

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Porozumění a postoje laické veřejnosti k současné reformě
zdravotnictví**

Diplomová práce

Autor:

Bc. Eliška Borůvková

Vedoucí práce:

doc. MUDr. Vladimír Vurm, CSc.

25.05.2009

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: „Porozumění a postoje laické veřejnosti k současné reformě zdravotnictví“, vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 25.05.2007

podpis studenta

Děkuji doc. MUDr. Vladimíru Vurmovi, CSc. za vedení mé práce, za jeho vstřícnost a čas, který mi věnoval. Dále pak děkuji respondentům za jejich ochotnou spolupráci při dotazníkové akci.

Abstrakt

Porozumění a postoje laické veřejnosti k současné reformě zdravotnictví.

Diplomová práce shrnuje základní informace o současné reformě zdravotnictví a o tom, jak jí vnímá laická veřejnost.

Teoretická část je zaměřena na základní informace o vývoji zdravotnictví v České republice a o současné reformě zdravotnictví. Zmiňuji se zde, jak se zdravotnictví vyvíjelo od roku 1918 až po současnost. Problém spočívá v tom, že po období několika počátečních roků posledního desetiletí minulého století, kdy byl přijat soubor základních zákonů, jenž nastartovaly reformu českého zdravotnictví, následovala řada let sterility zdravotnické legislativy, trvající dodnes. Dále se zaměřuji na současnou reformu zdravotnictví, proč je reforma potřebná, jaké má etapy a na její legislativní i nelegislativní změny. Pouze malá část reformních opatření vstoupila v platnost. Je to zavedení regulačních poplatků, zavedení ročního ochranného limitu a stanovení cen a úhrad léků.

V praktické části jsou pak prezentovány výsledky výzkumu zaměřeného na výše zmíněnou problematiku. Výzkumná část práce, realizovaná formou dotazníků, se věnuje postojům laické veřejnosti k současné reformě zdravotnictví a zjišťuje, jestli jí veřejnost porozuměla. Výzkum dokládá, že převážná část dotazovaných s reformou nesouhlasí a myslí si, že není vedena správným směrem. Nejvíce respondentů takhle odpovídajících se nacházelo ve věkové skupině 60 a více let a ve skupině respondentů se základním nebo učňovským vzděláním. Dále výzkum ukazuje na to, že veřejnost není o reformě zdravotnictví dostatečně informovaná, a proto jí nemůže ani dostatečně porozumět. Bohužel současná politická situace vede k tomu, že veřejnost se o tuto problematiku přestane zajímat úplně a bez přemýšlení reformní opatření zavrhne.

Abstract

Understanding and attitudes of the public towards the current Health Care Reform

This thesis summarises the basic facts about the current reform within the Health Care Sector and how it is being perceived by the general public.

The theoretical part focuses on the basic information about the development of the Health Care Sector in the Czech Republic and its current reform. The development of the Health Care Sector from the year of 1918 until present is highlighted. At the beginning of the last decade of the 20th century, a new set of laws were passed, which triggered the initial reform of the Czech Health Care Sector. However, a period of passivity regarding subsequent legislation has resulted in the present problems. Further there is a focus on current Health Care Reform enquiring: why the reform is needed, the nature of its stages and its legislative and non-legislative changes. Only a small part of the reform measures came into force. This included the introduction of regulation fees, the introduction of an 'annual safe limit', the pricing and payment for medication.

The practical part, presents the research findings in relation to the issues mentioned above. The research part of the thesis, carried out using questionnaires, is concerned with the views of the public to current Health Care Reform and investigates whether it has been understood by the public. The research shows that most of the respondents disagree with the reform and think that it is not developing in the right direction. The majority of respondents with this view were found to be within the age group of 60 and over, and within the group of respondents with a basic level or vocational education. Further, the research suggests that the public is not adequately informed about the new Health Care Reform, and therefore demonstrates a lack of understanding of its nature. In addition, the current political climate suggests that the public may lose interest in these issues and will become disengaged with the reform without further consideration.

Obsah:

ÚVOD.....	7
1. SOUČASNÝ STAV.....	9
1.1. Vysvětlení základních pojmů.....	9
1.1.1. Zdraví a jeho společenský význam.....	9
1.1.2. Zdravotní péče a její dostupnost.....	9
1.1.3. Veřejné zdravotní pojištění.....	10
1.1.4. Zdravotnictví.....	11
1.2. Vývoj zdravotnictví.....	13
1.2.1. Zdravotnictví od roku 1918 do roku 1945.....	13
1.2.2. Zdravotnictví od roku 1945 do roku 1989.....	13
1.2.3. Zdravotnictví od roku 1989 do roku 2006.....	14
1.3. Současná reforma zdravotnictví.....	17
1.3.1. Proč reforma.....	17
1.3.2. Etapy reformy zdravotnictví.....	18
1.3.2.1. Stabilizační fáze 2006-2007.....	18
1.3.2.2. Reformní opatření I 2007-2009.....	18
1.3.2.3. Reformní opatření II 2010 a dále.....	19
1.3.3. Legislativní změny.....	19
1.3.3.1. Veřejné zdravotní pojištění.....	19
1.3.3.2. Zdravotní služby.....	24
1.3.3.3. Vzdělání a univerzitní nemocnice.....	29
1.3.4. Nelegislativní změny.....	30
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY.....	31
2.1. Cíl práce.....	31
2.2. Předpokládané hypotézy.....	31
3. METODIKA.....	32
3.1. Kvantitativní výzkum.....	32
3.2. Charakteristika zkoumaného souboru.....	32

4. VÝSLEDKY.....	33
4.1. Hodnocení a porovnání odpovědí ve třech věkových kategoriích.....	33
4.2. Hodnocení a porovnání odpovědí podle vzdělání respondentů.....	51
4.3. Celkové hodnocení odpovědí.....	59
5. DISKUSE.....	78
6. ZÁVĚR.....	83
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	84
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	88
9. PŘÍLOHY.....	89

Úvod

Financování zdravotnictví je z důvodu stárnutí obyvatelstva a nových drahých technologií pod tlakem ve všech vyspělých zemích. Je jasné, že přívod financí do zdravotnictví musí vzrůst. Otázkou je, jak to udělat bez zruinování státních financí a při zachování dostupnosti potřebné péče pro všechny občany.

České zdravotnictví v době politických, společenských a ekonomických změn po roce 1989 nebylo přes vysokou odbornou úroveň svých pracovníků schopno přenést původní progresivní změny a vtělit teze pro svou vlastní reformu do jasně koncipované nové zdravotní politiky a do patřičně propracované strategie jejího uskutečňování. Nepochopení a nedocenení teorie i praxe je nepochybně jednou z příčin, proč dosud nebyla vypracována kvalifikovaně prodloužená vývojová koncepce našeho systému péče o zdraví.

Moderní pacienti jsou stále více nároční a mnohé jejich potřeby mají charakter subjektivních očekávání a přání. Ta nelze zakázat, ale ani nelze očekávat, že solidární systém je může beze zbytku plnit.

Je zřejmé, že vzhledem k současné situaci, zvláště pak k neschopnosti vyváženě systémově reagovat na prohlubující se rozpor mezi rostoucími nároky na zdravotní péči a možnostmi tyto nároky financovat, nemůže naše zdravotnická soustava nadále fungovat ve své dosavadní podobě bez nápravy své struktury i funkce (6, 10).

Stabilizační opatření, které parlament České republiky schválil se občanů přímo dotkl 1. ledna 2008, novinkou bylo zavedení regulačních poplatků, ročního ochranného limitu a změna stanovování cen a úhrad léků.

Téma své diplomové práce jsem si vybrala právě pro jeho aktuálnost. Zajímalo mě, jak současnou situaci ve zdravotnictví vnímá laická veřejnost. Jestli s reformou souhlasí a zda jí porozuměla. Dále jsem chtěla zjistit, jestli má pro reformu větší pochopení mladší nebo starší generace, lidé s vyšším nebo s nižším vzděláním.

Pokusila jsem se o základní sondáž porozumění a postojů laické veřejnosti k současné reformě zdravotnictví.

1. Současný stav

1.1. Vysvětlení základních pojmů

1.1.1. Zdraví a jeho společenský význam

Je to stav tělesné, duševní a sociální pohody, dále také schopnost žít sociálně a ekonomicky produktivní život (28).

Zdraví je základní biologickou potřebou pro jednotlivce, nezbytnou pro plnění společenských rolí a osobní pohodu. Představuje proto prioritní individuální hodnoty a hodnotu socioekonomickou. Na dobrém zdravotním stavu populace, je závislá celá společnost a její existence. Nemoci a ostatní poruchy zdraví působí značné ekonomické ztráty a mají dalekosáhlé společenské důsledky (32).

Právo na kvalitní ochranu zdraví a zdravotní péči má mít každý člověk: dítě, dospělý, praceschopný i zdravotně postižený, starý člověk, zdravý i nemocný.

Mezi hlavní socioekonomické důsledky poruch zdraví patří: důsledky ekonomické (snížení výkonnosti, nemocenské dávky, invalidní důchody), důsledky sociologické a sociálně psychologické (zátěž psychická, finanční, ovlivnění výchovy dětí, ovlivnění sociálního postavení, veřejného mínění), důsledky biosociální (ohrožení okolí, dysgenetické vlivy), důsledky demografické (poruchy fertility, demografické stárnutí), důsledky sociálně právní a jiné (potřeba zdravotnického zákonodárství, hygienických norem, institucí kontrolujících dodržování těchto zákonných norem a předpisů) (32).

