



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra právních oborů, řízení a ekonomiky

Bakalářská práce

Práva pojištěnce v systému veřejného zdravotního pojištění

Vypracoval: Eva Gruberová
Vedoucí práce: JUDr. Věra Pražmová

České Budějovice 2014

Abstrakt

Tématem této bakalářské práce jsou práva pojištěnce v systému veřejného zdravotního pojištění.

System veřejného zdravotního pojištění je postaven na principu solidarity, kdy jednotliví plátcí přispívají na zdravotní pojištění rozdílnými částkami a přitom všichni pojištěnci mají garantováno rovné právo na poskytnutí potřebné zdravotní péče. Základními zákony, upravujícími problematiku práv pojištěnce, jsou zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Cílem práce bylo shrnout vývoj právní úpravy týkající se této problematiky a zjistit, jaký je na současnou právní úpravu práv pojištěnce názor obyvatel Jihočeského kraje.

V teoretické části práce jsou vysvětleny pojmy týkající se veřejného zdravotního pojištění. Pozornost je věnována zdravotní péči a jejím jednotlivým druhům jako je péče hrazená, nehrazená a částečně hrazená. Podrobněji je rozebrána ekonomicky náročnější varianta zdravotní péče, která byla zrušena ke dni 5.8.2013. V další podkapitole jsou vysvětleny podmínky poskytování zdravotní péče u nás a v zahraničí, kde stěžejními termíny jsou péče neodkladná a péče nezbytná. Hlavní část práce je věnována právům pojištěnce podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Hodně diskutovaným právem v poslední době je právo kontroly poskytnuté péče. Hovoří se o tom, že lékaři účtují zdravotním pojišťovně výkony, které ve skutečnosti ani neprovedli. Proto má pojištěnec právo požádat svou zdravotní pojišťovnu o tzv. výpis z účtu poskytnuté péče, prostřednictvím něhož si může zkontrolovat svého lékaře. Závěr teoretické práce pojednává o právech pacienta dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Ke zpracování praktické části byl použit kvantitativní výzkum. Sběr dat byl proveden pomocí metody dotazování, techniky dotazníku. Dotazník obsahoval celkem 14 otázek a byl distribuován jak elektronickou formou, tak prostřednictvím tištěných formulářů. Výzkumný soubor tvořili náhodně vybraní obyvatelé Jihočeského kraje ve věku od 18-ti let. Celkově se výzkumu zúčastnilo 415 respondentů, z toho 15 dotázaných nesplňovali podmínky výzkumu, a proto byli vyřazeni.

Pro výzkum byly určeny tři hypotézy, které byly v průběhu šetření ověřovány.

První hypotéza zněla: *Pacienti souhlasí s možností vybrat si ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče.*

Druhá hypotéza zněla: *Pacienti vyjadřují nesouhlas s prodloužením lhůty pro změnu zdravotní pojišťovny.*

Třetí hypotéza zněla: *Pacienti kladně hodnotí možnost požádat o výpis z účtu poskytnuté péče, který vede zdravotní pojišťovna.*

Na základě výsledků dotazníku byly hypotézy č. 1 a 3 potvrzeny, zatímco hypotéza č. 2 byla vyvrácena. Ukázalo se, že pacienti souhlasí s prodloužením lhůty pro změnu zdravotní pojišťovny. Z potvrzené hypotézy č. 1 vyplývá, že pacienti souhlasí s možností vybrat si ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče. U hypotézy č. 3 se téměř všichni respondenti shodli, že vítají možnost požádat si o výpis z účtu poskytnuté péče.

Práce by mohla sloužit jako informační brožura pro širokou veřejnost či jako studijní materiál pro studenty.

Klíčová slova

ekonomicky náročnější varianta zdravotní péče - práva pojištěnce - veřejné zdravotní pojištění - výpis z účtu poskytnuté péče - zdravotní péče

Abstract

The topic of this Bachelor's thesis are the rights of the actual insured in the system of the public health insurance.

The system of the public health insurance is based on the principle of solidarity when particular payers contribute to the health insurance by different amounts hereat all actual insured have guaranteed the equal right for the providing of the necessary medical care. The basic laws adjusting the problematic of the rights of an actual insured are the law No. 48/1997, about the public health insurance and the law No. 372/2011, about the medical services.

The target of the thesis was to summarize the development of the legal regulations concerning this problematic and to find out what is the opinion of the citizens from southern Bohemia of the present legal regulations.

The terms concerning the public health insurance are explained in the theoretical part of the thesis.

The attention is paid to the medical care and its particular kinds as it is paid, unpaid and partially paid care. The economically more demanding option of the medical care, which was cancelled on the date 5th August 2013, is analyzed in detail. The conditions of providing the medical care in the Czech Republic and abroad are explained in the following chapter, where the hinges are urgent care and essential care. The main part of the thesis is given to the rights of an insured according to the law No. 48/1997, about the public health insurance. The right of checking the provided care has been much discussed recently. It is discussed that doctors charge the health insurance companies for the medical services which they really did not do. Therefor the insured has right to ask his health insurance company for the statement of account of the provided care and in this way he is able to check his doctor. The resume of the theoretical part deals with the patient's rights according to the law No. 372/2011, about the medical services.

The quantitative research was used for the processing of the practical part. The questionnaire involved 14 questions and was distributed both in electronical form and by means of the printed forms. The research group was created from by chance chosen

citizens at the age from 18 from the south of Bohemia. Generally about 400 respondents took part in this research, of which 15 respondents did not meet the conditions of research, and therefore were excluded.

For the research there were given three hypothesis, which were verified during the research.

The first hypothesis sounded: *The patients agree with the possibility to choose an economically more demanding option of the medical care.*

The second hypothesis sounded: *The patients express the disagreement with the extension of time for the change of the health insurance company.*

The third hypothesis sounded: *The patients evaluate positively the possibility to ask for the statement of account for the provided care which is in charge of the health insurance company.*

On the basis of the results of the questionnaire the hypothesis number 1 and 3 were confirmed, while the hypothesis number 2 was displaced. It was showed, that the patients agree with the extension of time for the change of the health insurance company. From the confirmed hypothesis number 1 flows, that the patients agree with the possibility to choose the more economically demanding option of the medical care. At the hypothesis number 3 almost all the respondents agreed that they appreciate the possibility to ask for the statement of account for the provided care.

The thesis could serve as an informative brochure for the public or as a educational material for students.

Key words

economically more demanding option of the medical care - rights of actual insured - public health insurance - statement of account of the provided care - medical care

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných 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 a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5.1014

.....

Eva Gruberová

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce paní JUDr. Věře Pražmové za ochotnou spolupráci a cenné rady, které mi při psaní práce velmi pomohly.

OBSAH

Úvod	9
1 Současný stav	10
1.1 Veřejné zdravotní pojištění	10
1.2 Zdravotní pojišťovny v ČR	11
1.3 Zdravotní péče.....	12
1.3.1 Hrazená péče.....	13
1.3.2 Nehrazená péče	14
1.3.3 Částečně hrazená péče	15
1.4 Poskytování zdravotní péče.....	17
1.5 Práva pojištěnce dle zákona o veřejném zdravotním pojištění	18
1.6 Práva pacienta dle zákona o zdravotních službách	31
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	36
2.1 Cíl práce	36
2.2 Hypotézy	36
2.3 Operacionalizace pojmů.....	36
3 Metodika.....	38
3.1 Použité metody a techniky sběru dat.....	38
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	39
4 Výsledky	40
5 Diskuze.....	56
6 Závěr	62
7 Seznam použitých zdrojů.....	63
8 Přílohy	71

ÚVOD

Práva pojištěnce jsou upravena zejména zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Mnoho lidí se ve svých právech, které v rámci veřejného zdravotního pojištění mají, neorientuje. Přitom ve společnosti často dochází k porušování těchto práv. Často slyšíme o tom, že pacientovi nebyly poskytnuty služby na náležité odborné úrovni, lékař neoprávněně požadoval od pacienta úhradu za poskytnutou péči nebo bylo porušeno právo na úctu a důstojné zacházení vůči pacientovi.

Práci na téma práva pojištěnce v systému veřejného zdravotního pojištění jsem si vybrala pro jeho aktuálnost a mediální publicitu ať už v televizi, novinách či na internetu. Zajímalo mne, jaké výhody či možnosti v rámci veřejného zdravotního pojištění pro mne jako pojištěnce plynou. Současně jsem chtěla zjistit, zda se veřejnost v této tématice orientuje, zda svá práva využívá a jaký má názor na nedávné změny.

Nejaktuálnější změna se týkala ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče. Ta byla ke dni 5.8.2013 zrušena Ústavním soudem ČR. Vývoj v právní úpravě se také dotýkal prodloužení lhůty pro změnu zdravotní pojišťovny. Do 30.11.2011 byl pojištěnec oprávněn změnit zdravotní pojišťovnu 1x za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. dni kalendářního čtvrtletí. S účinností od 1.12.2011 lze pojišťovnu měnit pouze jen k 1. lednu následujícího kalendářního roku.

Cílem práce bylo shrnout vývoj právní úpravy týkající se práv pojištěnce v systému veřejného zdravotního pojištění a zjistit, jaký je na současnou právní úpravu práv pojištěnce názor obyvatel Jihočeského kraje. Prostřednictvím dotazníku jsem se zaměřila na názor veřejnosti na aktuální témata, jako je ekonomicky náročnější varianta zdravotní péče, prodloužení lhůty pro změnu zdravotní pojišťovny a výpis z účtu poskytnuté péče, který vede zdravotní pojišťovna.

Práce může přinést zajímavé poznatky o povědomí veřejnosti o svých právech v systému veřejného zdravotního pojištění, poskytne možnost nahlédnout do jejich názorů a seznámit se s jejich postoji a případnými zkušenostmi.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Veřejné zdravotní pojištění

Veřejné zdravotní pojištění je podstatnou součástí systému českého zdravotnictví a podmínkou jeho fungování (40). V České republice ho provádí pouze zdravotní pojišťovny (22).

System veřejného zdravotního pojištění v České republice vznikl na počátku devadesátých let minulého století a začal plně fungovat k 1. lednu roku 1993 (16). Základními zákony, upravujícími problematiku zdravotního pojištění (zejména způsob placení pojistného a poskytování zdravotní péče), jsou zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

System veřejného zdravotního pojištění je postaven na principu solidarity, kdy jednotliví plátcí přispívají na zdravotní pojištění rozdílnými částkami a přitom všichni pojištěnci mají garantováno rovné právo na poskytnutí potřebné zdravotní péče (9).

Účelem a úmyslem veřejného zdravotního pojištění je pravidelná finanční úhrada nákladů na uchování a obnovu zdraví v případě nemoci (41). Občanovi se z něho tedy hradí potřebná zdravotní péče v rozsahu stanoveném zákonem (23).

Naopak neslouží k vyplácení nemocenské v případě nemoci ani ke krytí léčebných výloh v zahraničí, pokud nestanoví mezinárodní smlouva jinak anebo se jedná o nezbytný zákrok, se kterým pojišťovna souhlasí (25).

Účast na zdravotním pojištění vzniká ze zákona narozením člověka, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky; okamžikem, kdy se osoba bez trvalého pobytu na území České republiky stala zaměstnancem zaměstnavatele, který má sídlo na území České republiky a získáním trvalého pobytu na území České republiky.

Zdravotní pojištění zaniká úmrtím pojištěnce nebo jeho prohlášením za mrtvého. Zaniká i dnem, kdy osoba bez trvalého pobytu na území České republiky přestala být zaměstnancem zaměstnavatele se sídlem na území České republiky nebo ukončením trvalého pobytu na území České republiky **(22)**.

Zdravotně pojištěné jsou osoby, které:

- mají trvalý pobyt na území ČR,
- nemají trvalý pobyt na území ČR, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR, jsou v tomto zaměstnání účastny nemocenského pojištění a pracovněprávní vztah je uzavřen podle předpisů České republiky.

Vyjmuty jsou ze zdravotního pojištění osoby, které:

- nemají na území ČR trvalý pobyt a jsou činny v ČR pro zaměstnavatele, kteří požívají diplomatických výhod a imunit,
- nemají na území ČR trvalý pobyt a jsou činny na území ČR pro zaměstnavatele, kteří nemají sídlo na území ČR,
- nemají na území ČR trvalý pobyt a jsou činny pro zaměstnavatele v pracovněprávním vztahu uzavřeném podle cizích právních předpisů,
- dlouhodobě pobývají v cizině (déle než šest měsíců), kde jsou zdravotně pojištěny a tudíž v ČR neplatí pojistné **(9)**.

1.2 Zdravotní pojišťovny v ČR

Zdravotní pojišťovna je finanční instituce, jejímž úkolem je provádět zákonné veřejné zdravotní pojištění **(34)**.

Zákon zdravotní pojišťovny dělí na Všeobecnou zdravotní pojišťovnu ČR a resortní, oborové, podnikové, popřípadě další zdravotní pojišťovny. V roce 1991 vznikla na základě zákona č. 551/1991 Sb., pouze Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, a všechny osoby s trvalým pobytem na území České republiky a některé další osoby se

ze zákona staly pojištěnci této zdravotní pojišťovny. V roce 1992 byl přijat zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, na základě něhož mohli pojištěnci přestoupit od Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR k jiné zdravotní pojišťovně. Původně se tato možnost týkala pouze vybraných skupin pojištěnců, například zaměstnanců oborů, resortů či podniků, pro které byla zdravotní pojišťovna zřízena. Po přijetí zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, byla zdravotním pojišťovnám uložena povinnost přijmout kteréhokoliv pojištěnce (22).

V současné době si může občan České republiky vybrat z těchto zdravotních pojišťoven:

- 1) Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
- 2) Revírní bratrská pokladna
- 3) Všeobecná zdravotní pojišťovna
- 4) Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky
- 5) Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky
- 6) Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
- 7) Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (27).

1.3 Zdravotní péče

Zdravotní péči lze definovat jako soubor léčebných úkonů prováděných lékaři a ostatními zdravotnickými pracovníky za účelem vyléčení pacienta, zlepšení nebo alespoň zachování jeho zdravotního stavu. Léčebným úkonem se rozumí nejen lékařský zákrok na pacientovi (ošetření, provedení operace), ale například i vystavení receptu lékařem nebo poučení pacienta o vhodné dietě při onemocnění žlučníku dietní zdravotní sestrou nebo verbální projev, kterým lékař utěší pacienta a dokáže ho povzbudit k dalšímu boji s jeho nemocí (9).

