

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**NEZAMĚSTNANOST A JEJÍ VLIV NA POČET ELEKTIVNÍCH VÝKONŮ**  
**NA CHIRURGICKÉM ODDĚLENÍ**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Doc. Ing. Lucie KOZLOVÁ, Ph.D.

Bc. Magdaléna HÁLOVÁ

2009

## **ABSTRAKT**

Chirurgické oddělení je jedno ze stěžejních oddělení Nemocnice v Českých Budějovicích. Poskytuje vysoce specializovanou péči, kterou využívají nejenom pacienti okresu České Budějovice, ale i celého Jihočeského kraje. Ročně je zde chirurgicky ošetřeno bezmála 4 000 pacientů.

Ve své práci se zaměřuji na skupinu lidí, která je práce schopná, ale v době hospitalizace bez vykonávání placené práce, evidovaná na úřadu práce, která přicházela na chirurgické oddělení k elektivním chirurgickým výkonům. Důvody, které je k tomu vedou, mohou být následující: buď svou zdravotní stránku zanedbávali pro vytížení v práci, nebo operaci odkládali z obavy ze ztráty zaměstnání při dlouhodobé pracovní neschopnosti.

Cílem této práce bylo zjistit vliv zaměstnanosti na rozhodnutí klientů podrobit se operačnímu výkonu. Pro získání údajů byla použita dotazníková metoda u klientů hospitalizovaných na chirurgickém oddělení nemocnice v Českých Budějovicích .

Hypotézu, ve které jsem předpokládala, že osoby krátkodobě evidované na úřadu práce se více podrobují operačnímu výkonu než osoby dlouhodobě evidované, jsem v práci potvrdila. Taktéž byla potvrzena i druhá hypotéza, že elektivní operační výkon podstupují častěji klienti v evidenci úřadu práce než zaměstnané osoby. Třetí hypotéza, kde jsem předpokládala, že poplatky za hospitalizaci u nezaměstnaných osob budou mít vliv na délku hospitalizace se nepotvrdila, jelikož politické změny, které vedly ke vzniku darovací smlouvy mezi Nemocnicí České Budějovice, a. s., a Jihočeským krajem s možností využití daru Jihočeského kraje k úhradě poplatků za pobyt v nemocnici od 1. února 2009, tuto skutečnost ovlivnily.

Výsledky, ke kterým jsem ve své práci došla, by mohly posloužit jako argumentační podklad při řešení politiky zaměstnanosti.

.

## **SUMMARY**

A surgery ward is one of the crucial departments in the České Budějovice Hospital. It provides a highly specialized care not only to patients from the district of České Budějovice, but also to people from the whole South-Bohemian region. Nearly 4,000 patients are treated in this ward every year.

In my work I focused on a group of people who are able to work, but at the time of hospitalization they had no job and were registered in the employment agency and they came to the surgical ward for optional surgeries. The reasons why they did so could be as follows: they either neglected the care of their health due to a large amount of tasks at work, or they postponed the surgery since they were worried that they could lose their job due to a long sick leave.

The objective of the work was to identify the influence of employment on decisions of clients to undergo surgeries. Questionnaires were used to gather data; they were distributed to patients hospitalized in the surgical ward of Nemocnice České Budějovice a.s. (the České Budějovice Hospital). The hypothesis which assumed that people registered in the employment agency for a short time have more surgeries than people registered in the employment agency for a long time was confirmed in the degree work. The second hypothesis assuming that people registered in the employment agency have more optional surgeries than employed people was confirmed as well. The third hypothesis where I assumed that the fees charged for hospital stays would influence the length of hospitalization of unemployed people was not confirmed since political changes resulted in the conclusion of a donation agreement between Nemocnice České Budějovice, a.s. and the South-Bohemian region; the agreement enables people to take advantage of the South-Bohemian region's donation to cover the hospital fees starting from 1 February 2009.

The results of my work could be used as arguments in solving the unemployment policy.

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma *Nezaměstnanost a její vliv na počet elektivních výkonů na chirurgickém oddělení* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

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

V Českých Budějovicích

Bc. Magdaléna Hálová

## **Poděkování**

Zvláštní poděkování bych chtěla věnovat doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D., za odborné vedení, vstřícnost, trvalý zájem a cenné rady při psaní mé diplomové práce.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b>	<b>8</b>
<b>1. SOUČASNÝ STAV</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Nemocnice v Českých Budějovicích</b>	<b>10</b>
1.1.1 Chirurgické oddělení	10
1.1.2 Historie chirurgie a nemocnice	10
1.1.3 Současná chirurgie	11
<b>1.2 Zaměstnanost</b>	<b>12</b>
1.2.1 Práce	12
1.2.2 Právo na zaměstnání	13
1.2.3 Cíl politiky zaměstnanosti	13
1.2.4 Aktivní politika zaměstnanosti	14
1.2.5 Pasivní politika zaměstnanosti	14
1.2.6 Trh práce	14
1.2.7 Legislativa	15
<b>1.3 Nezaměstnanost</b>	<b>16</b>
1.3.1 Definice nezaměstnanosti	16
1.3.2 Vznik nezaměstnanosti	17
1.3.3 Příčiny nezaměstnanosti	18
1.3.4 Věk	18
1.3.5 Vzdělání	19
1.3.6 Pohlaví	20
1.3.7 Příslušnost k sociální skupině	20
1.3.8 Zdravotní stav	21
<b>1.4 Faktory nezaměstnanosti</b>	<b>21</b>
1.4.1 Typy nezaměstnanosti	21
1.4.2 Pohled na příčiny nezaměstnanosti	22
1.4.3 Ztráta zaměstnání a její prožívání	23
1.4.4 Vliv nezaměstnanosti na zdravotní stav	24

<b>1.5</b>	<b>Postoj k nezaměstnanosti</b>	<b>26</b>
<b>1.6</b>	<b>Harrisonův cyklus</b>	<b>27</b>
<b>1.7</b>	<b>Důsledky ztráty zaměstnání</b>	<b>28</b>
<b>1.8</b>	<b>Strategie zvládání nezaměstnanosti</b>	<b>29</b>
<b>1.9</b>	<b>Služby nezaměstnaným</b>	<b>31</b>
1.9.1	Podpůrná doba v nezaměstnanosti a výše poskytované podpory	31
1.9.2	Předčasný a starobní důchod	34
1.9.3	Podmínky nároku na starobní důchod	34
1.9.4	Důchodový věk	35
1.9.5	Doba pojištění	36
<b>1.10</b>	<b>Nezaměstnanost v okrese České Budějovice</b>	<b>36</b>
1.10.1	Zabezpečení nezaměstnaných v nemoci	39
<b>1.11</b>	<b>Regulační poplatky</b>	<b>40</b>
1.11.1	Legislativa	40
1.11.2	Znění paragrafu 16a zákona č. 48/1997 o regulačních poplatcích	41
1.11.3	Limity regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely – paragraf 16b	44
1.11.4	Úpravy poplatků a doplatků platné od 1. 4. 2009	46
<b>1.12</b>	<b>Nemocnice České Budějovice, a. s.</b>	<b>49</b>
1.12.1	Návrh darovací smlouvy	49
1.12.2	Nemocniční lékárna	49
<b>2.</b>	<b>CÍLE A HYPOTÉZY</b>	<b>50</b>
<b>2.1</b>	<b>Cíl práce</b>	<b>50</b>
<b>2.2</b>	<b>Hypotézy práce</b>	<b>50</b>

<b>3.</b>	<b>METODIKA</b>	<b>51</b>
<b>3.1</b>	<b>Použitá metoda</b>	<b>51</b>
<b>3.2</b>	<b>Charakteristika zkoumaného vzorku</b>	<b>52</b>
<b>4.</b>	<b>VÝSLEDKY</b>	<b>53</b>
<b>5.</b>	<b>DISKUZE</b>	<b>82</b>
<b>6.</b>	<b>ZÁVĚR</b>	<b>92</b>
<b>7.</b>	<b>KLÍČOVÁ SLOVA</b>	<b>94</b>
<b>8.</b>	<b>SEZNAM LITERATURY</b>	<b>95</b>
<b>9.</b>	<b>PŘÍLOHY</b>	<b>103</b>



## ÚVOD

„Sametová revoluce“ v roce 1989 s sebou přinesla nejenom politické změny, ale i změny společenské, ekonomické a kulturní. Pojem nezaměstnanost, který do té doby nepředstavoval žádnou reálnou hrozbu, dostával konkrétní podobu se všemi pozitivními i negativními důsledky působícími na člověka. Výzkumy potvrdily rozdíly v prožívání a vyrovnávání se s touto nově vzniklou situací dle individuality každého člověka i vliv nezaměstnanosti na jeho bio- a psychosociální stránku.

Ve své práci se zaměřuji na skupinu lidí, kteří přicházejí v období nezaměstnanosti po zaregistrování se na úřadě práce na chirurgické oddělení k plánovaným operačním výkonům. Důvod jejich rozhodnutí může být různý: buď svou zdravotní stránku v době, kdy byli zaměstnaní, zanedbávali pro pracovní vytížení, nebo z obavy ze ztráty zaměstnání pro pracovní neschopnost, která s operačním výkonem souvisí. V úvahu přichází i možnost, že jednoduše podcenili potřebu zdravotní problém řešit. Ve své práci zjišťuji, zda se v období, ve kterém ztrátou práce získali volný čas, snaží vyřešit své zdravotní problémy dříve, než najdou znovu uplatnění na trhu práce. Předpokládám, že krátkodobě evidované osoby na úřadu práce se více podrobují plánovaným operačním výkonům než osoby evidované zde dlouhodobě. Nakolik u chirurgických pacientů se statusem nezaměstnaných převládají elektivní operační zákroky nad akutními, zda plánované zákroky podstupují častěji pacienti v evidenci práce než zaměstnané osoby, bude také předmětem zkoumání této diplomové práce.

Politika každého státu, její legislativa, přijímání nových zákonů a novelizace stávajících má vliv na chování a jednání lidí, ekonomickou a sociální stránku i na plánování všech aktivit, které mohou být finanční stránkou ovlivněné. Politika zaměstnanosti, nárok na podporu při ztrátě zaměstnání, zvýšení věku pro odchod do důchodu, změny ve zdravotnictví, uzákonění regulačních poplatků týkajících se i platby za hospitalizaci, finanční situace nezaměstnaných pacientů a obavy z jejího dalšího vývoje mohou ovlivnit délku hospitalizace nezaměstnaných pacientů. Chtěla bych také zjistit, zda regulační poplatky za hospitalizaci zatěžují či nezatěžují nezaměstnaného pacienta, a zda mají vliv na jeho pobyt v nemocnici.

Zdraví je to nejcennější, co máme. Zanedbávání zdravotní stránky, podceňování rizika z jakýchkoliv důvodů, způsobuje prohlubování obtíží a vede k chronickým stavům nebo komplikacím, které v konečném důsledku zvyšují návštěvnost ordinace lékaře, při hospitalizaci prodlužují pobyt v nemocnici a mohou vést až k částečné nebo trvalé invaliditě.

Věřím, že získané poznatky poslouží jako podklad při řešení zdravotní politiky i politiky zaměstnanosti.

# 1. SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Nemocnice v Českých Budějovicích

Nemocnice České Budějovice, a. s., poskytuje komplexní zdravotní služby. Patří mezi největší zdravotnická zařízení v České republice. Počtem lůžek se řadí na čtvrté místo. V roce 2006 zde bylo hospitalizováno 45 169 pacientů, počet operovaných pacientů byl 24 447 a průměrná doba léčby činila 7,16 dní.

Za rok 2007 bylo hospitalizováno už 49 876 pacientů, operace proběhla u 24 297 pacientů s průměrným počtem 6,77 ošetřovacích dnů na pacienta (38).

V roce 2008 počet hospitalizovaných pacientů činil 50 848 a ambulantně bylo ošetřeno 596 723 pacientů. Operačním výkonům se v celém zařízení podrobilo 25 081 pacientů a průměrná doba léčby činila 6,5 dní (38).

### 1.1.1 Chirurgické oddělení

Chirurgické oddělení je jedno ze stěžejních oddělení nemocnice. Je zde poskytovaná péče ambulantní i lůžková. V roce 2008 počet hospitalizovaných pacientů činil 3 532, z toho operačním výkonům se podrobilo 3 407 pacientů. Spolu s traumatologií a ženským oddělením patří v nemocnici k oddělením s nejvyšším počtem provedených operačních zásahů (38).

### 1.1.2 Historie chirurgie a nemocnice

Chirurgie je vedle porodnictví nejstarším medicínským odvětvím. Počátky chirurgie, které byly písemně zaznamenány, sahají až do doby 3000 let před n. l. Doklady o chirurgických výkonech, obsahující popis 48 různých chirurgických příhod a jejich léčení, jsou zaznamenány na papyrusu v nejstarší známé chirurgické knize Edwina Smitha pocházející z Egypta (67).

Zajímavá je i indická chirurgie, která sahá do roku 1500 před n. l. Už v tomto období tam operovali střevní neprůchodnost a střevo šili zvláštním způsobem. Nechali

zakousnout velké mravence do okrajů rány, tím došlo ke sblížení konců rány, poté byla těla mravenců odtržena a zůstaly jen hlavičky. Kusadla v ráně sloužila jako steh (59).

Nejstarší dochované záznamy, z kterých se dozvídáme o poskytované zdravotní nebo sociální péči v Českých Budějovicích, se datují do období 14. století. První českobudějovický špitál byl zřízen jako útulek pro chudé a nemocné. Byli zde přijímáni i lidé s tělesnou vadou a choromyslní. Nemocniční péče byla ve městě od té doby provozovaná v různých budovách. Stavba stávající nemocnice proběhla v letech 1912 až 1913 a v březnu 1914 byla nemocnice s kapacitou 150 lůžek slavnostně otevřena.

V roce 1946 prošlo ošetřením 13 133 osob, zemřelo 851 pacientů a v porodnici se narodilo 1 179 dětí. Nemocnice disponovala 1 048 lůžky. V roce 1950 chirurgický pavilon tvoří už třípatrová budova se suterénem (11).

1. 1. 1952 se ze všeobecné veřejné nemocnice stává krajská nemocnice. 1. 1. 1991 dochází k transformaci na nemocnici s poliklinikou III. typu, kterou jako příspěvkovou organizaci řídí Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Od 1. 1. 2002 se nemocnice stává nestátním krajským zařízením Jihočeského kraje a od 1. 1. 2004 se transformuje na akciovou společnost. Jediným akcionářem se stává Jihočeský kraj. Nemocnice provozuje činnost jako akciová společnost doposud (38).

### ***1.1.3 Současná chirurgie***

Chirurgie v dnešní době je na vysoké úrovni. Zabývá se diagnostikou a léčbou chorob, poranění, vrozenými nebo získanými vadami. Přibývá náročnějších výkonů (transplantace, rekonstrukční operace, náhrady orgánů...) a zároveň se směřuje k výkonům minimálně invazivním, které zkracují pobyt pacienta v nemocnici (54).

Nemocnice v Českých Budějovicích v posledních letech prošla rozsáhlou modernizací přístrojové techniky pro diagnostiku a terapii. V současné době se provádějí nové supermoderní a superspecializované operační výkony, které zde - dle slov předsedy představenstva a. s. MUDr. Břetislava Shona – byly donedávna zcela nedostupné. Trendem nemocnice jsou takzvané šetrné výkony. Jedná se o laparoskopické operace, při kterých se operuje malými otvory, jimiž zavádějí lékaři do těla pacienta optické a chirurgické nástroje a pomocí nichž probíhá vlastní operační

výkon. Tato metoda je k pacientovi šetrnější, protože pro něj představuje nejenom menší zátěž, ale zkrácení doby léčby a následně i rekonvalescence. V posledních letech se tyto miniinvazivní operace na chirurgickém oddělení rozvinuly naplno. Běžně se využívají při operaci žlučníku, u zákroků na velkých břišních cévách i u operací nádorů střev (39).

Operační výkony, které se na chirurgii provádějí, z hlediska naléhavosti dělíme na akutní (náhlé), které musejí být provedené okamžitě (např. náhlé příhody břišní), a na elektivní (plánované), se kterými lze vyčkat a na které lze pacienta spolehlivě připravit (48).

Dříve než se budu zabývat nezaměstnanými hospitalizovanými na chirurgickém oddělení, zmíním se o teoretických poznatcích z oblasti práce, trhu práce, zaměstnanosti a nezaměstnanosti a jejich vlivů na bio- psychosociální stránku jedince.

## **1.2 Zaměstnanost**

Všeobecná encyklopedie definuje zaměstnanost jako míru nebo stupeň využití potenciálu pracovních sil v národním hospodářství (57).

### **1.2.1 Práce**

Práce má pro člověka značný význam. Motivy k práci jsou pro každého jedince různé a mohou pro něj mít také specifický význam. Motivem mohou být *peníze*. Představují pro jedince možnost uspokojování potřeb a požitků, které lze za peníze pořídit. Nedostatek peněz představuje chudobu, omezení možností. Pracovní činnost zahání nudu a představuje smysluplnou *aktivitu*. Práce umožňuje jedinci seberealizaci, získání žádoucí sociální pozice, pocit užitečnosti i možnosti ukázat, co všechno umí. Naopak vyřazení ze společností zaměstnaných může přinášet pocit zbytečnosti, osamělost a sociální izolaci. V práci se člověk stýká s různými lidmi, navazuje kontakty, udržuje *sociální kontakty*. Práce umožňuje *samostatnost* a *nezávislost* na společnosti či rodině a je zároveň známkou dospělosti jedince. Ekonomická závislost při ztrátě zaměstnání má generalizovaný negativní význam (52).

### **1.2.2 Právo na zaměstnání**

Právo na zaměstnání je podle zákona o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb., § 10, právo fyzické osoby, která chce a může pracovat a o práci se uchází, na zaměstnání v pracovněprávním vztahu, na zprostředkování zaměstnání a na poskytnutí dalších služeb za podmínek stanovených tímto zákonem (1).

V demokratické společnosti má každý právo zvolit si svobodně zaměstnání v uspokojivých pracovních podmínkách, právo získat práci v mezích společenských možností s peněžitou podporou k zajištění přiměřené životní úrovně a lidské důstojnosti. Právo na práci znamená i právo na pomoc státu při získávání práce, podporu v nezaměstnanosti, ale i možnost uplatnění vlastní osobnosti. Vlastní obsah práva tvoří:

1. Právo na zprostředkování vhodného zaměstnání (vztahuje se na všechny osoby, které práci hledají a chtějí a mohou pracovat).
2. Právo na rekvalifikaci potřebnou k uplatnění se na trhu práce (žádosti posuzuje úřad práce ve vztahu k žadateli i ve vztahu k aktuální situaci na trhu práce).
3. Právo na práci a podpora při rekvalifikaci (při splnění všech nároků je toto právo současně i nárokem) (1).

Pomoc každému, kdo práci hledá, poskytují úřady práce. V současné době je na území ČR zřízeno 77 úřadů práce (rozložení úřadů práce – viz příloha 2). Občané, kteří osobně požádají o zprostředkování zaměstnání a splňují podmínky stanovené zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, jsou zařazeni do evidence uchazečů o zaměstnání. Podmínkou je podání písemné žádosti na úřadě práce o zprostředkování zaměstnání v místě bydliště. Právo na pomoc při hledání zaměstnání mají i osoby, které v současné době zaměstnání mají, i osoby, které v evidenci uchazečů o zaměstnání nejsou vedené. Tyto osoby vede úřad práce jako zájemce o zaměstnání (29).

### **1.2.3 Cíl politiky zaměstnanosti**

Podle zákona o zaměstnanosti je hlavním cílem politiky zaměstnanosti dosažení plné zaměstnanosti a ochrana proti nezaměstnanosti. Avšak sebelépe koncipovaná státní politika tyto cíle nemůže naplnit, musí je poněkud relativizovat. O plné zaměstnanosti

můžeme hovořit tehdy, když každý, kdo pracovat chce a může, práci má. Vzhledem k tomu, že se pohybujeme v tržní ekonomice, tento výběr bude vždy limitován. V každé společnosti vždy byly, jsou a budou skupiny lidí, které pracovat nechtějí nebo vzhledem k nízkým schopnostem ani nemohou. Tito lidé neplatí ani daně a tedy jsou odkázáni na pomoc a podporu společnosti. Tato skupina tvoří kolem 3 % osob z ekonomicky aktivní populace.

K naplnění cílů politiky zaměstnanosti jsou k dispozici dva základní nástroje, a to aktivní a pasivní politika zaměstnanosti (20).

#### ***1.2.4 Aktivní politika zaměstnanosti***

Pomocí svých nástrojů vytváří:

- společensky účelná místa,
- veřejně prospěšné práce,
- podporuje vznik chráněných míst pro občany se změněnou pracovní schopností,
- umožňuje rekvalifikace,
- podporuje investiční pobídky,
- poskytuje poradenskou činnost pro nezaměstnané,
- vytváří cílené programy a další aktivity.

#### ***1.2.5 Pasivní politika zaměstnanosti***

- Zaměřuje se na hmotné zabezpečení uchazečů o zaměstnání.(20)

V roce 1996 Evropská unie vyhlásila aktivní politiku zaměstnanosti jako jednu ze svých priorit. Následně v březnu 2000 na Lisabonském summitu potvrdila aktivní politiku jako jeden z nástrojů proti chudobě (24).

#### ***1.2.6 Trh práce***

Pro trh práce je důležité, jací lidé se mu nabízejí, jakými dispozicemi skupinovými a individuálními jsou vybaveni, co trhu mohou nabídnout. Pokud nabízejí

to, co trh zrovna potřebuje, tj. kvalifikovaný a specializovaný obor, šance získání práce je velká. Také ohodnocení za práci je tím vyšší, čím více úsilí jedinec vložil do své profesní přípravy. Z této myšlenky vzešla v šedesátých letech teorie lidského kapitálu. Lidský kapitál je charakterizovaný jako ta složka lidských zdrojů, kterou lze ekonomicky vymezit. Lidský kapitál však kromě složek měřitelných ekonometrickými postupy zahrnuje v sobě složky neměřitelné, jako jsou talent, nadání, schopnosti a osobnostní profil jednotlivce. Lidský kapitál je také dále definovaný jako znalosti a dovednosti jednotlivce, s pracovními a sociálními zkušenostmi, získanými v průběhu života. Vliv na utváření lidského kapitálu mají dva procesy, a to struktura a průběh vzdělanosti a profesní dráhy. U vzdělanosti se předpokládá rozvoj oborové variability v celoživotním vzdělávání. V profesní dráze se cení zkušenost z vícero zaměstnání (20).

### ***1.2.7 Legislativa***

V ČR je vrcholnou právní normou pro oblast pracovního práva Ústava České republiky (č.1/93 Sb.) a Listina základních práv a svobod (2/93 Sb.), které jsou součástí ústavního pořádku ČR. Dalšími prameny práva jsou ratifikované a vyhlášené mezinárodní smlouvy o lidských právech a svobodách.

Pracovním právem se také zabývají:

- Mezinárodní dokumenty přijaté Organizací spojených národů,
- Evropské dokumenty přijaté Radou Evropy,
- Úmluvy,
- Mezinárodní organizace práce (24).



## 1.3 Nezaměstnanost

### 1.3.1 Definice nezaměstnanosti

Existuje několik druhů definic. Dle *Českého statistického úřadu* se považují za nezaměstnané všechny osoby patnáctileté a starší, bydlící na sledovaném území, které v průběhu referenčního týdne souběžně splňují tři podmínky ILO:

- nejsou zaměstnané,
- jsou připravené okamžitě nebo nejpozději do 14 dnů nastoupit do placeného zaměstnání nebo sebezaměstnání,
- v průběhu posledních 4 týdnů aktivně sami práci hledají.

K nezaměstnaným se řadí i osoby, které už práci našly a jsou schopné nastoupit do práce nejpozději do 14 dní (5).

*Krebs* považuje za nezaměstnané lidi, kteří práci aktivně hledají a jsou registrováni úřady práce. Uznává, že tato charakteristika není postačující, proto se konstruuje celá řada ukazatelů a specifických měr, jejichž smyslem je získání dalších informací (19).

*Nezaměstnanost* bývá označovaná jako porucha na trhu práce. Objevuje se až po roce 1989 (v tehdejší ČSSR vlastně neexistovala) a stává se součástí a zároveň důsledkem změn ekonomických, politických i sociálních. Dochází ke změně na trhu práce, k tržní ekonomice, která už zná pojmy jako jsou trh práce, nabídka, poptávka, cena práce (19).

Představuje nový sociálně ekonomický problém. Zpočátku lidé nebyli na tuto zátěž zvyklí, nedovedli ji řešit, proto působila jako velký stresující faktor. Postupem času došlo k adaptaci, učí se s ní vyrovnávat a vytvářet účelné strategie k jejímu zvládnutí (52).

Rozsah nezaměstnanosti je udáván mírou nezaměstnanosti. Tu vyjadřuje poměr počtu nezaměstnaných k celkovému počtu práceschopných, kteří buď pracují, nebo se o pracovní místo ucházejí. Míru nezaměstnanosti v okrese České Budějovice znázorňuje tabulka v příloze 6.

Světové ekonomiky nezaměstnanost považují za jeden z jejich nejpálčivějších problémů. Rok 2004 představoval pro členské země Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) rok, kdy nezaměstnanost představovala více než 37 milionů nezaměstnaných. Také v České republice nezaměstnanost dosáhla s více než 570 tisíci lidí vrchol v počtu nezaměstnaných (42).

Nezaměstnanost považujeme za negativní jev, který není žádoucí, ale každopádně nyní zde je a bude i v budoucnu, pouze míra zaměstnanosti bude variabilní. Snahou každého státu proto je, co nejvíce nezaměstnanost minimalizovat.

### ***1.3.2 Vznik nezaměstnanosti***

Nezaměstnanost vzniká jednak v důsledcích vývojových změn, objevem nových technologií a změnou struktury ekonomiky. Dochází ke změně v nabídce a poptávce po práci. Na trhu práce dochází k mizení některých povolání a profesí. Poptávka roste po pracovnících s odlišnými pracovními předpoklady. Tento stav je nazýván také jako *job reduction*.

Druhý koncept označuje nezaměstnanost, ke které dochází v důsledku potíží firmy (např.s odbytem) či v celé ekonomice, a tento stav označujeme výrazem *work reduction* (19).

Slovenští autoři J. Juhás a K. Košút (Buchtová, 2000), kteří se zabývali délkou nezaměstnanosti, jejím vlivem na motivační orientaci a hodnoty nezaměstnaného, zdůrazňují, že nezaměstnanost je sociální jev současnosti, který na sebe váže výraznou ztrátu reálné hodnoty příjmů, strach z budoucnosti a nebezpečí ztráty sociálního statusu a sociálních rolí. Zjistili, že pokud nezaměstnanost trvala do šesti měsíců, převládaly nadále hodnoty jako u zaměstnaných: zdraví, práce, štěstí, láska, peníze. U lidí nezaměstnaných déle než šest měsíců klesá hodnota štěstí, pevného cíle a sebevědomí a dochází k nárůstu hodnot peněz, vzdělání, moudrosti(8).

### 1.3.3 Příčiny nezaměstnanosti

Ohrožení nezaměstnaností není u všech lidí stejné. Riziko nezaměstnanosti závisí na věku, vzdělání, pohlaví, příslušnosti k určité sociální skupině a zdravotním stavu.

### 1.3.4 Věk

Nezaměstnaností jsou nejvíce ohroženy dvě věkové skupiny, a to *mladí lidé po škole do 25 let věku*, kteří mají problém sehnat práci z důvodu obsazení pracovních míst nebo absence praxe. Obavy z dlouhodobé nezaměstnanosti u mladé generace pramení z toho, že nezaměstnanost způsobí, že si mladí neosvojí pracovní návyky a nebudou schopni ani ochotni pracovat ani v dospělosti (25).

Druhou skupinu tvoří *lidé starší 50 let*, kde svou roli sehrává více činitelů: změna poptávky po určité kvalifikaci, nedostatek nových znalostí, obavy zaměstnavatelů ze zvýšené nemocnosti, horší přizpůsobivost novým pracovním požadavkům či riziko snížené výkonnosti ze strany žadatele o zaměstnání (52).

Lidé vyššího věku stav nezaměstnanosti vnímají tíživě z různých důvodů. Setrvávání v jednom nebo několika málo podnicích v průběhu pracovního života je dříve nenutilo sledovat trh práce ani měnící se požadavky zaměstnavatelů, takže nároky kladené na uchazeče zjišťují až při hledání nového uplatnění. Problémem se jeví hlavně schopnost dokázat výhody své věkové skupiny, jako zkušenosti, schopnost odstupu a nadhledu, odrostlé děti atd., „prodat“ vhodnou formou a v odpovídající míře jako své silné stránky (jakými také ve skutečnosti jsou). Stáří tedy není otázkou jen biologického věku, ale je dáno i sociálním okolím, společností a jejím vnímáním stáří a individuálním vnímáním sebe sama. Člověk ve věku 40 – 70 let má ještě dostatečný potenciál uplatnit se na trhu práce, ale pouze tam, kde se pracovní činnost v tomto věku podporuje. V českých podnicích byli lidé předdůchodového věku často propouštěni hned v první fázi. Toto počínání ostře kontrastuje s praxí v západoevropských zemích i s poznatky z gerontologie. Potvrzuje to i U. Lehrová (1984, str. 45, Buchtová 2000), která píše, že „...nucené zkracování doby profesionálního působení člověka je nejnákladnějším

způsobem získávání pracovních míst. Sice se ušetří na částce vyplácené nezaměstnaným, zato se však zvýší náklady na starobní důchod, a navíc se zatíží rozpočet na zdravotnictví a na sociální služby. Zmizí totiž tak významný ‚tréninkový faktor‘, jakým je prokazatelně zaměstnání a jeho prostředí pro udržení tělesných a duševních schopností u osob vyššího věku.“ Výzkumy potvrdily velké rozdíly mezi zaměstnanými a nezaměstnanými staršími lidmi v sebekontrolě, odpovědnosti, výkonnosti a přinesly také důkazy o tom, že starší lidé mívají velmi dobré výkony i pracovní výsledky. Proto politika, která toto nebere v úvahu, je ekonomicky nákladná a sociálně necitlivá (23).