1.1.2. Zdravotní péče a její dostupnost

Jedná se o dostupnost zpřístupnění základní zdravotní péče pro všechny. Je nezbytným předpokladem realizace práva na ochranu zdraví. Pro zajištění dostupnosti zdravotní péče má hlavní význam institut veřejného zdravotního pojištění, které by mělo zahrnovat všechno obyvatelstvo. Dostupnost zdravotní péče má několik dimenzí: dostupnost platební (daná úrovní zdravotního pojištění, rozsahem zdravotní péče, úrovní cen léků), dostupnost věcná (dostatečná kapacita adekvátních služeb, úroveň vybavení

zdravotnických zařízení, pomůcek, léků), dostupnost časová (rozmístění zdravotnických zařízení, jejich vzdálenost, možnost poskytnutí včasné péče, úroveň rychlé zdravotnické pomoci) (32).

Zdravotní péče v sobě zahrnuje péči o akutně a chronicky nemocné nebo úrazem postižené osoby nebo osoby s vrozenou vývojovou vadou, dále také prevenci nemocí, rehabilitaci a další opatření k udržení zdraví i zdravotní výchovu (28).

1.1.3. Veřejné zdravotní pojištění

Jako každé pojištění je i zdravotní pojištění založeno na principu solidarity. Za pojistné, které platí všichni, jsou v případě poruchy zdraví ošetřováni a léčeni ti, kteří to potřebují. Základy zdravotního pojištění vznikaly v rámci nemocenského pojištění v druhé polovině devatenáctého století, které kromě zdravotní péče zabezpečovalo také poskytování peněžních nemocenských dávek jako náhradu za ztrátu výdělku. Do fondů pojištění přispívali kromě samotných pojištěnců také zaměstnavatelé i stát (32).

Rozvinutý systém zdravotního pojištění (nemocenského pojištění) existoval v našich zemích do padesátých let dvacátého století, kdy bylo vlastní zdravotní pojištění (nemocenské existovalo dále) nahrazeno systémem státní zdravotní péče. Na počátku devadesátých let dvacátého století jsme se opět vrátili ke zdravotnímu pojištění (32).

Hlavní zásady veřejného zdravotního pojištění

- povinnost pro všechny občany být jeho účastníkem,
- princip solidarity,
- garance státu,
- dostupnost zdravotní péče všem občanům,
- svobodná volba ošetřujícího lékaře, zdravotní pojišťovny, zdravotnického zařízení,
- základní rozvoj financování zdravotní péče,
- motivace občanů k péči o vlastní zdraví, motivace zdravotnických pracovníků k efektivní a kvalitní činnosti (30).

Ze zdravotního pojištění je hrazena:

- a) diagnostická péče, léčebná péče ústavní i ambulantní včetně rehabilitace a péče o chronicky nemocné;
- b) prevence a dispenzarizace podle zákona o veřejném zdravotním pojištění;
- c) poskytování prostředků zdravotnické techniky a léčiv podle zákona o veřejném zdravotním pojištění;
- d) doprava nemocných a náhrada cestovních nákladů do nejbližšího zdravotnického zařízení, které je oprávněno poskytovat zdravotní péči v případech, kde to nezbytně vyžaduje zdravotní stav nemocného;
- e) zvláštní léčebná péče na doporučení lékaře a lázeňská péče jako nezbytná součást léčby;
- f) pohotovostní zdravotnická služba;
- g) posudková činnost;
- h) závodní preventivní péče;
- i) prohlídka zemřelého pojištěnce.

Ze zdravotního pojištění se nehradí vyšetření, prohlídky a jiné výkony provedené na vlastní žádost, které nesledují léčebný účel. Neplatí se vyšetření vyžádané policií a soudy. Ze zdravotního pojištění jsou hrazeny preventivní prohlídky (32).

1.1.4. Zdravotnictví

Zdravotnictví je souhrn specializovaných zařízení, poskytující profesionální služby v oblasti péče o zdraví, která vyvíjejí činnost v příslušném legislativním a sociálně ekonomickém rámci. Zdravotnictví je odvětvovým profesionálním segmentem širší sféry péče o zdraví, která také zahrnuje dobrovolné iniciativy zaměřené na zlepšení různých faktorů životního stylu, sféru péče o životní prostředí, služby osobní hygieny atd. Zásady a regulace zdravotnické soustavy jsou vytvářeny zdravotní politikou, která se utváří v rámci sociální politiky státu. Zdravotnictví jako společenská instituce vznikalo postupně, v závislosti na ekonomických možnostech státu a na vývoji lékařských věd. Nebývalý rozvoj v souvislosti s diagnostickými a léčebnými možnostmi

moderní medicíny, stejně jako změna sociálních, ekonomických a politických podmínek, má výrazný vliv na celý systém zdravotnictví (12).

Zdravotnictví je součástí politiky a ekonomiky, tedy umění řídit věci veřejné. Zahrnuje témata jako jsou zdravotní politika, zdravotnické systémy, teorie řízení a ekonomika zdravotnictví, zdravotnická legislativa a etika, zdravotní pojištění, hygiena, podpora zdraví, statistika, epidemiologie, demografie, sociální medicína, prevence apod. Nezbytný předpoklad dobrého veřejného zdravotnictví je kvalitní informační zabezpečení, které spočívá ve sběru dat, jejich analýze, přenosu a komunikaci mezi zainteresovanými subjekty (7).

Problematika řízení zdravotnictví je velmi závažná, a to hned z několika důvodů. Zdravotnictví je velmi složitý systém a rozhodování v něm je stále složitější. Nové poznatky v prevenci, diagnostice a terapii je možné aplikovat lépe tam, kde existuje racionálně řízený systém zdravotní péče, koordinace jeho jednotlivých prvků a činností včetně efektivních metod managementu a praktických řídicích činností. Zdroje pro rozvoj zdravotnictví jsou limitovány i v nejvyspělejších a nejbohatších zemích, řídicí složky proto musí umět účelně a efektivně využívat vstupní zdroje a prostředky. Vědy o řízení jsou dnes na takové úrovni, že jejich poznatky mohou řídicí pracovníci využívat i ve zdravotnické praxi. Když při řízení zdravotnictví se zdůrazňují určité rysy a zvláštnosti. Většina činností ve zdravotnictví vyžaduje vysokou kvalifikaci, spolehlivost a adekvátní psychologický přístup. Protože případné nedostatky mají závažné individuální a společenské důsledky (32).

Zdravotnictví má jako základní poslání upevňovat a podporovat zdraví, navracet zdraví, hledat možnosti zdravého života i uprostřed chronických nemocí nebo postižení, obezřetně zacházet s narušeným zdravotním potenciálem (12).

Základní vliv na konkretizaci cílů má zvolený systém uspořádání zdravotnictví. V České republice je systém „pojišťovnický“, který je založen na spravedlnosti a veřejné solidaritě (12).

1.2. Vývoj zdravotnictví

1.2.1. Zdravotnictví od roku 1918 do roku 1945

Zdravotnictví ČSR patřilo do roku 1950 k nejvyspělejším v Evropě a to jak organizačním a sociálním zaměřením, tak i dosahovanou úrovní zdravotního stavu populace (1).

Jeho činnost vycházela z klasického pojišťovacího systému, jehož principy využívá v současné době i Spolková republika Německa a Rakouska. Celý komplex zdravotnictví vycházel a řídil se na tehdejší dobu vyspělou sociální a zdravotní legislativou dvacátých let (1).

1.2.2. Zdravotnictví od roku 1945 do roku 1989

Během několika poválečných let prošlo československé zdravotnictví, spolu s celou společností, několika zásadními koncepčními i strukturálními změnami. Těsně po válce nejdříve plnila nejnaléhavější úkoly, jako zvládnutí infekčních nemocí, snižování kojenecké úmrtnosti, zajištění zdravotní služby zvláště v pohraničních oblastech a vyrovnání v úbytku počtu lékařů a dalších zdravotnických pracovníků. K jistým změnám došlo ještě před rokem 1948 při rozšiřování sítě nemocnic, ambulantních zařízení a poraden. Z legislativních změn mělo největší význam uzákonění povinného očkování proti záškrtu v roce 1946 (14).

Koncepční změny v oblasti zdravotnictví se prosazovaly pomaleji, v závislosti na rostoucích rozporech v rámci politického systému. Zdravotnictví mělo být sjednoceno a řízeno státem, budováno plánovitě v souladu se současným stavem lékařské vědy, se zřetelem na preventivní péči. Přes snahy kompetentních orgánů se roztržitý systém poskytování zdravotnických služeb před rokem 1948 příliš nezměnil.

V roce 1948 nastal zlom převzetím veškeré moci ve státě komunistickou stranou. Od roku 1948 až do roku 1952 přijal parlament několik zásadních zákonů, které se staly základem státem budovaného zdravotnictví. Především zákon č. 185/1948 SB., o zestátnění nemocnic a ostatních léčebných a ošetrovatelských ústavů, dále zákon

o zestátnění léčivých lázní, zákon o národním pojištění, zákon o zestátnění výroby a distribuce léků, zákon o zdravotnických povolání z roku 1950 a další (14).

Dalším krokem k centralizaci zdravotnického systému byl rok 1951, kdy vláda rozhodla o sjednocení preventivní a léčebné péče (14).

