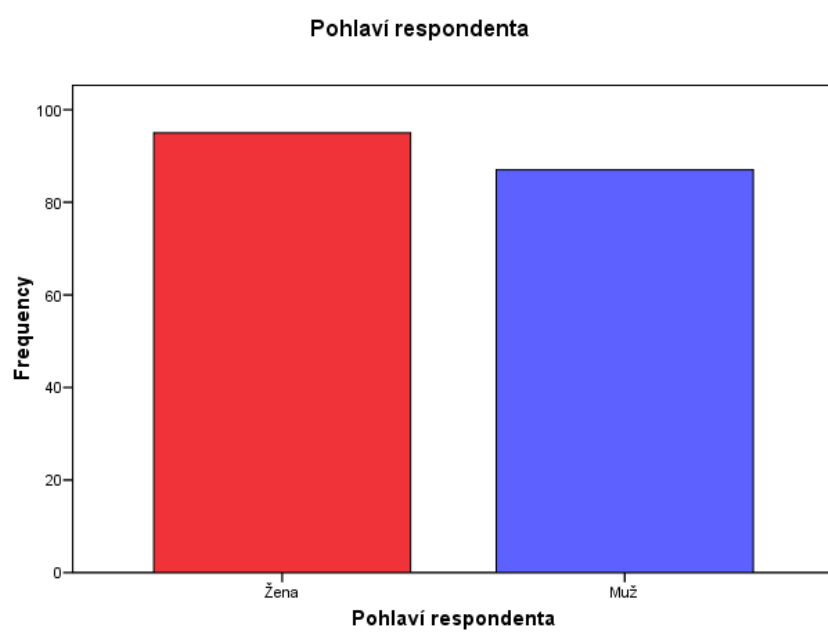
Tab. 1: Tabulka rozdělení četností zachycující pohlaví respondenta [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech]

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Validní relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
Žena	95	52,2	52,2	52,2
Muž	87	47,8	47,8	100,0
Celkem	182	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Soubor obsahoval celkem 182 respondentů, přičemž z hlediska podílu jednotlivých pohlaví byl analyzovaný soubor zhruba vyvážený (nikoliv však shodný se zastoupením jednotlivých pohlaví v ČR). Analyzovaný soubor konkrétně obsahoval 95 žen (52,2 %) a 87 mužů (47,8 %), viz výše uvedená tabulka relativních četností.

Graf 1: Sloupcový graf zachycující četnost jednotlivých pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 2: Věk respondenta

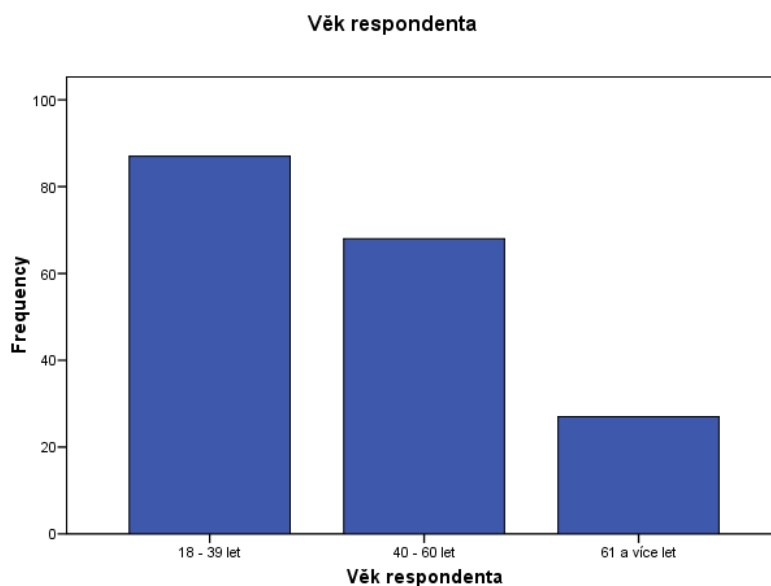
Tab. 2: Tabulka rozdělení četností zachycující věkovou strukturu sledovaných respondentů [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech]

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Validní relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
18 - 39 let	87	47,8	47,8	47,8
40 - 60 let	68	37,4	37,4	85,2
61 a více let	27	14,8	14,8	100,0
Celkem	182	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Na základě výsledků analýzy věku respondentů lze k charakteristice analyzovaného souboru respondentů říci, že nejtypičtější věkovou kategorií byli respondenti ve věku 18 až 39 let (47,8 % z celkového počtu 182 respondentů). Druhou nejčetnější kategorií tvořili lidé ve věku 40 až 60 let. Následující graf zachycuje situaci graficky. Graf 2 str. 36.

Graf 2: Sloupcový graf zachycující četnosti jednotlivých věkových kategorií v analyzovaném souboru



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 3: Dosažené vzdělání

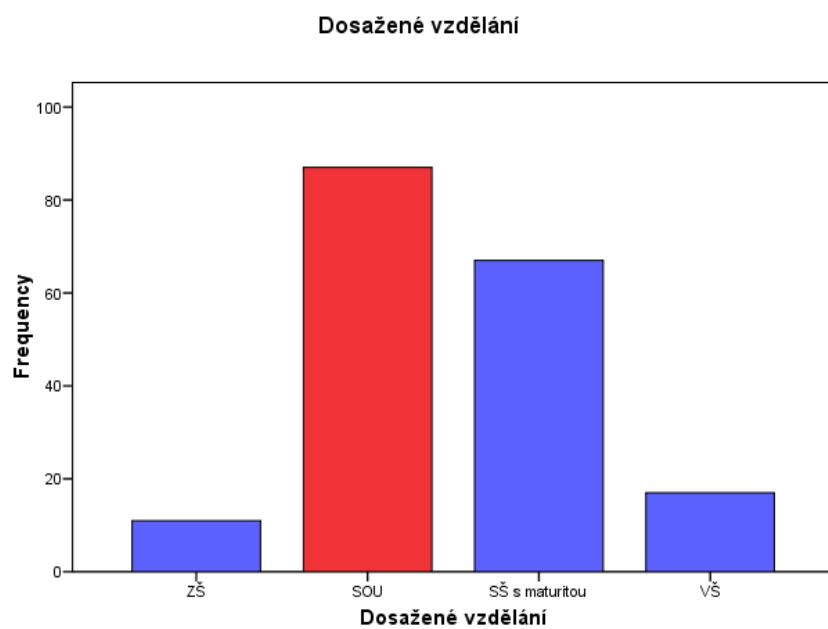
Tab. 3 : Tabulka rozdělení četností zachycující dosažené vzdělání sledovaných respondentů [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech]

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Validní relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
ZŠ	11	6,0	6,0	6,0
SOU	87	47,8	47,8	53,8
SŠ s maturitou	67	36,8	36,8	90,7
VŠ	17	9,3	9,3	100,0
Celkem	182	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Z pohledu dosaženého vzdělání lze říci, že v analyzovaném souboru byla převaha lidí se středním odborným vzděláním a ukončeným středoškolským vzděláním s maturitou. Pouze 6 % respondentů dosáhlo jen základního vzdělání. Vysokoškolského vzdělání pak mělo pouze 17 lidí, tj. 9,3 % z celkového počtu respondentů.

Graf 3: Sloupcový graf znázorňující nejvyšší dosažené vzdělání sledovaných respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 4: Vaše momentální pozice?

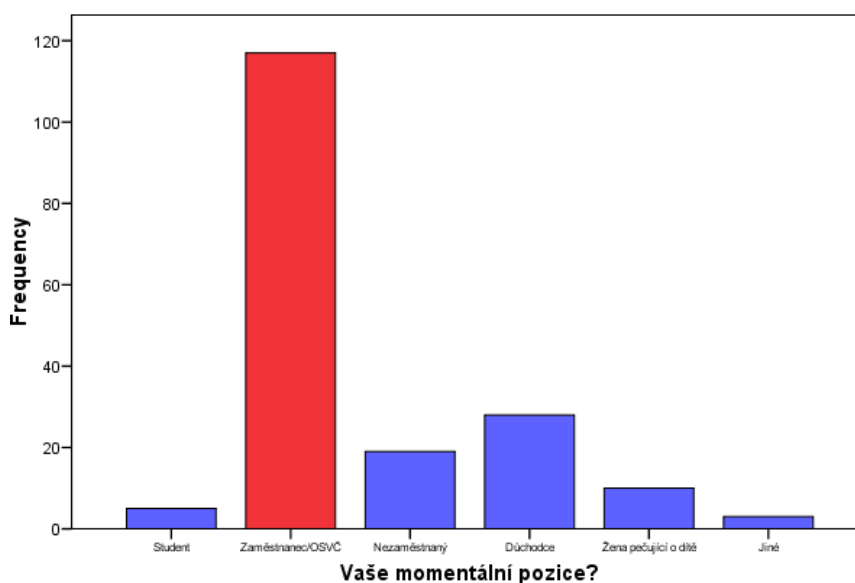
Tab. 4: Tabulka rozdělení četností zachycující současné pracovní zařazení sledovaných respondentů [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech]

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Validní relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
Student	5	2,7	2,7	2,7
Zaměstnanec/OSVČ	117	64,3	64,3	67,0
Nezaměstnaný	19	10,4	10,4	77,5
Důchodce	28	15,4	15,4	92,9
Žena pečující o dítě	10	5,5	5,5	98,4
Jiné	3	1,6	1,6	100,0
Celkem	182	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Největší zastoupení z pohledu "současně zastávané pracovní pozice" měla kategorie zaměstnanců a OSVČ. Podíl těchto osob činil plných 64,3 % z celkového počtu 182 respondentů. Druhou nejčetněji zastoupenou kategorií pak byli respondenti v postproduktivním věku, čili důchodci. Jejich podíl na celkové skladbě činil 15,4 %. Pokud jde o podíl nezaměstnaných, tak ten činil 10,4 % z celkového počtu respondentů.

Graf 4: Sloupcový graf zachycující pracovní zařazení respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 5: Jaký je Váš průměrný měsíční příjem?

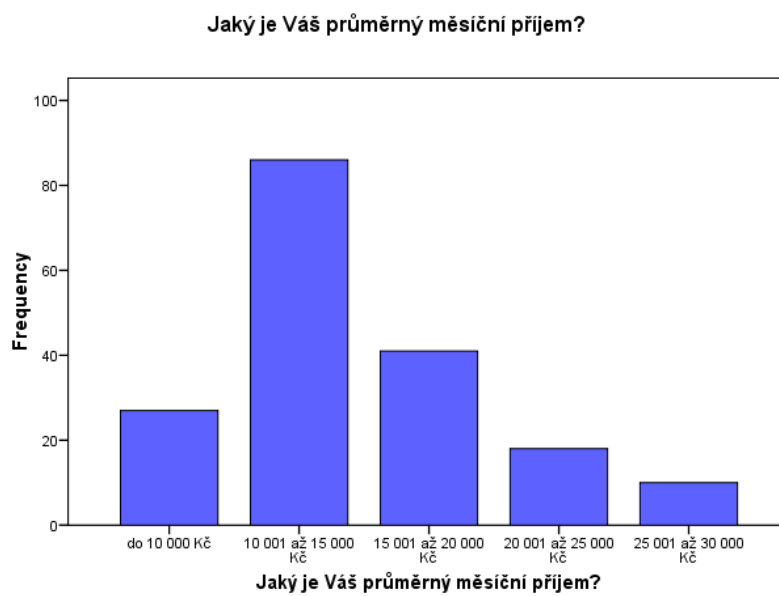
Tab. 5: Tabulka rozdělení četností zachycující průměrný čistý měsíční příjem sledovaných respondentů [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech]

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Validní relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
do 10 000 Kč	27	14,8	14,8	14,8
10 001 až 15 000 Kč	86	47,3	47,3	62,1
15 001 až 20 000 Kč	41	22,5	22,5	84,6
20 001 až 25 000 Kč	18	9,9	9,9	94,5
25 001 až 30 000 Kč	10	5,5	5,5	100,0
Celkem	182	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

V případě odpovědí respondentů na jejich průměrný měsíční příjem lze říci, že je podobný rozdělení platů v ČR. Nejtypičtější kategorií je příjmová kategorie 10 až 15 tis. Kč. Druhou nejtypičtější kategorií je příjmová kategorie lidí pobírajících průměrný měsíční příjem ve výši 15 až 20 tis. Kč. Tyto dvě kategorie tvoří dohromady 69,8 % z celkového počtu dotázaných respondentů. Naopak nejméně zastoupenou kategorií jsou respondenti s průměrným měsíčním příjmem mezi 25 až 30 tis. Kč. Tato příjmová skupina tvořila pouze 5,5 % z celkového počtu respondentů. Druhou nejméně zastoupenou příjmovou skupinou byli respondenti na opačném konci spektra, totiž respondenti s průměrným měsíčním příjmem do 10 tis. Kč. Těchto lidí bylo v analyzovaném souboru pouze 14,8 %.

Graf 5: Sloupcový graf zachycující rozdělení příjmů sledovaných respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 6: Jste spokojen/a se stavem českého zdravotnictví?

