

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Role sestry jako finanční poradkyně seniorů

Bakalářská práce

Autor : Jaroslava Kolářová
Vedoucí práce : Mgr. Petra Neumannová

Datum odevzdání práce : 12.srpna 2009

Abstrakt

Finances enter all spheres of our lives and existence. They affect even the area so humane as healthcare. There are few professions which have seen so many changes in such a short period of time as it has been in the profession of a general nurse.

The social services sector in the Czech Republic experienced a change in the system of social care provision in 2007. The main objective of the change was to strengthen the client's autonomy and to increase effectiveness of the expended financial means.

Another change has been the introduction of regulation fees within the public healthcare insurance. The regulation fees have had a definite financial impact on family or personal budgets of low-income citizens.

Deputies of the Czech Social Democratic Party sought an abolition of the fees referring to the Charter of Human Rights and Freedoms but their motion was finally dismissed by the Constitutional Court of the Czech Republic on 28 May 2008. In the Czech Republic the current fees include 30.- CZK for an appointment with a medical doctor, 60.- CZK per one day spent in a hospital and 90.- CZK for treatment in an emergency medical facility. In the course of discussions about the form of the fees and their very existence some exceptions have been introduced and enacted, which are supposed to protect the disadvantaged groups of population against negative financial impacts.

There are only few countries worldwide with a similarly eventful history of the healthcare system, which is based on the own responsibility of citizens and applies the fundamental principal of solidarity. In developed democratic countries the states intervene in the healthcare system with various regulating measures. The extent of the actual effect of the healthcare policy is determined not only by political interests and interest of the citizens but also by the capacity of the social system to give rise to such interests and at the same time to create preconditions for their effective realization.

Healthcare personnel assist to the individuals, families and groups to independently satisfy their physiological, psychosocial and spiritual needs. A general

nurse can serve to his/her clients as an advocate (to protect their human rights), nurse, communicator, educator, advisor and at the same he/she can operate as a vehicle of change and as a leader.

The present era positively prefers health, youth, success and high performance. Still, the population of the Czech Republic is growing older. In connection with the social changes comes the necessity to look for new ways of life in the old age.

This bachelor thesis has shown that if a senior person decides to spend the old age in a social facility (specifically in the Senior Home Blatná), he/she will be sufficiently informed by the personnel about his/her financial situation. It was further found out that general nurses approach changes in the healthcare sector responsibly, they discuss options and impacts of the changes and they are able to embrace the changes even within a limited time.

General nurses should follow the media and continually educate themselves so that they can, in a qualified and self-confident manner, respond to questions arising from the changes in the system of social and healthcare services.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala/a 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích a na jejích internetových stránkách.

V Písku 5.srpna 2009

Podpis studenta

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Petře Neumannové za cenné rady a připomínky během psaní mé bakalářské práce.

Obsah :

Úvod.....	8
1. Současný stav.....	10
1.1 Všeobecná sestra registrovaná.....	10
1.1.2 Funkce a role sestry.....	11
1.1.3 Profese a role sestry.....	12
1.1.4 Charakterové vlastnosti sestry.....	15
1.1.5 Etický kodex sestry.....	15
1.1.6 Nové typy rolí a postavení sester.....	16
1.2 Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu.....	17
1.2.1 Ošetrovatelský proces u klienta hradící regulační poplatek.....	18
1.2.2 Specifická problematika stáří.....	19
1.2.3 Vztah dnešní společnosti k seniorům.....	20
1.2.4 Specifické úkoly stáří.....	21
1.2.5 Spektrum koordinovaných služeb.....	22
1.3 Faktory ovlivňující zdraví.....	23
1.4 Systém zdravotního zabezpečení v ČR.....	24
1.4.1 Základní existenční potřeba člověka.....	26
1.5 Problematika regulačních poplatků.....	26
1.5.1 Zákon a platba regulačních poplatků.....	28
1.5.2 Kdy se poplatky nehradí.....	29
1.5.3 Platba zdravotnickému zařízení.....	31
1.5.4 Roční limit plateb regulačního poplatku.....	31
1.5.5 Pochybení při platbách.....	32
1.6 Zajištění sociálního sektoru v r.2009.....	32
2. Cíle práce a hypotézy.....	33
2.1 Cíle práce.....	33
2.2 Hypotézy.....	33
3. Metodika.....	33
3.1 Metodika sběru dat.....	33

3.2 Výzkumný soubor.....	34
4. Výsledky.....	35
5. Diskuse.....	62
6. Závěr.....	72
7. Seznam použitých zdrojů.....	73
8. Klíčová slova.....	76
9. Přílohy.....	77

*„Dokážeš naslouchat?
Když chci, abys mne vyslechl,
a ty mi místo toho začneš dávat rady.
Když chci, abys mě vyslechl, a ty mi místo
toho začneš říkat, že to tak nemám cítit.
Když chci, abys vyslechl můj problém,
a ty začneš říkat, jak to mám vyřešit –
selháváš i když to zní zvláště.
Poslyš vše, co po Tobě žádám, je, abys mě
poslouchal.“ (neznámý indický autor)*

Úvod

Jen v málo povoláních se událo v tak krátkém období takové množství změn jako v profesi všeobecné sestry. V dnešní době je funkce hlavně vrchní sestry jiná než byla například před dvaceti lety. Sestra se podílí na tvorbě strategií, vizí, ekonomických rozpočtů, důvěřuje svému personálu a současně ho pozitivně stimuluje, pracuje samostatně a je partnerem lékaře a ředitele zařízení. Samostatnost vyžaduje i od svých podřízených sester, které při péči o pacienty, klienty, používají metodu ošetrovatelského procesu. Sestry se významně podílí na léčbě, vzdělávají se, využívají práce pomocného personálu.

Ve většině zemí tvoří sestry nejpočetnější skupinu pracovníků ve zdravotnictví. Pracují v nemocnicích, v ambulancích a též v komunitní péči.

Sestry se zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí bio- psycho- sociální, bytostí holistickou, ne pouze souborem částí a procesů. Porucha jedné části celku vede zákonitě k poruše jiné části, popřípadě celého systému.

Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Uspokojování potřeb člověka se realizuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

V posledních letech došlo k mnoha zásadním změnám v systému poskytování péče. Důležitá změna nastala 1. ledna 2007. Říkalo se nadneseně, že zákon o sociálních

službách přinesl největší změnu v sociální oblasti od dob Marie Terezie. Již změny v sociálním zákoně vnesly mezi pacienty neklid. Vyvstaly nové problémy, otázky, na které jsme jako sestry musely reagovat, odpovídat. Ke konci roku, kdy se zdálo, že jsme situaci zvládly, média vytvořila dalšího „strašáka“ – regulační poplatky.

V této době jsem pocítila nutnost dalšího vzdělávání, neboť model sestry, který jsem doposud měla sama v sobě vytvořený, mi neladil s novými změnami. Střední zdravotnická škola v Písku mi poskytla kvalitní vzdělání (v letech 1984 - 1988), naučila jsem se ošetřovat nemocného, komunikovat s ním, protože většinou je v nelehké situaci, má trápení, nebo bolest. Naučila jsem se jak předat povzbuzení a naději. Ale nenaučila jsem se myslet v rovině ekonomické, finanční, manažerské či právní. Máme možnost jako sestry využívat řady odborných knih, většinou jsou ale určeny pro lékaře. Práce sestry je natolik specifická, že si zaslouží více publikací určených přímo sestřám.

Všeobecná sestra – dnešní sestra se bez tohoto rozšířeného vzdělání neobejde. Ověření tohoto tvrzení, bylo pro mne popudem ke studiu vysoké školy a následně k vytvoření vlastního tématu bakalářské práce.

Současný stav

Ošetřovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetřovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Ošetřovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede nemocné k sebekpěči, edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetřovatelské péče. Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí, či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetřovatelskou péči (27).

Charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství je systematické hodnocení a plánované uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Uspokojování potřeb člověka se realizuje prostřednictvím ošetřovatelského procesu (29).

Sestra zaujímá významné místo ve zdravotnickém týmu. Je blízkou spolupracovnicí lékaře ve všech složkách léčebně preventivní péče. Je odborníkem ve vyhledávání základních životních potřeb nemocného pozměněných onemocněním a v jejich uspokojování správně volenou ošetřovatelskou péčí. Je nemocnému vedle jeho rodiny oporou a často nejbližším člověkem při jeho pobytu v nemocnici, v sociálním zařízení i při domácí péči. Získá-li důvěru a vážnost svých pacientů, může významně ovlivnit jejich způsob života, vést je ke správné životosprávě a péči o vlastní zdraví. Je nemocným i jejich nejbližším odborným rádcem, musejí-li se naučit dlouhodobě žít se svým onemocněním nebo postižením (22).

Sestry se zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí bio- psycho- sociální, bytostí holistickou, ne pouze souborem částí a procesů. Porucha jedné části celku vede zákonitě k poruše jiné části, popřípadě celého systému (29).

1.1 Všeobecná sestra registrovaná

Všeobecná sestra je osoba, která byla formálně přijata do studijního programu ošetřovatelství (obor všeobecná sestra), předepsané studium úspěšně dokončila a získala

profesní kvalifikaci. Na území svého státu je uznávána, registrovaná a vlastní licenci (zákonné povolení) pro poskytování ošetrovatelské péče.

Posláním sester ve společnosti je pomáhat jednotlivcům, rodinám a skupinám uspokojovat aktuální potřeby a dosahovat jejich maximální tělesné, psychické a sociální možnosti v souladu s prostředím, ve kterém žijí a pracují (15).

1.1.2 Funkce a role sestry

Funkce zdravotních sester přímo souvisí s jejich posláním ve společnosti. První funkcí je poskytování a řízení ošetrovatelské péče, ať už podpůrné, preventivní, léčebné, rehabilitační, pomocné, pro jednotlivce, rodiny nebo skupiny. Tato péče je nejefektivnější, když se uskutečňuje v sérii logických kroků, známých jako ošetrovatelský proces.

Sestra zjišťuje potřeby jednotlivce, rodiny, skupiny nebo komunity a hledá potřebné a dostupné zdroje, kterými tyto potřeby mohou být uspokojeny. Identifikuje potřeby, které mohou být nejvhodněji a nejefektivněji uspokojeny ošetrovatelskou péčí. Sestra vytváří stupnice prioritních potřeb, které je možno nejlépe uspokojit ošetrovatelskou péčí. V rámci této funkce je též naplánování a poskytování potřebné ošetrovatelské péče, zapojení jednotlivce (rodiny a přátel) do všech aspektů péče a zaangažování komunity ke spoluúčasti na zdůraznění soběstačnosti a rozhodování o sobě ve všech záležitostech, týkajících se zdraví.

Sestra má za úkol zdokumentování všeho, co se dělá v každém stádiu ošetrovatelského procesu a použití těchto informací k vyhodnocení výsledků (účinnosti) poskytnuté ošetrovatelské péče, z hlediska pacienta, rodiny, skupiny nebo komunity, sestry a systému, v jehož rámci se ošetrovatelská péče poskytuje.

Druhou funkcí je výchova klientů/pacientů a zdravotnického personálu, která zahrnuje zjištění individuálních znalostí a dovedností vztahujících se k udržení a obnovení zdraví, příprava a poskytování informací na vhodné úrovni, organizování a účast na výchovných a vzdělávacích kampaních, vyhodnocení výsledků takovýchto výchovných a vzdělávacích kampaní.

Třetí funkcí je aktivní a účinné začlenění sestry do zdravotnického týmu. To zahrnuje spolupráci s jednotlivci, rodinami, komunitami a dalšími zdravotnickými

profesionály při plánování, organizaci, řízení a vyhodnocování efektivity ošetrovatelských služeb, jako součástí veškerých zdravotnických služeb. Sestra má na starosti vyjednávání s uživateli péče (klienty/pacienty) a jejich spoluúčasti při realizaci plánu ošetrovatelské péče, kontaktování a spolupráci s lidmi a dalšími členy v multidisciplinárních a multisekteriálních týmech při plánování, poskytování, rozvoji, koordinaci a hodnocení efektivity zdravotnických a sociálních služeb.

Sestra spolupracuje s odborníky na udržování bezpečného a harmonického pracovního prostředí, které prospívá kolektivní práci, aktivně se zapojuje do plánování koncepcí a programů, do určování priorit a hledání zdrojů, účastní se přípravy zpráv úřadům a politikům na místní, regionální a celostátní úrovni a pokud je to nutné podává zprávy hromadným sdělovacím prostředkům.

Čtvrtou funkcí sestry je rozvoj ošetrovatelské praxe, kritického myšlení a výzkumu. To zahrnuje inovaci stylů a způsobů práce s cílem dosažení lepších výsledků, určování oblastí výzkumu s cílem zvýšit znalosti nebo zdokonalit dovednosti v ošetrovatelské praxi a vzdělávání a účastnit se na přípravě potřebných vzdělávacích programů.

Sestra ve všech svých pracovních postupech vždy dodržuje uplatňování přijatelných kulturních, etických a profesních standardů (15).

1.1.3 Profese a role sestry

Ze sociologického hlediska lze profesi nazvat povoláním, odborností nebo odbornou přípravou na požadované povolání. Profese je charakterizována několika znaky. Existencí systematické teorie, o kterou se opírá stránka výkonu profese. Dále profesní autoritou, jež vychází z ovládnutí vědomostí, jimiž běžný laik nedisponuje. Též systémem profesních asociací plnících více funkcí, především pečujících o růst kvalifikace svých členů. Dalším znakem je profesní etika normující vztahy odborníka vůči klientům i vzájemné vztahy mezi kolegy v profesi.

Pojem profese se vztahuje především k pracovním rolím. V článku S.Bártlové je uvedeno, že každá ošetrovatelská disciplína má své elitní role, ale ty, které využívají nejmodernější přístroje a techniku, mají v širší společnosti nejvyšší status. Autorka uvádí: „nové technologie, které vyžadují monitorování a interpretaci, jsou spojovány

většinou s čistou prací. Péče o seniory nebo dlouhodobě nemocné se netěší takové prestiži jako vysoce specializované obory, využívající nejmodernější techniku, i když ošetrovatelské umění, (dovednosti, které tvoří ošetrovatelství jedinečným), je zjevnější v prvním případě“ (1, s.258).

Mezi základní a hlavní role každé sestry patří sestra jako ošetrovatelka. Tato role je spojena s poskytováním základní ošetrovatelské péče. Vedle toho sestra samostatně pečuje o nemocné jak v nemocniční, tak v terénní péči, identifikuje jejich ošetrovatelské problémy a zajišťuje plán jejich řešení (15).

S rozvojem ošetrovatelství se postupně mění role sestry. Vyžaduje si to nejen pokrok v medicíně a ošetrovatelské péči, ale do oboru pronikají výrazně nové poznatky společenských věd. Sestra se stále více stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu schopnou samostatné práce v oblasti své působnosti. Protože se mění její kompetence, mění se i obsah její práce a profese se stává samostatnější (25).

Pro starého člověka, ale ne jen jemu, sestra může být advokátkou (ochránkyní jeho práv), též současně jeho ošetrovatelkou, komunikátorkou, učitelkou a poradkyní a při tom všem může působit i jako nositelka změny a vůdkyně. Každá role sestry je popsána jako jedinečná jednotka. Ve skutečnosti se však mohou role prolínat a jedna druhou nevyklučují (10). Při ošetrování nemocných uplatňuje sestra v rámci ošetrovatelského procesu všechny uvedené role v kontaktu s nemocnými i zdravými osobami, případně s jejich rodinami. Je však rozdíl v práci komunikátorky, obhájkyne a administrátorky na ambulancích nebo lůžkových odděleních. Na lůžkových odděleních se často léčí pacienti i několik týdnů či měsíců. V častých kazuistikách se jedná o pacienty s nevléčitelnou nemocí, které i podlehnou. Proto přístup k těmto pacientům je jiný než k pacientům, kteří navštíví ambulanci. V ambulantních zařízeních se pacientů vystřídá i několik desítek denně (25).

Role ošetrovatelky a utěšovatelky byla už tradičně zahrnutá mezi činnosti sester. Sestry chrání důstojnost člověka a často se o jejich práci říká, že pracují s mateřskou péčí. Role ošetrovatelky se dá těžko definovat. Je to role lidských vztahů. Hlavním cílem sestry v této roli je poznat, co je důležité a poskytovat podporu. Sestra podporuje pacienta postoji a činnostmi, kterými projevuje zájem o jeho dobro a jeho uznání jako

osoby nejenom jeho mechanické existence. Laskavost je základním požadavkem většiny ošetrovatelských činností a základní předností sestry – expertky ve svém povolání.

Role komunikátorky je další z rolí sestry. Účinná komunikace je základním prvkem všech profesí, jejichž cílem je pomáhání, tedy je i základním prvkem v ošetrovatelství. Komunikace formuje vztahy mezi sestrami a pacienty, mezi sestrami a podpůrnými osobami a mezi sestrami navzájem. Hraje úlohu ve všem, co sestra dělá. Někdy musí sestra podávat informace pozůstalým a taktně požádat o poplatek za zemřelého. Je třeba pokaždé se individuálně vžít do jejich těžké situace a psychicky jim pomoci. Sestra může pomoci jako zprostředkovatelka ve složitých rodinných problémech, každá rada a podpora vede také k celkovému zlepšení pacientova zdravotního stavu. V případě nejasností sestra komunikátorka vysvětlí pacientovi důležitost regulačního poplatku (15). Komunikace ulehčuje všechny ošetrovatelské činnosti. Sestra referuje ostatním zdravotnickým pracovníkům o každém pacientovi (10).

Důležitou rolí je role edukátorky nemocného a jeho rodiny. V případě regulačních poplatků sestra podá patřičné informace, odkáže na internetové zdroje, poskytne literaturu. Sestra se podílí na upevňování zdraví a prevenci jeho poruch, rozvoji soběstačnosti osob s porušeným zdravím a předcházení komplikacím z omezeného pohybu člověka. Podporuje schopnost sebepéče pacienta. Sestra pomáhá nemocným a jejich rodinám naučit se žít relativně spokojeně s dlouhodobým onemocněním. Dále sestra edukuje nácvik potřebných praktických dovedností, jako je například ošetrování ran, monitorování hladiny krevního cukru a aplikace inzulínu.

Mezi další role patří role manažerky, to znamená, že řídí ošetrovatelský proces. Sestra za pomoci ošetrovatelského procesu hodnotí, analyzuje a diagnostikuje psychosomatické reakce klienta na aktuální nebo potenciální zdravotní problémy nebo náročné životní situace. Tato činnost klade důraz na individuální odbornost sestry. Kvalifikovaná sestra by měla svými aktivitami ovlivňovat lidi, tak, aby jejich lidský potenciál byl využit k udržování a podpoře zdraví (15).

Role administrátorky je součástí práce sestry, avšak neměla by ji odvádět od její hlavní povinnosti, a to ošetřovat nemocné. V dobře řízených nemocnicích nahrazuje většinu administrativních prací technika. Do administrativní činnosti sestry patří vedení ošetrovatelské dokumentace, záznamy o nemocném, vyplňování žádanek na vyšetření a výkazy pro zdravotní pojišťovny.

Ve společnosti, ve které se utváří ošetrovatelství jako sociálně významná, důvěryhodná vědecká profese, se stává nepostradatelnou další role sestry- role výzkumnice, jako záruka kvalitní ošetrovatelské péče. Role výzkumnice předpokládá odpovídající vzdělání a možnosti pro výzkumnou činnost v oblasti ošetrovatelství. Sestry výzkumnice jsou zárukou rozvoje ošetrovatelské disciplíny, poznatků k zajištění kvality péče, vzdělání a vědeckého výzkumu, a tím zajišťují budoucnost a rozvoj ošetrovatelské profese (25).

1.1.4 Charakterové vlastnosti sestry

Práci ve zdravotnictví nelze vykonávat jen jako zaměstnání. Vyžaduje celého člověka. Pokud má sestra svou práci ráda, přináší jí velký pocit životního uplatnění (seberealizace), který většina lidí k plnohodnotnému životu potřebuje. V zaměstnání strávíme většinu života. Mělo by nám tento pocit dávat. Největší odměnou za těžkou práci sestry je zjištění, že přispěla k uzdravení nemocného člověka, který se vrátil do normálního života nebo že zmírnila jeho trápení a bolesti a stála při něm, když na konci svého života potřeboval nebýt sám.

Aby mohla sestra dobře vykonávat ošetrovatelské povolání, musí mít dobré odborné znalosti, mít potřebné charakterové vlastnosti a být fyzicky i psychicky zdravá a zdatná (22).

1.1.5 Etický kodex sestry

Mnoho situací, s nimiž sestra přichází při své práci do styku, klade vysoké nároky na morální přesvědčení sestry. Proto Mezinárodní rada sester vypracovala hlavní etické (morální) zásady ošetrovatelského povolání, které byly sestřerskou veřejností přijaty v r. 1973. Také české sestry se k nim prostřednictvím svých profesních organizací hlásí. Mezinárodní etický kodex pro zdravotní sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou

sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, zatím poslední revize byla provedena v roce 2000 (Příloha 3) (22).

1.1.6 Nové typy rolí a postavení sester

O budoucnosti ošetřovatelství rozhoduje veřejnost a sestry, individuálně i prostřednictvím svých odborů, profesních organizací a organizací, ve kterých pracují, by se měly účastnit veškeré veřejné diskuse. Aby získaly tyto možnosti, musí dokázat zavést změny, které považují za nutné, aniž by vyvolaly zbytečné konflikty v prostředí, kde se „péče“ poskytuje a aniž by narušily důvěru a specifický vztah, který je mezi nimi a pacienty (13).

Budoucnost ošetřovatelské praxe neleží zcela v rukou sester. Ošetřovatelství je ovlivňováno následujícími faktory:

— ekonomickými tlaky, např. zvyšujícími se náklady na zdravotnickou technologii a zvyšujícím se počtem stárnoucí populace;

— mezinárodními tlaky ve formě nových myšlenek týkajících se způsobu poskytování zdravotní péče, např. strategie WHO Zdraví pro všechny do roku 2000,

— politickými tlaky, např. změnami vládní zdravotnické politiky v důsledku změn ve státní politice;

— s konzumenty služeb, kteří chtějí být např. více zapojeni do toho, jak jsou zdravotnické služby řízeny nebo financovány.

Ošetřovatelství patří k jedné z klíčových funkcí společnosti. Má důležitou společenskou úlohu. Pro budoucí vývoj ošetřovatelství existuje několik důležitých kroků, které je nutno uskutečnit na státní, lokální i osobní úrovni. Každá jednotlivá sestra má svou vlastní roli a každá sestra je určitým způsobem vůdčí osobností (13).

Definování specifických rolí každé profese má být zakotveno v legislativních normách. Každý člen profese musí mít jasnou představu o svých povinnostech a kompetencích a povinnostech a kompetencích druhých. Protože péče o pacienta je komplexní, mohou se některé oblasti v určitých situacích překrývat.

Se změnami struktur řízení zdravotní péče se mění i role a funkce sester ve vedoucím postavení, které musí stále více rozumět širším zdravotnickým službám a stávat se jejich součástí. Podle ICN vznikají nové typy rolí a postavení sester, které

odpovídají novým strukturám zdravotních služeb tak, aby se zachovala samostatná kontrola sester sestrami—manažerkami nad odbornou ošetrovatelskou praxí a realizací standardů. Dále aby sestry měly vliv na zdravotnické plánování, vývoj politiky a řízení zdrojů v širších zdravotnických službách (13).

1.2 Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu

„Ošetrovatelský proces je základním kamenem vyspělého ošetrovatelství. Zásadně ovlivňuje jeho kvalitu a přivádí sestru od techniky zpátky k pomoci nemocnému člověku a jeho rodině. Realizace ošetrovatelského procesu přináší sestře mnohem silnější zpětnou vazbu - lepší kvalita péče i její pozitivní hodnocení nemocným umocňují osobní pracovní motivaci sestry. Ošetrovatelský proces předpokládá změnit tradiční a zaběhaný způsob práce sester. Ačkoliv se ve světě používá jako základní metoda práce sester již více než čtyřicet let, u nás se jeho prvky začínají postupně zavádět do ošetrovatelské praxe teprve v poslední době. Rada pro rozvoj ošetrovatelství v souladu s koncepcí českého ošetrovatelství věnuje ošetrovatelskému procesu velkou pozornost ,“ napsala doc.PhDr. Marta Staňková, CSc. v úvodním slově praktické příručky pro sestry (26).

Ošetrovatelský proces se především odráží v aktivních činnostech sestry, k nimž se sama iniciativně rozhodne na základě hlubšího poznání nemocného, zejména takového, který své potřeby dostatečně nesignalizuje buď proto, že toho není schopen pro svůj těžký stav, nebo proto, že je signalizovat neumí nebo z různých důvodů nemůže či nechce - např. sestry mu nedávají příležitost (26).

Jednou z nejdůležitějších rolí sester je to, že se zaměřují na osobní a individuální potřeby pacienta, ale lze to rovněž považovat za jejich největší slabinu. Sestry musí chápat svou individuální roli v širších souvislostech, které přesahují jejich bezprostřední okolí a organizaci a rozšiřují se na společnost a politickou oblast. Ošetrovatelství je relativně izolovaná profese. Je to profese, jež si dříve dostatečně nevšímala velkých společenských, politických a ekonomických sil, které formovaly a obklopovaly ošetrovatelskou praxi.

1.2.1 Ošetrovatelský proces u klienta hradící regulační poplatek

Přítomnost ošetrovatelského problému vyjadřuje poznání, že v konkrétní potřebě nemocného nebo i zdravého člověka není z ošetrovatelského pohledu vše v pořádku. Ošetrovatelský problém může být aktuální, potencionální, edukační.

Potřeby klienta je nutné při diagnostice seriozně posoudit (14).

Fáze ošetrovatelského procesu jsou :

1. zhodnocení nemocného

(„kdo je můj nemocný?“)

- ošetrovatelská anamnéza

- zhodnocení nemocného (pomocí rozhovoru, pozorování, testování, měření).

2. stanovení ošetrovatelských potřeb, problémů, diagnóz

(„co ho trápí?“)

- ošetrovatelské problémy identifikované sestrou,

- problémy pociťované nemocným,

- dohoda s nemocným o pořadí jejich naléhavosti.

3. vypracování individualizovaného plánu ošetrovatelské péče

(„co pro něj mohu udělat?“)

- stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče

- návrh vhodných opatření pro jejich dosažení

- dohoda s nemocným o pořadí naléhavosti jejich provedení

4. realizace aktivní individualizované péče

5. zhodnocení efektu poskytnuté péče

(„pomohla jsem mu?“)

- objektivní změření účinku péče

- zhodnocení fyzického a psychického komfortu nemocného

- úprava ošetrovatelského plánu (26).