Ale odvěká převaha infekčních chorob v obraze nemocnosti a úmrtnosti obyvatelstva byla posléze vystřídána významným vzestupem jiných, tzv. civilizačních nemocí. Tato onemocnění se svojí povahou od infekčních lišily, byly podmíněny mnoha faktory a spjaty s působením mnohotvárného komplexu celé řady biologických i psychosociálních určujících činitelů (6).

Bylo jasné, že všechny tyto nové okolnosti vyžadují také nové přístupy k tvorbě zdravotní politiky. Bylo nutné, aby spektrum lékařských věd bylo obohaceno o disciplínu, která by kromě medicínských hledisek byla schopna zkoumat a řešit také odpovídající stránky a vztahy z oblasti legislativy, ekonomiky, financování, informatiky a moderního řízení – a to v celém systémovém pojetí péče o zdraví v podmínkách soudobé společnosti a jejího rozvoje (6).

Reakce na tuto situaci počátkem druhé poloviny dvacátého století byly v různých zemích odlišné. Důvod těchto rozdílů pramenil především z politického a socioekonomického rozštěpení poválečné Evropy během padesátých a šedesátých let (6).

1.2.3. Zdravotnictví od roku 1989 do roku 2006

České zdravotnictví v době politických, společenských a ekonomických změn po roce 1989 nebylo přes vysokou odbornou úroveň svých pracovníků schopno přenést původní progresivní změny a vtělit teze pro svou vlastní reformu do jasně koncipované nové zdravotní politiky a do patřičně propracované strategie jejího uskutečňování. Nepochopení a nedocnění teorie i praxe je nepochybně jednou z příčin, proč dosud nebyla vypracována kvalifikovaně prodloužená vývojová koncepce našeho systému péče o zdraví (6).

Je zřejmé, že vzhledem k současné situaci, zvláště pak k neschopnosti vyváženě systémově reagovat na prohlubující se rozpor mezi rostoucími nároky na zdravotní péči

a možností tyto nároky financovat, nemůže naše zdravotnická soustava nadále fungovat ve své dosavadní podobě bez nápravy své struktury i funkce (6).

U nás po roce 1989 v návaznosti na vlastní tradice i na evropské chápání solidarity, a navíc ve snaze zajistit pro zdravotnictví větší finanční zdroje pomocí fondu mimo státní rozpočet, byl za souhlasu politiků, zdravotníků i ekonomů znovu zaveden a legislativně podložen systém všeobecného zdravotního pojištění. Od té doby prošel tento systém několika změnami, které místo jeho postupné finanční stabilizace směřovaly spíše k jeho více či méně patrné nedostatečnosti. Jeho kolísání zasahovalo do zdravotnické soustavy, až dospělo do zjevné krizové situace (6).

Socialistické Československo mělo centrálně řízené státní zdravotnictví, jež bylo vyhraněnou podobou národní zdravotní služby. Jeho neudržitelnost byla od roku 1990 v nových společenských a hospodářských podmínkách zřejmá. Nová podoba financování se zaváděla jako součást daňové reformy. Zvolený model se stal skutečností až v roce 1993 po rozpadu federace. Občané si mohli volit zdravotní pojišťovnu, která jim zajišťovala zdravotní péči na základě smlouvy. Financování se zakládá na pojistném, jež odvádějí zaměstnavatelé, zaměstnanci a osoby samostatně výdělečně činné ve výši odvození z příjmu. Za chráněné osoby (děti, studenty, důchodce, nezaměstnané atd.) přispívá pojišťovnám stát (13).

Bezplatná léčba a potažmo spoluúčast pacienta na nákladech léčby prošla zajímavým historickým vývojem. V první fázi transformace českého zdravotnictví, byla snaha zavést spoluúčast pacienta v lékové oblasti, diskutovalo se o nemocničním poplatku a dalších příspěvcích na ambulantní služby. Některé zdravotnické služby byly vyčleněny ze seznamu hrazené péče, tato péče je však velice úzce vymezená a zahrnuje některé stomatologické služby, akupunkturu, kosmetické služby, interrupce na vlastní žádost a další. Spor o vlastní spoluúčast kulminoval v roce 1996, kdy skupina levicových poslanců protestovala proti nelegálnímu rázu finanční spoluúčasti u Ústavního soudu. Podle verdiktu Ústavního soudu je možno finanční spoluúčast řešit pouze formou zákona, nikoliv formou směrnice či vyhlášky ministerstev. V roce 1998 prosadili reprezentanti sociální demokracie doplněk zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, podle kterého lékař ani jiný odborný pracovník ve zdravotnictví či

zdravotnické zařízení nesmí za zdravotní péči ani v souvislosti s poskytnutím této péče přijmout od pojištěnce žádnou úhradu. Tento doplněk byl motivován nespokojeností se situací, kdy lékaři vyžadovali od klientů různé příplatky. Přestože byla tato novelizace míněna dobře, aby se neprohlubovali sociální diference v oblasti zdravotní péče, byla také v mnoha aspektech kontraproduktivní, protože mohla snadno vést k tomu, že úsilí některých nemocných získat pro sebe z nabídky služeb něco lepšího nebo určitá privilegia se pouze přeneslo do neprůhledné sféry neformálních plateb. Ty nemusí být jen formou obálkových úplatků či protislužeb, neboť není ani vyloučeno, že stejnou roli plní i sponzorské dary (20).

Na základě příslušných zákonů, které vznikly po roce 1989, proběhla vcelku úspěšná privatizační vlna na úrovni pracovišť praktických lékařů a ambulantních specialistů. Další privatizace lůžkových zařízení však narazila na naprostou koncepční, legislativní a organizační nepřípravenost. V roce 1996 zásahem vlády bylo odstátňování zdravotnických zařízení pozastaveno. A tím se celý proces odstátňování zdravotnické soustavy zastavil na polovině cesty. Převážná část lůžkových ústavů si zanechala charakter státních příspěvkových organizací, řízených buďto přímo z centra prostřednictvím ministerstva zdravotnictví, anebo zřizovatelským prostřednictvím okresů (6).

Počátek 90. let minulého století byla doba politických, sociálních a ekonomických změn, která kromě jiného přinesla do zdravotnictví novou manažerskou kulturu. Již v této době se začala v ČR sledovat spokojenost pacientů, která je důležitým ukazatelem kvality zdravotnických služeb. Pacient je dnes již nazýván klientem nebo konzumentem, tato nová označení jenom podtrhují současnou orientaci zdravotnických služeb, pro kterou je typická snaha vyhovět přáním pacienta a tím docílit jeho spokojenosti. Neboť pacienti, kteří jsou spokojeni s průběhem léčby, více důvěřují lékařům i sestřám a věří v jejich snahu i kompetenci. To může pozitivně ovlivnit aktivitu a míru spolupráce pacientů v průběhu léčby a v konečném důsledku pak významně ovlivnit dosažené výsledky (17).

V roce 2001 Parlament České republiky ratifikoval Úmluvu na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Sb. M. s.

96/2001). Jde o nejvyšší zdravotnický zákon země, který má přednost před všemi ostatními, dosud platnými zdravotnickými zákony (8).

Úmluva se vztahuje na všechny lékařské a biologické aplikace týkající se lidských bytostí, a to včetně aplikací preventivních, diagnostických, léčebných a výzkumných. Úmluvu lze chápat jako vymezení rámcových, ale legislativně zakotvených mantinelů pro vytváření stejných nebo alespoň velmi podobných podmínek pro pacienty i zdravotníky celé Evropy (15).

Problém spočívá v tom, že po období několika počátečních roků posledního desetiletí minulého století, kdy byl přijat soubor základních zákonů, jež nastartovaly reformu českého zdravotnictví, následovala řada let sterility zdravotnické legislativy, trvající dodnes (6).

Moderní pacienti jsou stále více nároční a mnohé jejich potřeby mají charakter subjektivních očekávání a přání. Ta nelze zakázat, ale ani nelze očekávat, že solidární systém je může bezezbytku plnit (20).

1.3. Současná reforma zdravotnictví

1.3.1. Proč reforma

Financování zdravotnictví je z důvodu stárnutí populace a nových drahých technologií pod tlakem ve všech vyspělých zemích. Je jasné, že přívod financí do zdravotnictví se musí zvýšit. Otázkou je, jak to udělat bez zruinování státních financí a při zachování dostupnosti potřebné zdravotní péče pro všechny občany (10).

Prvním krokem je z etických i logických důvodů snaha o lepší využití peněz, které už dnes občané na zdravotnictví povinně platí. Později bude muset následovat změna financování a patrně i rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (10).

Našli bychom samozřejmě spoustu dalších důvodů pro okamžitou změnu. Jedním z nich je nadměrná závislost zdravotnictví na politicích. Ta vede k častým a

prudkým změnám, způsobeným nejen střídáním politických stran u moci, ale bohužel i změnou osoby ministra, i když je ze stejné politické strany (10).

Zdravotní politika musí směřovat daleko do budoucnosti. Nelze jí koncipovat na jedno volební období a měnit její záměry podle ideologie momentálně vládnoucí politické strany. Podstata zdravotnické politiky, naplňuje-li hlavní cíl, kterým je zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva, spočívá na jejím celospolečenském charakteru. Výsledky zdravotní politiky se projevují většinou ve změnách obrazu zdravotního stavu nikoli během čtyř let jednoho volebního období, ale v průběhu čtyřiceti let nebo čtyř generací (6).