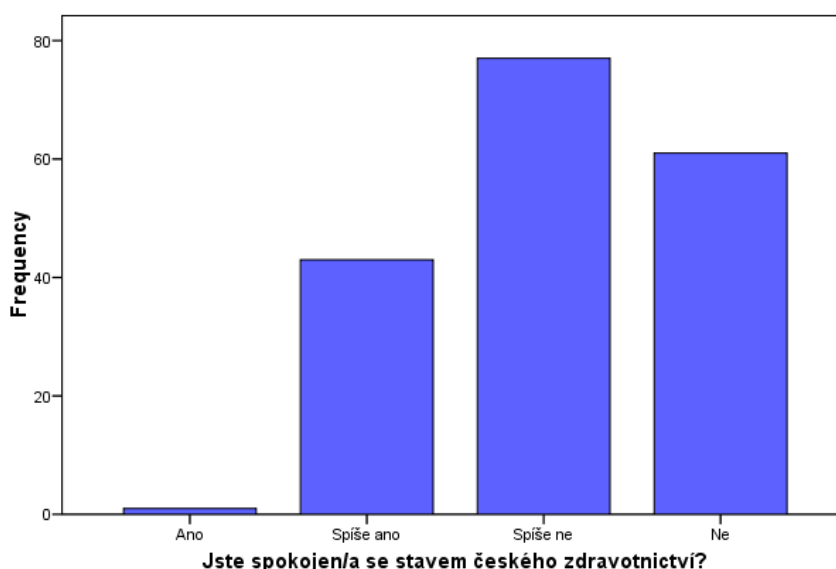
Tab. 6: Tabulka četností zachycující názor na spokojenost se stavem českého zdravotnictví z pohledu respondentů [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech]

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Validní relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
Ano	1	,5	,5	,5
Spíše ano	43	23,6	23,6	24,2
Spíše ne	77	42,3	42,3	66,5
Ne	61	33,5	33,5	100,0
Celkem	182	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Pokud jde o distribuci názorů respondentů na stav českého zdravotnictví, lze říci, že převážná většina respondentů vyjadřuje spíše negativní názor na současný stav. Prostřednictvím kategorií "Spíše ne" či "Ne" se vyjádřilo celkem 138 respondentů (více než 75 % z celkového počtu 182 respondentů). Pouze jeden respondent se vyjádřil kladně. Za spíše spokojené se označilo 23,6 % respondentů.

Graf 6: Sloupcový graf názorů na stav českého zdravotnictví z pohledu respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Vztah mezi spokojeností se stavem českého zdravotnictví a pohlavím respondenta

Tab. 7: Kontingenční tabulka zachycující vztah mezi spokojeností se stavem českého zdravotnictví a pohlavím respondenta

	Jste spokojen/a se stavem českého zdravotnictví?				Celkem
	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	
Žena	0	11	41	43	95
Muž	1	32	36	18	87
Celkem	1	43	77	61	182

Zdroj: Vlastní výzkum

Prostřednictvím χ^2 testu se podařilo na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a na základě pozorovaných dat zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní (p -value < 0,001). Výsledky jsou uvedeny níže. Lze tedy říci, že se podařilo prokázat vztah mezi pohlavím a názorem na současný stav českého zdravotnictví. Výsledky provedeného χ^2 testu je třeba brát pouze jako informativní vzhledem k porušení předpokladů pro jeho adekvátní použití (nedostatečné zastoupení jednotlivých buněk ve výše uvedené kontingenční tabulce). Detailní výsledky provedeného χ^2 testu a dalších souvisejících testů jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. 8: Výsledky provedeného Chi-kvadrát testu a dalších testů

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,516(a)	3	,000
Likelihood Ratio	22,622	3	,000
Linear-by-Linear Association	20,911	1	,000
N of Valid Cases	182		

a 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,48.

Zdroj: Vlastní výzkum

Na základě výsledků výpočtu Cramerovo kontingenčního koeficientu lze říci, že vazba mezi názorem na současný stav a pohlavím respondenta je spíše slabší, viz následující tabulka.

Tab. 9: Míry asociace mezi názorem na stav zdravotnictví a pohlaví

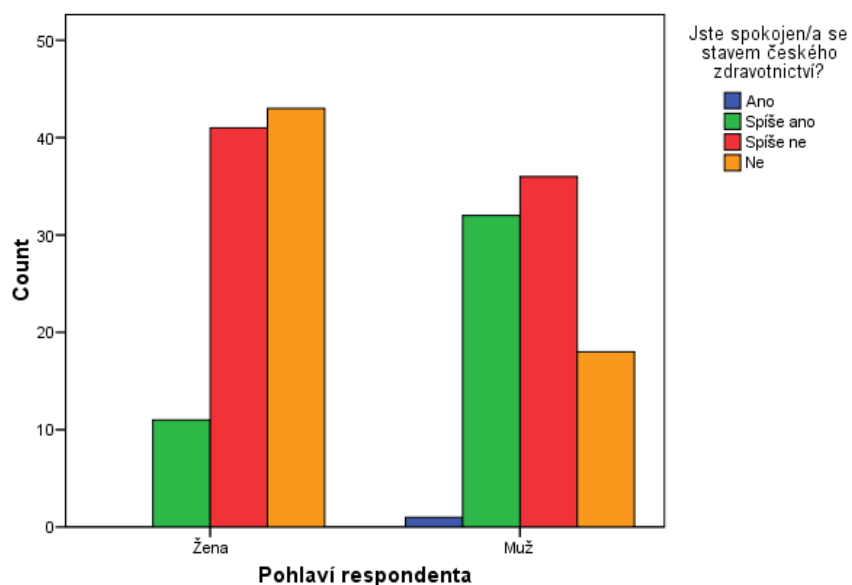
	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Phi	,344	,000
Cramer's V	,344	,000
N of Valid Cases	182	

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 7: Sloupcový graf názorů na stav českého zdravotnictví z pohledu respondentů v závislosti na jejich pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

Vztah mezi spokojeností se stavem českého zdravotnictví a vzděláním respondenta

Tab. 10: Kontingenční tabulka zachycující vztah mezi spokojeností se stavem českého zdravotnictví a vzděláním respondenta

	Jste spokojen/a se stavem českého zdravotnictví?				Celkem
	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	
ZŠ	0	0	2	9	11
SOU	1	27	42	17	87
SŠ s maturitou	0	9	25	33	67
VŠ	0	7	8	2	17
Celkem	1	43	77	61	182

Zdroj: Vlastní výzkum

Prostřednictvím χ^2 testu, viz tabulka níže, se podařilo na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a na základě pozorovaných dat zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní (p -value $< 0,001$). Lze tedy říci, že se podařilo prokázat vztah mezi dosaženým vzděláním respondenta a názorem na současný stav českého zdravotnictví. Výsledky provedeného χ^2 testu je třeba brát pouze jako informativní vzhledem k porušení předpokladů pro jeho adekvátní použití (nedostatečné zastoupení jednotlivých buněk ve výše uvedené kontingenční tabulce). Detailní výsledky provedeného χ^2 testu a dalších souvisejících testů jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. 11: Výsledky provedeného Chi-kvadrát testu a dalších testů

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	33,684(a)	9	,000
Likelihood Ratio	35,884	9	,000
Linear-by-Linear Association	,894	1	,344
N of Valid Cases	182		

a 8 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

Zdroj: Vlastní výzkum

Na základě výsledků výpočtu Cramerovo kontingenčního koeficientu lze říci, že vazba mezi názorem na současný stav a vzděláním respondenta je spíše slabší až středně silná, viz následující tabulka 12.

Tab. 12: Míry asociace mezi názorem na stav zdravotnictví a vzděláním

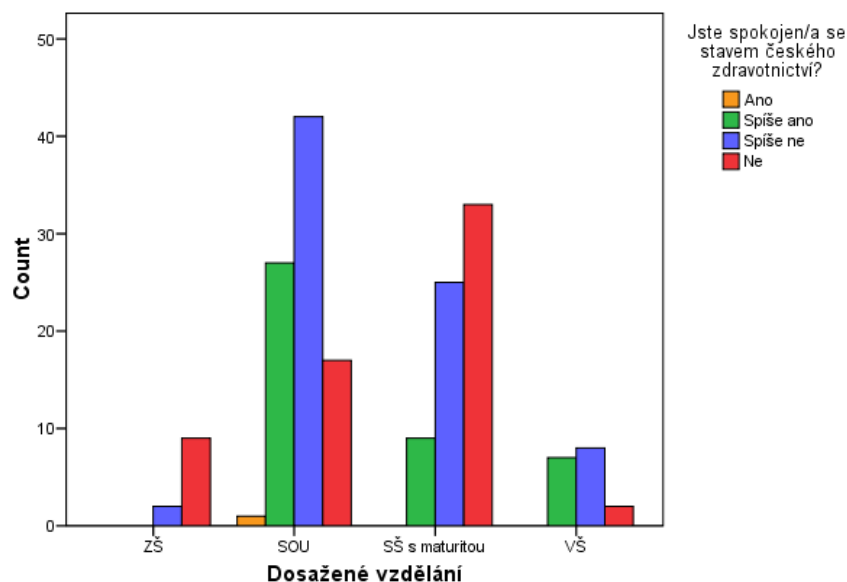
	Value	Approx. Sig.
Nominal by Phi	,430	,000
Nominal Cramer's V	,248	,000
N of Valid Cases	182	

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 8: Sloupcový graf názorů na stav českého zdravotnictví z pohledu respondentů v závislosti na jejich vzdělání



Zdroj: Vlastní výzkum

Vztah mezi spokojeností se stavem českého zdravotnictví a příjmem respondenta

Tab. 13: Kontingenční tabulka zachycující vztah mezi spokojeností se stavem českého zdravotnictví a příjmem respondenta

	Jste spokojen/a se stavem českého zdravotnictví?				Celkem
	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	
do 10 000 Kč	0	2	12	13	27
10 001 až 15 000 Kč	0	24	30	32	86
15 001 až 20 000 Kč	1	4	29	7	41
20 001 až 25 000 Kč	0	5	4	9	18
25 001 až 30 000 Kč	0	8	2	0	10
Celkem	1	43	77	61	182

Zdroj: Vlastní výzkum

Prostřednictvím χ^2 testu, viz tabulka níže, se podařilo na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a na základě pozorovaných dat zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní (p -value < 0,001).

Lze tedy říci, že se podařilo prokázat vztah mezi příjmem respondenta a názorem na současný stav českého zdravotnictví. Výsledky provedeného χ^2 testu je třeba brát pouze jako informativní vzhledem k porušení předpokladů pro jeho adekvátní použití (nedostatečné zastoupení jednotlivých buněk ve výše uvedené kontingenční tabulce). Detailní výsledky provedeného χ^2 testu a dalších souvisejících testů jsou uvedeny v následující tabulce .

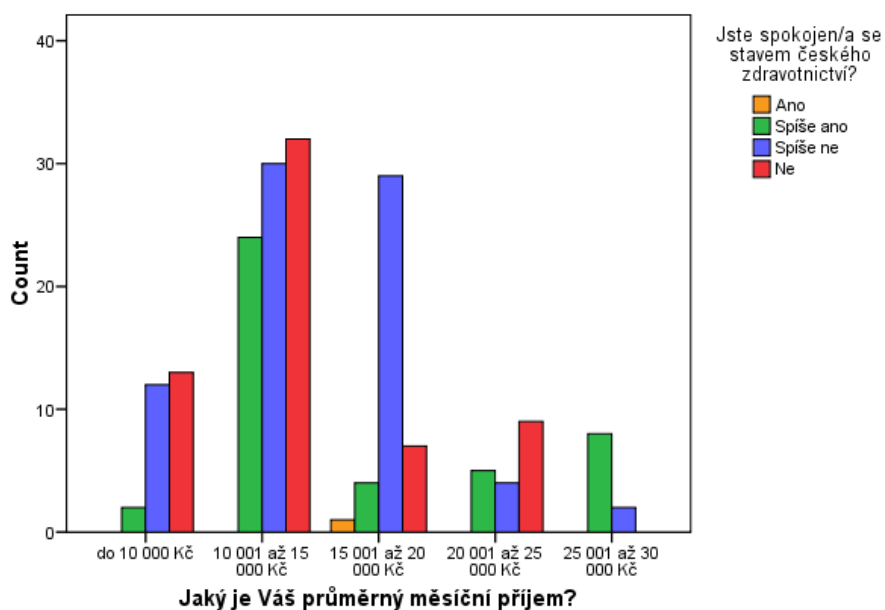
Tab. 14: Výsledky provedeného Chi-kvadrát testu a dalších testů

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	46,098(a)	12	,000
Likelihood Ratio	45,521	12	,000
Linear-by-Linear Association	9,510	1	,002
N of Valid Cases	182		

a 9 cells (45,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 9: Sloupcový graf názorů na stav českého zdravotnictví z pohledu respondentů v závislosti na jejich příjmu



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 8: Souhlasíte se zavedením regulačních poplatků v českém zdravotnictví?