Buchtová uvádí, že ztrátu zaměstnání prožívají nejvíce lidé mezi 41. a 50. rokem věku. Generační vliv se projevil i v očekávání. Zatímco mladí lidé věří, že zaměstnání brzy získají, mají plány do budoucnosti, starší lidé vidí svůj prvořadý úkol v zajištění potřeb rodiny. Opakované neúspěchy při hledání práce způsobují ztrátu sebevědomí a vedou k depresím. Lze to připsat i na vrub společnosti a jejímu pohledu na nezaměstnaného, od kterého se očekává, že takový jedinec bude usilovat o získání zaměstnání v co nejkratší době. Postoje jsou dané historicky, pocházejí z dob počátku industrializace, kdy převládal názor, že nezaměstnanost je zapříčiněná chybami a nedostatky samotných nezaměstnaných, jejich leností a záměrným vyhýbáním se práci. Nezaměstnanost se nedávala do souvislosti s vývojem hospodářství, nedobrovolnou nezaměstnaností, ale s nedostatkem snahy, předvídavosti, alkoholismem či jinou morální vadou(5).

### ***1.3.5 Vzdelání***

Vzdělání, ať všeobecné nebo odborné, umožňuje jedinci získat více možností při rozhodování a výběru práce. I když má člověk sklon spojovat práci s profesí, kvalifikace se v průběhu života může měnit (17).

Zátěž dlouhodobé nezaměstnanosti rovněž hůře zvládají lidé s nižší úrovní vzdělání ve srovnání s kvalifikovanými pracovníky. Souvisí to s vědomím omezených šancí sehnat práci, pocitem bezmocnosti, vědomím omezených kompetencí (52).

V rámci projektu MPSV bylo realizováno šetření u mladistvých, kteří byli po ukončení školy evidováni jako uchazeči o zaměstnání na úřadech práce v ČR. Skupinu ohroženou dlouhodobou nezaměstnaností tvořili především mladí lidé s minimálním vzděláním, kteří ukončili své vzdělávání pouze základní školou. Kombinace nedostatku vzdělání, nedostatku praxe a s tím související absencí pracovních návyků má za následek, že umístění těchto mladých lidí na trhu práce je komplikované a pro životní start je vážným handicapem. Statistická data potvrdila, že nízká úroveň vzdělání je jedním ze základních rizikových faktorů dlouhodobě nezaměstnaných. V této struktuře dlouhodobě nezaměstnaných v evidenci úřadu práce tvořili nejpočetnější skupinu právě nekvalifikovaní pracovníci, a to skoro třetinu všech nezaměstnaných (5).

Statistická ročenka MPSV z roku 2008 udává, že podíl uchazečů o zaměstnání, kteří jsou bez vzdělání nebo jen se základním vzděláním, činil k 31. 12. 2008 30,2 % z celkového počtu, a podíl vyučených byl ke stejnému datu 39,3 %. Tato čísla potvrzují výše zmíněné poznatky (27).

### ***1.3.6 Pohlaví***

Samotné prožívání ztráty zaměstnání je u mužů a žen rozdílné. Je dané jednak významem ženské a mužské role v životě, jednak strategií vyrovnávání se zátěží. Nezaměstnaná mladá žena řeší situaci leckdy těhotenstvím a péčí o rodinu, která se jí stává plnohodnotnou náhradou profese. Od muže se očekává ekonomické zabezpečení sama sebe a rodiny, proto pro něj ztráta zaměstnání představuje sociální stigma, ztrátu dominantní role, autority i prestiže. Při hledání zaměstnání jsou však ženy handicapované perspektivou těhotenství a následnou péčí o děti (52)

### ***1.3.7 Příslušnost k určité sociální skupině***

Znevýhodnění na pracovním trhu jsou zejména lidé z nejnižší sociální vrstvy, přistěhovalci, lidé se změněnou pracovní schopností v důsledku nemoci či zdravotního postižení či příslušníci různých minorit, především Romů (7).

### **1.3.8 Zdravotní stav**

Nezaměstnanost je pro každého jedince zátěží, s kterou se musí vyrovnat. U disponovaných jedinců může dojít až k patologickým stavům. Platí, že ztráta zaměstnání zhoršuje psychickou pohodu a může vést až k somatickým potížím (52).

Z výzkumu Ústavu experimentální psychologie SAV vyplývá, že existují vztahy mezi tvořivým myšlením a zvládnutím zátěžových, frustrujících situací. Ve své práci došel k závěru, že zvládnutí frustrujících situací tvořivějšími jednotlivci bylo konstruktivnější a uvolňovalo napětí, které tyto situace doprovází (4).

## **1.4 Faktory nezaměstnanosti**

Z jiného pohledu popisuje faktory nezaměstnanosti Furnham. Faktor nezaměstnanosti může být *individualistický*, který nachází zodpovědnost v samotné osobě nezaměstnaného, *sociální*, kdy je odpovědnost připisovaná vnějším ekonomickým a sociálním faktorům, a *fatalistický*, zodpovědnost je zde připisovaná osudu a štěstí (43).

Nezaměstnanost představuje sociologický problém, na který je pohlíženo ze dvou úhlů. *Funkční* stránku nezaměstnanosti představuje pohotovostní rezerva pracovních sil a *disfunkční* stránku vidí v zatížení státního rozpočtu v oblasti sociálních dávek a podpor, v devastaci potenciálu ztrátou kvalifikace i motivace. U dlouhodobé nezaměstnanosti vidí i negativní důsledky, jako jsou ztráta pozice a ekonomického statusu, prestiže a sociální identity (10).

### **1.4.1 Typy nezaměstnanosti**

Na nezaměstnanost lze pohlížet z různých úhlů. Dle nich rozlišujeme:

#### *Frikční nezaměstnanost*

Souvisí se změnou pracovního místa a hledáním nového pracovního uplatnění. Je dobrovolná, trvá pouze přechodnou dobu. Jedinec má status nezaměstnaného od chvíle přerušování práce do doby, než si najde jinou práci (19).

### *Strukturální nezaměstnanost*

Je typická nesouladem mezi nabídkou a poptávkou práce. Nezaměstnaný nemůže najít práci ve svém oboru, některé obory na trhu práce zanikají, jiné, nové, naopak vznikají. Tím dochází k strukturální nezaměstnanosti v určitém odvětví nebo regionu. Situaci lze řešit rekvalifikací (19).

### *Cyklická nezaměstnanost*

Souvisí s nízkou poptávkou po práci. Ekonomika klesá, nezaměstnanost naopak vzrůstá.

### *Dobrovolná nezaměstnanost*

V každé společnosti se nachází část populace, která je nezaměstnaná z vlastní vůle, dobrovolně. Znamená to, že buď za určitých podmínek (nejčastěji nízká mzda) pracovat nechce, nebo jí úspory a občasný výdělek tento způsob života umožňuje.

Práci odmítají i jedinci, kterým podpory a charitativní příspěvky umožňují využívat volný čas dle svých představ (5).

### *Nedobrovolná nezaměstnanost*

Vzniká jako důsledek nedostatku pracovních míst na trhu práce. O dlouhodobé nezaměstnanosti hovoříme tehdy, pokud trvá déle než jeden rok. Přináší s sebou řadu problémů ekonomických i sociálních. Jelikož vyhýbat se negativním sociálním důsledkům je velmi obtížné, pouze malá část nezaměstnaných je tohoto způsobu života schopná a zvládne ho. Po uplynutí roku bývá návrat do práce zpravidla pro všechny velmi ztížený (19).

### *Skrytá nezaměstnanost*

Sem patří osoby, které zaměstnání nemají a nejsou ani registrované na úřadě práce (5).

## **1.4.2 Pohled na příčiny nezaměstnanosti**

Výsledky výzkumu Schrageové a Roškové z roku 2003 ukázaly, že nezaměstnaní, kterým se nepovedlo sehnat práci, viděli příčinu neúspěchu ve vnějších, externích okolnostech – neschopnost vlády, špatná ekonomická situace a úmyslná redukce pracovních míst v soukromém sektoru. *Externí příčiny* souvisejí s pocitem

neschopnosti mít je pod kontrolou a řešit svou situaci. Druhá skupina, původně nezaměstnaných, kterým se povedlo znovu najít práci, viděli zpětně v první řadě *interní příčiny*: nechtěl jsem pracovat, odmítal jsem práci, byl jsem příliš vybíravý, nevydržel jsem na jednom místě, měl jsem problém dobře komunikovat. Výzkumy potvrdily, že způsoby vysvětlování důvodů dlouhodobě nezaměstnaných se časem nemění, kdežto u krátkodobé nezaměstnanosti znovu zaměstnaní přikládali vinu vlastním nedostatkům. Připisování příčin nezaměstnanosti sobě samému je spojená také s vlastní odpovědností za řešení situace (9).

### **1.4.3 Ztráta zaměstnání a její prožívání**

Ztráta zaměstnání se řadí k nejtěžším stresorům, který má závažné dopady na zdravotní stav člověka (3).

Stres je považovaný za faktor, který skutečně nebo implicitně může ohrozit homeostázu. Bývá chápán v negativním smyslu slova a označován jako *distres* (14).

Vlivy, které vyvolávají stres můžeme označit jako:

➤ *Zátěžové životní události (tzv. life events)*

Patří sem stresory, které mohou poškodit zdraví člověka. Nezaměstnanost je zde kladena na úroveň takových stresujících situací, jakými jsou úmrtí životního partnera, rozvod nebo těžká nemoc.

➤ *Chronické stresory (tzv. daily hassles) - denní nepříjemnosti či mrzutosti*

Sem řadíme drobné nepříjemnosti, které ovlivňují životní styl a životní spokojenost člověka svým dlouhodobým působením (pracovní nespokojenost, dlouhodobé dojíždění do zaměstnání – delší než hodinu, špatné bydlení, péče o nemocné rodinné příslušníky, ztráta osobních předmětů, ke kterým má člověk citový vztah, drobné výchovné problémy s dětmi, tlačence v hromadné dopravě aj.) (16).

„Na psychosociálním stresu je nejvíce nebezpečné to, že působí nejčastěji nikoli izolovaně, v podobě jednoho stresu, ale v trsech či skupinách, jejichž účinek se násobí. Stresové situace pak nadměrně zatěžují naše tělo i duši a mohou se stát příčinou (nebo významnou příčinou) celé řady onemocnění“ (Kebza, 1997, s. 8 - 9).



➤ *Dlouhodobý stres*

Zhoršuje imunitní systém, čímž dochází ke vzniku či rozvoji onemocnění. Nezaměstnaní a osoby ohrožené ztrátou zaměstnání trpí ve vyšší míře psychosomatickými a neurotickými příznaky, jako jsou: děsivé sny, úzkost, stísněný pocit, apatie i různé druhy strachu. Už v roce 1967 vypracovali Holmes a Rahe studii zaměřenou na stres, ve které řadili ztrátu zaměstnání na osmé místo z celkového počtu 43 položek popisujících převratné životní situace. Mezi závažnější situace než ztráta zaměstnání patřily už pak jenom vlastní zranění či nemoc, smrt blízkého člověka a jiné podobné události v rodině.

Buchtová poukazuje na vazbu mezi prostředím a člověkem probíhající ve dvou centrálních procesech jako kognitivní hodnocení a zvládnání situace. *Psychologický stres* definuje jako „zvláštní stav mezi osobou a prostředím, který je hodnocen osobou jako náročný, nebo přesahující její zdroje a ohrožující její pohodu“ (Buchtová, 1999, s. 106).

Stres atakuje hlavně imunitní a kardiovaskulární systém a vede k chronickým potížím (25).

#### **1.4.4 Vliv nezaměstnanosti na zdravotní stav**

Nezaměstnanost je pro každého jedince velkou zátěžovou situací.

U disponovaných jedinců však může vyvolat až patologický stav. Vnitřní nenaplněnost může vést k různým reaktivním poruchám, k *neuróze z nezaměstnanosti*. Dochází:

- ke změně v emočním prožívání, projevujícím se napětím, úzkostí, obavami, strachem, depresemi,
- k pocitu neschopnosti řešit svou situaci,
- ke změně chování, které může být agresivnější nebo dokonce asociální.

Reaktivní poruchy jsou charakteristické tím, že se projevují v časovém rozpětí od jednoho do tří měsíců od propuštění ze zaměstnání. Stres, který působí na člověka, vyvolává zátěž nejenom po stránce psychické, ale i somatické, můžeme ji charakterizovat i jako psychosociální. Projevy jsou různé, od zvýšené únavy, bolesti hlavy, poruchy spánku až po zvýšený krevní tlak, kardiovaskulární nemoci, zažívací poruchy až po narušený imunologický systém (52).

Vztahy mezi nezaměstnaností a horším zdravotním stavem byly zkoumány již v několika studiích v minulosti. Jednou z nich je i studie M. Deana z roku 1993, ve které prokázal, že „muž středního věku, který přijde o práci, má až dvojnásobnou pravděpodobnost, že v příštích deseti letech zemře (na nádorové onemocnění, sebevraždou, úrazem nebo v důsledku násilí) ve srovnání se stejně starým zaměstnaným mužem.“ Statisticky vychází, že nezaměstnaní muži trpí až o 30 % více chronickými chorobami. (M. Dean, 1993, Buchtová, 2000, s. 14)

Na tuto studii navázala M. Whhiteadová, která dokázala, že nezaměstnanost má přímý vliv na úmrtnost. Také došla k závěru, že jakmile se člověk vrátil do práce, fyzické i mentální problémy a potíže se zlepšily.

### *Změny psychiky*

Ztráta zaměstnání působí na psychiku i somatiku člověka, hovoříme tedy o *psychosomatické reakci*. Je to reakce na zátěž i na pokus ji zvládnout. Psychická zátěž je tím větší, čím jsou silnější motivy k práci.

Reakce na ztrátu zaměstnání se projeví v citovém prožívání. Může dojít k *zoufalství a depresi, psychickému napětí, úzkosti i strachu*. Stresorem může být reálná ztráta práce i samotná hrozba ztráty zaměstnání a strach z budoucnosti. Reakcí může být i zlost a vztek. Klesá pocit životní spokojenosti, dochází k emoční labilitě a zranitelnosti (9).

### *Změny v uspokojování potřeb*

U nezaměstnaných z důvodu změny v uspokojování potřeb v obvykle míře a obvyklým způsobem dochází i ke změně motivace a k posunu hodnotové orientace, projevující se narušeným postojem k autoritám, které společnost, respektive určité společnosti reprezentují. Dochází ke změnám v navyklém denním stereotypu, k ochuzení životního programu, k nudě, která pramení z nedostatku smysluplné aktivity a ztráty životní náplně. Vyvstává potřeba smysluplné aktivity, sociálního kontaktu, smysluplného učení, citové jistoty a bezpečí, seberealizace i potřeba otevřené budoucnosti (9).

### *Změny v chování*

Mění se autoregulace, schopnost plánovat, uskutečňovat své cíle. Projevuje se i změna v oblasti aktivity, zvýší se schopnost odolávat překážkám, nebo naopak, člověk se vzdává, o nic neusiluje, stává se apatickým fatalistou, bere nezaměstnanost jako osud, s kterým nic nejde dělat (syndrom naučené bezmocnosti). Smysl osobní aktivity ve volném čase v době ztráty práce nabývá jiné dimenze. Zatímco u zaměstnaného jedince slouží volný čas k relaxaci, zotavení z práce a načerpání energie pro další pracovní aktivity, v období nezaměstnanosti nabývá smysluplná volná aktivita na daleko větším významu. Psychosociální zátěž v tomto období je tím menší, čím více je volný čas strukturován a smysluplněji využíván (7).

Zvláště tíživé důsledky vznikají tehdy, pokud vlivem ztráty práce dojde k poklesu aktivity. Důvody jsou různé: nižší finanční možnosti, nedostatečné osobní schopnosti, chybějící sociální vztahy. U dlouhodobě nezaměstnaných dochází k depresi s projevem únavy, nezávislé na předchozí pracovní aktivitě. S délkou nezaměstnanosti roste i pasivní polehávání na pohovce ve volném čase, dezorientace způsobená skončením jednoznačné profesní a společenské činnosti (7).

### **1.5 Postoj k nezaměstnanosti**

Lidé, kteří jsou vybaveni sebedůvěrou, jsou po propuštění z práce schopni změny, chtějí využít novou šanci, uvažují flexibilně a můžou vystoupit z určitých stereotypů. Naopak jedinci, pro které byla práce těžko nahraditelnou ztrátou, jsou novou situací paralyzováni, nevidí žádné řešení a připisují vinu různým nepříznivým situacím, které nemohli ovlivnit – nezaměstnanost si racionalizují. Svět se jeví ohrožující a nesrozumitelný, realitu vnímají zkresleně. Zhoršuje se sebehodnocení, dochází k pocitu ztráty kontroly nad životem, převládá pocit, že nemají šanci znovu uspět (7).

## 1.6 Harrisonův cyklus

Dle Harrisonova cyklu, probíhá členění psychického stavu člověka při ztrátě zaměstnání ve čtyřech fázích:

1. *Fáze šoku.* Prvotní reakcí na ztrátu zaměstnání bývá šok. Jedinec si odmítá ztrátu zaměstnání přiznat, má pocit křivdy, bezmoci, zklamání a vzteku. Fáze trvá zhruba 7 – 14 dní. Dostatek volného času a pochopení situace jako výzvy k lepšímu řešení může následně vést k pocíťování úlevy. Této fáze jsou ušetřeni lidé, kteří končí v zaměstnání z vlastní vůle.
2. *Fáze optimismu.* Je charakteristické usilovným hledáním práce, výrazně se zvyšuje aktivita i víra v budoucnost, že práci najde. Volný čas, který má, může pozitivně využít. Období trvá dva až tři měsíce a je považováno za nejlepší motivační období pro úřad práce.
3. *Fáze pesimismu.* Opakované nepřijetí do zaměstnání má za následek ztrátu naděje, pokles sebevědomí, ztrátu pocitu pohody i vnitřní rovnováhy a situace se stává pro něj stresovou. Zhoršují se vztahy v rodině i finanční situace a zároveň ubývají aktivity zaměřené na hledání nového místa. Nezaměstnaný zjišťuje, že situace je vážnější, než očekával, a že je ohrožen trvalejším způsobem. Fáze může trvat čtyři až dvanáct měsíců.
4. *Fáze fatalismu.* Nastává po delší době, kdy člověk nemůže práci sehnat. Dochází ke ztrátě zájmu o zaměstnání, rezignaci, pasivitě, apatii a přijmutí společenského postavení nezaměstnaného. Odmítá uvažovat o perspektivě a přizpůsobuje se nízkému příjmu. Práce s klientem na úřadě práce je v tomto období velice těžká a vhodná je tady pomoc psychologa (24).

V literatuře nacházíme další popsané reakce na ztrátu zaměstnání, které probíhají v pěti fázích. Autoři se však shodují v tom, že jde především o posun v dimenzích optimismus – pesimismus, aktivita – pasivita, vztah k minulosti a očekávání budoucnosti. Latack a Kaufman popsali pátou fázi jako *fázi přetrvávající nedůvěry*. Pocity nedůvěry, nejistoty a podezíravosti přetrvávají i potom, co si nezaměstnaný nějakou práci najde. Objevují se i nové problémy, které vznikají s novým zaměstnáním:

větší nároky, na které v poslední době nebyl zvyklý, absence pracovních návyků i sebedůvěry (22).

Pro všechny fáze platí, že jsou u každého jedince prožívané různě dlouho a nelze mezi nimi stanovit jednoznačné předěly. U všech nezaměstnaných však časem dochází k už zmiňované sociální izolaci, ztrátě osobních kontaktů, změně rozdělení rolí a u živitelů i ke změně postavení v rodině (22).

### **1.7 Důsledky ztráty zaměstnání**

V časopise *Psychologie Heute* citují psychologické profesní organizace důsledky ztráty práce pro člověka a její nepříznivý vliv na osobnost. „Kromě ekonomického strádání a sociálního sestupu, které se týkají mnoha nezaměstnaných, potvrzuje výzkum četné psychologické důsledky ztráty práce. V závislosti na vzestupu hromadné nezaměstnanosti byly zjištěny tyto důsledky:

- zvýšení kriminality, zvláště mladistvých,
- nárůst drogové závislosti, pokusů o sebevraždu a depresivních symptomů,
- zvýšení počtů pacientů přijatých do psychiatrických klinik,
- nárůst psychosomatických onemocnění (srdeční choroby, žaludeční vředy, kloubní revmatismus),
- zhoršení psychických poruch.

*U jedinců vede současná ztráta práce:*

- k poklesu sebedůvěry, ke snížení pocitu vlastní hodnoty, k poklesu důvěry vůči ostatním lidem,
- k depresi, fatalismu a k apatii jako poslednímu stupni psychického strádání dlouhodobě nezaměstnaných, který je spojován s pocitem ztráty vlastní hodnoty a s beznadějí,
- k nárůstu sociální izolace,
- k obviňování vlastní rodiny ze ztráty práce.

*U rodinných příslušníků nezaměstnaných byly pozorovány tyto důsledky:*

- nárůst konfliktů v rodině v důsledku odchodu člena rodiny z pracovního a společenského života,
- u dětí nezaměstnaných rodičů nárůst vývojových poruch (např. emoční labilita, antisociální chování), slabé výkony ve škole a zhoršení prospěchu, problémy ve vztazích v rodině (např. ztráta autority nezaměstnaného otce).

*U zaměstnaných vede zkušenost s masovou nezaměstnaností a s tím spojeným strachem z hrozícího propuštění k:*

- zesílení tlaku na výkon,
- zvýšení konkurenčního tlaku, což způsobuje ztrátu solidarity zaměstnanců podniku,
- omezení oprávněných odchodů na nemocenskou a k omezení žádostí o lázeňské pobyty“ (E. Kirchler, 1993, s. 49 - 51) (8).

M. Jahodová (1991) na otázku, co soudí o funkcích práce v lidském životě, uvedla, že „pracovní činnost poskytuje pět základních zkušeností, pět prožitků, které člověk potřebuje, ať má svou práci rád nebo nikoli:

1. Časové členění nebo strukturování průběhu,
2. Zkušenost, že dělba práce a kooperace jsou v našem životě nutné, neboť jsou úkoly, které jednotlivec nemůže zvládnout, stává se součástí většího kolektivu,
3. Obohacují se sociální zkušenosti, rozšiřuje se lidský horizont,
4. Definuje se status a intenzita člověka v naší společnosti především prostřednictvím práce,
5. Práce poskytuje – i když to může znít banálně – pravidelnou aktivitu.“ (7).

## **1.8 Strategie zvládnání nezaměstnanosti**

Lze ji rozdělit do tří kategorií dle aktivity vynaložené nezaměstnaným a její účinností.

### *1. Strategie zaměřená na problém*

Prvořadým úkolem je nalezení zaměstnání. Takto reagují lidé s vyšším vzděláním, kteří si věří, mají potřebu pracovat. Jsou ochotni i k rekvalifikaci, dalšímu

vzdělávání, podnikání. Čas využívají k aktivitám, jako je rekonstrukce bytu či domu, věnují se rodině, učí se anglicky atd. Status nezaměstnaného je pro ně nepřijatelný, být bez práce považují za osobní degradaci a neadekvátní závislost na společnosti, rodině. Typická je pro ně silná motivace, sebedůvěra a víra, že práci brzy najdou (52).

### *2. Strategie zaměřená na zvládnutí aktuálních potíží*

Dochází zde k přípravě na zhoršení sociální i finanční situace, k určité rezignaci, k ochotě přijmout i hůře placené místo, k poklesu aktivity a vzrůstání pesimismu.(51)

### *3. Strategie zaměřená na změnu pocitu a podporu sebehodnocení*

Dochází k popření problému a k úniku z lépe situovaných zaměstnaných do skupiny, která ho natolik nedegraduje. Vyhýbá se stresu a snaží se udržet vnitřní psychickou rovnováhu i tím, že přestane hledat zaměstnání, pokud je přesvědčený, že stejně žádné nenajde. Náhradním řešením bývá i předčasný odchod do důchodu, únik do nemoci nebo řešení situace těhotenstvím. Nejhorší je podlehnout fatalismu, přesvědčení, že problém nelze vyřešit, pasivitě či úniku od reality, která zvyšuje riziko užívání alkoholu či drog. Nezaměstnaní se stávají často závislými na podpoře a sociálních dávkách a i když dodržují rituály spojené s hledáním práce, sami nevěří, že by nějakou získali (52).

## *Politika*

Politické strany patří k základním hybatelům společnosti a výrazně ovlivňují její vývoj, a to i přesto, že se jim vytýká nedostatečné politické vzdělání, nedostatky v programové tvorbě, v personální politice a deficit v komunikaci a spolupráci s odborníky a veřejností. „Nositelem inovací by měly být samotné politické strany. Jejich role v politickém systému země je významná, někdy klíčová. Jednání a chování politických stran je tedy nutno vnímat nikoli jen v kontextu jedněch konkrétních voleb, ale v dlouhodobějším horizontu. I krátkodobá politická nestabilita může mít dlouhodobé negativní důsledky ve formě například nedůvěry zahraničních investorů k trhu, zhoršené ekonomické a sociální situace, nedůvěry občanů k ústavním institucím a představitelům státní moci či rezignaci občanů na zájem o věci veřejné. Vytváření stabilních vlád je tudíž z dlouhodobého hlediska nutným, nikoli postačujícím předpokladem pro pozitivní

rozvoj společnosti jako celku. Dosavadní politická praxe však poukazuje na značnou nepředvídatelnost chování politických stran“ (Potůček, 2007, s.164).

Vzhledem k tomu, že mezi politickými stranami nedochází k vytvoření koalice a stabilního spojení, které by zajišťovalo členům většinu v parlamentu, nemotivuje strany k jednání s ohledem na dlouhodobé cíle. Programové dokumenty a cíle stran jsou tak zpracované pouze na volební období vlády a Poslanecké sněmovny, tzn. na čtyři roky. V současnosti se politické strany zaměřují na volební programy a dlouhodobé strategické dokumenty, scénáře politického, společenského, ekonomického a kulturního rozvoje jsou opomíjené (36).

## **1.9 Služby nezaměstnaným**

Nezaměstnaní mají možnost využívat služby, které by jim pomohly s řešením jejich situace. Lze je diferencovat do dvou kategorií.

První kategorii tvoří služby, které mají pomáhat získat nezaměstnanému novou práci. Jsou to služby úřadů práce, které pracovní místa nabízejí, registrují nezaměstnané, zprostředkovávají jim kontakty s potenciálními zaměstnavateli, umožňují rekvalifikace, vyřizují podpory a poskytují po dohodě s nezaměstnaným další služby.

Druhý okruh pomoci se zaměřuje na řešení problémů, které přímo s nezaměstnaností souvisejí. Jsou to problémy v rodině, její ohrožení rozpadem, krizí, patří sem ekonomické, zdravotní a psychické problémy, řeší sociální služby a psychoterapeutickou péči, která může být poskytována jako individuální nebo skupinová. Zaměřuje se na získání sebedůvěry a osobní iniciativy, na změnu postojů k práci, naučení se nových strategií chování při řešení vzniklé situace (52).

### ***1.9.1 Podpůrní doba v nezaměstnanosti a výše poskytované podpory***

Podle Nečase výchozím stavem pro změny v politice zaměstnanosti byl nepružný pracovní trh se systémem dávek pro nezaměstnané, který nemotivoval lidi k co nejrychlejší změně své nepříznivé životní situace. Nedostatečně byla penalizována nelegální práce a zneužívání sociálních dávek (35).



Změny, které vstoupily v platnost 1. 1. 2009, činí sociální systém více motivující. Finančně jsou nastaveny tak, aby se vyplatilo zůstat bez práce co nejkratší dobu. Výplata podpory v nezaměstnanosti je vázána na aktivní chování člověka, tedy na jeho účast v rekvalifikacích, v programech dalšího vzdělávání a na veřejných pracích (35).

Změny nastaly ve dvou parametrech. Došlo sice ke zkrácení délky pobírání podpory v nezaměstnanosti, ale současně došlo k jejímu navýšení. První dva měsíce tvoří podpora v nezaměstnanosti 65 % průměrného čistého měsíčního výdělku, kterou nezaměstnaný pobíral ve svém posledním zaměstnání. Druhé dva měsíce podpora činí 50 % z průměrné čisté mzdy a zbytek podpůrní doby činí podpora 45 % průměrné čisté měsíční mzdy (32).

Podpůrní doba je různá dle věku nezaměstnaného. Lidé do věku 50 let pobírají podporu 5 měsíců, od 50 do 55 let 8 měsíců a nad 55 let věku podpůrní doba trvá 11 měsíců.