1.3.2. Etapy reformy zdravotnictví

1.3.2.1. Stabilizační fáze 2006-2007

Návrat ke standardním vztahům a komunikaci. Mezi hlavní kroky patří zlepšit výkon státní správy, zajistit dostupnou zdravotní péči, snížit nejistotu, zajistit zdroje pro zdravotnictví ze strukturálních fondů EU (9).

1.3.2.2. Reformní opatření I. 2008-2009

Cílem je zvýšení efektivity dnešního systému, zamezit plýtvání, stanovení rozsahu krytí zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění, specializovaný nezávislý dohled nad zdravotními pojišťovny, zajistit kvalitu a bezpečnost zdravotních služeb, zajistit postavení pacienta jako zákazníka (11).

Úhrada léků, modernizace sítě zdravotnických zařízení, zvýšení zodpovědnosti zdravotnických pojišťoven, posílení volby a zodpovědnosti občanů patří mezi základní kroky této etapy (9).

Stabilizační opatření, které parlament České republiky schválil se občanů přímo dotklo 1. ledna 2008, novinkou bylo zavedení regulačních poplatků, ročního ochranného limitu a změna stanovování cen a úhrad léků. Rok 2009 přináší nové zákony v oblasti veřejného zdravotního pojištění, zdravotnických služeb a vzdělávání zdravotnických pracovníků (16).

1.3.2.3. Reformní opatření II. 2010 a dále

Hlavním cílem je zajištění dlouhodobé udržitelnosti solidárního systému. Dále také změny v odvodech na veřejné zdravotní pojištění, možnost zdravotního spoření, možnost volby rozsahu pojištění a změna financování zdravotně sociální oblasti (11).

1.3.3. Legislativní změny

1.3.3.1. Veřejné zdravotní pojištění

Přijatý zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů

Regulační poplatky

Regulační poplatky jsou zavedeny především za účelem omezení plýtvání a zneužívání zdravotních služeb. V okamžiku, kdy bude zákazník čerpat nějakou zdravotní službu, si přes symbolickou částku 30, 60 a 90 korun uvědomí, že tato služba něco stojí, že péče mu poskytovaná má nějakou finančně vyjádřitelnou hodnotu. To by mělo vést ke změně jeho chování a ke zvážení, zda takovou službu, v takové frekvenci nebo takovém množství (u léků) opravdu potřebuje. Zavedení regulačních poplatků je dnes běžné ve většině evropských zemí a všude přineslo příznivý efekt. Klienti omezili plýtvání a méně zdravotní služby zneužívali. Každá koruna, která se změnou chování pacientů ušetří, zůstane ve zdravotnictví a ve svém důsledku tedy půjde ve prospěch buď léčby vážně nemocných klientů a drahých život zachraňujících lékařských výkonů, nebo na zlepšení kvality poskytovaných služeb. Posílí se tak solidarita zdravých lidí s nemocnými klienty. Změní se postavení pacienta, neboť i symbolická částka jeho pozici vůči lékařům a dalším zdravotnickým pracovníkům upevní. Lékař, kterému se sníží část návštěv díky poplatkům, může ušetřený čas plně věnovat pacientům, kteří to skutečně potřebují (16, 30, 31), (viz. Příloha 2, Příloha 3).

Očekávání ministerstva zdravotnictví se zcela naplnilo a regulační poplatky plní svůj účel. Za první rok fungování přinesly celkovou úsporu ve výši deset miliard korun – pět miliard korun se vybralo na regulačních poplatcích a dalších pět miliard představují úspory uvnitř systému (18), (viz. Příloha 4).

Roční ochranný limit

Ochranný limit je 5 tisíc korun ročně, jeho hlavní úkol je chránit chronicky nemocné před kumulací doplatků na léky a některých nově zavedených regulačních poplatků.

Vážně nemocným lidem, až dosud trvale rostly doplatky na léky a těžké to měli a mají zejména ti nemocní, u nichž se potkalo hned několik chorob najednou. Tyto pacienty nedokáže před vysokými náklady dostatečně ochránit ani dobře nastavený systém určování cen a doplatků léků, právě proto vznikla pojistka ve formě ročního ochranného limitu (viz. Příloha 5, Příloha 6).

Sledování limitu i vrácení peněz zákon uložil zdravotním pojišťovnám. Pojištěnci se nemusí obávat, že by se zrovna na jeho limit zapomnělo, neboť dobře promyšlená evidence poplatku to prakticky vylučuje. Přesto si občan může požádat při placení příslušného poplatku o doklad. Dále jsou zdravotní pojišťovny povinny na žádost občana bezplatně jedenkrát ročně poskytnout výpis z jeho osobního účtu, kde budou uvedeny všechny poplatky a doplatky na léky, které se započítávají do limitu. Řada zdravotních pojišťoven dokonce připravuje přístup k tomuto osobnímu účtu přes internet (16, 30, 31).

Léky, jejich ceny a doplatky

Od 1. ledna 2008 se změnil i způsob, jakým jsou stanovovány ceny a úhrady léků. Nový systém je daleko pružnější a vede k tlaku na snižování cen léků a tím pádem i doplatků. Toto je zejména užitečné pro lidi, kteří užívají drahé léky (16).

Doplatek pacienta je dán rozdílem mezi konečnou cenou léku v lékárně a výší jeho úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Cena léku může být v lékárnách různá, kvůli obchodní příirážce distributorů a lékáren.

Regulace cen i úhrad léků budou nově pod jednou střechou Státního ústavu pro kontrolu léčiv. Dále také zákon nově vložil do kompetence ministerstva zdravotnictví vydat cenové rozhodnutí. Ministerstvo v něm upraví existující obchodní příirážku lékáren tak, aby kompenzovalo přímé výdaje občanů i výdaje z veřejného zdravotního pojištění, které jim vznikly zejména díky vyšší dani z přidané hodnoty (DPH - u léků se

mění z 5 procent na 9 procent). Úprava obchodní příirážky je navržena tak, aby všechny léky byly stejně drahé nebo dokonce levnější než před zvýšením DPH. Kompenzace se projeví zejména u drahých léčiv, které zatěžují příliš vysokými náklady a naopak přenést větší díl financování levných léků na přímé platby pacientů. Mechanismus kompenzace spočívá v přísnějším prohloubení odstupňování obchodní příirážky. To znamená, že příirážka bude nižší čím bude lék dražší než tomu bylo doposud.

Další významnou změnou je možnost lékárníka změnit předepsaný lék pacientovi za levnější variantu. Ovšem jen za podmínky, že náhradní lék bude obsahovat stejnou účinnou látku, se stejnou cestou podání a stejnou lékovou formou (16, 30, 31).

Novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Novým zákonem o veřejném zdravotním pojištění budou přesnějším a vymahatelnějším způsobem definovány povinnosti zdravotních pojišťoven při zajištění dostupnosti zdravotní péče kryté z veřejného zdravotního pojištění pro jejich klienty. Tím se zvýší zodpovědnost zdravotních pojišťoven a nároky na jejich činnost. Zároveň získají zdravotní pojišťovny také více možností a nástrojů k ovlivňování nákladů na zdravotní péči a k řízení a integraci této péče při zachování průběžného systému financování (24).

Mezi zásadní změny patří: stanovení jasné definice péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně časové a místní dostupnosti, povinnost zdravotní pojišťovny zajistit zdravotní služby pro své pojištěnce, zajištění práva pojištěnce na informace o alternativních možnostech léčby (a zároveň zpřísnění postihu za zamlčování možností léčby), pro pojištěnce možnost připlatit si legálně na „nadstandard“ a získat bonus za zdravý životní styl nebo aktivní přístup k prevenci, pro zdravotní pojišťovny možnost nabízet různé pojistné plány, zpřísnění sankcí pro dlouhodobé neplatiče odvodů, nákup péče zdravotními pojišťovnami podle kvality a ceny péče (9).

Od 1. 8. 2008 nabyla účinnosti další novela č. 270/2008, která upravila vybírání regulačních poplatků. Osvobozují se rodiče od placení regulačních poplatků za pobyt

v porodnici za novorozence, regulační poplatky za pobyt matky (rodiče) zůstávají v platnosti. Osvobozují se od placení všech regulačních poplatků pojištěnci umístění k výkonu ústavní výchovy v domovech pro pacienty se zdravotním postižením nebo pojištěnci, o jejichž umístění do ústavní péče rozhodl soud. Dárci orgánů pro transplantace se osvobozují od placení regulačních poplatků, které se bezprostředně vztahují k tomuto dárcovství. Zavádí se pokuta do výše 50 000 Kč za neoprávněné vybírání regulačních poplatků lékaři a zdravotnickými zařízeními (30).

1.4. 2009 vstoupila v platnost další novela, která mění jeho paragrafy týkající se regulačních poplatků a doplatků na léčiva a jejich limitů. Zvýhodnění jsou zejména děti do 18 let a senioři ve věku od 65 let. Dětem do 18 let se ruší poplatek 30 Kč u lékaře, snižuje se výše ochranného limitu na 2500 Kč z 5000 Kč. U seniorů nad 65 let se výše ochranného limitu snižuje na 2500 Kč z 5000 Kč. A 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 (33).

Připravovaný zákon o zdravotních pojišťovnách

Tento zákon by měl být jednotný a společný pro všechny zdravotní pojišťovny. Zlepšit jejich motivaci, výkonnost a transparentnost. Dále zajistit průhlednost účetnictví a jasnou zodpovědnost managementu a správních rad za výsledky organizace, stanovit jasné podmínky pro vznik a činnost zdravotních pojišťoven, zavést standardní bezpečnostní nástroje pro zdravé hospodaření, požadavky na provozování a organizaci zdravotní pojišťovny, posílit orientaci na pojištěnce: stížnostní agenda, agenda žádostí, transparentní čekací seznamy, stanovit pravidla pro transformaci současných zdravotních pojišťoven na akciové společnosti (11).