Pacient přichází k lékaři nebo do zdravotnického zařízení z důvodu diagnostiky nebo léčby onemocnění. Dostává léky, injekce, dietní terapii. Společným zájmem nemocného i zdravotníků je návrat ke zdraví. Pro uzdravení nemocného je nezbytné, aby vedle medikamentů, léčebných zákroků měl dostatek spánku, přiměřenou výživu,

dobré podmínky pro hygienu a vyprazdňování. Uzdravovací procesy podpoří dobrá psychická pohoda nemocného. Vedle logických potřeb by měl nemocný mít uspokojeny i potřeby jistoty a bezpečí. Tato potřeba vyjadřuje touhu po spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti, též potřebu ekonomického zajištění.

Platba regulačních poplatků může způsobit nedostatek finančních prostředků nemocného. Mezi sociálně – kulturní faktory ovlivňující mnohé potřeby nemocných patří též finanční problémy. V širším slova smyslu jsou tyto aspekty propojeny s faktory psychicko-duchovními. Psychickou odezvou neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí nemocných mohou být – strach, úzkost, zoufalství, bezmocnost, hněv, smutek..

Starý člověk má strach z nesoběstačnosti, ze závislosti. Vzhledem k psychickým změnám provázejícím stárnutí a stáří si nemusí strach uvědomovat nebo naopak mohou (vlivem snížených adaptačních schopností) negativní emocionální stavy vyústit v dlouhodobý smutek, žal až v depresi.

Další ošetřovatelskou diagnózou, která se vztahuje k problematice jistoty a bezpečí a tedy i k problematice platby regulačních poplatků, je nedostatek informací. Je to stav, kdy nemocnému chybí specifické informace k adekvátnímu rozhodování.

Veškeré jednání a chování zdravotníků by mělo ve svém důsledku vést k odstranění nebo snížení nejistoty, strachu a úzkosti. Komunikace s nemocným musí být jasná a srozumitelná. Informace, které nemocnému dáváme, by měly být přiměřené věku, úrovni vzdělání, předchozím zkušenostem.

Neuspokojení potřeby jistoty a bezpečí může nemocný signalizovat verbálně, říká, že má strach, uvádí zdroj strachu (například, že nebude mít finanční prostředky na zaplacení regulačního poplatku). Častěji nemocní vyjadřují nejistotu, strach, úzkost – tedy neuspokojenou potřebu jistoty a bezpečí – neverbálně. Zde velice záleží na pozorovacích a komunikativních schopnostech sestry. Empatický, opravdový přístup k nemocnému je předpokladem k identifikaci problémů v této oblasti a následné pomoci (29).

1.2.2 Specifická problematika stáří

Staří lidé jsou povahově rozmanití jako ostatní, nejde o nějaký zvláštní typ osobnosti. Specifická problematika ve stáří je však dána procesem stárnutí spojeným s řadou změn organismu. To s sebou často přináší sníženou schopnost orientace v aktuálních problémech života a obtíže při sebeovládání. Ztráta životního smyslu pak může vést i k rezignaci na dodržování společenských, kulturních a hygienických pravidel. Popudlivost starších lidí je často dána vědomím vlastního handicapu a pocity, že druzí jsou na tom lépe a na ostatní neberou ohledy (23).

Pracovníci ve zdravotnických a sociálních službách by si měli vytvořit o stáří vyváženější představu, nevšímat si pouze negativních stránek, a to proto, aby jejich kontakt se starým člověkem nebyl poznamenán tímto negativním přístupem. Starého člověka je nutno považovat za samostatnou rozumovou bytost, která je schopna se rozhodovat, a ne za pouhý prostředek (objekt či nástroj) druhých (4).

Donedávna byl věk 65 let považován za hranici stáří. V dnešní společnosti se však řada šedesátníků jako staří nejeví. Výzkumy udávají, že postoje a aktivity dnešního sedmdesátníka odpovídají aktivitám padesátníka žijícího před dvaceti lety. Ověřovány byly i změny duševních schopností v závislosti na věku. Není žádný důkaz o tom, že by se s věkem zhoršovala obecná schopnost učit se. I krátký trénink dokáže schopnost řešit problémy rychle zlepšit (30).

1.2.3 Vztah dnešní společnosti k seniorům

Současnost preferuje jednoznačně zdraví, mládí, úspěch a výkon. Kvalita života se odvíjí právě od těchto hodnot, a proto jakékoliv odkazy na význam utrpení, bolesti a nemoci pro osobní růst každého jednotlivého člověka jsou považovány téměř za nepatřičné. Tuto velmi závažnou problematiku rozhodně nemůže naše společnost opomenout, anebo snad dokonce bagatelizovat. Je potřeba mít úctu a respekt k přirozenému běhu života, kde radost a bolest, štěstí a utrpení, nemoc a zdraví, ale i jiné póly bytí patří k plnosti života nás všech (8).

Populace v České republice stárne. Stejně je tomu i ve všech zemích západního světa. Je to dáno trvale klesající porodností a zároveň snižující se úmrtností ve všech věkových skupinách. Dochází k prodlužování střední délky života. Zvyšuje se absolutní

počet seniorů, zároveň narůstá jejich procentuální zastoupení v populaci. Jde o trend, který bude v ČR i ve světě nadále pokračovat (19). (Příloha 2)

Vztah ke stáří si člověk formuje na základě názorů a postojů, se kterými se setkává v rodině a ve společnosti. Cena starých lidí pro určitou komunitu je dána tím, jaké hodnoty preferuje (8). O kultuře dané společnosti vypovídá úroveň její péče o handicapované, duševně nemocné a staré lidi (5).

Senioři jsou různorodou skupinou, která žije různě aktivním způsobem života. Stáří má vysoce individuální charakter. Může být obdobím moudrosti, klidu a spokojenosti, ale také obdobím nemocí, bolesti a utrpení. Omezení nebo ztráta soběstačnosti způsobuje závislost na pomoci druhých (4).

1.2.4 Specifické úkoly stáří

Ve své knize J.Křivohlavý vyjmenovává specifické úkoly stáří dle Havighursta. V těchto úkolech se doporučuje seniorům přizpůsobovat svůj život změnám zdravotního stavu a úbytkům sil ve stáří, přizpůsobovat se ekonomickým změnám, k nimž dochází při odchodu do důchodu. Zdůrazňuje se nutnost vyrovnat se s odchodem manželského partnera či partnerky. Radí se v nich, jak vytvářet kladné sociální vztahy uvnitř vlastní věkové skupiny, jak se neschovávat do sociální ulity, ale naopak vycházet vstříc sociálnímu dění a nevyvazovat se ze sociálních závazků (nepřestat sociálně fungovat). Havighurst varuje před tím, stát se druhým lidem problémem, případně až břemenem (12).

V komunikaci se seniorem by sestra měla využívat prvky jak verbální, tak neverbální, ale hlavně činy. Komunikace má svá psychologická pravidla i své záludnosti. Důležité je pomoci starším pacientům s aktivním přístupem k životu, umět je povzbudit, účinně motivovat a poradit jim. V komunikaci se seniorem musí sestra dbát na zachování jeho důstojnosti, snažit se o jeho osobě dozvědět co nejvíce, aby si mezi sebou vytvořili blízký vztah a důvěru. Tím, jak senior hovoří o tom, jak se vypořádává se svými problémy, se mu uleví. Povídání o příjemných zážitcích a připomínání si šťastných chvil přenesení starého člověka do doby, kdy byl mladý a zdravý, a tyto vzpomínky ho naplní příjemnými pocity. Uvědomí si, co v životě

dokázal, a bude se cítit hodnotným, sebevědomějším a spokojenějším. Tento pocit je podstatný pro přijetí stáří a poskytuje potřebný duševní klid (21).

Kvalita života se odvíjí od mnoha aspektů. Senior je konfrontován s mnoha životními úkoly. Ukazuje se, že je značný rozdíl mezi stárnoucími lidmi v plánování budoucnosti. Ti, kteří žijí doma v rodině, a ti kteří žijí relativně šťastně, mají více jasno do budoucnosti nežli ti, kteří žijí v domovech důchodců, a ti , kteří prožívají své stáří nepříliš šťastně (13).

1.2.5 Spektrum koordinovaných služeb

V návaznosti na změny přichází nutnost hledat nový způsob života ve stáří. Nejčastěji jsou to změny v úrovni péče o sebe a také zvýšené nároky na pomoc okolí. Ty pak vedou seniora, nebo častěji jeho okolí, k hledání vhodného místa pro život. Moderní pohledy na stáří upřednostňují aktivní přípravu na dobu, kdy starý člověk potřebuje intenzivní pomoc a péči. Většina seniorů žije v domácnosti za pomoci a podpory blízkých lidí. To se jeví jako nejlepší a z hlediska seniorů jistě i nejuvítanější varianta. Vhodným doplňkem při potřebě zdravotní péče je spolupráce s Domácí péčí.

Při větších zdravotních problémech, osamělosti, nemožnosti pomoci ze strany blízkých teprve nastupuje varianta institucionální péče. Přes všechnu snahu jde o krajní řešení a mnoho starých lidí ji nese úkorně. Model, kdy si senior vybere zařízení, ve kterém mu později mohou poskytnout potřebnou sociální a zdravotní péči, je ideální. Pokud je nabídka míst k životu ve stáří širší, může senior posoudit všechny dostupné informace a vybrat si zařízení, které mu nejlépe vyhovuje.

Obvykle senior spolu s příbuznými zohledňuje lokalitu, ve které se zařízení nachází. I když jde o kraj , kde má budoucí klient kořeny, zvažuje spolu s blízkými, zda jde o lokalitu dostupnou pro návštěvy. Dále se senior informuje na velikost zařízení, na typ poskytovaných služeb, zda je většina klientů aktivních či nikoliv. Jistě v rozhodování hraje roli i cena měsíčního pobytu, tak jako i čekací doba.

Starší člověk se ještě v době, kdy je více aktivní a tedy i schopný adaptace na nové prostředí a jiný životní cíl , zkusí adaptovat v nové lokalitě, seznámí se s pracovníky i dalšími klienty. Jeho začlenění se do způsobu života zařízení mu pak

v budoucnosti dá lepší šanci rychlejší a bezproblémové adaptace. Pokud zde ve stáří najde své místo a způsob, jak spokojeně žít, klesá pravděpodobnost vzniku konfliktů s personálem i spolubydlícími (32).

Pro mnoho starých lidí je ústavní péče vhodným řešením, ale není a nemůže být řešením univerzálním. Málo známá fakta vypovídají o tom, že pouze 5 % starých lidí uvažuje o odchodu do nějakého azylového zařízení a pouze 3- 4 % z nich tam nakonec opravdu odejde. Ostatně sociální sféra nabízí pouze 35 000 míst v domovech důchodců a 12 600 v domovech penzionech. Aktuální potřeba je o 30 – 40 tisíc lůžek vyšší. Je tedy zjevné, že převážná část starých lidí zůstává v péči rodiny, v době akutního zhoršení zdravotního stavu pak v péči zdravotníků v nemocnicích. Ti ovšem oprávněně požadují systémové změny a podstatné rozšíření neakutních lůžek (5).

Ačkoliv Česká gerontologická a geriatrická společnost vypracovala několik návrhů, jak systémově řešit současné problémy, stále chybí dostatek odvahy k restrukturalizaci lůžek a k dalším výrazným organizačním změnám. Tento neblahý stav má za následek hluboký nedostatek ošetrovatelských a sociálních lůžek (6).

Nesporné je, že se teprve v průběhu času ukázalo, že oddělovat zdravotní a sociální péči o staré lidi je k neprospěchu věci. Proto je potřeba budovat široké spektrum koordinovaných služeb tak, aby si mohl každý starý člověk vybrat ten způsob péče, který nejlépe pokrývá jeho skutečné potřeby. Nacházíme se právě v době, která takový účelný systém buduje, a to s respektem k finančním možnostem státu, potřebám nemocným a odborným znalostem (5).

1.3 Faktory ovlivňující zdraví

Zdraví je ovlivňováno řadou faktorů. Tyto faktory působí na zdraví ve vzájemné interakci a nelze přesně stanovit intenzitu působení každého z nich jednotlivě. Odhaduje se, že zdravotnictví může ovlivnit zdravotní stav obyvatelstva pouze z 15 až 20%. Rozhodující podíl (okolo 80 %) připadá na působení tzv. nezdravotnických faktorů. Mezi ně řadíme vnější (životní prostředí, způsob života a pracovní prostředí) a vnitřní (genetické předpoklady).

Úroveň zdravotní péče spolu s nezdravotnickými faktory tvoří soustavu faktorů ovlivňující zdravotní stav populace.

Míra skutečného efektu zdravotní politiky je přitom dána nejen politickými zájmy a zájmy samotných občanů, ale i schopností společenského systému tyto zájmy vyvolávat a současně vytvářet podmínky k jejich efektivní realizaci.

Vzhledem k tomu, že souvislosti mezi zdravím obyvatelstva a jeho politickými, sociálními a ekonomickými determinanty jsou velmi těsné, měla by zdravotní politika, pokud má být účinná, být vázána na všechny prvky a stránky reprodukčního procesu, které jsou rozhodující pro další vývoj zdravotního stavu obyvatelstva ve společnosti.

Stát si tak vyhrazuje právo vstoupit do vztahu tří základních elementárních subjektů, vztahu mezi poskytovateli, plátcí a pacienty, např. tím, že:

- legalizuje povinnou solidaritu,
- provádí lékovou politiku,
- reguluje cenu zdravotnických služeb, a tím čerpání fondu zdravotního pojištění,
- přispívá platbami ze státního rozpočtu a vykonává vlastnická práva zdravotnických zařízení,
- garantuje kvalitu zdravotní péče prostřednictvím vzdělávacího systému lékařů a zdravotnického personálu,
- vykonává dohled nad činností veřejných zdravotních pojišťoven,
- kontroluje síť zdravotnických zařízení apod.,
- zabezpečuje ochranu zdraví (hygiena, čistota vody, prevence očkováním (11).

1.4 Systém zdravotního zabezpečení v ČR

Na světě je málo zemí, které by jako Česká republika měly tak bohatou a hlubokou historii systému zdravotního zabezpečení založeného na vlastní odpovědnosti občanů při uplatnění základního principu solidarity. Záměrem státu, který se hlásí k sociálně orientovaným státům, v oblasti zdravotnictví, by mělo být vybudování moderního, efektivního a solidárního systému, v němž regulativní úloha státu je určena ústavní garancí za dostupnost zdravotní péče .

Zdravotní politika nemá univerzální definici a provádí se v různých zemích různě, a to i v rámci Evropské unie. Spolu se vzdělávací, bytovou, rodinnou, případně dalšími politikami, je nedílnou součástí tzv. širšího pojetí sociální politiky sociálních států. Je proto považována za výraz zájmu států na zdravotním stavu obyvatelstva a jako taková úzce souvisí — prolíná se — s hospodářskou politikou. Role státu v sociální oblasti může být také různá, ale zpravidla spočívá ve stanovení právního rámce a odstraňování negativních sociálních dopadů tržního rozdělování prostřednictvím přerozdělovacích procesů. Stát zasahuje tam, kde sociální stratifikace plodí z hlediska naplnění lidských práv nespravedlnost, kde jsou v důsledku ekonomické nerovnosti omezena lidská práva hospodářská, sociální a kulturní (11).

Rozdělování důchodů je problém všech zemí světa, a to jak těch nejchudších, tak i, a to je pozoruhodné, těch nejbohatších. Lze pozorovat dvě jednoznačné tendence, které mohou mít v relativně blízkém horizontu nedozírné důsledky. Za první, je to stav, kdy bohatší země stále bohatnou a chudé země dále přes všechna úsilí nadnárodních institucí chudnou. Za druhé, v rámci jednotlivých ekonomik se neustále prohlubují rozdíly mezi bohatými a chudými občany země. Shodně s tendencí na úrovni států bohatší dále a stále rychleji bohatnou a životní úroveň chudších vrstev buď stagnuje nebo se i propadá. Obecně se dá říci, že se pomyslné nůžky mezi bohatými a chudými stále rozevírají. Ze společenského hlediska je to jev dlouhodobě neúnosný (2) .

Z povahy uznávané hodnotové hierarchie a z ekonomické a společenské úrovně vyplývá i konstrukce práva na zdraví, které je základem zdravotní politiky států. V právním řádu ČR je toto právo zakotveno v Listině základních práv a svobod jako součást ústavního pořádku.

Státní zdravotní politiku v dnešním pojetí, přes různé postoje k budoucnosti sociálních států, můžeme definovat na základě platných zákonů a konvencí jako cílevědomou činnost státu (vedle dalších politik) zaměřenou na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatelstva. Takto široce definovaná zdravotní politika zahrnuje dva druhy aktivit. Jsou to aktivity zaměřené k léčení, tj. k odstranění změn ve zdravotním stavu člověka, obnově nebo navrácení zdraví — tato zdravotní politika je z hlediska její

realizace nákladná a má své determinanty. A další aktivity jsou činnosti ve směru ochrany a podpory zdraví, ve směru zamezení vzniku nemoci (11).

1.4.1 Základní existenční potřeba člověka

Péče o zdraví je v posledních dvou desetiletích v Evropě i jinde ve světě spojena s rostoucími náklady na zdravotnictví. Příčiny nutno hledat nejen ve zvyšování úrovně zdravotní péče a demografickém vývoji, ale i v systému financování zdravotnictví. Při posilování kriteriální funkce trhu se objektivně zesiluje tlak na zdravotní výdaje, ať už jsou financovány ze státního rozpočtu nebo z ostatních veřejných fondů či soukromých zdrojů. V případě veřejného financování zájmy pacienta zastupuje stát prostřednictvím legislativy, v případě selhání státu se pacient stává obětí systému, na jehož financování se podílí.

Při formování úlohy státu nutno vycházet z té skutečnosti, že ochrana a zachování zdraví je jednou ze základních existenčních potřeb člověka a společnosti. Snaha jednotlivce být zdravý má sebezáchovný charakter.

Klíčovým principem garantovaných systémů zdravotní péče je princip sociální solidarity (z pohledu liberálních ekonomů často označovaný jako princip „vynucené solidarity“). Tento princip vyjadřuje, že zdravotní péče se má dostat všem, kteří ji potřebují bez ohledu na jejich platební schopnost, eliminuje postavení v sociálních vrstvách (11).

1.5 Problematika regulačních poplatků

Zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů byl novelizován zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a byly zavedeny regulační poplatky.

Od první chvíle, kdy se začalo uvažovat o zavedení poplatků v našem zdravotnictví ,začala také diskuse o jejich podobě a existenci (16).

Ústavní soud ČR 28.5.2008 definitivně odmítl návrh poslanců ČSSD a KSČM, kteří požadovali zrušení poplatků ve zdravotnictví. Rozhodl, že poplatky nejsou v

rozporu s Ústavou ČR. Soud tím zároveň uzavřel posuzování celé vládní reformy veřejných financí (28).

K meritu věci, je potřeba upozornit na to, jaké argumenty vedly Ústavní soud k rozhodnutí o zachování regulačních poplatků ve zdravotnictví. Navrhovatelé poukazovali především na rozpor zavedení poplatků u lékaře s principem bezplatné zdravotní péče, vyjádřené v čl. 31 Listiny základních práv a svobod. Ústavní soud v rozsáhlé argumentaci odmítá i tento rozpor. Nejprve se věnuje historickým souvislostem. Zdůrazňuje fakt, že základní kodexy v dějinách lidstva se s platbami za výkon lékařských služeb vyrovnávaly tak, že takové platby připouštěly. Bez zajímavosti jistě není, že soudci poukazují na tuto otázku už u starověkého Chammurapiho zákoníku, rovněž u socialistických kodexů, a ve větší části normativních systémů. Ústavní soud se posléze pouští ke komparaci s jinými evropskými zeměmi. Zde uvádí, že ve většině západních států není požadavek bezplatnosti lékařské péče ústavně dán vůbec. Dále uvádí rozbor filosoficko-etického rozměru plateb u lékaře, kde v zásadě nevidí rozpor mezi poskytováním jakési ideální medicíny, tedy pomoci lidem a ekonomickou aktivitou. Ekonomický rozměr ve zdravotnictví poté podtrhuje i odkazem na názor OECD, ve kterém tato organizace doporučila zavedení regulačních poplatků s cílem omezit nadužívanou zdravotní péči.

V dalším se Ústavní soud dostal k tvrzenému rozporu zákona s ústavním zakotvením (čl.31 Listiny), které zní: „Občané mají na základě veřejného zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“ Zákonné provedení bezplatné péče může znamenat určité úpravy zdravotního systému, jehož cílem je rozumnější uplatnění „esenciálního obsahu tohoto ustanovení.“ Soudci ve svém rozhodnutí uvedli, že obsahem čl. 31 věty druhé Listiny je ústavní zakotvení obligatorního systému veřejného zdravotního pojištění, který vybírá a kumuluje prostředky od jednotlivých subjektů (plátců), aby je mohl na základě principu solidarity přerozdělit a umožnit jejich čerpání potřebným, nemocným, chronikům. Ústavní garanci, na základě které se bezplatná zdravotní péče poskytuje, používá pouze a jenom suma takto shromážděných prostředků. Zákonem zavedené poplatky, jak vyplynulo i z provedeného dokazování, regulují přístup k zdravotní péči hrazené z

veřejného pojištění, čímž zamezují jejímu nadužívání; to v důsledcích zvyšuje procento pravděpodobnosti, že se zdravotnická péče dostane opravdu těm skutečně nemocným. Tímto, skrze poplatky, dochází i k naplňování legitimního cíle ústavodárce, a to aniž by se použitý prostředek jevil nerozumným. Proto napadenou právní úpravou nebyl popřen esenciální obsah ústavně zaručeného základního práva tak, jak byl popsán shora, přičemž zákonná úprava nevybočila ze sledování legitimního cíle a není očividně nerozumnou. Lze proto uzavřít, že daná kritéria napadenou právní úpravou překročena nebyla.

Tímto soud vyjádřil, že snahy o efektivnější uplatňování sociálních práv provedením zákonných úprav jsou možné. Vyjádřil jistou rezervovanost k zásahům do politických rozhodnutí, která jsou pro reformní činnost ve zdravotnictví a uvedl, že by mohl být vytvořen nebezpečný precedent odmítání jakýchkoli reformních snah vlád. Odmítl tak úvahu o tom, že uvedená změna zdravotního systému zhoršuje přístup ke zdravotnictví. Dále se soud pouští do vymezení chápání principu solidarity a určení, zda v tomto případě opravdu zůstane dodržen. Apeluje poté na zákonodárce, že by měly vyhodnotit skutečné dopady této části reformy a v případě, že se ukáže, že solidarita v systému zdravotnictví byla porušena, měly by přistoupit ke zrušení této úpravy (3).

Novelizace zákona o regulačních poplatcích proběhla k 1.8.2008 a 1.4.2009. Navzdory celospolečenské atmosféře, která okolo vybírání regulačních poplatků vznikla, zavedení regulačních poplatků platí. Složitost zavedení platby regulačních poplatků ve zdravotnických zařízeních naznačuje dopis představenstva Nemocnice Strakonice, a.s. vydaný koncem roku 2007. (Příloha 4)

1.5.1 Zákon a platba regulačních poplatků

Zavedeny jsou to tyto regulační poplatky :

a) 30Kč za

- návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření u praktického lékaře, lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře a u zubního lékaře,
- návštěvu u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči,
- návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a lékařem pro děti a dorost,

- návštěvu u klinického psychologa,
- návštěvu u klinického logopeda,
- za vydání každého, ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného, léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení. Pokud platí pojištěnec doplatek, je součet doplateků za všechna balení jednoho druhu snížen o zaplacený regulační poplatek nebo příslušnou část, a to tak, aby částka zaplacená za doplatek a regulační poplatek činila nejméně 30 Kč.

b) 90 Kč za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím

- lékařskou službu první pomoci včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři,
- ústavní pohotovostní službu v sobotu, neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17.00 hod. do 7.00 hod., pokud nedojde k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče.

c) 60 Kč za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče, komplexní lázeňská péče nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách, přičemž se den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování takové péče, a den, ve kterém bylo poskytování takové péče ukončeno, počítá jako jeden den; to platí i pro pobyt průvodce dítěte, je-li hrazen ze zdravotního pojištění. Povinnosti vyplývající z jiných zákonů tím nejsou dotčeny.

1.5.2 Kdy se poplatky nehradí

Regulační poplatek (30, 60 a 90 Kč) se neplatí:

- a) jde-li o pojištěnce umístěné v dětských domovech, ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy nebo umístěné k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením, nebo pojištěnce umístěné na základě rozhodnutí soudu v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (zák. 359//199 Sb., o sociálně právní ochraně dětí), nebo pojištěnce svěřeného do pěstounské péče,
- b) při ochranném léčení nařízeném soudem nebo při umístění pojištěnce z důvodů stanovených zvláštním zákonem bez jeho souhlasu do ústavní péče, vysloví-li s

přípustností převzetí a dalšího držení pojištěnce v ústavní péči souhlas soud nebo při výkonu zabezpečovací detence,

c) při léčení infekčního onemocnění, kterému je pojištěnec povinen se podrobit, při nařízené izolaci ve zdravotnickém zařízení nebo při nařízených karanténních opatřeních k zajištění ochrany veřejného zdraví podle zvláštního právního předpisu,

d) jde-li o pojištěnce, který se prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, která je mu poskytována podle zvláštního právního předpisu, ne starším 30 dnů,

e) při posuzování zdravotní způsobilosti pojištěnce k odběru tkání a orgánů, při odběru tkání a orgánů a při dispenzární péči o pojištěnce po odběru tkání a orgánů podle transplantčního zákona,

f) jde-li o pojištěnce, kterému jsou poskytovány sociální služby v domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem nebo ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, pokud u tohoto pojištěnce po úhradě za ubytování a stravy činí stanovený zůstatek ve výši alespoň 15% jeho příjmu méně než 800 Kč nebo pokud nemá žádný příjem.

Regulační poplatek (30 Kč) se neplatí, jde-li o preventivní prohlídku, dispenzární péči poskytovanou osobám zdravým, ohroženým a nemocným v těchto skupinách: dětem do jednoho roku, vybraným dětem od jednoho roku věku chronicky nemocným a ohroženým poruchami zdravotního stavu, a to v důsledku nepříznivého rodinného nebo jiného společenského prostředí, vybraným mladistvým, těhotným ženám ode dne zjištění těhotenství, ženám, které používají hormonální a nitroděložní antikoncepci, pojištěncům ohroženým nebo trpícím závažnými onemocněními. Tento poplatek se také nehradí jde-li o hemodialýzu, laboratorní nebo diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem (pokud není zároveň provedeno klinické vyšetření), dále jde-li o vyšetření lékařem transfúzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně. Dle novelizace tento poplatek 30 Kč neplatí děti do dovršení 18 let věku včetně tohoto dne.