Podpora má také svůj finanční strop. Výše podpory je možná do výše 0,58 % průměrné mzdy, pro rok 2009 činí daný strop 13 307 Kč. Tato úprava by měla lépe motivovat uchazeče o zaměstnání, aby se snažili co nejdříve začlenit do práce. Zároveň bere ohled na starší ročníky, které mají problém s umístěním na trhu práce, a ponechává jim delší podpůrní dobu. Bylo přijato opatření proti zneužívání podpůrní doby a přiznání vyšší podpory tím, že podpora nebude přiznána uchazeči o zaměstnání, který v posledních 6 měsících ukončil vhodné zaměstnání, jež mu zprostředkoval úřad práce, bez udání vážného důvodu (32).

Nárok na podporu nevzniká automaticky, ale po splnění zákonem daných podmínek:

- po odpracování alespoň 12 měsíců v rozhodném období zaměstnání nebo v jiné výdělečné činnosti, která zakládá povinnost odvádět pojistné na sociální pojištění a na politiku zaměstnanosti. Rozhodným obdobím se v tomto případě rozumí období posledních tří let před zařazením uchazeče o zaměstnání do evidence uchazečů o zaměstnání,
- po podání žádosti o podporu v nezaměstnanosti na úřadě práce, ve kterém je jedinec veden v evidenci jako uchazeč o zaměstnání,

- ke dni přiznání podpory v nezaměstnanosti nesmí být poživitelem starobního důchodu.

Došlo současně k navýšení pokuty z 2 na 5 milionů korun podnikatelům, kteří zaměstnávají pracovníky nelegálně. Nelegální práce není dostatečně finančně ohodnocená, často je prováděná v nevyhovujících podmínkách a není při ní dodržovaný rozsah pracovní doby dle zákoníku práce. Původní pokuta v maximální výši do 2 milionů korun se totiž ukázala jako nedostatečná (32).

### ***Srovnání výše a délky podpory v roce 2008 a 2009***

#### *Rok 2008*

*Výše podpory:* první 3 měsíce 50 % průměrného čistého výdělku,  
po zbytek podpůrní doby 45 % průměrného čistého výdělku.

*Délka podpory:* do 50 let 6 měsíců,  
50 – 55 let 9 měsíců,  
nad 55 let 12 měsíců.

Strop pro výplatu podpory byl 12 250 Kč.

#### *Rok 2009*

*Výše podpory:* první 2 měsíce 65 % průměrného čistého měsíčního výdělku,  
další 2 měsíce 50 % průměrného čistého měsíčního výdělku,  
po zbytek podpůrní doby 45 % průměrného měsíčního výdělku.

*Délka podpory:* do 50 let 5 měsíců,  
50 – 55 let 8 měsíců,  
nad 55 let 11 měsíců.

Strop pro výplatu podpory je 13 300 Kč.

Nové změny v zákonu motivují nezaměstnané k aktivnímu přístupu hledání zaměstnání a nutí je nezůstávat dlouhodobě na podpoře (32).

### **1.9.2 Předčasný a starobní důchod**

Jedním ze způsobů řešení ztráty zaměstnání u nezaměstnaných pracovníků předdůchodového věku je i předčasný odchod do starobního důchodu.

### **1.9.3 Podmínky nároku na starobní důchod**

Podmínky nároku na starobní důchod jsou zakotvené v zákoně č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších úprav, který upravuje důchodové pojištění pro případ stáří, invalidity a úmrtí živitele. Z pojištění se poskytují důchody starobní, plný invalidní, částečný invalidní, vdovský a vdovecký a sirotčí.

*Podmínky nároku na normální starobní důchod (§ 29 zákona o důchodovém pojištění)*

Pojištěnec má nárok na normální starobní důchod, jestliže získal dobu pojištění

- nejméně 25 let a dosáhl aspoň věku potřebného pro vznik nároku na starobní důchod (dále jen důchodový věk),
- nebo 15 let a dosáhl aspoň 65 let věku.

Výše předčasného, dočasně kráceného starobního důchodu (§ 35 zákona o důchodovém pojištění) se stanoví tím, že se procentní výměra odpovídající získané době pojištění krátí o 1,3 % výpočtového základu za každých i započatých 90 kalendářních dní z doby ode dne přiznání důchodu do dosažení důchodového věku. Po dosažení důchodového věku vzniká nárok na normální (nekrácený) starobní důchod.

*Podmínky nároku na předčasný, dočasně krácený starobní důchod (§ 30 zákona o důchodovém pojištění)*

Pojištěnec má nárok na předčasný, dočasně krácený starobní důchod, jestliže získal dobu pojištění

- nejméně 25 let, a
- ke dni, od něhož má být důchod přiznán, je poživatelem částečného invalidního důchodu (příp. se mu tento důchod nevyplácí pro vyšší příjmy), pokud mu do dosažení důchodového věku chybějí nejvýše dva roky,

- pobíral plný invalidní důchod nepřetržitě aspoň po dobu pěti let, pokud nárok na tento důchod zanikl a ke dni jeho odnětí do dosažení důchodového věku chybí nejvýše pět let.
- Nárok na předčasný, dočasně krácený starobní důchod vznikl, pokud se uvedené podmínky splnily do 31. prosince 2006.

Výše důchodu se stanoví obdobně jako v případě normálního starobního důchodu s tím, že se procentní výměra odpovídající získané době pojištění krátí o 1,3 % výpočtového základu za každých i započatých 90 kalendářních dní z doby ode dne přiznání důchodu do dosažení důchodového věku. Po dosažení důchodového věku vzniká nárok na normální (nekrácený) starobní důchod.

*Podmínky nároku na předčasný, trvale krácený starobní důchod (§ 31 zákona o důchodovém pojištění)*

Pojištěnec má nárok na předčasný, trvale krácený starobní důchod, jestliže

- získal dobu pojištění nejméně 25 let, a
- do dosažení důchodového věku mu chybějí nejvýše tři roky (52).

#### **1.9.4 Důchodový věk (§ 32 zákona o důchodovém pojištění)**

Podle předpisů platných před 1. lednem 1996 činila věková hranice pro nárok na starobní důchod u pojištěnců, kteří dosáhli tohoto věku do 31. prosince 1995,

*u mužů:* 60 let,

*u žen:* 53 let, pokud vychovaly aspoň 5 dětí,

54 let, pokud vychovaly 3 nebo 4 děti,

55 let, pokud vychovaly 2 děti,

56 let, pokud vychovaly 1 dítě,

57 let, pokud nevychovaly žádné dítě.

U pojištěnců, kteří dosáhnou věkových hranic uvedených v období od 1. ledna 1996 do 31. prosince 2012, se důchodový věk stanoví tak, že se ke kalendářnímu měsíci, ve kterém pojištěnec dosáhl shora uvedené věkové hranice, přičítají u mužů 2 a u žen 4 kalendářní měsíce za každý i započatý kalendářní rok z doby 31. prosince 1995

až do dosažení věkových hranic uvedených nahoře. Za důchodový věk se považuje věk v takto určeném kalendářním měsíci v den, který se shoduje se dnem narození pojištěnce (52).

### ***1.9.5 Doba pojištění***

„Do doby pojištění se započítává i tzv. náhradní doba pojištění (§ 5 zákona o důchodovém pojištění), avšak pouze v rozsahu 80 %, pokud jde o dobu studia, dobu vedení v evidenci úřadu práce jako uchazeče o zaměstnání, jestliže mu náleží podpora v nezaměstnanosti nebo podpora při rekvalifikaci a v rozsahu tří let také doba, kdy mu uvedené dávky nenáleží, doba, po kterou jsou osoby se zdravotním postižením zařazené v teoretické a praktické přípravě pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, doba výkonu civilní služby a doba pobírání plného invalidního důchodu; v plném rozsahu se započítávají náhradní doby pojištění, pokud jde o dobu výkonu základní vojenské služby, dobu péče o dítě do dosažení stanoveného věku a dobu péče o bezmocnou osobu“ (28).

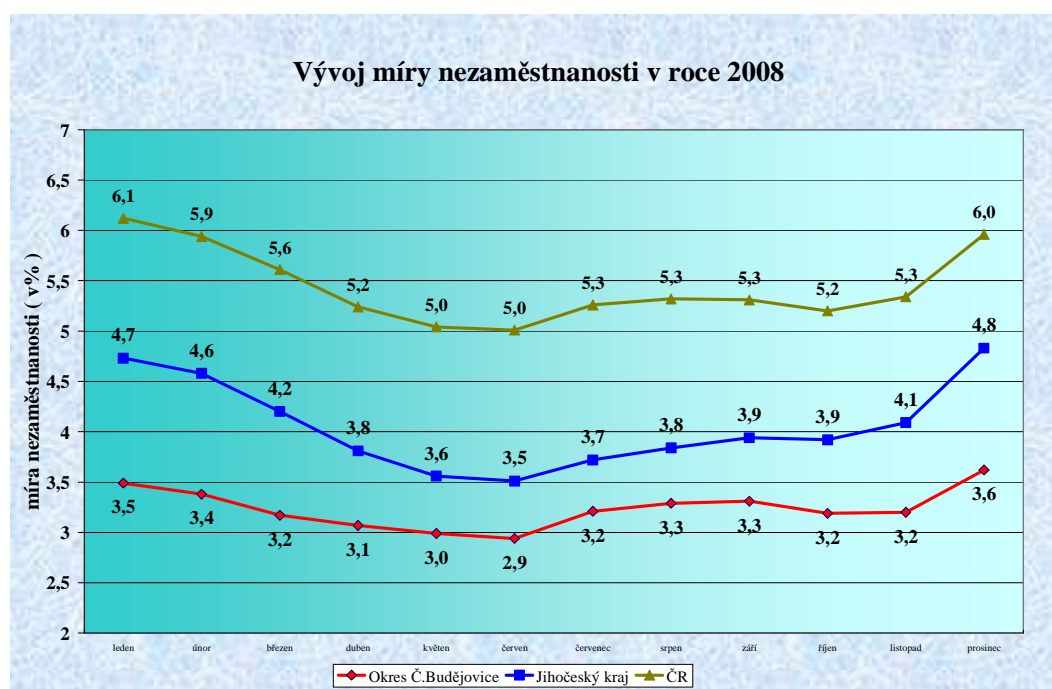
## **1.10 Nezaměstnanost v okrese České Budějovice**

Nezaměstnanost v roce 2008 v okrese české Budějovice setrvala na relativně nízké úrovni. Průměrná míra nezaměstnanosti v okrese se pohybovala kolem 3,2 %. Dlouhodobé sledování vývoje nezaměstnanosti potvrzuje, že nízké procento nezaměstnanosti je dáno v rozhodující míře historickým faktorem. Pestrá odvětvová struktura hospodářství v okrese poskytuje širokou škálu různorodých pracovních příležitostí a žádný velký podnik s dominantní zaměstnaností neovlivnil zásadním způsobem míru nezaměstnanosti. Výhodou je i poloha okresu v blízkosti rakouských a německých hranic a z toho vycházející zájem zahraničních firem o převádění některých výrob (zejména montáží) do území jim snadno dostupného a navíc s levnou pracovní silou.

Na začátku roku 2008 zaznamenal úřad práce velkou poptávku zaměstnavatelů po nových pracovnících. Příznivé klimatické podmínky v podzimních měsících

umožnily pokračovat nadále ve stavebních pracích. Pokles zaměstnanosti nastal až poslední dva měsíce roku jako reakce zaměstnavatelů na nejistotu vyplývající z očekávaných dopadů přicházející hospodářské recese. Statistické údaje ukazují, že rok 2008 byl rokem s historicky nejnižší nezaměstnaností od roku 1998. Nezaměstnanost v Českých Budějovicích v roce 2008 byla 3,2 %, v Jihočeském kraji 4 % a celorepublikový průměr činil 5,4 % nezaměstnaných. O situaci na trhu práce v okrese v jednotlivých měsících roku 2008 vypovídá následující graf č. 1.

Graf č.1

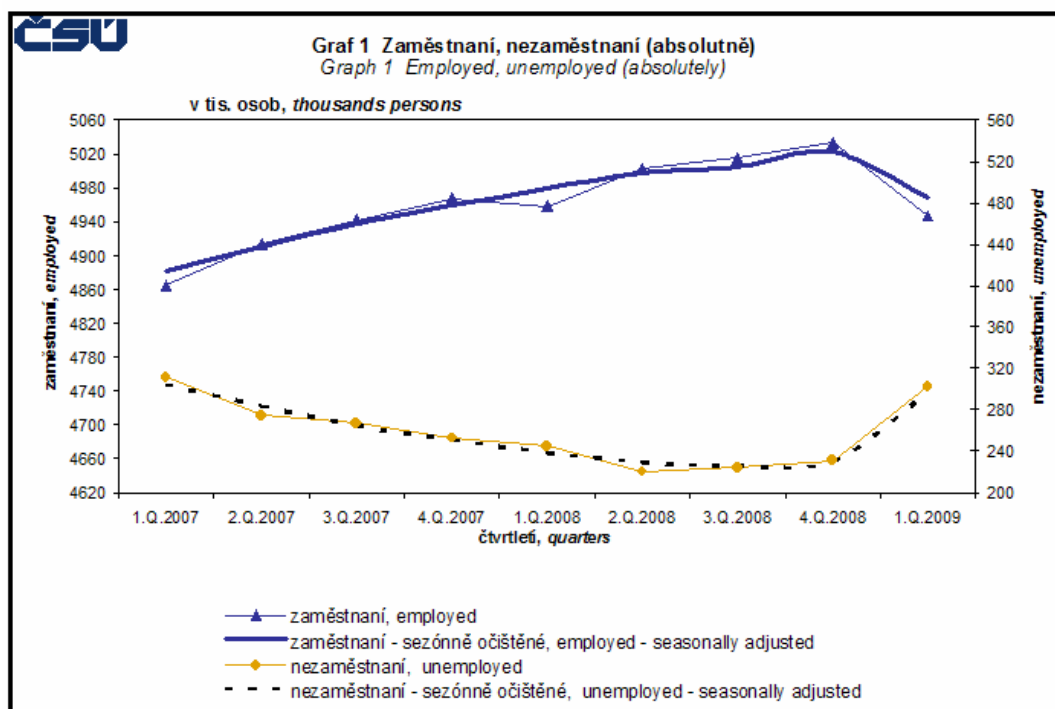


V roce 2009 dochází k poklesu ekonomiky a úrovně celkové zaměstnanosti. Dochází k postupnému nárůstu počtu nezaměstnaných. Míra nezaměstnanosti činila v lednu 4,2 %, v únoru 4,7 %, v březnu 5,1 % a v dubnu 5,2 %. Z údajů je patrné, že nezaměstnanost v tomto roce má zatím vzrůstající tendenci (33).

Začátkem roku 2009, v únoru, bylo na úřadě práce nově zaevidováno 69 209 uchazečů o práci. Oproti stejnému období roku 2008 šlo o nárůst uchazečů o 29 207. Pokud údaj porovnáme s pracovními příležitostmi, zjistíme, že volných pracovních míst je celkem 64 881, což představuje o 85 447 pracovních míst méně než v únoru 2008. Na

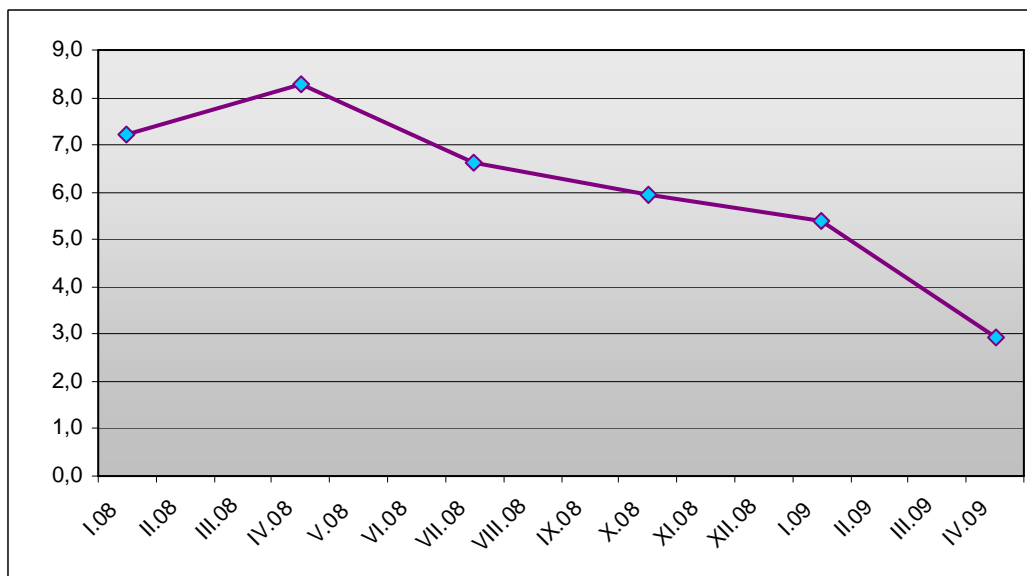
jedno volné pracovní místo v současné době připadá 6,6 uchazeče. Průřez nezaměstnanosti a nabídku volných míst znázorňuje graf ČSÚ pro rok 2007 až 2009 získaný ze stránek úřadu práce (33).

Graf č. 2



Počet nemocných registrovaných nezaměstnaných od 1. 1. 2008 do dubna 2009 znázorňuje graf Úřadu práce v Českých Budějovicích. U grafu je patrná klesající tendence (15).

Graf č.3



Zdroj: ÚP České Budějovice

### ***1.10.1 Zabezpečení nezaměstnaných v nemoci***

Lidé evidovaní na úřadu práce nárok na nemocenské dávky nemají. Nárok vzniká pouze u osob propuštěných z práce, které se nacházejí ještě v ochranné lhůtě. Znění § 42 zákona č. 54/1956 Sb. o nemocenském pojištění zaměstnanců, a vznik nároku na ochrannou lhůtu zaměstnance.

„(1) Dávky nemocenského pojištění náleží, jestliže se podmínky rozhodné pro jejich přiznání splnily v době pojištění podle tohoto zákona nebo sice po skončení pojištění, avšak ještě během doby, po kterou zaměstnanec pobírá nemocenské, podporu při ošetřování člena rodiny nebo peněžitou pomoc v mateřství, anebo jestliže se splnily v ochranné lhůtě. Podpora při ošetřování člena rodiny však z ochranné lhůty nenáleží (61).

(2) Ochranná lhůta činí 7 dnů od skončení zaměstnání; jestliže však zaměstnanec byl naposledy zaměstnán po kratší dobu, činí ochranná lhůta jen tolik dnů, kolik dnů byl naposledy zaměstnán. U žen, jejichž zaměstnání skončilo v době těhotenství, činí ochranná lhůta vždy šest měsíců.



(3) Vznikne-li v ochranné lhůtě znovu pojištění podle tohoto zákona, staví se běh ochranné lhůty po dobu trvání tohoto pojištění. Ochranná lhůta získaná novým pojištěním se připočítává k nevyčerpanému zbytku dřívější ochranné lhůty až do nejvyšší výměry 7 dnů. Vznikem pojištění, popřípadě zabezpečení podle jiných předpisů ochranná lhůta zaniká. Vznikem účasti na důchodovém pojištění nebo nemocenském pojištění osob samostatně výdělečně činných však ochranná lhůta nezaniká, pokud jde o nárok na nemocenské a peněžitou pomoc v mateřství náležející z pojištění podle tohoto zákona; v tomto případě ochranná lhůta zaniká až dnem vzniku nároku na tyto dávky z nemocenského pojištění osob samostatně výdělečně činných, pokud již podle odstavce 2 neuplynula dříve (52).

Vykonává-li zaměstnanec několik činností, které zakládají pojištění podle tohoto zákona, plyne ochranná lhůta z každé z nich. (56)

Nezaměstnaní, kteří onemocní, dále zůstávají v evidenci úřadu práce. Nárok na podporu v nezaměstnanosti zůstává beze změny. Nemocný po skončení nemoci obdrží od lékaře nemocenský lístek, který slouží jako omluvenka pravidelných návštěv na úřadu práce (56).

## **1.11 Regulační poplatky**

### ***1.11.1 Legislativa***

Regulační poplatky a limity týkající se regulačních poplatků a doplatků na léčiva přinesla novelizace zákona o zdravotním pojištění č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů, která vstoupila v platnost 1. ledna 2008 (62).

1. dubna 2009 nabyla platnost novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Ta mění paragrafy týkající se regulačních poplatků a doplatků na léčiva a jejich limitů (64).

Regulační poplatky upravuje zákon č. 48/1997 Sb., paragraf 16 a.

### ***1.11.2 Znění paragrafu 16a zákona č. 48/1997 o regulačních poplatcích***

(1) Pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, je povinen v souvislosti s poskytováním hrazené péče hradit zdravotnickému zařízení, které zdravotní péči uvedenou v písmenech a) až f) poskytlo, regulační poplatek ve výši

a) 30 Kč za

1. návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření (dále jen návštěva) u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, nebo za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře,
2. návštěvu u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči,
3. návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost (§ 20 odst. 3),

b) 30 Kč za návštěvu u klinického psychologa,

c) 30 Kč za návštěvu u klinického logopeda,

d) 30 Kč 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,

e) 90 Kč za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím

1. lékařskou službu první pomoci včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři,
2. 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,

f) 60 Kč za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče (§ 23), komplexní lázeňská péče (§ 33, odst. 4) nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách (§ 34), 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 podle § 25 hrazen ze zdravotního pojištění.

*Povinnosti vyplývající z jiných zákonů tím nejsou dotčeny.*

(2) Regulační poplatek podle odstavce 1, písm. a) až f) 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,
- 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 bezpečnostní 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 dispensární péči o pojištěnce po odběru tkání a orgánů podle transplantačního zákona.

(3) Regulační poplatek podle odstavce 1, písm. a) se neplatí, jde-li o

- a) preventivní prohlídku (§ 29, 30 a 35),
- b) dispensární péči poskytovanou osobám uvedeným v § 31, odst. 1, písm. b) a d),
- c) hemodialýzu,
- d) laboratorní nebo diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem, pokud není zároveň provedeno klinické vyšetření,
- e) vyšetření lékařem transfuzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně.

(4) Regulační poplatek podle odstavce 1, písm. f) 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.

(5) Regulační poplatek je příjmem zdravotnického zařízení, které regulační poplatek vybralo.

(6) Regulační poplatek podle odstavce 1, písm. a) až e) se platí zdravotnickému zařízení v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Regulační poplatek podle odstavce 1, písm. f) 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 s uvedením čísla pojištěnce (§ 40, odst. 3), výše regulačního poplatku, dne jeho zaplacení, otiskem razítka zdravotnického zařízení a podpisem osoby, která regulační poplatek přijala, a jde-li o zařízení lékárenské péče, též s uvedením názvu léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výše doplatku, který se započítává do limitu podle § 16b, odst. 1.

(7) Zdravotnické zařízení je povinno sdělovat zdravotním pojišťovnám v rámci vyúčtování poskytnuté zdravotní péče za příslušný kalendářní měsíc, nebo za příslušné kalendářní čtvrtletí, informace o regulačních poplatcích vybraných podle odstavce 1, s uvedením čísla pojištěnce, ke kterému se regulační poplatek váže, výše zaplaceného regulačního poplatku a dne, ke kterému se regulační poplatek váže.

(8) Zařízení lékárenské péče je povinno sdělovat zdravotním pojišťovnám současně s vyúčtováním za příslušné období informace o regulačních poplatcích vybraných podle odstavce 1, písm. d), s uvedením čísla pojištěnce, ke kterému se regulační poplatek, popřípadě doplatek váže, výši zaplaceného regulačního poplatku, den vydání plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výši doplatku, který se započítává do limitu podle odstavce 1.

(9) Zdravotnické zařízení je povinno regulační poplatek uvedený v odstavci 1 od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat, pokud nejde o výjimku z placení regulačního poplatku podle odstavce 2 nebo 3. 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. Při ukládání pokuty zdravotní pojišťovna přihlíží k závažnosti porušení, k míře zavinění a k okolnostem, za nichž k porušení povinnosti došlo. Pokutu lze uložit do jednoho roku ode dne, kdy zdravotní pojišťovna zjistila porušení nebo nesplnění povinnosti, nejdéle však do 3 let ode dne, kdy k porušení nebo nesplnění povinnosti došlo. Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila.

(10) Zdravotnické zařízení nesmí vybírat regulační poplatky v souvislosti s poskytováním hrazené péče, která podle tohoto zákona regulačním poplatkům nepodléhá. Při zjištění opakovaného porušování tohoto zákona je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 50 000 Kč.

(11) Opakované udělení pokuty zdravotnickému zařízení podle odstavce 10 je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče bez výpovědní lhůty.

### ***1.11.3 Limity regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely – paragraf 16b***

(1) Pokud celková částka uhrazená pojištěncem, nebo za něj jeho zákonným zástupcem, za regulační poplatky podle § 16a, odst. 1, písm. a) až d) a za doplatky 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, 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. To neplatí, pokud předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit (§ 32, odst. 2); v takovém případě se do limitu započítává doplatek v plné výši. Do limitu se nezapočítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, jejichž úhrada stanovena podle § 17 je nižší než 30 % maximální ceny a částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě. Seznam léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Seznam léčivých přípravků hrazených a částečně hrazených ze zdravotního pojištění, s uvedením výše úhrady a výše doplatku započítatelného do limitu, zveřejňuje Ministerstvo zdravotnictví způsobem umožňujícím dálkový přístup (59).

(2) Zdravotní pojišťovna je povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou překračuje součet regulačních poplatků a doplatků, oznámených zdravotnickými zařízeními zdravotní pojišťovně podle § 16a, odst. 7 a 8, limit podle odstavce 1, a to do 60 kalendářních dnů po uplynutí kalendářního čtvrtletí, ve kterém byl limit překročen. V kalendářních čtvrtletích následujících po kalendářním čtvrtletí, ve kterém byl limit podle odstavce 1 již překročen, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku ve výši součtu regulačních poplatků a doplatků za příslušné kalendářní čtvrtletí, oznámených zdravotnickými zařízeními zdravotní pojišťovně podle § 16a, odst. 7 a 8, a to do 60 kalendářních dnů po uplynutí každého takového kalendářního čtvrtletí. Částku podle věty první nebo druhé, která v kalendářním čtvrtletí nepřesáhla 50 Kč, uhradí zdravotní pojišťovna do 60 kalendářních dnů po uplynutí posledního kalendářního čtvrtletí v kalendářním roce (59).

(3) Při změně zdravotní pojišťovny v průběhu kalendářního roku je zdravotní pojišťovna, u které byl pojištěnec pojištěn, povinna oznámit nové zdravotní pojišťovně pojištěnce skutečnosti rozhodné pro výpočet částky podle odstavce 2. Částku podle odstavce 2 uhradí pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci zdravotní pojišťovna,

u které je pojištěnec pojištěn k poslednímu dni kalendářního roku, ve kterém byl limit překročen. Zdravotní pojišťovna uvedená ve větě druhé oznámí zdravotním pojišťovnám, u kterých byl pojištěnec v kalendářním roce pojištěn, celkovou částku, o kterou byl limit tohoto pojištěnce překročen, jakož i poměrnou částku vypočtenou podle doby pojištění připadající na pojišťovnu, které je částka oznamována. Zdravotní pojišťovny jsou povinny částku na ně připadající uhradit zdravotní pojišťovně uvedené ve větě druhé do 30 dnů ode dne doručení oznámení o výši této částky (59).

Po bouřlivých politických debatách a složitých vyjednáváních se koncem ledna Senát ČR shodl na tom, že od 1. dubna 2009 dojde k úpravě nynějších poplatků a ve změnách ochranného limitu, ale ne k úplnému zrušení poplatků, které původně navrhovala levice koncem minulého roku (59).

#### ***1.11.4 Úpravy poplatků a doplatků platné od 1. 4. 2009***

Změny v limitech regulačních poplatků, 9. březen 2009.

Dnem 1. dubna vstoupila v platnost novela zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, která mění jeho paragrafy týkající se regulačních poplatků a doplatků na léčiva a jejich limitů. Zvýhodnění se týká zejména dětí do 18 let a seniorů ve věku od 65 let. Změny je možno stručně shrnout takto:

##### *Děti do 18 let*

- ruší se poplatek 30 korun u lékaře, jde-li o děti do dovršení 18. roku věku včetně tohoto dne (pozor: poplatky 60 Kč za den pobytu v nemocnici, léčebně apod., 90 Kč za pohotovost, 30 Kč za návštěvu u klinického psychologa nebo u klinického logopeda a 30 Kč za položku na receptu zůstávají!),
- snížení ochranného limitu na 2 500 Kč z 5 000 Kč u dětí mladších 18 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršily 18. rok věku.

##### *Seniori nad 65 let*

- snížení ochranného limitu na 2 500 Kč z 5 000 Kč u pojištěnců starších 65 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 65. rok věku,

- do limitu se nově započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě předepsané na recept pojištěncům starším 65 let (včetně dne, ve kterém dovršili 65. rok věku).

#### *Osvobození od poplatků*

Ke skupinám osob již dříve zákonem vyjmenovaným, které neplatí žádné regulační poplatky, se doplňují:

- děti umístěné na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc nebo svěřené do pěstounské péče,
- osoby, kterým jsou poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech se zvláštním režimem, domovech pro seniory nebo ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, pokud jim po úhradě za ubytování a stravu zbude méně než 800 Kč nebo pokud nemají žádný příjem (potvrzení o této skutečnosti jim vydá příslušný poskytovatel sociálních služeb) (66).