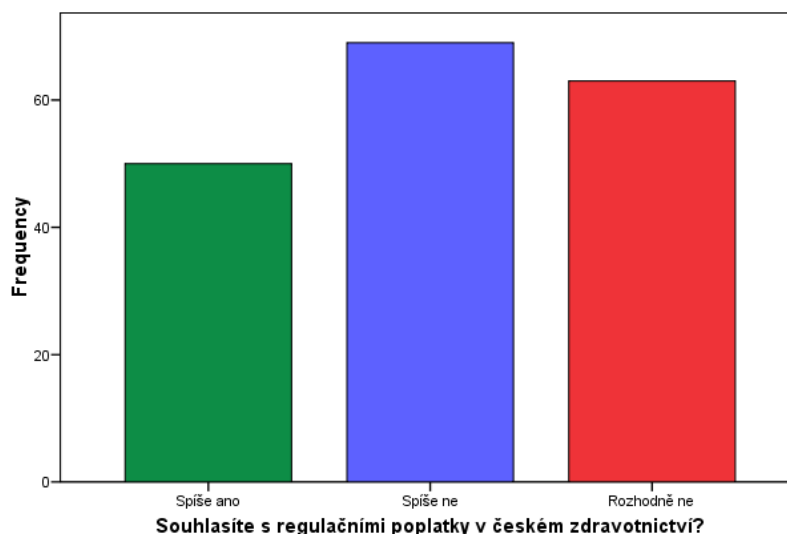
Tab. 15: Tabulka rozdělení četností názorů na zavedení regulačních poplatků v českém zdravotnictví z pohledu sledovaných respondentů [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech]

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Validní relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
Spíše ano	50	27,5	27,5	27,5
Spíše ne	69	37,9	37,9	65,4
Rozhodně ne	63	34,6	34,6	100,0
Celkem	182	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku "Souhlasíte se zavedením regulačních poplatků v českém zdravotnictví?" odpovědělo záporně plných 72,5 % respondentů. Z tohoto počtu odpovědělo prostřednictvím kategorie "Rozhodně ne" plných 34,6 % z celkového počtu respondentů. Pouze 27,5 % respondentů vyjádřilo svůj souhlas s regulačními poplatky v českém zdravotnictví.

Graf 10: Sloupcový graf znázorňující postoje respondentů vůči regulačním poplatkům v českém zdravotnictví



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 9: Domníváte se, že zavedení regulačních poplatků je v rozporu s Ústavou ČR?

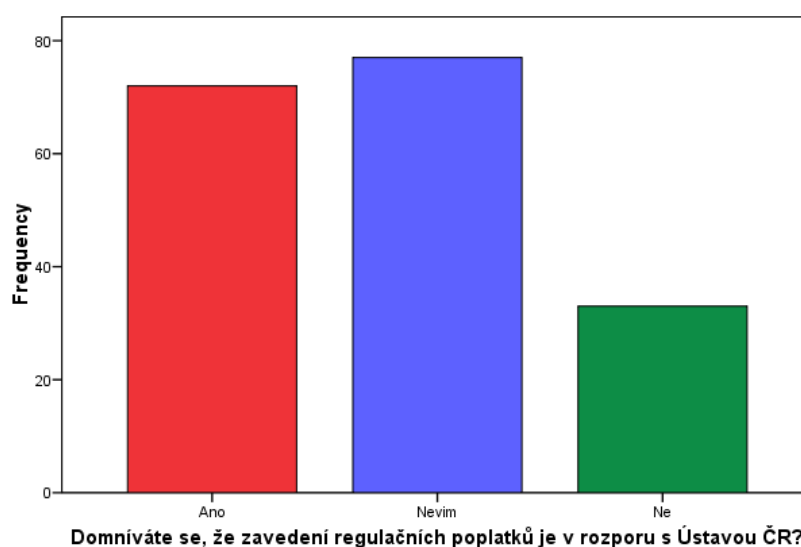
Tab. 16: Tabulka rozdělení četností názorů respondentů na otázku, zda je zavedení regulačních poplatků v rozporu s Ústavou ČR [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech]

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Validní relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
Ano	72	39,6	39,6	39,6
Nevim	77	42,3	42,3	81,9
Ne	33	18,1	18,1	100,0
Celkem	182	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

V případě názoru na to, zda je zavedení regulačních poplatků v rozporu s Ústavou ČR má plných 42,3 % respondentů nevyhraněný názor. Plných 39,6 % respondentů se pak domnívá, že zavedení poplatků je v rozporu s Ústavou ČR. Pouze 18,1 % respondentů se s takto položenou otázkou neztotožňuje. Graficky je situace znázorněna na následujícím grafu.

Graf 11: Sloupcový graf znázorňující postoje respondentů ohledně názoru na to, zda je zavedení regulačních poplatků v rozporu s Ústavou ČR



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 7: Orientujete se v systému regulačních poplatků ve zdravotnictví?

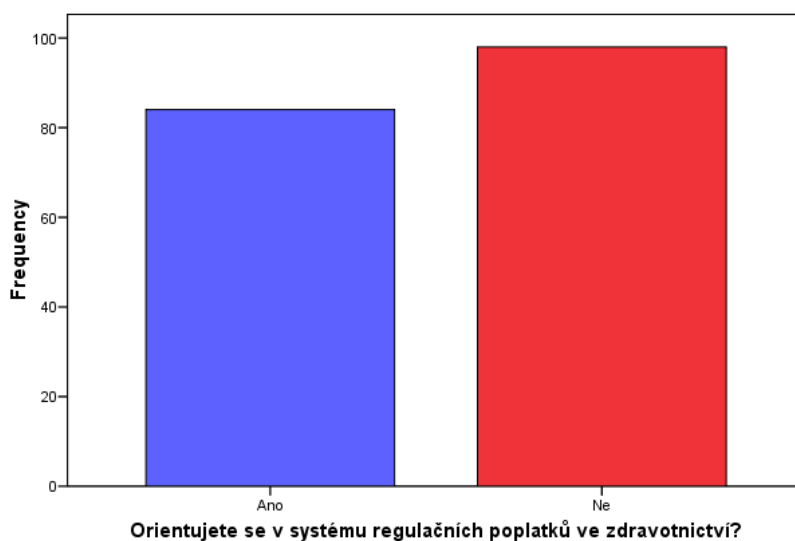
Tab. 17: Tabulka rozdělení četností zachycující odpovědi respondentů na to, zda se orientují v systému regulačních poplatků ve zdravotnictví [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech]

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Validní relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
Ano	84	46,2	46,2	46,2
Ne	98	53,8	53,8	100,0
Celkem	182	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, zda se respondent orientuje v systému regulačních poplatků ve zdravotnictví, odpověděla převážná většina respondentů záporně. Konkrétněji, plných 53,8 % procent respondentů se vyjádřilo záporně. Zbylých 46,2 % respondentů tvrdí, že se v systému orientuje. Je však třeba říci, že jde pouze o názor samotných respondentů, který nebyl blíže ověřován.

Graf 12: Sloupcový graf zachycující odpovědi respondentů na otázku, zda se orientují v systému regulačních poplatků ve zdravotnictví



Zdroj: Vlastní výzkum

Hypotéza č. 1: Vysokoškoláci jsou lépe orientováni v systému regulačních poplatků, než lidé s nižším vzděláním.

K posouzení hypotézy, která tvrdí, že se vysokoškolsky vzdělaní lidé lépe orientují v systému regulačních poplatků ve zdravotnictví budeme vycházet z výsledku pozorovaných četností uvedených v následující kontingenční tabulce. K samotnému testování hypotéz bude použit test na shodu relativních četností.

Tab. 18: Kontingenční tabulka zachycující vztah mezi orientací v systému regulačních poplatků ve zdravotnictví a vzděláním respondentů

Dosažené vzdělání	Orientujete se v systému regulačních poplatků ve zdravotnictví?		Celkem
	Ano	Ne	
ZŠ	3	8	11
SOU	35	52	87
SŠ s maturitou	32	35	67
VŠ	14	3	17
Celkem	84	98	182

Zdroj: Vlastní výzkum

Lidé s nižším vzděláním: ZŠ (celkem 11 lidí) a SOU (celkem 87 lidí). Celkem tedy 98 lidí s nižším vzděláním. Počet lidí s nižším vzděláním orientujících se v systému regulačních poplatků z tohoto počtu: 38. Bodový odhad relativní četnosti: $\pi_{NVZ} = 0,3877551$

Lidé s vysokoškolským vzděláním celkem (17 lidí). Počet lidí s vysokoškolským vzděláním orientujících se v systému regulačních poplatků: 14. Bodový odhad relativní četnosti: $\pi_{VŠVZ} = 0,8235294$

Testování hypotéz:

$$H_0 : \pi_{VŠVZ} = \pi_{NVZ}$$

$$H_A : \pi_{VŠVZ} > \pi_{NVZ}$$

$$\alpha = 0,05.$$

$$\chi^2 = 9,4163; \quad \text{stupně volnosti: } 1; \quad \text{dosažená hladina významnosti: } 0,001075$$

Závěr: Na základě pozorovaných dat a provedeného testu na shodu relativních četností na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ lze říci, že relativní četnost vysokoškolsky vzdělaných lidí, kteří se orientují v systému regulačních poplatků je vyšší než relativní četnost lidí s nižším vzděláním orientujících se v systému regulačních poplatků ve zdravotnictví.

Vztah mezi orientací v systému regulačních poplatků ve zdravotnictví a vzděláním respondentů

Tab. 19: Kontingenční tabulka zachycující vztah mezi orientací v systému regulačních poplatků ve zdravotnictví a vzděláním respondentů

Dosažené vzdělání	Orientujete se v systému regulačních poplatků ve zdravotnictví?		Celkem
	Ano	Ne	
ZŠ	3	8	11
SOU	35	52	87
SŠ s maturitou	32	35	67
VŠ	14	3	17
Celkem	84	98	182

Zdroj: Vlastní výzkum

Prostřednictvím χ^2 testu, viz tabulka níže, se podařilo na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a na základě pozorovaných dat zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní (p -value < 0,001). V tomto případě lze říci, že se na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ podařilo prokázat vztah mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a orientací v systému regulačních poplatků v českém zdravotnictví. Detailní výsledky provedeného χ^2 testu a dalších souvisejících testů jsou uvedeny v následující tabulce. Vzhledem k pozorovaným četnostem lze říci, že lidé s vyšším vzděláním zastávají častěji ten názor, že se v systému regulačních poplatků orientují. Tab. 20 str. 54.

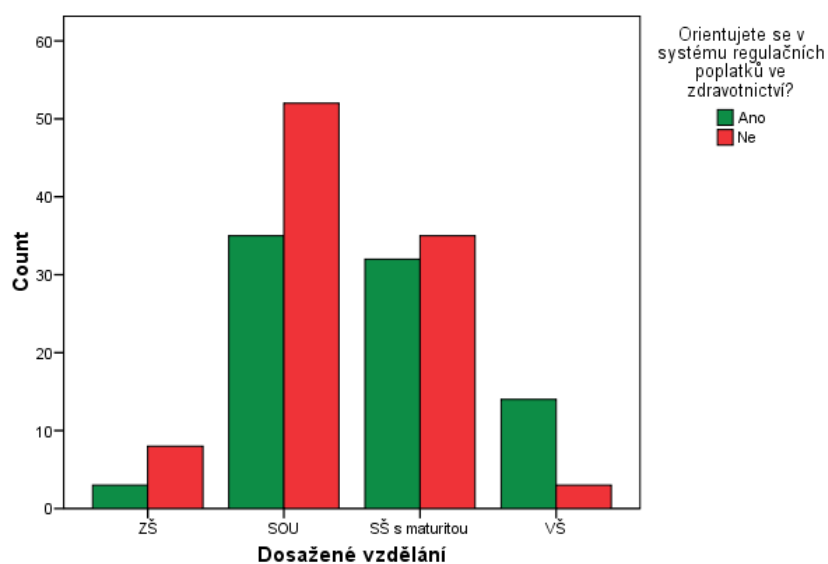
Tab. 20: Výsledky provedeného Chi-kvadrát testu a dalších testů

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,840(a)	3	,008
Likelihood Ratio	12,481	3	,006
Linear-by-Linear Association	11,123	1	,001
N of Valid Cases	182		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,08.

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 13: Sloupcový graf zachycující vztah mezi orientací v systému regulačních poplatků ve zdravotnictví a nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů, z hlediska názorů respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Vztah mezi orientací v systému regulačních poplatků ve zdravotnictví a věkem respondentů

Tab. 21: Kontingenční tabulka zachycující vztah mezi věkem a názorem respondentů na to, zda se orientují v systému regulačních poplatků

Věk respondenta	Orientujete se v systému regulačních poplatků ve zdravotnictví?		Celkem
	Ano	Ne	
18 - 39 let	44	43	87
40 - 60 let	23	45	68
61 a více let	17	10	27
Celkem	84	98	182

Zdroj: Vlastní výzkum

Prostřednictvím χ^2 testu, viz tabulka níže, se podařilo na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a na základě pozorovaných dat zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní (p -value < 0,001). V tomto případě lze říci, že se na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ podařilo prokázat vztah mezi věkem respondenta a jeho názorem na to, zda se orientuje v systému regulačních poplatků ve zdravotnictví. Detailní výsledky provedeného χ^2 testu a dalších souvisejících testů jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. 22: Výsledky provedeného Chi-kvadrát testu a dalších testů

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,914(a)	2	,019
Likelihood Ratio	8,017	2	,018
Linear-by-Linear Association	,020	1	,887
N of Valid Cases	182		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,46.