Toto základní lidské právo, lze nalézt v mnoha mezinárodních smlouvách a směrnících a ve vnitrostátních právních předpisech. Právo na zdravotní péči má kolektivní i individuální rozměr. Na společenské úrovni stanoví, že vnitrostátní orgány by měly usilovat o realizaci systému zdravotní péče, která je komplexní (prevence, léčba, péče), přístupná (geograficky i finančně) a kvalitní (bezpečná, dobrý stav techniky). Na individuální úrovni je právo na zdravotní péči zakotveno v nároku občanů definovaném ve vnitrostátních právních předpisech. Tyto předpisy se mohou lišit stát od státu a v průběhu času v závislosti na různých faktorech, včetně dostupnost zdrojů (20).

Zdravotní péči, která je poskytována pojištěncům, je možno rozčlenit podle různých kritérií do několika skupin. Jedno z možných dělení zdravotní péče je dle úhrady, tedy podle toho, jak je hrazena. Je to péče hrazená ze zdravotního pojištění, nehrazená ze zdravotního pojištění a částečně hrazená ze zdravotního pojištění (spoluúčast pojištěnce) (9).

To, které lékařské výkony jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění a za jakých podmínek, je upraveno v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. V příloze tohoto zákona jsou uvedeny zdravotní výkony, které se nehradí, nebo se hradí jen za určitých podmínek (2).

1.3.1 Hrazená péče

Principem je, že pokud je pojištěnci poskytnuta zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení, se kterým má příslušná zdravotní pojišťovna uzavřenou smlouvu, má pojištěnec právo na poskytnutí zdravotní péče bez přímé úhrady v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem (39). Cílem je zachovat, obnovit nebo zlepšit zdravotní stav pacienta (21). Smluvní poskytovatelé zdravotní péče nesmějí za poskytnutou zdravotní péči, ani v souvislosti s poskytnutím této péče, vyžadovat od pojištěnce placení v hotovosti. Pokud by poskytovatel za péči hrazenou ze zdravotního pojištění

požadoval přímou úhradu od pojišťence, šlo by o porušení zákona. Smluvní poskytovatelé vyúčtovávají poskytnutou zdravotní péči zdravotním pojišťovnám (39).

Hrazená zdravotní péče zahrnuje:

- léčebnou péči, ambulantní a ústavní,
- pohotovostní a záchrannou službu,
- preventivní péči,
- dispenzární péči,
- léky a prostředky zdravotnické techniky a stomatologické výrobky v rozsahu stanoveném rozhodnutím vlády ČR o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění,
- lázeňskou péči a péči v dětských odborných léčebnách,
- závodní preventivní péči,
- dopravu nemocných a náhradu cestovních nákladů,
- posudkovou činnost,
- prohlídku zemřelého pojištěnce a pitvu včetně dopravy do výše standardu (21).

1.3.2 Nehrazená péče

Ze zdravotního pojištění se nehradí vyšetření a prohlídky provedené v osobním zájmu a na žádost fyzických osob (např. vyšetření pro účely získání řidičského průkazu) nebo v zájmu a na žádost právnických osob, jejichž cílem není zachovat a zlepšit zdravotní stav pojištěnce. Dále nejsou hrazeny vyšetření, prohlídky a jiné zdravotní výkony provedené na dožádání soudu, státního zastupitelství, Policie ČR a orgánů státní správy, neboť úhradu těchto výkonů provádí ten orgán, který si je vyžádal. Hrazené rovněž nejsou léky a zdravotnické pomůcky a jiné výkony provedené v osobním zájmu a na žádost pacienta.

Nehrazenou zdravotní péčí rozumíme například estetickou chirurgii, pokud k ní nejsou zdravotní důvody a akupunkturu **(21)**.

Za nehrazenou zdravotní péčí se považuje také tzv. nadstandardní péče. Nadstandardní péčí se obecně rozumí cokoli, co je „něčím navíc“, než zdravotnická zařízení běžně poskytují. Jde především o lepší podmínky, za nichž je péče poskytována. Například lepší ubytování v nemocnici, zejména v jenolůžkových pokojích. Ve stomatologii existuje také možnost připlatit si za „lepší“ materiály nebo léčebné postupy. Tato nadstandardní péče je poskytována na žádost pacienta a pojišťovny ji nehradí. Pojišťovny však na ni mohou přispívat v rámci svých programů prevence **(2)**.

Každé zdravotnické zařízení, které nadstandardní péči poskytuje, má povinnost zveřejnit její ceník, a to jak ve svých prostorách, tak na místě přístupném veřejnosti. Tímto místem může být například internet **(11)**.

1.3.3 Částečně hrazená péče

To, že si na některou péči musí pojištěnci připlácet, se nazývá spoluúčast **(12)**. Spoluúčast diferencuje dostupnost zdravotní péče pro občany a snižuje solidaritu zdravých s nemocnými.

Záměrem je doplnění chybějících zdrojů a ovlivnění chování pacientů s cílem eliminovat nadužívání zdravotní péče nebo přimět občany k většímu důrazu na předcházení onemocnění **(29)**.

Česká republika patří i přes zavedené regulační poplatky k evropským státům s menší spoluúčastí **(12)**. Spoluúčast se týká především léků, stomatologických výrobků a zdravotnických pomůcek **(16)**. V případě stomatologické péče si pacient připlácí například na lepší plomby a korunky **(12)**.

Stomatologická péče

Povinností lékaře je nabídnout pacientovi ošetření, které je plně hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, a při kterém jsou použity standardní materiály. U těchto výkonů lékař nesmí po pacientovi požadovat žádný doplatek.

Teprve poté může lékař nabídnout pacientovi také ošetření s použitím nadstandardních materiálů. Toto ošetření není hrazeno ze všeobecného zdravotního pojištění, pacient si celý výkon hradí sám. Ceny těchto výkonů jsou stanovovány individuálně ordinací, pacient má právo být před ošetřením seznámen s cenou výkonu a nahlédnout do ceníku dané ordinace. Lékař je povinen vystavit pacientovi potvrzení o úhradě **(44)**.

Například výplň stálého zubu je hrazena pouze při použití nedózaného amalgámu, v případě použití bílé výplně pouze v přední části chrupu do třetích zubů zprava a zleva. Pojištěnec tedy neplatí za obyčejnou amalgámovou výplň, ani za hrazenou bílou výplň na předních zubech. Rozhodne-li se však pro lepší výplň u ostatních zubů, musí ji uhradit **(2)**.

Ekonomicky náročnější varianta

Nabídka produktů, u nichž se nabízela možnost hrazení z privátního pojištění, se rozšířila v souvislosti s přijetím tzv. **ekonomicky náročnější varianty** zdravotní péče, kdy v rámci reformy zdravotnictví byla pojištěnci nabídnuta možnost volby mezi produktem zcela krytým veřejným zdravotním pojištěním nebo nákladnější variantou, kterou si však pojištěnec musel doplatit. Od 1. 1. 2012, kdy tato právní úprava byla platná, bylo možné jako ekonomicky náročnější variantu zvolit kvalitnější typ oční čočky, odlehčenou sádku či jinou očkovací látku. Ministerstvo zdravotnictví uvažovalo o rozšíření nabídky této ekonomicky náročnější varianty **(1)**. Ústavní soud ČR však ke dni 5.8.2013 možnost volby ekonomicky náročnější varianty zrušil, jelikož shledal

nezákonným, že výši úhrad zdravotních služeb v základní variantě, tak i vymezení zdravotních služeb, které jsou ekonomicky náročnější variantou, stanoví vyhláška Ministerstva zdravotnictví. Přitom dle Listiny základních práv a svobod lze meze základních práv a svobod stanovit pouze zákonem (28).

1.4 Poskytování zdravotní péče

Pojištěnec se vždy pro uplatnění nároku na péči prokazuje Evropským průkazem zdravotního pojištění nebo Potvrzením dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění.

Pokud u sebe pojištěnec při pobytu v jiném státě nemá z nějakého důvodu žádný z výše uvedených dokladů, existují tři možnosti:

- požádat místní pojišťovnu o zprostředkování dodatečného zaslání Potvrzení dočasně nahrazujícího Evropský průkaz zdravotního pojištění z ČR,
- v případě vážného onemocnění či úrazu a následné hospitalizace požádat o zprostředkování dodatečného zaslání Potvrzení přímo v nemocnici,
- kontaktovat svou českou zdravotní pojišťovnu sám a požádat ji o dodatečné zaslání Potvrzení do země, kde pobývá (3).

Pro všechny druhy péče, včetně péče neakutní, si pojištěnec může vybrat i nesmluvního poskytovatele zdravotní péče. Vzdává se tím však práva na úhradu péče z veřejného zdravotního pojištění a veškerou zdravotní péči poskytnutou nesmluvním poskytovatelem, včetně léků a doprovodných vyšetření, kromě nutné a neodkladné péče, si hradí ze svých prostředků (41).

Zdravotní pojišťovny hradí zdravotní péči poskytnutou na území České republiky. Zdravotní péči poskytnutou v zemích mimo EU a Evropský hospodářský prostor uhradí zdravotní pojišťovna pojištěnci, pokud šlo o nutné a **neodkladné** léčení, jehož potřeba

nastala během pobytu v cizině, a to pouze do výše, která by se hradila za tuto péči na území ČR (21). To znamená, že pojištěnec nejprve uhradí péči v zahraničí, poté je mu teprve částka, odpovídající nákladům na stejnou zdravotní péči v České republice, proplacena zdravotní pojišťovnou (22).

Účelem neodkladné péče je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest (8).

Zdravotní péči poskytnutou v zemích EU a Evropského hospodářského prostoru uhradí zdravotní pojišťovna pojištěnci v rozsahu **nezbytné péče** tzn. v takovém rozsahu, aby pojištěnec nemusel vycestovat do země pojištění dříve, než původně chtěl (8).

1.5 Práva pojištěnce dle zákona o veřejném zdravotním pojištění

Práva pojištěnce jsou upravena ustanovením § 11 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (24). Lze je rozdělit na práva týkající se všech pojištěnců a dále pak na práva, která jsou specifická jen pro některé z nich, jako jsou vojáci, osoby vykonávající civilní službu, osoby ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody (22).

Právo na výběr zdravotní pojišťovny

Každá fyzická osoba musí být zdravotně pojištěna u některé zdravotní pojišťovny, kterou si sama zvolí. Při výběru zdravotní pojišťovny se proto uplatňuje právo svobodné volby (39). Právo na výběr pojišťovny nelze použít při narození dítěte. Dítě se dnem narození stává pojištěncem té zdravotní pojišťovny, u níž je pojištěna matka dítěte v době jeho narození (49).

Do 30.11.2011 byl pojištěnec oprávněn změnit zdravotní pojišťovnu 1x za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. dni kalendářního čtvrtletí; s účinností od 1.12.2011 lze pojišťovnu měnit pouze jen k 1. lednu následujícího kalendářního roku (53). Přihlášku

je pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce povinen podat vybrané zdravotní pojišťovně nejpozději 6 měsíců před požadovaným dnem změny. Změnu zdravotní pojišťovny dítěte může jeho zákonný zástupce provést až po přidělení rodného čísla dítěti (7). Při první změně zdravotní pojišťovny u dítěte nemusí být dodržena zákonná lhůta 12 měsíců, dítě narozené v průběhu roku 2014 může zákonný zástupce zaregistrovat k jiné zdravotní pojišťovně kdykoliv v průběhu roku 2014, platnost změny pak nastává od 1.1.2015 (37).

Právo na volbu poskytovatele zdravotních služeb

Pojištěnec má v rámci veřejného zdravotního pojištění právo na výběr poskytovatele zdravotních služeb a zdravotnického zařízení tohoto poskytovatele, kteří jsou ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně. Toto právo může uplatnit jednou za tři měsíce (53). Právo na volbu poskytovatele zdravotních služeb se neuplatní při poskytování pracovně lékařské péče. Pojištěnec je povinen předepsané prohlídky absolvovat u toho lékaře, resp. v tom zařízení, které mu určí zaměstnavatel (2).

Existují situace, kdy může být pojištěnec poskytovatelem odmítnut. A to tehdy, jestliže by jeho přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení lékaře tak, že by nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči o tohoto nebo o ostatní pojištěnce, které má ve své péči. Tím, kdo posuzuje míru pracovního zatížení, je sám zvolený lékař, jiným subjektům či orgánům nepřísluší do tohoto posuzování zasahovat. Jinou příčinou, která může vést k odmítnutí pojištěnce, je přílišná vzdálenost místa trvalého nebo přechodného pobytu pojištěnce, tak že by nemohl být zajištěn efektivní výkon návštěvní služby (2).

Pojištěnec naopak nesmí být odmítnut v případě, kdy se jedná o neodkladnou péči. Každé odmítnutí převzetí pojištěnce do péče musí být lékařem pojištěnci písemně potvrzeno (22).

Právo na výběr dopravní služby

Pojištěnec má právo na výběr dopravní služby, která je ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně (16).

Právo na zdravotní péči bez přímé úhrady

Pojištěnec má právo na zdravotní péči bez přímé úhrady, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem. Za tuto péči nesmí lékař ani jiný odborný pracovník ve zdravotnictví přijmout od pojištěnce žádnou úhradu. Při porušení této povinnosti je oprávněn příslušný orgán státní správy odejmout oprávnění k poskytování zdravotní péče nebo uložit pokutu. Z těch samých důvodů je příslušná zdravotní pojišťovna oprávněna vypovědět smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče (13).

Právo na výdej léčivých přípravků

Má-li pojištěnec od lékaře předepsané léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, které jsou hrazené ze zdravotního pojištění, má právo na jejich výdej bez přímé úhrady. To platí i v případech, kdy poskytovatel lékařské péče nemá se zdravotní pojišťovnou pojištěnce dosud uzavřenou smlouvu (7).

Právo na poskytnutí informací

Pojištěnec má dále právo na poskytnutí informací od zdravotní pojišťovny o jemu poskytnutých hrazených službách (7).

Právo kontroly poskytnuté zdravotní péče

Zdravotní pojišťovny vedou každému svému pojištěnci osobní účet a jsou povinny na vyžádání pojištěnce jedenkrát ročně písemně a bezplatně poskytnout údaje o zdravotní péči uhrazené za tohoto pojištěnce v období posledních 12 měsíců včetně údajů o zaplacených regulačních poplatcích a doplácích za léky tedy tzv. výpis z osobního účtu (32).

Zdravotní pojišťovna je povinna pojištěnci zajistit dálkový přístup k jeho osobnímu účtu v případě, že si o něj zažádá. Tento osobní účet může být zpřístupněn i ošetřujícímu lékaři pojištěnce, dá-li k tomu pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce písemný souhlas (7).

O výpis z osobního účtu lze kromě klasické písemné žádosti žádat u jednotlivých pojišťoven různými způsoby:

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR

O výpis z účtu lze požádat následujícími způsoby:

- a) zasláním vyplněného formuláře žádosti o výpis z osobního účtu poštou.
- b) prostřednictvím Karty života – náhled je možný kdykoliv po registraci pomocí kódů, které pojištěnec získá po osobní žádosti, případně po předložení vyplněné žádosti. Žádost lze také poslat poštou.
- c) osobně na přepážce pojišťovny.