Regulační poplatek (60 Kč) se neplatí při ústavní péči o narozené dítě, a to ode dne porodu do dne propuštění ze zdravotnického zařízení ústavní péče, ve kterém k porodu došlo, nebo do dne propuštění z jiného zdravotnického zařízení ústavní péče, do kterého bylo dítě ze zdravotních důvodů bezprostředně po porodu převezeno (17).

1.5.3 Platba zdravotnickému zařízení

Regulační poplatek se platí zdravotnickému zařízení v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Regulační poplatek za poskytnutí ústavní péče se platí zdravotnickému zařízení nejdéle do 8 kalendářních dnů po propuštění z ústavní péče, s výjimkou případů, kdy je pojištěnec umístěn ve zdravotnickém zařízení po dobu delší než 30 dní; v takovém případě se regulační poplatek hradí vždy k poslednímu dni každého kalendářního měsíce. Zdravotnické zařízení je povinno vystavit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci na jeho žádost doklad o zaplacení poplatku. Regulační poplatek je příjmem zdravotnického zařízení a to je povinno použít vybrané regulační poplatky na úhradu nákladů spojených s provozem zdravotnického zařízení a jeho modernizaci (7).

1.5.4 Roční limit plateb regulačního poplatku

Zdravotnické zařízení je povinno regulační poplatek od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat, pokud nejde o výjimku z placení. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 50 000 Kč. Pokutu je možno uložit i opakovaně (18).

Pokud celková částka uhrazená pojištěncem nebo za něj jeho zákonným zástupcem za regulační poplatky a za doplatky za předepsané ze zdravotního pojištění částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, vydané na území České republiky, překročí v kalendářním roce limit ve výši 5 000 Kč, u dětí mladších 18-ti let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 18 rok věku a u pojištěnců starších 65 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 65 rok věku, ve výši 2 500 Kč je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou je tento limit překročen. Do limitu podle věty první se započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely pouze ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupné léčivé přípravky

nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání (28).

1.5.5 Pochybení při platbách

Pochybení při platbách

- a) na straně pacientů - neuhradí poplatek, ač k tomu byl vyzván
- b) na straně zdravotnického personálu - pacient vyzván k platbě neoprávněně - platba je vrácena (28).

1.6 Zajištění sociálního sektoru v r.2009

Domovy pro seniory v letošním roce 2009 řeší otázku finančního zabezpečení provozu jejich zařízení obzvlášť naléhavě. Ze státního rozpočtu půjde letos do těchto zařízení o stamiliony korun méně než v loňském roce. Právě na pobytové služby má nejvíce dopadnout snížení rozpočtových výdajů z loňských 6,7 miliardy korun na letošních 4,5 miliardy. Ministerstvo práce a sociálních věcí pro ně sice dodatečně zajistilo ještě 1,5 miliardy korun, ale i tak budou výdaje oproti loňskému roku nižší o 600 milionů korun. Buď těch 600 milionů doplatí kraj či města nebo to bude na úkor kvality a kapacity poskytované péče. Podle současného ministra práce a sociálních věcí Petra Nečase by zbylé finance měly zajistit v první řadě kraje. Zatímco v roce 2005 činily výdaje krajů na vlastní zařízení 1,2 miliardy korun, v roce 2009 je plánováno již jen 674 milionů. Tento stav je neudržitelný (20) .

Měsíční průměrná cena za ubytování a stravu je přibližně osm tisíc korun, hradí se zpravidla z důchodu. Domov může podle zákona požadovat maximálně 150 korun za stravu na den a 180 korun za ubytování na den. Průměrná cena za stravu denně se pohybuje v částkách 110 až 130 korun. Podle zákona musí ale klientům po úhradě nákladů za stravu a pobyt zůstat alespoň 15 procent z jejich příjmu. (Příloha 5)

Sociální služby jsou v domovech hrazeny zpravidla z příspěvku na péči. V roce 2007 bylo v domovech pro seniory 54 procent lidí s příspěvkem na péči. Klienti si mohou ještě hradit takzvané fakultativní služby: stříhání nehtů, obouvání, ranní a večerní hygienu. Limity cen fakultativních služeb každý rok upravuje prováděcí vyhláška zákona o sociálních službách (23) .

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit, zda je senior edukovaný v oblasti úspor na poplatcích

Cíl 2 Zjistit, zda zavedení regulačních poplatků ovlivňují rozhodování seniora v četnosti návštěv k ošetření lékařem

Cíl 3 Zjistit informovanost sester o regulačních poplatcích

2.2 Hypotézy

H 1 Senior je edukovaný v oblasti plánování výdajů na zdravotní službu

H 2 Regulační opatření mohou ovlivnit rozhodování seniora v léčbě

H 3 Sestry nejsou informovány o systému regulačních poplatků

3. Metodika

3.1 Metoda sběru dat

V rámci cílů bakalářské práce proběhl dvojitý sběr dat. K prvnímu sběru dat byl použit kvantitativní výzkum technikou standardizovaného rozhovoru. Před zahájením výzkumu byl osloven ředitel Domova pro seniory v Blatné Václav Kroupa a získán jeho souhlas k provádění výzkumného šetření. K druhému sběru dat byl použit kvantitativní výzkum technikou dotazníků. V rámci toho byla kontaktována vrchní sestra nemocnice Písek Bc. Jana Somrová a vrchní sestra nemocnice Strakonice Bc. Marie Janoušková a byl získán jejich písemný souhlas k provádění výzkumného šetření. Také byla oslovena vrchní sestra Domova pro seniory v Bechyni Marie Matoušková, která umožnila provést šetření v jejím kolektivu sester. Vedení DPS Bechyně písemné potvrzení nedalo s odůvodněním, že jestliže je dotazník anonymní, písemný souhlas není potřeba. Další šetření bylo provedeno mezi sestrami v poliklinice Písek, Strakonice, Blatná.

První šetření bylo určeno pro seniory v DPS Blatná. Technikou sběru dat byl standardizovaný rozhovor. (Příloha 6)

Rozhovor se rozvíjel na základě předem stanovených otázek. Klientky a klienti odpovídali na otázky a byl proveden zápis odpovědí a odpovědi byly zaneseny do grafů.

Otázky byly uzavřené a polozavřené i otevřené:

- Cítíte se na svůj věk zdrav ?
- Jakmile se u Vás vyskytnou zdravotní potíže, vyhledáte lékaře?
- Je někdo v DPS schopen Vám poradit v oblasti financování zdr.péče ?
- Využíváte poradenství těchto osob ?
- Platil(a) jste regulační poplatek ?
- Znáte účel regulačního poplatku ?
- Znáte své výdaje za léky ?

Druhým typem šetření byl dotazník určený sestřám a byl anonymní. Dotazník obsahoval 24 otázek. V některých otázkách mohly sestry zaškrtnout více odpovědí. Nejdříve byly otázky identifikační na zjištění základních údajů (věk, dosažené vzdělání), dále to byly otázky na obecnou informovanost o regulačních poplatcích. (Příloha 7)

3.2 Výzkumný soubor

První výzkumný soubor tvořila skupina padesáti seniorů Domova pro seniory Blatná. Nikdo z oslovených seniorů neodmítl odpovědět na otázky z dotazníku, a tak bylo zpracovááno všech padesát dotazníků.

Druhý výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry z nemocnice Strakonice, z nemocnice Písek, z DPS Bechyně, sestry z polikliniky Strakonice, Písek, Blatná a Tábor.

Výzkumné šetření probíhalo v období od prosince 2008 do února 2009. Sestřám bylo rozdáno 200 dotazníků. V nemocnici Strakonice bylo rozdáno na oddělení chirurgie 15 dotazníků, nevrátilo se jich 7, na oddělení urologie 15 dotazníků, nevrátilo se jich 6, na oddělení gynekologie bylo rozdáno 15 dotazníků, nevrátily se 3 dotazníky, na oddělení kožní 10 dotazníků, nevrátily se 2, na oddělení LDN z 10 dotazníků se nevrátily 3.

V nemocnici Písek bylo rozdáno na oddělení chirurgie 15 dotazníků, nevrátilo se jich 5, na oddělení ortopedie 15 dotazníků, nevrátilo se jich 6, na oddělení interní bylo rozdáno 15 dotazníků, nevrátilo se 6 dotazníků, na oddělení LDN se z 15 rozdaných dotazníků nevrátily 4.

V DPS Bechyně bylo rozdáno 15 dotazníků. Poštovní zásilkou se jich vrátilo 9 s omluvou od vrchní sestry, že má ve svém týmu sestry v pracovní neschopnosti.

V poliklinikách byly dotazníky rozdány osobně. V poliklinice Strakonice 20 dotazníků, v poliklinice Písek 20 dotazníků, v poliklinice Blatná 10 dotazníků a v poliklinice Tábor 10 dotazníků. Dotazníky byly jednotlivě osobně vybrány, a tak se vrátily ke zpracování všechny.

Pro neúplnost bylo vyřazeno 24 dotazníků. Nevrátilo se z celkového rozdaného počtu 48 dotazníků. Do výzkumu tedy bylo zařazeno z 200 (100%) dotazníků 128 dotazníků (64%). Celkový počet respondentek výzkumného šetření činil 128 (100%).

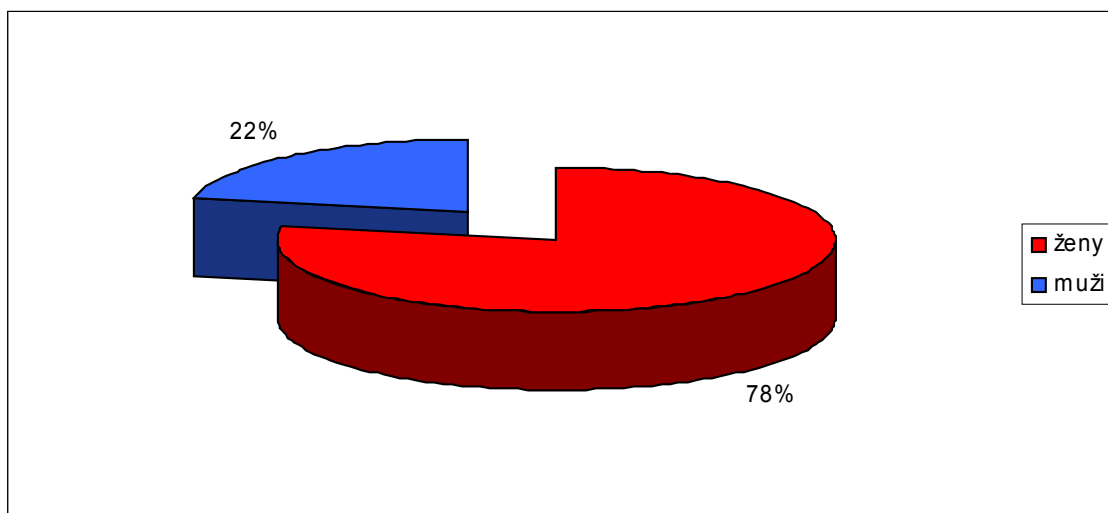
4.Výsledky

Šetření je rozděleno na dva výzkumné soubory.

V prvním šetření bylo cílem zjistit, zda jsou senioři z DPS Blatná edukováni v oblasti úspor na regulačních poplatcích. Druhým stěžejním cílem prvního šetření bylo zjistit, zda opatření související se zavedením regulačních poplatků nějakým způsobem ovlivňují četnost návštěv dotazovaných seniorů u lékaře. Otázek položených seniorům v řízeném rozhovoru bylo 12. Čísla grafů nesouhlasí s čísly otázek, neboť některé otázky byly rozvinuty .

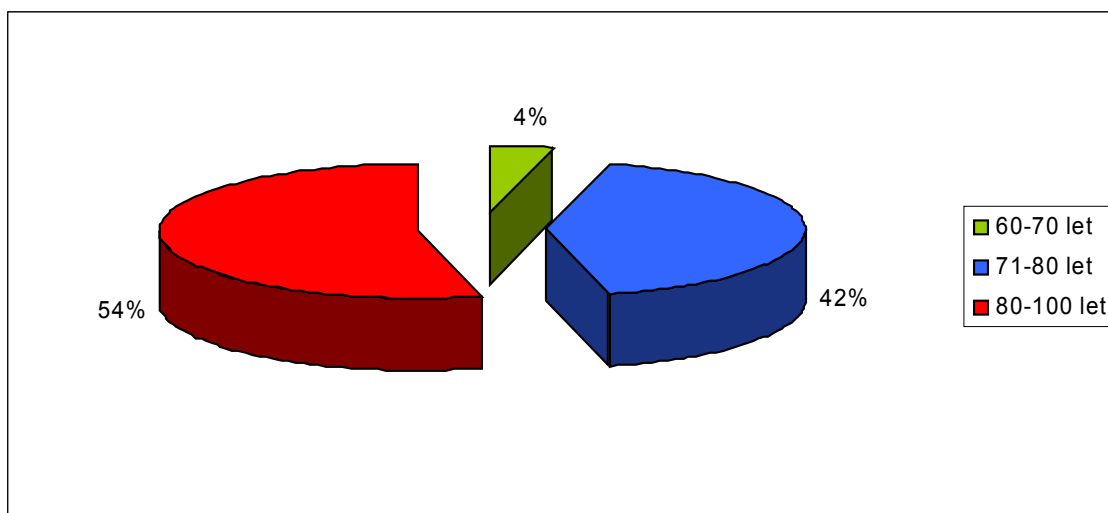
První výzkumný soubor

Graf 1 Pohlaví dotazovaných seniorů



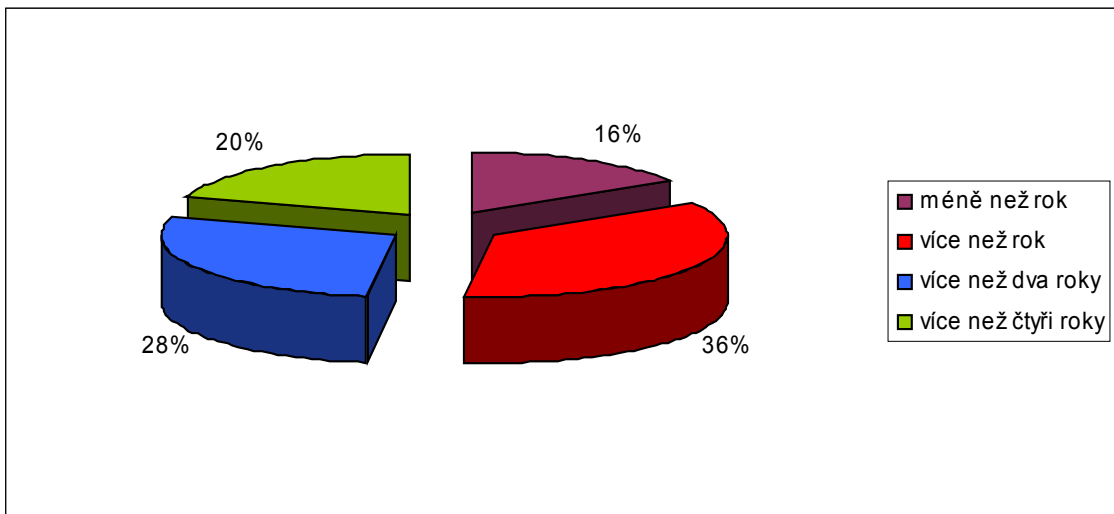
Z padesáti dotazovaných seniorů bylo 39 (78 %) žen a 11 (22 %) mužů. Pravděpodobně je tím naznačeno, že tak nízký počet mužů si můžeme vysvětlit tím, že ženy se dožívají vyššího věku .

Graf 2 Věk dotazovaných seniorů



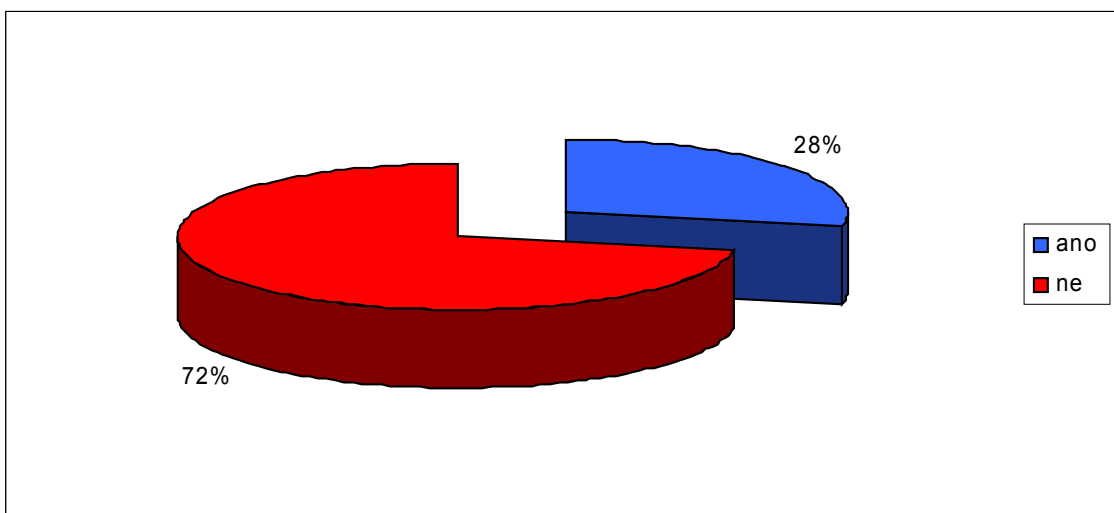
Dále byl zjišťován věk dotazovaných seniorů. Z celkového počtu dotazovaných ve věkovém rozmezí 60-70 let byly dvě osoby (4 %), ve věkovém rozmezí 71-80 let bylo 21 dotazovaných (42 %) a ve věku 81-100 let odpovídalo 27 seniorů (54 %).

Graf 3 Doba pobytu v DPS Blatná



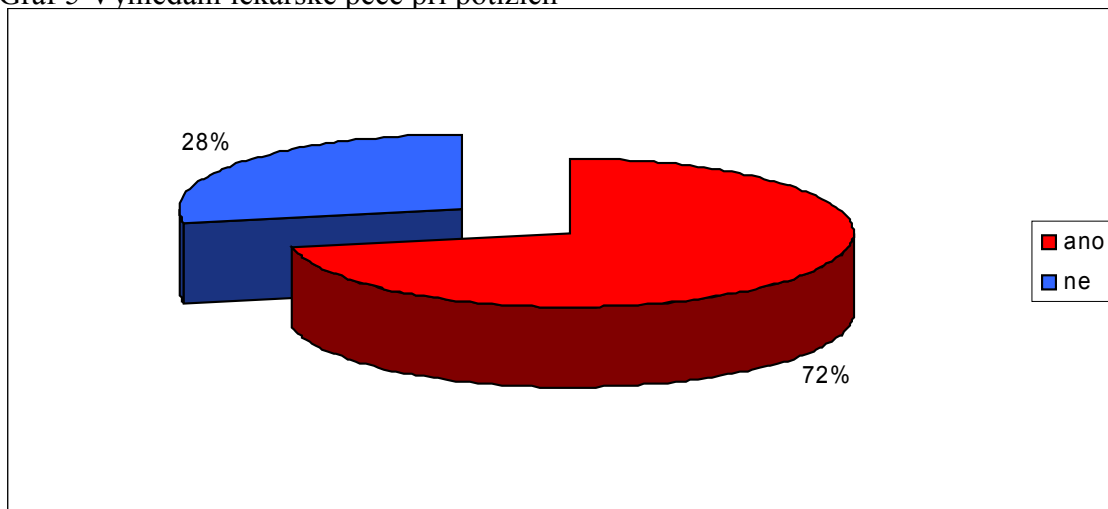
Na otázku, zda senior žije v DPS méně než-li rok, odpovědělo 8 seniorů kladně (16 %), více než rok pobytu uvedlo 18 seniorů (36 %), více než dva roky žije v DPS 14 seniorů (28 %) a dobu pobytu delší než čtyři roky uvedlo 10 seniorů (20 %).

Graf 4 Pocit vlastního zdraví



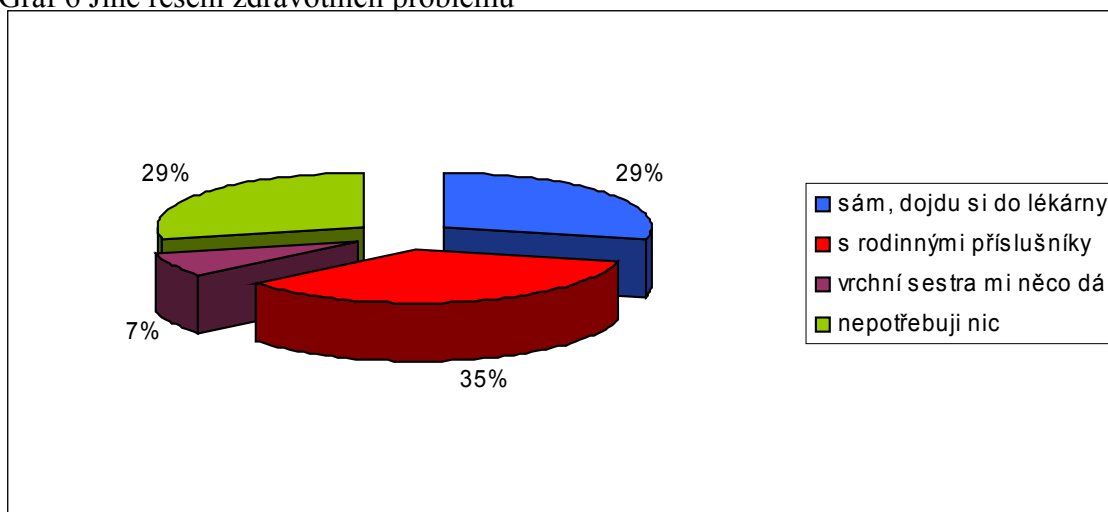
Velmi zajímavé výsledky se týkaly otázky na subjektivní pocit zdraví dotazovaných seniorů. 36 seniorů (72 %) odpovědělo, že se necítí zdrávi. 14 seniorů (28 %) odpovědělo, že se cítí po zdravotní stránce dobře.

Graf 5 Vyhledání lékařské péče při potížích



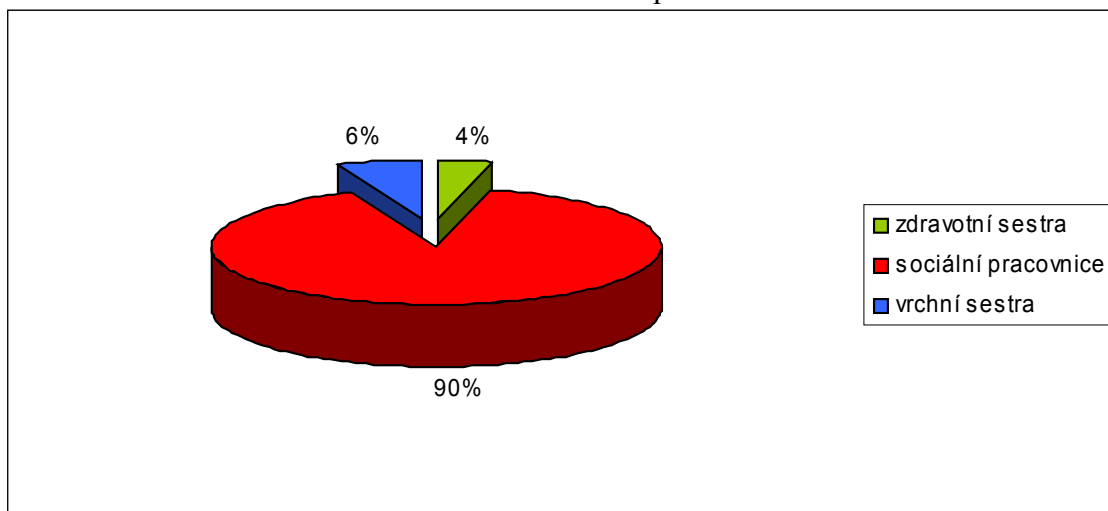
Na otázku seniorům, zda jakmile se u nich vyskytnou nějaké zdravotní potíže, vyhledají vždy lékařskou péči, odpovědělo 36 dotazovaných seniorů kladně (72 %). 14 seniorů odpovědělo, že lékařskou pomoc nevyhledají (28 %).

Graf 6 Jiné řešení zdravotních problémů



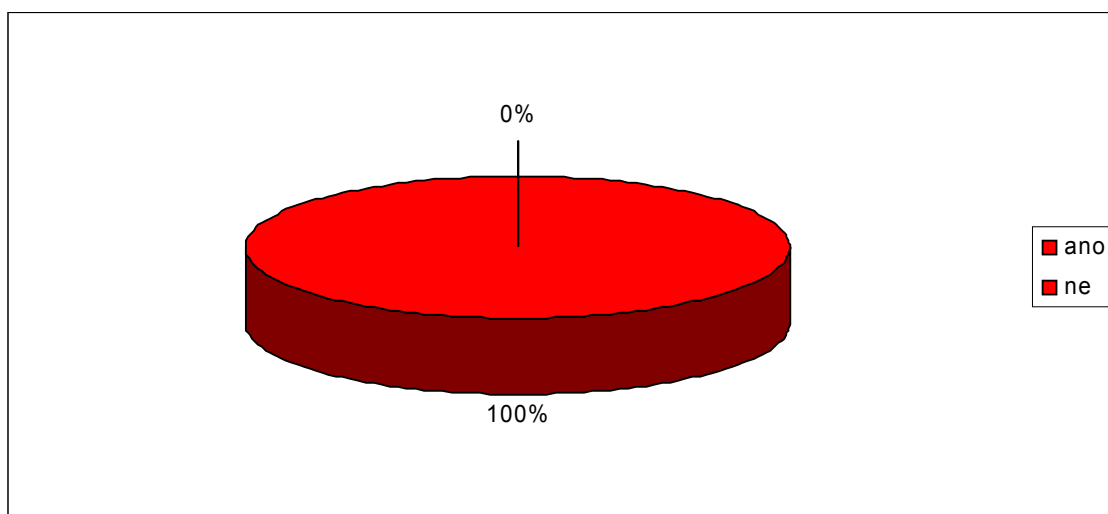
Na otázku, jak jinak řeší 14 seniorů (100 %) své zdravotní problémy, odpověděli 4 senioři (29 %), že řeší zdravotní problém sami. Tím, že si sami dojdou do lékárny. 5 dotazovaných seniorů (35 %) odpovědělo, že zdravotní problémy řeší s rodinnými příslušníky. 1 senior (7 %) řeší zdravotní problémy s vrchní sestrou, která mu lék podá. 4 senioři (29 %) odpověděly, že nepotřebují nic.