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 10: Platí se poplatek za preventivní prohlídku u praktického lékaře?

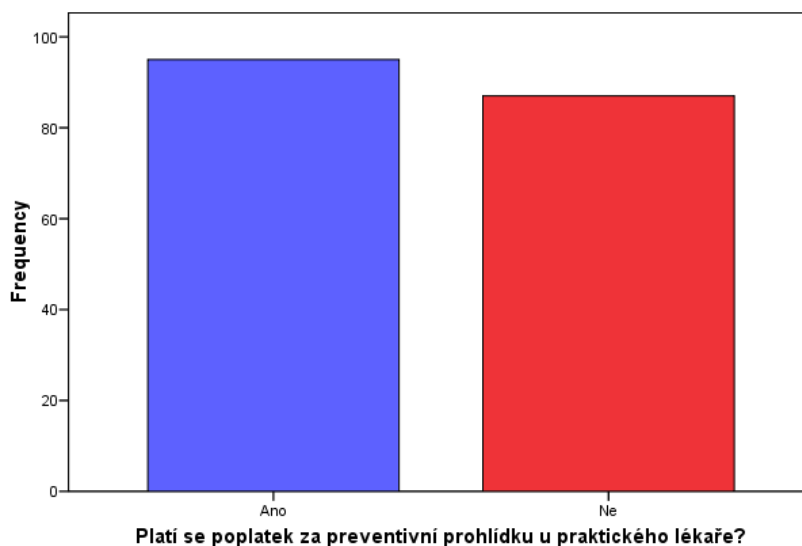
Tab. 23: Tabulka rozdělení odpovědí respondentů na otázku, zda se platí poplatek za preventivní prohlídku u praktického lékaře [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech]

	Četnost	Relativní četnost	Validní relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
Ano	95	52,2	52,2	52,2
Ne	87	47,8	47,8	100,0
Celkem	182	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

V případě otázky "Platí se poplatek za preventivní prohlídku u praktického lékaře?" odpovědělo 95 respondentů, tj. 52,2 % kladně. Zbýlých 47,8 % se vyslovilo záporně.

Graf 14: Sloupcový graf zachycující odpovědi na otázku, zda se platí poplatek při preventivní prohlídce u praktického lékaře



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 12: Vyžaduje Váš zdravotní stav navštěvovat lékaře častěji než jsou běžné preventivní prohlídky?

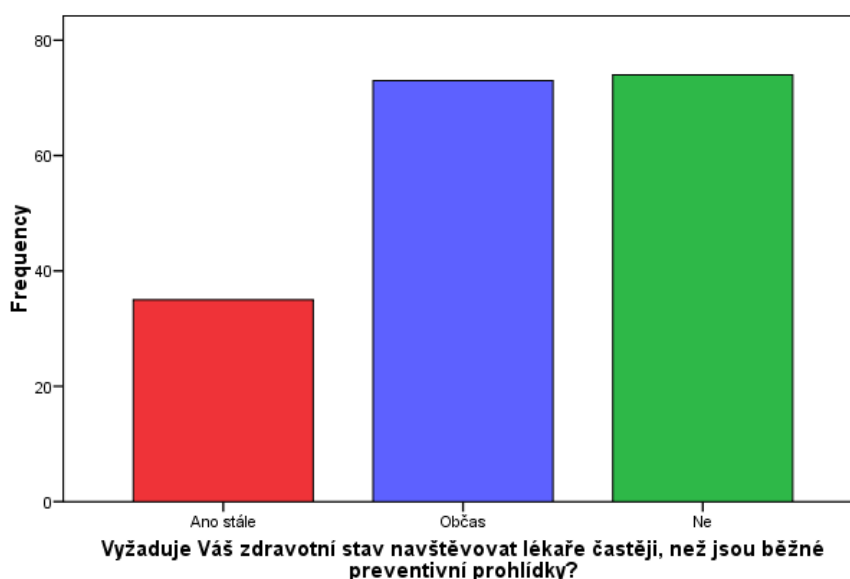
Tab. 24: Tabulka rozdělení četností odpovědí sledovaných respondentů na otázku, zda jejich zdravotní stav vyžaduje častější návštěvy než běžné preventivní prohlídky [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech]

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Validní relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
Ano stále	35	19,2	19,2	19,2
Občas	73	40,1	40,1	59,3
Ne	74	40,7	40,7	100,0
Celkem	182	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výše uvedené tabulky četností plyne, že nejčetnější kategorií je kategorie respondentů, jejichž zdravotní stav nevyžaduje častější návštěvy lékaře. Tato skupina tvoří 40,7 % z celkového počtu respondentů. Naopak nejméně četnou skupinou jsou respondenti, jejichž zdravotní stav si vyžaduje častější návštěvy lékaře. Je nutno říci, že tato skutečnost je dosti ovlivněna věkovou skladbou analyzovaného vzorku, neboť plných 85,2 % respondentů je mladších než 61 let.

Graf 15: Sloupcový graf zachycující odpovědi respondentů na otázku, zda jejich zdravotní stav vyžaduje častější návštěvy lékaře než jsou běžné preventivní prohlídky



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 13: Je pro Vás placení regulačních poplatků významným zásahem do rodinného rozpočtu?

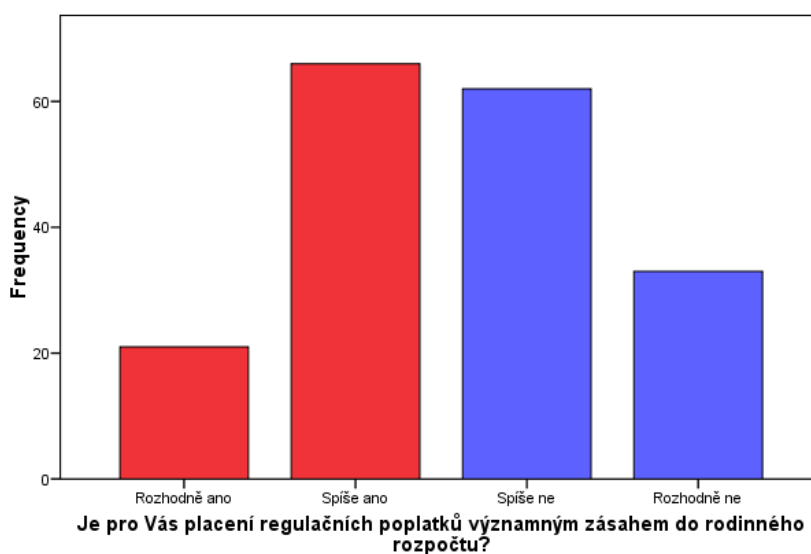
Tab. 25: Tabulka rozdělení četností názorů sledovaných respondentů na otázku, zda je placení regulačních poplatků významným zásahem do rodinného rozpočtu [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech]

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Validní relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
Rozhodně ano	21	11,5	11,5	11,5
Spíše ano	66	36,3	36,3	47,8
Spíše ne	62	34,1	34,1	81,9
Rozhodně ne	33	18,1	18,1	100,0
Celkem	182	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

V případě otázky týkající se zátěže rodinného rozpočtu regulačními poplatky uvádělo plných 47,8 % respondentů, že je poplatky ve své podstatě finančně zatěžují, přičemž 21 respondentů se vyjádřilo prostřednictvím kategorie "Rozhodně ano".

Graf 16: Sloupcový graf zachycující odpovědi respondentů na otázku, zda je placení regulačních poplatků významným zásahem do rodinného rozpočtu



Zdroj: Vlastní výzkum

Vztah mezi názorem na zátěž rodinného rozpočtu regulačními poplatky a věkem respondentů.

Tab. 26: Kontingenční tabulka zachycující vztah mezi názorem na zátěž rodinného rozpočtu regulačními poplatky a věkem respondentů

Věk respondenta	Je pro Vás placení regulačních poplatků významným zásahem do rodinného rozpočtu?				Celkem
	Rozhodně ano	Spíše ano	Spíše ne	Rozhodně ne	
18 - 39 let	9	39	33	6	87
40 - 60 let	6	15	25	22	68
61 a více let	6	12	4	5	27
Celkem	21	66	62	33	182

Zdroj: Vlastní výzkum

Prostřednictvím χ^2 testu, viz tabulka níže, se podařilo na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a na základě pozorovaných dat zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní (p -value < 0,001). V tomto případě lze říci, že se na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ podařil prokázat vztah mezi věkem respondenta a jeho názorem na zátěž rodinného rozpočtu regulačními poplatky.

Detailní výsledky provedeného χ^2 testu a dalších souvisejících testů jsou uvedeny v následující tabulce. Vzhledem k pozorovaným četnostem viz tabulka výše je však nutné brát tyto výsledky pouze jako informativní.

Tab. 27: Výsledky provedeného Chi-kvadrát testu a dalších testů

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	26,362(a)	6	,000
Likelihood Ratio	27,518	6	,000
Linear-by-Linear Association	,668	1	,414
N of Valid Cases	182		

a 2 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,12.

Zdroj: Vlastní výzkum

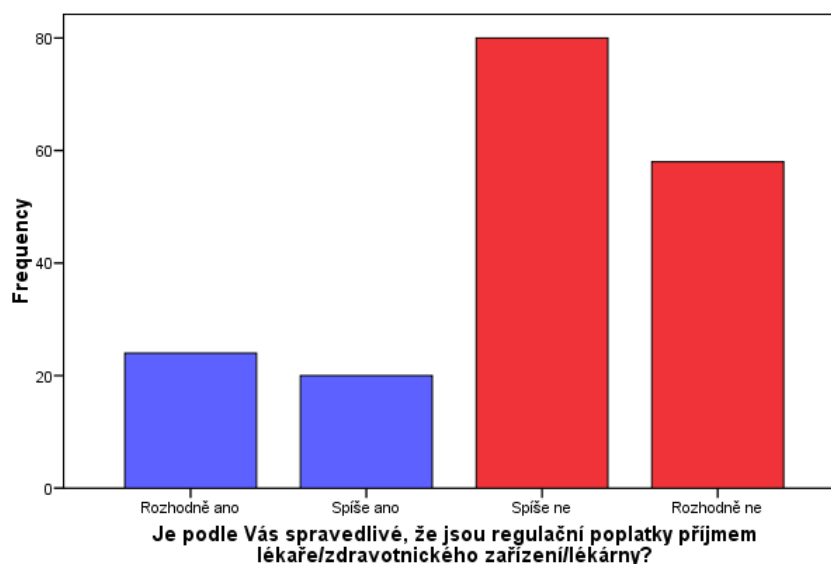
Otázka č. 14: Je podle Vás spravedlivé, že jsou regulační poplatky příjmem lékaře/zdravotnického zařízení/lékařny?

Tab. 28: Tabulka rozdělení četností zachycující názory jednotlivých respondentů na spravedlnost toho, že jsou regulační poplatky příjmem lékaře/zdravotnického zařízení/lékařny [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech]

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Validní relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
Rozhodně ano	24	13,2	13,2	13,2
Spíše ano	20	11,0	11,0	24,2
Spíše ne	80	44,0	44,0	68,1
Rozhodně ne	58	31,9	31,9	100,0
Celkem	182	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 17: Sloupcový graf zachycující názor na spravedlnost toho, že jsou regulační poplatky příjmem lékaře/zdravotnického zařízení/lékařny



Zdroj: Vlastní výzkum

Hypotéza č. 2: Více jak 80% respondentů považuje za nespravedlivé, že regulační poplatky jsou příjmem lékaře, zdravotnického zařízení, lékárny.

K posouzení hypotézy, která tvrdí, že více jak 80 % respondentů považuje za nespravedlivé, že regulační poplatky jsou příjmem lékaře, zdravotnického zařízení, lékárny budeme vycházet z výsledku pozorovaných četností uvedených v následující tabulce četností. K samotnému testování hypotéz bude použit jednovýběrový test na shodu relativních četnosti vůči konstantě (80 %, tedy 0,8).

Tab. 29: Upravená tabulka rozdělení četností zachycující názory jednotlivých respondentů na spravedlnost toho, že jsou regulační poplatky příjmem lékaře/zdravotnického zařízení/lékárny [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech]

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Validní relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
Rozhodně ano nebo spíše ano	44	24,2	24,2	24,2
Spíše ne nebo rozhodně ne	138	75,9	75,9	100,0
Celkem	182	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Testování hypotéz:

$$H_0 : \pi = 0,8$$

$$H_A : \pi > 0,8$$

$$\alpha = 0,05.$$

$$\chi^2 = 1,7311; \quad \text{stupně volnosti: } 1; \quad \text{dosažená hladina významnosti (p-value): } 0,9059$$

Závěr: Na základě pozorovaných dat a provedeného testu na shodu relativní četnosti vůči konstantě a na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ nelze zamítnout nulovou hypotézu, která tvrdí, že maximálně 80 % respondentů považuje za nespravedlivé, že regulační poplatky jsou příjmem lékaře, zdravotnického zařízení, lékárny.