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

Pojištěnec žádá o výpis z účtu osobně na přepážce pojišťovny nebo na webových stránkách prostřednictvím Karty života (31).

Karta života

Karta života je projekt fungující pro pojištěnce Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR a České průmyslové zdravotní pojišťovny **(18)**.

Je to dokument obsahující souhrn důležitých údajů o zdravotním stavu pojištěnce, užívaných lécích a výdajích za lékařskou péči **(51)**. V Kartě života se uchovávají kontakty na osobu blízkou, která je kontaktována v případě nenadálé situace, informace o chronických onemocněních, alergiích, výskytu závažných onemocnění v rodině (s možností dědičného přenosu) a dalších.

Kvůli těmto informacím, které zná právě pojištěnec nejlépe, si Kartu života pořizuje on sám a může je doplňovat nebo upravovat praktický lékař **(6)**.

Údaje jsou uloženy v databázi Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR a České průmyslové zdravotní pojišťovny a jsou zpřístupněny online **(50)**.

Karta života je tedy v podstatě elektronická služba a potvrzením, že Kartu života pojištěnec má, je samolepicí symbol na zdravotní kartičce pojištěnce **(17)**. Symbol je každému pojištěnci, který si nově založí Kartu života, zaslána do 15 dnů od založení Karty života. Pojištěnci si mohou o nálepku požádat i na kterékoliv pobočce zdravotní pojišťovny **(6)**.

Kartu života si může zřídit jakýkoliv pojištěnec Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR a České průmyslové zdravotní pojišťovny starší 18 let. Za pojištěnce do 18 let věku žádá o zřízení Karty zákonný zástupce. Zřízení i vedení Karty života je zdarma **(17)**.

Základní funkce Karty života:

- **Záchrana života** - v případě ohrožení života pojištěnce si může záchranná služba vyžádat informace z jeho Karty života.
- **Výdajový účet pojištěnce** - podrobný přehled všech prostředků vynaložených na zdravotní péči pojištěnce.

- **Přehled poplatků u lékaře a doplatků na léky** - s přehledem o tom, zda byl překročen ochranný limit poplatků a zda má pojištěnec nárok na vrácení přeplatku.
- **Správná léčba** - na základě údajů, zaznamenaných v Kartě života, lze stanovit některá zdravotní rizika a zahrnout pojištěnce do speciálních léčebných programů (5).

Nejdůležitější význam Karty života tedy spočívá v případě záchrany života. V situaci, kdy pojištěnec není schopen komunikovat, protože je například v bezvědomí, může se záchranná služba dotázat, zda není registrován v systému Karty života. Stačí pouze nalézt průkaz pojištěnce s logem Karty života. A následným získáním údajů z Karty, které mohou napovědět leccos o zdravotním stavu pojištěnce, mohou urychlit a zjednodušit lékařský zákrok. Význam však má i kontrola vykázané zdravotní péče, kterou Karta života pojištěnci umožní. V neposlední řadě je pro pacienty i zdrojem informací o cenách péče, kterou zdravotní pojišťovny poskytovatelům hradí (4).

Zřízení Karty života je možné následujícími způsoby:

1. Vyplněním formuláře přímo na internetu

Vstupem do zabezpečené aplikace na webových stránkách dané pojišťovny si může pojištěnec sám vyplnit údaje na Kartě života, s vyplněním mohou pomoci i rodinní příslušníci.

2. Pomocí papírové přihlášky

Kartu života je možné získat i na základě pojištěncem vyplněného a podepsaného papírového formuláře. Formulář pro přihlášení ke Kartě života je možné stáhnout na webových stránkách pojišťovny nebo je možné jej obdržet na jednotlivých pobočkách pojišťovny. Chce-li mít pojištěnec přístup i do elektronické verze Karty, je nutné to na přihlášce uvést. Vyplněný formulář pojištěnec odevzdá na kterémkoliv pracovišti pojišťovny nebo zašle poštou. Následně pojištěnec do 14 dnů po zpracování

příhlášky obdrží poštou samolepku – symbol Karty života, kterou je nutné vylepit na průkaz pojištěnce.

Průkaz pojištěnce ZP MV ČR bez Karty života:



Zdroj: Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR

Průkaz pojištěnce ZP MV ČR s Kartou života:



Zdroj: Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR

3. V ordinaci registrujícího praktického lékaře

O možnosti zřízení Karty života lékařem je možné se informovat přímo v ordinaci registrujícího praktického lékaře. Ten zároveň může pacientem vyplněnou Kartou verifikovat či aktualizovat (50).

Pojištěnec se může dostat k informacím na své kartě života prostřednictvím webové stránky Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR nebo webové stránky České průmyslové zdravotní pojišťovny. Také může požádat o výpis Karty života prostřednictvím SMS. V tomto případě pojištěnec platí pouze odchozí SMS s požadavkem na Kartu života, zpoplatněnou dle jeho tarifu. SMS zasílané na mobil pojištěnce jsou zdarma (17). Možnost zaslání SMS s obsahem Karty života může pojištěnec využít např. na zahraniční dovolené. Karta života může být vygenerována i v anglické verzi, kterou může předložit ošetřujícímu lékaři v zahraničí, pokud se není schopen domluvit v cizím jazyce (6).

Přístup do Karty mají pouze následující osoby:

1. pojištěnec - na základě identifikátorů,
2. jeho praktický lékař,
3. omezený počet pověřených pracovníků zdravotnické záchranné služby, jejichž vstupy do speciální databáze údajů pro záchranku jsou monitorovány,
4. zdravotničtí pracovníci s povolením pojištěnce (48).

Majitelé „chytrých telefonů“ mohou využít aplikace, prostřednictvím které mohou se svými údaji na Kartě života aktivně pracovat. Tato funkce umožňuje náhled do osobního účtu na vykázané úkony od zdravotnických zařízení, tak i plánování preventivních prohlídek a očkování a mnoho dalšího (52).

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

O výpis z účtu lze požádat zasláním vyplněného formuláře žádosti o výpis z osobního účtu poštou nebo pomocí online služby VITAKARTA. Pojištěnec se může

registrovat buďto online (s následným osobním vyzvednutím či doporučenou poštou do vlastních rukou) nebo osobně.

VITAKARTA - zdraví

VITAKARTA – zdraví je součástí VITAKARTA ONLINE (elektronické zdravotní pojišťovny). Jedná se o elektronickou aplikaci zdravotního deníku, v níž má pojištěnec zpřístupněny informace týkající se zdravotní péče, kterou čerpal, tedy např. jakou zdravotní péči na něj vykávali ošetřující lékaři, jaké regulační poplatky zaplatil, jaké léky hrazené zdravotní pojišťovnou využil.

Zároveň si pojištěnec v této aplikaci může vést své vlastní záznamy o zdravotním stavu (jako např. prodělaná očkování, operace, úrazy, chronické obtíže, připojovat soubory s lékařskými zprávami a řadu dalšího) či plánovat návštěvy u lékařů. Údaje o svém zdravotním stavu může také zpřístupnit jím určeným ošetřujícím lékařům (informace jim budou přístupné za předpokladu, že využívají aplikaci Vitakarta+), a tím usnadnit jejich rozhodování o vhodné léčbě. Údaje lze také zpřístupnit pro určené mobilní zařízení, pokud by pojištěnec chtěl využít mobilní mVITAKARTU.

Pojištěnec může prostřednictvím této aplikace odeslat do Oborové zdravotní pojišťovny informaci o případných nesrovnalostech v úhradách za poskytnutou zdravotní péči (30).

Revírní bratrská pokladna

Pojištěnec má právo získat bezplatně jednou za rok výpis z osobního účtu pojištěnce, o který může písemně požádat na kterémkoliv pracovišti Revírní bratrské pokladny.

Pokud chce pravidelně nahlížet do svých osobních údajů, může si zřídit elektronický přístup k osobnímu účtu. Přístup si zřídí buďto elektronicky na webových stránkách pojišťovny nebo o jeho zřízení může požádat na pracovišti Revírní bratrské pokladny (36).

Karta zdraví

Karta zdraví je doplněním elektronických služeb pro použití v moderních „chytrých“ mobilech. Obsahuje informace ohledně péče o zdraví, údaje o zdravotním stavu, které má zdravotní pojišťovna ve své databázi.

Funkce pro pojištěnce Revírní bratrské pokladny:

- **Osobní zprávy pro pojištěnce**
- **Osobní účet pojištěnce** - slouží ke sledování nákladů za poskytnutou zdravotní péči
- **Léková knížka** - informuje lékaře o užívaných lécích
- **Stomatologický účet**- poskytuje přehled provedených zdravotních výkonů a náhrad
- **Regulační poplatky a doplatky** - informace ohledně uhrazených regulačních poplatků a doplatků za léčiva
- **Preventivní prohlídka** – informace o posledních evidovaných preventivních prohlídkách (35).

Vojenská zdravotní pojišťovna

Výpis z osobního účtu pojištěnec získá zasláním žádosti o výpis z osobního účtu formou tištěného formuláře poštou.

Nahlížení do výpisu čerpání zdravotní péče lze i přes portál ZP a pomocí SMS. Zde je nutná registrace na webových stránkách nebo v případě SMS na pobočce zdravotní pojišťovny **(31)**.

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

Pojištěnec získá výpis po zaslání žádosti o výpis z osobního účtu formou tištěného formuláře poštou **(31)**.

Karta mého srdce

Karta mého srdce je zabezpečený elektronický průvodce péčí o zdraví pojištěnce. Ke zpřístupnění stačí pouze uzavřít smlouvu na jakémkoliv pracovišti zdravotní pojišťovny.

Uspadňuje komunikaci se Zaměstnaneckou pojišťovnou Škoda. Poskytuje informace o úhradách vynaložených na péči o zdraví pojištěnce, přehled o absolvovaných preventivních prohlídkách, možnost vedení osobní a rodinné anamnézy, případně zapisovat si informace o zdravotním stavu, užívaných lécích a alergiích.

V případě poskytnutí souhlasu o poskytnutí zadaných údajů záchranné službě, může pomoci v situaci ohrožení života. Pojištěnec zde může také uvést kontakt na osobu, která bude telefonicky informována záchrannou službou o převozu do zdravotnického zařízení **(47)**.

Všeobecná zdravotní pojišťovna

Výpis z osobního účtu pojištěnce lze u Všeobecné zdravotní pojišťovny získat několika způsoby. Pojištěnec může zaslat žádost o písemné sdělení údajů o zdravotní péči, která bude za něj uhrazena Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Přehled je pak zaslán poštou nebo je připraven k vyzvednutí na úřadovně VZP. Dále může pojištěnec požádat o výpis z osobního účtu osobně na pobočce. A pro klienty, kteří uzavřeli příslušný smluvní vztah lze výpis zdravotní péče zaslat prostřednictvím elektronické komunikace, tzv. Portálu VZP **(43)**.

Právo na vystavení dokladu o zaplacení

Dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění má pojištěnec také právo na vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku a o zaplacení doplatku za vydání částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely zařízením lékárenské péče **(53)**.

Právo na uhrazení částky

Pojištěnec má dále právo na uhrazení částky přesahující limit pro regulační poplatky a doplatky za předepsané částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely zdravotní pojišťovnou **(53)**. Jedná se o částky přesahující limit 5 000 Kč. U dětí mladších 18 let a u pojištěnců starších 65 let 2 500 Kč **(7)**.

Právo na časovou a místní dostupnost

Pojištěnci musí být zajištěna místní a časová dostupnost hrazených služeb poskytovaných smluvními poskytovateli příslušné zdravotní pojišťovny. Místní dostupností se rozumí přiměřená vzdálenost místa poskytování hrazených služeb vzhledem k místu trvalého pobytu nebo k místu bydliště pojištěnce. Vyjadřuje se dojezdovou dobou. Časová dostupnost znamená zajištění poskytnutí neodkladných a akutních hrazených služeb ve lhůtě odpovídající jejich naléhavosti (7).

Právo podat stížnost

Má-li pojištěnec pochybnosti o tom, že mu nejsou poskytovány hrazené služby v souladu s právní úpravou, může podat stížnost podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (7). Podání stížnosti je bezplatné. Stížnost se podává poskytovateli, proti kterému směřuje. Pojištěnec má právo podat stížnost k:

- vedení zdravotnického zařízení,
- zřizovateli,
- registrujícímu orgánu,
- České lékařské komoře nebo České stomatologické komoře,
- zdravotní pojišťovně (2, 8).

Pokud pojištěnec nesouhlasí s vyřízením podané stížnosti, má právo podat stížnost příslušnému správnímu orgánu, který tomuto poskytovateli udělil oprávnění k poskytování zdravotních služeb (8).

Omezení práv pojištěnců

Vojáci v činné službě s výjimkou vojáků v záloze povolanych k vojenskému cvičení a žáci vojenských škol, kteří se připravují na službu vojáka z povolání a nejsou vojáky v činné službě, jsou pojištěni u Vojenské zdravotní pojišťovny. Vojáci a žáci vojenských škol jsou pojištěni Vojenské zdravotní pojišťovny do posledního dne kalendářního měsíce, v němž ukončili studium na vojenské škole.

Od následujícího kalendářního měsíce jsou pojištěni u zdravotní pojišťovny, jejímiž pojištěnci byli před přechodem do Vojenské zdravotní pojišťovny. Proto je Vojenská zdravotní pojišťovna povinna sdělovat jedenkrát měsíčně Ústřední pojišťovně Všeobecné zdravotní pojišťovny jména, příjmení, trvalé pobyty a rodná čísla pojištěnců, kteří zahájili nebo ukončili studium na vojenské škole.

Pro změnu zdravotní pojišťovny pojištěncem se do lhůty 12 měsíců nezapočítává doba pojištění u Vojenské zdravotní pojišťovny **(45)**.

Výběr poskytovatele je dále omezen u následujících skupin:

- osoby, kterým jsou poskytovány služby v oblasti zaměstnanosti **(45)** (fyzické osoby, kterým krajská pobočka Úřadu práce zprostředkovává zaměstnání) **(46)**,
- osoby, u kterých se zjišťuje zdravotní stav proto, zda je lze umístit do policejní cely nebo je nutno je z ní propustit,
- osoby ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazby nebo výkonu trestu odnětí svobody **(45)**.

1.6 Práva pacienta dle zákona o zdravotních službách

Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách má pacient při poskytování zdravotních služeb a hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení následující práva.

Právo konzultace u jiného lékaře

Ze zákona o zdravotních službách pacientovi vyplývá právo na poskytování služeb na náležité odborné úrovni. Má tedy právo vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele, než který mu zdravotní služby poskytuje. Zvyšuje tím potenciálně kvalitu poskytované péče. Možnost volby neplatí, jedná-li se o poskytování neodkladné péče nebo o osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence **(8, 33)**.