Graf 7 Poradenství v oblasti financování zdravotní péče



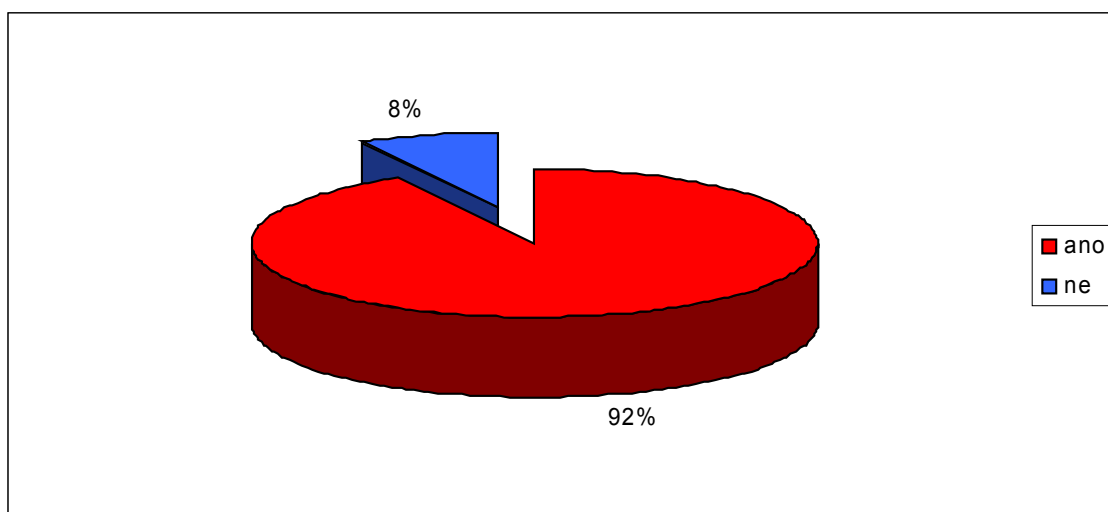
Na otázku, zda je někdo z personálu schopen v DPS odpovědět seniorům na problémy týkající se oblasti financování zdravotní péče, odpovědělo 45 seniorů (90 %), že touto kompetentní osobou se jim jeví sociální pracovnice. 2 senioři (4 %) mají důvěru ke zdravotním sestřím a tři dotazovaní senioři se radí s vrchní sestrou (6 %).

Graf 8 Využití poradenství



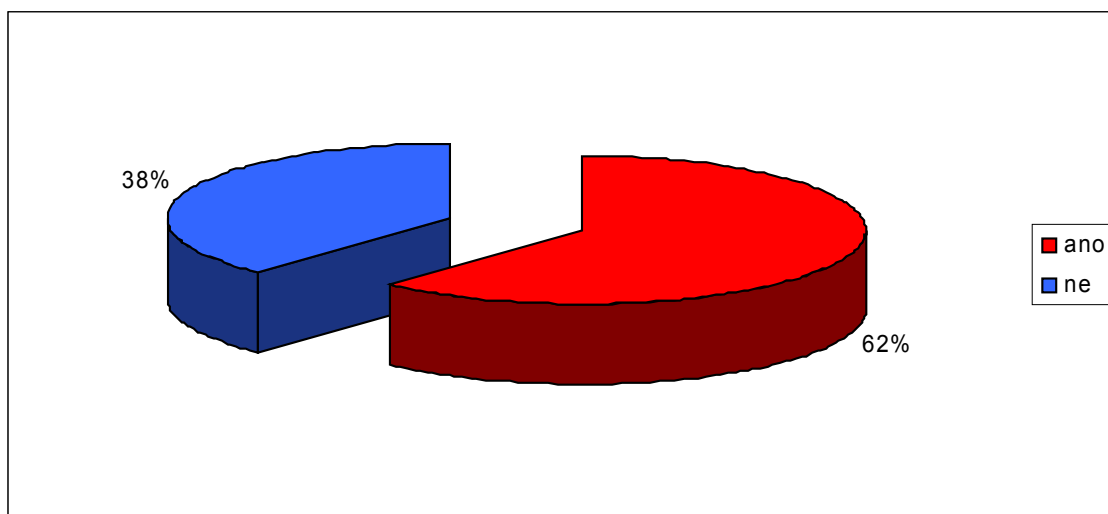
Na otázku, zda senioři využívají poradenství osob, které udali v minulých odpovědích, všech 50 dotazovaných seniorů odpovědělo, že ano (100 %).

Graf 9 Možnost přijetí daru při hospitalizaci



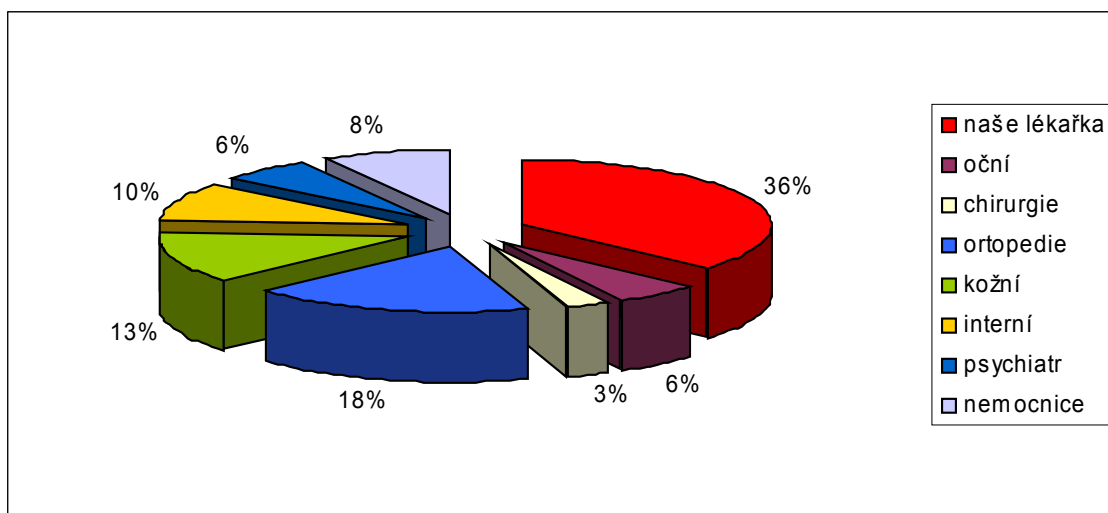
Na dotaz, zda senioři jsou osobami, které jim radí v oblasti financování jejich zdravotní péče, informování o možnosti v současné době podepsat přijetí daru při hospitalizaci, odpovědělo 46 seniorů (92 %), že tuto informaci mají. 4 senioři (8 %) o podepsání listiny o přijetí daru od kraje neví.

Graf 10 Návštěva v posledním čtvrtletí u lékaře



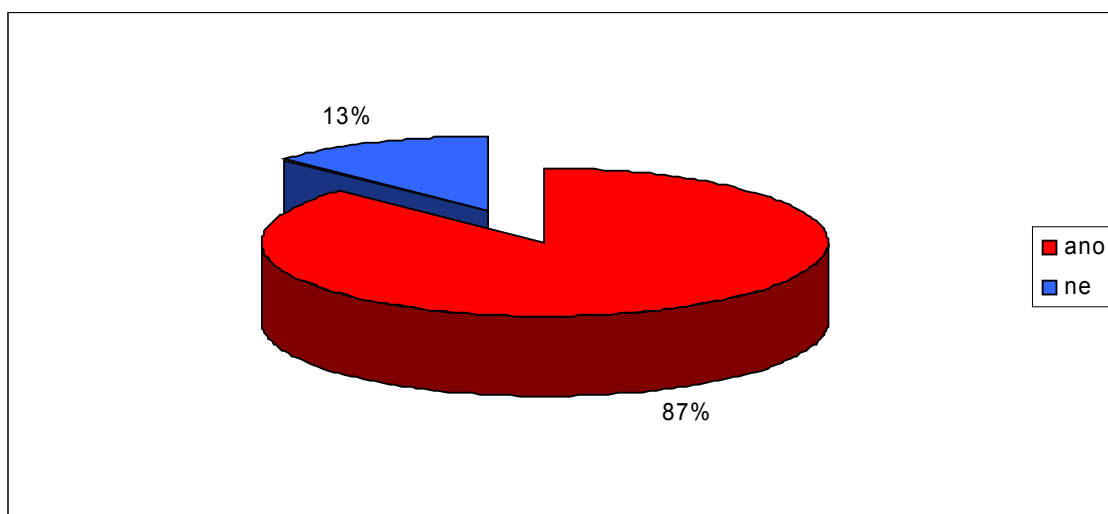
Na dotaz, zda senior v posledním čtvrtletí navštívil nějakého lékaře, odpovědělo 31 dotazovaných seniorů (62 %), že ano a 19 seniorů (38 %) žádného lékaře nenavštívilo.

Graf 11 Odbornost navštíveného lékaře



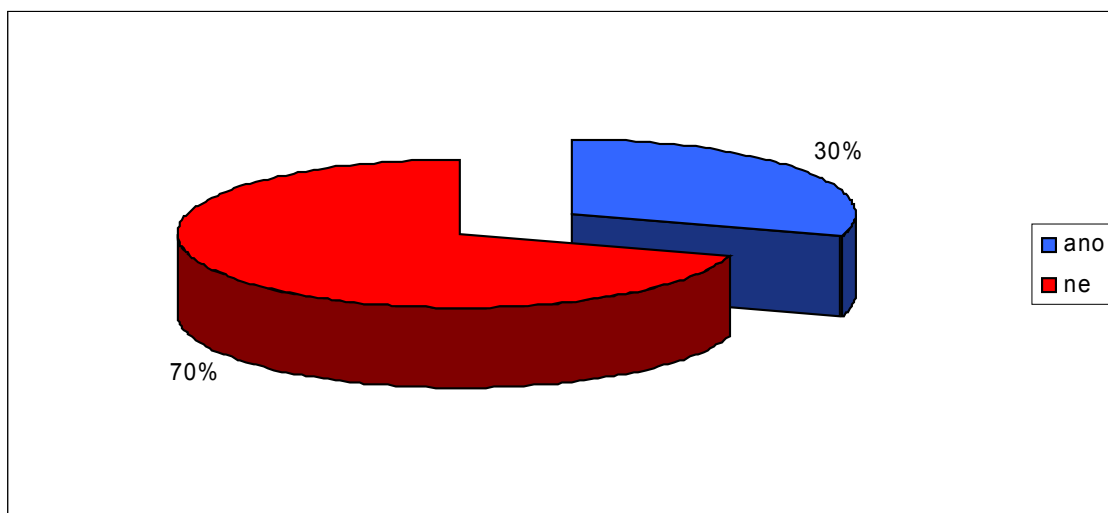
V minulém čtvrtletí 26krát senioři navštívili svého obvodního lékaře, 13krát navštívili ortopeda, 9krát kožního lékaře, 7krát navštívili internistu, 4krát očního lékaře, 4krát psychiatra a v nemocnici bylo hospitalizováno 6 dotazovaných seniorů – 4krát na očním oddělení a 2krát na gynekologii.

Graf 12 Platba regulačního poplatku



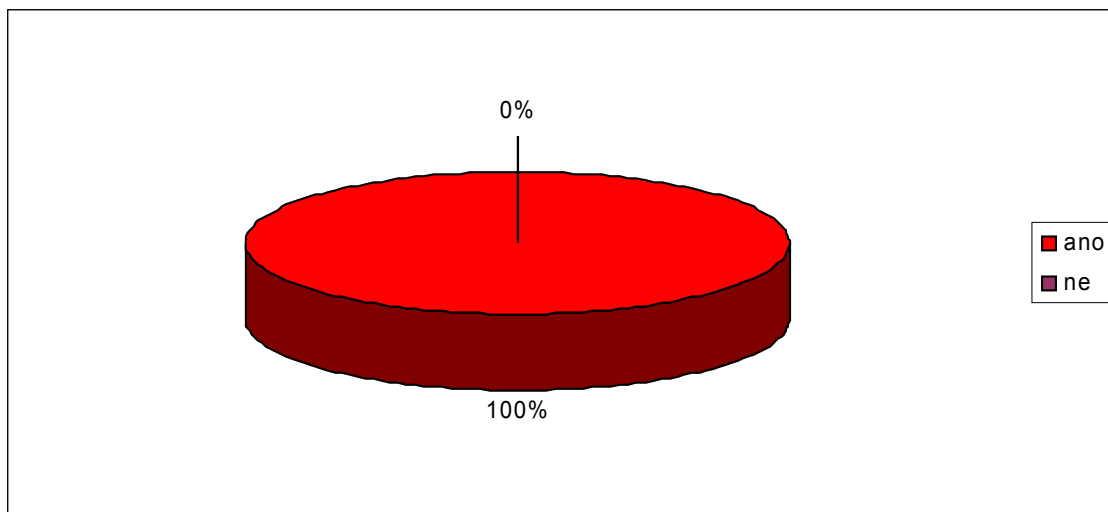
Na otázku, zda senioři, kteří využili lékařskou péči, platili regulační poplatky, odpovědělo 27 dotazovaných seniorů (87 %), že poplatky platili a 4 senioři (13 %) přijali při hospitalizaci dar.

Graf 13 Znalost využití regulačního poplatku



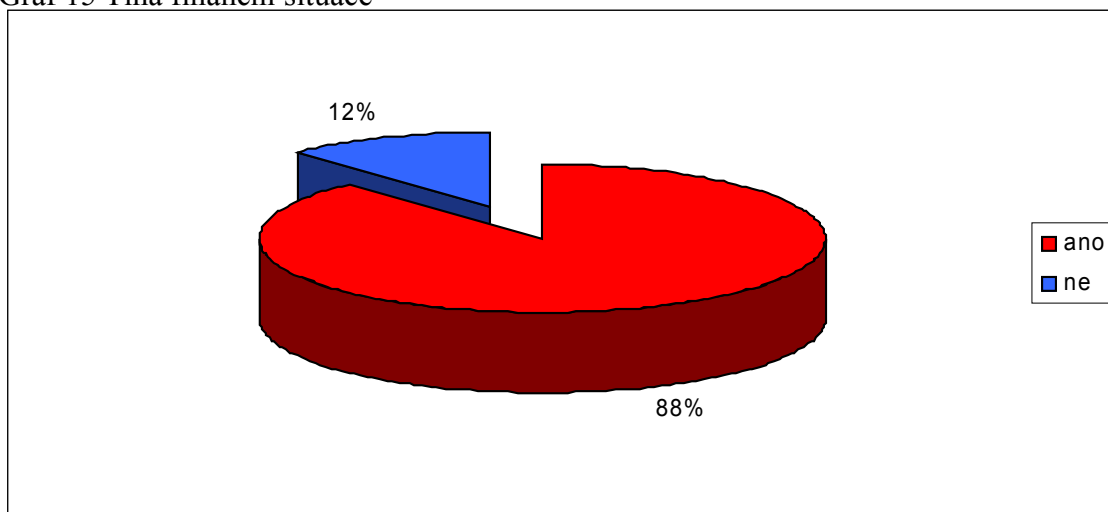
15 z dotazovaných seniorů (30 %) na otázku, zda znají využití regulačního poplatku, odpovědělo ano. 35 dotazovaných seniorů (70 %) neznalo využití vybraných finančních částek.

Graf 14 Znalost výdajů za léky



Na přímou otázku, zda dotazovaní senioři znají přesně své výdaje za léky, odpovědělo všech 50 dotazovaných seniorů kladně (100 %).

Graf 15 Tíha finanční situace

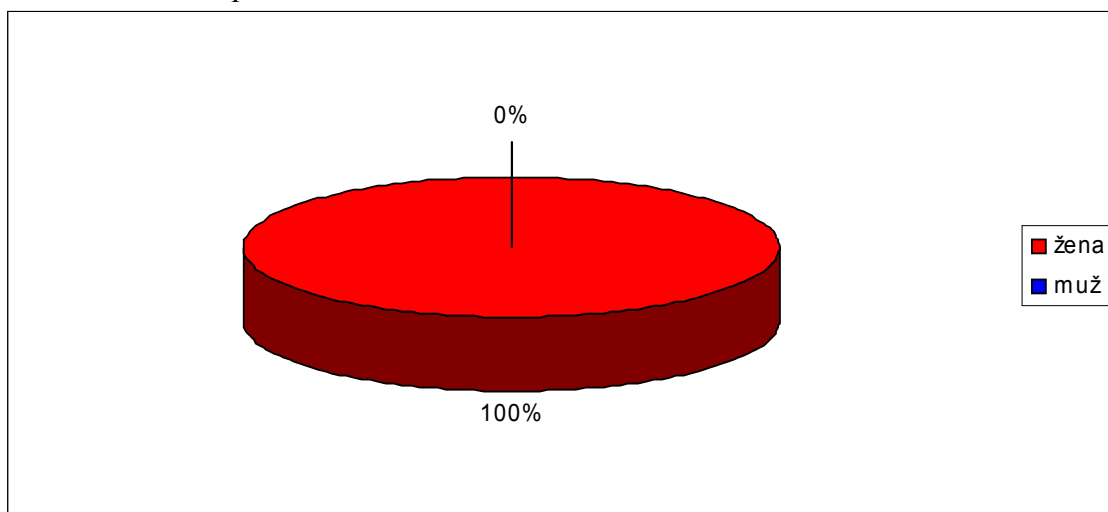


Na otázku, zda seniorům ztěžuje výše plateb za léky a za regulační poplatky jejich finanční situaci, odpovědělo 44 dotazovaných kladně (88 %) a 6 seniorů žádné finanční problémy nepocítuje (12 %).

Druhý výzkumný soubor.

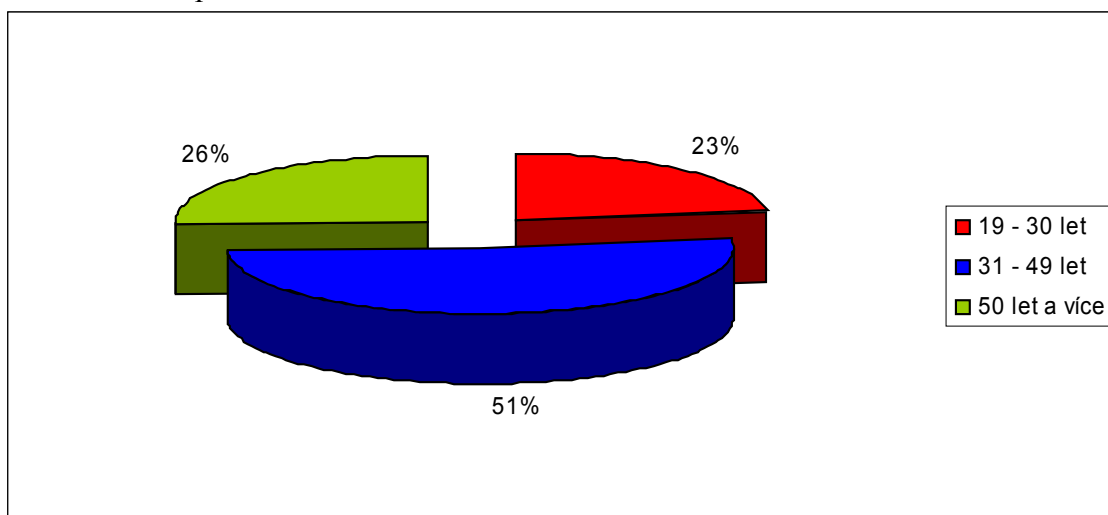
V druhém výzkumném šetření, které proběhlo ve skupině 128 všeobecných sester, bylo cílem zjištění, zda jsou sestry informovány o systému vybírání regulačních poplatků.

Graf 1 Pohlaví respondentů



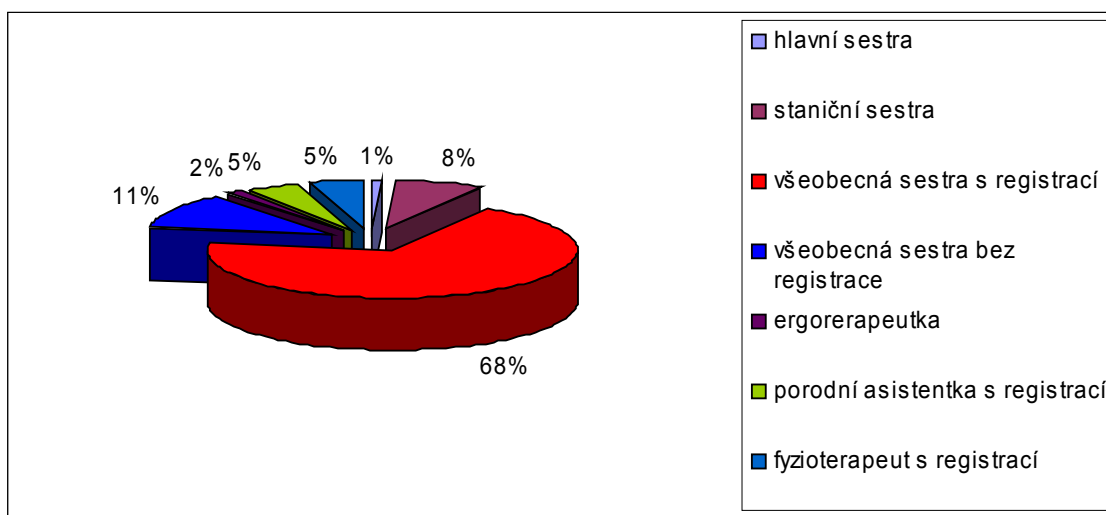
Ze všech dotazovaných respondentů 128 (100 %) byly všechno jen ženy.

Graf 2 Věk respondentek



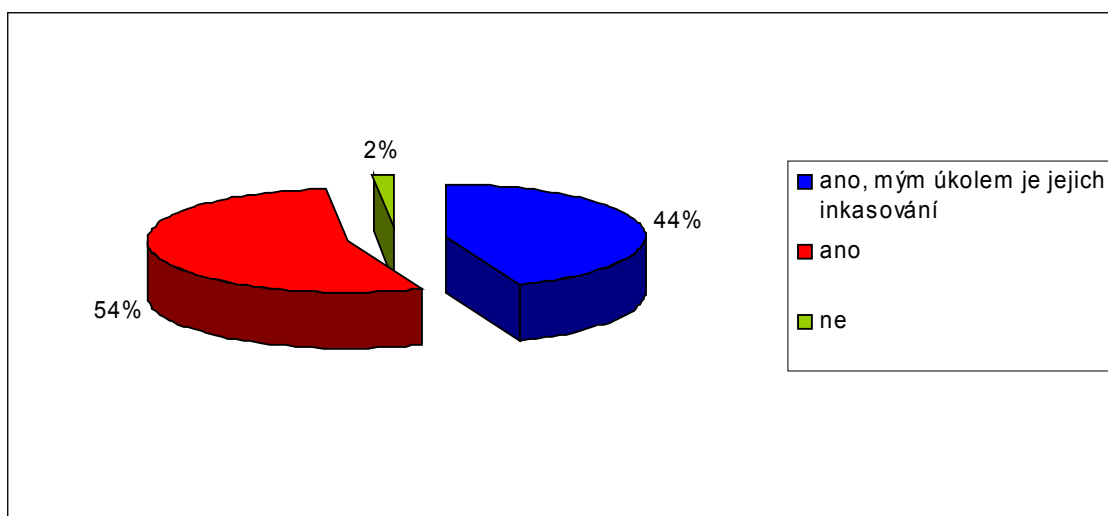
Z celkového počtu respondentek 128 (100 %) jich ve výzkumném vzorku odpovídalo ve věku 19 - 30 let 29 respondentek (23 %), ve věku 31 – 49 let jich odpovídalo 66 na dotazník (51 %) a ve věku 50 let a více odpovídalo 33 respondentek (26 %).

Graf 3 Pozice a zařazení ve zdravotnickém zařízení



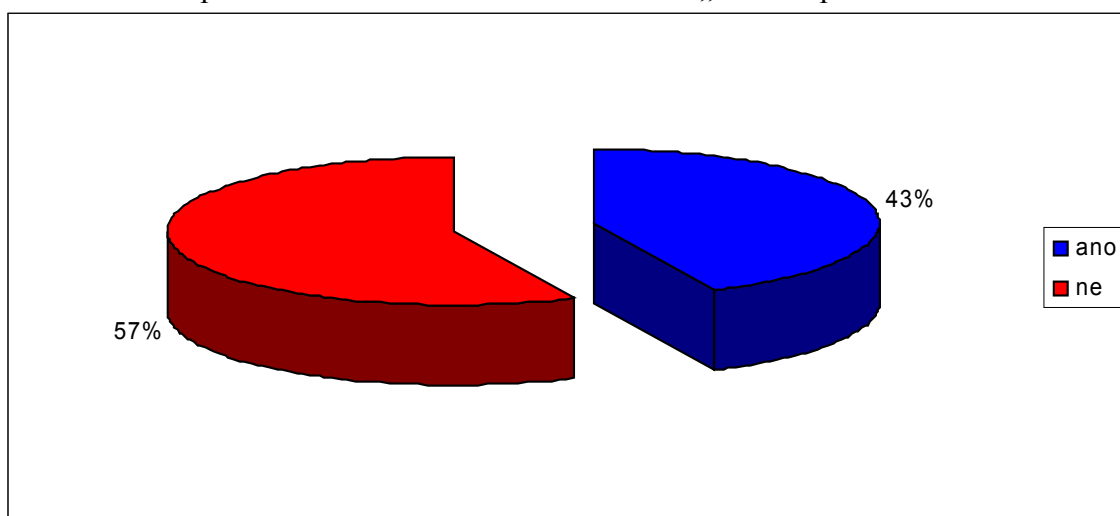
Na otázku, v jaké pozici pracují respondenty na svém pracovišti, odpovědělo ze 128 respondentek 88, že pracují jako všeobecné sestry s registrací (68 %), 15 respondentek pracuje jako všeobecná sestra bez registrace (11 %), 10 respondentek pracuje ve funkci staniční sestry (8 %), 6 respondentek pracuje jako porodní asistentka s registrací (5 %), 6 respondentek jako fyzioterapeutka (5 %), 2 respondenty pracují ve funkci ergoterapeutky (2 %), 1 odpovídající pracuje ve funkci hlavní sestry (1 %).