Pokud bychom však testovali hypotézu, že maximálně 65 % považuje za nespravedlivé, že regulační poplatky jsou příjmem lékaře, zdravotnického zařízení či lékárny, pak bychom takovou hypotézu byli oprávněni zamítnout ve prospěch alternativní hypotézy ($p\text{-value} = 0,001423$). ***Jinými slovy, více jak 65 % respondentů považuje za nespravedlivé, že jsou regulační poplatky příjmem lékaře, zdravotnického zařízení či lékárny!***

Vztah mezi názorem na spravedlnost toho, že jsou regulační poplatky příjmem lékaře/zdravotnického zařízení/lékařny a politickou orientací respondenta.

Tab. 30: Kontingenční tabulka zachycující odpovědi jednotlivých respondentů v případě vztahu mezi názorem na to, zda je spravedlivé to, že jsou regulační poplatky příjmem lékaře/zdravotnického zařízení/lékařny a jejich politickou orientací

		Je podle Vás spravedlivé, že jsou regulační poplatky příjmem lékaře/zdravotnického zařízení/lékařny?				Celkem
		Rozhodně ano	Spíše ano	Spíše ne	Rozhodně ne	
Jste voličem:	Spíše pravice	10	2	6	7	25
	Středových stran	0	1	44	13	58
	Spíše levice	3	1	8	23	35
	K volbám nechodím	11	16	22	15	64
Celkem		24	20	80	58	182

Zdroj: Vlastní výzkum

Prostřednictvím χ^2 testu, viz tabulka níže, se na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a na základě pozorovaných dat podařilo zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní ($\chi^2 = 77,225$, $p\text{-value} < 0,001$). V tomto případě lze říci, že se na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ podařil prokázat vztah mezi politickou orientací (tj. jakou stranu nejspíše volil) a názorem na spravedlnost toho, že jsou regulační poplatky příjmem lékaře/zdravotnického zařízení/lékařny. Detailní výsledky χ^2 testu a testu podílem maximální věrohodnosti jsou uvedeny v následující tabulce. Vzhledem k pozorovaným četnostem je však nutno brát výše uvedené tvrzení pouze jako informativní.

Tab. 31: Výsledky provedených testů

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	77,225(a)	9	,000
Likelihood Ratio	76,665	9	,000
Linear-by-Linear Association	,272	1	,602
N of Valid Cases	182		

a 4 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,75.

Zdroj: Vlastní výzkum

Vzhledem k hodnotám asociačních koeficientů, viz tabulka níže, lze tento vztah charakterizovat jako středně silný.

Tab. 32: Kontingenční koeficienty

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Phi	,651	,000
Nominal Cramer's V	,376	,000
Contingency Coefficient	,546	,000
N of Valid Cases	182	

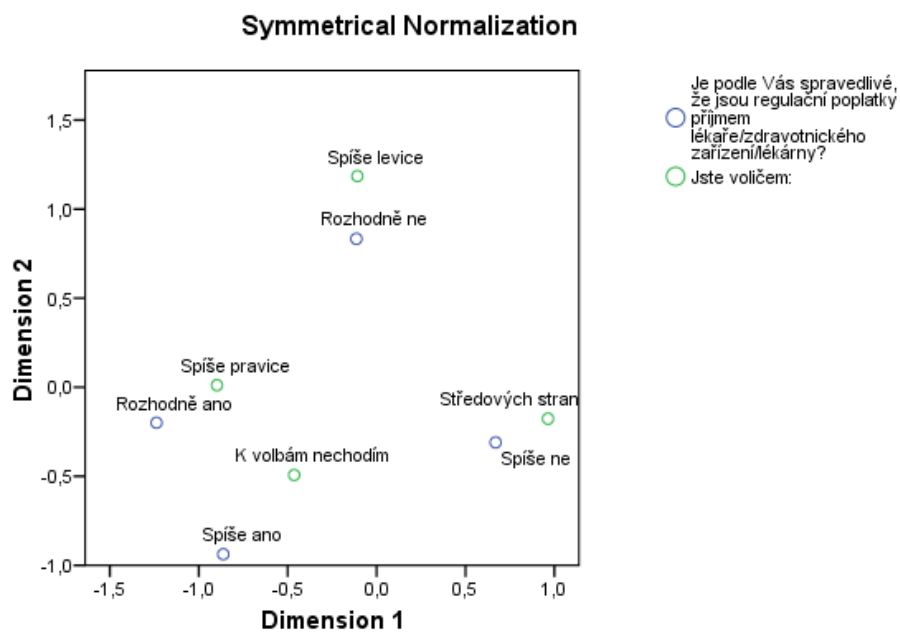
a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Zdroj: Vlastní výzkum

Rovněž byla provedena korespondenční analýza kontingenční tabulky (vztah mezi názorem na spravedlnost regulačních poplatků a politickou orientací respondenta). S ohledem na hodnoty vlastních čísel (podrobná analýza s uvedenými statistikami není uvedena) lze říci, že následující grafický výstup v prostoru prvních dvou dimenzí vysvětluje celkem 55,4+31,4% tj. 86,8 % variability obsažené v datech (viz následující graf a předcházející tabulka). Vzhledem k tomu lze říci, že získaná korespondenční mapa je velmi informativní.

Graf 18: Korespondenční mapa zachycující vztah mezi politickou orientací a názorem na spravedlnost toho, že jsou regulační poplatky příjmem lékaře/zdravotnického zařízení/lékařny



Zdroj: Vlastní výzkum

Z výše uvedené korespondenční mapy je zřejmé, že voliči s pravicovým smýšlením spíše vnímají jako „spravedlivé“, že regulační poplatky jsou příjmem lékaře/zdravotnického zařízení/lékařny. U levicových voličů je tomu zcela naopak. Zajímavou skutečností je, že voliči středových stran se vyjadřují na položenou otázku prostřednictvím kategorie „Spiše ne“ a jsou v tomto ohledu blíže názorům levicových voličů.

Vztah mezi názorem na spravedlnost toho, že jsou regulační poplatky příjmem lékaře/zdravotnického zařízení/lékárny a příjmem respondenta

Tab. 33: Kontingenční tabulka zachycující odpovědi jednotlivých respondentů v případě vztahu mezi názorem na to, zda je spravedlivé to, že jsou regulační poplatky příjmem lékaře/zdravotnického zařízení/lékárny a příjmem respondenta

Jaký je Váš průměrný měsíční příjem?	Je podle Vás spravedlivé, že jsou regulační poplatky příjmem lékaře/zdravotnického zařízení/lékárny?				Celkem
	Rozhodně ano	Spíše ano	Spíše ne	Rozhodně ne	
do 10 000 Kč	6	1	10	10	27
10 001 až 15 000 Kč	6	12	36	32	86
15 001 až 20 000 Kč	9	5	17	10	41
20 001 až 25 000 Kč	0	0	12	6	18
25 001 až 30 000 Kč	3	2	5	0	10
Celkem	24	20	80	58	182

Zdroj: Vlastní výzkum

Prostřednictvím χ^2 testu, viz tabulka níže, se na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a na základě pozorovaných dat podařilo zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní (p -value $< 0,024$). V tomto případě lze tedy říci, že se na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ podařil prokázat vztah mezi příjmem respondenta a názorem na spravedlnost toho, že jsou regulační poplatky příjmem lékaře/zdravotnického zařízení/lékárny. Detailní výsledky provedeného χ^2 testu a dalších souvisejících testů jsou uvedeny v následující tabulce. Vzhledem k pozorovaným četnostem je však nutno brát výše uveden tvrzení opět pouze jako informativní. Tab. 34 str. 67.

Tab. 34: Výsledky provedeného Chi-kvadrát testu a dalších testů

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,403(a)	12	,024
Likelihood Ratio	30,193	12	,003
Linear-by-Linear Association	1,660	1	,198
N of Valid Cases	182		

a 9 cells (45,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,10.

Zdroj: Vlastní výzkum

Stejně jako v předchozím případě byla provedena detailnější analýza kontingenční tabulky prostřednictvím korespondenční analýzy (vztah mezi názorem na spravedlnost regulačních poplatků a příjmem respondenta). S ohledem na hodnoty vlastních čísel (podrobná analýza s uvedenými statistikami není uvedena) lze říci, že následující grafický výstup v prostoru prvních dvou dimenzí vysvětluje celkem 61,7+21,2%, tj. 82,9 % variability obsažené v datech (viz následující graf). Vzhledem k tomu lze říci, že získaná korespondenční mapa je velmi informativní. Graf 19 str. 69.

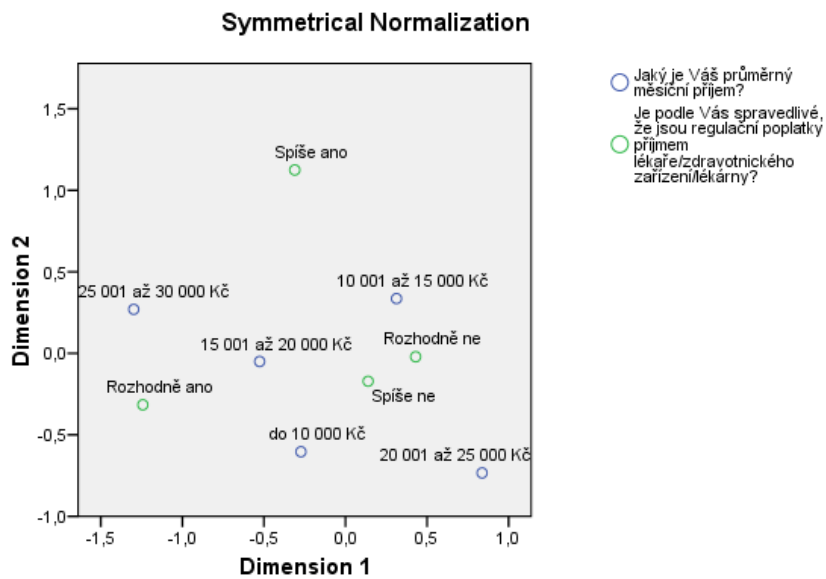
Tab. 35: Výsledky provedené korespondenční analýzy pro výše uvedenou kontingenční tabulku (Vztah mezi názorem na spravedlnost toho, že jsou regulační poplatky příjmem lékaře/zdravotnického zařízení/lékařny a příjmem respondenta)

Summary								
Dimension	Singular Value	Inertia	Chi Square	Sig.	Proportion of Inertia		Confidence Singular Value	
					Accounted for	Cumulative	Standard Deviation	Correlation 2
1	,282	,079			,617	,617	,065	-,057
2	,165	,027			,212	,829	,050	
3	,148	,022			,171	1,000		
Total		,129	23,403	,024 ^a	1,000	1,000		

a. 12 degrees of freedom

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 19: Korespondenční mapa zachycující vztah mezi politickou orientací a názorem na spravedlnost toho, že jsou regulační poplatky příjmem lékaře/zdravotnického zařízení/lékařny



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafického znázornění je patrné, že se většina respondentů vyjadřuje spíše záporně k otázce spravedlnosti. Nizkopříjmové skupiny respondentů se pak vyjadřují prostřednictvím kategorií "Spíše ne" nebo "Rozhodně ne".

Otázka č. 15: Kdo sleduje úhrady regulačních poplatků, naplňování ročního limitu i případné vrácení finančních prostředků při jeho překročení?

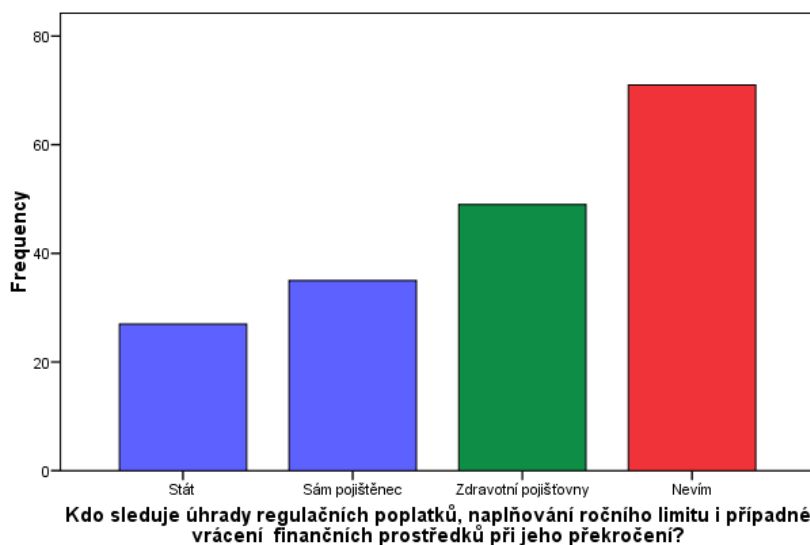
Tab. 36: Tabulka rozdělení četností zachycující názory respondentů na to, kdo sleduje úhrady regulačních poplatků, naplňování ročního limitu i případné vrácení finančních prostředků při jeho překročení [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech]

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Validní relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
Stát	27	14,8	14,8	14,8
Sám pojištěnec	35	19,2	19,2	34,1
Zdravotní pojišťovny	49	26,9	26,9	61,0
Nevím	71	39,0	39,0	100,0
Celkem	182	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Plných 39 % respondentů na dotaz: "Kdo sleduje úhrady regulačních poplatků, naplňování ročního limitu i případné vrácení finančních prostředků při jeho překročení" přiznalo, že neví. Necelých 30 % respondentů uvedlo, že tuto činnost provádí zdravotní pojišťovny. Plných 19 % respondentů uvedlo v roli dohlázele samotného pojištěnce a 14,8 % respondentů označilo v této roli stát.