Právo být a nebýt informován o zdravotním stavu

Pacient má právo na sdělení veškerých informací o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu **(33)**.

Pacient se ale rovněž může vzdát podání informace o svém zdravotním stavu, popřípadě může určit, které osobě má být podána. K vzdání se podání informace o zdravotním stavu se nepřihlíží, jde-li o informaci, že pacient trpí infekční nemocí nebo jinou nemocí, v souvislosti s níž může ohrozit zdraví nebo život jiných osob **(8)**.

Právo na určení osob i rozsahu poskytovaných informací

Pacient může při přijetí do péče určit osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu a v jakém rozsahu a současně může určit, zda tyto osoby mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace o něm vedené nebo do jiných zápisů vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu, pořizovat si výpisy nebo kopie těchto dokumentů a zda mohou vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb. Pacient může určit osoby nebo vyslovit zákaz poskytovat informace o zdravotním stavu kterékoliv osobě kdykoliv po přijetí do péče, rovněž může určení osoby nebo vyslovení zákazu poskytovat informace o zdravotním stavu kdykoliv odvolat **(8, 26)**.

Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Zákon přesně určuje osoby, které jsou oprávněné nahlížet do zdravotnické dokumentace pacienta. Do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou v přítomnosti zaměstnance pověřeného poskytovatelem nahlížet, pořizovat si její výpisy nebo kopie pacient nebo zákonný zástupce pacienta. V případě, že je zdravotnická dokumentace vedena pouze v elektronické podobě, má pacient právo nahlížet dálkovým přístupem nebo na pořízení její kopie na technickém nosiči dat (8).

Do zdravotnické dokumentace mohou bez souhlasu pacienta v nezbytném rozsahu nahlížet osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání a jiní odborní pracovníci v přímé souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, kteří jsou zaměstnanci poskytovatele zdravotních služeb (33).

Právo na informovaný souhlas

Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze za podmínky, že k nim dá svobodný a informovaný souhlas. Proto jsou pro pacienta nezbytné informace o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a léčebného výkonu a případných rizicích, na jejichž základě má právo se rozhodnout, zda navrhovaný výkon podstoupí.

V zákoně jsou výslovně uvedeny výjimky, kdy může být péče poskytnuta i bez souhlasu pacienta, např. je-li uloženo povinné léčení nebo jde-li o nosiče závažné přenosné nemoci (8, 26).

Právo na dříve vyslovené přání

Pacient může pro případ, kdyby se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotnických služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit.

Poskytovatel zdravotních služeb je pak povinen toto přání respektovat. Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu s úředně ověřeným podpisem pacienta. V případě jeho vyslovení v průběhu hospitalizace není úřední ověření podpisu nutné **(8, 33)**.

Právo na soukromí

Při poskytování zdravotních služeb je nutné dodržet právo pacienta na úctu, důstojné zacházení a respektování soukromí **(8)**. Bez souhlasu pacienta by v rámci zachování jeho soukromí neměl být při vyšetření přítomen nikdo další kromě osob bezprostředně poskytujících péči **(2)**.

Má tedy právo odmítnout přítomnost osob, které nejsou na poskytování zdravotních služeb přímo zúčastněny, a osob připravujících se na výkon povolání zdravotnického pracovníka **(8)**.

Právo na duchovní péči

Ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče má pacient právo na duchovní péči a podporu od náboženských společností registrovaných v České republice. Péči duchovního nelze pacientovi odeprít v případech ohrožení jeho života nebo vážného poškození zdraví **(8)**.

Právo na anonymní porod

Rodička má v souvislosti s porodem právo na ochranu své totožnosti neboli utajený porod. To znamená, že její jméno, datum narození a datum porodu je vedeno mimo zdravotnickou dokumentaci. Informace nejsou k dispozici ani na matrice ani v rodném

listu dítěte. Slouží pouze zdravotníkům pro úhradu nákladů poskytnuté péče zdravotní pojišťovnou. Tohoto práva nemohou využít například vdané ženy (2).

Práva znevýhodněných osob

Pacient se smyslovým postižením nebo s těžkými komunikačními problémy zapříčiněnými zdravotními důvody má právo při komunikaci související s poskytováním zdravotních služeb dorozumívat se způsobem pro něj srozumitelným a dorozumívacími prostředky, které si sám zvolí, včetně volby osoby tlumočnicka.

Pacient se smyslovým nebo s tělesným postižením využívající psa se speciálním výcvikem, má právo s ohledem na svůj aktuální zdravotní stav na doprovod a přítomnost psa u sebe ve zdravotnickém zařízení (8).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cílem práce je shrnout vývoj právní úpravy dané problematiky a zjistit jaký je na současnou právní úpravu práv pojištěnce názor veřejnosti.

2.2 Hypotézy

H1: Pacienti souhlasí s možností vybrat si ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče.

H2: Pacienti vyjadřují nesouhlas s prodloužením lhůty pro změnu zdravotní pojišťovny.

H3: Pacienti kladně hodnotí možnost požádat o výpis z účtu poskytnuté péče, který vede zdravotní pojišťovna.

2.3 Operacionalizace pojmů

Pacienti = respondenti = skupina 400 občanů Jihočeského kraje ve věku od 18 let, kteří byli osloveni s prosbou o vyplnění dotazníku, či jim byl dotazník zaslán v elektronické podobě

Souhlas = více než 50% respondentů s danou problematikou souhlasí a zvolí v dotazníku odpověď ano

Ekonomicky náročnější varianta zdravotní péče = varianta zdravotní péče, která není zcela kryta veřejným zdravotním pojištěním a pojištěnec si ji tudíž musí doplatit

Zdravotní péče = soubor léčebných úkonů prováděných lékaři a ostatními zdravotnickými pracovníky za účelem vyléčení pacienta, zlepšení nebo alespoň zachování jeho zdravotního stavu

Nesouhlas = více než 50% respondentů s danou problematikou nesouhlasí a zvolí v dotazníku odpověď ne

Prodloužení lhůty = změna délky lhůty pro změnu zdravotní pojišťovny ze čtvrtletního intervalu na roční

Kladně hodnotí = více než 50% respondentů souhlasí s danou možností a považuje ji za přínosnou

Výpis z účtu poskytnuté péče = přehled výdajů na hrazené služby poskytnuté pojištěnci k období posledních 12 měsíců včetně zaplacených regulačních poplatků a doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely

3 METODIKA

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Ke zpracování bakalářské práce byl použit kvantitativní výzkum, metoda dotazování, která byla provedena sběrem dat pomocí techniky dotazníku. Před samotným výzkumem byl uskutečněn předvýzkum pro zjištění, zda jsou otázky vhodně položené a srozumitelné. Z předvýzkumu byl zjištěn nedostatek u otázky č. 3, kde chyběla možnost odpovědi vyšší odborné vzdělání, což bylo následně doplněno.

Na začátku dotazníku (viz Příloha č. 1) byli respondenti obeznámeni s účelem šetření a pak byli vyzváni k jeho vyplnění. Dotazník byl anonymní a obsahoval 14 otázek, z nichž téměř všechny byly uzavřené s jednou či více možnostmi výběru odpovědi a s možností respondenta vyjádřit se k dané otázce. Jedna otázka byla formou polootevřené s více možnými odpověďmi či svou vlastní, pokud se žádná z odpovědí neblížila respondentovu názoru. A jedna otázka byla zformulována jako otevřená, kde respondenti odpovídali svými slovy.

U prvních 3 otázek jsem zjišťovala identifikační znaky respondentů jako pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání. Čtvrtá otázka byla určena k vyloučení nežádoucího vzorku respondentů, jelikož výzkum byl zaměřen pouze na obyvatele Jihočeského kraje. Otázka č. 5 sloužila pro zjištění, u jaké zdravotní pojišťovny jsou respondenti pojištěni. Otázky 6, 7, 8, a 9 se týkaly názoru respondentů na ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče. Otázky 10 a 11 sloužily ke zjištění názoru respondentů na interval pro změnu zdravotní pojišťovny a otázky 12, 13 a 14 na výpis z pojištěncova osobního účtu poskytnuté péče. Přičemž otázky č. 6, 10 a 12 obsahovaly krátký informativní odstavec uvádějící respondenty, kteří se v dané oblasti neorientují, do tématu.

Sběr dat byl realizován prostřednictvím online dotazníku, který byl respondentům rozeslán po internetových komunikačních sítích. Dále byly dotazníky v tištěné formě rozdány v čekárnách u lékařů, ve vybraných firmách a nakonec rodině, známým a přátelům.

Dotazníkové šetření probíhalo během února a března roku 2014. Za tuto dobu bylo rozdáno 180 tištěných dotazníků, ze kterých se vrátilo plně vyplněných 175, což představuje bezmála 97,22% návratnost. Zbytek tvořily dotazníky přijaté elektronickou formou. Z celkového počtu 415 nasbíraných dotazníků došlo ale k vyřazení 15 dotazníků pro neodpovídající kritérium příslušnosti k Jihočeskému kraji.

Odpovědi na otázky z dotazníku byly následně zpracovány do tabulek a grafů pomocí tabulkového editoru Microsoft Office Excel 2007.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výběrový soubor tvořili náhodně vybraní obyvatelé Jihočeského kraje ve věku od 18-ti let. Dolní hranice 18. roku věku byla určena proto, aby respondenti porozuměli otázkám a dokázali na ně odpovědět.

4 VÝSLEDKY

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

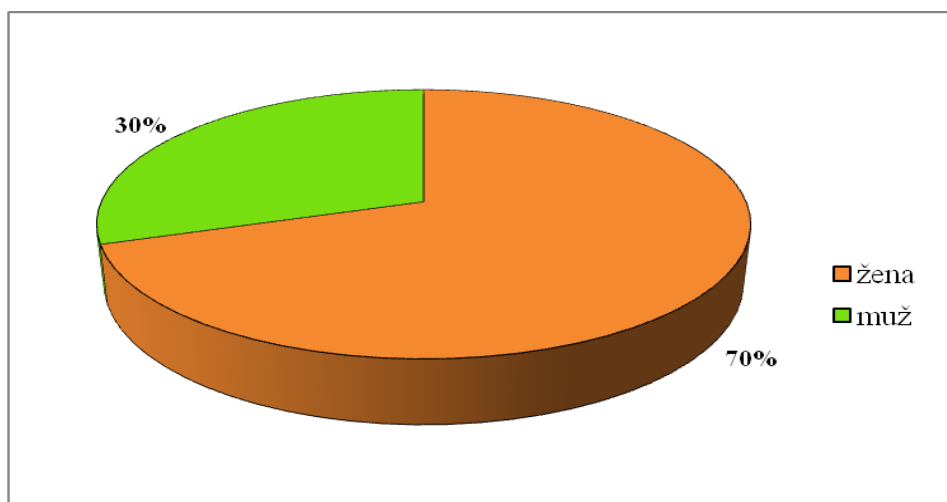
Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Počet respondentů	Počet respondentů v %
žena	280	70,00%
muž	120	30,00%
celkem	400	100,00%

Zdroj: Vlastní výzkum

Soubor obsahoval celkem 400 respondentů, z čehož bylo 280 žen (70,00%) a 120 mužů (30,00%).

Graf 1: Výsečový graf zachycující pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

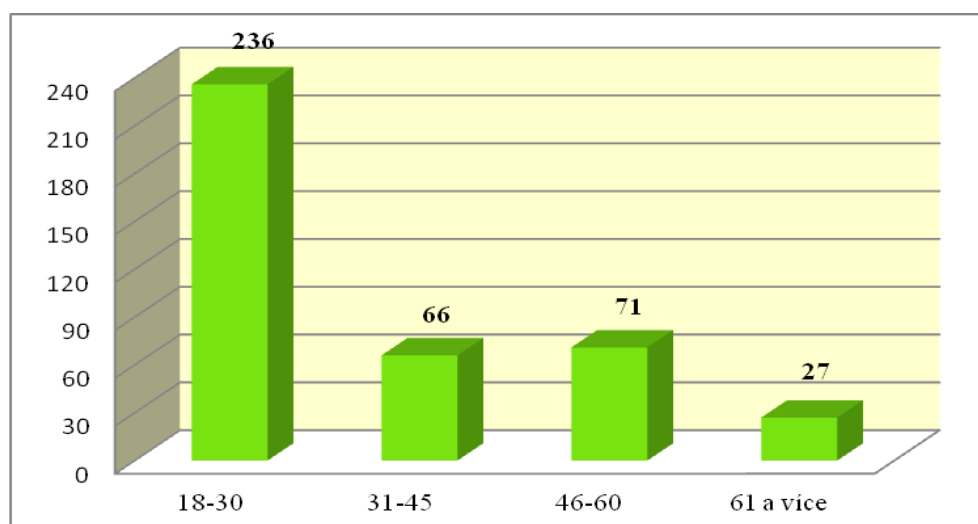
Tabulka 2: Zastoupení jednotlivých věkových kategorií mezi respondenty

Věk	Počet respondentů	Počet respondentů v %
18-30	236	59,00%
31-45	66	16,50%
46-60	71	17,75%
61 a více	27	6,75%
celkem	400	100,00%

Zdroj: Vlastní výzkum

Nejpočetnější skupinou byla ve výzkumném vzorku zastoupena věková kategorie 18-30 let, a to v počtu 236 respondentů (59,00%). Dalšími poměrně stejně velkými skupinami byly kategorie 46-60 let s počtem 71 osob (17,75%) a 31-45 let s 66 osobami (16,50%). Nejmenší vzorek tvořila skupina respondentů ve věku 61 a více let v počtu 27 (6,75%) dotázaných.