Je třeba si uvědomit, že změna právní formy zdravotních pojišťoven není zásadní změnou systému veřejného zdravotního pojištění. Nová právní forma vedoucí ke zlepšení jejich zodpovědnosti a transparentnosti a zlepšení jejich motivace cestou nalezení majitele a umožnění tvorby regulovaného zisku je v souladu s nastavením českého systému na začátku 90. let 20. století. Základní charakteristika sektoru

zdravotnictví zůstává zachována. Zajištění dostupnosti potřebné zdravotní péče pro všechny občany ČR, bez ohledu na jejich schopnost platit, a tedy k solidárnímu financování zdravotnictví, jsou zachovány a posíleny. Změna právní formy a umožnění regulované tvorby zisku umožní díky vyšší zodpovědnosti, transparentnosti a motivaci zdravotních pojišťoven vyšší efektivitu nakládání s veřejnými finančními prostředky na zajištění zdravotní péče. Toto opatření tak přinese dlouhodobý prospěch všem účastníkům systému (pojištěnci, zdravotnická zařízení) i státu jako celku (25).

Zákon je zaměřen na regulaci institucionální podoby zdravotní pojišťovny. Je strukturován chronologicky od vzniku zdravotní pojišťovny přes požadavky na její činnost, výkon dohledu a v závěru je popsán její zánik a likvidace. První část zákona se věnuje podmínkám provozování veřejného zdravotního pojištění, mezi které patří požadavky pro vydání licence k provozování veřejného zdravotního pojištění a povolení k provozování zdravotního plánu. Druhá část popisuje primární požadavky na organizaci zdravotní pojišťovny a její povinnosti a práva vůči pojištěncům a plátcům odvodů na veřejné zdravotní pojištění. Zákon dále definuje povinnosti zdravotní pojišťovny při hospodaření s prostředky určenými na zajišťování nároků pojištěnců, jako i společné činnosti zdravotních pojišťoven. Třetí část vymezuje povinnosti zdravotních pojišťoven vůči dohledovému orgánu a pravomoci Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami v oblasti opatření a sankcí. Poslední část se věnuje ukončení provozování zdravotního plánu nebo veřejného zdravotního pojištění (25).

Připravovaný zákon o dohledu nad zdravotními pojišťovnami

Zavedení nezávislého dohledu nad finanční situací pojišťoven a plnění jejich povinností při zabezpečování dostupnosti zdravotních služeb: ustavení Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami jako nezávislého nepolitického regulátora (ústřední orgán státní správy), stanovení jasných a funkčních pravidel pro pravidelné informování úřadu o hospodaření a činnosti zdravotních pojišťoven a možnost jeho zásahu, vydávání a odebírání licencí a povolení zdravotním pojišťovnám, dohled nad finančním zdravím pojišťoven, dohled nad přerozdělením odvodů na veřejné zdravotní

pojištění, dohled nad plněním povinností zdravotních pojišťoven ohledně zajištění dostupnosti zdravotní péče pro jejich pojištěnce (11).

Dohled nad zdravotními pojišťovnami v části provozování veřejného zdravotního pojištění vykonává Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. Úřad vede seznam zdravotních pojišťoven a jejich zdravotních plánů podle vydaných licencí a povolení. Úřad kontroluje zdravotní pojišťovny formou dohledu na dálku, tedy průběžného sledování hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich finanční stability a dohledu na místě, kdy je místo výkonu vázáno především na sídla a další prostory jednotlivých zdravotních pojišťoven (23).

Dohled Úřadu je zaměřen na tyto oblasti:

1. vydávání předchozího souhlasu ve vybraných situacích,
2. dohled nad hospodařením zdravotních pojišťoven a plněním povinností uložených tímto zákonem,
3. dohled nad plněním nároků pojištěnců zdravotními pojišťovnami definovaných zákonem o veřejném zdravotním pojištění,
4. další oblasti dohledu nad provozováním veřejného zdravotního pojištění,
5. soulad provozovaných činností s platnou licencí a platnými povoleními,
6. plnění opatření uložených zdravotní pojišťovně Úřadem.

Úkolem Úřadu je pravidelně hodnotit činnost zdravotní pojišťovny, včas odhalovat případné současné nebo budoucí problémy, vyžadovat jejich nápravu nebo včasné předcházení jejich vzniku a v případě neplnění nebo závažného porušení ukládat sankce. Na základě informací získaných při dohledu pak může Úřad uložit opatření nebo sankci (23).

1.3.3.2. Zdravotní služby

Novela zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a vyhlášky o zdravotnické dokumentaci

Tato novela dává právo pacientovi nahlížet do zdravotnické dokumentace a získat její kopii. Dále může pacient definovat osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu a nahlížet do dokumentace, nebo osoby, které být informovány

nemohou. Novela dává i právo osobám blízkým získávat informace o pacientovi a nahlížet do zdravotnické dokumentace, pokud to pacient nezakázal a jeho zdravotní stav to vyžaduje (29).

Připravovaný zákon o zdravotních službách a podmínkách jeho poskytování

Zákon upraví druhy a formy zdravotnických služeb, podmínky k oprávnění poskytovat zdravotnické služby, práva a povinnosti pacientů a osobám pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotnických služeb, zdravotnických pracovníků a dalších osob v souvislosti poskytování zdravotnických služeb. Nová úprava je stanovena tak, aby podmínky poskytování zdravotnických služeb byly upraveny uceleně jedním zákonem (26).

Zákon stanoví jednotlivě druhy a formy zdravotnických služeb. Druhy zdravotnických služeb budou:

- a) podle okolností, za kterých jsou služby poptávány (zdravotní služby prvního kontaktu, ostatní služby),
- b) podle časové naléhavosti (služby neodkladné, plánované akutní, plánované neakutní),
- c) podle obsahu (služby preventivní, diagnostické, posudkové, konzultační, léčebné, ošetrovatelské, paliativní a lékárenské).

Formami budou zdravotní služby ambulantní, lůžkové a jednodenní. Dělení zdravotnických služeb je nutné pro potřeby udělování oprávnění k poskytování zdravotnických služeb (26).

Tento zákon zavádí nové pojmy a definuje je:

Zdravotní péče je soubor činností a opatření prováděných za účelem udržení a prodloužení života fyzických osob, zajištění zdravé reprodukce, odstranění nemoci nebo vady, obnovení a udržení dobrého zdravotního stavu nebo jeho zlepšení a zmírnění utrpení. Zdravotní péči lze poskytovat jen jako zdravotní službu, s výjimkou poskytování zdravotní péče, byť soustavně, vlastní osobě nebo osobě blízké, a poskytnutí první pomoci a dále činností prováděných na základě živnostenského oprávnění (9).

Zdravotní služba je zdravotní péče poskytovaná právnickou nebo fyzickou osobou za účelem zisku nebo jiným účelem, který připouští zákon. Tato fyzická nebo právnická osoba ji poskytuje vlastním jménem a na vlastní odpovědnost. Může být poskytována pouze poskytovatelem zdravotních služeb, který má oprávnění k poskytování zdravotních služeb (9).

Zákon definuje základní pojmy, kterými je pacient a ošetřující zdravotnický pracovník. Jedná se o pojmy v praxi běžně užívané, nicméně v řadě případů neexistující definice způsobuje problémy. Pacient bude moci mít v průběhu poskytování zdravotní služby současně více ošetřujících zdravotnických pracovníků (např. praktického lékaře, který pacienta doporučí k hospitalizaci a současně lékaře oddělení v nemocnici) (26).

Pacientem je každá fyzická osoba, které je poskytována zdravotní služba nebo jejíž zdravotní stav poskytnutí zdravotní služby vyžaduje.

Ošetřujícím zdravotnickým pracovníkem je zdravotnický pracovník, který sestavuje, koordinuje a realizuje konkrétní léčebný plán (26).

Léčebným plánem se rozumí plán poskytování zdravotních služeb v logické a časové posloupnosti konkrétnímu pacientovi, včetně jejich možných variant a výčtu metod. Součástí léčebného plánu může být i léčebný režim, kterým se rozumí soubor opatření, včetně doporučení úpravy životního stylu, který podporuje léčbu a minimalizuje její možná rizika (26).

Připravovaný zákon o specifických zdravotnických službách

Tento zákon navazuje na zákon o zdravotnických službách a společně s ním nahradí zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (9).

Poskytnutí specifických zdravotních služeb může zásadním způsobem ovlivnit zdraví pacienta, rovněž může být závažným zásahem nejen do způsobu jeho dosavadního života, ale i do jeho práv. Proto byla z obecné úpravy zdravotních služeb (současně připravovaný věcný záměr zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich provozování) jejich úprava vyčleněna a přistoupilo se k přípravě zvláštní právní úpravy, jejímž účelem je vymezit postupy při poskytování specifických zdravotních služeb tak, aby byly v co možná nejvyšší míře respektovány a chráněny zájmy pacienta.

Jedná se o specifické zdravotní služby jako jsou např. asistovaná reprodukce, umělé přerušování těhotenství, psychochirurgické výkony, sterilizace, kastrace, změna pohlaví atd (21).