#### *Poplatek 30 korun za položku na receptu*

Podle zákona se platí nadále, ale doplatek pacienta za položku na receptu bude snížen o zaplacený regulační poplatek nebo jeho příslušnou část tak, aby částka za doplatek a regulační poplatek činila nejméně 30 Kč. To znamená, že u léků, které jsou plně nebo částečně hrazené ze zdravotního pojištění, se vždy hradí regulační poplatek. U částečně hrazených léků se doplatek na lék snižuje o zaplacený regulační poplatek. Doplatek a regulační poplatek musí činit vždy nejméně 30 Kč.

#### *Použití vybraných poplatků*

Vybrané poplatky musejí být použity na provoz a modernizaci zdravotnického zařízení.

#### *Výše ochranných ročních limitů:*

- limit 5 000 Kč – týká se dospělých ve věku od 18 do 65 let,
- limit 2 500 Kč – týká se jen dětí do 18 let a seniorů nad 65 let.



*Do limitu se nezapočítává:*

- poplatek 60 korun za každý den ústavní péče v nemocnici, v léčebně dlouhodobě nemocných, odborných léčebných ústavech včetně psychiatrických, dětské odborné léčebně a ozdravovně, lázních nebo za den komplexní lázeňské péče,
- poplatek 90 korun za návštěvu pohotovosti (lékařské služby první pomoci nebo ústavní pohotovostní služby).

*Do limitu se započítává:*

- poplatek u lékaře ve výši 30 korun (za návštěvu u lékaře, při které bylo provedeno klinické vyšetření, za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost, za návštěvu u klinického psychologa či klinického logopeda),
- poplatek 30 korun za položku na receptu (za vydání každého ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení),
- doplatek za léčivé přípravky částečně hrazené pojišťovnou, ale pouze ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupný léčivý přípravek s obsahem stejné léčivé látky a se stejnou cestou podání. To neplatí v případě, že předepisující lékař na receptu vyznačil, že lék nelze nahradit – pak se doplatek započítává v plné výši. Do limitu se nově započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě, předepsané na recept pojištěncům starším 65 let.(54)

*Přínos regulačních poplatků*

Že se nejedná o zanedbatelnou částku, ukazuje i zpráva zveřejněná na oficiálních stránkách Ministerstva zdravotnictví České republiky z 11. 3. 2009. Za rok fungování zákona se na regulačních poplatcích vybralo pět miliard korun a dalších pět miliard představovaly úspory uvnitř systému. Prostředky v celkové výši deset miliard korun sloužily k financování moderní léčby. Umožnily zpřístupnění dříve nedostupné a nákladné léčby pro vážné nemocné, dostupnost moderní léčby ve specializovaných centrech, zvýšení operačních zákroků a zkrácení čekacích lhůt. Přehled o vybraných regulačních poplatcích ukazuje tabulka MZ ČR (příloha 3) (34).

## **1.12 Nemocnice České Budějovice, a. s.**

### ***1.12.1 Návrh darovací smlouvy***

Návrh smlouvy byl schválen usnesením Rady Jihočeského kraje č. 94/2009/RK ze dne 27. 1. 2009. Jihočeský kraj, jako dárce, je zastoupený hejtmánem Jihočeského kraje Mgr. Jiřím Zimolou. Darovací smlouva mezi Jihočeským krajem a pojištěncem (nebo jeho zákonným zástupcem) je uzavíraná dle paragrafu 628 a násl. zákona č. 40/1964 Sb., občanského zákoníku v platném znění (viz příloha 4). Touto smlouvou daruje dárce obdarovanému částku na úhradu regulačního poplatku, který je obdarovaný povinen hradit zdravotnickému zařízení založenému a zřizovanému Jihočeským krajem. Jihočeský kraj daruje regulační poplatek obdarovanému z prostředků Jihočeského kraje tak, že regulační poplatek bude uhrazen zdravotnickému zařízení v okamžiku vzniku povinnosti regulační poplatek zaplatit (viz příloha 4) (38).

Pacienti Nemocnice v Českých Budějovicích mají možnost zaplatit poplatky přímou platbou, fakturou do 7 dnů po propuštění z nemocnice, nebo využít k zaplacení poplatků dar Jihočeského kraje v podobě hrazených poplatků za hospitalizaci (viz příloha 5) (38).

O této možnosti se lidé dozvídají prostřednictvím sedmnácti panelů, rozmístěných ve vstupech do všech pavilonů nemocnice.(41)

### ***1.12.2 Nemocniční lékárna***

Počínaje 1. únorem 2009 se pacienti Nemocnice České Budějovice, a. s., a zákazníci zdejší lékárny mohli rozhodnout, zda zaplatí regulační poplatky v nemocniční pokladně, nebo přijmou dar Jihočeského kraje. Pacientům, kteří podepíší darovací smlouvu, kraj vyúčtovanou částku uhradí (38)

## **2. CÍLE A HYPOTÉZY**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem práce bylo zjistit vliv nezaměstnanosti na rozhodnutí klientů podrobit se operačnímu výkonu.

### **2.2 Hypotézy práce**

1. Osoby krátkodobě evidované na úřadu práce se více podrobují operačním výkonům než osoby evidované na úřadu práce dlouhodobě.
2. Elektivní chirurgický zákrok podstupují častěji klienti v evidenci úřadu práce než zaměstnané osoby.
3. Poplatky za hospitalizaci u nezaměstnaných osob mají vliv na délku pobytu v nemocnici.

### 3. METODIKA

#### 3.1 Použitá metoda

Ke zpracování své diplomové práce jsem použila metodu dotazování – technikou dotazníku (viz příloha 1). Dotazník byl anonymní a obsahoval 21 otázek. Pomocí dotazníku jsem oslovovala pacienty, kteří byli v dané chvíli nezaměstnaní a evidovaní na úřadu práce a na chirurgické oddělení Nemocnice v Českých Budějovicích přicházeli k elektivním (plánovaným) operačním zákrokům.

V otázkách 1 a 2 jsem zjišťovala pohlaví a věk hospitalizovaných klientů. Na demografické údaje o bydlišti respondentů jsem se zaměřila v otázce č. 3. Nakolik nejvyšší dosažené vzdělání klientů ovlivnilo jejich nynější situaci poskytuje odpověď na otázku č. 4. Kdo byl zaměstnavatelem, jaké zaměstnání vykonávali před registrací na úřadu práce a jak dlouho pracovali na posledním pracovišti, odpovídali respondenti v otázce č. 5, 6 a 7. Za jak dlouho od ztráty zaměstnání přicházejí klienti na operaci a jestli je jim v tuto dobu poskytována podpora v nezaměstnanosti, odpovídali klienti v otázce č. 8 a 9. Kolik z oslovených klientů uvažuje o rekvalifikaci, zjišťuji v otázce č.10. Otázky č.11, 12 a 13 směřují k době zjištění začátků příznaků nemoci, hledají souvislosti nemoci s nezaměstnaností a vlivu ztráty zaměstnání na zdravotní stránku klienta. V otázce č. 14 a 15 se ptám, zda nemoc měla vliv na ztrátu zaměstnání, a jestli operaci, na kterou nyní přicházejí, odkládali z obavy o jeho ztrátu, nebo se jednalo o dlouhodobější zdravotní problém. K zjištění informací, jakou roli v rozhodování podrobit se operačnímu výkonu hraje skutečnost, že je klient bez práce, jestli šlo o plánovanou či neplánovanou operaci a v případě plánované operace, jak dlouho na ni čekal, sloužily otázky č. 16, 17 a 18. Zajímala jsem se také, v otázkách č. 19 a 21, jestli zavedené regulační poplatky v nemocnici a jejich výše jsou finanční zátěží pro sledované pacienty a jestli v konečném důsledku ovlivní délku pobytu v nemocnici. Zda jsou pacienti informováni o možnosti využít v individuálních případech potvrzení .o „pomoci v hmotné nouzi“ a všichni o možnosti využít darovací smlouvu, na to jsem nacházela odpovědi na otázky č. 20 a 22.

Dotazník byl sestaven z otázek uzavřených, které poskytly odpovědi k řešení otázek diplomové práce, a polootevřených, které umožnily klientům kromě využití konkrétních možností i doplnění vlastních připomínek. Otázky poskytují informace, které ukazují na vlivy, jež působí na nezaměstnané, a dávají odpovědi, zda ovlivňuje klienty stav nezaměstnanosti a získané informace při rozhodování o podstoupení elektivního operačního zákroku.

### **3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku**

Pro svou diplomovou práci jsem zvolila pacienty chirurgického oddělení Nemocnice v Českých Budějovicích, a. s., kteří v průběhu hospitalizace byli registrováni na úřadu práce. Chirurgie je členěná do pěti oddělení, kromě toho disponuje operační a ambulantní složkou.

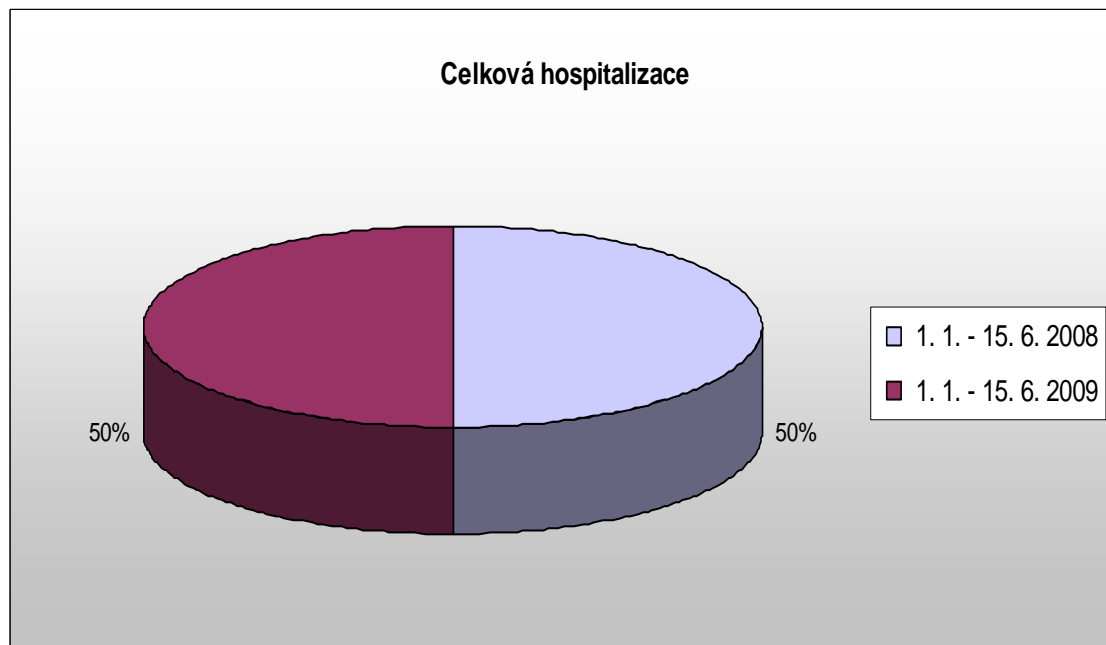
V průběhu sběru dat jsem oslovila všechny pacienty, kteří se podrobili operaci na zdejším oddělení. Původně plánovaný sběr dat za období čtyř měsíců jsem pro malý vzorek respondentů rozšířila na období od 1. 1. 2009 až do 15. 6. 2009.

Oslovila jsem všechny nezaměstnané pacienty, kteří zde byli v tomto období hospitalizováni. Vzhledem k poskytnutým informacím zdejších sekretářek i staničních sester všech oddělení chirurgie jsem zachytila všechny nezaměstnané pacienty za toto období.

Za necelého půl roku bylo na zdejším oddělení chirurgicky ošetřeno 42 nezaměstnaných pacientů. Všechny pacienty jsem osobně požádala o vyplnění dotazníku. Ke zpracování se mi vrátilo všech 42 dotazníků, všechny byly vyplněné úplně, takže jsem nevyřadila žádný a ke zpracování dat jsem také všechny použila.

## 4. VÝSLEDKY

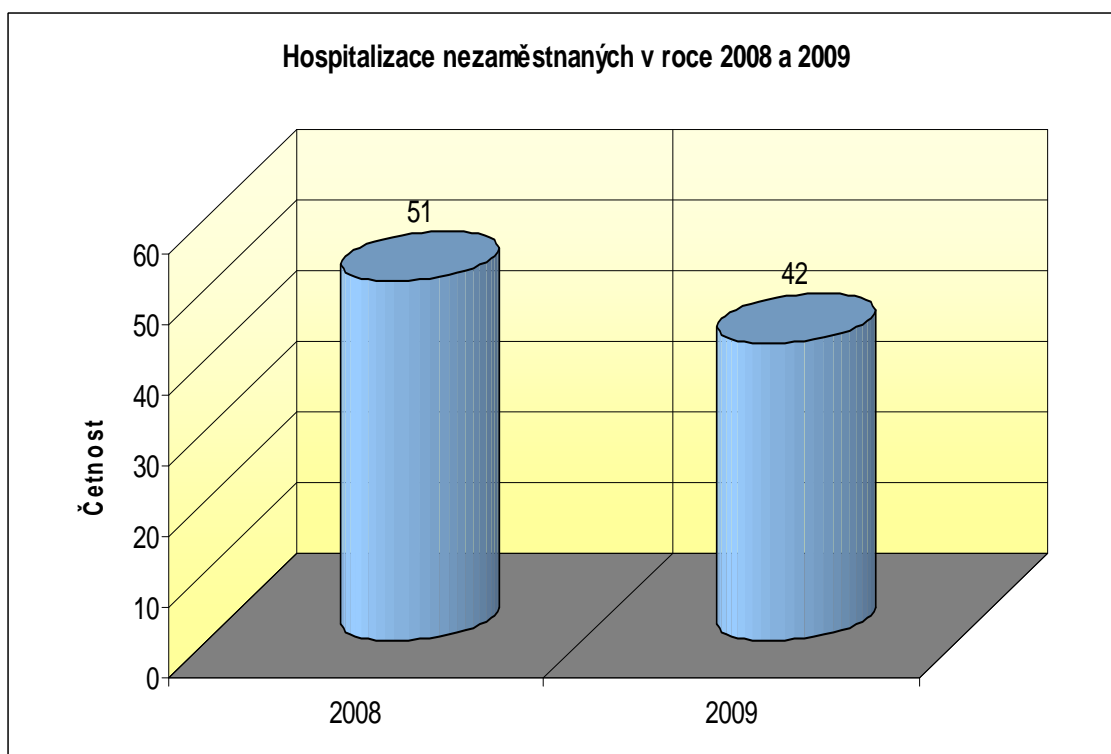
**Graf č. 1: Hospitalizace všech pacientů**



*Zdroj: vlastní výzkum*

V roce 2008 bylo za období od 1. 1. 2008 do 15. 6. 2008 na chirurgické oddělení přijato 1 831 pacientů (50 %), v roce 2009 za stejné období 1 838 pacientů (50 %).

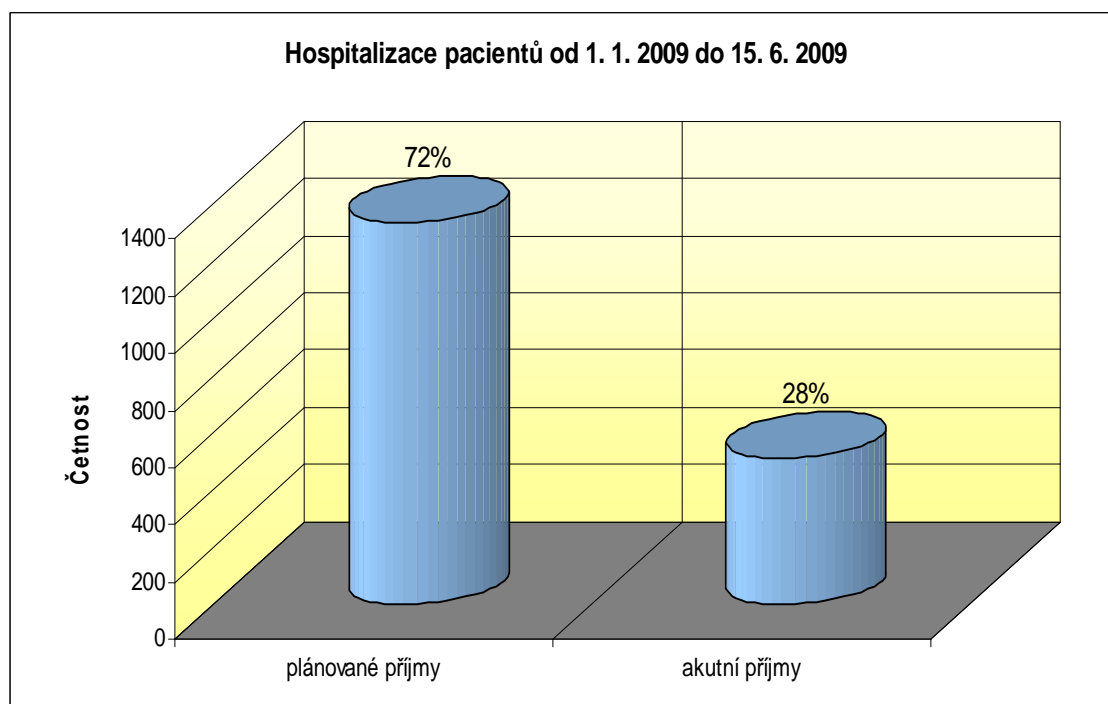
**Graf č. 2: Počet hospitalizovaných nezaměstnaných**



*Zdroj: vlastní výzkum*

V roce 2008, v období od 1. 1. do 15. 6., bylo hospitalizováno na chirurgickém oddělení 51 nezaměstnaných pacientů a v roce 2009 v témže období 42 nezaměstnaných pacientů.

**Graf č. 3: Hospitalizace pacientů podle příjmu na oddělení**

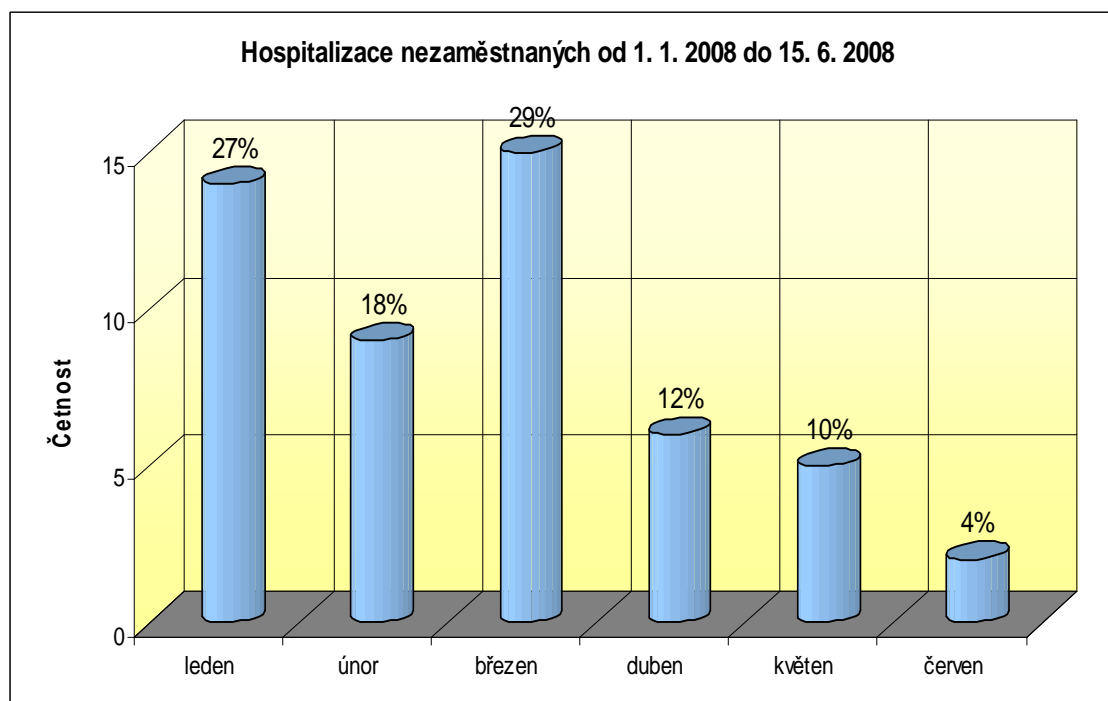


*Zdroj: vlastní výzkum*

Graf znázorňuje plánované a akutní příjmy všech pacientů (zaměstnaných i nezaměstnaných) za dané období roku 2009. Plánovaných příjmů se uskutečnilo 1 331 (72 %), akutní příjmy tvořilo 507 pacientů (28 %).



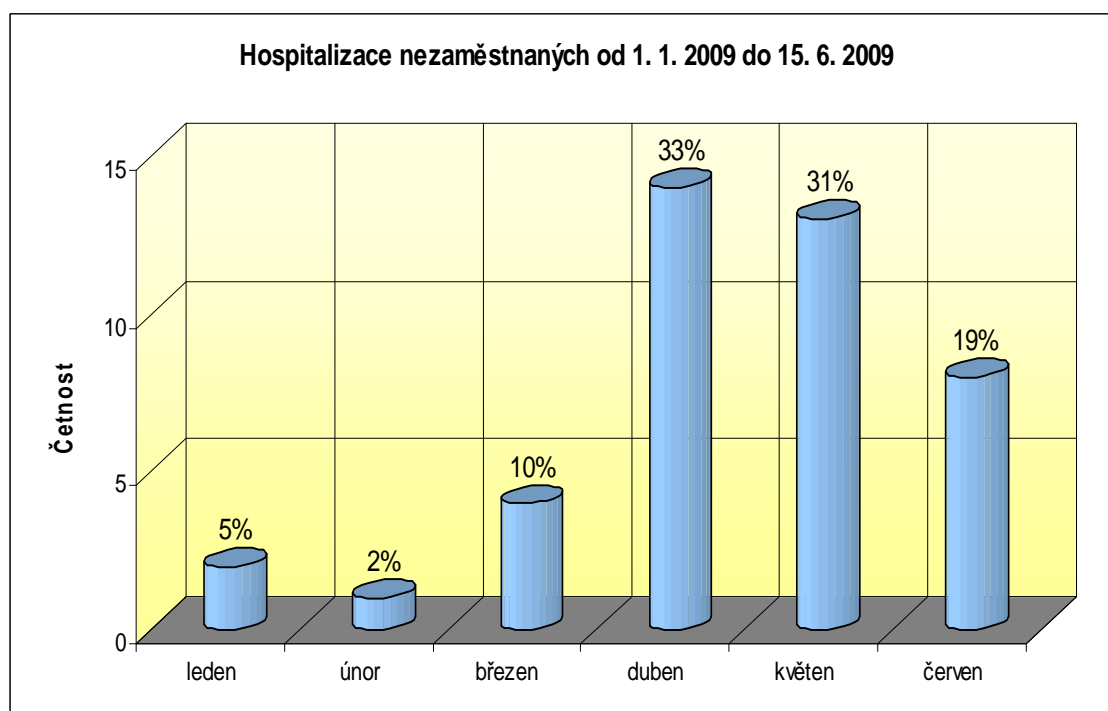
**Graf č. 4: Hospitalizace nezaměstnaných pacientů od 1. 1. do 15. 6. 2008  
(dle měsíců)**



*Zdroj: vlastní výzkum*

V roce 2008 bylo nejvíce příjmů nezaměstnaných pacientů v prvních třech měsících: v lednu 14 (27 %), v únoru 9 (18 %) a v březnu 15 nezaměstnaných pacientů (29 %). Další měsíce měly klesající tendenci: duben 6 (12 %), květen 5 (10 %) a půlka června 2 (4 %) hospitalizovaných nezaměstnaných pacientů.

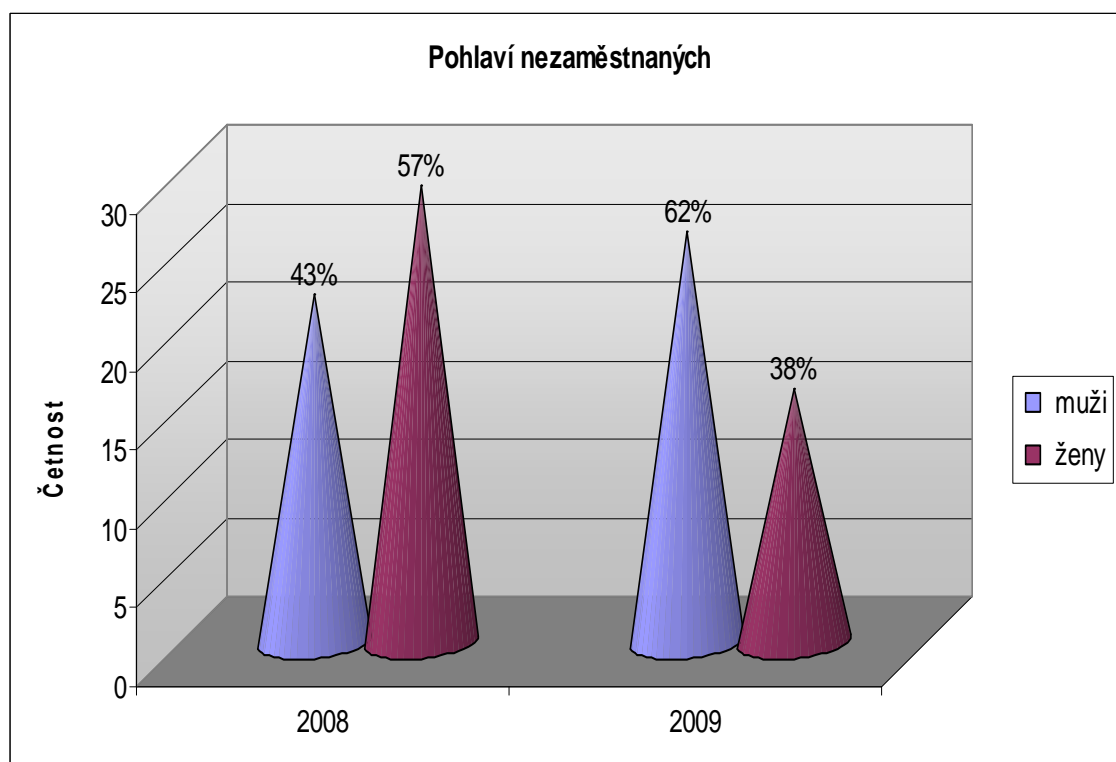
**Graf č. 5: Hospitalizace nezaměstnaných pacientů od 1. 1. 2009 do 15. 6. 2009**



*Zdroj: vlastní výzkum*

V roce 2009, v prvních třech měsících, bylo přijato nejméně nezaměstnaných pacientů: v lednu 2 (5 %), v únoru 1 (2 %) a v březnu 4 nezaměstnaní pacienti (10 %). Další měsíce měly zvyšující se tendenci: nejvíce příjmů nezaměstnaných pacientů bylo v dubnu - 14 (33 %), v květnu 13 (31 %) a do půlky června 8 (19 %) hospitalizovaných nezaměstnaných pacientů.

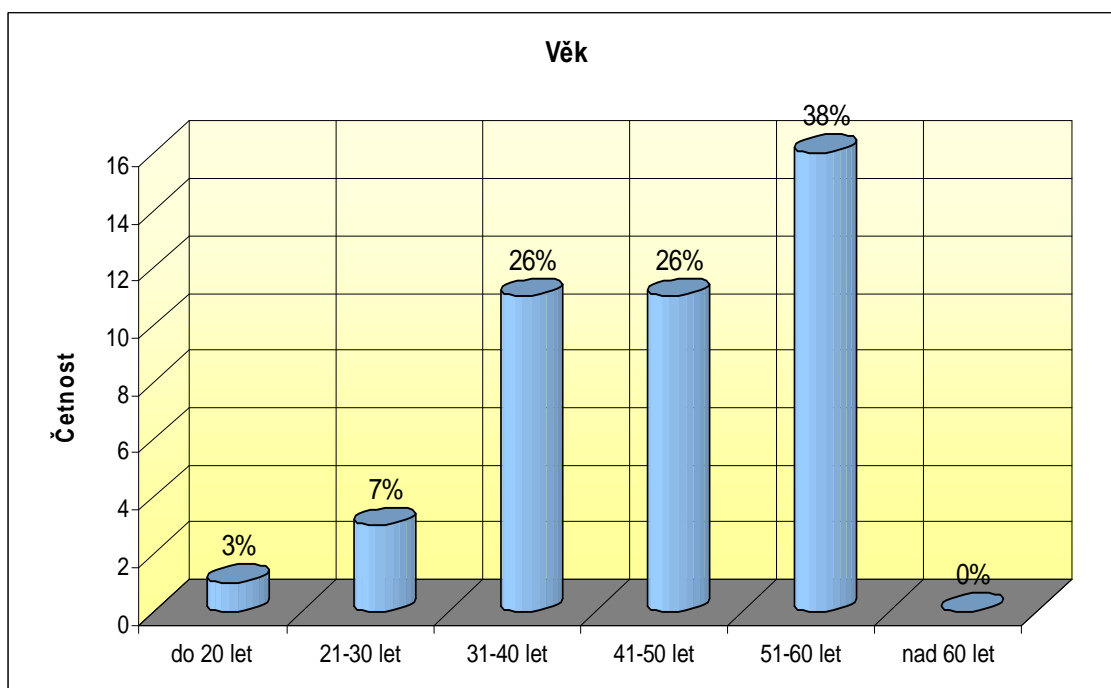
**Graf č. 6: Pohlaví nezaměstnaných pacientů**



*Zdroj: vlastní výzkum*

V roce 2008 v daném období bylo hospitalizováno 29 žen (57 %) a 22 mužů (43 %). V roce 2009 ve stejném období bylo hospitalizováno 16 žen (38 %) a mužů 26 (62 %).