Graf 2: Sloupcový graf zachycující věkové zastoupení ve výzkumu



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

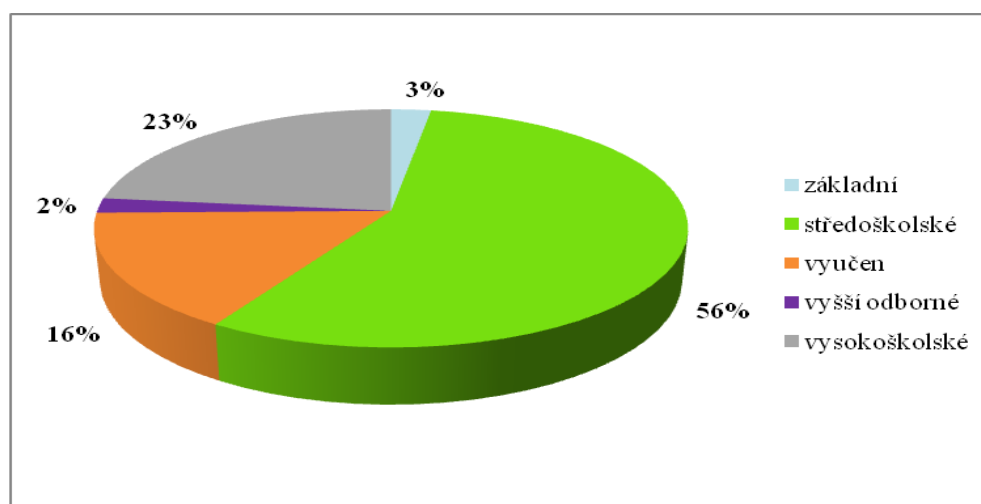
Tabulka 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Počet respondentů	Počet respondentů v %
základní	10	2,50%
středoškolské	225	56,25%
vyučen	64	16,00%
vyšší odborné	8	2,00%
vysokoškolské	93	23,25%
celkem	400	100,00%

Zdroj: Vlastní výzkum

Nejpočetnější skupinu ve zkoumaném souboru tvořili respondenti se středoškolským vzděláním v počtu 225 (56,25%). V menším počtu byli zastoupeni respondenti s vysokoškolským vzděláním v počtu 93 (23,25%) a respondenti, kteří jsou vyučeni v oboru v počtu 64 (16,00%). Nejméně bylo respondentů se základním vzděláním, kterých bylo 10 (2,50%) a s vyšším odborným vzděláním v počtu 8 (2,00%).

Graf 3: Výsečový graf zachycující nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 4: Bydlíte v Jihočeském kraji?

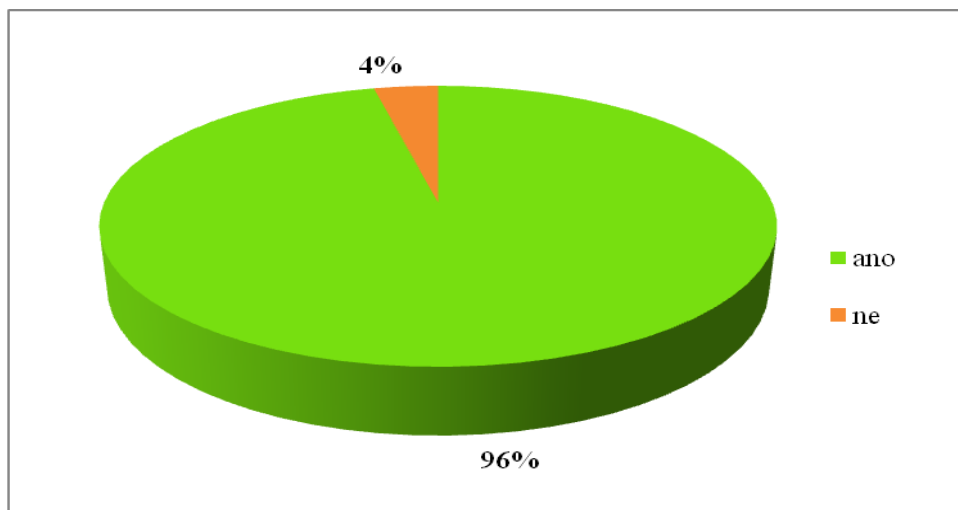
Tabulka 4: Bydliště v Jihočeském kraji

Jihočeský kraj	Počet respondentů	Počet respondentů v %
ano	400	96,39%
ne	15	3,61%
celkem	415	100,00%

Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 415 dotázaných respondentů odpovědělo 400 „ano“, 15 bydlelo mimo Jihočeský kraj. Uvedených 15 dotazníků bylo tedy vyřazeno z dalšího zpracování.

Graf 4: Výsečový graf zachycující odpovědi na otázku č. 4



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 5: U které zdravotní pojišťovny jste pojištěn(a)?

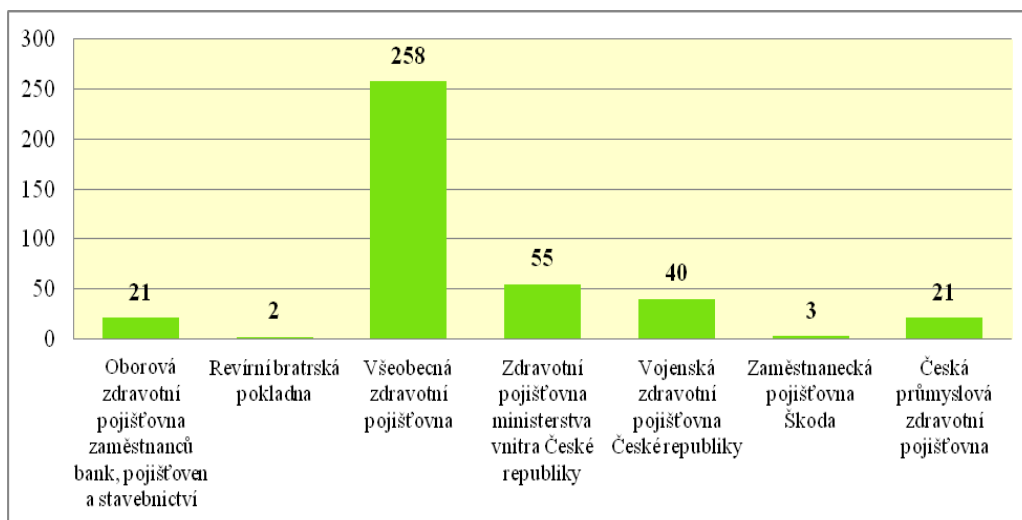
Tabulka 5: Příslušnost jednotlivých respondentů ke zdravotní pojišťovně

Zdravotní pojišťovna	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	21	5,25%
Revírní bratrská pokladna	2	0,50%
Všeobecná zdravotní pojišťovna	258	64,50%
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky	55	13,75%
Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky	40	10,00%
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	3	0,75%
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	21	5,25%
celkem	400	100,00%

Zdroj: Vlastní výzkum

Ze zkoumaného souboru je 258 (64,50%) respondentů registrováno u Všeobecné zdravotní pojišťovny. Zbytek respondentů byl dle odpovědí přiřazen k ostatním zdravotním pojišťovnám následujícím dílem – Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky 55 respondentů (13,75%), Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky 40 respondentů (10,00%), Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví s Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnou se stejným počtem 21 respondentů (5,25%). A nejméně respondentů bylo pojištěno u Zaměstnanecké pojišťovny Škoda s počtem 3 respondentů (0,75%) a u Revírní bratrské pokladny se 2 respondenty (0,50%).

Graf 5: Sloupcový graf zachycující příslušnost respondentů ke zdravotní pojišťovně



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 6: Souhlasíte se zrušením ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče a tedy nemožností připlatit si na nákladnější variantu zdravotní péče?

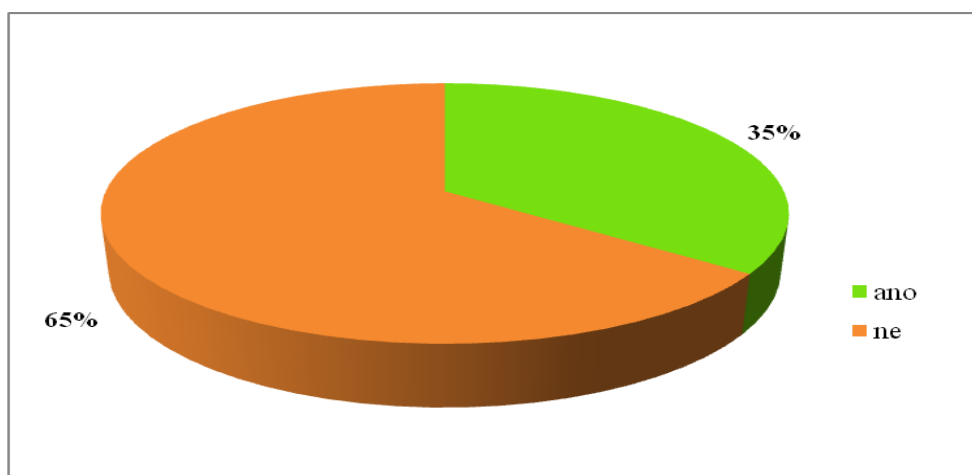
Tabulka 6: Odpovědi na otázku č. 6

Odpověď	Počet respondentů	Počet respondentů v %
ano	140	35,00%
ne	260	65,00%
celkem	400	100,00%

Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 400 respondentů odpovědělo „ano“ 140 (35,00%) respondentů, zbylých 260 (65,00%) odpovědělo „ne“.

Graf 6: Výšečový graf zachycující odpovědi na otázku č. 6



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 7: Pokud ne, na které případy byste byli ochotni si připlatit?

Tabulka 7: Odpovědi na otázku č. 7

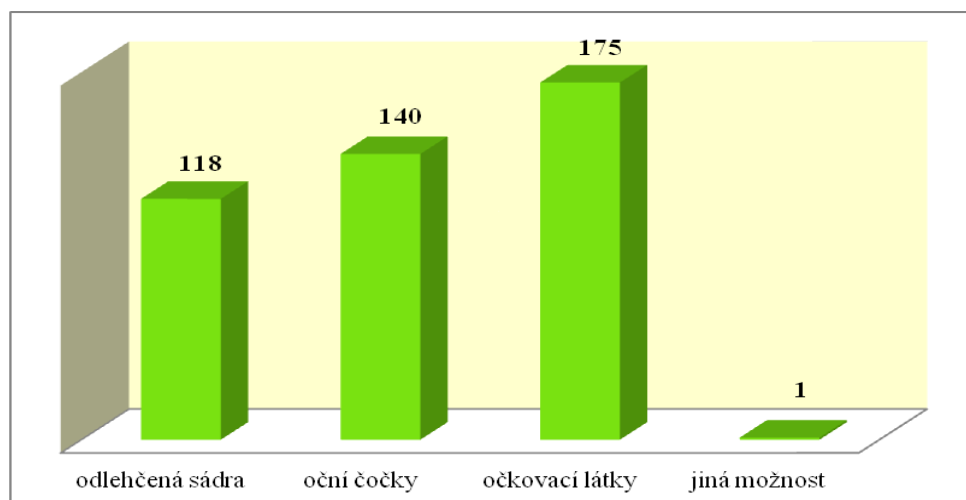
Případy	Počet respondentů	Počet respondentů v %
odlehčená sádra	118	27,19%
oční čočky	140	32,26%
očkovací látky	175	40,32%
jiná možnost	1	0,23%
celkem	434	100,00%

Zdroj: Vlastní výzkum

U této otázky mohli respondenti zvolit více odpovědí. S možností připlatit si na očkovací látky souhlasí 175 dotázaných (40,32%). 140 respondentů (32,26%) by si bylo ochotno připlatit na oční čočky, 118 respondentů (27,19%) zase na odlehčenou sádku.

Jediný respondent zvolil „jiná možnost“, kde uvedl, že by si byl ochoten připlatit na léky.

Graf 7: Sloupcový graf zachycující odpovědi na otázku č. 7



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 8: Záleželo by Vaše rozhodnutí, zda využít ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče na Vašich finančních možnostech?

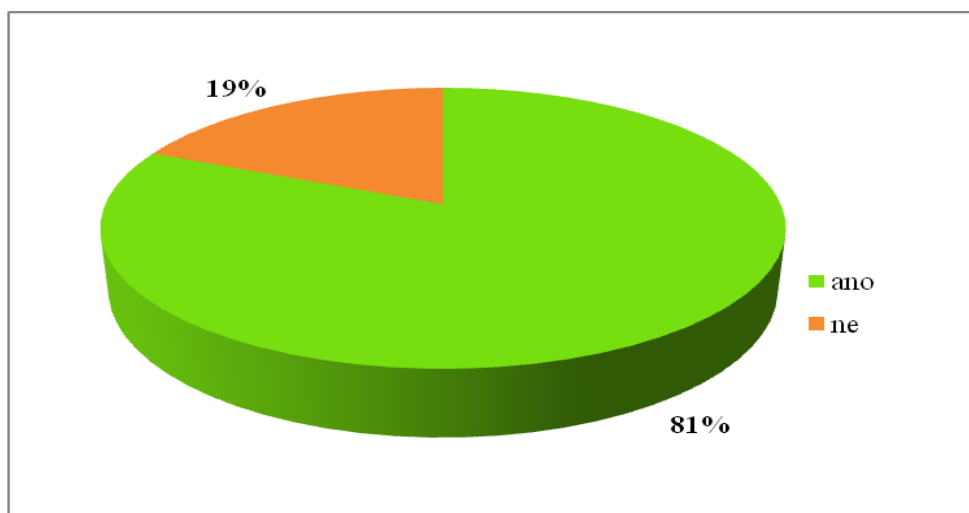
Tabulka 8: Odpovědi na otázku č. 8

Odpověď	Počet respondentů	Počet respondentů v %
ano	326	81,50%
ne	74	18,50%
celkem	400	100,00%

Zdroj: Vlastní výzkum

Na tuto otázku uvedla většina respondentů odpověď „ano“ – a to v počtu 326 odpovědí (81,50%). Možnost „ne“ volilo pouze 74 respondentů (18,50%).

Graf 8: Výsečový graf zachycující odpovědi na otázku č. 8



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 9: V případě že ano, v jakém finančním rozpětí byste byli ochotni investovat do ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče?

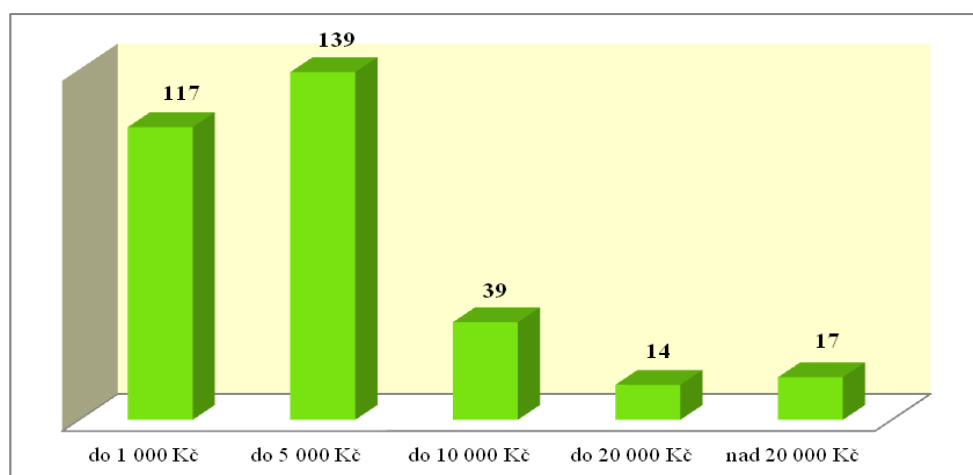
Tabulka 9: Odpovědi na otázku č. 9

Částka	Počet respondentů	Počet respondentů v %
do 1 000 Kč	117	35,89%
do 5 000 Kč	139	42,64%
do 10 000 Kč	39	11,96%
do 20 000 Kč	14	4,29%
nad 20 000 Kč	17	5,21%
celkem	326	100,00%

Zdroj: Vlastní výzkum

Na tuto nepovinnou otázku odpovědělo 326 respondentů, z toho částku do 1 000 Kč by bylo ochotno investovat 117 respondentů (35,89%), částku do 5 000 Kč 139 respondentů (42,64%), do 10 000 Kč 39 respondentů (11,96%), do 20 000 Kč 14 respondentů (4,29%) a nad 20 000 Kč 17 respondentů (5,21%).