Připravovaný zákon o zdravotnické záchranné službě

Zákon především vymezí zdravotnickou záchrannou službu jako zvláštní druh zdravotní služby, upraví podmínky pro poskytování zdravotnické záchranné služby včetně zajištění její dostupnosti, požadavky kladené na poskytovatele zdravotnické záchranné služby, základní organizaci zdravotnických zařízení zdravotnické záchranné služby, zvláštní práva a povinnosti poskytovatelů zdravotnické záchranné služby a zdravotnických pracovníků při plnění úkolů zdravotnické záchranné služby. Zákon dále upraví některé podmínky poskytování zdravotnické záchranné služby za mimořádných událostí a krizových stavů a působnost ministerstva a krajů na úseku zdravotnické záchranné služby. Zákon rovněž vymezí sankce za porušení povinností v oblasti zdravotnické záchranné služby (27).

Zdravotnická záchranná služba je zvláštní zdravotní služba tvořená souborem služeb a činností, prováděných v rámci přednemocniční neodkladné služby a v rámci připravenosti na řešení krizových situací ve zdravotnictví zajišťovaných poskytovatelem zdravotnické záchranné služby (9).

Zákon stanoví jednotnou vnitřní strukturu zařízení zdravotnické záchranné služby, kterou tvoří územní středisko, zdravotnické operační středisko, výjezdové základny s výjezdovými skupinami, eventuálně základny letecké záchranné služby a pracoviště krizové připravenosti a další možná fakultativní zřizovaná pracoviště (pomocná operační střediska, ambulance akutního ošetření, pracoviště dopravy).

Územní středisko je centrálním řídicím a koordinačním pracovištěm zdravotnické záchranné služby na území příslušného kraje (27).

Zdravotnické operační středisko je centrálním pracovištěm operativního řízení provozu soustavy zdravotnické záchranné služby při poskytování zdravotnické záchranné služby na území kraje na základě převzetí a vyhodnocení výzev přijatých prostřednictvím národního tísňového čísla 155 nebo od základních složek integrovaného

záchranného systému nebo od orgánů krizového řízení, a to i za mimořádných událostí a krizových stavů (27).

Výjezdovou základnou se rozumí pracoviště zařízení zdravotnické záchranné služby, odkud na výzvu zdravotnického operačního střediska nebo podřízených operačních středisek vyjíždí výjezdová skupina. Jejich rozmístění je dáno Plánem plošného pokrytí území ČR výjezdovými základnami zdravotnické záchranné služby tak, aby byl dodržen dojezdový interval stanovený plánem (27).

Výjezdovými skupinami jsou skupiny rychlé lékařské pomoci a rychlé zdravotnické pomoci, které jsou nasazovány rozhodnutím zdravotnického operačního střediska na základě vyhodnocené závažnosti tísňového volání (27).

Síly a prostředky zdravotnické záchranné služby jsou rozmisťovány dle Plánu. Ten stanovuje na základě definovaných demografických, topografických a rizikových parametrů rozmístění výjezdových základen k zabezpečení určené oblasti (9).

Plán tedy nahrazuje – v kontextu s plánem plošného pokrytí Hasičského záchranného sboru ČR - dříve pevně stanovený interval 15-ti minutové dostupnosti zdravotnické záchranné služby pro území celého státu. Ten nebyl doposud přibližně u 15% všech uskutečněných výjezdů na území státu naplňován. Dodržení takto nastaveného limitu by však znamenalo abnormálně vysoké náklady, nevyvážené dostatečně efektivními výsledky a ztrátu odborné erudice personálu výjezdových základen s malou četností výjezdů. Určení ideální podoby sítě výjezdových základen na území státu se tak podle nového Plánu bude řídit v závislosti na několika vstupních faktorech, které pro každou oblast státu stanoví maximální časový údaj pro dostupnost zdravotnické záchranné služby. Tento časový interval bude v souladu s předem určenými vstupními faktory (kritérii) stanoven v rozmezí 5 – 20 min. Těmito faktory budou hustota osídlení, typy a četnost rizikových činností a aktivit na území vykonávané a statistické informace o počtu výjezdů uskutečněných na daném území v minulých obdobích. V rámci mezikrajské spolupráce je vytvářen lokální systém vzájemného zálohování poskytovatelů zdravotnické záchranné služby z blízkých základen na hranicích jednotlivých krajů tak, aby byla efektivně zajištěna dostupnost zdravotnické záchranné služby dle Plánu. Rovněž k naplnění připravenosti na řešení

krizových situací a při vlastním řešení mimořádných událostí a krizových situací jsou v rámci této spolupráce posilovány síly a prostředky poskytovatele zdravotnické záchranné služby toho kraje, na jehož území k mimořádné události či krizovému stavu došlo (19, 27).

Ministerstvo financuje činnosti zdravotnické záchranné služby vykonávané buď přímo v jeho působnosti (zajištění vzdušných dopravních prostředků pro leteckou záchrannou službu), nebo vykonávané na krajské úrovni v přenesené působnosti (činnost zdravotnických operačních středisek, činnost pracovišť krizové připravenosti); současně spolufinancuje dobudování nově zřizovaných výjezdových základen nezbytných k naplnění Plánu prostřednictvím investičních programů ministerstva. Ministerstvo je dále zodpovědné za úhradu přednemocniční neodkladné zdravotní služby, která je jinak hrazena zdravotními pojišťovnami (27).

1.3.3.3. Vzdělání a univerzitní nemocnice

Připravovaný zákon o univerzitních nemocnicích a o univerzitních zdravotních pracovištích

Věcný záměr si klade za cíl nahradit fakultní nemocnice existující v již překonané formě příspěvkových organizací univerzitními nemocnicemi, které budou mít podobu akciových společností, a upravit standardní právní vztahy mezi univerzitní nemocnicí a univerzitou, včetně odstranění dvoukolejnosti v řízení nemocnice. Budou mít zákonem stanovenou odpovědnost tří základních činností: poskytování zdravotních služeb, vzdělávání, věda a výzkum. Univerzitou se pro účely tohoto zákona bude rozumět vysoká škola univerzitního typu, která má lékařskou fakultu (9).

Volba formy akciové společnosti je spojena s těmito výhodami:

- využití existující a osvědčené formy právnické osoby podrobně upravené v obchodním zákoníku,
- standardní řízení představenstvem,
- kontrolní mechanismy upravené v obchodním zákoníku (dozorčí rada a společníci prostřednictvím valné hromady),

- z hlediska potřeb specifík univerzitní nemocnice nebude okruh odchylek od obchodního zákoníku rozsáhlý (22).

Univerzita bude vykonávat svůj vliv na činnost univerzitní nemocnice prostřednictvím své majetkové účasti a zastoupením v orgánech nemocnice. Věcný záměr je oproti stávajícímu stavu ve fakultních nemocnicích založen na majetkovém podílu univerzity v univerzitní nemocnici. Podíl na základním kapitálu univerzitní nemocnice bude náležet z 34 % univerzitě a z 66 % státu. Výuka studentů bude zabezpečována na základě písemné smlouvy uzavírané mezi univerzitou a univerzitní nemocnicí (9, 22).

1.3.4. Nelegislativní změny

Pacienti i odborná veřejnost mohou najít na webu ministerstva zdravotnictví Knihu bezpečí, ve které se poučí, jak předcházet rizikům ve zdravotnictví. Dává návod pacientům, jak se v kterých situacích má chovat, jaká práva má, jak je může užívat a jak to zvýrazňuje jeho roli v systému, která musí být dominantní, protože zdravotní systém tu není ani kvůli zdravotním pojišťovnám, ani kvůli farmaceutickým firmám, ani kvůli poskytovatelům, ale kvůli pacientovi (9).

Cílem je srozumitelnou formou informovat cílovou skupinu (9).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1. Cíl práce

Cílem práce je zjistit, jestli laická veřejnost porozuměla současné reformě zdravotnictví. Práce by měla zmapovat postoje laické veřejnosti k reformě v různých věkových kategoriích.

2.2. Předpokládané hypotézy

H1: Mladší generace má pro reformu lepší pochopení, než generace starší.

H2: Nepochopení a nesouhlas s reformou bude převažovat nad porozuměním a spokojeností laické veřejnosti.

3. Metodika

3.1. Kvantitativní výzkum

Práce byla zpracována na podkladě tří set dotazníků rozdaných náhodně laické veřejnosti v Jihočeském kraji, která byla rozdělena do tří věkových kategorií.

3.2. Charakteristika zkoumaného souboru

Sledovaný soubor tvořilo 300 respondentů ve třech věkových kategoriích, 100 respondentů od 18 do 39 let, 100 respondentů od 40 do 59 let a 100 respondentů od 60 let. Výzkum byl prováděn pouze u laické veřejnosti v Jihočeském kraji.

Návratnost dotazníků byla u respondentů oslovovaných přímo 80%. U respondentů, jimž byly dotazníky zaslány přes prostředníka 70%.