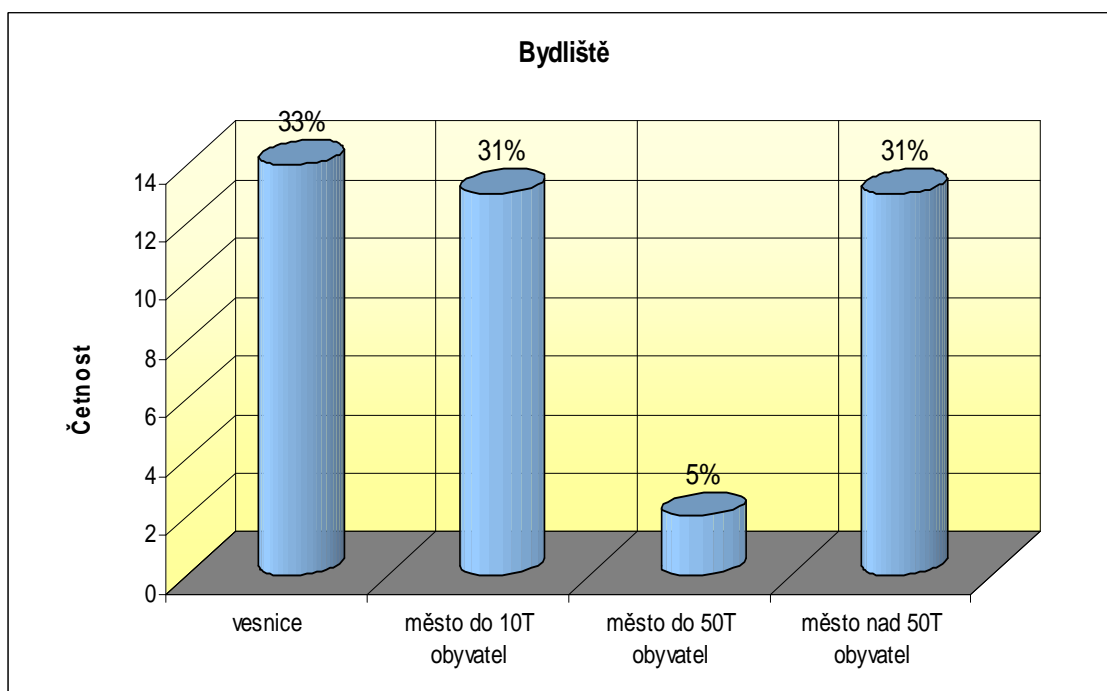
**Graf č. 7: Věk nezaměstnaných pacientů**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Hospitalizace nezaměstnaných dle věku: do 20 let byl přijat 1 pacient (3 %), od 21 – 30 let 3 pacienti (7 %), 31 – 40 let 11 pacientů (26 %), 41 – 50 let taktéž 11 pacientů (26 %), 51 – 60 let 16 pacientů (38 %) a nad 60 let nebyl přijatý na oddělení žádný nezaměstnaný pacient.

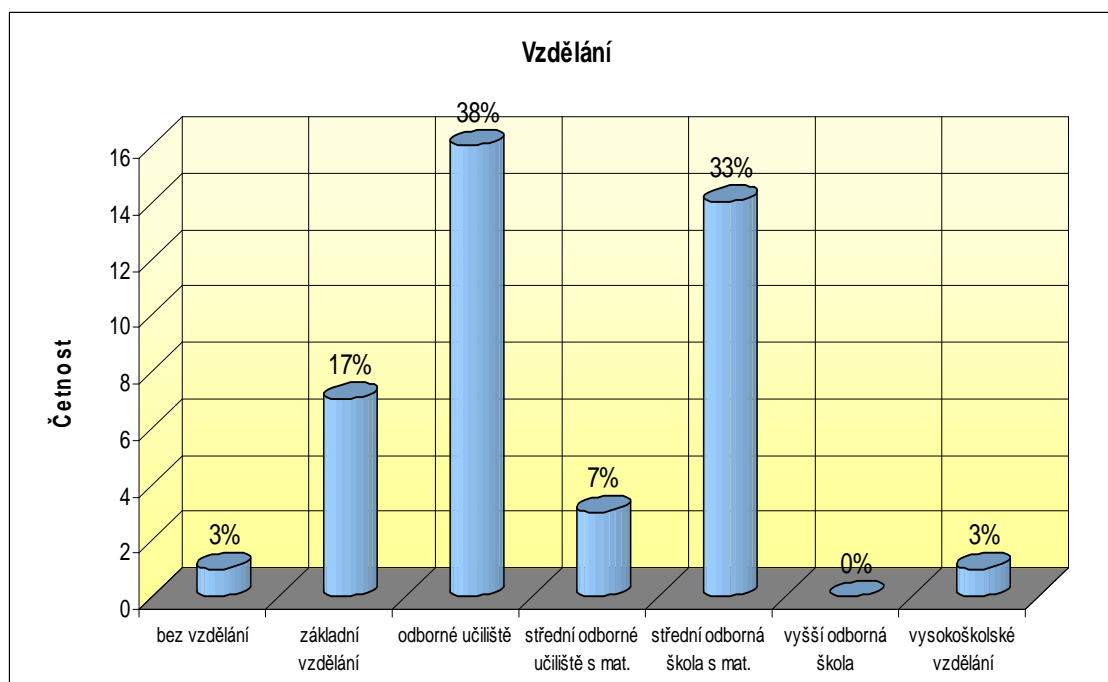
**Graf č. 8: Bydliště nezaměstnaných pacientů**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Nezaměstnaných, kteří žili na vesnici, bylo 14 (33 %), stejný počet pocházel z města do 10 000 obyvatel a nad 50 000 obyvatel – po 13 (31 %), město do 50 000 obyvatel bylo zastoupeno 2 (5 %) nezaměstnanými pacienty.

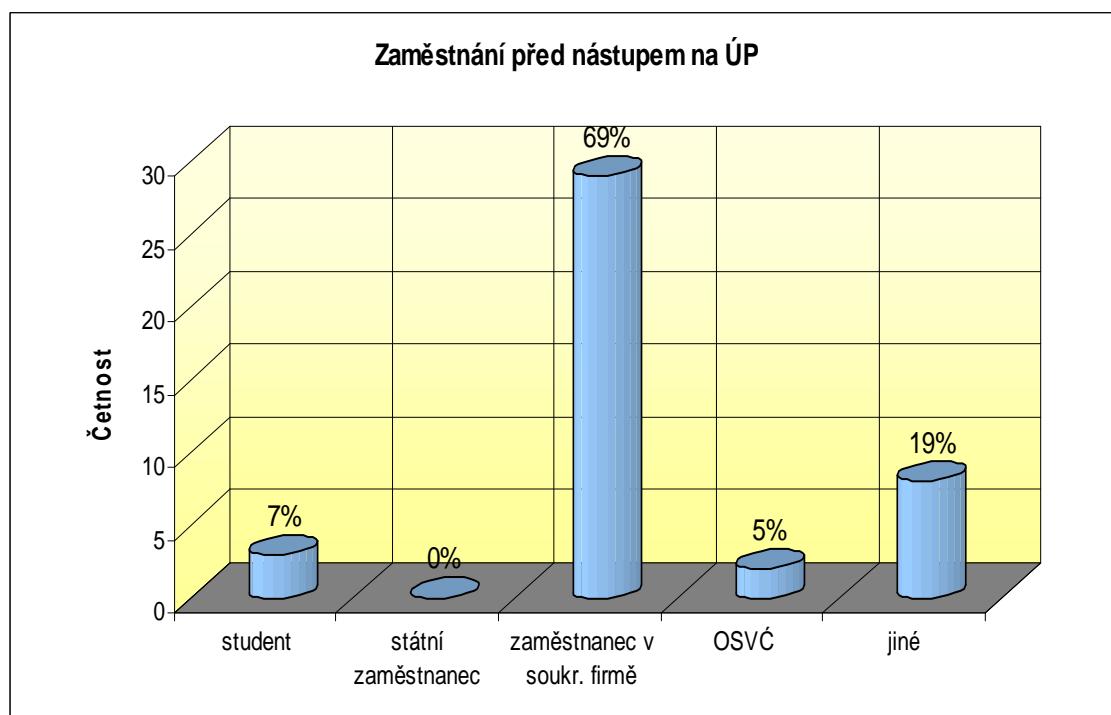
**Graf č. 9: Struktura vzdělání nezaměstnaných pacientů**



*Zdroj: vlastní výzkum*

U hospitalizovaných nezaměstnaných byl bez vzdělání 1 respondent (3 %), se základním vzděláním bylo 7 respondentů (17 %), s odborným učilištěm 16 (38 %), se středním odborným učilištěm s maturitou 3 (7 %), se střední odbornou školou s maturitou 14 (33 %), z vyšší odborné školy nikdo a s vysokoškolským vzděláním 1 (3 %) nezaměstnaný pacient.

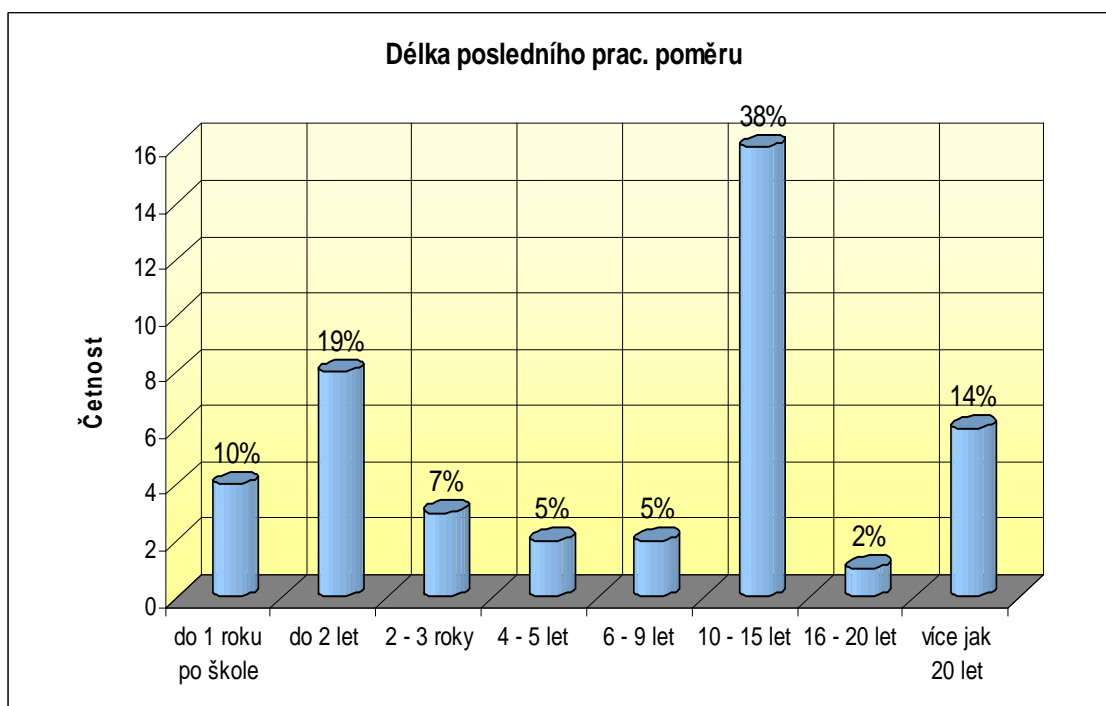
**Graf č. 10: Poslední zaměstnání pacientů před nástupem na ÚP**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Nezaměstnaní, kteří jako poslední zaměstnání před nástupem na ÚP uvedli „student“, byli přijati na chirurgické oddělení v počtu 3 (7 %). Státní zaměstnanec se mezi hospitalizovanými nevyskytoval žádný (0%). Největší skupinu tvořili zaměstnanci v soukromé firmě, 29 (69 %), OSVČ 2 (5 %) a jiné povolání představovalo 8 (19 %) uchazečů o práci evidovaných na úřadu práce.

**Graf č. 11: Délka posledního pracovního poměru nezaměstnaných pacientů**

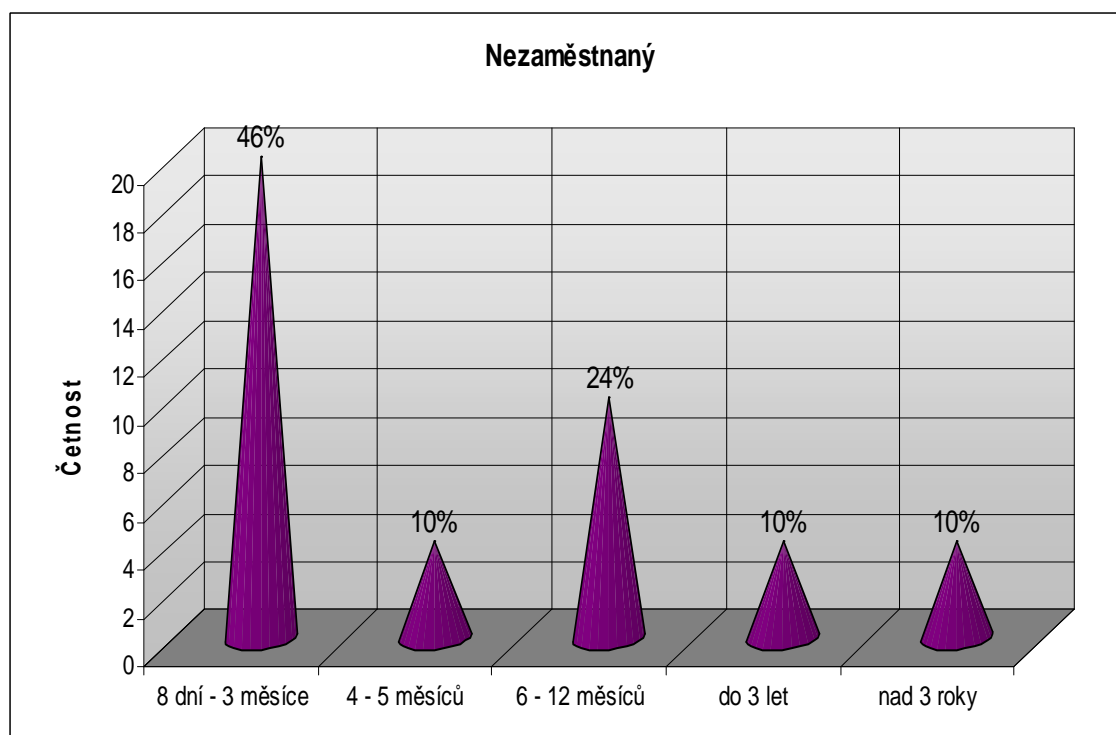


*Zdroj: vlastní výzkum*

Dobu bez práce do 1 roku po škole zastupovali 4 respondenti (10 %), do dvou let 8 respondentů (19 %), 2 – 3 roky 3 respondenti (7 %), 4 – 5 let 2 (5 %), 6 – 9 let rovněž 2 (5 %), 10 – 15 let (nejpočetnější skupina) 16 respondentů (38 %), 16 – 20 let 1 (2 %) a ze skupiny, která pracovala více než 20 let u jednoho zaměstnavatele, bylo 6 respondentů (14 %).



**Graf č. 12: Délka nezaměstnanosti pacientů (k otázce č. 8)**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Největší skupinu z dotazovaných, 20, tj. 46 %, tvořili nezaměstnaní 8 dní až 3 měsíce, 4 až 5 měsíců pak 4 nezaměstnaní (10 %), 6 až 12 měsíců 10 osob (24 %), do 3 let a nad 3 roky po 4 nezaměstnaných pacientech (10 %).

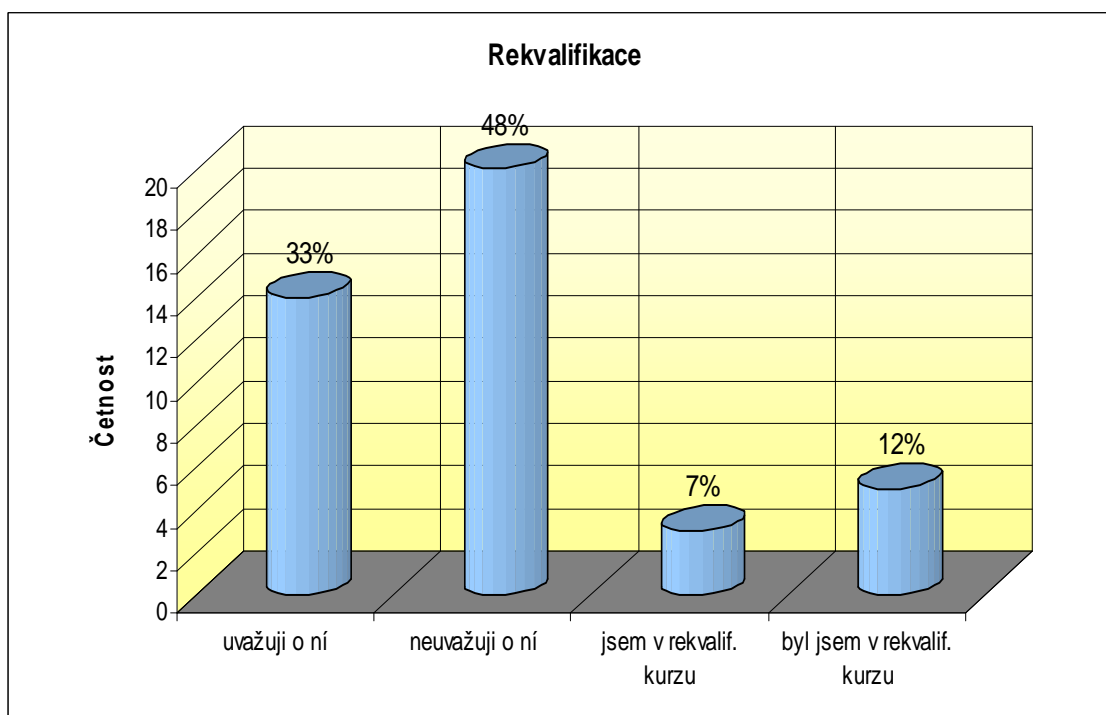
**Graf č. 13: Podpora u nezaměstnaných pacientů**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Pobírání podpory v nezaměstnanosti udávalo 23 pacientů (55 %), 19 nezaměstnaných pacientů (45 %) už nárok na podporu nemělo.

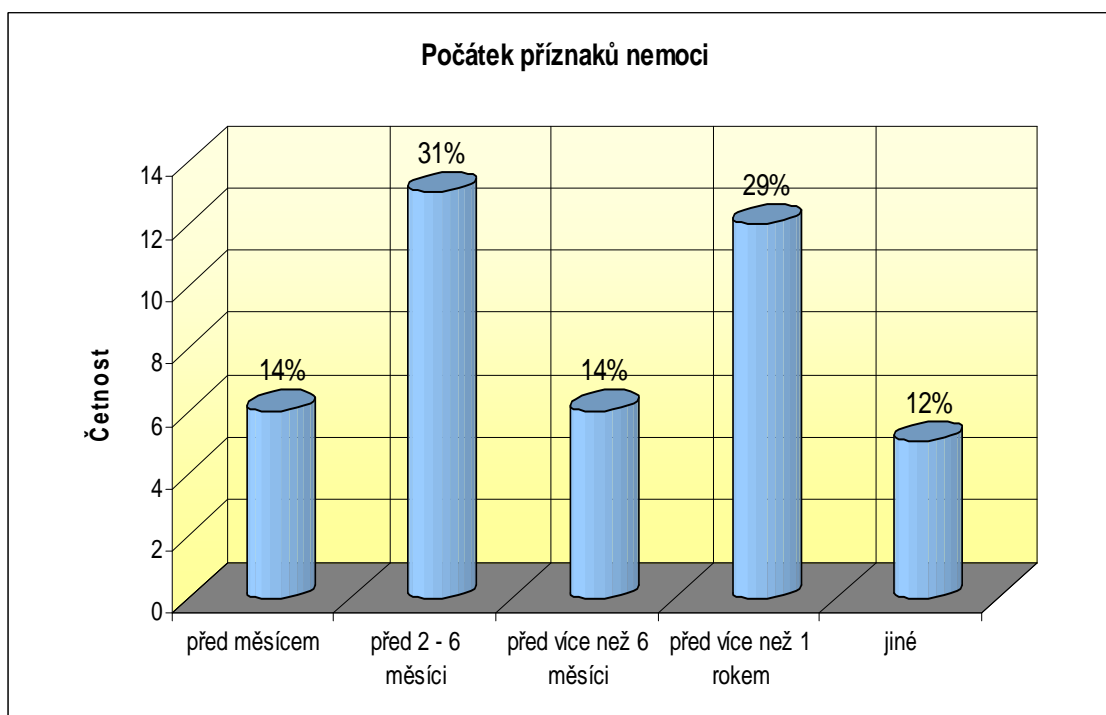
**Graf č. 14: Využití rekvalifikace u nezaměstnaných pacientů**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Na otázku v dotazníku, zda uvažují nezaměstnaní o rekvalifikaci, ano odpovědělo 14 respondentů (33 %), ne 20 respondentů (48 %), 5 respondentů (12 %) absolvovalo rekvalifikační kurz a 3 uchazeči (7 %) rekvalifikační kurz již absolvují.

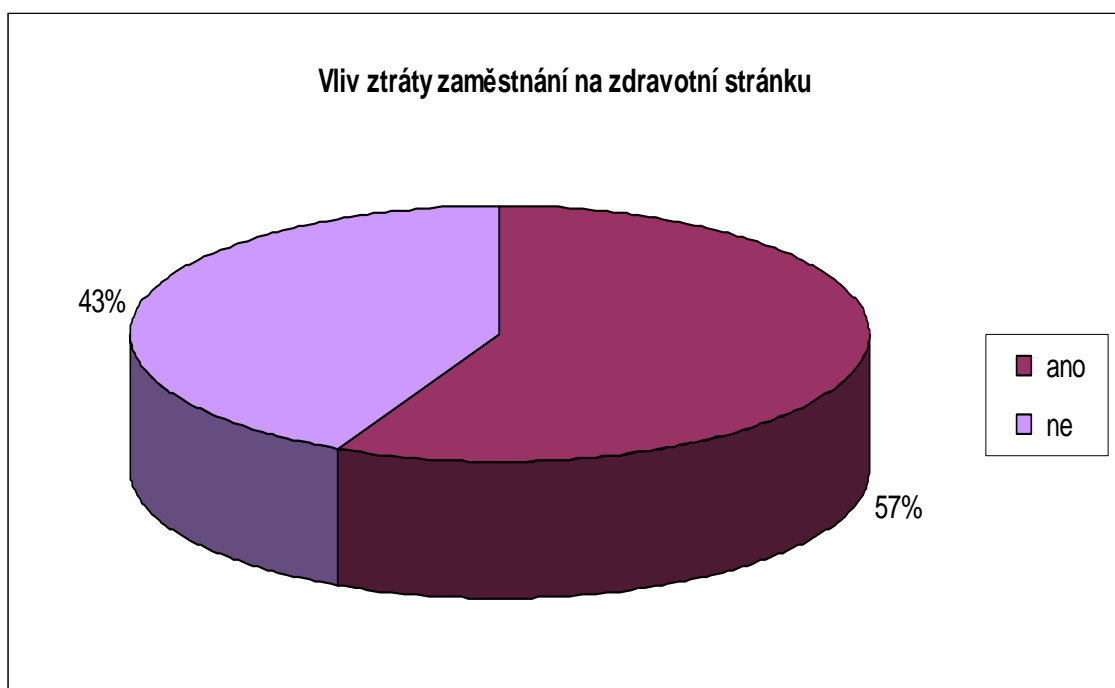
**Graf č. 15: Počátek příznaků nemoci u nezaměstnaných pacientů**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Počátek příznaků před měsícem zaznamenalo 6 respondentů (14 %), před dvěma až šesti měsíci 13 (31 %), před více než šesti měsíci 6 (14 %), před více než jedním rokem 12 (29 %) a kolonku „jiné“ v dotazníku vyplnilo 5 respondentů (12 %).

**Graf č. 16: Vliv ztráty zaměstnání na zdravotní stránku**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Zdravotní stránku ovlivnila ztráta zaměstnání u 19 respondentů (45 %). 23 respondentů (55 %) si myslí, že ztráta zaměstnání na jejich zdraví neměla vliv.

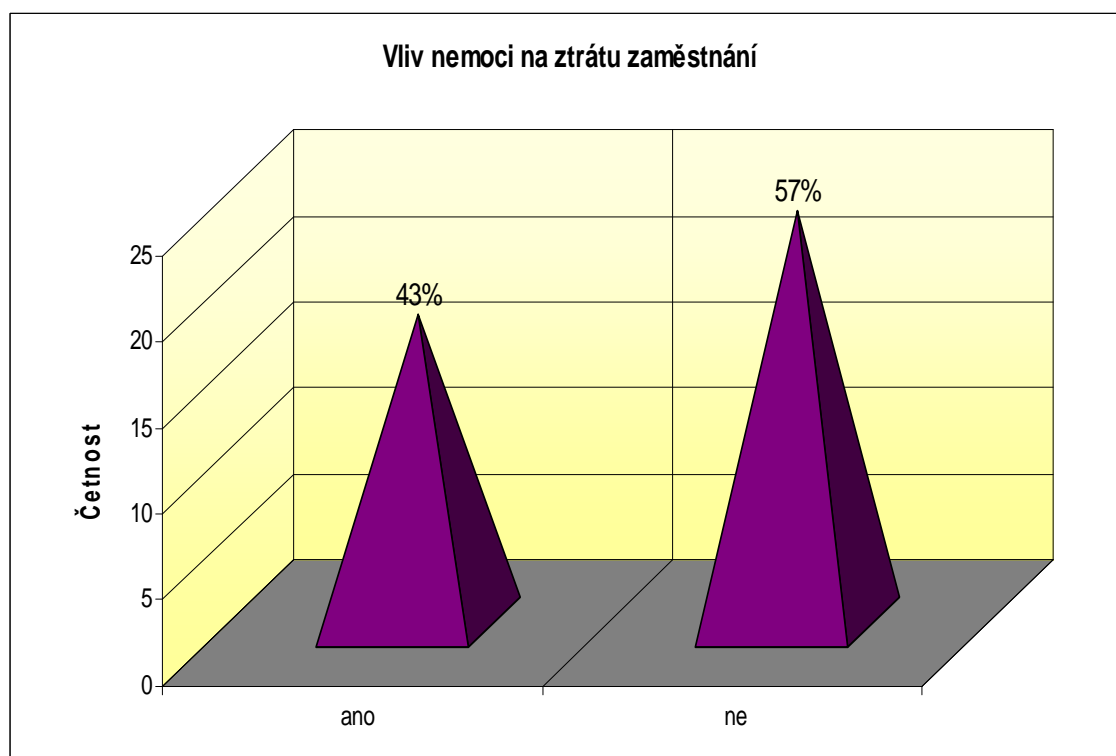
**Graf č. 17: Počátek zdravotních problémů v závislosti na ztrátě zaměstnání**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Zdravotní problémy se objevili už před ztrátou zaměstnání u 19 respondentů (45 %). U 10 respondentů (24 %) se zdravotní problémy objevili až po ztrátě zaměstnání a 13 respondentů (31 %) udalo, že zdravotní problémy se ztrátou zaměstnání nesouvisejí.

**Graf č. 18: Vliv nemoci na ztrátu zaměstnání u nezaměstnaných pacientů**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Zaměstnání ztratilo vzhledem k nemoci 18 respondentů (43 %), u 24 respondentů (57 %) nemoc na ztrátu zaměstnání neměla vliv.

**Graf č. 19: Odklad operace z obavy ze ztráty zaměstnání u nezaměstnaných pacientů**

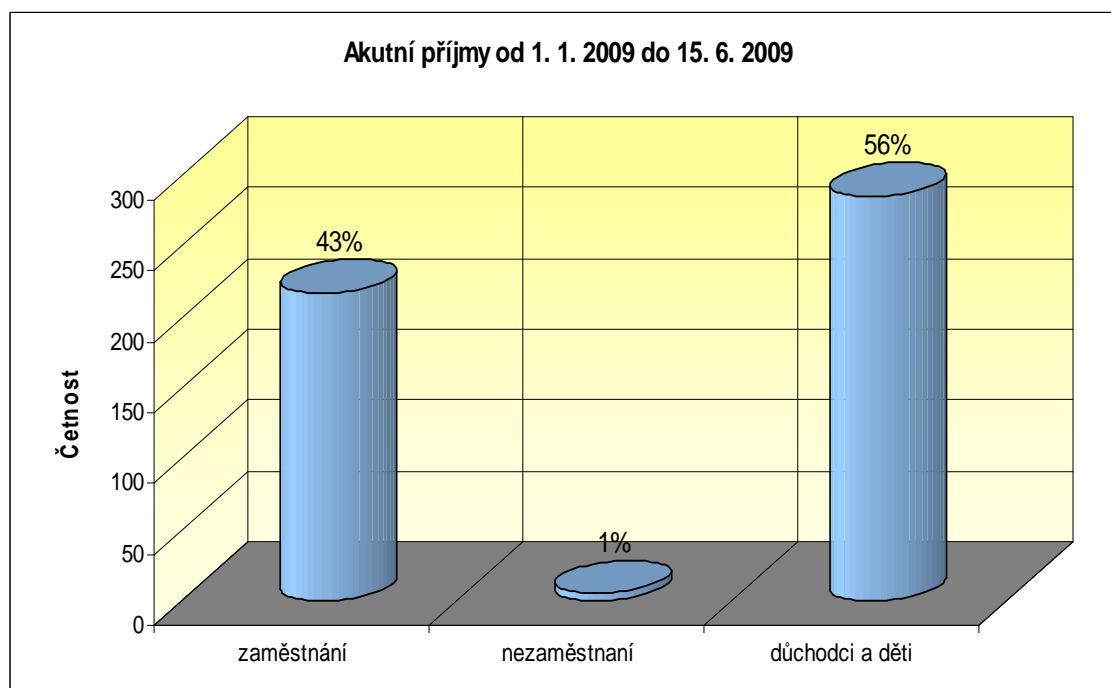


*Zdroj: vlastní výzkum*

Z grafu je patrné, že větší část nezaměstnaných, 23 pacientů (55 %), operaci odkládala z obavy ze ztráty zaměstnání, 19 pacientů (45 %) tuto obavu nesdílela.