Graf 4 Znalost data zavedení regulačních poplatků



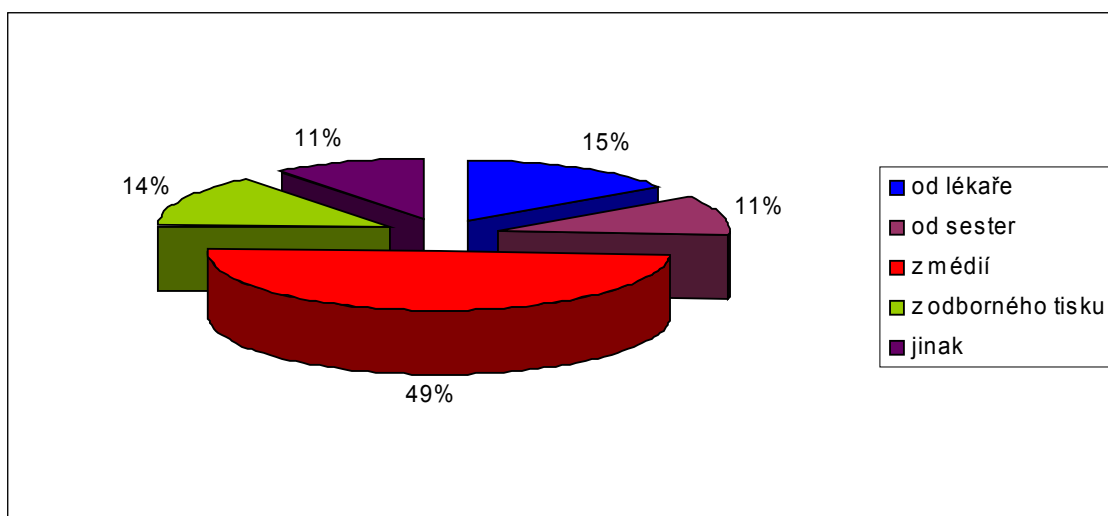
Na otázku, zda respondentky ví, že od 1.1.2008 jsou zavedeny v ČR regulační poplatky, odpovědělo 126 respondentek ano (98 %) , 2 respondentky neznaly pojem regulační poplatek (2 %). 56 respondentek dokonce regulační poplatky přímo inkasují.

Graf 5 Znalost publikace ministerstva zdravotnictví – „Bařoh opatření“



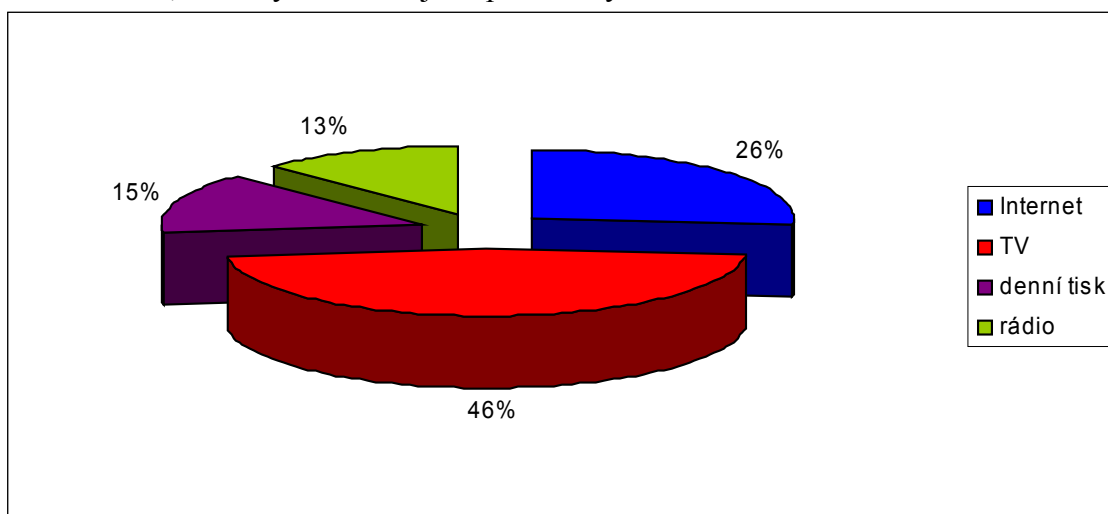
Na otázku zda jsou respondentky seznámeny s publikací -Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008 – tzv. bařoh opatření ministerstva zdravotnictví odpovědělo 55 respondentek ano (43 %) a 73 respondentek ne (57 %).

Graf 6 Odkud získávají respondentky informace o regulačních poplatcích



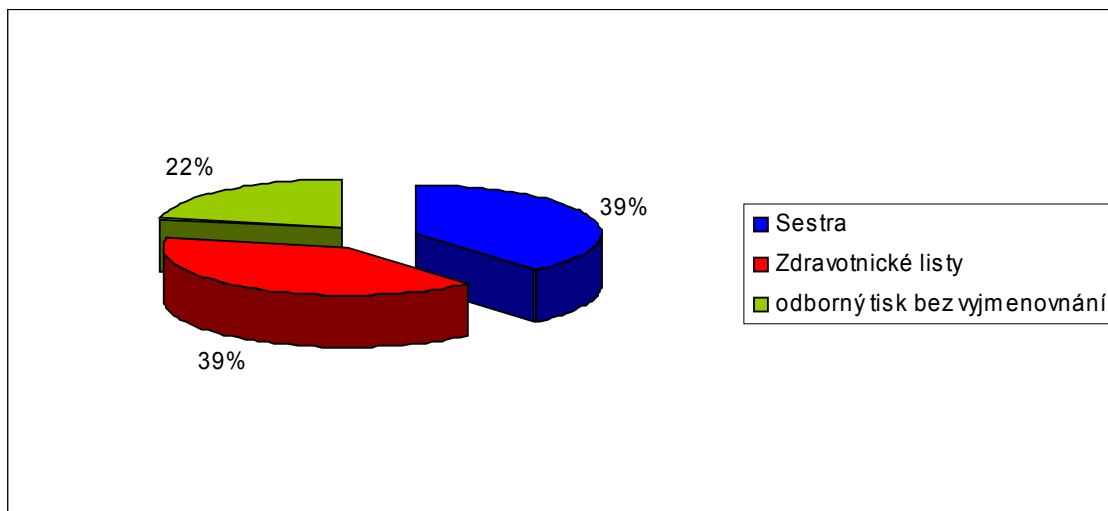
Na otázku, odkud získávají respondentky informace o regulačních poplatcích, odpovědělo 19 respondentek (15 %), že od lékaře, 14 respondentek (11 %), že od kolegyní sester, 63 respondentek (49 %) odpovědělo, že získávají informace z médií, 18 respondentek (14 %) získává informace z odborného tisku. 14 respondentek (11 %) je informováno o regulačních poplatcích jiným způsobem.

Graf 7 Média, ze kterých získávají respondentky informace



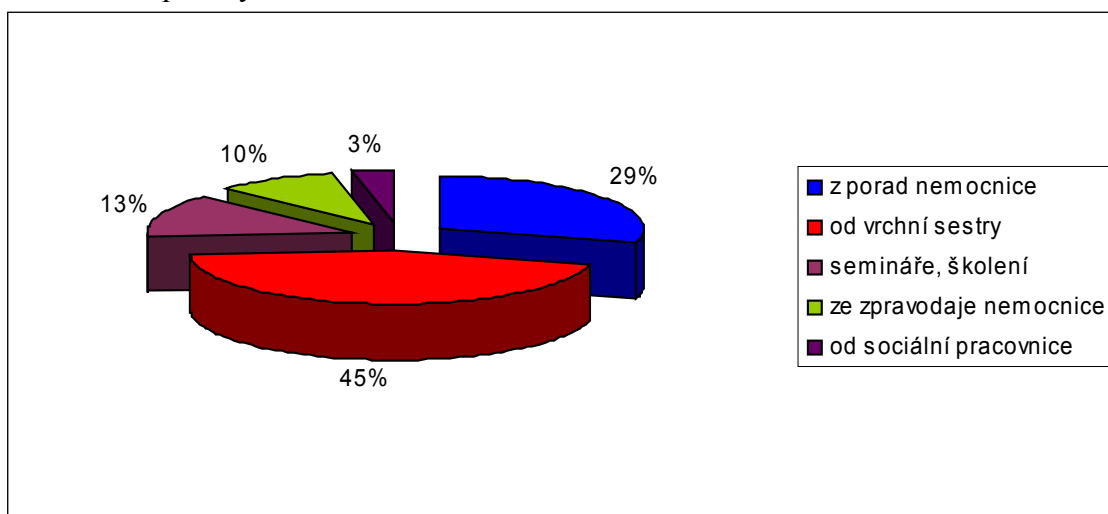
Z celkového počtu 63 respondentek, které odpověděly, že informace získávají z médií, jich 29 (46 %) získává informace o regulačních poplatcích z televize, 17 respondentek sleduje internet (26 %), 9 (15 %) respondentek vyčte informace z denního tisku, 8 respondentek (13 %) poslouchá a získává informace z rádií.

Graf 8 Rozdělení odborného tisku



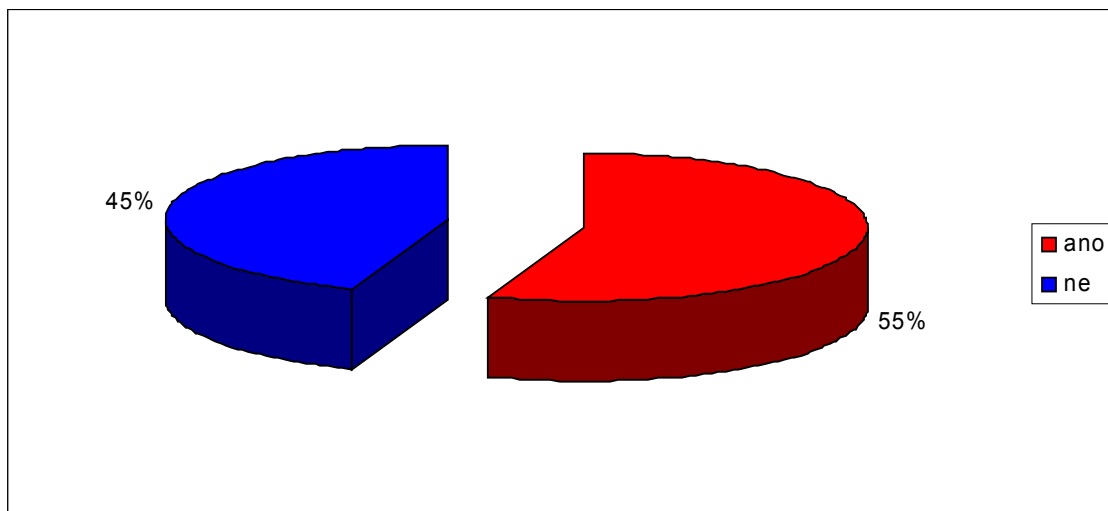
18 respondentek získává informace z odborného tisku. Výzkumný vzorek je velmi malý, ale pro zajímavost je zde uvedeno .

Graf 9 Jiné způsoby získávání informací



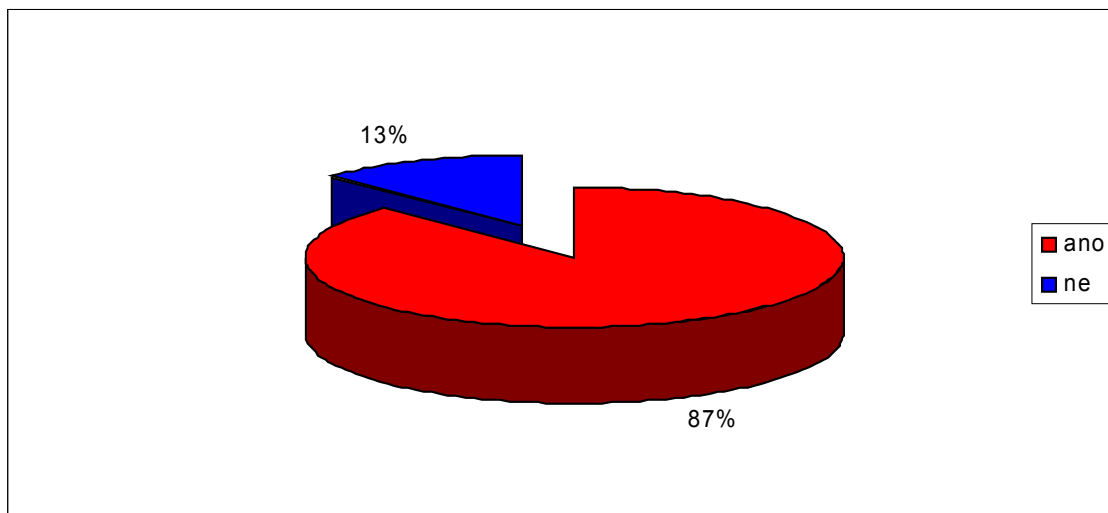
14 respondentek získává informace o regulačních poplatcích z uvedených zdrojů. Výzkumný vzorek je velmi malý, ale pro zajímavost je zde uvedeno .

Graf 10 Potřeba větší informovanosti o poplatcích



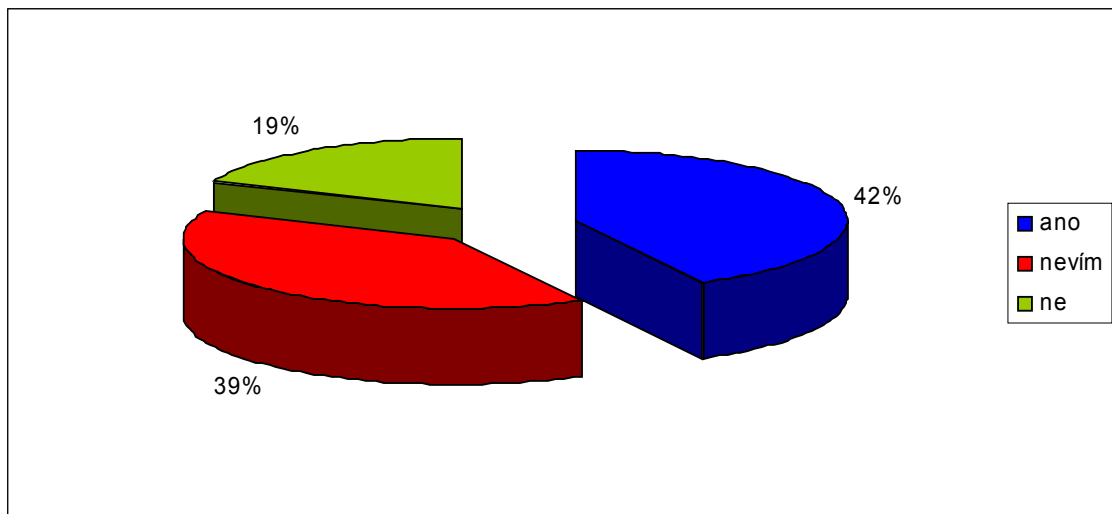
Na otázku, zda by se respondentka chtěla dozvědět více informací o regulačních poplatcích, odpovědělo 71 respondentek (55 %), že ano a 57 respondentek (45 %) má dostatečné informace o poplatcích

Graf 11 Znalost typů regulačních poplatků



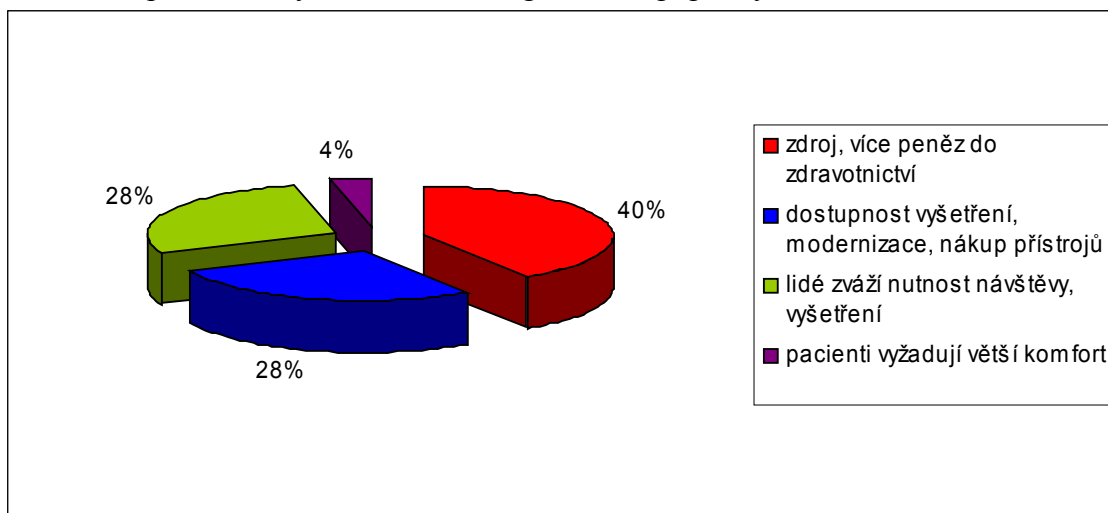
Na otázku, zda respondentky znají základní typy regulačních poplatků ve zdravotnictví, odpovědělo 112 respondentek (87 %), že ano a 16 respondentek (13 %) dalo odpověď ne.

Graf 12 Názor, zda poplatky zlepši kvalitu zdravotnictví



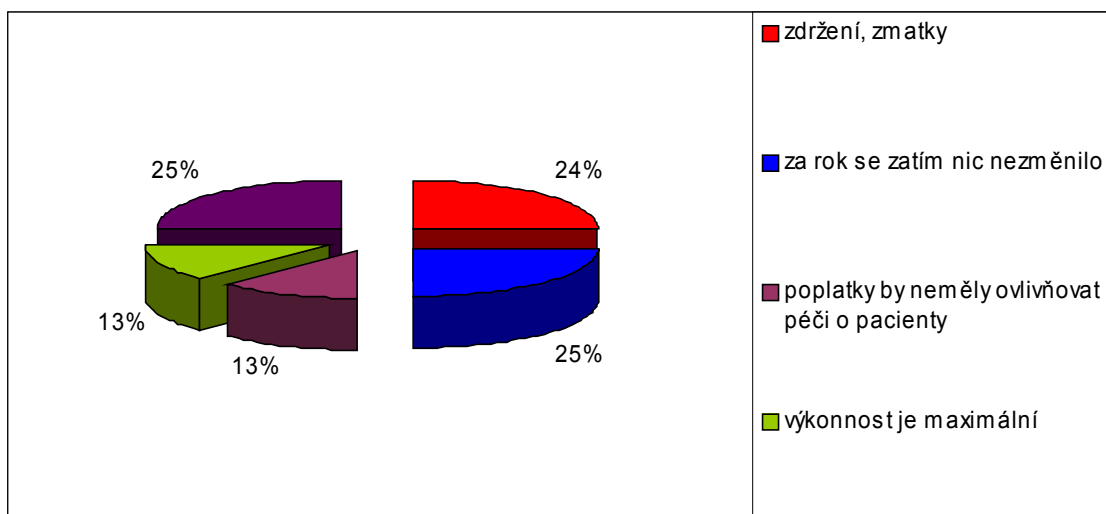
Na otázku, zda si respondentky myslí, že regulační poplatky zlepši kvalitu našeho zdravotnictví, odpovědělo 54 respondentek (42 %), že ano. 50 respondentek (39 %) neumí posoudit odpověď na tuto otázku a 24 respondentek (19 %) si myslí, že poplatky nezlepši kvalitu našeho zdravotnictví.

Graf 13 Zlepšení kvality zdravotnictví regulačními poplatky



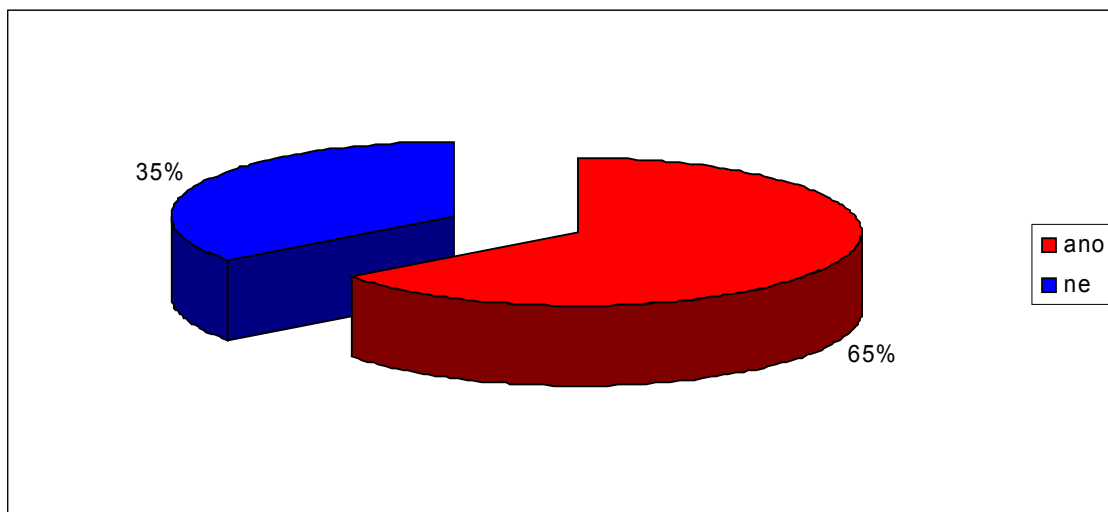
Jestliže respondentky odpověděly na předcházející otázku ano, měly vypsát jakým způsobem regulační poplatky zlepší kvalitu našeho zdravotnictví. Celkem ano odpovědělo 54 respondentek. 22 respondentek (48 %) odpovědělo, že regulační poplatky vidí jako zdroj financí plynoucí do našeho zdravotnictví, 15 respondentek (28 %) si myslí, že se zvýšila dostupnost vyšetření, finance se používají do modernizace zdravotnických zařízení, nakupují se přístroje. 15 respondentek (28 %) vidí přínos regulačních poplatků hlavně v tom, že nejsou zdravotnické služby zneužívány. 2 respondentky (4 %) vyjádřily názor, že pacienti vyžadují větší komfort v pozitivním smyslu.

Graf 14 Zhoršení kvality zdravotnictví regulačními poplatky



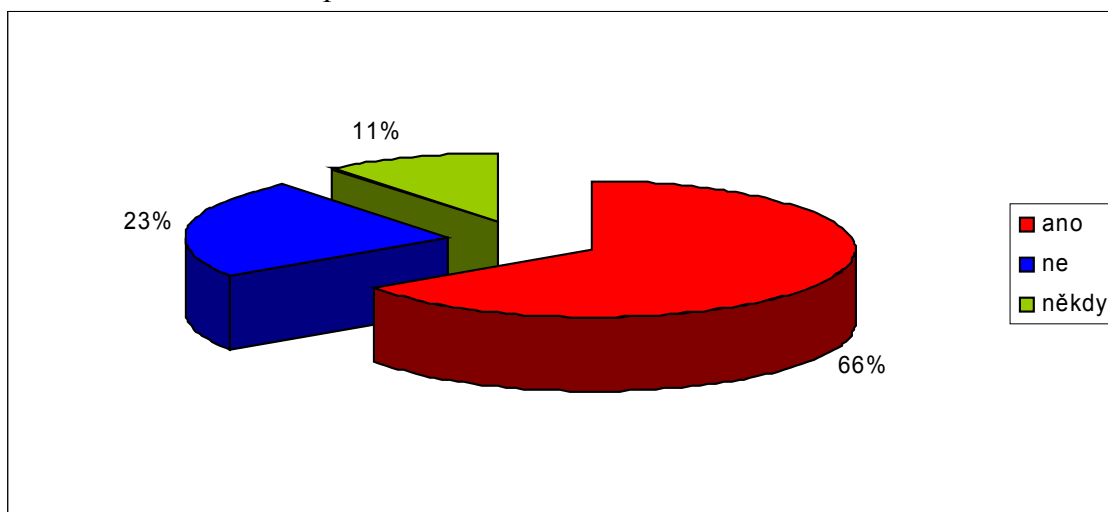
Jestliže respondentky odpověděly na předcházející otázku ne, měly vypsát jakým způsobem poplatky zhoršují kvalitu našeho zdravotnictví. Celkem ne odpovědělo 24 respondentek. 6 respondentek (25 %) se domnívá, že zavedením regulačních poplatků se vůbec nic ve zdravotnictví nezměnilo, dalších 6 respondentek (25 %) se domnívá, že zavedení poplatků by nemělo ovlivňovat péči o pacienty v jejich zařízeních. 6 respondentek (24 %) vyjádřilo názor, že zavedením poplatků došlo ke zmatkům a ke zdržení v poskytování zdravotní péče. 3 respondentky (13 %) odpověděly, že výkonnost ve zdravotnictví je maximální a tak tím, že přibylo inkasování poplatků se situace jen zhoršila. 3 respondentky (13 %) poukázaly na nedostatek personálu ve zdravotnictví.

Graf 15 Informace o diskusi o poplatcích v politice



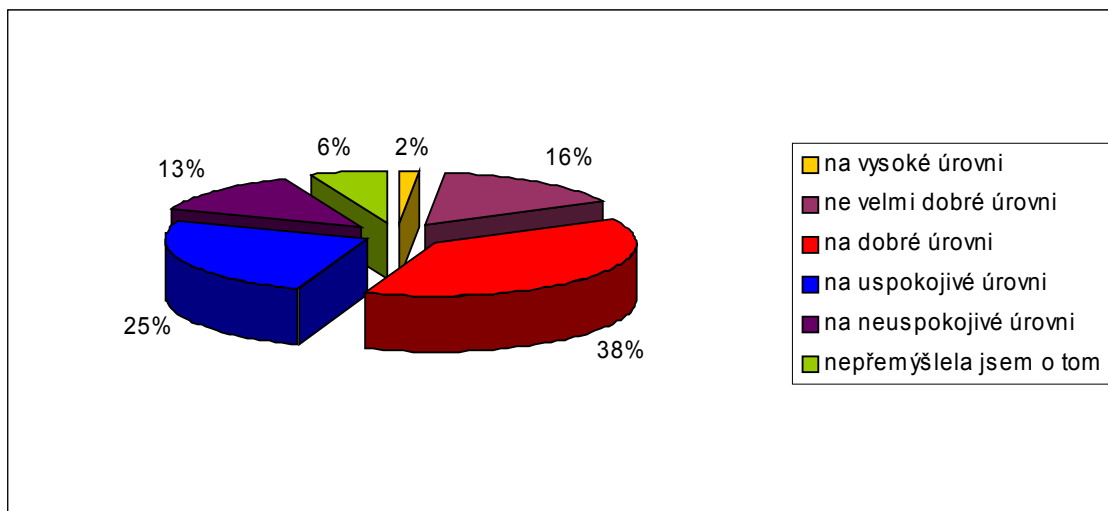
Na otázku, zda jste sledovala, že v nedávných volbách byly regulační poplatky použity jako volební téma, odpovědělo 83 respondentek (65 %), že ano a 45 respondentek (35 %) volby nesledovalo.