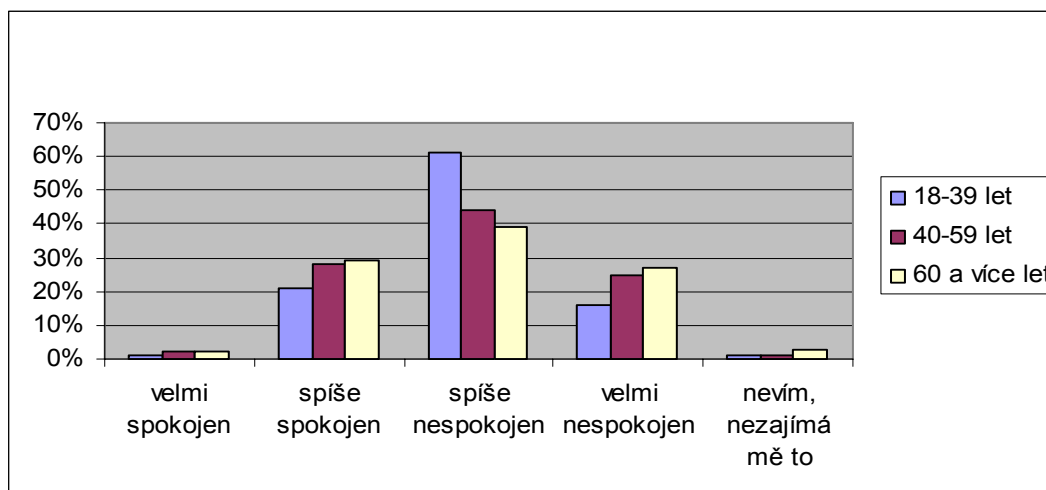
4. Výsledky

4.1. Hodnocení a porovnání odpovědí ve třech věkových kategoriích

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 4 dotazníku

Otázka 4: Jste spokojen(á) se stavem našeho zdravotnictví?

Graf 1: Spokojenost se stavem našeho zdravotnictví



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 1: Spokojenost se stavem našeho zdravotnictví

	18-39 let	40-59 let	60 a více let
velmi spokojen	1%	2%	2%
spíše spokojen	21%	28%	29%
spíše nespokojen	61%	44%	39%
velmi nespokojen	16%	25%	27%
nevím, nezajímá mě to	1%	1%	3%

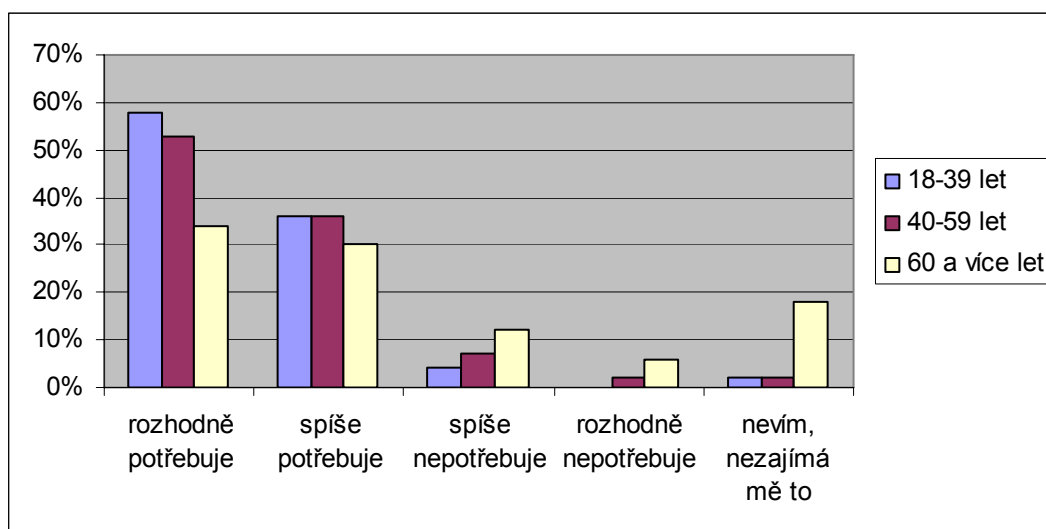
Zdroj: vlastní výzkum

Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že se stavem našeho zdravotnictví jsou nejvíce nespokojeni respondenti v první věkové kategorii, zatímco největší spokojenost udávají respondenti v poslední věkové kategorii (viz. graf 1, tabulka 1).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 5 dotazníku

Otázka 5: Myslíte si, že naše zdravotnictví potřebuje reformu?

Graf 2: Potřeba reformy



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 2: Potřeba reformy

	18-39 let	40-59 let	60 a více let
rozhodně potřebuje	58%	53%	34%
spíše potřebuje	36%	36%	30%
spíše nepotřebuje	4%	7%	12%
rozhodně nepotřebuje	0%	2%	6%
nevím, nezajímá mě to	2%	2%	18%

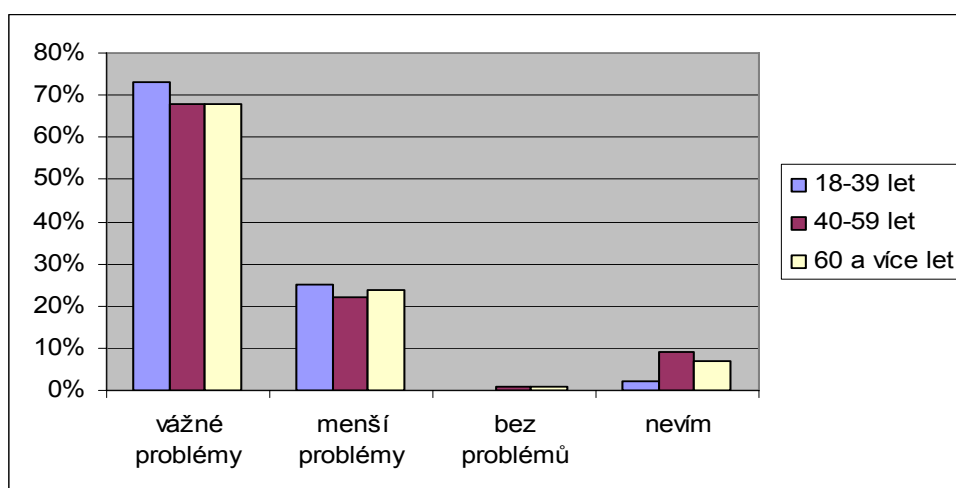
Zdroj: vlastní výzkum

Z otázky je patrné, že nejvíce dotazovaných, kteří si myslí, že naše zdravotnictví potřebuje reformu, patří do první věkové kategorie. Oproti tomu nejvíce lidí, kteří si myslí, že reformu nepotřebujeme, se nachází ve třetí věkové skupině. V poslední skupině se nachází i nejvíce respondentů, kteří odpověděli: nevím, nezajímá mě to (viz.graf 2, tabulka 2).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 6 dotazníku

Otázka 6: Jaké si myslíte, že jsou ve zdravotnictví problémy?

Graf 3: Problémy ve zdravotnictví



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 3: Problémy ve zdravotnictví

	18-39 let	40-59 let	60 a více let
vážné problémy	73%	68%	68%
menší problémy	25%	22%	24%
bez problémů	0%	1%	1%
nevím	2%	9%	7%

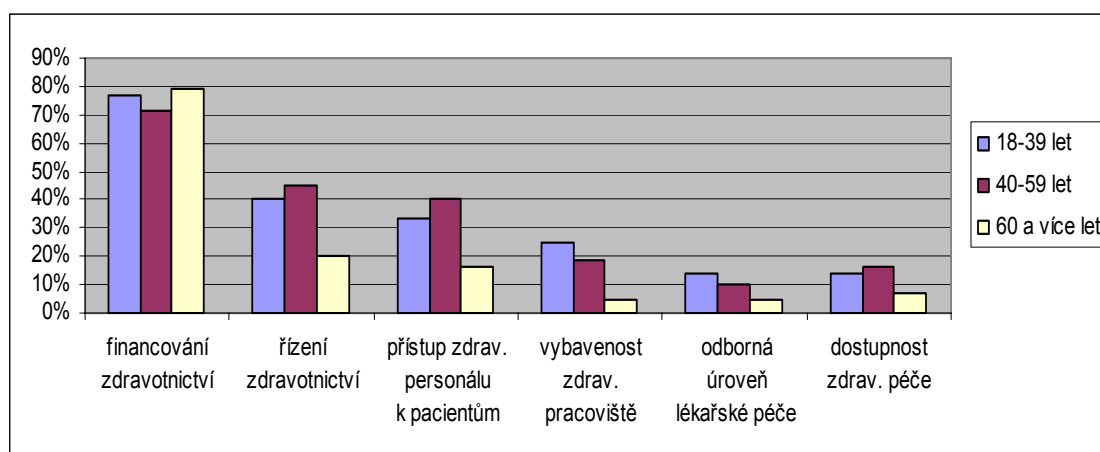
Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce respondentů, kteří si myslí, že naše zdravotnictví má vážné problémy se nachází v první věkové kategorii. Ve druhé věkové kategorii se nachází nejvíce respondentů, kteří odpověděli na tuto otázku: „nevím“ (viz. graf 3, tabulka 3).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 7 dotazníku

Otázka 7: Jakou oblast ve zdravotnictví považujete za nejvíce problémovou?