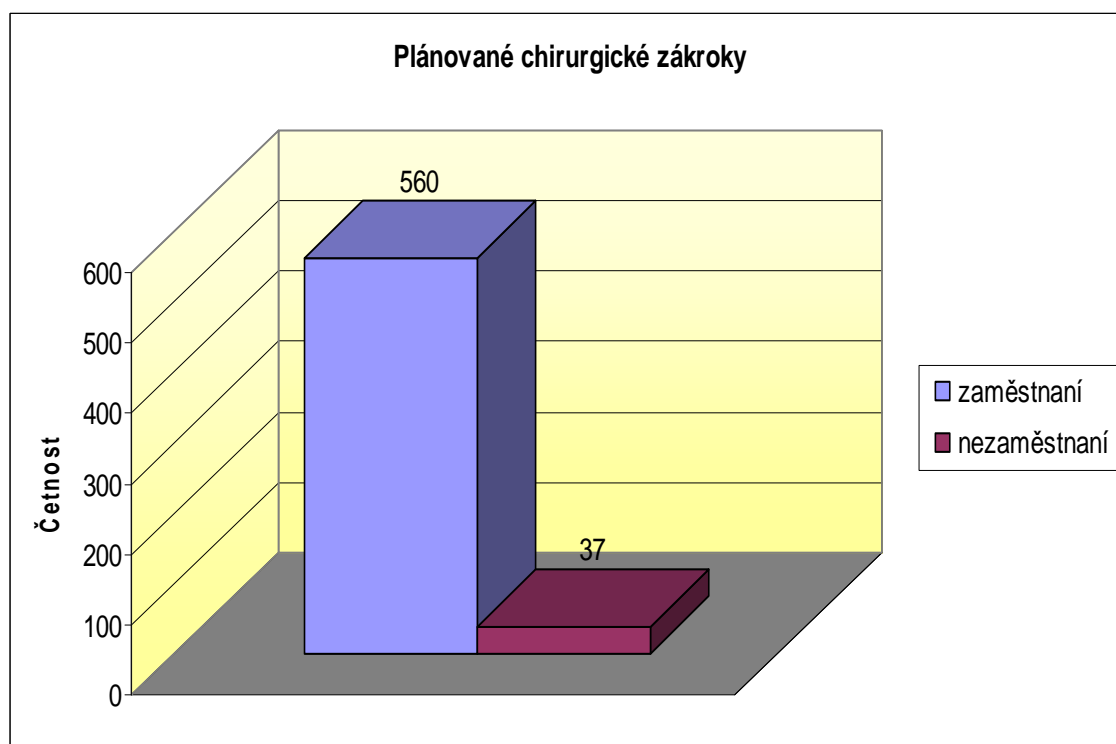
**Graf č. 20: Akutní příjmy od 1. 1. 2009 do 15. 6. 2009 u všech kategorií**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Akutně přijatých zaměstnaných pacientů bylo 217 (43 %), nezaměstnaných registrovaných na ÚP 5 pacientů (1 %), důchodců a dětí bylo 285 (56 %).

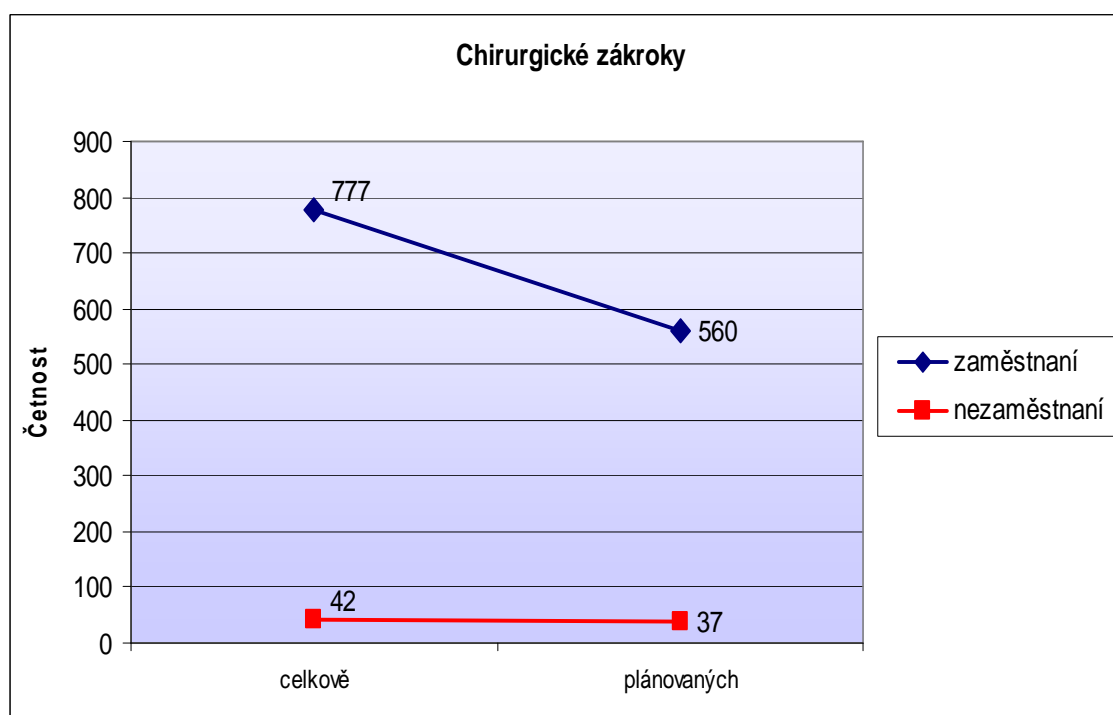
**Graf č. 21: Plánované chirurgické zákroky všech pacientů**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Z celkového počtu 42 respondentů, který představuje 100 % nezaměstnaných, k elektivním výkonům bylo objednáno 37 z nich (88 %).

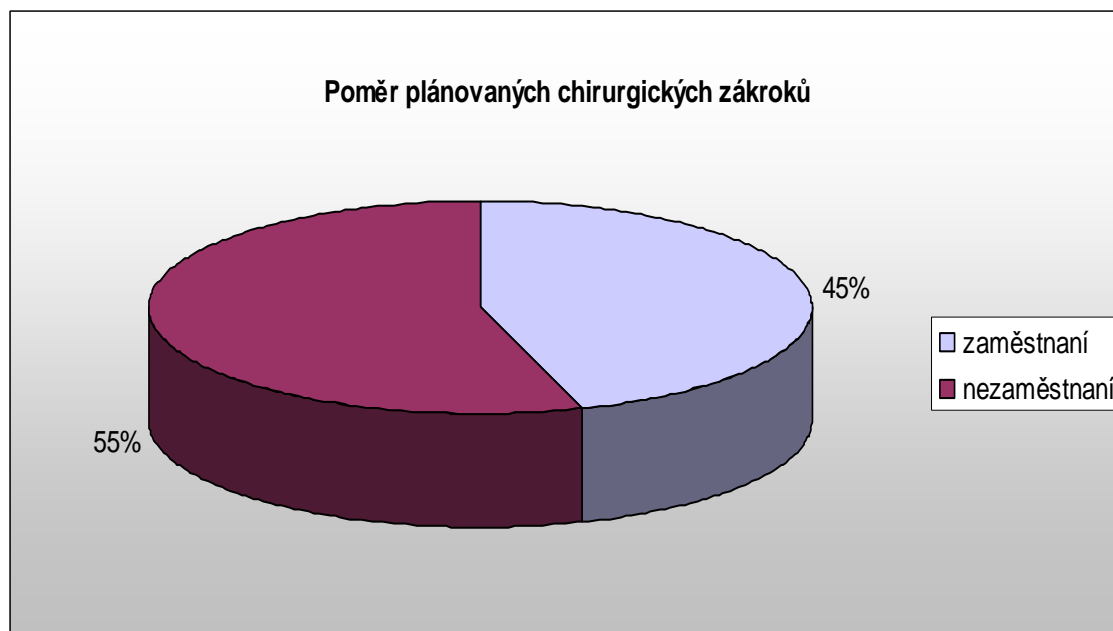
**Graf č. 22: Plánované chirurgické zákroky z celkového počtu operací**



Zdroj: vlastní výzkum

Celkově bylo přijato na chirurgické oddělení za dané období 777 zaměstnaných pacientů, z toho k elektivním výkonům 560 (72 %). Z celkového počtu 42 nezaměstnaných pacientů bylo přijato k elektivním výkonům 37 nezaměstnaných pacientů (88 %).

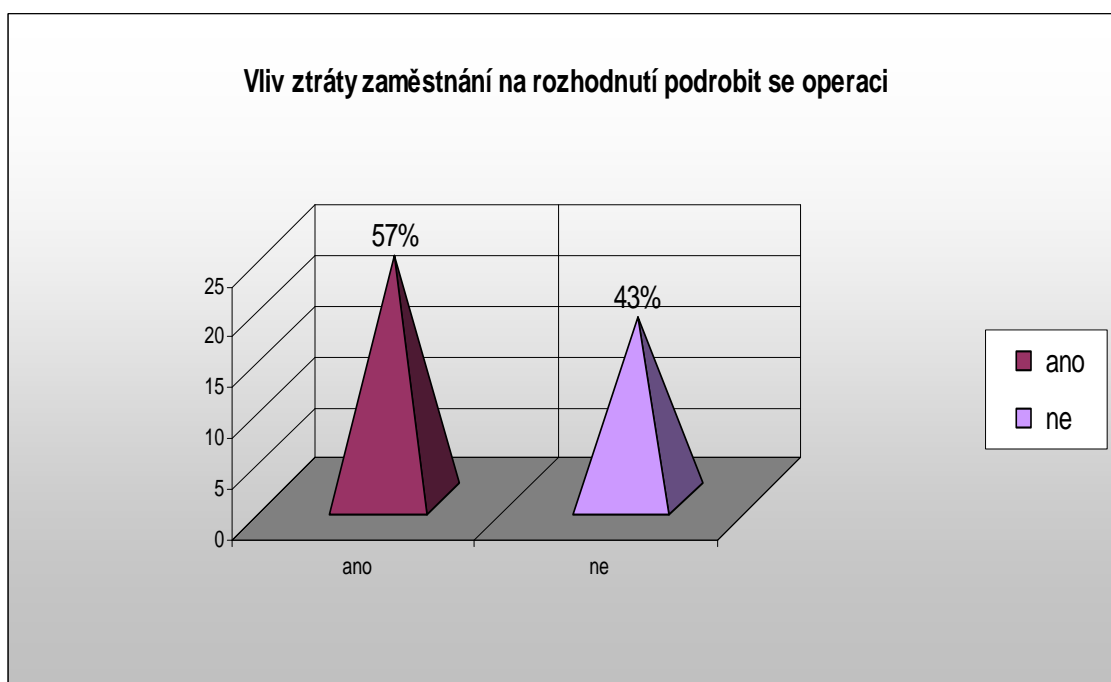
**Graf č. 23: Poměr plánovaných operací u zaměstnaných a nezaměstnaných pacientů**



*Zdroj: vlastní výzkum*

V poměru mezi zaměstnanými a nezaměstnanými pacienty k celkovému počtu přijatých pacientů na chirurgickém oddělení u plánovaných chirurgických zákroků bylo 55 % nezaměstnaných pacientů a jen 45 % zaměstnaných pacientů.

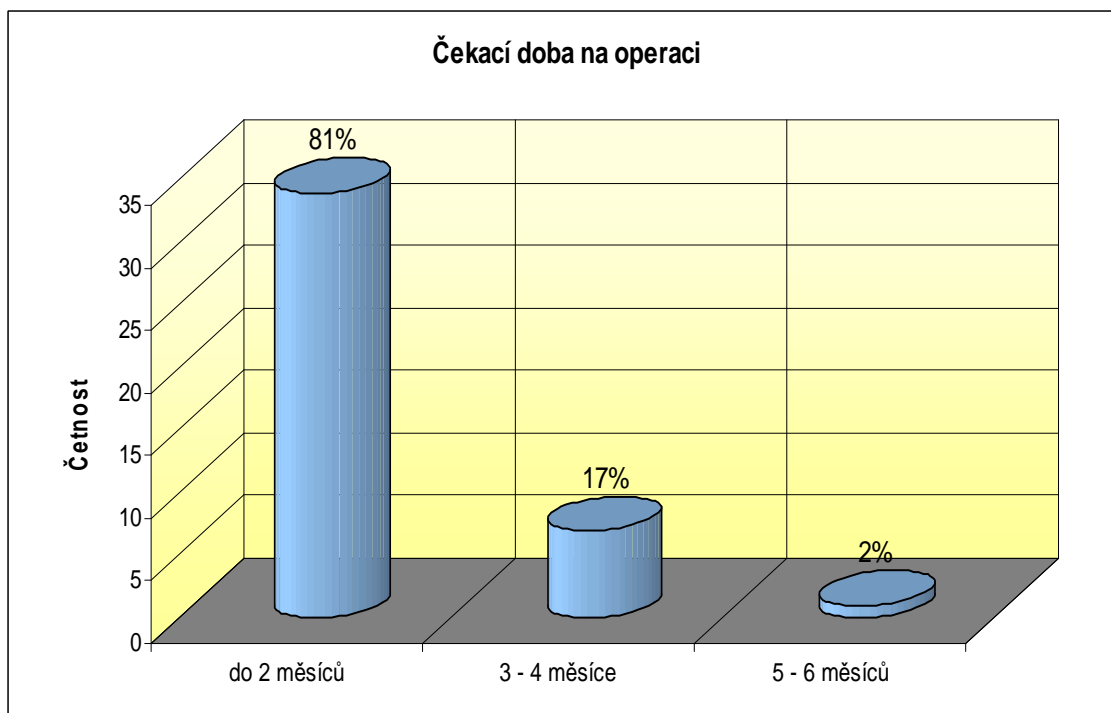
**Graf č. 24: Vliv ztráty zaměstnání na rozhodnutí podrobit se operaci**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Ztráta zaměstnání ovlivnila rozhodnutí podrobit se operačnímu zákroku u 24 respondentů (57 %), u 18 (43 %) ztráta zaměstnání nehrála při rozhodování roli.

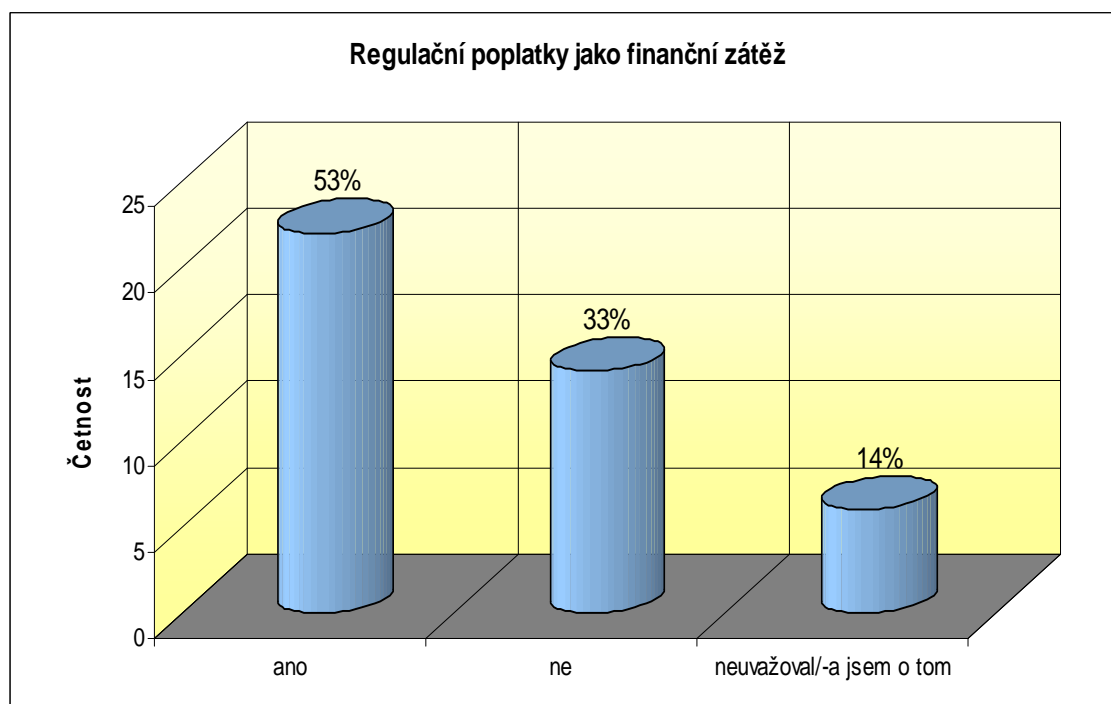
**Graf č. 25: Čekací doba na operaci u nezaměstnaných pacientů**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Nejčastější čekací doba představovala u 34 pacientů (81 %) období do 2 měsíců, 7 pacientů (17 %) čekalo na operaci 3 až 4 měsíce a 1 pacient (2 %) udával čekací dobu mezi 5 až 6 měsíci.

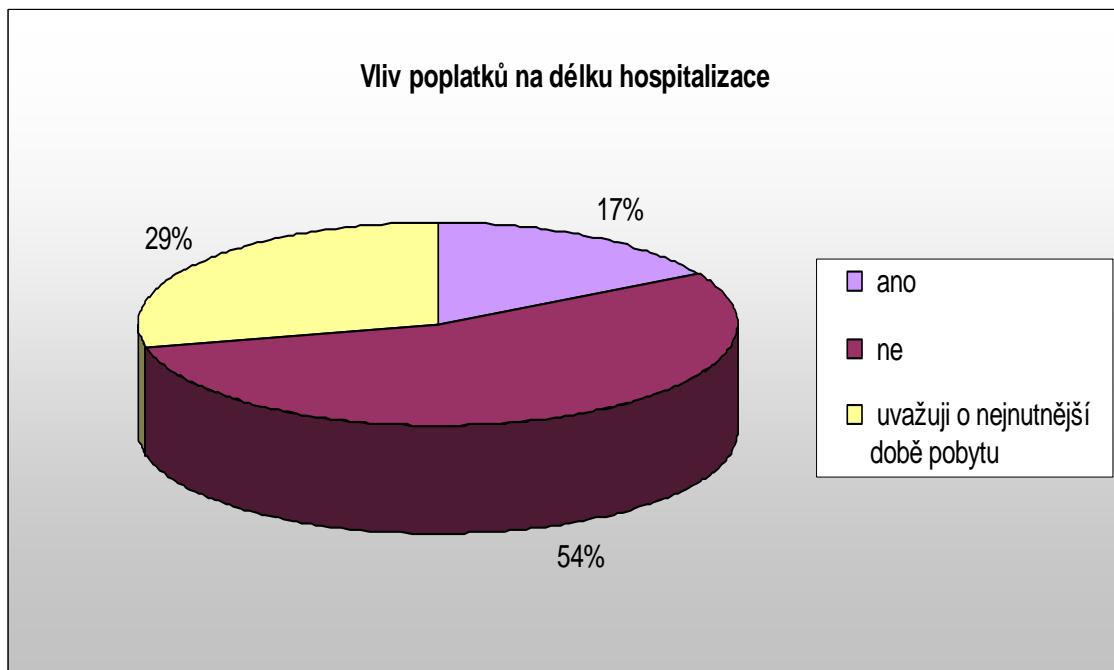
**Graf č. 26: Regulační poplatky jako finanční zátěž u nezaměstnaných pacientů**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Platba regulačních poplatků představovala pro 22 pacientů (53 %) finanční zátěž, 14 pacientů (33 %) odpovědělo ne a 6 pacientů (14 %) o této otázce neuvažovalo.

**Graf č. 27: Vliv regulačních poplatků na délku hospitalizace u nezaměstnaných pacientů**

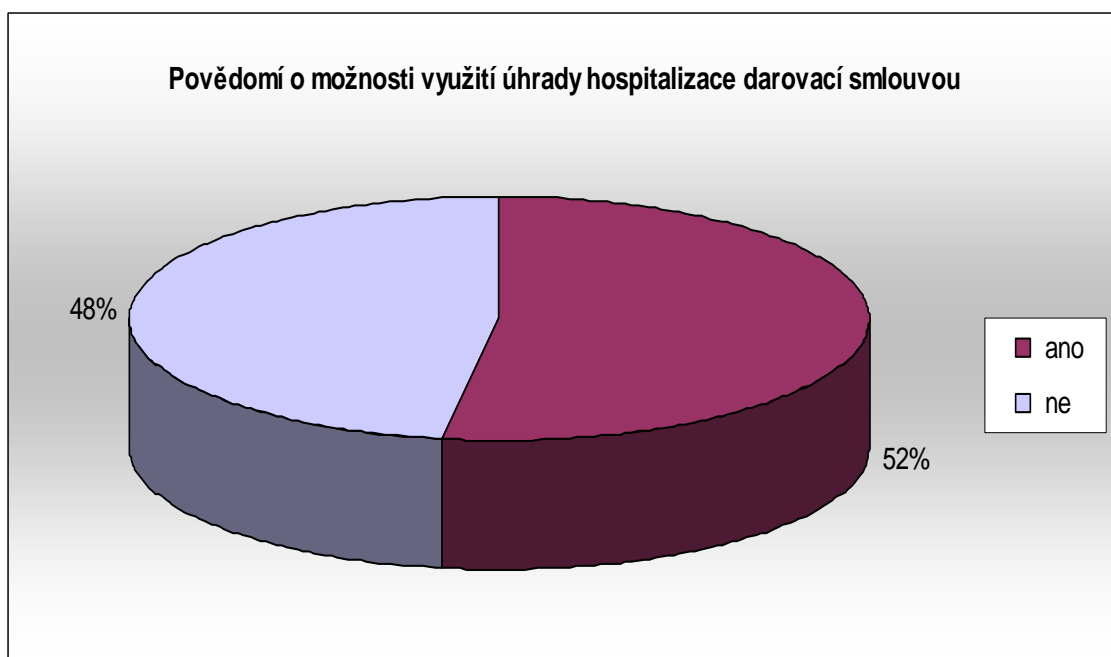


*Zdroj: vlastní výzkum*

Délku hospitalizace poplatky ovlivnily u 7 pacientů (17 %), u 23 pacientů (55 %) délku hospitalizace poplatky neovlivnily. O nejnutnější době pobytu v nemocnici uvažovalo 12 pacientů (29 %).



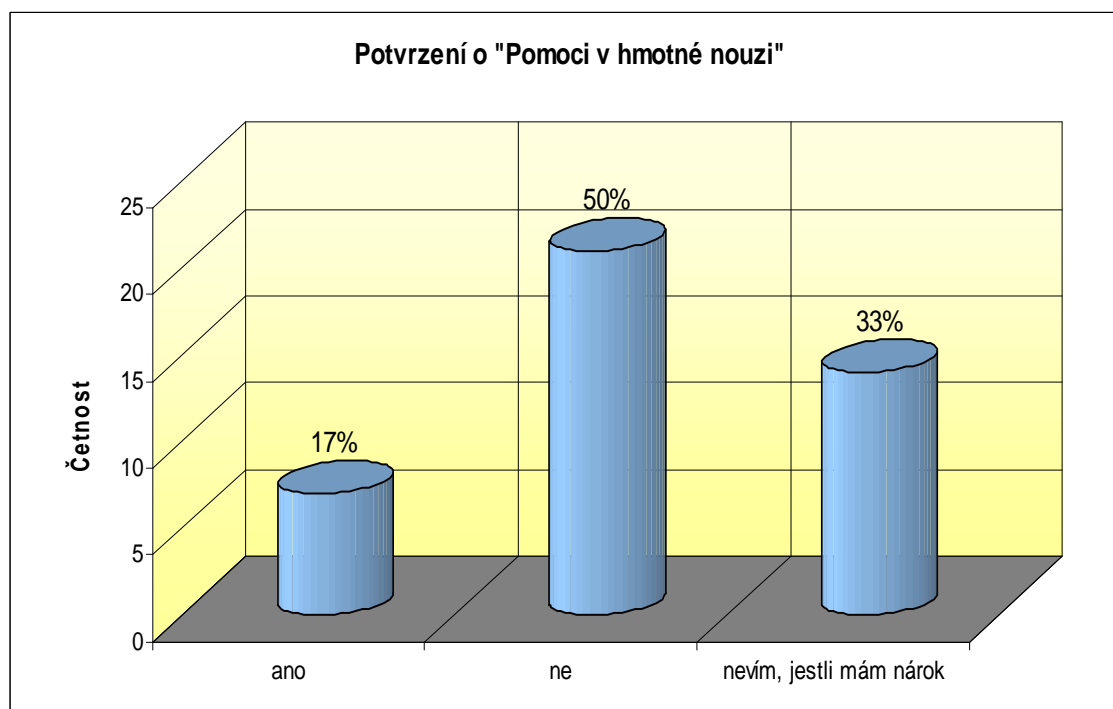
**Graf č. 28: Povědomí o možnosti využít k úhradě hospitalizace darovací smlouvou**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Hrazení pobytu v nemocnici darovací smlouvou mělo v úmyslu využít 22 pacientů (52 %) a 20 pacientů (48 %) o této možnosti nevědělo.

**Graf č. 29: Potvrzení o „Pomoci v hmotné nouzi“ u nezaměstnaných pacientů**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Potvrzení o pomoci v hmotné nouzi vlastnilo 7 pacientů (17 %), nemělo 21 pacientů (50 %) a 14 pacientů (33 %) nevědělo, jestli má na potvrzení nárok.

## 5. DISKUZE

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na skupinu pacientů se statutem „nezaměstnaní“, kteří jsou přijímáni na chirurgické oddělení Nemocnice v Českých Budějovicích k řešení zdravotních problémů operativním výkonem. Zjišťovala jsem, zda situace, kdy ztratí práci, ovlivní jejich rozhodnutí podrobit se operačnímu výkonu, ve které fázi registrace se nezaměstnaní operativnímu výkonu nejčastěji podrobují (doba trvání registrace respondenta na úřadu práce - registrace dlouhodobá či krátkodobá) a zda se jedná o operační výkon elektivní (plánovaný), či akutní (neplánovaný). Taktéž jsem se ve své práci věnovala platbě registračních poplatků za hospitalizaci a jejich vlivu na délku pobytu respondenta v nemocnici. Vzhledem k tomu, že tato oblast je neprozkoumaná, vycházím z písemných zdrojů chirurgického oddělení, zdrojů nemocnice a vlastního výzkumu.

Dříve než jsem zažádala o vlastní téma pro diplomovou práci, údaje, které jsem považovala za důležité pro samotnou práci, jsem v období od 1. 1. 2008 do 31. 3. 2008 zjišťovala v pilotní studii. Některé údaje z roku 2008 byly při psaní vlastní diplomové práce použité pro srovnání s nynějším stavem a doplněny z archivu chirurgie v průběhu psaní této práce.

Celkový počet pacientů, kteří byli hospitalizováni na chirurgickém oddělení ve stejném časovém období od 1. 1. do 15. 6. roku 2008 a 2009, byl téměř shodný (po 50 %). V roce 2008 bylo hospitalizováno 1 831 pacientů a za rok 2009 ve stejném časovém období bylo přijato na chirurgii 1 838 pacientů (viz graf č. 1). Nezaměstnaných za zmiňované období v roce 2008 bylo přijato 51, v roce 2009 to bylo o devět pacientů méně oproti předchozímu roku, tedy 42 pacientů. Tyto počty představují stoprocentní záchyt pacientů hospitalizovaných na chirurgickém oddělení (viz graf č. 2).

V grafu č. 3 jsem znázornila za období roku 2009 (1. 1. až 15. 6.) plánované a neplánované příjmy všech pacientů na chirurgické oddělení. Z 1 838 pacientů jich 1 331 (72 %) představovalo plánované a 507 pacientů (28 %) neplánované příjmy (46).