Graf 16 Potřeba edukace pacientů



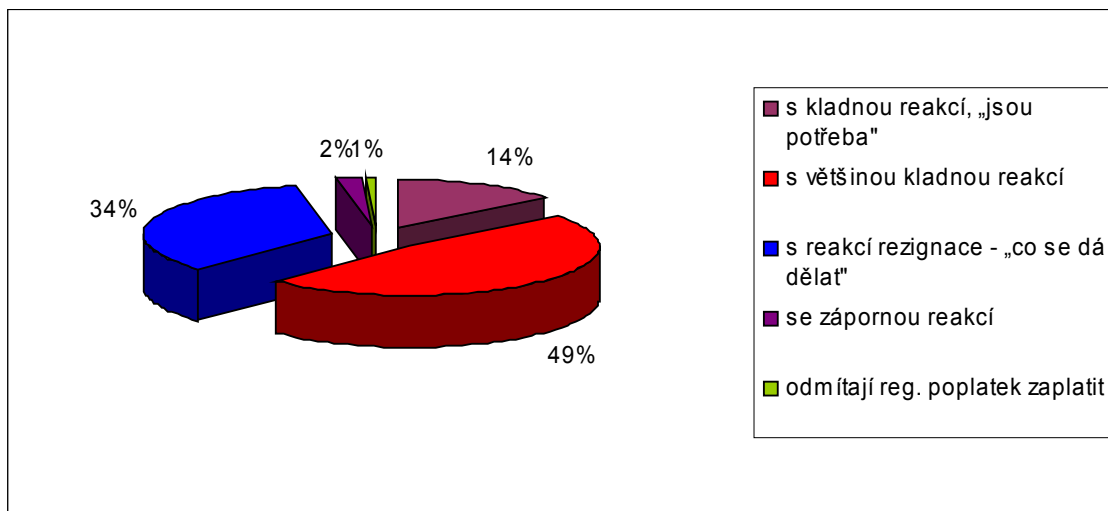
Na otázku, zda je třeba edukovat pacienty, které respondentky ošetřují ve svých zařízeních, odpovědělo 84 respondentek (66 %) kladně. 30 respondentek (23 %) odpovědělo, že není potřeba edukovat své klienty a 14 respondentek (11 %) odpovědělo, že někdy.

Graf 17 Informovanost pacientů o regulačních poplatcích



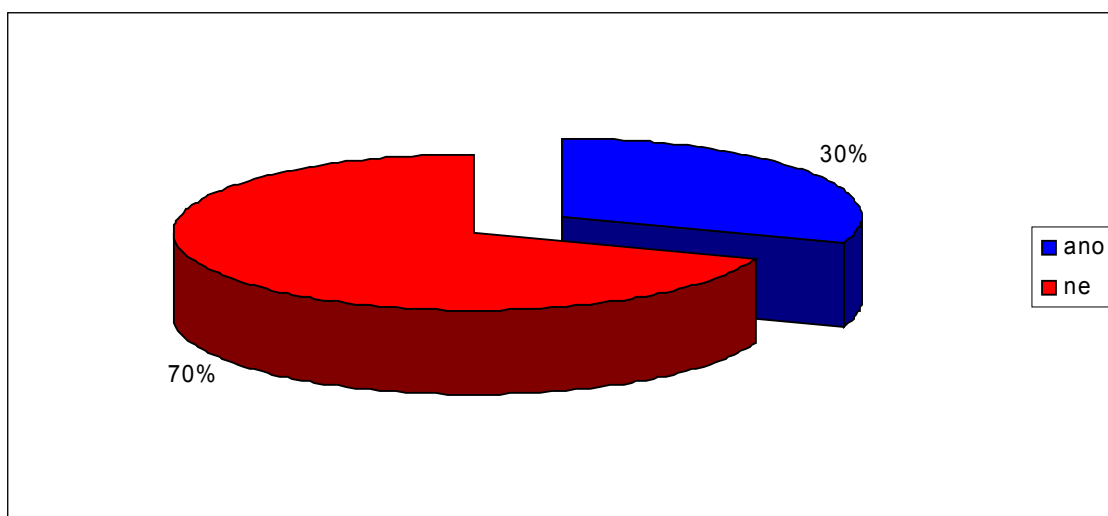
Na otázku, jaké jsou informace pacientů o regulačních poplatcích, které respondentky ošetřují, odpověděly 2 (2 %), že jsou na vysoké úrovni, 20 respondentek (16 %), že jsou na velmi dobré úrovni. 49 respondentek (38 %) si myslí, že informace jsou na dobré úrovni, 32 respondentek (25 %) odpovědělo, že na uspokojivé úrovni. 17 respondentek (13 %) si myslí, že informace klientů jsou nedostačující a 8 respondentek (6 %) o tom nepřemýšlelo.

Graf 18 Reakce pacientů při platbě regulačních poplatků



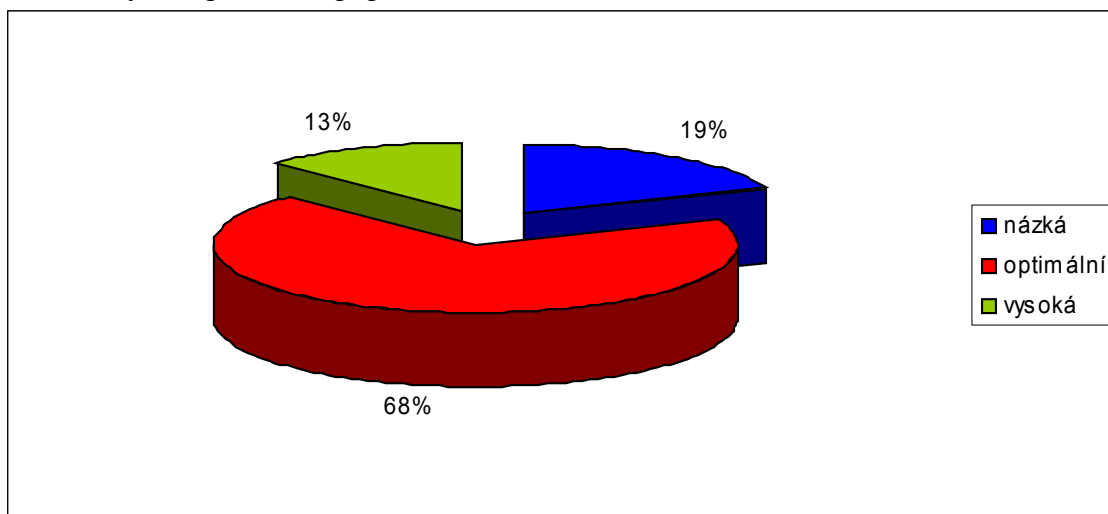
Na otázku, jak reagují pacienti při předávání peněz do rukou respondentkám, odpovědělo 18 respondentek (14 %), že pacienti reagují kladně s tím, že platba je potřeba. 62 respondentek (49 %) se setkává s kladnou reakcí. 44 respondentek (34 %) zažívá reakci „co se dá dělat“. 3 respondentky (2 %) se setkaly se zápornou reakcí. A 1 respondentka (1 %) odpověděla, že klienti jejich zařízení odmítají regulační poplatek zaplatit.

Graf 19 Ovlivnění klienta při rozhodování, zda navštívit lékaře



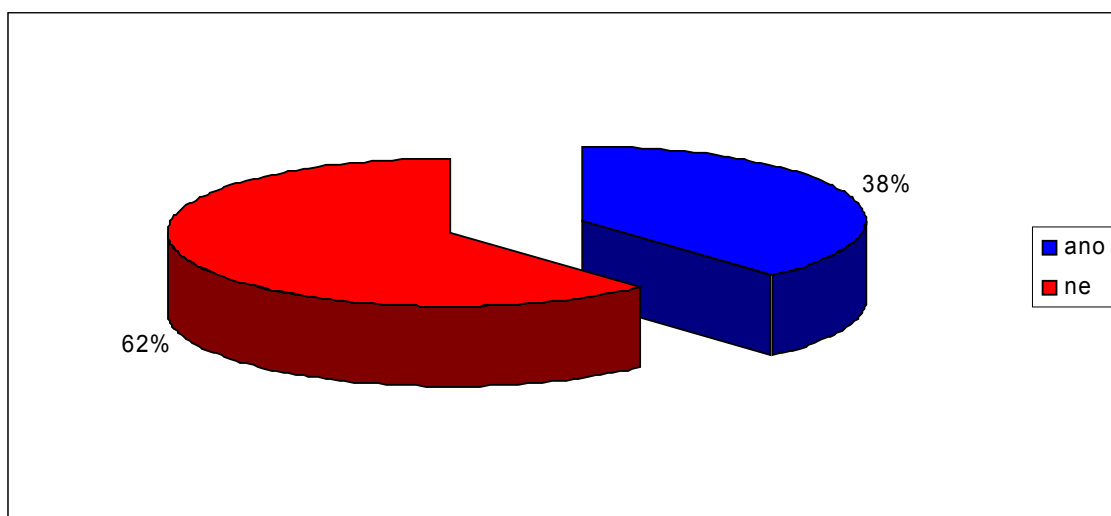
Na otázku, zda se respondentka setkala s klientem, kterého možná platba regulačního poplatku odradila od nutné návštěvy lékaře, odpovědělo 39 respondentek (30 %) ano a 89 respondentek (70 %) se nesetkalo s takovým klientem.

Graf 20 Výše regulačních poplatků



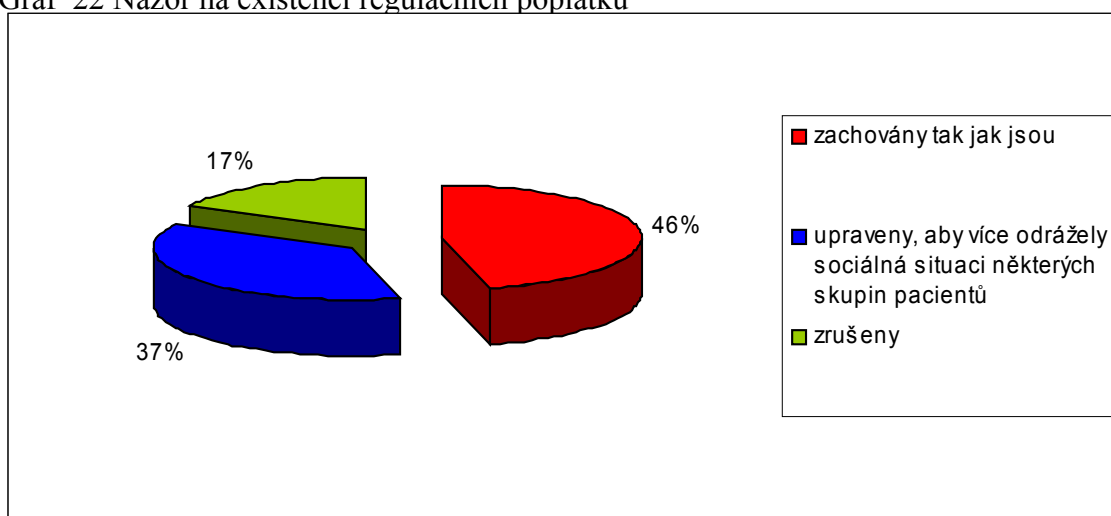
Na otázku, zda se respondentkám zdá výše regulačních poplatků nízká, odpovědělo 24 respondentek (19 %). Jako optimální výše regulačního poplatku se jeví 88 (68 %) respondentkám a jako vysoká se jeví 16 respondentkám (13 %).

Graf 21 Informovanost o využití regulačních poplatků



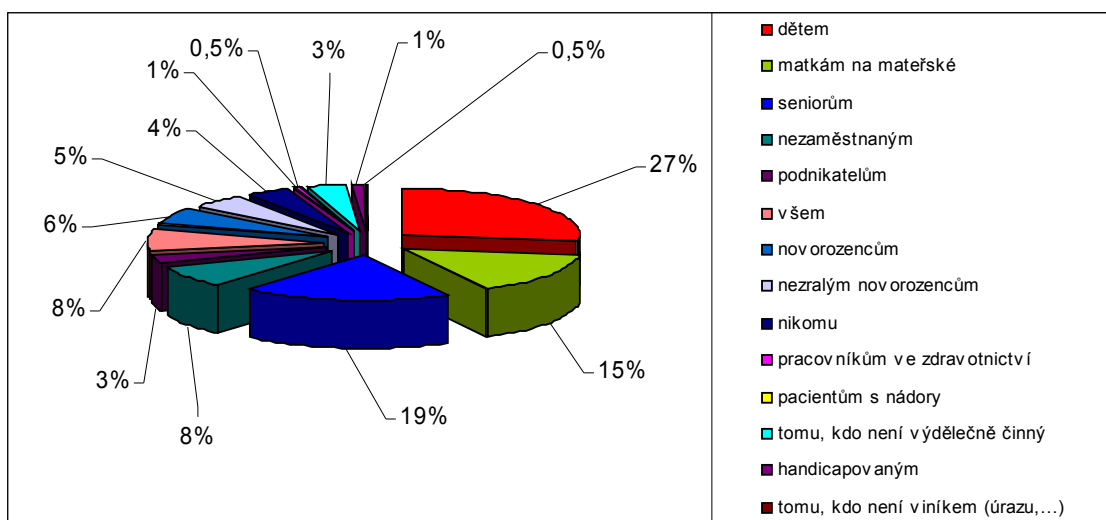
Na otázku, zda respondentky mají nějaké informace na co a jak jsou zisky z regulačních poplatků využívány, odpovědělo 49 respondentek (38 %), že mají informace na co se peníze využijí a 79 respondentek (62 %) neví.

Graf 22 Názor na existenci regulačních poplatků



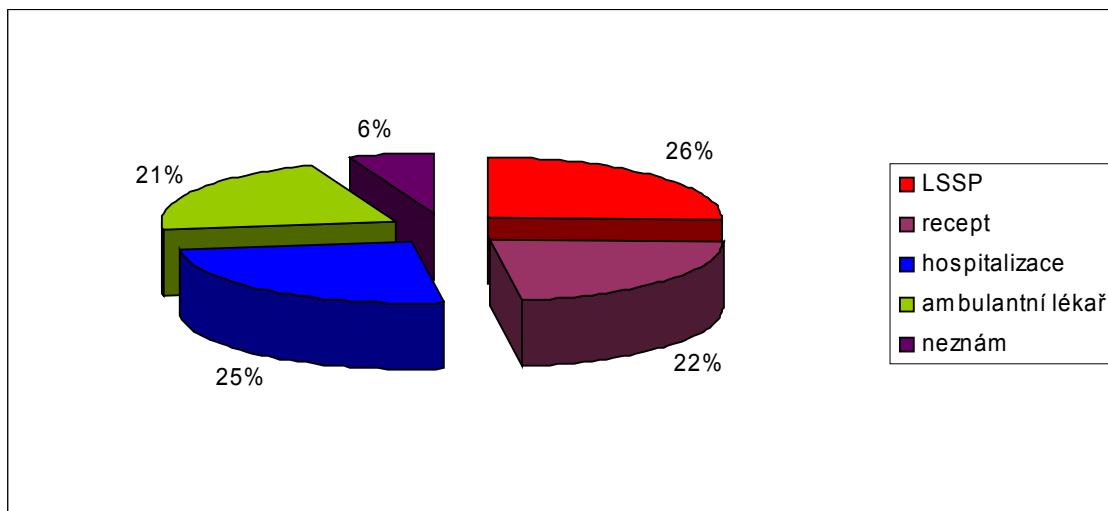
Na otázku, zda si respondentky myslí, že regulační poplatky by měly být zachovány tak jak jsou, odpovědělo 59 (46 %) kladně. 47 respondentek (37 %) by chtělo regulační poplatky upravit aby více odrážely sociální situaci některých skupin pacientů. 22 respondentek (17 %) má názor takový, že regulační poplatky by měly být zcela zrušeny.

Graf 23 Zrušení poplatků některým sociálním skupinám



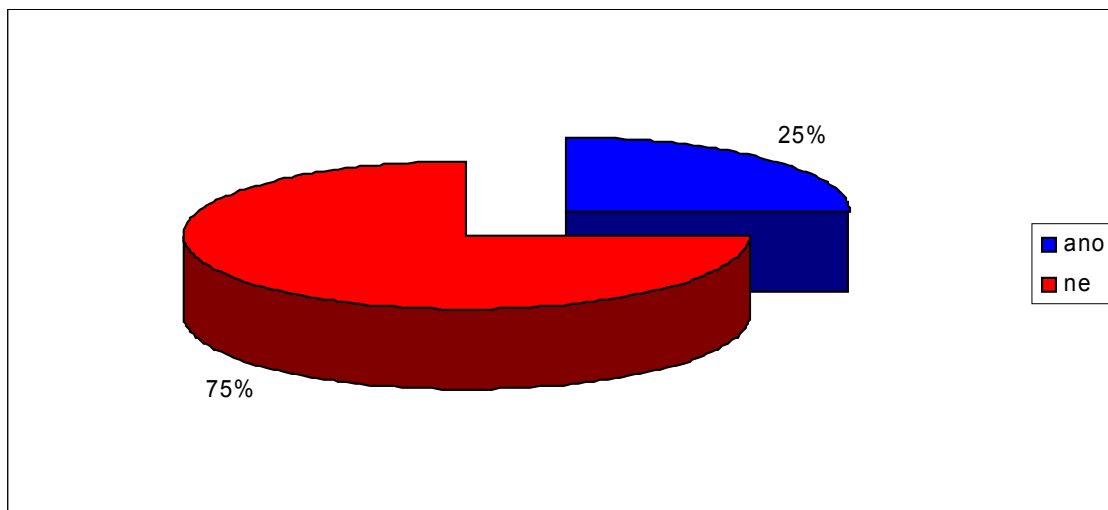
Na otázku, komu by respondentky regulační poplatky odpustily, z celkového počtu dotazovaných respondentek (128) označilo 99krát odpověď dětem (27 %), 53krát matkám na mateřské(15 %), 67krát seniorům (19 %), 28krát nezaměstnaným (8 %), 11krát podnikatelům (3 %). 27 (8 %) odpovědí bylo, že respondentky by odpustily regulační poplatky všem. 22krát (6 %) byla označena odpověď u skupiny novorozenců. Respondentky dále vypsaly další skupiny, které by osvobodily od regulačních poplatků. A jsou to pacienti s nádory, dále lidé pracující ve zdravotnictví, nezaměstnaní, handicapovaní a ti, co si nezavinili svou nemoc (pracovní úraz, automobilová nehoda).

Graf 24 Znalost typů regulačních poplatků



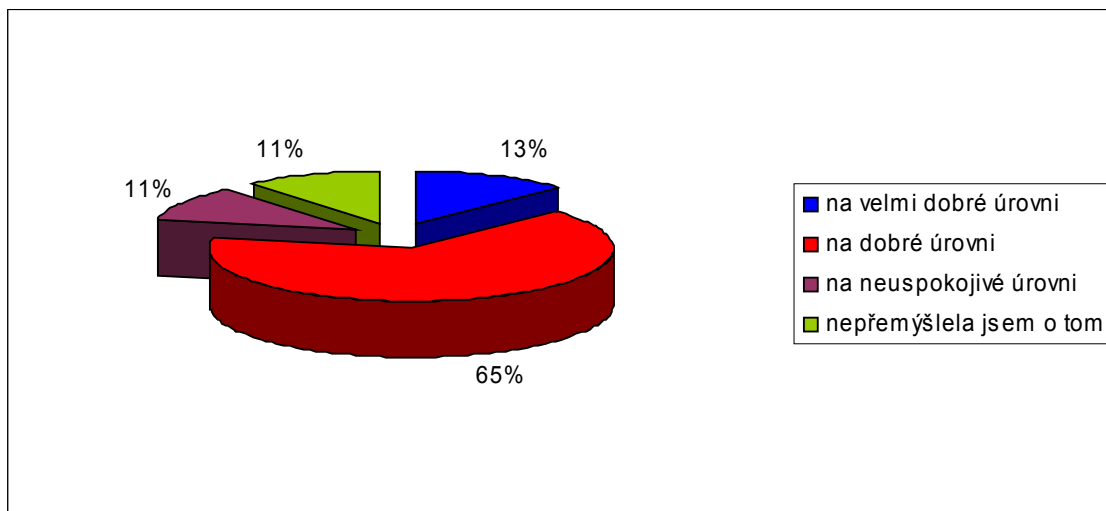
Na otázky, jaké typy regulačních poplatků respondentky znají, 104 respondentek (26 %) uvedlo poplatek za návštěvu LSSP, dále 91 respondentek (22 %) zná poplatek za recept, 103 respondentek (25 %) uvedlo znalost poplatku při hospitalizaci, 87 respondentek (21 %) odpovědělo, že se platí regulační poplatek ambulantnímu lékaři a 24 respondentek (6 %) neznalo žádný typ regulačního poplatku.

Graf 25 Vliv regulačního poplatku na vztah zdravotník - pacient



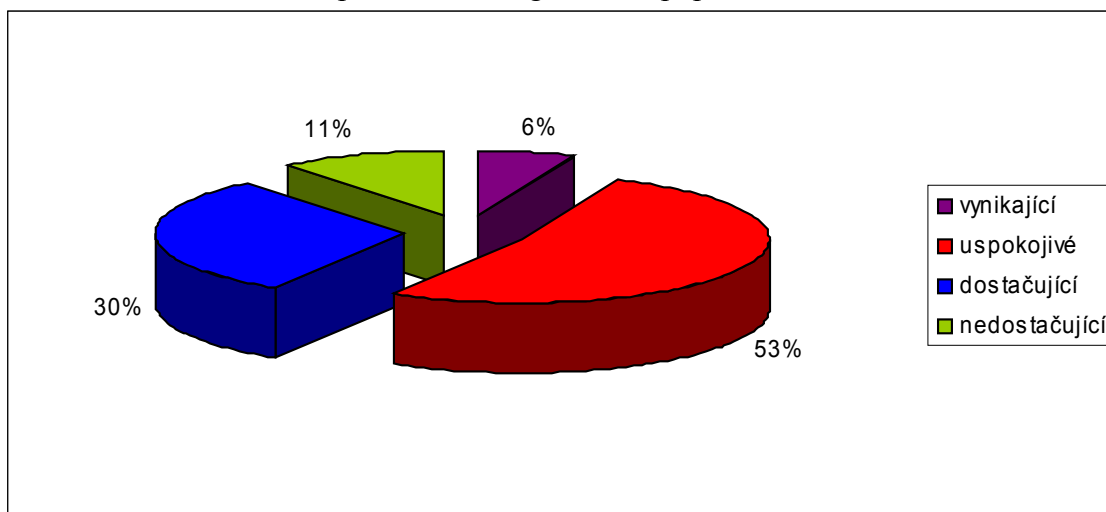
Na otázku, zda si respondentky myslí, že vybírání regulačních poplatků změnilo vztah mezi zdravotníky a pacienty odpovědělo 32 respondentek (25 %), že ano, že se vztah zhoršil. 96 respondentek (75 %) si myslí, že se vztah nezměnil.

Graf 26 Informovanost zdravotníků o regulačních poplatcích



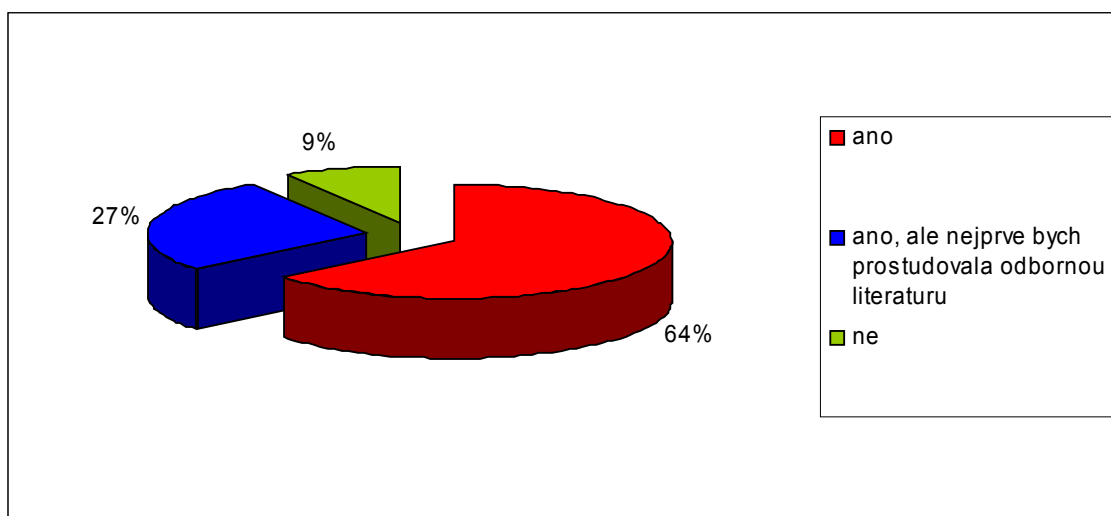
Na otázku, jaká je informovanost zdravotníků o regulačních poplatcích, odpovědělo 16 respondentek (13 %), že na velmi dobré úrovni, 84 respondentek (65 %) si myslí, že znalosti jsou na dobré úrovni. 14 respondentek (11 %) tvrdí, že je informovanost na neuspokojivé úrovni a 14 respondentek (11 %) o tom nepřemýšlelo.

Graf 27 Informovanost respondentek o regulačních poplatcích



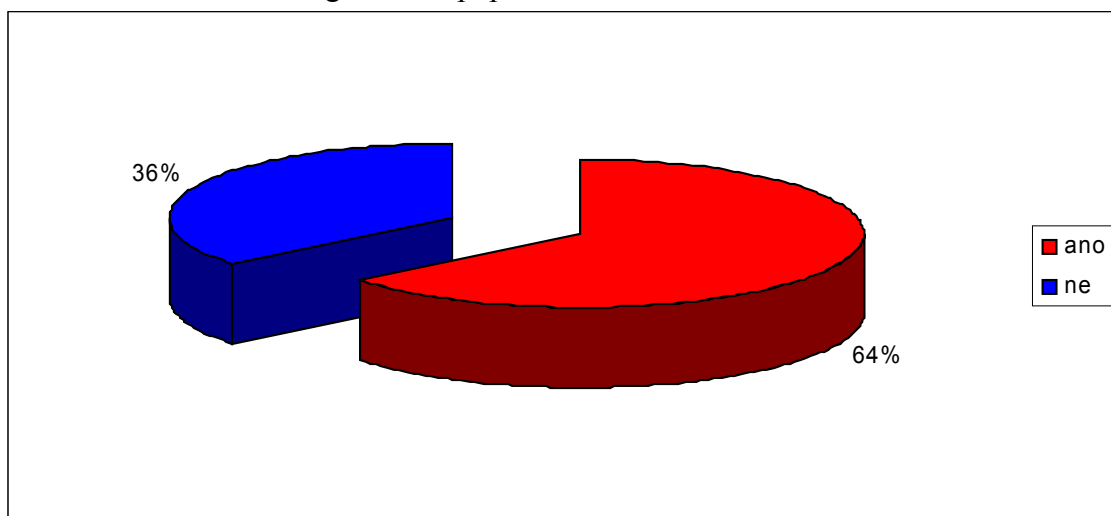
Na otázku, jaké jsou podle respondentek jejich informace o regulačních poplatcích, odpovědělo 8 respondentek (6 %), že jsou vynikající, 67 respondentek (53 %) odpovědělo, že informace jsou uspokojivé. 39 respondentek (30 %) má informace dostačující a 14 respondentek (11 %) má informace nedostačující.