Graf 9: Sloupcový graf zachycující odpovědi na otázku č. 9



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 10: Souhlasíte s prodloužením lhůty pro změnu zdravotní pojišťovny ze čtvrtletního intervalu na roční interval?

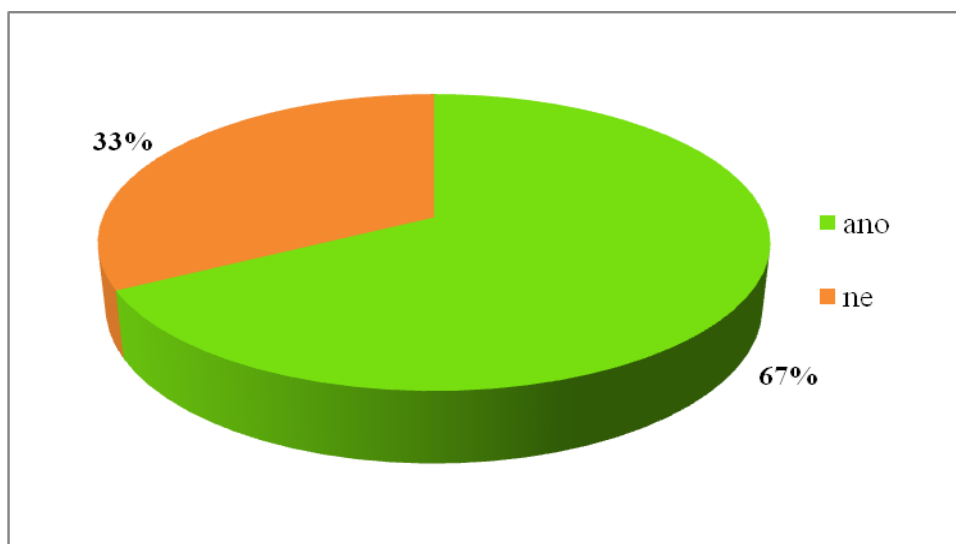
Tabulka 10: Odpovědi na otázku č. 10

Odpověď	Počet respondentů	Počet respondentů v %
ano	269	67,25%
ne	131	32,75%
celkem	400	100,00%

Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů označilo 269 (67,25%) odpověď „ano“ a 131 (32,75%) odpověď „ne“.

Graf 10: Výsečový graf zachycující odpovědi na otázku č. 10



Zdroj: Vlastní výzkum

**Otázka č. 11: Pokud ne, jaký interval byste považovali za přiměřený?
Prosím, vypište.**

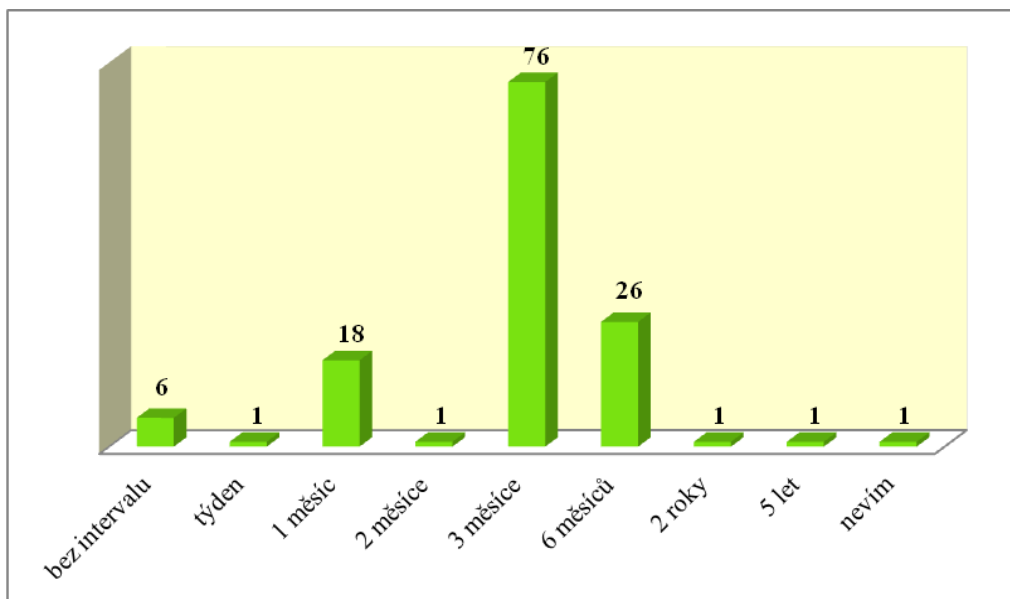
Tabulka 11: Odpovědi na otázku č. 11

Interval	Počet respondentů	Počet respondentů v %
bez intervalu	6	4,58%
týden	1	0,76%
1 měsíc	18	13,74%
2 měsíce	1	0,76%
3 měsíce	76	58,02%
6 měsíců	26	19,85%
2 roky	1	0,76%
5 let	1	0,76%
nevím	1	0,76%
celkem	131	100,00%

Zdroj: Vlastní výzkum

Na tuto otevřenou otázku odpovědělo celkem 131 respondentů. Nejčastější odpovědí byl tříměsíční interval, který vyplnilo 76 respondentů (58,02%). Dále byl volen šestiměsíční interval v počtu 26 respondentů (19,85%) a měsíční interval v počtu 18 respondentů (13,74%). 6 respondentů (4,58%) by chtělo mít možnost změnit zdravotní pojišťovnu kdykoliv, tedy bez intervalu. Vždy jeden respondent (0,76%) volil následující variantu intervalu – týden, 2 měsíce, 2 roky, 5 let. Jeden respondent (0,76%) zvolil možnost „nevím“.

Graf 11: Sloupcový graf zachycující odpovědi na otázku č. 11



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 12: Považujete možnost požádat si o výpis z účtu poskytnuté péče za pro Vás přínosnou?

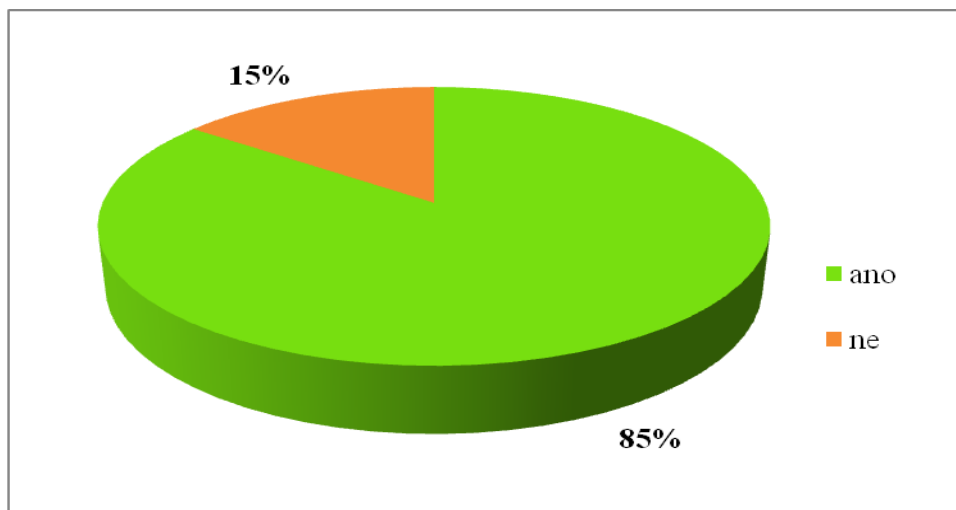
Tabulka 12: Odpovědi na otázku č. 12

Odpověď	Počet respondentů	Počet respondentů v %
ano	341	85,25%
ne	59	14,75%
celkem	400	100,00%

Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů označilo 341 (85,25%) odpověď „ano“. Zbýlých 59 (14,75%) odpovědělo „ne“.

Graf 12: Výsečový graf zachycující odpovědi na otázku č. 12



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 13: Využili jste již někdy v minulosti tuto možnost?

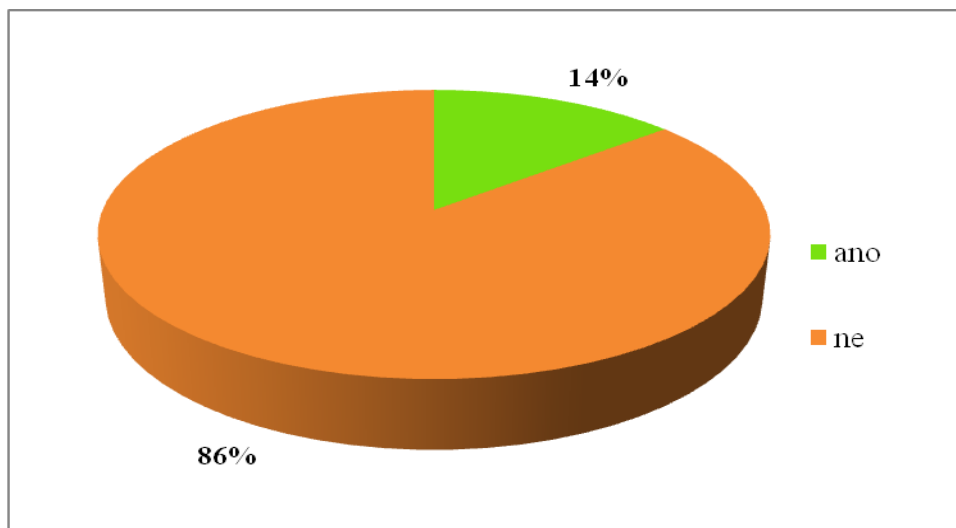
Tabulka 13: Odpovědi na otázku č. 13

Odpověď	Počet respondentů	Počet respondentů v %
ano	56	14,00%
ne	344	86,00%
celkem	400	100,00%

Zdroj: Vlastní výzkum

344 respondentů odpovědělo „ne“ (86,00%) a ostatní, tedy 56 dotazovaných (14,00%) zvolilo možnost „ano“.

Graf 13: Výšečový graf zachycující odpovědi na otázku č. 13



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 14: Pokud byste zjistili nesrovnalosti ve výpisu zdravotní péče, upozorníte na ně svou zdravotní pojišťovnu?

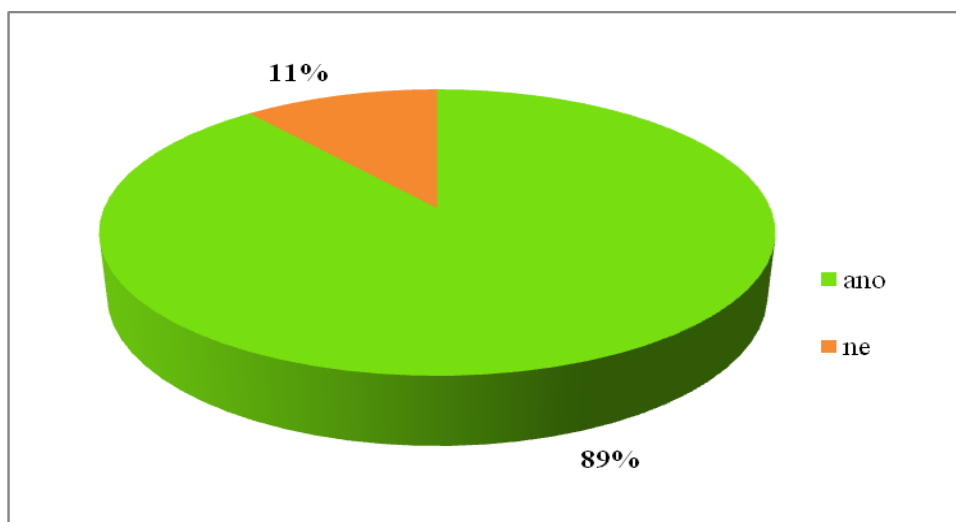
Tabulka 14: Odpovědi na otázku č. 14

Odpověď	Počet respondentů	Počet respondentů v %
ano	356	89,00%
ne	44	11,00%
celkem	400	100,00%

Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce dotazovaných, tedy 356 respondentů (89,00%) volilo odpověď „ano“. Zbýlých 44 (11,00%) vyplnilo „ne“.

Graf 14: Výšečový graf zachycující odpovědi na otázku č. 14



Zdroj: Vlastní výzkum

5 DISKUZE

Cílem této práce bylo shrnout vývoj právní úpravy dané problematiky a zjistit jaký je na současnou právní úpravu práv pojištěnce názor obyvatel Jihočeského kraje.

Kvantitativního výzkumu se zúčastnilo celkem 400 respondentů starších 18-ti let z řad občanů Jihočeského kraje. Použita byla metoda dotazování, provedená pomocí dotazníku. Ten byl vytvořen tak, aby jeho prostřednictvím bylo možné odpovědět na stanovené hypotézy. Dotazník obsahoval 14 otázek.

První otázka zjišťovala zastoupení pohlaví ve výzkumném vzorku, který byl tvořen 280 ženami a 120 muži. Měřeno na procenta to představuje 70,00% a 30,00% (graf 1).

Druhá otázka byla zaměřena na věk respondentů. V kategorii 18-30 let se pohybovalo 236 respondentů, kteří odpovídali především prostřednictvím online dotazníku umístěného na sociálních sítích. Do kategorie 31-45 let se zařadilo 66 osob, odpověď 46-60 let zvolilo 71 osob a možnost 61 a více let 27 osob. Respondenti z těchto věkových kategorií byli osloveni především v čekárnách u lékařů a ve vybraných firmách (graf 2).

Třetí identifikační otázka zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Výzkumu se zúčastnilo 10 osob se základním vzděláním, což představuje 2,50%. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti se středoškolským vzděláním a to v počtu 225 osob, tedy 56,25%. Vyučených osob odpovídalo 64, vyjádřeno v procentech 16,00%. Nejmenší skupinu o 10 osobách tvořili respondenti s vyšším odborným vzděláním, v procentech 2,50%. A nakonec také odpovídali vysokoškoláci v počtu 93, tedy 23,25% (graf 3).

Čtvrtá otázka zjišťovala, zda respondent bydlí v Jihočeském kraji. V průběhu výzkumného šetření bylo sesbíráno 415 dotazníků. Na základě odpovědí z těchto dotazníků bylo ale zjištěno, že 15 dotázaných bydlí mimo Jihočeský kraj. Tyto dotazníky byly proto vyřazeny z dalšího zpracování (graf 4).