Jedním ze zajímavých údajů je samotný počet respondentů, kteří byli v průběhu prvních tří měsíců hospitalizováni na výše uvedeném pracovišti. V pilotní studii z roku 2008, ve které jsem se zaměřila na zjištění počtů nezaměstnaných přicházejících na chirurgické oddělení, počet nezaměstnaných v lednu tvořil 14 pacientů (27 %), v únoru 9 pacientů (18 %) a v březnu 15 pacientů (29 %) - viz graf č. 4. Oproti tomu v roce 2009 byli na chirurgické oddělení v lednu přijati pouze 2 nezaměstnaní pacienti (5 %), v únoru 1 (2 %) a v březnu 4 nezaměstnaní pacienti (10 %) - viz graf č. 5. Proto jsem období monitorování z původních čtyř měsíců prodloužila do poloviny června a z dat vedených na oddělení jsem dopočítala počty nezaměstnaných i za rok 2008 do 15. 6., abych získala relevantní údaje. Data o počtech nezaměstnaných za jednotlivé měsíce roku 2008 jsem zpracovala v grafu č. 4. a data z roku 2009 v grafu č. 5. Osobně si vysvětluji tyto rozdíly legislativními změnami, které oba roky doprovázely: jednak novelizací zákona č. 48/1997 Sb. o regulačních poplatcích ve zdravotnických zařízeních dle paragrafu 16a o poskytování hrazené péče, který vstoupil v platnost 1. ledna 2008, (34) jednak další novelizací v roce 2009 s účinností od 1. 2. 2009 s možností využít k úhradě zdravotnických služeb, včetně pobytu v nemocnici, daru, který poskytuje Jihočeský kraj na základě darovací smlouvy,(40) uzavřené mezi Jihočeským krajem a Nemocnicí v Českých Budějovicích, a. s., jak je uvedeno již dříve v textu diplomové práce.(38) Uzavřená smlouva je platná dodnes. Vzhledem k aktuálnosti tématu a krátké časové dimenzi trvání nových zákonů jsem se dosud nesešla s žádným výzkumem či prací, která by se tímto námětem zabývala. Vycházím pouze ze znalosti objednacích dob pacientů na chirurgickém oddělení a z osobních rozhovorů s pacienty. Výsledky prvních tří měsíců v roce 2008 odpovídaly objednaným pacientům ještě z roku 2007 nebo začátku roku 2008. Regulační poplatky představovaly pro hospitalizované nový prvek ve zdravotnictví, který ještě nevešel do všeobecného povědomí pacientů. Rok 2009 byl oproti tomu ovlivněn politickými změnami a avizováním rušení poplatků z úst politiků. Domnívám se, že tento vývoj na naší politické scéně mohl rozhodnutí o hospitalizaci ovlivnit ve smyslu vyčkávání ze strany nemocných. Znovu chci zdůraznit, že tyto úvahy jsou založené na dedukci situace a nejsou podloženy písemnými podklady.

Samotný dotazník pro respondenty jsem koncipovala do dvou rovin. První část otázek mi sloužila k získání všeobecného přehledu o nezaměstnaných pacientech hospitalizovaných na chirurgii, včetně věku, demografických údajů i získání údajů souvisejících s jejich nezaměstnaností. Druhou část jsem směřovala k získání informací týkajících se jejich zdravotního stavu, přístupu k léčbě a hledání souvislostí mezi nezaměstnaností a jejím vlivem na rozhodování o podstoupení plánovaného operačního zákroku (viz příloha 3). I když současná moderní medicína není limitovaná věkem pacienta a umožňuje provádět operační výkony v každé věkové skupině, tzn. od narození až do pozdního stáří, v mém centru zájmu byla věková skupina, která je práceschopná, ale v době hospitalizace bez zaměstnání, evidovaná na úřadu práce, a která přichází na chirurgické oddělení k elektivním chirurgickým výkonům.

Zda mezi hospitalizovanými nezaměstnanými osobami hraje roli pohlaví, jsem zjišťovala hned v první otázce dotazníku (viz graf č. 6). Rok 2009 jsem srovnávala s daty z roku 2008. Výsledky neprokázaly vliv pohlaví na nemocnost či nutnost operace respondentů.

Jaká věková skupina nezaměstnaných byla nejčastěji zastoupená u nezaměstnaných pacientů, jsem zjišťovala otázkou číslo sedm.. Věk jsem rozdělila dle věkových skupin, které mohou být pracovně aktivní. Věkovou skupinu do 20 let tvořil pouze 1 respondent (2 %), 21 až 30 let 3 respondenti (7 %), 31 až 40 let a 41 až 50 let shodně tvořilo 26 % pacientů (tj. po 11 respondentech). Nejpočetnější skupina s 16 respondenty (38 % nezaměstnaných) spadá do věkového rozmezí 51 až 60 let. Tato věková skupina patří mezi skupinu ohroženou nejčastěji nezaměstnaností.(51) Nad 60 let nebyl hospitalizovaný žádný respondent (viz graf č. 7). Domnívám se, že věková skupina nad 60 let využívá při ztrátě zaměstnání možnost odchodu do předčasného důchodu.

Z grafu č. 8 je patrné, že bydliště nehraje při hospitalizaci žádnou významnou roli. Zastoupení nezaměstnaných pacientů je skoro stejné ať žijí na vesnici či ve městě. Bydliště na vesnici uvádělo 14 osob (33 %), 13 osob (31 %) bydlí ve městě do 10 000

obyvatel a stejný počet 13 (31 %) ve městě do 50 000 tisíc obyvatel. Dva respondenti (5 %) pocházeli z města nad 50 000 obyvatel.

Na rozdíl od bydliště je vzdělání oblast, ve které se i zde potvrdily dřívější výzkumy a poznatky známé z literatury, a to že výše vzdělání má vliv na získání či udržení si pracovního místa.(17) Největší zastoupení nezaměstnaných pacientů (16), bylo totiž u absolventů odborných učilišť (38 %). Druhou skupinu s počtem 14 respondentů (33 %) představovali absolventi odborných škol s maturitou, následovalo 7 respondentů se základním vzděláním (17 %), 1 bez vzdělání (2 %) a 3 absolventi (7 %) středních odborných učilišť. S vyšším odborným vzděláním nebyl hospitalizovaný žádný nezaměstnaný a s vysokoškolským vzděláním byla zastoupená pouze 1 pacientka (2 %), která do dotazníku dopsala i své poslední zaměstnání. Jednalo se o učitelku, která byla propuštěna z důvodu sloučení škol (graf č. 9).

Na otázku číslo 5 z dotazníku, jaké bylo poslední zaměstnání respondenta před nástupem na úřad práce, 29 dotazovaných (69 %) uvedlo, že před propuštěním z práce pracovali jako zaměstnanci v soukromé firmě. Tři dotazovaní (7 %) byli studenti, 2 (5 %) pracovali jako OSVČ a 8 pacientů (19 %) označilo kolonku jiné. Skoro všichni posledního zaměstnavatele z vlastní iniciativy upřesňovali: vesměs se jednalo o družstva, akciové společnosti ve strojírenském a automobilovém odvětví. Mezi pacienty z řad státních zaměstnanců nefiguroval žádný nezaměstnaný (viz graf č.10).

Délka posledního pracovního poměru před propuštěním z práce činila nejčastěji 10 až 15 let u jednoho zaměstnavatele, a to u 16 pacientů (38 %). Druhou nejvíce ohroženou skupinou byli pacienti, jejichž pracovní poměr v posledním zaměstnání do dne propuštění trval do dvou let od nástupu do zaměstnání. Skupina byla zastoupená 8 nezaměstnanými pacienty, což představuje 19 % respondentů. Třetí skupinu se 6 nezaměstnanými (14 %) představovali pacienti se zaměstnáním delším než 20 let. Pacient, který byl zaměstnán v posledním zaměstnání více než 16 - 20 let byl 1 (2 %). V dotazníku poznamenal, že u jednoho zaměstnavatele odpracoval 45 let. Do 1 roku po škole byli nezaměstnaní 4 pacienti (10 %), po 2 – 3 letech 3 (7 %), po 4 – 5 a 6 – 9 letech 2 nezaměstnaní pacienti (5 %) - graf č. 11.

K potvrzení či vyvrácení hypotézy, ve které předpokládám, že osoby krátkodobě evidované na úřadu práce se více podrobují plánovaným operačním výkonům než osoby evidované tam dlouhodobě, byly pro mne důležité odpovědi získané z otázky č. 7. V ní respondenti odpovídali, jak dlouho jsou bez zaměstnání. Literatura uvádí, že o dlouhodobé nezaměstnanosti hovoříme tehdy, pokud nezaměstnaný jedinec nepracuje déle než jeden rok. (5). Ve studijních skriptech jsem se blíže seznámila s fázemi prožívání statusu nezaměstnaného. Autor cyklu klade důraz hlavně na první měsíce po ztrátě zaměstnání. Zdůrazněná je zde aktivita nezaměstnaných a optimismus, se kterým v této fázi disponují. Období je charakteristické tím, že u nezaměstnaných dochází ke snaze řešit věci, na které dříve nezbyl čas, nebo z obavy o ztrátu zaměstnání jejich řešení odkládali. První fáze trvá přibližně tři měsíce a pracovníci úřadu práce v této fázi rádi s nezaměstnanými pracují, protože nezaměstnaní jsou vstřícní a aktivní (24). Získané informace tohoto druhu mne vedly k formulování první hypotézy, že *osoby krátkodobě evidované na úřadu práce se více podrobují plánovaným operačním výkonům než osoby dlouhodobě evidované na úřadu práce*. Otázku č. 8 (graf č. 12), jak dlouho je respondent nezaměstnaný, jsem strukturovala do několika etap. Délku nezaměstnanosti v rozmezí 8 dní až 3 měsíců uvedl největší počet respondentů - 20 (46 %). Další skupina 10 osob (24 % nezaměstnaných) byla registrována na úřadu práce 6 – 11 měsíců. Ve skupinách v rozmezí 4 až 5 měsíců, do tří let a nad tři roky se nacházel stejný počet nezaměstnaných pacientů (po 4 – tj. 10 %). Výrazně větší počet nezaměstnaných pacientů ve skupině do 3 měsíců potvrzuje stanovenou hypotézu, že *osoby krátkodobě evidované na úřadu práce se více podrobují operačním výkonům než osoby dlouhodobě evidované na úřadu práce*.

V otázce č. 9 jsem se ptala respondentů, zda pobírají podporu, či nikoliv. Podporu v nezaměstnanosti pobíralo 23 respondentů (55 %) a 19 respondentů (45 %) na finanční podporu v nezaměstnanosti poskytovanou úřadem práce nárok nemělo (graf č. 13). Pro tuto skupinu respondentů, vzhledem k ekonomické situaci rodiny, mohou jakékoliv další poplatky představovat narušení rodinného finančního rozpočtu.

Zařazení do rekvalifikačního kurzu může znamenat pro danou osobu nejenom získání nových zkušeností a vědomostí, ale i možnost uplatnit se na trhu práce v dalším

oboru zaměstnání a tak znovu získat finanční prostředky. Nakolik této možnosti respondenti využili či využívají, jsem zjišťovala v dotazníku v otázce č. 10. Pět nezaměstnaných pacientů (12 %) kurz už absolvovalo. Proč jsou nezaměstnaní i nyní, jsem nezjišťovala, protože to pro zaměření mé práce nebylo relevantní. Rekvalifikačním kurzem procházeli 3 (7 %) pacienti, o kurzu uvažovalo 14 (33 %) nezaměstnaných pacientů a 20 nezaměstnaných pacientů (48 %) o rekvalifikaci zájem nemělo (viz graf č. 14). Jelikož jsem v dotazníku v otázce č. 6 dala respondentům možnost napsat své poslední povolání, mohu konstatovat, že vesměs šlo o druhy různě (někdy i méně) kvalifikovaných povolání, např: strojní dělník, strojník, montážní dělník, montér, uklízečka, obsluha čerpací stanice, kuchař, elektromontér, student atd. Vícekrát se opakovala profese soustružník, a to třikrát, což svědčí o tom, že se ekonomická krize značně promítá i do odborných průmyslových odvětví. Pouze čtyři osoby z dotazovaných uvedly, že v posledním zaměstnání zastávaly významnější pozici: technický kontrolor, shop manažer, vedoucí skladu. S vyšším vzděláním se ve skupině nezaměstnaných nenacházel žádný pacient a vysokoškolské vzdělání představovala už dříve zmiňovaná učitelka. Tyto údaje se shodují se statistikami i s literaturou, která uvádí, že čím vyšším vzděláním člověk disponuje, tím snáze se uchytí na trhu práce. Pro různorodost povolání jsem tuto otázku v grafu nezpracovávala.

V otázce č. 11 jsem se ptala respondentů, kdy začaly první zdravotní příznaky, s kterými nyní přicházejí na oddělení. Začátek příznaků před měsícem uvádělo 6 pacientů (14 %), před 2 – 6 měsíci počátek příznaků udával nejvyšší počet respondentů - 13 (31 %). Šest respondentů (14 %) uvádělo začátek příznaků před více než šesti měsíci a více než před rokem zaznamenalo počátek příznaků nemoci 12 respondentů (29 %). Možnost „jiné“ uvedlo 5 respondentů (12 %). V dopsaných poznámkách uváděli, že problémy jsou následkem už dříve léčených nemocí, nebo že jsou dlouhodobě nemocní a žádají o částečný nebo plný invalidní důchod (viz graf č.15).

Na otázku, zda si myslí, že ztráta zaměstnání měla vliv na jejich zdravotní stav, skoro polovina respondentů (19), tzn. 45 %, odpověděla kladně. Dalších 23 respondentů (55 %) si myslí, že nikoliv (viz graf č. 16).



Současně na otázku, kdy se zdravotní problémy u nich objevily, 19 (45 %) respondentů uvedlo, že zdravotní problémy pociťovali už před ztrátou zaměstnání, souvislost mezi ztrátou zaměstnání a zdravotními problémy udávalo 10 respondentů (24 %) a 13 respondentů (31 %) žádnou souvislost mezi ztrátou zaměstnání a zdravotními problémy nevidělo (viz graf č. 17).

Na otázku z dotazníku číslo 14 „Měla nemoc vliv na Vaše zaměstnání?“ 18 respondentů (43 %) odpovědělo *ano* a 24 respondentů (57 %) uvádělo *ne* (viz graf č. 18).

V teoretické části práce se zmiňují, že nezaměstnanost ovlivňuje negativně též chování zaměstnaných, např. neustálou hrozbou propuštění z práce, což způsobuje i omezení oprávněných odchodů na nemocenskou a případné následné zhoršení zdravotního stavu (7).

Zda ovlivnily obavy ze ztráty zaměstnání samotné rozhodnutí podrobit se operačnímu výkonu a tak způsobily, že respondenti operace odkládali, kladně odpověděla více než polovina respondentů – 23, což představuje 55 % dotazovaných. Obavy nemělo 19 respondentů (45 %) - viz graf č. 19.

V chirurgii existuje různé dělení operací: dle naléhavosti (akutní, elektivní), dle použitých metod (klasické, endoskopické), dle rozsahu léčení (radikální, paliativní), dle terénu (septické, aseptické) a další a další dělení, která pro tuto práci nejsou podstatná. Předmětem mého zájmu, vzhledem k zaměření práce, bylo stěžejní dělení operací na akutní a elektivní, jelikož v hypotéze, kterou jsem si stanovila, *předpokládám, že elektivní chirurgický zákrok podstupují častěji klienti v evidenci úřadu práce než zaměstnané osoby*. Do grafu číslo 20 jsem zpracovala akutní příjmy u všech kategorií: pacienti zaměstnaní, nezaměstnaní a důchodci a děti. Oproti tomu graf č. 21 vypovídá o plánovaných operacích u hospitalizovaných zaměstnaných a nezaměstnaných pacientů. Pro lepší názornost jsem dál graficky upravila (viz graf č. 22) plánované operační výkony u zaměstnaných a nezaměstnaných pacientů z jejich celkového počtu. Celkový počet u zaměstnaných pacientů představoval 777 operačních výkonů a z tohoto počtu plánované operace se realizovaly u 560 pacientů, což představuje 72 %.

U nezaměstnaných z celkového počtu 42 pacientů se 37 z nich (88 %) podrobilo plánovaným operačním výkonům. Stanovenou hypotézu, ve které předpokládám, že *elektivním operačním výkonům se podrobují poměrově častěji osoby evidované na úřadu práce než zaměstnané osoby, jsem potvrdila*, jak je vidět ze srovnávacího grafu č. 23. K výsledku jsem dospěla po odečtení všech pacientů v důchodu (starobním, ČID, PID), studentů a dětí z celkového počtu hospitalizovaných osob chirurgického oddělení za období od 1. 1. 2009 do 15. 6. 2009. Osoby zaměstnané byly dále rozčleněny na akutní a plánované (viz graf č. 3) a získané výsledky pak použity ke srovnání s počty akutních a elektivních operací nezaměstnaných osob získaných z dotazníku za stejné období (viz graf č. 20).

Literatura uvádí, že hrozba ztráty zaměstnání může být důvodem k odkladu řešení zdravotních problémů nebo nezájmu o čerpání lázeňské péče.(7) Jestli měla ztráta zaměstnání u respondentů vliv na rozhodnutí podrobit se operačnímu zákroku, jsem zjišťovala v dotazníku v otázce č. 16. Zde výsledky korespondovaly s literaturou, protože většina nezaměstnaných pacientů - 24 (57 %) - se domnívala, že ztráta zaměstnání ovlivnila jejich rozhodnutí objednat se k operačnímu zákroku. Druhá skupina - 18 nezaměstnaných pacientů (43 %) - operaci neodkládala, jelikož obavy ze ztráty zaměstnání neměla (viz graf č. 24).

Vzhledem k tomu, že Nemocnice v Českých Budějovicích, a. s., je na vysoké profesionální úrovni, poskytuje služby celému kraji. Pacienti se zde podrobují operacím širokého spektra. Špičková technika, erudovanost a zkušenosti personálu umožňují provádět výkony různého rozsahu a obtížnosti (zdejší chirurgické oddělení bylo např. první pracoviště v republice, které začalo s endoskopickými operacemi žlučníků). Zájem o pracoviště ovlivňuje i čekací dobu na operaci. Jak dlouhá byla čekací doba na elektivní operaci u zkoumaného vzorku jsem zjišťovala v otázce č. 18 (viz graf č. 25). Oddělení objednalo 34 nezaměstnaných pacientů (81 %) do dvou měsíců, 3 – 4 měsíce čekalo na operaci 7 pacientů (17 %) a 1 pacient (2 %) čekal na operaci 5 – 6 měsíců.

Další oblasti, které jsem se věnovala, bylo zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví, jejich vlivu na finanční situaci respondentů a tím následně na délku

pobytu v nemocnici u nezaměstnaných pacientů. Regulační poplatky procházely v roce 2009 změnami. Kromě legislativních změn, platných od 1. 4. 2009, došlo ke změnám v hrazení hospitalizace (53). Důležitým prvkem byl vznik darovací smlouvy, na jejímž základě kraj poskytuje hospitalizovaným dar, kterým uhrazuje poplatek za pobyt v nemocnici za pacienty (viz příloha 3). Zajímalo mě, zda nezaměstnaní tuto skutečnost zaznamenali. Hypotézy a dotazník byly sestaveny už v roce 2008, kdy hrazení regulačních poplatků bylo uzákoněno, a až v roce 2009 došlo k uvedeným změnám v možnosti platby. Obávala jsem se, že zmiňovaná hypotéza bude bezpředmětná. Stávající otázky týkající se regulačních poplatků jsem přesto v dotazníku ponechala a dodala otázku o možnosti využití darovací smlouvy. Po vyhodnocení dotazníků musím konstatovat, že deficit informací v řadách nezaměstnaných pacientů chirurgického oddělení způsobil, že oblast otázek nadále zůstala aktuální a měla vypovídající hodnotu.

Otázku č. 19, zda nezaměstnaní vnímají regulační poplatky jako finanční zátěž, jsem po únoru s přihlédnutím k darům kraje, kterými lze uhradit pobyt v nemocnici, považovala za nesmyslnou. Výsledek, ve kterém 22 (53 %) respondentů odpovědělo, že regulační poplatky pro ně skutečně představují finanční zátěž, mě překvapil. Za finanční zátěž ji nepovažovalo 14 pacientů (33 %) a 6 pacientů (14 %) o tom neuvažovalo (viz graf č. 26). V otázce č. 20 jsem se ptala respondentů, zda regulační poplatky budou mít vliv na délku hospitalizace nezaměstnaných pacientů. Poplatky ovlivnily délku hospitalizace u 7 pacientů (17 %), dalších 12 pacientů (29 %) uvažovalo o nejnutnější době hospitalizace a 23 pacientů délku hospitalizace neřešilo (viz graf č. 27). Odpovědi na předešlé dvě otázky (č. 26 a č. 27) byly dle mého názoru způsobeny deficitem informací o hrazení pobytu v nemocnici přijetím už dříve zmiňovaného daru kraje. K tomuto závěru jsem došla po odpovědích na otázku č. 21, ve které jsem se ptala respondentů, zda ví o tom, že lze využít k úhradě pobytu dar kraje. Více než polovina dotázaných, 22 respondentů (52 %), o této skutečnosti vědělo, ale skoro stejný počet, 20 respondentů (48 %) o této skutečnosti nevědělo (viz graf č. 28). Tento výsledek mě zarazil, protože jenom v samotném areálu nemocnice, jak lze vyčíst i z internetových stránek nemocnice, je instalováno 17 tabulí, které na tuto skutečnost upozorňují (38).

Jedna z nich je umístěná hned ve vstupním terminálu nemocnice, další při vstupu na chirurgický pavilon.

Překvapily mě odpovědi na otázku č. 22, ve které jsem zjišťovala, zda nezaměstnaní pacienti vlastní potvrzení o hmotné nouzi. Těch, kteří měli zmíněné potvrzení, bylo 7 (17 %), nemělo ho 21 respondentů a 14 respondentů (33 %) nevědělo, jestli vůbec nárok na potvrzení o hmotné nouzi má. Pouze 21 respondentů (50 %) jednoznačně odpovědělo, že potvrzení o hmotné nouzi nemá (viz graf č. 29).

Z uvedených dat je patrné, že respondenti, kteří o daru kraje věděli, neuvažovali o ovlivňování své doby pobytu v nemocnici. *Třetí hypotézu, ve které předpokládám, že poplatky za hospitalizaci u nezaměstnaných osob mají vliv na délku pobytu v nemocnici, jsem nepotvrdila.* I když 54 % respondentů uvádělo, že regulační poplatky neměly vliv na délku jejich pobytů, domnívám se, že výsledky, které vedly k tomuto závěru, vzhledem k známým skutečnostem, nejsou relevantní. Nasvědčují tomu i odpovědi nezaměstnaných pacientů, ze kterých více než polovina (52 %) věděla o darovací smlouvě kraje, ve které se kraj zavazuje zaplatit za pacienta formou daru regulační poplatek za jeho hospitalizaci. Tudíž je zřejmé, že pro tuto skupinu pacientů regulační poplatky nepředstavovaly žádnou finanční zátěž a neměly ani vliv na délku hospitalizace. Předpokládám, že tyto okolnosti výrazně ovlivnily i jejich odpovědi na dané otázky, a tím došlo i ke zkreslení výsledků.

## 6. ZÁVĚR

Chirurgické oddělení je jedno ze stěžejních oddělení nemocnice v Českých Budějovicích. Poskytuje vysoce specializovanou péči, kterou využívají nejenom pacienti okresu České Budějovice, ale i celého Jihočeského kraje. Ročně je zde chirurgicky ošetřeno bezmála 4 000 pacientů. Moje práce byla orientovaná na získání informací od nezaměstnaných pacientů, které měly posloužit ke zjištění vlivů působících na jejich rozhodnutí podrobit se elektivním operacím. Získané odpovědi mi také posloužily ke zmapování situace, jací činitelé mohou ovlivnit samotné rozhodnutí o hospitalizaci u nezaměstnaných.

*Cílem práce bylo zjistit vliv zaměstnanosti na rozhodnutí klientů podrobit se operačnímu výkonu. V první hypotéze jsem předpokládala, že osoby krátkodobě evidované na úřadu práce se více podrobují operačním výkonům než osoby dlouhodobě evidované na úřadu práce. Z vyhodnocených výsledků jsem došla k závěru, že osoby krátkodobě evidované na úřadu práce (46 % osob) do tří měsíců od vzniku nezaměstnanosti a dalších 24 % nezaměstnaných do jednoho roku, tj. 70 % pacientů, podstoupilo plánovaný operační výkon. Tento výsledek **první hypotézu potvrzuje**.*

*V druhé hypotéze jsem předpokládala, že elektivní chirurgický výkon podstupují častěji klienti v evidenci úřadu práce než osoby zaměstnané. Po srovnání obou skupin, zaměstnaných a nezaměstnaných, a operačních výkonů, kterým se pacienti podrobili, jsem došla k závěru, že plánované operační výkony nezaměstnaných pacientů tvořily 88 % všech příjmů této skupiny pacientů na chirurgické oddělení, u zaměstnaných plánované operace představovaly 72 % ze všech příjmů. Poměr mezi plánovanými operacemi nezaměstnaných a zaměstnaných pacientů tvořil 55 % ku 45 % elektivních výkonů. Tento poměr ukazuje, že elektivní chirurgický výkon byl prováděn častěji u nezaměstnaných pacientů. **Druhá hypotéza byla taktéž potvrzena**.*

Třetí hypotéza byla zaměřená na regulační poplatky ve zdravotnictví a jejich vliv na délku hospitalizace. V době zadávání diplomové práce platil zákon č.48/1997 Sb. o regulačních poplatcích, který nařizoval vybírání poplatků za poskytované

zdravotnické služby. Od února 2009 umožňuje Jihočeský kraj pacientům uhradit dluh vůči nemocnici formou daru, tzn., že prostřednictvím darovací smlouvy mezi Jihočeským krajem a pacientem se Jihočeský kraj zavazuje uhradit za dlužníka platbu za hospitalizaci. Přestože využívání daru k hrazení poplatků bylo k dispozici klientům už od února, ještě v červnu téhož roku 22 respondentů (52 %) nemělo povědomí o možnosti využití úhrady za hospitalizaci darovací smlouvou. Z tohoto důvodu 7 respondentů (17 %) vnímalo regulační poplatky jako finanční zátěž a uvažovalo o nejnutnější době pobytu v nemocnici - jednoznačně uvedlo, že jejich pobyt v nemocnici poplatky ovlivní, dalších 12 procent uvažovalo o nezbytné době pobytu a poplatky neovlivnily pobyt u 23 respondentů. ***Třetí hypotézu, která předpokládala, že regulační poplatky mají vliv na délku pobytu v nemocnici, jsem nepotvrdila.***

Výsledky práce ukazují několik rovin, na které se lze v budoucnu zaměřit. Spolupráce mezi sociální a zdravotní oblastí může být přínosem pro všechny zúčastněné strany: sociální složku, samotné nezaměstnané i zdravotní zařízení.

Na základě získaných poznatků bych doporučila:

- Věnovat zvýšenou pozornost pacientům při podávání informací.
- Informace podávat stručně a srozumitelně: na co má nezaměstnaný nárok a jak může nárok uplatnit (viz graf č. 28, kde 33 % dotazovaných nevědělo, zda má nárok na potvrzení o hmotné nouzi).
- Poučit uchazeče o zaměstnání na ÚP o změně zákona o hlášení nemoci.
- Ve zdravotnických zařízeních poskytnout možnost kratší čekací doby na operaci v případě: a) zařazení uchazeče o zaměstnání do rekvalifikačního kurzu, b) nezaměstnaným, kteří mají sjednaný konkrétní termín nástupu práce v nejbližších dvou měsících, umožnit podrobit se operaci co nejdříve.

Diplomovou práci lze využít jako argumentační podklad při řešení politiky zaměstnanosti. Poznatky práce budou prezentovány také v rámci semináře na vlastním oddělení.

## **7. KLÍČOVÁ SLOVA**

AKUTNÍ VÝKON

ELEKTIVNÍ VÝKON

HOSPITALIZACE

NEZAMĚSTNANOST

PACIENT

REGULAČNÍ POPLATKY

ZAMĚSTNANOST

## 8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BÍČÁKOVÁ, O. *Zákon o zaměstnanosti*. 1. vydání. Praha: LINDE nakladatelství, 2007. 206 s. ISBN 978–80–86131–73–3
2. BERAN, J. *Zpráva o vývoji situace na trhu práce v okrese České Budějovice za rok 2008*. [online]. [2009-03-12]  
Dostupné z: [http://portal.mpsv.cz/sz/local/cb\\_info/dokstah](http://portal.mpsv.cz/sz/local/cb_info/dokstah)
3. BLATNÝ, M. a kol. *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita a Nakladatelství MSD, 2005. 109 s.  
ISBN 80–86633–35–7
4. BLATNÝ, M. – SVOBODA, M. *Sociální procesy a osobnost*. Sborník příspěvků. Brno: Masarykova univerzita. 1. - 3. 10. 1999. ISBN 80–210–2228–0
5. BLAŽEK, J. – DOBEŠOVÁ, H. – DRAHÝ, F. a kol. *Program Nová šance - Jak pracovat s nezaměstnanými, zkušenosti, metodika*. 1. vydání. Brno: Agentura Motiv, 2007. s. 137. ISBN 978–80–239–9305–9
6. BOLLA, J. *Arbeitslosigkeit und psychische Fosgen*. Nepublikovaná disertační práce. Brno: Psychologický ústav FF MU, 2001.
7. BUCHTOVÁ, B. a kol.: *Nezaměstnanost. Psychologický, ekonomický a sociální problém*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. 236 s.  
ISBN 80–247–9006–8
8. BUCHTOVÁ, B. *Psychologie a nezaměstnanost. Zkušenosti a praxe*. In: *Psychologické a medicínské aspekty nezaměstnanosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, ročník. 49, č. 3 s. 284–285. ISSN 0009–062 X.