Graf 20: Sloupcový graf odpovědí respondentů na to, kdo sleduje úhrady regulačních poplatků a naplňování ročního limitu



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 16: Jste voličem:

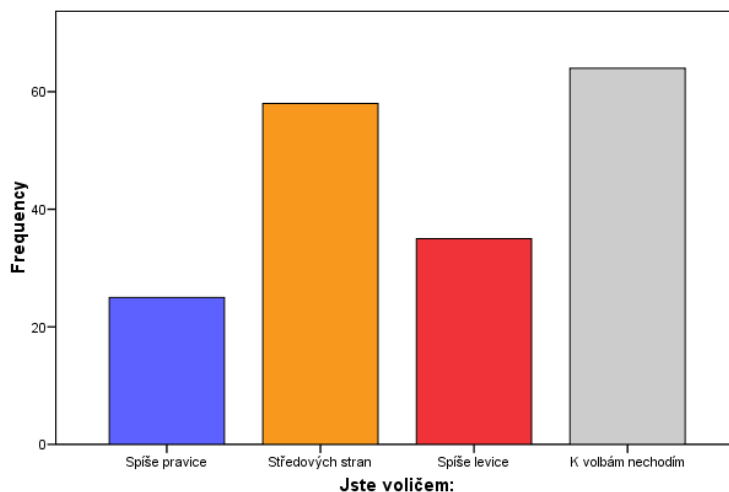
Tab. 37: Tabulka rozdělení četností zachycující politickou orientaci sledovaných respondentů [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech]

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Validní relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
Spíše pravice	25	13,7	13,7	13,7
Středových stran	58	31,9	31,9	45,6
Spíše levice	35	19,2	19,2	64,8
K volbám nechodím	64	35,2	35,2	100,0
Total	182	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

V případě otázky týkající se politické orientace či účasti ve volbách plných 35,2 % respondentů odpovědělo, že k volbám nechodí. Nejčastější volbou respondentů byly středové strany. Pro volbu středových stran našeho politického spektra se vyjádřilo plných 31,9 % dotázaných respondentů. Spíše pravicové strany pak preferovalo 13,7 % respondentů. Poněkud lépe na tom byly levicové strany, které preferovalo 19,9 % respondentů.

Graf 21: Sloupcový graf zachycující rozdělení politické orientace jednotlivých respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 17: Jaký osud regulačních poplatků byste uvítal/a?

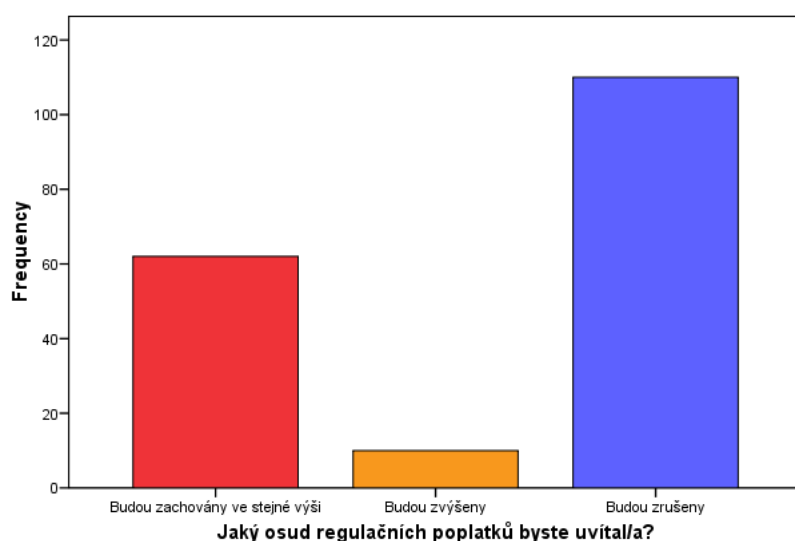
Tab. 38: Tabulka rozdělení četností zachycující názory respondentů na osud zavedených regulačních poplatků. [Jednotlivé relativní četnosti jsou uváděny v procentech]

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Validní relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
Budou zachovány ve stejné výši	62	34,1	34,1	34,1
Budou zvýšeny	10	5,5	5,5	39,6
Budou zrušeny	110	60,4	60,4	100,0
Celkem	182	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

V případě názorů na regulační poplatky se 60,4 % respondentů domnívá, že regulační poplatky ve zdravotnictví budou zrušeny. Pouze 5,5 % předpokládá zvýšení regulačních poplatků.

Graf 22: Sloupcový graf názorů respondentů na to, jaký osud čeká regulační poplatky v příštích letech



Zdroj: Vlastní výzkum

5. Diskuze

Cílem mé práce bylo zmapovat názor běžných občanů malého města Votice ve Středočeském kraji na stav českého zdravotnictví a subjektivní vnímání spravedlnosti ve vztazích lékaře a pacienta s ohledem na zavedení regulačních poplatků do systému českého zdravotnictví.

Hlavní cíl byl rozveden do dále do dílčích cílů. První z nich měl zjistit, jak se politická orientace odráží v názoru na spravedlnost zavedení regulačních poplatků do systému českého zdravotnictví. Druhým dílčím cílem pak bylo zmapovat, jak se výše příjmu respondentů odráží v názoru na to, zda je spravedlivé, že příjem z regulačních poplatků náleží zdravotnickému zařízení. S ohledem na dané cíle byly pak tvořeny otázky do dotazníků. V dotazníku byly otázky zaměřené na informovanost v oblasti systému regulačních poplatků v souvislosti s příjmem, vzděláním a politickou orientací. Dotazník také mapoval případný negativní dopad placení regulačních poplatků na rodinné rozpočty. Poslední z otázek zjišťovala, jaký osud regulačních poplatků by respondenti uvítali.

Odpovědi na otázku č. 1 specifikují pohlaví respondentů. Soubor obsahoval tento poměr žen a mužů: 52,2% : 47,8%. Soubor respondentů byl tedy skoro vyvážený, ale ne totožný s poměrem pohlaví v populaci. Ten je v České republice ženy 50,92% : muži 49,08% (8). Poměrně vyvážený vzorek respondentů se mi podařilo získat promyšlenou distribucí dotazníků. Dotazníky byly rozdávány osobně nebo pomocí známých lidí v různých prodejnách, institucích a úřadech. Ženy vzhledem ke své emotivitě chtěly o odpovědích na místě diskutovat a řešit problémy, se kterými se setkávají v českém zdravotnictví, ale to nebylo mým cílem, jednalo se pouze o kvantitativní výzkum. Nicméně jsem při rozdávání dotazníků byla mnohdy konfrontována s různými názory respondentů, tedy i mužů, a nebylo to vždy zcela příjemné popovídání. Dle výsledků kontingenční tabulky zachycující vztah mezi spokojeností se stavem českého zdravotnictví a pohlavím respondenta bylo zjištěno, že ženy jsou méně spokojeny se stavem českého zdravotnictví než muži. Tento poměr může být způsoben faktem, že ženy obecně častěji navštěvují zdravotnická zařízení než muži. Jednak z důvodu péče o děti a také nutnosti častějších preventivních návštěv v oboru gynekologie a porodnictví.

Dle výsledků otázky č. 2 byly nejčastější věkovou kategorií respondenti ve věku 18 až 39 let (47,8 %).

Otázka č. 3 získávala data o dosaženém vzdělání respondentů. Tuto otázku jsem položila se záměrem získat informace o souvislosti dosaženého vzdělání a názorem na

spokojenost se stavem českého zdravotnictví. Dosažené vzdělání figurovalo také v jedné ze dvou hypotéz v souvislosti s orientací v systému zavedených regulačních poplatků. V analyzovaném souboru bylo nejvíce respondentů se středním odborným vzděláním a ukončeným středoškolským vzděláním s maturitou. Pouze 6 % respondentů mělo jen základní vzdělání. Vysokoškolské vzdělání mělo 9,3 % respondentů. Lze říci, že se podařilo prokázat vztah mezi dosaženým vzděláním respondenta a názorem na současný stav českého zdravotnictví. Podle výsledků jsou nejvíce spokojeni lidé se středním odborným vzděláním. Domnívám se, že to může být způsobeno tím, že právě muži v aktivním věku jsou minimálně nemocní a nenavštěvují zdravotnická zařízení. Domnívám se, že tito muži většinou své zdravotní problémy ani neřeší.

Otázka č. 4 zjišťovala rozdělení skupiny respondentů dle současné zastávané pozice. Nejčastěji byla zastoupena skupina respondentů z kategorie zaměstnanců a OSVČ. Druhou nejčastější skupinou pak byli respondenti v postproduktivním věku, tedy důchodci. Jejich podíl na celkové skladbě činil 15,4 %. Pokud jde o podíl nezaměstnaných, tak ten činil 10,4 % z celkového počtu respondentů. Podíl nezaměstnaných v mém vzorku respondentů z města Votic byl vyšší než udávaný podíl nezaměstnaných podle statistických údajů Úřadu práce Benešov, tedy 4,9 % (31). Tuto skutečnost připisuji tomu, že nezaměstnaní byli spíše dosažitelní jako respondenti při mém rozdávání dotazníků, neboť jsem je rozdávala i v hernách ve městě.

Z odpovědí na otázku č. 5 jsem si sestavila graf, který poskytl rozdělení respondentů podle výše měsíčního příjmu. Toto rozdělení mi vyšlo podobně jako rozložení příjmových skupin v ČR. Nejtypičtější je kategorie příjmu 10 až 15 tisíc Kč. Druhou nejčastější kategorií byl průměrný měsíční příjem ve výši 15 až 20 tisíc korun. Tyto dvě kategorie tvoří dohromady 69,8 % z celkového počtu dotázaných respondentů. Nejmenší skupinu naopak tvořili respondenti s příjmem 25 až 30 tisíc korun. Chtěla jsem nalézt vztah mezi příjmem respondenta a názorem na spravedlnost toho, že regulační poplatky jsou příjmem zdravotnického zařízení. Tento vztah se podařilo potvrdit pomocí statistického prokazování. Z grafického znázornění je patrné, že se většina respondentů vyjadřuje spíše záporně k otázce spravedlnosti. Nízkopříjmové skupiny dotazovaných se pak vyjadřují prostřednictvím kategorií „Spíše ne“ nebo „Rozhodně ne“. Takový výsledek jsem čekala.

Podle odpovědí na otázku č. 6 jsem zjišťovala názory respondentů na stav českého zdravotnictví. Rozdělení názorů je následující: převážná většina respondentů vyjadřuje spíše negativní názor na současný stav, pouze jediný se vyjádřil kladně. Za spíše spokojené se označilo 23,6 % respondentů. Jak uvádějí výsledky výzkumu CVVM, tak obecná spokojenost

se zdravotním systémem je důležitým ukazatelem. Spokojenost se zdravotním systémem České republiky je zkoumána již téměř desetiletí. V posledním výzkumu z prosince 2010 byly podíly spokojených a nespokojených téměř vyrovnané, i když mírně převládala nespokojenost. Mínění obyvatel však nebylo vždy takto vyrovnané. Z vývoje spokojenosti a nespokojenosti se zdravotním systémem v průběhu let měření je patrné, že citlivějším indikátorem změn ve veřejném mínění je v tomto případě spíše nespokojenost. Výrazněji reaguje na aktuální události (59).

Sada otázek č. 7, 8 a 9 se zaměřila na regulační poplatky v českém zdravotnictví. Jednak jsem se respondentů dotazovala na to, zda se orientují v systému regulačních poplatků, měla bych spíše říci, zda se domnívají, že se orientují v systému. V návaznosti na kontrolní otázky č. 10, 11 a 15 jsem postupně zjistila, že mnozí respondenti se domnívají, že se orientují, ale kontrolní otázky zodpoví špatně. Konkrétně se 53,8 % respondentů vyjádřilo, že se neorientuje v systému regulačních poplatků. Zbýlých 46,2% respondentů tvrdí, že se v systému orientuje. Otázka č. 8 zjišťovala, zda respondenti souhlasí se zavedením regulačních poplatků v českém zdravotnictví. Celých 72,5 % respondentů odpovědělo, že nesouhlasí se zavedením a pouze 27,5 % vyjádřilo svůj souhlas se zavedením poplatků. V případě odpovědí na otázku č. 9 jsem zjistila, že velká část, tedy plných 42,3 % respondentů, má nevyhraněný názor na to, zda je zavedení poplatků v rozporu s Ústavou České republiky. Plných 39,6 % dotazovaných odpovědělo, že se domnívá, že zavedení poplatků je v rozporu s Ústavou.