Pátá otázka se týkala zjištění příslušné zdravotní pojišťovny. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že nejvíce obyvatel Jihočeského kraje (64,50%) je pojištěno u Všeobecné zdravotní pojišťovny. Tento výsledek výzkumného šetření odpovídá

i informaci uvedené na webových stránkách VZP, kde je řečeno, že Všeobecná zdravotní pojišťovna je největší zdravotní pojišťovnou v České republice a to s více než 6 miliony klienty (42). 13,75% respondentů je pojištěno u Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky a 10,00% respondentů u Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky. 5,25% dotázaných je registrováno u Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví a rovněž tak u České průmyslové zdravotní pojišťovny. U Zaměstnanecké pojišťovny Škoda je pojištěno 0,75% a u Revírní bratrské pokladny pouhých 0,50% respondentů (graf 5).

Šestá otázka sloužila k potvrzení první hypotézy. V té jsem předpokládala, že pacienti souhlasí s možností vybrat si ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče. K 31.12.2013 došlo ale ke zrušení této varianty, proto jsem se respondentů ptala, zda souhlasí se zrušením ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče a tedy nemožností připlatit si na nákladnější variantu zdravotní péče. 65,00% respondentů odpovědělo „ne“, projevilo tedy nesouhlas se zrušením ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče a nemožností volit tuto variantu zdravotní péče. Stejný názor zastává i VZP. Dle ní na zrušení nadstandardu doplatí pouze pacienti. Mluvčí pojišťovny Oldřich Tichý uvedl příklad: *„Jestliže obyčejná sádra stojí 300 korun a tzv. lehká sádra 800, tak doted' tomu, kdo chtěl tu lehkou sádru, uhradila VZP 300 korun a on sám doplatil jen část ceny nad základní variantu, tedy pětistovku. Ted' bude ovšem muset pacient zaplatit celých 800 korun za lehkou sádru sám z vlastní kapsy (19).“* Leoš Heger v rozhovoru pro iDNES.cz dodal, že zrušení nákladnější varianty zdravotní péče přispěje k rozvoji šedé ekonomiky ve zdravotnictví (38). 35,00% respondentů volilo odpověď „ano“, tedy souhlasili s tímto zrušením (graf 6). O tom, že zdravotnictví bývá často tématem politických diskuzí svědčí i to, že zrušení nákladnější varianty uvítala také sociální demokracie. *„Dobrou zprávou pro české pacienty je, že o jejich léčbě bude i nadále rozhodovat zdravotní stav a nikoliv stav bankovního konta. Pro ČSSD je nepřijatelné, aby se pacienti dělili na dvě kategorie – na ty bohatší, kterým finanční možnosti dovolí přístup k nejmodernější léčbě, a na ty chudší, kteří si některé druhy kvalitní péče nebudou moci dovolit,“* sdělil Svatopluk Němeček (19). **Hypotéza číslo 1 byla potvrzena**, protože 65,00% respondentů by souhlasilo s možností vybrat si ekonomicky náročnější variantu

zdravotní péče (graf 6). Jana Fuksová ve svém článku uvádí, že například v nemocnici v Kroměříži o kvalitnější materiál požádala zhruba třetina pacientů. Ve Zlíně jich byla téměř polovina a stejný zájem měli i pacienti ve Vsetíně **(14)**. Tyto údaje korespondují se zjištěnými údaji z mého výzkumu.

Sedmá, osmá a devátá otázka zkoumaly další názor respondentů k tématu ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče.

Sedmou otázkou vyplňovali pouze ti respondenti, kteří v otázce číslo 6 odpověděli „ne“. Otázkou jsem se respondentů ptala, na které případy ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče by si byli ochotni připlatit. Respondenti měli možnost výběru z více nabízených možností nebo si mohli zvolit možnost vlastní. Z výsledků vyplynulo, že 175 respondentů (40,32%) by si připlatilo na očkovací látky, 140 respondentů (32,26%) na oční čočky a 118 respondentů (27,19%) na odlehčenou sádku. Jediný respondent zvolil možnost „jiná“, kde sdělil, že by si byl ochoten připlatit na léky. Dubská ve své práci z roku 2013 popisuje, jaké druhy nadstandardní péče lidé preferují. Z jejích výsledků lze vyčíst, že pokud jde o očkovací látky, této možnosti by využilo 46% respondentů **(10)**. Tento výsledek koresponduje i s mým výsledkem, kdy nejvíce respondentů (40,32%) v rámci ekonomicky nákladnější varianty zdravotní péče by si bylo ochotno připlatit na očkovací látky. Z těchto výsledků lze usuzovat, že pokud jde o zdraví, preferují lidé ze všeho nejvíce prevenci. Dubská dále uvádí, že pro volbu odlehčené sádky by bylo 26% respondentů a pro oční čočky 17% respondentů **(10)**. Výsledek, na kterém jsme se opět shodli je procentuelní zastoupení u možnosti volby odlehčené sádky. V mém výzkumu by tuto možnost volilo 27,19% respondentů. Naopak rozdílné výsledky jsou viditelné u možnosti volby očních čoček. Mé výsledky jsou srovnatelné s údaji, které uvádí Fuksová ve svém článku. Popisuje v něm zájem pacientů o nabídku ekonomicky nákladnějších očních čoček v jednotlivých městech. V nemocnici v Uherském Hradišti zvolilo kvalitnější čočky 30% zájemců. Stejný zájem měli i pacienti v nemocnici v Kroměříži. Nadstandardní čočky si ve Zlíně vybralo 45% zájemců. A ve Vsetíně lékaři implantovali dražší druh čočky skoro polovině svých pacientů **(14)**.

Osmá otázka zjišťovala, jestli by respondentovo rozhodnutí, zda využít ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče, záleželo na jeho finančních možnostech. Ze 400 osob 326 (81,50%) označily „ano“ a zbylých 74 (18,50%) odpovědělo „ne“ (graf 8).

V souvislosti s předchozí otázkou byla sestavena otázka číslo 9, která zjišťovala, v jakém finančním rozpětí by respondenti byli ochotni investovat do ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče. Na tuto otázku odpovídali opět jen někteří respondenti a to ti, u kterých by rozhodnutí zda využít ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče, záleželo na finančních možnostech, čili 326 respondentů. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že nejvíce respondentů (43,08%) by bylo ochotno investovat částkou do 5 000 Kč a dále pak 35,53% respondentů částku do 1 000 Kč. 11,64% dotázaných by investovalo částku do 10 000 Kč. Do 20 000 Kč by investovalo 4,40% respondentů a nad 20 000 Kč 5,35 % respondentů (graf 9).

Na vyvrácení či potvrzení hypotézy číslo 2 byla zaměřena otázka desátá. Zjišťovala, zda respondenti souhlasí s prodloužením lhůty pro změnu zdravotní pojišťovny ze čtvrtletního intervalu na roční interval. Ze šetření vyplývá, že 67,25% dotázaných souhlasí s prodloužením lhůty pro změnu zdravotní pojišťovny a 32,75% respondentů s tímto prodloužením nesouhlasí (graf 10). Dle mého názoru prodloužení lhůty pro změnu zdravotní pojišťovny může vyvolávat problémy se zajištěním zdravotní péče. Problém vidím v tom, že pacientovi nebude uhrazena zdravotní péče u odborného lékaře z důvodu, že lékař nemá uzavřenou smlouvu s pacientovou zdravotní pojišťovnou. Můj předpoklad, že pacienti nebudou souhlasit s prodloužením lhůty pro změnu zdravotní pojišťovny, nebyl naplněn. **Tudíž byla hypotéza číslo 2 vyvrácena.**

Na jedenáctou otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří v otázce č. 10 nesouhlasili s prodloužením lhůty pro změnu zdravotní pojišťovny. Otázka zjišťovala, jaký interval by tedy tyto respondenti považovali za přiměřený. Na otázku odpovídali respondenti formou otevřené odpovědi. Nejčastější odpovědí byl tříměsíční interval, který by z celkového počtu 131 dotázaných volilo 76 respondentů (58,02%). Šestiměsíční interval by volilo 26 respondentů (19,85%), měsíční interval zase 18 respondentů (13,74%). 6 respondentů (4,58%) by chtělo mít možnost změnit zdravotní

pojišťovnu kdykoliv, tedy bez intervalu. Vždy jeden respondent (0,76%) by považoval za přiměřený interval 1 týden, 2 měsíce, 2 roky a 5 let. A jeden dotázaný (0,76%) odpověděl, že neví (graf 11).

K potvrzení třetí hypotézy byla určena dvanáctá otázka v dotazníku. Zjišťovala jsem, zda respondenti kladně hodnotí možnost požádat si o výpis z účtu poskytnuté péče, který vede zdravotní pojišťovna. Otázka zněla, jestli respondenti považují možnost požádat si o výpis z účtu poskytnuté péče za pro ně přínosnou. Z výzkumu vyšlo, že 85,25% dotázaných považuje tuto možnost za přínosnou. A pouze 14,75% respondentů sdělilo, že možnost požádat si o výpis z účtu poskytnuté péče je pro ně bezvýznamná (graf 12). Tímto byla **hypotéza číslo 3 potvrzena**.

V návaznosti na dvanáctou otázku byla respondentům položena třináctá otázka a to jestli již někdy v minulosti využili možnost požádat si o výpis z účtu poskytnuté péče. Přestože téměř většina dotázaných považovala možnost požádat si o výpis z účtu poskytnuté péče za pro ně přínosný, dle mých předpokladů tuto možnost převážná většina respondentů nevyužila a to 86,00% všech dotázaných. Pouhých 14,00% respondentů využilo této možnosti (graf 13).

Poslední čtrnáctou otázkou jsem se respondentů ptala, zda by upozornili svou zdravotní pojišťovnu, pokud by ve výpisu zdravotní péče zjistili nesrovnalosti. Podle výsledků výzkumu by 89,00% respondentů svou zdravotní pojišťovnu upozornilo na nesrovnalosti ve výpisu zdravotní péče. 11,00% respondentů nikoliv (graf 14).

Možnosti vyjádřit se k určité otázce využil jeden respondent a to právě k poslední čtrnácté otázce. Respondentka sdělila, že je pojištěna u Všeobecné zdravotní pojišťovny a vyjádřila nespokojenost, jak tato pojišťovna vyřešila její níže popsany problém. Respondentka před 4 lety využila možnosti zažádat si o výpis z účtu a na jeho základě zjistila, že si ortoped, kterého navštívila v dětství, vykázal péči na Všeobecné zdravotní pojišťovně. Po prošetření věci jí přišlo vyrozumění, že se lékař spletl. Rok na to, si ten samý lékař vykázal zákrok u její matky. Po nahlášení a prošetření přišla ta samá odpověď, že se lékař spletl. Přišlo ji nevysvětlitelné, že se doktor spletl dvakrát u

stejného příjmení, i když její příjmení prý není zcela běžné. Proto dle respondentčina názoru vyjde u této zdravotní pojišťovny nastejno nahlásit událost jako nenahlásit.

Dle iDNES.cz **(15)** ne vždy je každé pochybení lékaře při vykazování poskytnuté péče podvodným jednáním. Může jít i o pochybení lékaře, při kterém dojde k chybnému zadání rodného čísla, záměně jmen pojištěnců nebo si lékař splete číslo kódu, kterým se zdravotní výkon vykazuje. Pokud pojišťovna zjistí, že došlo k neoprávněnému vyúčtování zdravotní péče a nejednalo se o podvod, neprávem vyúčtované peníze mu strhne a v budoucnu mu věnuje větší pozornost. Pokud by se jednalo o trestný čin, řeší případ ve spolupráci s Policií ČR.

6 ZÁVĚR

Prostřednictvím bakalářské práce jsem se snažila nahlédnout do problematiky práv pojištěnců v systému veřejného zdravotního pojištění.

Teoretická část práce shrnuje právní úpravu této problematiky a její nedávné změny. Jsou zde vysvětleny základní pojmy týkající se veřejného zdravotního pojištění a zdravotní péče. K nejdůležitějším pojmům zde patřila ekonomicky náročnější varianta zdravotní péče, kde bylo upozorněno na proběhlou změnu. Zmíněno také bylo, na jakou péči mají pojištěnci právo při pobytu v zahraničí. A nakonec byla rozebrána jednotlivá práva pojištěnce, která byla rozebrána podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Podrobněji bylo zmíněno právo kontroly poskytnuté péče nebo-li výpis z osobního účtu.

Cílem praktické části bylo zjistit názor obyvatel Jihočeského kraje na práva zvolená v hypotézách (právo na změnu zdravotní pojišťovny, právo volby ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče a právo kontroly poskytnuté péče). Tato práva jsou v současné době poměrně aktuální, a proto byla detailněji popsána i v teoretické práci.

Pro docílení tohoto záměru byly stanoveny 3 hypotézy.

Hypotéza č. 1, předpokládající, že pacienti souhlasí s možností vybrat si ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče, se potvrdila.

Hypotéza č. 2, která tvrdila, že pacienti vyjadřují nesouhlas s prodloužením lhůty pro změnu zdravotní pojišťovny, se nepotvrdila.

Hypotéza č. 3, která předpokládala, že pacienti kladně hodnotí možnost požádat o výpis z účtu poskytnuté péče, který vede zdravotní pojišťovna, se rovněž potvrdila. I přes vyjádřený souhlas s touto možností, ji převážná většina dotázaných lidí stále nevyužívá.

V průběhu výzkumu jsem se nesetkala s žádnou negativní odezvou. Respondenti ochotně vyplňovali dotazník. A dle zpětné vazby od respondentů dotazník splnil i funkci informační, díky způsobu sestavení dotazníku.

Tato práce by mohla pomoci ke zvýšení informovanosti populace o svých právech a možnostech v systému veřejného zdravotního pojištění.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ALEXA, J. *Reforma zdravotnictví – systémové změny*, Pojistné rozpravy, č. 28/2011, s. 11-15, ISSN 0862-6162.
2. CANDIGLIOTA, Z., K. ČERVENÁ, M. KOPALOVÁ a D. ZAHUMENSKÝ. *Jak být pacientem v České republice a zachovat si důstojnost: Medicínské právo v otázkách a odpovědích*. Brno: Liga lidských práv, 2011. ISBN 978-80-87414-04-0.
3. CENTRUM MEZISTÁTNÍCH ÚHRAD. *Čeští pojištěnci pobývající v jiném členském státě na přechodnou dobu*. [online]. 28. 6. 2013 [cit. 2014-02-21]. Dostupné z: <http://www.cmu.cz/cs/propojistence/eu/postupy1/73-prechodnadoba>
4. ČESKÁ PRŮMYSLOVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Proč používat Kartu života*. [online]. 2009 [cit. 2014-02-21]. Dostupné z: https://portal.cpzp.cz/static.php?fcSoub=kz_proc
5. E-PŘEPÁŽKA ČPZP. *Karta života s registrací*. [online]. 2009 [cit. 2014-02-03]. Dostupné z: https://portal.cpzp.cz/pEkziv_reg.php?fcZprac=0
6. ČESKÁ PRŮMYSLOVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Založte si Kartu života*. [online]. © 2009 [cit. 2014-01-30]. Dostupné z: <http://www.cpzp.cz/clanek/3295-0-Zalozte-si-Kartu-zivota.html>
7. ČESKO. Zákon č. 48 ze 7.3.1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2001. ISSN 1211-1244.

8. ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2001. ISSN 1211-1244.
9. DANĚK, A. a J. GLET. *Zdravotní pojištění*. Praha: Linde nakladatelství s.r.o., 2003. ISBN 80-86131-46-7.
10. DUBSKÁ, L. *Zdravotní pojištění a připojištění nadstandardní péče*. Č. Budějovice, 2013. Bakalářská práce (Bc.) JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.
11. FÉROVÁ NEMOCNICE. *Nadstandardy ve zdravotnictví* [online]. 29.3.2012 [cit. 2014-01-30]. Dostupné z: <http://ferovanemocnice.cz/platby-ve-zdravotnictvi-35/nadstandardy-ve-zdravotnictvi-2522.html>
12. FÉROVÁ NEMOCNICE. *Veřejné zdravotní pojištění*. [online]. 29.3.2012 [cit. 2014-01-30]. Dostupné z: <http://ferovanemocnice.cz/platby-ve-zdravotnictvi-35/verejne-zdravotni-pojisteni-83.html>
13. FINEXPERTE15.CZ. *Platím si pojištění, jaká mám práva?*. [online]. 18. 5. 2009 [cit. 2014-02-21]. Dostupné z: <http://finexpert.e15.cz/platim-si-pojisteni-jaka-mam-prava>
14. FUKSOVÁ, J. *Lepší čočky i sádry skončily. Nadstandard nabízí jen vsetínská nemocnice*. [online]. 18.8.2013 [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: http://zlin.idnes.cz/zruseni-nadstandardnich-sluzeb-v-nemocnicich-ve-zlinskem-kraji-pwk-/zlin-zpravy.aspx?c=A130814_1964072_zlin-zpravy_ras

15. IDNES.CZ. *Podvody lékařů můžete odhalit sami. Požádejte o výpis zdravotní péče.* [online]. 15.4.2010 [cit. 2014-04-06]. Dostupné z: http://finance.idnes.cz/podvody-lekaru-muzete-odhalit-sami-pozadejte-o-vypis-zdravotni-pece-1i5-/poj.aspx?c=A100413_112337_poj_bab
16. KAHOUN, V.; V. VURM A B. KUČEROVÁ. *Vybrané kapitoly z pojišťovnictví.* 1.vyd. Praha: Triton, 2008. 88 s. ISBN 978-80-7387-130-7.
17. KARTA ŽIVOTA. *Často kladené dotazy.* [online]. © 2013 [cit. 2014-01-30]. Dostupné z: <http://www.kartazivota.cz/dotazy#1>
18. KARTA ŽIVOTA. *Jak můžete získat Vaši kartu života?.* [online]. © 2013 [cit. 2014-01-30]. Dostupné z: http://www.kartazivota.cz/jak_ziskat
19. KLM. *Ústavní soud zrušil nadstandardy i další části reformy zdravotnictví.* [online]. 2.7.2013 [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/ustavni-soud-o-zdravotnickych-nadstandardech-f4p-/domaci.aspx?c=A130702_140903_domaci_klm
20. LEGEMAATE, Johan. PATIENTS' RIGHTS AND PATIENT SAFETY. In: *Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks* [online]. © 2013 [cit. 2014-04-23]. ISBN 978-92-890-0294-3. Dostupné z: <file:///C:/Users/Uzivatel/Desktop/e96814.pdf>
21. KREBS, V., et al. *Sociální politika.* 4.vyd. Praha: ASPI, a.s., 2007. 504 s. ISBN 978-80-7357-276-1.
22. MACH, J. *Medicína a právo.* Praha: C.H.BECK, 2006. ISBN 80-7179-810-X.

23. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
24. MEDISPOT. *Práva pojištěnce*. [online]. 05.11.2008 [cit. 2014-01-30]. Dostupné z: <http://www.medispot.cz/legislativa-prava-pacientu/prava-pojistence.html>
25. MĚŠEC.CZ. *Zdravotní pojištění*. [online]. © 1998 - 2014 [cit. 2012-11-25]. Dostupné z: <http://www.mesec.cz/dane/zdravotni-pojisteni/pruvodce/>
26. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Práva pacienta*. [online]. 03.06.2008 [cit. 2014-02-22]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/prava-pacienta_2401_18.html
27. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdravotní pojišťovny*. [online]. 30.01.2008, 15.10.2012 [cit. 2014-02-21]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html
28. Nález Ústavního soudu ČR sp. Zn. PL ÚS 36/11 ze dne 20.června 2013 In: Sběrka zákonů, Ministerstvo vnitra, 2013, částka 92, s. 2220–22246, ISSN 1211-1244.
29. NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.
30. OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN A STAVEBNICTVÍ. *VITAKARTA, mVITAKARTA a VITAKARTA+*. [online]. © 2014 [cit. 2014-01-30]. Dostupné z: <http://www.ozp.cz/pro-klienty/vitakarta-online>

31. O ZDRAVOTNICTVÍ. *Výpis z osobního účtu od zdravotní pojišťovny*. [online]. [2013] [cit. 2014-01-30]. Dostupné z: <http://www.ozdravotnictvi.cz/oslovte-pojistovny>
32. POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČR. *Platím si pojištění, jaká mám práva?*. [online]. © 2014 [cit. 2014-01-30]. Dostupné z: <http://www.zpmvcr.cz/pojistenci/informace-pro-pojistence/osobni-ucet/>
33. PRÁVNÍ LINKA. *Práva pacienta*. [online]. 19.12.2013 [cit. 2014-02-22]. Dostupné z: <http://www.pravnilinka.cz/bezplatna-pravni-poradna-zdarma/prava-pacienta.html>
34. PŘIB, J., P. TRÖSTER a V. VOŘÍŠEK. *Financování sociálního zabezpečení*. TRÖSTER, P. et al. *Právo sociálního zabezpečení*. 3. dopl. vyd. Praha: C. H. Beck, 2005, s. 115-139. ISBN 80-7179-856-8.
35. REVÍRNÍ BRATRSKÁ POKLADNA. *Karta zdraví RBP*. [online]. © 2014 [cit. 2014-02-03]. Dostupné z: <http://www.rbp-zp.cz/pro-pojistence/osobni-ucet-pojistence/karta-zdravi-rbp-zp/>
36. REVÍRNÍ BRATRSKÁ POKLADNA. *Osobní účet pojištěnce: Výpis z osobního účtu pojištěnce*. [online]. © 2014 [cit. 2014-02-03]. Dostupné z: <http://www.rbp-zp.cz/pro-pojistence/osobni-ucet-pojistence/>
37. REVÍRNÍ BRATRSKÁ POKLADNA. *Práva a povinnosti*. [online]. © 2014 [cit. 2014-02-21]. Dostupné z: <http://www.rbp-zp.cz/pro-pojistence/prava-a-povinnosti/>

38. TOPINKOVÁ, M. *Zrušení nadstandardů nahrává prokorupčnímu prostředí, říká Heger*. [online]. 2.7.2013 [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/rozhovor-s-hegerem-o-nadstandardech-dbr-domaci.aspx?c=A130702_193441_domaci_maq
39. TRÖSTER, P. Zdravotní pojištění. TRÖSTER, P. et al. *Právo sociálního zabezpečení*. 3. dopl. vyd. Praha: C. H. Beck, 2005, s. 141-153. ISBN 80-7179-856-8.
40. TRÖSTER, P. Zdravotní správa. TOMEŠ, I. et al. *Sociální správa*. Praha: Portál, 2002, s. 175-183. ISBN 80-7178-560-1.
41. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Nároky pojištěnce*. [online]. © 2014 [cit. 2014-02-21]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/klienti/informace-a-zivotni-situace/naroky-pojistence>
42. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *O nás*. [online]. © 2014 [cit. 2014-03-31]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/o-nas>
43. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Přehled vykázané péče*. [online]. © 2014 [cit. 2014-02-03]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/klienti/informace-a-zivotni-situace/prehled-vykazane-pece>
44. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Stomatologická péče*. [online]. © 2014 [cit. 2014-01-30]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/klienti/informace-a-zivotni-situace/stomatologicka-pece>
45. ZÁKONY PRO LIDI.CZ. *Předpis č. 48/1997 Sb.: Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů*. [online]. © 2010-2014 [cit. 2014-02-21]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

46. ZÁKONY PRO LIDI.CZ. *Předpis č. 435/2004 Sb.: Zákon o zaměstnanosti.* [online]. © 2010-2014 [cit. 2014-02-21]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>
47. Karta mého srdce. In: *ZAMĚSTNANECKÁ POJIŠŤOVNA ŠKODA* [online]. © 2014 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: http://www.zpskoda.cz/wysiwyg/prezentace_KMS_v2_02b.pdf
48. ZDRAVÍ JAKO VÁŠEŇ. *Ochrana osobních údajů.* [online]. © 2014 [cit. 2014-01-30]. Dostupné z: <http://zdravijakovasen2012.superkoderi.cz/ochrana-osobnich-udaju>
49. ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČR. *Jak se stát pojištěncem.* [online]. © 2014 [cit. 2014-01-30]. Dostupné z: <http://www.zpmvcr.cz/pojistenci/jak-se-stat-pojistencem/>
50. ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČR. *Jak získat Kartu života.* [online]. © 2014 [cit. 2014-01-30]. Dostupné z: <http://www.zpmvcr.cz/karta-zivota/>
51. ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČR. *Máma to ví nejlíp aneb hlavní důvody, proč být pojištěncem u ZP MV ČR.* [online]. © 2014 [cit. 2014-01-30]. Dostupné z: <http://www.zpmvcr.cz/mamatovinejlip/>
52. ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČR. *Mobilní aplikace Karta života.* [online]. © 2014 [cit. 2014-02-21]. Dostupné z: <http://www.zpmvcr.cz/karta-zivota/mobilni-aplikace-karta-zivota/>

53. ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA. *O zdravotním pojištění*. [online]. © 2014 [cit. 2014-01-30]. Dostupné z: <http://www.zpmvcr.cz/pojistenci/informace-pro-pojistence/o-zdravotnim-pojisteni/>

8 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 1: Dotazník

Dotazník

Vážený pane, vážená paní,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění mého dotazníku. Jmenuji se Eva Gruberová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity, oboru Sociální práce ve veřejné správě. Tento dotazník mám ke své bakalářské práci na téma: Práva pojištěnců v systému veřejného zdravotního pojištění a slouží ke zmapování názoru veřejnosti na právní úpravu některých práv pojištěnců v systému veřejného zdravotního pojištění. Velice Vám děkuji za Váš čas a ochotu při vyplňování tohoto dotazníku. Všechny zjištěné informace jsou anonymní a slouží pouze pro účely mé bakalářské práce.

Prosím, u každé odpovědi zakřížkujte takto jednu Vámi vybranou odpověď, pokud není v otázce uvedeno jinak.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- žena
- muž

2. Kolik je Vám let?

- 18-30
- 31-45
- 46-60
- 61 a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní
- vyučen
- středoškolské
- vyšší odborné
- vysokoškolské

4. Bydlíte v jihočeském kraji?

- ano
- ne

5. U které zdravotní pojišťovny jste pojištěn(a)?

- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
- Revírní bratrská pokladna
- Všeobecná zdravotní pojišťovna
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky
- Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

Do 31. 12. 2013 platila při poskytování zdravotní péče možnost volby mezi ekonomicky levnější variantou zdravotní péče, která byla zcela hrazena veřejným zdravotním pojištěním a variantou ekonomicky náročnější, u níž si pojištěnec musel doplatit rozdíl mezi cenou ekonomicky náročnější a ekonomicky levnější.

Možnost volby ekonomicky náročnější varianty existovala ve třech případech a to u možnosti výběru kvalitnějšího typu oční čočky, odlehčené sádry či u možnosti volby jiné očkovací látky (kvalitnější vakcíny proti sezónní chřipce, pneumokokům, tetanu, tuberkulóze, vzteklině a proti rakovině děložního čípku).

6. Možnost volby ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče byla zrušena Ústavním soudem ČR k 31.12.2013. Souhlasíte s tímto zrušením a tedy nemožností připlatit si na nákladnější variantu zdravotní péče?
- ano
 - ne
7. Pokud NE, na které případy byste byl(a) ochoten(a) si připlatit?
- odlehčená sádra
 - oční čočky
 - očkovací látky
 - jiné (prosím, vypište)
8. Záleželo by Vaše rozhodnutí, zda využít ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče, na Vašich finančních možnostech?
- ano
 - ne
9. V případě, že ANO, v jakém finančním rozpětí byste byl(a) ochoten(a) investovat do ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče?
- do 1 000 Kč
 - do 5 000 Kč
 - do 10 000 Kč
 - do 20 000 Kč
 - nad 20 000 Kč

Do 30. 11. 2011 byl pojištěnec oprávněn změnit zdravotní pojišťovnu 1x za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. dni kalendářního čtvrtletí; s účinností od 1. 12. 2011 lze pojišťovnu měnit pouze jen k 1. lednu následujícího kalendářního roku. Přihlášku je pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce povinen podat vybrané zdravotní pojišťovně nejpozději 6 měsíců před požadovaným dnem změny.

10. Souhlasíte s prodloužením lhůty pro změnu zdravotní pojišťovny ze čtvrtletního intervalu na roční interval?

ano

ne

11. Pokud NE, jaký interval byste považoval(a) za přiměřený? Prosím, vypište.

.....

Zdravotní pojišťovny vedou každému svému pojištěnci osobní účet a jsou povinny na vyžádání pojištěnce jedenkrát ročně písemně a bezplatně poskytnout výpis z tohoto účtu poskytnuté péče. Tedy přehled výdajů na hrazené služby poskytnuté tomuto pojištěnci k období posledních 12 měsíců včetně zaplacených regulačních poplatků a doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely.

12. Považujete možnost požádat si o výpis z účtu poskytnuté péče za pro Vás přínosnou?

ano

ne

13. Využil(a) jste již někdy v minulosti tuto možnost?

ano

ne

14. Pokud byste zjistil(a) nesrovnalosti ve výpisu zdravotní péče, upozorníte na ně svou zdravotní pojišťovnu?

ano

ne