9. BUCHTOVÁ, B. a kol. *Člověk – psychosomatická bytost*. 2. vydání. Brno: Masaryková univerzita, 1999. 223 s. ISBN 80–210–2238–8
10. BURIANEK, J. *Sociologie*. 2. vydání. Praha: Fortuna, 2003. 128 s. ISBN 80–7168–254–5
11. ČERNÝ, J. – MAJCLOVÁ, D. *Dějiny českobudějovické nemocnice, (1. díl Středověk – 1948)*. 1. vydání. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 2008. 104 s. ISBN 978–80–239–9471–1
12. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Zaměstnanost a nezaměstnanost absolutně. Rok 2006 – 2008. Graf*. [online]. [2009-04-15]  
Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/gzam05020808.xls>
13. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Zaměstnanost a nezaměstnanost absolutně. Rok 2007 – 2009. Graf*. [online]. [2009-04-15]  
Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/gzam05060909.xls>
14. JOSHI, V. *Stres a zdraví*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. 156 s. ISBN 978–80–7367–211–9
15. KRATOCHVÍLOVÁ, M. *Nemocnost na ÚP v Českých Budějovicích*. [online]. [2009-5-12]  
Platný e-mail: [h.magdalena@seznam.cz](mailto:h.magdalena@seznam.cz) od [martina.kratochvilova@cb.mpsv.cz](mailto:martina.kratochvilova@cb.mpsv.cz)
16. KEBZA, V. *Zvládání stresu*. 1. vydání. Agentura ERB, 1997. 30 s. ISBN 80–7071–042–X
17. KELLER, J. *Soumrak sociálního státu*. 1. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2006. 158 s. ISBN 80–86429–41–5

18. KIRCHLER, E. *Arbeitslosigkeit*. Gottingen: Hogrefe, 1993.
19. KREBS, V. a kol.: *Sociální politika*. 4. vydání. Praha: ASPI, 2007. 504 s.  
ISBN 978-80-7357-276-1
20. KUCHAR, P. *Trh práce*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007. 183 s.  
ISBN 978-80-246-1383-3
21. KOZLOVÁ, L. – KUBELOVÁ, V. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2008. 56 s. ISBN 978-80-7394-112-3
22. LATAK, J. C., - KAUFMAN, H. G.: *Termination and outplacement strategie*. In London, M., Mone, E. M. (ed): *Carrer growth and human ressource strategie*. New York, Quorum Books 1988.
23. LEHROVA, U. Wie wolen wir morgen „alter werden“. In: *Kation Gemeinsih., Bonn: 1984.*
24. LOUKOTA, I. *Zaměstnanost a trh práce*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2007. 41 s. Bez ISBN
25. MAREŠ, P. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. 1. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. 151 s. ISBN 80-901424-9-414
26. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0

27. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Odbor analýz a statistik. *Statistická ročenka trhu práce v ČR v roce 2008*. [online]. [citace 2009-04-15]. 1. vydání. Praha. 2009. 260 s. 978–80–86878–95–9. Dostupné z: [http://portal.mpsv.cz/sz/stat/stro/rocenka\\_2008.pdf](http://portal.mpsv.cz/sz/stat/stro/rocenka_2008.pdf)
28. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Starobní důchod*. [online]. [citace 2009-04-15]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/618>
29. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Služby zaměstnanosti a trhu práce*. [online]. [citace 2009-06-12]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/news.php?lg=1>
30. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Uchazeči a volná místa (od 1. 7. 2004) v okrese České Budějovice. [online]. [citace 2009-03-15]. Dostupné z: [http://portal.mpsv.cz/sz/stat/nz/vyvoj\\_od\\_072004/?\\_piref37\\_240420\\_37\\_240419\\_240419.statse=2000000000011&\\_piref37\\_240420\\_37\\_240419\\_240419.statisk=2000000000017&\\_piref37\\_240420\\_37\\_240419\\_240419.send=send&\\_piref37\\_240420\\_37\\_240419\\_240419.stat=2000000000018&\\_piref37\\_240420\\_37\\_240419\\_240419.obdobi=E&\\_piref37\\_240420\\_37\\_240419\\_240419.uzemi=109000&ok=Vybrat](http://portal.mpsv.cz/sz/stat/nz/vyvoj_od_072004/?_piref37_240420_37_240419_240419.statse=2000000000011&_piref37_240420_37_240419_240419.statisk=2000000000017&_piref37_240420_37_240419_240419.send=send&_piref37_240420_37_240419_240419.stat=2000000000018&_piref37_240420_37_240419_240419.obdobi=E&_piref37_240420_37_240419_240419.uzemi=109000&ok=Vybrat)
31. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Právní předpisy z oblasti zaměstnanosti. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů*. Aktuální znění zákona 435/2004. [online]. [citace 2009-04-12]. Dostupné z: [http://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav\\_predpisy/akt\\_zneni/z\\_435\\_2004](http://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/z_435_2004)
32. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Průvodce sociálním systémem v roce 2009*. [online]. [citace 2009-04-22]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/6099/PSP\\_01\\_09.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/6099/PSP_01_09.pdf)

33. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Vývoj míry nezaměstnanosti v roce 2008*. [online]. [citace 2009-04-20].  
Dostupné z: [http://portal.mpsv.cz/sz/local/cb\\_info/dokstah](http://portal.mpsv.cz/sz/local/cb_info/dokstah)
34. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Regulační poplatky přinesly celkovou úsporu 10 miliard korun, která se investovala do dříve omezeně dostupné a nákladné léčby vážně nemocných*. Tisková zpráva [online].  
[citace 2009-03-11]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Pages/777-tiskova-zprava-regulacni-poplatky-prinesly-celkovou-usporu-10-miliard-korun-ktera-se-investovala-do-drive-omezene-dostupne-a-nakladne-lecby-vazne-nemocnych.html>
35. NEČAS, P. *Sociální reformy. Bilance jejich dopadů za rok 2008*. [online].  
[citace 2009-05-05].  
Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7005/08022009.ppt>
36. NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE. Archiv chirurgického oddělení.  
Nemocnice České Budějovice. Rok 2008
37. NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE.. Archiv chirurgického oddělení.  
Nemocnice České Budějovice. Rok 2009.
38. NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE. *Darovací smlouva*. [online].  
[citace 2009-04-15]. Dostupné z: <http://intranet.nemcb.cz/intranet/>
39. NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE. *Historie Nemocnice České Budějovice, a. s.*  
[online]. [citace 2009-05-16].  
Dostupné z: <http://www.nemcb.cz/cz/page/82/Historie-nemocnice-ceske-budejovice-as.html?detail=19>
40. NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE. *Potvrzení o převzetí daru*. [online].  
[citace 2009-04-15]. Dostupné z: <http://intranet.nemcb.cz/intranet/>

41. NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE. *Výroční zpráva 2008*. 1. vydání. Nemocnice České Budějovice, 2009. 44 s.
42. NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE *Vývoj Nemocnice České Budějovice*, a. s. 2005 – 2009 [online]. [citace 2009-03-16].  
Dostupné z: [http://www.nemcb.cz/index.php?art=news&art\\_id=&id=75](http://www.nemcb.cz/index.php?art=news&art_id=&id=75)
43. NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE. *Zpravodaj. Jaro 2009*. Ročník 19 (1/2009). 1. vydání. Nemocnice České Budějovice, 2009. Pouze pro vnitřní potřebu Nemocnice České Budějovice, a. s. Náklad 500 ks.
44. PAVELKA, T. *Makroekonomie*. 2. vydání. Praha: Melandrium, 2007.  
ISBN 978-80-861-75-52-2
45. PAVLÍKOVÁ, O. *Senát: Poplatky ano, ale s omezením*. Zdravotnické noviny. Ročník 58, číslo vydání: 5/2009. s. 1.
46. PAYNE, R. L. – WARR, P. B., -. *Experiences of strain and pleasure among British adults*. *Social Science and Medicine* 16, 1982. s. 1691 – 1697 .
47. POTUČEK, M. a kol.: *Strategické vládnutí a Česká republika*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 360 s. ISBN 978-80-247-2126-2
48. ŘEZNÍČKOVÁ, L. *Jak jsou v nemoci zabezpečeni nezaměstnaní*. [online]. [citace 2009-05-17]. Dostupné z: <http://www.penize.cz/18805-vse-o-nemocenskyhdavkach-otazky-a-odpovedi#7>
49. SCHRAGGEOVÁ, M. Osobnostní a situačné prediktory vnímania príčin nezamestnanosti. *Československá psychologie*. 2007, ročník LI, číslo 4, s. 349. ISSN 347-359

50. TOMEŠ, I. *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. vydání. Praha: Sociopress, 2001. 262 s. ISBN 80-86484-00-9
51. ÚŘAD PRÁCE ČESKÉ BUDĚJOVICE. *Míra nezaměstnanosti v obcích okresu České Budějovice k 31. 12. 2008*. [online]. [citace 2009-03-12]. 12. 3. 2009. Dostupné z: [http://portal.mpsv.cz/sz/local/cb\\_info/dokstah](http://portal.mpsv.cz/sz/local/cb_info/dokstah)
52. ÚZ (ÚPLNÉ ZNĚNÍ ZÁKONU) č. 644. Sociální pojištění. 1. vydání. Ostrava: Sagit, 2008. 336 s. ISBN 978-80-7208-657-3
53. TVRDEK, M. a kol. *Úvod do obecné chirurgie*. 2. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 2004. 138 s. ISBN 80-246-0958-4
54. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vydání. Praha: Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414
55. VALENTA, J. a kol. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 2005. 237 s. ISBN 80-246-0644-5.
56. VOMELA, J. a kol. *Chirurgie pro sestry*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví., 1998. 210 s. ISBN 80-7013-262-0
57. VŠEOBECNÁ ENCYKLOPEDIE V OSMI SVAZCÍCH. 1. vydání. Praha: Diderot, 1999. 8 díl. 493 s. ISBN 80-902555-2
58. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Úpravy poplatků a doplatků platné od 1. 4. 2009*. [online]. [citace 2009-04-15]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/Aktuality/index.html?aktualita=novel-a-poplatky>

59. ZÁKONY ČR ONLINE – *Úplné znění*. [online]. [citace 2009-03-10]  
Dostupné z:  
<http://www.zakonycr.cz/seznamy/048-1997-Sb-zakon-o-verejnem-zdravotnim-pojisteni-a-o-zmene-a-doplneni-nekterych-souvisejicich-zakonu.html>
60. ZÁKON č. 54/1956 *o nemocenském pojištění zaměstnanců*. [online].  
[citace 2009-03-20]. Dostupné z:  
<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/nempoj/cast5.aspx>
61. ZÁKON č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění.
62. ZÁKON č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. [online].  
[citace 2009-04-15]. Dostupné z: <http://intranet.nemcb.cz/intranet>
63. ZÁKON č. 270/2008 Sb. Zákon, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
64. ZÁKON č. 59/2009 Sb. Zákon, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. *Platnost od: 01. 04. 2009*. [online]. [citace 2009-04-20].  
Dostupné z: <http://intranet.nemcb.cz/intranet>
65. ZEMAN, M. et al. *Chirurgická propedeutika*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2000. 516 s. ISBN 80–7169–705–2

## **9. PŘÍLOHY**

- Příloha 1**     Dotazník
- Příloha 2**     Míra nezaměstnanosti v obcích okresu České Budějovice k 31. 12. 2008
- Příloha 3**     Celkový finanční dopad regulačních poplatků v roce 2008
- Příloha 4**     Darovací smlouva
- Příloha 5**     Potvrzení o přijetí daru od Jihočeského kraje
- Příloha 6**     Uchazeči o volná místa od 1. 7. 2004



Příloha 1

## **Dotazník**

**Vážená paní, vážený pane.**

**Jmenuji se Magdaléna Hálová a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.**

**Dotazník, který dostáváte do rukou, je zcela anonymní a je určený k získání údajů k vypracování mé diplomové práce na téma „Nezaměstnanost a její vliv na plánované operace“.**

**Při vyplňování dotazníku zakroužkujte Vámi zvolenou odpověď, popřípadě doplňte stručně do kolonky „jiné“ svůj postřeh. Prosím, odpovězte na všechny otázky, jinak dotazník nebudu moci při zpracování údajů použít.**

**Za vyplnění tohoto dotazníku předem děkuji.**

**Magdaléna Hálová  
Jihočeská univerzita  
Zdravotně sociální fakulta  
České Budějovice**

**1. Pohlaví**

- muž
- žena

**2. Věk**

- do 20 let
- 21 – 30 let
- 31 – 40 let

- 41 – 50 let
- 51 – 60 let
- Nad 60 let

3. Vaše bydliště

- vesnice
- město do 10 000 obyvatel
- město do 50 000 obyvatel
- město nad 50000 obyvatel

4. Vzdělání, kterého jste dosáhl/a

- bez vzdělání
- základní vzdělání
- odborné učiliště
- střední odborné učiliště s maturitou
- střední odborná škola s maturitou
- vyšší odborná škola
- vysokoškolské vzdělání

5. Vaše zaměstnání před nástupem na úřad práce

- student
- státní zaměstnanec
- zaměstnanec v soukromé firmě
- OSVČ
- jiné

6. Vaše poslední povolání (např. soustružník), prosím dopište

.....

7. Jak dlouho jste pracoval/a na posledním pracovišti?

- po škole jsem vůbec nenastoupil do zaměstnání
- do 1 roku po škole
- do dvou let
- 2 – 3 roky
- 4 – 5 let
- 6 – 9 let
- 10 – 15 let
- 16 – 20 let
- nad 20 let

8. Jste nezaměstnaný/á:

- méně než 7 dní
  - 8 dní – 3 měsíce
  - 3 – 4 měsíce
  - 5 – 6 měsíců
  - 6 měsíců – 1 rok
  - do 3 let
  - nad 3 roky

9. Je Vám poskytovaná podpora v nezaměstnanosti?

- ano
- ne

10. Uvažujete o rekvalifikaci?

- ano
- ne
- jsem v rekvalifikačním kurzu
- byl jsem účastníkem rekvalifikačního kurzu
- mám zájem o rekvalifikaci (jakou?).....

11. Začátek nemoci jste zaznamenal/a

- před měsícem
- před 2 – 6 měsíci
- před více než před 6 měsíci
- před více než před 1 rokem
- jiné

12. Vliv ztráty zaměstnání na moji zdravotní stránku

- ano
- ne

13. Zdravotní problémy se u Vás objevily

- před ztrátou zaměstnání
- po ztrátě zaměstnání
- se ztrátou zaměstnání nesouvisejí

14. Měla Vaše nemoc vliv na ztrátu zaměstnání („marození“ v průběhu zaměstnání)?

- ano
- ne

15. Odkládal/a jste operaci z obavy ze ztráty zaměstnání?

- ano
- ne

16. Měla vliv na Vaše rozhodnutí podrobit se operaci skutečnost, že jste nyní bez práce?

- ano
- ne

17. Operace byla u Vás

- plánovaná
- neplánovaná

18. Pokud šlo o plánovanou operaci, jak dlouho jste na ni čekal/a?

- 2 měsíce
- 2 – 3 měsíce
- 3 – 4 měsíce
- 4 – 5 měsíců
- 5 – 6 měsíců

19. Je regulační poplatek v nemocnici (60 Kč na den) pro Vás velkou finanční zátěží?

- ano
- ne
- neuvažoval/a jsem o tom

20. Ovlivní poplatky délku vašeho pobytu v nemocnici?

- ano
- ne
- uvažuji o nejnutnější době pobytu

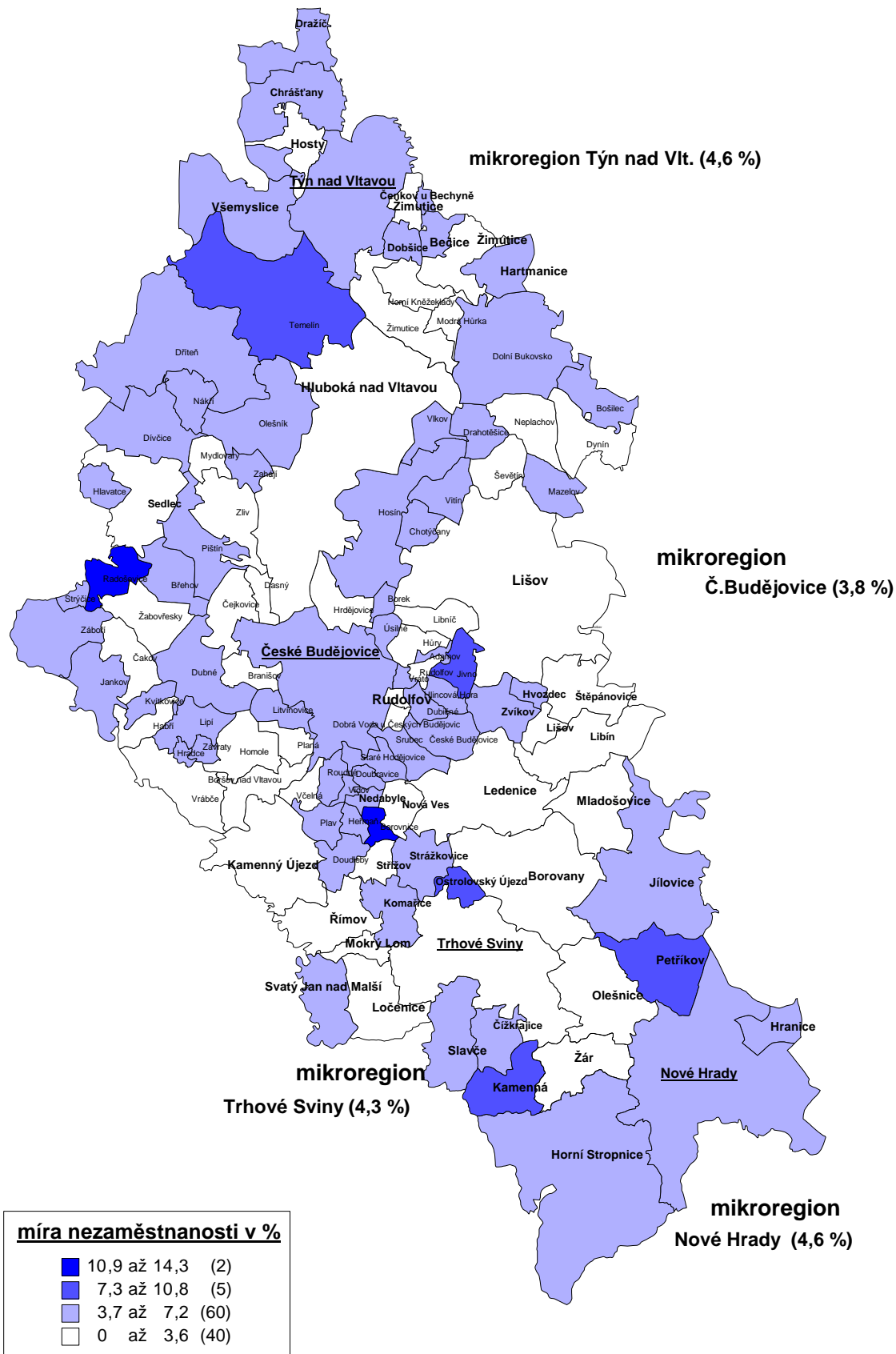
21. Víte o tom, že pobyt v nemocnici můžete uhradit darovací smlouvou?

- ano
- ne

22. Máte potvrzení o „pomoci v hmotné nouzi“, které by Vás osvobodilo od poplatků za pobyt v nemocnici či při ošetření u lékaře (60 Kč/den)?

- ano
- ne
- nevím, jestli mám na to nárok

**Míra nezaměstnanosti v obcích okresu Č.Budějovice k 31.12.2008**



### Příloha 3

#### CELKOVÝ FINANČNÍ DOPAD REGULAČNÍCH POPLATKŮ V ROCE 2008

	Vybrané regulační poplatky	Odhad úspory
Ambulantní služby	1 801 mil. Kč	1 250 mil. Kč (ušetřeno 4,15 milionů klinických vyšetření)
Recepty v lékárnách	2 437 mil. Kč	3 630 mil. Kč (zabráněno obvyklému 9% nárůstu nákladů) <i>Následná úspora 1 600 mil. Kč na straně pacientů (zamezení růstu doplatků - kompenzován růst cen vzhledem k inflaci)</i>
Pohotovost	107 mil. Kč	0 mil. Kč (ušetřeno 400 tisíc návštěv na pohotovosti)
Lůžkové služby	679 mil. Kč	165 mil. Kč (205 tisíc ušetřených ošetrovacích dní)
<b>Celkem</b>	<b>5 024 mil. Kč</b>	<b>5 045 mil. Kč</b>

#### ZMĚNA POPTÁVKY PO ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH V ROCE 2008

Návštěvy ambulantních specialistů	-15,32%
Návštěvy ambulantních specialistů v lůžkových zařízeních	-19,15%
Dispenzární prohlídky	10,83%
Pohotovost	-36,07%
Výjezdy záchranné služby	0,49%
Počet ošetrovacích dnů v nemocnicích	-1,37%
Počet hospitalizovaných v nemocnicích	3,18%
Počet ošetrovacích dnů v zařízeních následné péče	-3,75%
Počet hospitalizovaných v zařízeních následné péče	5,09%
Počet položek na receptu	-30,67%
Počet receptů	-27,95%
Počet balení léků	-21,09%
Celková úhrada	-3,48%

#### ZÁKLADNÍ PŘÍNOSY REGULAČNÍCH POPLATKŮ:

- Zpřístupnění dříve omezeně dostupné a nákladné léčby pro vážně nemocné,
- Zvýšení dostupnosti účinné a moderní léčby ve specializovaných centrech,
- Zvýšení počtu operačních zákroků,
- Zkrácení dlouhých čekacích lhůt,
- Navýšení financování zdravotnické záchranné služby a rozšíření počtu výjezdových stanovišť,
- Lékařská služba první pomoci přestala být zneužívaná a využívají ji pouze ti, kteří pomoc skutečně potřebují,

Příloha 4

NÁVRH NA UZAVŘENÍ DAROVACÍ SMLOUVY  
**DAROVACÍ SMLOUVA**

**Jihočeský kraj**

U Zimního stadionu 1952/2, 370 76 České Budějovice  
zastoupený Mgr. Jiřím Zimolou, hejtmánem Jihočeského kraje  
IČO: 70890650

jako dárce na straně jedné

a

pojištěnec / zákonný zástupce

jako obdarovaný na straně druhé

uzavírají podle § 628 a násl. zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník v platném znění, tuto

**darovací smlouvu:**

**I.**

## **Předmět smlouvy**

Dárce daruje obdarovanému částku na úhradu regulačního poplatku, který je obdarovaný povinen hradit zdravotnickému zařízení založenému a zřizovanému Jihočeským krajem v souvislosti s poskytnutím hrazené zdravotní péče podle § 16a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Obdarovaný prohlašuje, že tento dar přijímá.

**II.**

Způsob poskytnutí daru

Dárce daruje obdarovanému dar prostřednictvím zdravotnického zařízení založeného a zřizovaného Jihočeským krajem, a to tak, že regulační poplatek bude za obdarovaného uhrazen z prostředků Jihočeského kraje uložených Jihočeským krajem u zdravotnického zařízení k tomuto účelu v okamžiku vzniku povinnosti regulační poplatek zaplatit.

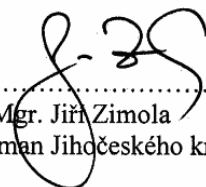
**III.**

Závěrečná ustanovení

Smluvní strany prohlašují, že je jim znám celý obsah smlouvy a že tuto smlouvu uzavřely na základě své svobodné a vážné vůle.

V Českých Budějovicích dne 28.1.2009.

Dárce:

  
Mgr. Jiří Zimola  
hejtmán Jihočeského kraje



Darovací smlouva byla schválena usnesením Rady Jihočeského kraje č. 94/2009/RK ze dne 27.1. 2009.



## Příloha 5

### POTVRZENÍ

- Já, níže podepsaný(á), \_\_\_\_\_, r. č. \_\_\_\_\_, tímto
- potvrzuji, že mi byla dne (ve dnech) \_\_\_\_\_ ve zdravotnickém zařízení Nemocnice České Budějovice, a. s., poskytnuta zdravotní péče spojená s úhradou regulačního poplatku podle § 16a z. č. 48/1997 Sb.;
  - beru na vědomí, že mi Jihočeský kraj daruje na základě usnesení Rady Jihočeského kraje č. 94/2009/RK ze dne 27. 1. 2009 a podle návrhu na uzavření darovací smlouvy podepsaného dne 28. 1. 2009 hejtmanem Mgr. Jiřím Zimolou, se kterým jsem se předem seznámil, částku na úhradu regulačního poplatku ve výši \_\_\_\_\_Kč, který jsem povinen uhradit zdravotnickému zařízení Nemocnice České Budějovice, a. s., v souvislosti s poskytnutím hrazené péče dle § 16a zákona č. 48/1997 Sb.;
  - přijímám výše uvedený dar od Jihočeského kraje;
  - souhlasím, že výše uvedený dar mi bude poskytnut prostřednictvím zdravotnického zařízení Nemocnice České Budějovice, a. s., a to tak, že regulační poplatek bude uhrazen z prostředků Jihočeského kraje jím uložených u zdravotnického zařízení Nemocnice České Budějovice, a. s., k tomuto účelu, a to v okamžiku povinnosti regulační poplatek zaplatit;
  - prohlašuji, že je mi znám obsah darovací smlouvy a že tuto smlouvu uzavírám na základě svobodné a vážné vůle;
  - potvrzuji, že mi v tomto kalendářním roce zdravotní pojišťovna neuhradila žádnou částku, o kterou by byl překročen limit podle § 16b odst. 1 z.č. 48/1997 Sb., a že podle mého nejlepšího přesvědčení si nejsem vědom(a), že by již tento limit byl v mém případě překročen;
  - souhlasím, aby zdravotnické zařízení Nemocnice České Budějovice, a. s., zpracovávalo moje shora uvedené osobní údaje ve smyslu z. č. 101/2000 Sb., a aby tyto osobní údaje poskytla Jihočeskému kraji k dalšímu zpracování;
  - jsem byl(a) ve smyslu § 5 odst. 4 z. č. 101/2000 Sb. informován(a), pro jaký účel zpracování a k jakým osobním údajům je souhlas (viz předchozí odrážka) dáván, jakému správci a na jaké období;
  - souhlasím s využíváním svého rodného čísla.

V Českých Budějovicích dne \_\_\_\_\_

vlastnoruční podpis pojištěnce  
(zákonného zástupce)

## Uchazeči a volná místa (od 1. 7. 2004)

v okrese České Budějovice

Období	Uchazeči	Volná místa	Míra nezam.
06/2009	5 394	614	5,1 %
05/2009	5 366	627	5,1 %
04/2009	5 428	623	5,2 %
03/2009	5 215	582	5,1 %
02/2009	4 857	732	4,7 %
01/2009	4 400	945	4,2 %
12/2008	3 852	1 290	3,6 %
11/2008	3 484	1 499	3,2 %
10/2008	3 447	1 659	3,2 %
09/2008	3 532	1 699	3,3 %
08/2008	3 489	1 739	3,3 %
07/2008	3 418	1 691	3,2 %
06/2008	3 154	1 707	2,9 %
05/2008	3 241	1 733	3,0 %
04/2008	3 339	1 770	3,1 %
03/2008	3 472	1 731	3,2 %
02/2008	3 662	1 590	3,4 %
01/2008	3 761	1 696	3,5 %
12/2007	3 588	1 597	3,4 %
11/2007	3 541	1 603	3,2 %
10/2007	3 671	1 833	3,4 %
09/2007	3 866	1 926	3,7 %
08/2007	3 898	1 937	3,7 %
07/2007	3 921	1 703	3,8 %
06/2007	3 682	1 688	3,5 %
05/2007	3 748	1 570	3,5 %
04/2007	3 949	1 478	3,7 %
03/2007	4 181	1 417	3,9 %

<b>Období</b>	<b>Uchazeči</b>	<b>Volná místa</b>	<b>Míra nezam.</b>
<b>02/2007</b>	4 405	1 406	4,1 %
<b>01/2007</b>	4 538	1 427	4,3 %
<b>12/2006</b>	4 238	1 498	4,0 %
<b>11/2006</b>	4 144	1 478	3,8 %
<b>10/2006</b>	4 300	1 574	4,0 %
<b>09/2006</b>	4 464	1 502	4,2 %
<b>08/2006</b>	4 490	1 406	4,3 %
<b>07/2006</b>	4 389	1 147	4,2 %
<b>06/2006</b>	4 205	1 032	3,9 %
<b>05/2006</b>	4 336	1 000	4,0 %
<b>04/2006</b>	4 457	863	4,2 %
<b>03/2006</b>	4 849	860	4,5 %
<b>02/2006</b>	5 127	840	4,8 %
<b>01/2006</b>	5 143	766	4,8 %
<b>12/2005</b>	4 821	687	4,6 %
<b>11/2005</b>	4 665	630	4,3 %
<b>10/2005</b>	4 660	656	4,3 %
<b>09/2005</b>	4 789	655	4,6 %
<b>08/2005</b>	4 671	690	4,6 %
<b>07/2005</b>	4 444	674	4,3 %
<b>06/2005</b>	4 146	670	4,0 %
<b>05/2005</b>	4 124	851	3,9 %
<b>04/2005</b>	4 261	887	4,0 %
<b>03/2005</b>	4 390	915	4,2 %
<b>02/2005</b>	4 519	1 098	4,3 %
<b>01/2005</b>	4 532	1 048	4,3 %
<b>12/2004</b>	4 325	1 056	4,1 %
<b>11/2004</b>	4 122	985	3,8 %
<b>10/2004</b>	4 272	599	3,9 %
<b>09/2004</b>	4 518	570	4,2 %
<b>08/2004</b>	4 504	639	4,3 %
<b>07/2004</b>	4 289	588	4,0 %