Otázka č. 10 se ptala, zda se platí poplatek za preventivní prohlídku. Výsledek této kontrolní otázky mi ukázal, že plných 52,2 % respondentů nemá ponětí, že za preventivní prohlídku se neplatí. Domnívám se, že je to způsobeno obecným zanedbáváním preventivních prohlídek. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky vyhlásila letos kreditní program Zdravý život. Je to motivace k aktivnímu přístupu ke zdravému způsobu života. Během roku se sbírají body za aktivity spojené s prevencí a zdravým způsobem života. Podmínkou pro vyplacení příspěvku je absolvování alespoň jedné preventivní prohlídky (68). Domnívám se, že české zdravotnictví by mělo mnohem více investovat do propagace prevence. Například dle informací ÚZIS bylo v roce 2010 provedeno 37,5 milionu ošetření – vyšetření, z toho preventivní prohlídky představovaly pouze 5,6 % (63).

Věková skladba analyzovaného vzorku ovlivnila výsledek šetření na otázku, zda zdravotní stav vyžaduje navštěvovat lékaře častěji, než jsou běžné preventivní prohlídky. Plných 85,2 % respondentů bylo mladších 61 let. Tato skutečnost se jistě projevila i v otázce

předešlé, která se ptala na platbu za preventivní prohlídku. Obecně se stoupajícím věkem lidí dochází k častějším návštěvám zdravotnických zařízení.

V případě otázky č. 13 týkající se zátěže rodinného rozpočtu regulačními poplatky uvádělo plných 47,8 % respondentů, že je poplatky finančně zatěžují. Podařila se prokázat souvislost mezi věkem respondentů a názorem na zatížení rodinného rozpočtu placením poplatků. Nejvyšší zátěž činilo placení respondentům ve věkové kategorii nad 61 let.

Otázka č. 14, zda je spravedlivé, že regulační poplatky jsou příjmem lékaře/zdravotnického zařízení/lékařny, zjišťovala postoj respondentů k této problematice a jejich vnímání spravedlnosti v souvislosti s distribucí financí ve zdravotnictví. Zjistila jsem, že 75,9 % respondentů považuje za nespravedlivé, že příjem zůstává zdravotnickému zařízení a pouze 24,1 % se kloní k názoru, že je to spravedlivé. Pokud výsledky této otázky dám do souvislosti s politickou orientací respondentů, docházím k výsledku, že voliči s pravicovým smýšlením spíše vnímají jako spravedlivé, že regulační poplatky jsou příjmem zdravotnického zařízení. U levicových voličů je tomu zcela naopak. Zajímavé je, že voliči středových stran se vyjadřují na položenou otázku prostřednictvím kategorie „Spíše ne“ a jsou tak blíže názorům levicových voličů. Tento fenomén si vysvětluji tím, že zavedení regulačních poplatků bylo obecně přijímáno velmi negativně a některé politické strany využívaly regulační poplatky pro politický boj. Několik měsíců byly regulační poplatky placeny za pacienty z krajských rozpočtů. Jednalo se především o kraje se sociálnědemokratickým vedením. Dále jsem tuto otázku posuzovala s ohledem na příjmovou skupinu respondentů. Bez ohledu na příjem se většina respondentů vyjadřovala záporně k otázce spravedlnosti, ale nízkopříjmové skupiny respondentů se vyjadřovaly prostřednictvím kategorií „Spíše ne“, „Rozhodně ne“.

Otázka č. 15 byla kontrolní, abych zjistila, zda se respondenti, kteří se domnívají, že se orientují v systému regulačních poplatků, opravdu vědí, kdo sleduje úhrady regulačních poplatků a naplňování ročního limitu. Plných 39 % respondentů přiznalo, že neví a pouze 30 % respondentů uvedlo správnou odpověď. Zdravotní pojišťovny, které mají tuto agendu na svých bedrech, musí informovat pojištěnce o překročení limitu a přeplatek jim vrátet. Do ročního limitu se započítávají nejen regulační poplatky, ale i doplňky na léky a léčivé přípravky, ale na vše se vztahují různá omezení a koeficienty a výpočet ročního limitu pro pacienta je velice složitý (32).

Otázka č. 16 zjišťovala politickou orientaci respondentů. Politické spektrum zjištěné v mém vzorku se v některých ohledech shoduje s výsledky STEM z června 2011. V mém výzkumu preferovalo čistě pravicové strany 13,7 % respondentů a podle výsledků STEM je to 15,1 %. Nejčastější volbou respondentů byly středové strany, protože za tuto definici se

schová velké spektrum stran a domnívám se, že pro většinu voličů středových stran se jedná o sázku na jistotu, způsob nevyhranění se. Domnívám se, že je to takový schizofrenní postoj, „vlastně si nejsem jistý, co chci“. Také v současné politické scéně není zcela jednoduché zjistit, zda strana je více nakloněna vlevo nebo vpravo. Názory se mění ze dne na den a z hodiny na hodinu. A občan může zase jen nadávat, v lepším případě se může na demonstraci nebo na stávkou. Překvapila mě také velká skupina respondentů, která k volbám nechodí. Plných 35,2 % (48).

Poslední z otázek zjišťovala přání respondentů, jaký osud by přáli regulačním poplatkům. Největší část dotazovaných by uvítala jejich zrušení a jen nepatrná část zvýšení. Toto zjištění nebylo žádným překvapením.

Hypotéza 1 : Vysokoškoláci jsou lépe orientováni v systému regulačních poplatků než lidé s nižším vzděláním. K testování hypotézy byl použit test na shodu relativních četností. Na základě pozorovaných dat lze říci, že relativní četnost vysokoškolsky vzdělaných lidí, kteří se orientují v systému regulačních poplatků je vyšší než relativní četnost lidí s nižším vzděláním orientujících se v systému poplatků ve zdravotnictví. Hypotézu č. 1 tedy lze pokládat **za potvrzenou**.

Hypotéza 2 : Více jak 80 % respondentů považuje za nespravedlivé, že regulační poplatky jsou příjmem lékaře, zdravotnického zařízení, lékárny. Podle výsledků testování se tato hypotéza **nepotvrdila**. Pokud bychom však testovali hypotézu na 65 % respondentů, tak by byla potvrzena. Dá se tedy říci, že více jak 65 % respondentů považuje za nespravedlivé, že jsou regulační poplatky příjmem zdravotnického zařízení, ale není jich více jak 80 %. Můj předběžný odhad byl vyšší.

6. Závěr

Práce včetně výzkumu se věnuje rozsáhlému a často diskutovanému tématu spravedlnosti ve vztazích mezi lékařem a pacientem. Toto téma jsem zpracovala v souvislosti se všemi okolnostmi, které podle mého názoru tento vztah lékaře a pacienta v současném světě z velké části ovlivňují. Pracovala jsem s tématem tak, aby bylo možné získat souvislosti mezi historickými okolnostmi, filozofickým rozměrem tématu, dále pak nelze opomenout ideje a ideologické základy spravedlnosti, které se promítají do politických ideologií. Úzce spjaté s tímto tématem jsou též zdravotnické systémy, které se vyvinuly také v historických a politických souvislostech. Dále jsem se zaměřila na zdravotní pojištění v České republice a jeho právní úpravu. Velkou část své práce jsem věnovala regulačním poplatkům, které byly v roce 2008 zavedeny do systému českého zdravotnictví jako jeden z mnoha možných regulačních nástrojů, které mají za cíl učinit zdravotní péči dostupnou pro, pokud možno, všechny občany státu, neboť se zdravotní péče globálně ocitá v situaci, že není reálné zaplatit všem veškerou zdravotní péči. Žádný stát na světě již nemá dostatek prostředků, aby mohl poskytnout pacientům vše, co trh nabízí.

Cílem mé práce bylo pomocí sekundární analýzy dat z dostupné literatury související s tématem rozpracovat přístupy k vnímání pojmu spravedlnost, objasnit pojem lékař a pacient, dále popsat pojmy ideje, politické ideologie, zdravotní systémy, sociální stát, sociální spravedlnost a politická spravedlnost. Potvrdilo se mi, že vše vlastně souvisí se vším a nelze v tomto směru dělat černobílý obraz světa. Nemůžeme vnímat spravedlnost ve vztazích lékaře a pacienta jako samostatně stojící problém.

Dalším cílem práce, který jsem uskutečnila formou sběru dat prostřednictvím dotazníku a jejich následným vyhodnocením pomocí analýzy kategoriálních dat, bylo zmapovat vnímání spravedlnosti v českém zdravotnictví. Zde jsem dospěla k výsledku, že převážná většina respondentů vyjadřuje spíše negativní názor na současný stav. Tato skutečnost může souviset s probíhající reformou českého zdravotnictví, která v brzké době přinese pacientům mnoho novinek. Jde vlastně o regulační mechanismy, které musí každá vláda použít, aby nedošlo ke krachu zdravotní péče. Jde zde však především o to, že se jedná v podstatě pokaždé o pokus s nejistým výsledkem.

Jedním z důležitých regulačních mechanismů ve zdravotnictví jsou též poplatky. Tyto jsou dle výsledků z mého dotazníku velice neoblíbené. Respondenti se k jejich budoucnosti vyjadřovali v převážné většině tak, že by měly být zrušeny. Domnívám se, že běžný občan nebude nikdy zkoumat pokles návštěvnosti ordinací po zavedení poplatků. S tímto nástrojem

regulace se dají hrát také neuvěřitelné politické hry, což vidíme často ve sdělovacích prostředcích. Domnívám se, že by s tímto sloganem „Zrušíme poplatky u lékaře“ mohl nejmenovaný lékař vyhrát příští volby.

Dále jsem si položila dílčí otázku, zda výše příjmu ovlivňuje názor na to, že regulační poplatky jsou příjmem zdravotnického zařízení. V tomto případě se nepotvrdilo, že by nízkopříjmové skupiny respondentů byly více proti ponechávání regulačních poplatků zdravotnickým zařízením. Zdá se, že se jedná o názor většiny respondentů, totiž že by poplatky neměly zůstat zdravotnickým zařízením.

Hypotéza č. 1 tvrdící, že vysokoškoláci jsou lépe orientováni v systému regulačních poplatků, se mi potvrdila. Musím tedy konstatovat, že vzdělání může hrát roli i v orientaci občanů v systému zdravotnictví. Pro všechny občany by měly být určeny informační kampaně, které budou průběžně poskytovat informace o tom, na co mají pacienti právo a naopak jaké jsou jejich povinnosti.

Hypotéza č. 2 se nepotvrdila. Dá se ale říci, že i výsledek 65 % nesouhlasících respondentů se skutečností, že poplatky jsou příjmem lékaře, svědčí o skutečnosti, že v systému nebude vše nastaveno dobře.

Výsledky práce vedou k následujícím úvahám:

- Bylo by žádoucí, aby byla politiky více vysvětlována podstata našeho zdravotnického systému a obtíže, se kterými se setkává jeho organizace
- Je potřeba zvýšit informovanost pacientů o jejich právech i povinnostech
- Bylo by dobré znovu zvážit, kam odvádět získané regulační poplatky
- Pacienty více motivovat pro spolupráci, možná systémem bonusů, navýšit prostředky na preventivní programy.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
2. BUCHTELOVÁ, R., et al. *Akademický slovník cizích slov*. 1. vyd. Praha: Academia, 1998. 834 s. ISBN 80-200-0607-9.
3. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. *Informationen zur Gesetzlichen Krankenversicherung , zum Ordnungsbegriff: Gesetzliche Krankenversicherung*. [online]. 5. 8. 2008 [cit 2011-07-29] Dostupné z: <http://www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1168258/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/G/Glossar-Gesetzliche-Krankenversicherung/Informationen-zur-Gesetzlichen-Krankenversicherung.html>
4. COMMISSION OF THE EUROPEAN. *Solidarity in Health*. [online]. 20. 10. 2009 [cit 2011-07-29] Dostupné z <http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_en.pdf>
5. ČERVINKA, T.; DANĚK, A. *Zdravotní pojištění*. 2. vyd. Olomouc: ANAG, 2010. 151 s. ISBN 978-80-7263-577-1.
6. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Určení státu pojištění* [online]. 2011 [cit. 2011-7-08]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/evropska-unie/urceni-statu-pojisteni>>.
7. ČESKÁ ZDRAVOTNÍ PRŮMYSLOVÁ POJIŠŤOVNA *Stručný přehled regulačních poplatků a doplatků* [online]. 14. 5. 2010 [cit. 2011-7-15]. Dostupné z: <http://www.cpzp.cz/formulare/Regulacni_poplatky.html>.
8. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD *Stav a pohyb obyvatelstva v ČR v 1. čtvrtl. 2011* [online]. 2011 [cit. 2011-7-26]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/select_obyvatelstvo>.