Graf 28 Znalosti o regulačních poplatcích při edukaci klientů



Na otázku, zda by respondentka uměla podat klientovi informace o regulačních poplatcích, odpovědělo 82 respondentek (64 %) kladně, 35 (27 %) odpovědělo ano, ale nejprve by musely prostudovat odbornou literaturu. 11 respondentek (9 %) by neumělo informace podat.

Graf 29 Komunikace o regulačních poplatcích



Na otázku, zda se respondentka setkala s člověkem, který ji požádal o informaci ohledně regulačních poplatků, odpovědělo 82 respondentek (64 %), že ano a 46 respondentek (36 %) odpovědělo, že se s takovým klientem nesetkalo.

5. Diskuze

Bakalářská práce se zabývala problematikou zavedených regulačních poplatků v období r. 2008-2009. Od první chvíle, kdy se začalo uvažovat o zavedení poplatků v našem zdravotnictví, začala také diskuse o jejich podobě a existenci. „Každá mince má však dvě strany,“ píše Ing. Iva Merhautová ve svém článku v časopise Sestra a pokračuje: „v našem státě jsou na jedné straně zdravotnická zařízení a zdravotníci na druhé straně jsou to pacienti. Zdravotní pojišťovny již dávno před rokem 2000 začaly regulovat chování poskytovatelů zdravotní péče, tedy zejména lékařů. Zavedené regulace na této straně mince zcela nepochybně zasáhly do objemu a struktury poskytované zdravotní péče daleko více než tolik diskutované regulační poplatky. Zcela určitě jsou regulační poplatky finančním zásahem do rodinných nebo osobních rozpočtů občanů s nízkými příjmy. To by však nemělo být důvodem k jejich plošnému zrušení. Vůči těmto občanům je uplatňována sociální politika státu, která jim může náklady spojené s poplatky kompenzovat nebo je od poplatků osvobodit“ (16).

Od zavedení poplatků došlo k mnoha důležitým legislativním změnám. V souvislosti s touto bakalářskou prací a vlastně i s oblastí zájmu, proč bylo toto téma bakalářské práce zpracováváno, došlo v době odevzdávání práce k velmi potřebné legislativní změně.

Dle vydaného metodického pokynu MZ ČR pro zdravotnická zařízení, zařízení lékárenské péče a zdravotní pojišťovny k aplikaci novely zákona č. 48/1997 Sb. v oblasti regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely bylo od 1.4.2009 do zákona přidáno mimo jiné, kdy se ještě regulační poplatky neplatí, a to jde-li o pojištěnce, kterému jsou podle ust. § 48 až 50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem nebo ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, pokud u tohoto pojištěnce po úhradě za ubytování a stravu činí stanovený zůstatek ve výši alespoň 15 % jeho příjmu méně než 800,- Kč nebo pokud nemá žádný příjem; tuto skutečnost prokazuje pojištěnec potvrzením ne starším než 30 dnů, které je na jeho žádost povinen vydat poskytovatel

sociálních služeb. Pak tito klienti neplatí žádné poplatky ve výši 30,- Kč, 60,- Kč a 90,- Kč.

Dále bylo uzákoněno, že limit ve výši 2 500,- Kč pro děti do 18 let věku a seniory starší 65 let věku je limitem ročním. Ne tedy původních 5000,- Kč. Z tohoto důvodu po celý rok 2009, byť změna nastala až od 1.4.2009, se u těchto pojištěnců bude už sledovat snížený limit.

První šetření pro tuto bakalářskou práci probíhalo v DPS Blatná. Technikou sběru dat byl řízený rozhovor. (Příloha 6) Rozhovor se rozvíjel na základě předem stanovených otázek. Otázky byly pokládány všem klientům z DPS mimo klientů na oddělení ošetrovatelské péče. Nikdo neodmítl na otázky odpovědět. Z padesáti dotazovaných seniorů bylo 39 (78%) žen a 11 (22%) mužů (graf č.1). Pravděpodobně je tím naznačeno, že tak nízký počet mužů si můžeme vysvětlit tím, že ženy se dožívají vyššího věku.

Dále byl zjišťován věk dotazovaných seniorů (graf č.2). Z celkového počtu dotazovaných ve věkovém rozmezí 60-70 let byly dvě osoby (4%), ve věkovém rozmezí 71-80 let bylo 21 dotazovaných (42%) a ve věku 81-100 let odpovídalo 27 seniorů (54%). Nejstarší dotazovanou byla dáma, jenž měla věk 96 let, která jak bylo dotazy zjištěno, měla velmi jasný názor na dění okolo sebe.

S grafem č.2 souvisela i další položená otázka na dobu pobytu v DPS Blatná. Na otázku, zda senior žije v DPS méně než-li rok odpovědělo 8 seniorů kladně (16 %), více než rok pobytu uvedlo 18 seniorů (36 %), více než dva roky žije v DPS 14 seniorů (28 %) a dobu pobytu delší než čtyři roky uvedlo 10 seniorů (20 %). Domov zahájil provoz v roce 2002 a někteří ze seniorů se stěhovaly tenkrát do nového (graf č. 3).

Velmi zajímavé výsledky se týkaly otázky na subjektivní pocit zdraví dotazovaných seniorů. 36 seniorů (72 %) odpovědělo, že se necítí zdrávi. 14 seniorů (28 %) odpovědělo, že se cítí po zdravotní stránce dobře (graf č. 4).

Na otázku seniorům, zda jakmile se u nich vyskytnou nějaké zdravotní potíže, vyhledají vždy lékařskou péči, odpovědělo 36 dotazovaných seniorů kladně (72 %). 14 seniorů odpovědělo, že lékařskou pomoc nevyhledají (28 %). Z porovnání grafu č. 4 a tohoto grafu č. 5 je zřejmé, že senioři, kteří se necítí zdrávi, vyhledají lékařskou pomoc.

Graf č. 6 navazuje na graf č. 5. Zde 14 seniorů (100 %) odpovídá na otázku, jak jinak řeší své zdravotní problémy. 4 (29 %) seniori odpověděli, že řeší zdravotní problém sami. Tím, že si sami dojdou do lékárny. 5 dotazovaných seniorů (35 %) odpovědělo, že zdravotní problémy řeší s rodinnými příslušníky. 1 senior (7 %) řeší zdravotní problémy s vrchní sestrou, která mu lék podá. 4 seniori (29 %) odpověděli, že nepotřebují nic.

Graf č. 7 konkrétně zjišťuje, zda je někdo z personálu schopen v DPS odpovědět seniorům na problémy týkající se oblasti financování zdravotní péče. 45 seniorů (90 %) odpovědělo, že touto kompetentní osobou se jim jeví sociální pracovnice. 2 seniori (4 %) mají důvěru ke zdravotním sestřím a tři dotazovaní seniori se radí s vrchní sestrou (6%). Tento graf podporuje hypotézu, že senior je edukovaný v oblasti plánování výdajů na zdravotní službu.

Graf č. 8 také potvrzuje nyní zmíněnou hypotézu. Na otázku, zda seniori využívají poradenství osob, které udali v minulých odpovědích, všech 50 dotazovaných seniorů odpovědělo, že ano (100 %).

S tím souvisí i následující zjištění. Dotaz se týkal informovanosti seniorů o možnosti přijetí daru při hospitalizaci. Zajímavé výsledky vyšly z odpovědí. 46 seniorů (92 %) potvrdilo, že tuto informaci od pracovníků DPS mají. 4 seniori (8 %) o možnosti podepsání darovací listiny neví nebo neslyšeli (graf č. 9).

Další šetření se týkalo návštěv u lékařů různých specializací nebo obvodní lékařky. Na dotaz, zda senior v posledním čtvrtletí navštívil nějakého lékaře odpovědělo 31 dotazovaných seniorů (62 %), že ano a 19 seniorů (38 %) žádného lékaře nenavštívilo (graf č. 10).

S grafem č. 10 přímo souvisí graf č. 11. Vyjmenovává lékaře, které seniori navštívili. 26krát seniori navštívili svého obvodního lékaře, 13krát navštívili ortopeda, 9krát kožního lékaře, 7krát navštívili internistu, 4krát očního lékaře, 4krát psychiatra a v nemocnici bylo hospitalizováno 6 dotazovaných seniorů – 4krát na očním oddělení a 2krát na gynekologii. Výsledky tohoto grafu jsou zajímavé tím, že ukazují dosti velkou četnost návštěv u lékařů a tudíž z toho vyplývá, že regulační opatření neovlivňují seniora v rozhodování při léčbě.

Na otázku, zda senioři, kteří využili lékařskou péči, platili regulační poplatky, odpovědělo 27 dotazovaných seniorů (87 %), že poplatky platili a 4 senioři (13 %) přijali při hospitalizaci dar. Při konkrétních odpovědích bylo zjištěno, že regulační poplatky byly placeny hlavně u odborných lékařů, někteří lékaři peníze od seniorů nechtěli (graf č. 12).

Zajímavá je odpověď 15 z dotazovaných seniorů (30 %) na otázku, zda znají využití regulačního poplatku, odpověděli ano. 35 dotazovaných seniorů (70 %) neznalo využití vybraných finančních částek. Při konkrétním dotazu, kam regulační poplatky plynou odpověděli 2 ze seniorů, že pro nemocnici, 1 senior si myslí, že poplatky jdou politikům, 1 senior se domnívá, že finance jdou na účet DPS a 11 seniorů ví, že poplatky jdou lékařům (graf č. 13).

Na přímou otázku, zda dotazovaní senioři znají přesně své výdaje za léky, odpovědělo všech 50 dotazovaných seniorů kladně (100 %). Bylo zjištěno, že při výplatě důchodu každý měsíc pokladní nebo sociální pracovnice DPS podá podrobné vysvětlení příjmů a výdajů každému konkrétnímu seniorovi (graf č. 14).

Zarážející jsou výsledky posledního grafu, kde na otázku, zda seniorům ztěžuje výše plateb za léky a za regulační poplatky jejich finanční situaci, odpovědělo 44 dotazovaných kladně (88 %) a 6 seniorů žádné finanční problémy nepocituje (12 %). Nejčastější odpovědi těch, kteří mají finanční problémy byly rázu : zbývá mi málo, nemohu dát svým dětem a vnoučatům nic, nekoupím si nic na sebe. Diskutabilní je i odpověď, která se opakovala také, že senioři našetří dětem jen něco málo k Vánocům. Šokující byla odpověď jednoho klienta, který odpověděl, že chtěl přestat obědvat, aby ušetřil za jídlo. Odpovědi šesti klientů, kteří nemají finanční problémy byly typu: děti mne podporují, děti doplácí na můj pobyt, vyjdu s málem, jsme zvyklí šetřit (graf č. 15).

Dle mluvčí České správy sociálního zabezpečení Štěpánky Filipové průměrný starobní důchod vyplácený Českou správou sociálního zabezpečení dosahoval v prosinci 2007 částky 8 747 korun a v Česku bylo celkem 2 028 865 starobních důchodců.

Od ledna 2008, kdy dostali všichni důchodci přidáno, činí průměrný starobní důchod 9 093 korun. Vyplácení důchodů sleduje Česká správa sociálního zabezpečení po pásmech. Nyní jsou k dispozici údaje za září 2007, kdy celkem 9 416 starobních důchodců pobíralo důchod jen do výše 2 999 korun a 1144 804 seniorů do výše 9 999 korun.

V domovech důchodců žije v Česku kolem 40 tisíc seniorů a dalších 30 tisíc lidí, kterých se problém rovněž týká, je umístěno v ústavech sociální péče. Pobyt a strava seniory přijde na 7 až 9 tisíc korun měsíčně. Průměrný důchod přitom v Česku činí 9093 korun měsíčně. Proto zákon omezuje výši nákladů na pobyt v domovech a nařizuje, že každému jeho obyvateli musí z důchodu zůstat alespoň 15 procent na kapesné. Rozdíl v platbě důchodců na pobyt v domově a skutečnými náklady dorovnává většinou zřizovatel, především příslušný krajský úřad. Z kapesného seniory hradí další běžné výdaje, jako jsou například poplatky za televizi a rozhlas, osobní hygienické potřeby, doplatky za léky a nově také regulační poplatky za recept a návštěvu u lékaře.

Průzkum Národní rady osob se zdravotním postižením říká, že měsíční kapesné se u většiny obyvatel domovů důchodců pohybuje kolem 1 250 korun. Po dalších nezbytných osobních výdajích jim zůstává na útratu průměrně 614 korun. Měsíčně tyto lidé potřebují na předpis zhruba šest léků a dvě lékařské vyšetření. Každá položka znamená náklad 30 korun, tedy měsíčně 240 korun. Pětině seniorů však podle zjištění rady na regulační poplatky za zdravotní péči ale peníze nezbývají. (Příloha 5)

Ministerstvo práce a sociálních věcí má výhrady k průzkumu Národní rady osob se zdravotním postižením. Nepovažuje data Národní rady za data seriózní. Tuto problematiku stále řeší, dle MPSV je proto důležité zaměřit se na situaci lidí, kteří jsou během života různým způsobem sociálně znevýhodněni. Podpora mezigenerační solidarity a soudržnosti by měla být součástí všech opatření přijímaných v reakci na stárnutí populace.

Třetím cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaká je informovanost sester o regulačních poplatcích. Čísla grafů nesouhlasí s čísly otázek z dotazníku, neboť některé otázky byly rozvinuty. (Příloha 7)

Grafy č. 1, 2 a 3 odpovídají na otázky identifikační. Na zjištění základních údajů (věk, dosažené vzdělání). Ze všech dotazovaných respondentů 128 (100 %) byly všechno jen ženy. Z celkového počtu respondentek 128 (100 %) jich ve výzkumném vzorku odpovídalo ve věku 19 - 30 let 29 respondentek (23 %), ve věku 31 – 49 let jich odpovídalo 66 na dotazník (51 %) a ve věku 50 let a více odpovídalo 33 respondentek (26 %).

Na otázku v jaké pozici pracují respondentky na svém pracovišti (graf č. 3), odpovědělo ze 128 respondentek 88, že pracují jako všeobecné sestry s registrací (68 %), 15 respondentek pracuje jako všeobecná sestra bez registrace (11 %), 10 respondentek pracuje ve funkci staniční sestry (8 %), 6 respondentek pracuje jako porodní asistentka s registrací (5 %), 6 respondentek jako fyzioterapeutka (5 %), 2 respondentky pracují ve funkci ergoterapeutky (2 %) , 1 odpovídající pracuje ve funkci hlavní sestry (1 %).

Výsledky výzkumného šetření grafem č. 4 potvrdily nesprávnost hypotézy č.3. Na otázku zda respondentky ví , že od 1.1.2008 jsou zavedeny v ČR regulační poplatky odpovědělo 126 respondentek ano (98 %) , 2 respondentky neznaly pojem regulační poplatky (2 %). 56 respondentek dokonce regulační poplatky přímo inkasují.

Vcelku očekávané výsledky byly zjištěny při dotazu na otázku, zda jsou respondentky seznámeny s publikací -Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008 – tzv. bařoh opatření ministerstva zdravotnictví, 55 respondentek odpovědělo ano (43 %) a 73 respondentek ne (57 %) (graf č. 5).

Na otázku, odkud získávají respondentky informace o regulačních poplatcích, (graf č. 6) odpovědělo 19 respondentek (15 %), že od lékaře, 14 respondentek (11 %), že od kolegyní sester, 63 respondentek (49 %) odpovědělo, že získávají informace z médií, 18 respondentek (14 %) získává informace z odborného tisku. 14 respondentek (11 %) je informováno o regulačních poplatcích jiným způsobem.

Z celkového počtu 63 respondentek, které odpověděly, že informace získávají z médií, jich 29 (46 %) získává informace o regulačních poplatcích z televize, 17 respondentek sleduje internet (26 %), 9 (15 %) respondentek vyčte informace z denního tisku, 8 respondentek (13 %) poslouchá a získává informace z rádií (graf č. 7).

Zajímavé výsledky byly zjištěny u názoru, zda by se respondentky chtěly dozvědět více informací o regulačních poplatcích. 71 respondentek (55 %) odpovědělo, že ano a 57 respondentek (45 %) má dostatečné informace o poplatcích (graf č. 10).

Na otázku, zda respondentky znají základní typy regulačních poplatků ve zdravotnictví odpovědělo 112 respondentek (87 %), že ano a 16 respondentek (13 %) dalo odpověď ne. Tato odpověď také potvrzuje hypotézu č. 3 (graf č. 11).

Na otázku, zda si respondentky myslí, že regulační poplatky zlepší kvalitu našeho zdravotnictví, odpovědělo 54 respondentek (42 %), že ano. 50 respondentek (39 %) neumí posoudit odpověď na tuto otázku a 24 respondentek (19 %) si myslí, že poplatky nezlepší kvalitu našeho zdravotnictví (graf č. 12).

Jestliže respondentky odpověděly na předcházející otázku ano, měly vypsát jakým způsobem. Celkem ano odpovědělo 54 respondentek. 22 respondentek (48 %) odpovědělo, že regulační poplatky vidí jako zdroj financí plynoucí do našeho zdravotnictví, 15 respondentek (28 %) si myslí, že se zvýšila dostupnost vyšetření, finance se používají do modernizace zdravotnických zařízení, nakupují se přístroje. 15 respondentek (28 %) vidí přínos regulačních poplatků hlavně v tom, že nejsou zdravotnické služby zneužívány. 2 respondentky (4 %) vyjádřily názor, že pacienti vyžadují větší komfort v pozitivním smyslu (graf č. 13).

Jestliže respondentky odpověděly na předcházející otázku č. 9 ne, měly vypsát jakým způsobem. Celkem ne odpovědělo 24 respondentek. 6 respondentek (25 %) se domnívá, že zavedením regulačních poplatků se vůbec nic ve zdravotnictví nezměnilo, dalších 6 respondentek (25 %) se domnívá, že zavedení poplatků by nemělo ovlivňovat péči o pacienty v jejich zařízeních. 6 respondentek (24 %) vyjádřilo názor, že zavedením poplatků došlo ke zmatkům a ke zdržení v poskytování zdravotní péče. 3 respondentky (13 %) odpověděly, že výkonnost ve zdravotnictví je maximální a tak tím, že přibýlo inkasování poplatků se situace jen zhoršila. 3 respondentky (13 %) poukázaly na nedostatek personálu ve zdravotnictví (graf č. 14).

Zajímavé výsledky byly zjištěny v souvislosti s otázkou č. 10, zda respondentka sledovala, že v nedávných volbách byl pojem regulační poplatek použit jako volební

téma. Zde odpovědělo 83 respondentek (65 %), že ano a 45 respondentek (35 %) volby nesledovalo (graf č. 15).

Na otázku, zda je třeba edukovat pacienty, které respondentky ošetřují ve svých zařízeních, odpovědělo 84 respondentek (66 %) kladně. 30 respondentek (23 %) odpovědělo, že není potřeba edukovat své klienty a 14 respondentek (11 %) odpovědělo, že někdy. U této otázky si sestry samy doplnily možnost č. 3 „někdy“, která v dotazníku uvedena nebyla. To bylo v tomto šetření dílčím důkazem, že sestry vyplňovaly dotazníky s profesionálním přístupem (graf č. 16).

Na otázku jaké jsou informace pacientů o regulačních poplatcích, které respondentky ošetřují, odpověděly 2 (2 %), že jsou na vysoké úrovni, 20 respondentek (16 %), že jsou na velmi dobré úrovni. 49 respondentek (38 %) si myslí, že informace jsou na dobré úrovni, 32 respondentek (25 %) odpovědělo, že na uspokojivé úrovni. 17 respondentek (13 %) si myslí, že informace klientů jsou nedostačující a 8 respondentek (6 %) o tom nepřemýšlelo (graf č. 17).

V celku očekávané výsledky byly zjištěny při dotazu na to, jak reagují pacienti při předávání peněz do rukou respondentkám. 18 respondentek (14 %) udalo, že pacienti reagují kladně s tím, že platba je potřeba. 62 respondentek (49 %) se setkává s kladnou reakcí a 44 respondentek (34 %) zažívá reakci „co se dá dělat“. 3 respondentky (2 %) se setkaly se zápornou reakcí. A 1 respondentka (1 %) odpověděla, že klienti jejich zařízení odmítají regulační poplatek zaplatit (graf č. 18).

Velmi závažící byly výsledky na otázku, zda se respondentky setkaly s klientem, kterého možná platba regulačního poplatku odradila od nutné návštěvy lékaře. Zde odpovědělo 39 respondentek (30 %) ano a 89 respondentek (70 %) se neseťkalo s takovým klientem (graf č. 19).

Dále bylo zjišťováno, zda se respondentkám zdá výše regulačních poplatků nízká. Tak odpovědělo 24 respondentek (19 %). Jako optimální výše regulačního poplatku se jeví 88 (68 %) respondentkám a jako vysoká se jeví 16 respondentkám (13%) (graf č. 20).

Na otázku, zda respondentky mají nějaké informace na co a jak jsou zisky z regulačních poplatků využívány, odpovědělo 49 respondentek (38 %), že mají informace na co se peníze využijí a 79 respondentek (62 %) neví (graf č. 21).

V otázce č. 17 se odrazilo sociální citění, ale též praktičnost sester. Otázka zněla, zda si respondentky myslí, že regulační poplatky by měly být zachovány tak jak jsou. Zde odpovědělo 59 (46 %) kladně. 47 respondentek (37 %) by chtělo regulační poplatky upravit aby více odrážely sociální situaci některých skupin pacientů. 22 respondentek (17 %) má názor takový, že regulační poplatky by měly být zcela zrušeny (graf č. 22).

S tím souvisí i následující zjištění. Na otázku, komu by respondentky regulační poplatky odpustily, z celkového počtu dotazovaných respondentek (128) označilo odpověď 99krát dětem (27 %), 53krát matkám na mateřské(15 %), 67krát seniorům (19 %), 28krát nezaměstnaným (8 %), 11krát podnikatelům (3 %). 27 (8 %) odpovědí bylo, že respondentky by odpustily regulační poplatky všem. 22krát (6 %) byla označena odpověď u skupiny novorozenců. Respondentky dále vypsaly další skupiny, které by osvobodily od regulačních poplatků. A jsou to pacienti s nádory, dále lidé pracující ve zdravotnictví, nezaměstnaní, handicapovaní a ti, co si nezavinili svou nemoc (graf č. 23).

Otázkou č. 19 byla přímo zjišťována informovanost sester, jaké typy regulačních poplatků znají. 104 respondentek (26 %) uvedlo poplatek za návštěvu LSPP, dále 91 respondentek (22 %) zná poplatek za recept, 103 respondentek (25 %) uvedlo znalost poplatku při hospitalizaci, 87 respondentek (21 %) odpovědělo, že se platí regulační poplatek ambulantnímu lékaři a 24 respondentek (6 %) neznalo žádný typ regulačního poplatku (graf č. 24).

Zajímavé odpovědi byly udávány na otázku č. 20, zda si respondentky myslí, že vybírání regulačních poplatků změnilo vztah mezi zdravotníky a pacienty. Zde odpovědělo 32 respondentek (25 %), že ano, že se vztah zhoršil. 96 respondentek (75 %) si myslí, že se vztah nezměnil (graf č. 25).

Na otázku, jaká je informovanost zdravotníků o regulačních poplatcích, odpovědělo 16 respondentek (13 %), že na velmi dobré úrovni, 84 respondentek (65 %) si myslí, že znalosti jsou na dobré úrovni. 14 respondentek (11 %) tvrdí, že je

informovanost na neuspokojivé úrovni a 14 respondentek (11 %) o tom nepřemýšlelo (graf č. 26).

Znovu bylo provedeno šetření na otázku, jaké jsou podle respondentek jejich informace o regulačních poplatcích. Zde odpovědělo pouze 8 respondentek (6 %), že jsou vynikající, 67 respondentek (53 %) odpovědělo, že informace jsou uspokojivé. 39 respondentek (30 %) má informace dostačující a 14 respondentek (11 %) má informace nedostačující. Byly to očekávané výsledky (graf č. 27).

Na to navazovala otázka č. 23 a č. 24. Bylo zjišťováno, zda by respondentka uměla podat klientovi informace o regulačních poplatcích. Zde odpovědělo 82 respondentek (64 %) kladně, 35 (27 %) odpovědělo ano, ale nejprve by musely prostudovat odbornou literaturu. 11 respondentek (9 %) by neumělo informace podat. Na otázku zda se respondentka setkala s člověkem, který ji požádal o informaci ohledně regulačních poplatků, odpovědělo 82 respondentek (64 %), že ano a 46 respondentek (36 %) odpovědělo, že se s takovým klientem nesetkalo (graf č. 28 a č. 29).

6.Závěr

Stanoveny byly tři hypotézy. První hypotéza měla potvrdit, že senior je edukovaný v oblasti plánování výdajů na zdravotní službu. V DPS Blatná je systém péče pojatý v duchu holistické péče o klienty, a tak informace o výdajích a příjmech jsou pro klienty dostatečně dostupné. Sestry zde se zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí bio- psycho- sociální, bytostí holistickou, ne pouze souborem částí a procesů. Plně si uvědomují, že porucha jedné části celku vede zákonitě k poruše jiné části, popřípadě celého systému. Druhá hypotéza měla potvrdit, že výše poplatků může ovlivnit rozhodování seniora v léčbě. Tato hypotéza se nepotvrdila. Pravdou je, že seniorům se podle výzkumu platbou regulačních poplatků zvýšily finanční náklady, což má negativní vliv u některých seniorů na uspokojování základní potřeby – jistoty a stability. Jejich rozhodnutí k vyhledání potřebné zdravotní péče ovšem poplatky nezměnily. Třetí hypotéza, že sestry nejsou informovány o systému regulačních poplatků se nepotvrdila. Sestry jsou informovány a spolupracují na uplatňování změn ve zdravotním sektoru.