9. DEACON, B. *Global Social Policy* , 1.vyd. London: SAGE, 2007.223 s. ISBN 978-1-4129-0762-0
10. DOLEŽAL, T.; DOLEŽAL, A. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Linde, 2007. 138 s. ISBN 978-80-7101-684-6.
11. HÁJEK, M. a kol. *Praktiky nespravedlnosti: pojmy, slova, diskurzy*. 1. vyd. Praha: Matfyzpress, 2007. 249 s. ISBN 978-80-7378-035-7.
12. HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. 1.vyd. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. 176 s. ISBN 80-902163-0-7
13. HAUSER, M. *Sociální stát a kapitalismus*. 1. vyd. Praha: Svoboda Servis, 2007. 306 s. ISBN 978-80-86320-48-9.
14. HEYWOOD, A. *Politické ideologie*. 1. vyd. Praha: VICTORIA PUBLISCHING, 1994. 293 s. ISBN 80-85865-10-6.
15. HEYWOOD, A. *Politické ideologie*. 4. vyd. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008. 362 s. ISBN 978-80-7380-137-3.
16. HLOUŠEK, V.; KOPEČEK, L. *Politické strany*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 320 s. ISBN 978-80-247-3192-6.
17. HOLČÍK, J.; KAŇKOVÁ, P.; PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-417-8.
18. HORÁLEK, P. *"Spravedlnost" mocných: Kmotři a pěšáci českých mafí*. 1. vyd. Krásná Lípa: Marek Belza, 2010. 479 s. ISBN 978-80-87116-11-1.
19. HRUBEC, M. *Globální spravedlnost a demokracie*. 1. vyd. Praha: Filosofia, 2004. 360 s. ISBN 80-7007-210-5.
20. JANEČKOVÁ, H.; HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

21. KAHOUN, V.; VURM, V.; KUČEROVÁ, B. *Vybrané kapitoly z pojišťovnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 87 s. ISBN 978-80-7387-130-7.
22. KALB, J. Jaká je Evropská unie?. In ŽEGKLITZ, J. *Bulletin OI č. 136*. Praha: Občanský institut, 2002. s. 11. MKČR 6738.
23. KÁŇA, P. *Základy veřejné správy*. 2. vyd. Ostrava: MONTANEX, 2007. 375 s. ISBN 978-80-7225-244-2.
24. KNAPP, V. *Teorie práva*. 1. vyd. Praha: C.H.Beck, 1995. 247 s. ISBN 80-7179-028-1.
25. KOHÁK, E. *Průvodce po demokracii*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. 156 s. ISBN 80-85850-23-0.
26. KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. 4. vyd. Praha: ASPI, 2007. 504 s. ISBN 978-80-7357-276-1.
27. KREBS, V. *Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. 180 s. ISBN 978-807416-044-8.
28. MACH, J. a kol. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. 1. vyd. Praha: Orac, 2003. 351 s. ISBN 80-86199-50-9.
29. MACH, J. *Medicína a právo*. 1. vyd. Praha: C.H.Beck, 2006. 257 s. ISBN 80-7179-810-X.
30. MARUŠKA, Z. *V takové zemi nechci žít*. 1. vyd. Olomouc: EPAVA, 2010. 326 s. ISBN 978-80-254-6863-0.
31. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Statistiky nezaměstnanosti* [online]. 2011 [cit. 2011-7-28]. Dostupné z: <<http://portal.mpsv.cz/sz/stat/nz/mes>>.
32. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY *Co se vlastně pacientům započítává do ročního limitu* [online]. [cit. 2011-7-26]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/obsah/limity-07_1322_1.html>.

33. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY *Jak se věci mají-regulační poplatky* [online]. [cit. 2012-3-10]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/regulacni-poplatky-ve-zdravotnictvi-funguji-ochranny-limit-pomaha-stale-vice-lidem_1070_870_1.html>.
34. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY *Návod na použití českého zdravotnictví* [online]. 4. 8. 2011 [cit. 2011-8-4]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/obsah/navod-na-pouziti-ceskeho-zdravotnictvi_1533_1.html>.
35. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY *Regulační poplatky-metodický pokyn* [online]. [cit. 2012-3-26]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/regulacni-poplatky-metodicky-pokyn_1821_1197_3.html>.
36. MRÁZEK, J. *Poplatky a jiná spoluúčast ve zdravotnictví* [online]. 3. 1. 2010 [cit. 2011-7-15]. Dostupné z: <<http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=2421>>.
37. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od a do z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.
38. MUSIL, L. *Vývoj sociálního státu v Evropě*. 1. vyd. Brno: DOPLNĚK, 1996. 256 s. ISBN 80-85765-62-4.
39. NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.
40. *Obecné otázky a odpovědi k regulačním poplatkům* [online]. 29. 12. 2010 [cit. 2011-7-10]. Dostupné z: <http://archiv.vzp.cz/www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/FAQ/reg_popl/obecne.html>.
41. PACOVSKÝ, V.; SUCHARDA, P. *Úvod do medicíny*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 150 s. ISBN 80-246-0414-0.
42. *Patient definition, a person who is under medical care or treatment. See more.* [online]. 2011 [cit. 2011-13-7]. Dostupné z: <<http://dictionary.reference.com/browse/patient>>.

43. PAVLÍČEK, V., et al. *Ústava a ústavní řád České republiky: Práva a svobody*. 1. vyd. Praha: Linde, 1996. 871 s. ISBN 80-7201-000-X.
44. PAVLÍČEK, V.; HŘEBEJK, J. *Ústava a ústavní řád České republiky*. 1. vyd. Praha: Linde, 1994. 501 s. ISBN 80-85647-38-9.
45. PITHART, P. *Obrana politiky*. 2. vyd. Praha: Academia, 2005. 266 s. ISBN 80-200-1328-8.
46. *Politics and Law*. [online]. 2011 [cit. 2011-7-26]. Dostupné z: <<http://www.fisicx.com/quickreference/politics/ideologies.html>>
47. *Political Ideology*. [online]. 2011 [cit. 2011-7-20]. Dostupné z: <http://www.cliffsnotes.com/study_guide/Political-Ideology.topicArticleId-65383,articleId-65493.html>.
48. *Preference politických stran červen 2011* [online]. 2011 [cit. 2011-7-14]. Dostupné z: <<http://www.stem.cz/clanek/>>.
49. PROROK, V.; LUPTÁK, M. *Politické ideologie a teorie v dějinách*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, 1998. 186 s. ISBN 80-7079-645-6.
50. *Reforma zdravotnictví v USA* [online]. 29. 1. 2011 [cit. 2011-7-20]. Dostupné z: <<http://www.outsidermedia.cz/Article.aspx?id=4848>>.
51. *Regulačné poplatky ve zdravotníctve v krajinách strednej a východnej Europy a Pobaltia* [online]. 2011 [cit. 2011-7-26]. Dostupné z: <http://www.hpi.sk/cdata/Documents/regulacne_poplatky.pdf>.
52. *Regulační poplatky* [online]. 14. 5. 2009 [cit. 2011-6-21]. Dostupné z: <<http://www.ferovanemocnice.cz/platby-ve-zdravotnictv%C3%AD-35/regula%C4%8Dn%C3%AD%20poplatky-82.html>>.
53. *Regulační poplatky-změny k 1. 12. 2011 a k 1. 1. 2012* [online]. [cit. 2012-2-26]. Dostupné z: < <http://www.vzp.cz/klienti/informace/poplatky/regulacni-poplatky-zmeny-k-1-12-2011-a-k-1-1-2012> >.

54. SCRUTON, R. *Slovník politického myšlení*. 1. vyd. Brno: ECL, 1988. 183 s. ISBN 80-7108-013-6.
55. *Sociální zabezpečení v Německu* [online]. [cit. 2012-2-10]. Dostupné z: <<http://www.eures-triregio.eu/cs/zamstnanci/informace-pro-peshranini-pracovniky/126>>.
56. STANKIEWICZ, W. J. *Hledání politické filosofie: Ideologie na sklonku dvacátého století*. 1. vyd. Brno: CDK, 2006. 463 s. ISBN 80-7325-086-1.
57. ŠIMEK, J., et al. *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 147 s. ISBN 80-246-0507-4.
58. ŠIMEK, J.; ŠPALEK, V. *Filozofické základy lékařské etiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 112 s. ISBN 80-247-0440-4.
59. TABERY, P. *Názory veřejnosti na zdravotní systém* [online]. 2011 [cit. 2011-7-30]. Dostupné z: <<http://www.socioweb.cz/index.php?disp=teorie&shw=461&lst=117>>.
60. TOMESŠ, I. a kol. *Sociální správa*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 304 s. ISBN 80-7178-560-1.
61. TROSTER, P. a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 3. vyd. Praha: C.H.Beck, 2000. 380 s. ISBN 80-7179-856-8.
62. *Ústava České republiky a listina základních práv a svobod*. 2. vyd. Ostrava: ARIES, 2000. 106 s.
63. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Činnost praktických lékařů pro dospělé v roce 2010* [online]. 2011 [cit. 2011-7-20]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-prakticky-ch-lekaru-pro-dospele-roce-2010>>.
64. VÁNĚ, J. *Proměny spravedlnosti: Pokus o typologii*. 1. vyd. Plzeň: Aleš Čeněk, 2007. 174 s. ISBN 978-80-7383-053-6.

65. VEPŘEK, J.; VEPŘEK, P.; JANDA, J. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví: aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 232 s. ISBN 80-247-0347-5.
66. VEVERKA, V.; ČAPEK, J.; BOGUSZAK, J. *Základy teorie práva*. 1. vyd. Praha: ALEKO, 1991. 182 s. ISBN 80-85341-27-1.
67. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Kdy se nehradí regulační poplatky* [online]. 29. 12. 2010 [cit. 2011-7-11]. Dostupné z: <http://archiv.vzp.cz/www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/regulacni-poplatky/prehled_poplatku_limitu/zadne_poplatky.html>.
68. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Zdravý život* [online]. 2011 [cit. 2011-7-30]. Dostupné z: <<http://www.vzp.cz/klienti/vyhody/financni-prispevky/zdravy-zivot>>.
69. VURM, V. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.
70. WHO. *Health policy*. [online]. 2011 [cit 2011-07-15] Dostupné z: <http://www.who.int/topics/health_policy/en/>.
71. WHO. *Health Systems*. [online]. 2011 [cit 2011-07-30] Dostupné z: <http://www.who.int/topics/health_systems/en/>.
72. WHO. *Promote breastfeeding it Improve child health and nutrition* .[online]. 2011 [cit 2011-07-29] Dostupné z:<<http://www.who.int/>>.
73. *Výdaje na zdravotní péči v ČR* [online]. [cit. 2012-4-10]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/vydaje_na_zdravotni_peci_v_cr20120405>.

8. Klíčová slova

Spravedlnost

Politické ideologie

Lékař

Pacient

Zdravotnický systém

Regulační poplatky

9. Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník k výzkumu v rámci diplomové práce

Příloha 9.1
Dotazník pro veřejnost

Dotazník pro veřejnost města Votice

Vážená paní, vážený pane,
obracím se na Vás s žádostí o vyplnění následujícího dotazníku. Jmenuji se Ivana Kytlerová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby.

Tento dotazník slouží jako podklad pro moji diplomovou práci s názvem: „Spravedlnost ve vztazích mezi lékařem a pacientem“.

Předem srdečně děkuji za Vaši ochotu a čas strávený vyplňováním dotazníku, stejně tak i za Vaše upřímné odpovědi na všechny otázky.

Všechny zjištěné údaje jsou naprosto anonymní a budou využity pouze pro účely mé diplomové práce.

Vybranou odpověď prosím označte křížkem!

1) Pohlaví

- žena
- muž

2) Věk

- 18-39
- 39-60
- 60 a více

3) Dosažené vzdělání

- ZŠ
- SOU
- SŠ s maturitou
- VOŠ
- VŠ

4) Vaše momentální pozice

- student
- zaměstnanec/OSVČ
- nezaměstnaný
- důchodce
- žena pečující o dítě
- jiné (vypište)...

5) Jaký je Váš průměrný měsíční čistý příjem?

- do 10 000,-
- 10 000,- až 15 000,-
- 16 000,- až 20 000,-
- 21 000,- až 25 000,-
- 26 000,- až 30 000,-
- 30 000,- a více
- v současné době bez příjmu

6) Jste spokojen/a se stavem českého zdravotnictví?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne

- rozhodně ne
- 7) Orientujete se v systému regulačních poplatků ve zdravotnictví?
- ano
 ne
- 8) Souhlasíte se zavedením regulačních poplatků v českém zdravotnictví?
- rozhodně ano
 spíše ano
 spíše ne
 rozhodně ne
- 9) Domníváte se, že zavedení regulačních poplatků je v rozporu s Ústavou ČR?
- ano
 nevím
 ne
- 10) Platí se poplatek za preventivní prohlídku u praktického lékaře?
- ano
 ne
- 11) Kolik činí poplatek za jeden den hospitalizace?
.....
- 12) Vyžaduje Váš zdravotní stav navštěvovat lékaře častěji, než jsou běžné preventivní prohlídky?
- ano stále
 občas
 ne
- 13) Je pro Vás placení regulačních poplatků významným zásahem do rodinného rozpočtu?
- rozhodně ano
 spíše ano
 spíše ne
 rozhodně ne
- 14) Je podle Vás spravedlivé, že jsou regulační poplatky příjmem lékaře/zdravotnického zařízení/lékařny?
- rozhodně ano
 spíše ano
 spíše ne
 rozhodně ne
- 15) Kdo sleduje úhrady regulačních poplatků, naplňování ročního limitu i případné vrácení finančních prostředků při jeho překročení?
- stát
 sám pojištěnec
 zdravotní pojišťovny
 nevím
- 16) Jste voličem:
- spíše pravice
 středových stran
 spíše levice
 k volbám nechodím
- 17) Jaký osud regulačních poplatků byste uvítal/a?
- budou zachovány ve stejné výši
 budou zvýšeny
 budou zrušeny