Dále se tato bakalářská práce zabývala stavem informovanosti sester o regulačních poplatcích. Bylo zjištěno, že všeobecné sestry se staví ke změnám ve zdravotnickém sektoru zodpovědně, diskutují o možnostech i dopadech zavedení regulačních poplatků. Bakalářskou prací bylo zjištěno, že sestry by si přály více informací o regulačních poplatcích. Bude třeba mít tyto výsledky stále na paměti a aktivně se zajímat o to, zda sestry ví, co potřebují vědět o regulačních poplatcích k výkonu své práce . Bylo by vhodné uspořádat přednášky či semináře o této problematice. Práce ve svém podtextu upozornila na jeden z paradoxů našeho zdravotnictví. Přestože většina zdravotníků má pocit, že sdělila vše, drtivá většina všech stížností na poskytování zdravotní péče hovoří o nedostatečné informovanosti klientů. Na základě této bakalářské práce by měla být vytvořena ucelená příručka pro zdravotní sestry o regulačních poplatcích.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, Sylva. Profese sestry, profesionalizace a elitářství v ošetrovatelství ze sociologického pohledu. *Kontakt*. České Budějovice: 2007. roč. 9, č. 2, s. 254-259. ISSN 1212-4117.
2. BEDNÁŘ, J. *Základní kapitoly z mikroekonomie*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2001. 121s. ISBN 80-7040-508-2.
3. BOUDA, Zbyňek. *Poplatky u lékaře budeme platit i nadále*. [online]. Dostupné z <http://www.právník.cz/a/284/poplatky-u-lekare-budeme-platit-i-nadale>, květen 28, 2008
4. BURŽGOVÁ, Radka. Respektování autonomie při dlouhodobé péči o seniory. *Kontakt*. České Budějovice: 2007, roč. 9, č. 1, s. 65-69. ISSN 1212-4117.
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatelství 10*. 1. vydání. Brno: NCONZO v Brně, 2004. 72s. ISBN 80-7013-363-5.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vydání. Praha: Galén, 2002. 272s. ISBN 80-7262-132-7.
7. HOUBIČKOVÁ, Hana. *Kdo platí a kdo ne*. [online]. Dostupné z <http://www.chytrazena.cz/rodina/finance/poplatky-u-lekaru-od-1-srpna-2008-kdo-plati-a-kdo-ne-2958.html>, srpen 18, 2008
8. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
9. KAREŠ, J., DRHLÍKOVÁ, M., BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2006. 137s. ISBN 80-7040-852-9.
10. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo I*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 837s. ISBN 80-217-0528-0.
11. KREBS, V., *Sociální politika*. 1. vydání. Praha: ASPI, a.s., 2007. 504s. ISBN 80-7357-276-1.
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. 200s. ISBN 80-247-0179-0.
13. LEMON 3. *Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vydání WHO/EURO, Copenhagen překlad IDV PZ Brno, 1997. 158s. ISBN 80-7013-244-2.

- 14.MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vydání. Grada Publishing,a.s., 2006. 264s. ISBN 80-247-1399-3.
- 15.MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I.díl*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. 187s. ISBN 80-246-0429-9.
- 16.MERHAUTOVÁ, Iva. *Souboj o poplatky ve zdravotnictví pokračuje. Sestra*. Praha: 2009 ,roč.19,č.2, s.11. ISSN 1210-0404.
- 17.*Návod na použití českého zdravotnictví v r.2008*-publikace pro širokou veřejnost. Praha: MZ České republiky, 2007 [online].Dostupné z <http://www.mzcr.cz/Pages/105-navod-na-pouziti-ceskeho-zdravotnictvi.html>.
- 18.PETR, Vašek. *Boj o poplatky u lékaře startuje*. [online].Dostupné z : <http://hn.ihned.cz/c1-22800720-boj-o-poplatky-u-lekare-startuje> ,leden 20, 2008
- 19.PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing,a.s., 2007. 184s. ISBN 978-80-247-1490-5.
- 20.PLAČEK, Štěpán. *Domovům pro seniory budou letos chybět stamilióny. Strakonický deník*. České Budějovice: 2009,únor 13, č.37, s.9. ISSN 1802-0844.
- 21.RHEINVALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing,a.s., 1999. 88s. ISBN 80-7169-828-8.
- 22.ROZSYPALOVÁ, M, STAŇKOVÁ,M. *Ošetrovatelství I/Ipro střední zdravotnické školy*. 2. vydání. Praha. Informatorium,spol. s r.o.,1996. 234s. ISBN 80-85427-93-1.
- 23.SEDLÁČEK, Tomáš. *Pomoc s telefonátem? Ano, ale za 12 korun. Strakonický deník*. České Budějovice: 2009, únor 13, č.37, s.9. ISSN 1802-0844.
- 24.STAŇKOVÁ, M., BLÁHA, K., VONDRÁČEK, L., et al. *České ošetrovatelství 13. Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 67s. ISBN 80-7013-388-0.
25. STAŇKOVÁ, M. *Sestra reprezentant profese*. 1. vydání.Brno: IDV PZ ,2002. 78s. ISBN 80-7013-368-6
- 26.STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 3.- Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. 1. vydání. Brno: NCONZO v Brně, 2005. 49s. ISBN 80-7013-282-5.
- 27.ŠPAČEK, Milan, *Koncepce ošetrovatelství 9. Metodická opatření k zajištění jednotného postupu*. Věstník Ministerstva zdravotnictví: Praha, 2004.

- 28.ŠRÁMKOVÁ, Martina. *Definitivní verdikt-poplatky ve zdravotnictví platí*. [online].Dostupné z : <http://www.e15.cz/udalosti/definitivni-verdikt-poplatky-ve-zdravotnictvi-plati-28735/>, květen 28.,2008
- 29.TRACHTOVÁ, E., FOJTOVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Brno: IDV PZ , 1999. 186s. ISBN 57-863-99.
- 30.VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing,a.s., 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8.
- 31.VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing,a.s., 2007. 96s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- 32.ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 1. vydání. Praha: GradaPublishing,a.s., 2007. 232s. ISBN 978-80-247-2068-5.

8. Klíčová slova

Role sestry

Holistická péče

Potřeby nemocného

Senior

Edukace

Regulační poplatek

Příloha 1- Báseň

Dokážeš naslouchat?

Když chci, abys mne vyslechl,

a ty mi místo toho začneš dávat rady.

Když chci, abys mě vyslechl,

a ty mi místo toho začneš říkat, že to tak nemám cítit.

Když chci, abys vyslechl můj problém,

a ty začneš říkat, jak to mám vyřešit – selháváš i když to zní zvláště.

Poslyš vše, co po Tobě žádám, je, abys mě poslouchal.

Ne, abys mluvil nebo něco dělal.

Žádám tě pouze, abys mne vyslechl.

Chci jednat sám, nejsem bezmocný a ani neschopný.

Když pro mě děláš něco, co mohu a potřebuji udělat sám,

přispíváš k mému strachu a zvyšuješ moji neschopnost.

Když však přijímáš jako holou skutečnost,

že cítím to, co cítím (rozum jde stranou),

mohu přestat s přesvědčováním,

a mohu se pokusit pochopit,

co se skrývá za těmi mými citovými projevy.

Prosím tě tedy, poslouchej a vyslyš mne.

A jestliže chceš mluvit, počkej chvíličku a já tě budu poslouchat.

(upraveno podle neznámého indického autora – z knihy Pichaud, C., Thareaunová, I.:
Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál, 1999)

Příloha č. 2

Demografické stárnutí(populace ČR v historickém vývoji a prognóze)

Senioři	1950	1975	2000	2025	2050
Zastoupení osob nad 65 let	8,3 %	12,9 %	13,9 %	23,1 %	32,7 %
Zastoupení osob nad 80 let	1,0 %	1,7 %	2,5 %	5,3 %	9,5 %
Index stáří *	51,7 %	82,3 %	111,8 %	243,0 %	296,1 %

(Population Aging 1950—2050. New York: United Nations, 2002, Zdravotnická ročenka CR 2000, 2001, Praha)

*Index stáří je počet osob nad 65 let na 100 osob ve věku 0—14 let.

Z hlediska zdravotního stavu je populace seniorů vysoce heterogenní. Vykazuje vyšší celkovou morbiditu, která je specifická vysokým výskytem chronických a degenerativních onemocnění, ale i vyšším výskytem akutních stavů a náhlých dekompenzací chronických onemocnění. Nemocnost plynule narůstá až do nejvyšších věkových skupin, ženy všech věkových kategorií vykazují větší počet zdravotních potíží. U seniorů ve věku nad 80 let nalzáme vysokou polymorbiditu, v průměru se zde vyskytuje 3,5 diagnózy u 1 pacienta. Nejčastější choroby vyššího věku jsou:

- kardiovaskulární choroby,
- nemoci pohybového aparátu,
- metabolické choroby,
- gastrointestinální a respirační choroby,
- kognitivní poruchy a demence

Příloha č.3- Etický kodex sester

Mezinárodní etický kodex pro zdravotní sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, tato zatím poslední revize byla provedena v roce 2000.

Etická pravidla zdravotní péče

- Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.
- Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

Zdravotní sestra a spoluobčan

- Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.
- Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

Zdravotní sestra a péče v praxi

- Zdravotní sestra je osobně odpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.
- Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standart na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci.
- Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá zodpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám.
- Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

Zdravotní sestra a společnost

- Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení aje v této věci iniciativní.

Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci

- Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.
- Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby ochránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka nebo občana.

Zdravotní sestra a povolání

- Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za odborné vzdělávání.
- Zdravotní sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče.
- Zdravotní sestra se zasazuje v rámci odborové organizace o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplácení. Dbá též o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče.

Kodex profesionálního chování

Kodex profesionálního chování vydaný Českou asociací sester je závazný pro všechny zdravotnické pracovníky, členy i nečleny CAS registrované touto organizací.

Každý zdravotnický pracovník registrovaný v České asociaci sester vždy jedná tak, aby:

- hájil a podporoval zájmy jednotlivých pacientů a klientů
- sloužil zájmům společnosti
- jeho chování vzbuzovalo důvěru veřejnosti
- prezentoval a dále zlepšoval postavení a dobrou pověst své profese.

Česká asociace sester je odbornou profesní organizací, která vyžaduje od registrovaných členů i nečlenů, aby pracovali a chovali se podle norem uvedených v tomto kodexu.

Příloha č.4- Dopis představenstva nemocnice Strakonice a.s. (originál)

Vážení spoluobčané,

Od 1.1.2008 vstupuje v platnost Zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů, který ukládá pacientům uhradit regulační poplatek za návštěvu v ambulanci a za hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. Navzdory často vypjaté společenské diskusi je dnes jasné, že Ústavní soud v Brně stížnost na zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví neprojedná do konce roku a zákon bude platit.

Vzniká tak situace, kdy zdravotnická zařízení jsou povinna vybrat od pacientů příslušné poplatky, aniž by zákon specifikoval, jakým způsobem to má zdravotnické zařízení udělat. Rádi bychom Vás proto seznámili, se způsobem vybírání regulačních poplatků v Nemocnici Strakonice, a.s. Rozhodli jsme se maximálně vyjít vstříc liteře zákona a nevybírat poplatky předem formou předprodeje kupónů nebo formou placení v automatech.

Veškerá tíha výběru poplatků tak spočívá na zdravotnických pracovnících v jednotlivých ambulancích a na odděleních. Navíc ve třech hlavních budovách nemocnice, tzn. na interním oddělení, na chirurgickém oddělení a v pavilonu gynekologicko-porodnického oddělení bude možno hradit poplatky u sekretárek oddělení. Kromě hotovostních plateb je možno také využít platbu kartou. Na výše uvedených místech budou k dispozici pevné platební terminály CSOB a dále budou k dispozici i některé volné čtečky platebních karet podle aktuální potřeby. Myslíme si, že v případě plateb vyšších částek, zejména za hospitalizaci, je bezhotovostní styk způsob, který jak pacienty, tak personál nemocnice nejméně zatěžuje.

Vzhledem k tomu, že v denním tisku byly diskutovány všemožné situace, kdy a za co platit, nebudeme rozebírat toto široké a nepřehledné téma. Faktem zůstává, že obecně jsou od poplatků osvobozeni pouze pacienti, kteří se prokáží potvrzením městského úřadu o hmotné nouzi mladším jednoho měsíce. Nicméně život může přinést řadu složitých situací, cesta pacienta zdravotnickým zařízením může být v řadě případů značně krkolomná. V těchto případech jsou zdravotníci připraveni podat veškeré informace s tím, že chápání některých komplikovaných situací je koordinováno na

úrovni všech nemocnic jihočeského kraje, tzn. pacient v těchto nemocnicích bude posuzován stejně.

Rádi bychom využili této příležitosti, abychom požádali budoucí pacienty o maximální vstřícnost. Jde nám o to, aby zdravotní péče byla v naší nemocni poskytována rychle, spolehlivě a kvalitně. Jsme si vědomi, že placení poplatků může i v tom nejlepším případě zpomalit ošetření především v ambulancích a rádi bychom, aby toto zpoždění bylo co nejmenší. Mohou nastat situace, kdy pacient nemůže, či nechce poplatek zaplatit. V těchto případech bude vystaven dlužní úpis a pacient obdrží složenku, kterou bude moci uhradit do 8 dnů po obdržení. Pokud ani po této době nebude dluh uhrazen, nemocnice má jako obchodní společnost povinnost takto vzniklou pohledávku vymáhat jako jakoukoliv jinou pohledávku z obchodního styku. Rádi bychom upozornili všechny pacienty, že pokud nebude zákonná povinnost poplatky vybírat modifikována, či zrušena, nemocnice je povinna učinit veškeré kroky k vymáhání svých pohledávek a je třeba si uvědomit, že Žádná patientská organizace ani poslanec za pacienta soudní poplatky, které mohou mnohonásobně převyšovat výši dluhu, nezaplatí.

Částky, které budou vybrány z regulačních poplatků, chce nemocnice evidovat v účetnictví samostatně a bude dbát na to, aby byly využity na přímé zlepšení kvality zdravotní péče a zlepšení podmínek pro pobyt pacienta v nemocnici. Jako první krok chystáme výměnu postelí na odděleních a dovybavení lůžek antidekubitními matracemi. Navzdory celospolečenské atmosféře, která okolo vybírání regulačních poplatků panuje, bychom se na Vás rádi obrátili s žádostí o vstřícný a chápavý přístup. Zatímco pro Vás bude placení poplatků znamenat někdy i nezanedbatelnou zátěž finanční, pro nemocnici půjde především o zátěž administrativní a organizační. Neměli bychom však zapomínat na to hlavní: kvalitní a soustředěnou péči o zdraví nás všech. Spory a hádky v této situaci jistě nepomohou, stanou se pouze zdrojem rozladění, nesoustředění, které nemůže přinést nic jiného, než znechucení a chyby v práci. Zkusme tedy čelit této situaci společně, abychom v nemocnici mohli naplňovat krédo, které se již stalo neoddělitelnou součástí našeho loga nemocnice, které na Vás záleží...

Představenstvo Nemocnice Strakonice, a.s..

Příloha č.5- Soukromý zdroj- měsíční příjmy a výdaje klientky DPS Blatná

VÝPLATNICE ZA ÚNOR 2008

Dne: 14.2.2008

**VOŘÍŠKOVÁ
Blažena
235318/110**

Příjmy	Soc.dávky	Úhrada	Zús.dúč. fakultativní	Přeplatek / nedoplatek	OÚ	
8907,00	0,00	8100,00	1336,00	0,00	0,00	
BD 0,00	HD 0,00	Za léky 1158,00	služby 135,00	DOPRAVA 0,00	ZA NÁKUPY 0,00	K výplatě 43,00

Voříšková Blažena

235318110

09.01.2008	V	FENOLAX drg 30x5mg	2.0	127.4
09.01.2008	V	ESPUMISAN CPS 50X40MG	1.0	85.0
09.01.2008	V	Zaječická hořká voda 1l	5.0	140.0
09.01.2008	V	*** Zaokr. vyrovnání 5%	1.0	0.1
09.01.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30.0
09.01.2008	R	BATRAFEN LIQ 1x20ml	1.0	1.8
09.01.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30.0
09.01.2008	V	*** Zaokr. vyrovnání 5%	1.0	0.2
09.01.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30.0
09.01.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30.0
09.01.2008	R	BETADINE LIQ 1x 30ml	1.0	33.2
09.01.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30.0
09.01.2008	V	*** Zaokr. vyrovnání 5%	1.0	-0.2
09.01.2008	R	MEDROL 16MG tbl	1.0	101.8
09.01.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30.0
09.01.2008	V	*** Zaokr. vyrovnání 5%	1.0	0.2
15.01.2008	R	DICLOFENAC AL 25 tbl.OBD	2.0	3.6
15.01.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30.0
15.01.2008	V	FREVENTAN tbl. 30	1.0	99.6
15.01.2008	R	AFLODERM drm crm 1x20gm	1.0	53.5
15.01.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30.0
15.01.2008	R	SALOXYL ung 1x30gm	1.0	15.3
15.01.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30.0
15.01.2008	R	DITHIADEN LÉČIVA	3.0	1.8
15.01.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30.0
15.01.2008	V	*** Zaokr. vyrovnání 5%	1.0	0.2
23.01.2008	R	ANOPYRIN 100 MG por tbl	2.0	12.4
23.01.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30.0
23.01.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30.0
23.01.2008	V	*** Zaokr. vyrovnání 5%	1.0	0.1
29.01.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30.0
29.01.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30.0
29.01.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30.0
29.01.2008	R	DITHIADEN LÉČIVA	3.0	1.8
29.01.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30.0
29.01.2008	V	*** Zaokr. vyrovnání 5%	1.0	0.2

CELKEM za RČ: 1 158.0

Příloha č.5- Soukromý zdroj- měsíční příjmy a výdaje klientky DPS Blatná

VÝPLATNICE ZA BŘEZEN 2008

Dne: 12.3.2008

VOŘÍŠKOVÁ

Blažena

235318/110

Příjmy	Úhrada	Zůstatek	Přeplatek /	Léky	OÚ
8 907,00	8 100,00	důchodu	Nedoplatek	116,50	0,00
	fakultativní	1 336,00	0,00		
HD	služby		ZA		
0,00	135,00	DOPRAVA	NÁKUPY		
		0,00	0,00		

K výplatě
1 084,50

Příjmení a jméno	RČ	T	Název přípravku	ks	Doplatek
	06.02.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30.0
	06.02.2008	V	*** Zaokr. vyrovnání 5%	1.0	0.1
	18.02.2008	R	Voříšková	1.0	0.0
	18.02.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30.0
CELKEM za RČ:					116.5

Příloha č.5- Soukromý zdroj- měsíční příjmy a výdaje klientky DPS Blatná

VÝPLATNICE ZA DUBEN 2008

Dne: 11.4.2008

VOŘÍŠKOVÁ

Blažena

235318/110

Příjmy	Úhrada	Zůstatek	Přeplatek /	Léky	OÚ
8 907,00	8 100,00	1 336,00	Nedoplatek	514,00	0,00
	fakultativní		ZA		
HD	služby	DOPRAVA	NÁKUPY		
0,00	135,00	0,00	0,00		

**K výplatě
687,00**

Kód	Název	Množství	Cena celkem	Úhrada ZP	Doplatek
328812	Regulační poplatek	1,000	30,00 Kč	0,00 Kč	30,00 Kč
328812	Regulační poplatek	1,000	30,00 Kč	0,00 Kč	30,00 Kč
300748	sig. bianco červená 22x52	1,000	0,82 Kč	0,82 Kč	0,00 Kč
300746	synderman+glycerin+aq+des	1,000	26,70 Kč	26,70 Kč	0,00 Kč
328812	Taxa laborum	1,000	53,68 Kč	53,68 Kč	0,00 Kč
300748	Triturace dexamethasonu	0,040	6,77 Kč	6,77 Kč	0,00 Kč
	Celkem za pacienta		427,79 Kč	333,67 Kč	94,00 Kč

Voříšková Blažena

235318110

11.03.2008 10:00:00, S 2.0,
Základní číslo 1073
23.03.2008 11:00:00
IČO: 4507033, DIČ: CZ45070330

11.03.2008	R	BETALOC 100mg tbl	1.0	35
11.03.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30
11.03.2008	R	TEGRETOL CR TBL OBD	3.0	0
11.03.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30
11.03.2008	V	*** Zaokr. vyrovnání 5%	1.0	-0
11.03.2008	R	KALIUM CHLORATUM	1.0	8
11.03.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30
11.03.2008	R	FURORESE 40tbl 100x 40mg	1.0	0
11.03.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30
11.03.2008	R	MONOSAN 20MG TBL 30X20MG	3.0	14
11.03.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30
11.03.2008	V	*** Zaokr. vyrovnání 5%	1.0	-0
14.03.2008	R	Voříšková Blažena-mast	1.0	0
14.03.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30
26.03.2008	R	VEROSPIRON tbl 100x25mg	1.0	36
26.03.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30
26.03.2008	R	APO-OME 20 por cps	1.0	0
26.03.2008	R	*** Regulační poplatek ***	1.0	30
26.03.2008	V	*** Zaokr. vyrovnání 5%	1.0	0
26.03.2008	V	ESPUMISAN CPS 50X40MG	1.0	85

CELKEM za RČ: 420

Dotazník pro seniory DPS

- 1) a) žena
b) muž
- 2) Kolik je Vám let?
.....
- 3) Kolik let (měsíců) žijete v našem domově?
.....
.....
- 4) Cítíte se zdráv (a)?
.....
.....
- 5) Jakmile se u Vás vyskytnou nějaké zdravotní potíže, vyhledáte vždy lékařskou péči?
a) ano
b) ne
Jestliže jste odpověděl (a) ne, jak zdravotní problém řešíte?
a) sám
b) s rodinnými příslušníky
c) jinak -
.....
.....
- 6) Je někdo schopen v domově Vám poradit v oblasti financování zdravotní péče?
.....
.....
- 7) Využíváte poradenství těchto osob?
a) ano
b) ne
- 8) Zašel (a) jste v posledním čtvrtletí k lékaři? K jakému? (od ledna)
.....
.....
- 9) Platil(a) jste regulační poplatek?
a) ano
b) ne, z jakého důvodu (lékař nepožadoval poplatek, nebo jste přijal dar?)
.....

10) Znáte účel regulačního poplatku?

a) ano, řekněte jeho využití

.....

.....

b) ne

11) Znáte své výdaje za léky?

a) ano, znám je přesně

b) ne, z jakého důvodu.....

.....

12) Stěžuje Vám výše plateb za léky a za regulační poplatky Vaší finanční situaci?

a) ano

b) ne

Příloha č. 7

Vážený respondente,

jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, a tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění níže uvedeného dotazníku. Dotazník bude sloužit k získání informací

k mé bakalářské práci s názvem Role sestry jako finanční poradkyně seniorů.

Prosím Vás o pravdivé vyplnění následujícího dotazníku. Dotazníky budou zpracovány naprosto anonymně. Účast na tomto výzkumu je zcela dobrovolná.

Děkuji Vám za spolupráci.

Jaroslava Kolářová

Dotazník

(Vaši odpověď prosím zakroužkujte , děkuji)

1) Vaše pohlaví je

- a) žena
- b) muž

2) Váš věk je

- a) 19-30 let
- b) 31-49 let
- c) 50 let a více

3) V jaké pozici jste zaměstnána ve Vašem zdravotnickém zřízení ?

- a) hlavní sestra
- b) staniční sestra
- c) všeobecná sestra s registrací
- d) všeobecná sestra bez registrace

4) Víte, že od 1.1.2008 jsou zavedeny regulační poplatky ve zdravotnictví ?

- a) ano, mým úkolem je jejich inkasování
- b) ano
- c) ne

- 5) Odkud získáváte informace o regulačních poplatcích ve zdravotnictví ?
- a) od lékaře
 - b) od sester
 - c) z médií – jakých ?
 - d) z odborného tisku – vyjmenujte prosím jejich názvy
 - e) jinak – jak
- 6) Chtěl(a) byste se dozvědět více o poplatcích ve zdravotnictví ?
- a) ano
 - b) ne
- 7) Znáte základní typy regulačních poplatků ve zdravotnictví ?
- a) ano
 - b) ne
- 8) Myslíte si, že regulační poplatky ve zdravotnictví zlepší kvalitu našeho zdravotnictví ?
- a) ano – jakým způsobem
 - b) nevím
 - c) ne – proč
- 9) Sledoval(a) jste, že v nedávných volbách téma regulačních poplatků bylo použito jako volební téma ?
- a) ano
 - b) ne
- 10) Pacienty, které ošetřujete ve Vašem zařízení , je třeba o reg. poplatcích edukovat, a nebo jsou jejich informace :
- a) na vysoké úrovni
 - b) na velmi dobré úrovni
 - c) na dobré úrovni
 - d) na uspokojivé úrovni
 - e) na neuspokojivé úrovni
 - f) nepřemýšlel(a) jsem o tom

- 11) Do rukou se sestřím dostávají peníze přímo od pacienta. S jakou reakcí se většinou setkáváte u pacientů při platbě reg. poplatků :
- a) s kladnou reakcí, „jsou potřeba“
 - b) s většinou kladnou reakcí
 - c) s reakcí rezignace- „co se dá dělat“
 - d) se zápornou reakcí
 - e) odmítají reg. poplatek zaplatit
- 12) Setkal(a) jste se někdy s člověkem , kterého regulační poplatek odradil od nutné návštěvy lékaře ?
- a) ano
 - b) ne
- 13) Výše regulačních poplatků se Vám zdá :
- a) nízká
 - b) optimální
 - c) vysoká
- Na základě čeho tak soudíte ?
- 14) Máte nějaké informace na co a jak jsou zisky z regulačních poplatků využívány ?
- a) ano
 - b) ne
- 15) Myslíte si , že regulační poplatky ve zdravotnictví by měly být
- a) zachovány tak jak jsou
 - b) upraveny, aby více odrážely sociální situaci některých skupin pacientů
 - c) zrušeny
- 16) Které skupině pacientů by jste regulační poplatek odpustil (a)
- a) dětem
 - b) matkám na mateřské
 - c) seniorům
 - d) nezaměstnaným
 - e) podnikatelům
 - f) všem
 - g) jiným – komu ...

17) Vyjmenujte prosím regulační poplatky, které znáte.

18) Myslíte si, že vybírání regulačních poplatků změnilo vztah zdravotník – pacient?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste odpověděl(a) ano, tak jak:

- a) vztah se zlepšil
- b) vztah se zhoršil
- c) vztah to neovlivnilo
- d) nepřemýšlel(a) jsem o tom

19) Jaká je podle Vás informovanost zdravotníků o regulačních poplatcích :

- a) na velmi dobré úrovni
- b) na dobré úrovni
- c) na neuspokojivé úrovni
- d) nepřemýšlel(a) jsem o tom

20) Jaké jsou podle Vás Vaše informace o regulačních poplatcích ?

- a) vynikající
- b) uspokojivé
- c) dostačující
- d) nedostačující

21) Uměl(a) byste podat pacientovi informace o regulačních poplatcích ?

- a) ano
- b) ano, ale nejprve bych prostudoval(a) odbornou literaturu
- c) ne

22) Setkal(a) jste se s člověkem , který Vás požádal o informaci o regulačních poplatcích ?

- a) ano
- b) ne