Graf 4: Nejvíce problémová oblast zdravotnictví



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 4: Nejvíce problémová oblast zdravotnictví

	18-39 let	40-59 let	60 a více let
financování zdravotnictví	77%	71%	79%
řízení zdravotnictví	40%	45%	20%
přístup zdrav. personálu k pacientům	33%	40%	16%
vybavenost zdrav. pracoviště	25%	19%	5%
odborná úroveň lékařské péče	14%	10%	5%
dostupnost zdrav. péče	14%	16%	7%

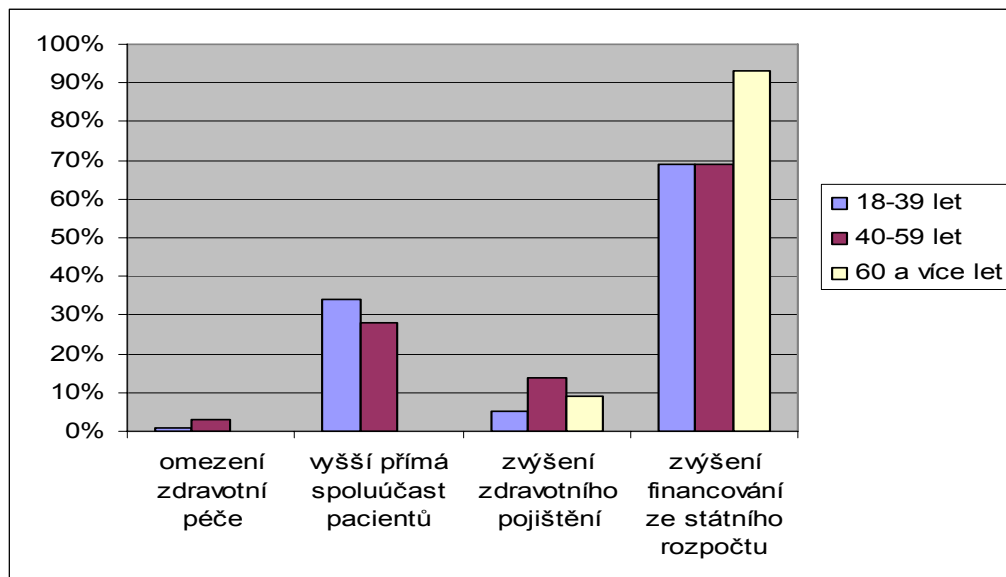
Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce někteří respondenti vybírali i více odpovědí. Financování zdravotnictví vnímá jako největší problém třetí věková kategorie. Řízení zdravotnictví, přístup zdravotnického personálu k pacientům a dostupnost zdravotní péče druhá kategorie. Vybavenost zdravotnického pracoviště a odborná úroveň lékařské péče první kategorie (viz. graf 4, tabulka 4).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 8 dotazníku

Otázka 8: Výnosy ze zdravotního pojištění už dlouhodobě nestačí pokrývat náklady na zdravotnictví. Jaké je podle Vás řešení?

Graf 5: Jak zvýšit finanční prostředky na zdravotnictví



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 5: Jak zvýšit finanční prostředky na zdravotnictví

	18-39 let	40-59 let	60 a více let
omezení zdravotní péče	1%	3%	0%
vyšší přímá spoluúčast pacientů	34%	28%	0%
zvýšení zdravotního pojištění	5%	14%	9%
zvýšení financování ze státního rozpočtu	69%	69%	93%

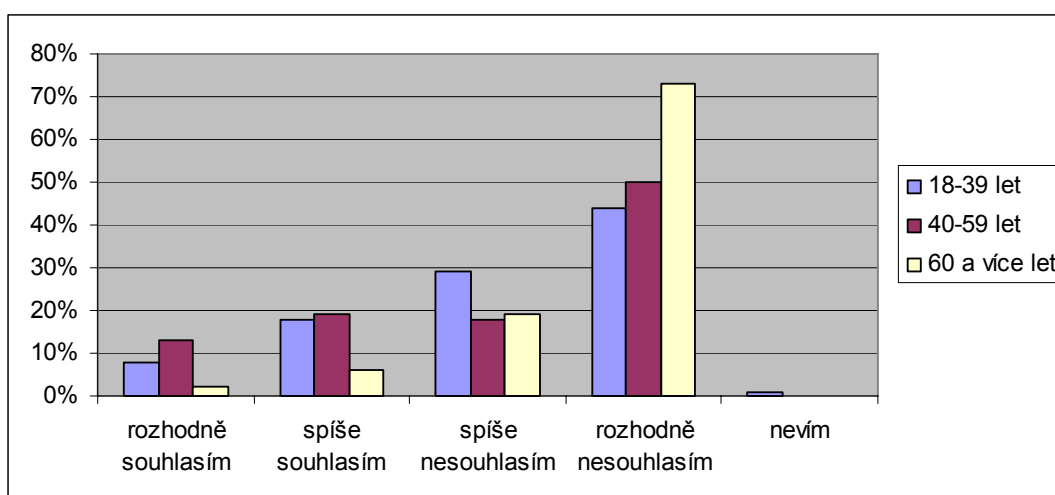
Zdroj: vlastní výzkum

Na tuto otázku také někteří respondenti odpovídali více možnostmi. Odpověď „financování ze státního rozpočtu“ označili skoro všichni respondenti ze třetí věkové skupiny. Zvýšení zdravotního pojištění by nejvíce vyhovovalo respondentům z druhé skupiny a vyšší přímá spoluúčast pacientů první věkové skupině (viz. graf 5, tabulka 5).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 9 dotazníku

Otázka 9: Souhlasíte s opatřeními, jejichž cílem je dosáhnout úspor?

Graf 6: Poplatek za recept



Zdroj: vlastní výzkum

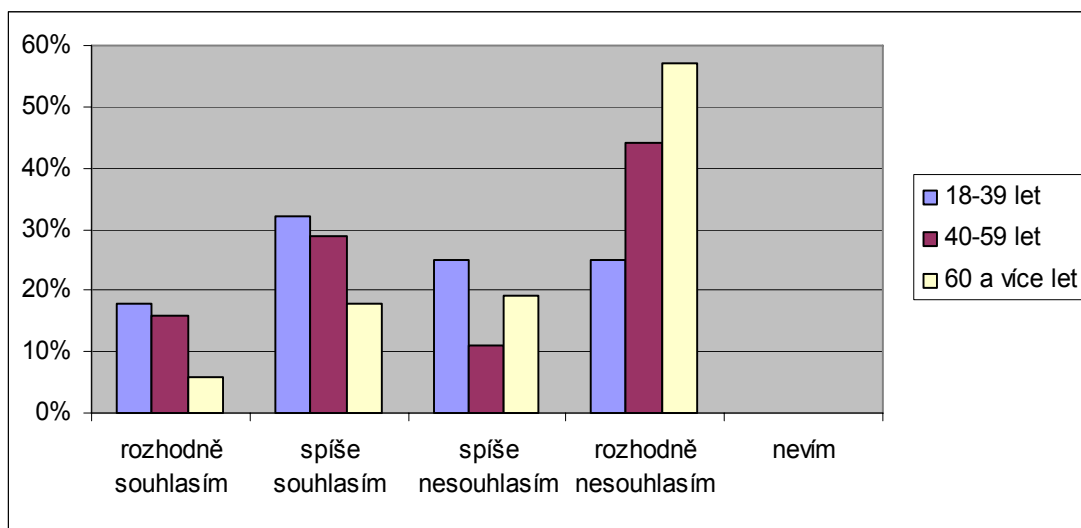
Tabulka 6: Poplatek za recept

	18-39 let	40-59 let	60 a více let
rozhodně souhlasím	8%	13%	2%
spíše souhlasím	18%	19%	6%
spíše nesouhlasím	29%	18%	19%
rozhodně nesouhlasím	44%	50%	73%
nevím	1%	0%	0%

Zdroj: vlastní výzkum

Z odpovědí vyplývá, že s poplatkem za recept rozhodně nesouhlasí nejvíce lidí v poslední věkové skupině a nejvíce lidí, kteří s tímto poplatkem souhlasí se nachází ve druhé věkové skupině (viz. graf 6, tabulka 6).

Graf 7: Poplatek za návštěvu u lékaře



Zdroj: vlastní výzkum

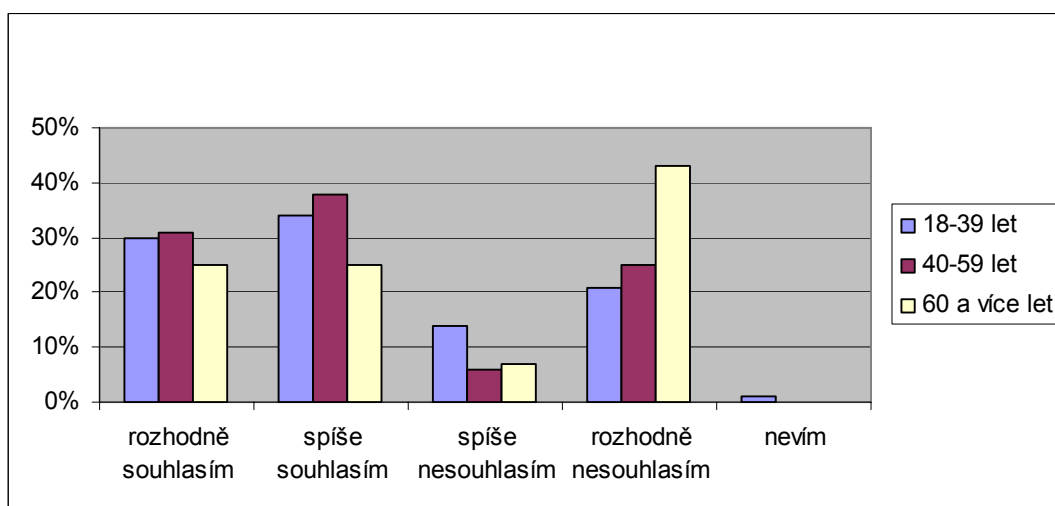
Tabulka 7: Poplatek za návštěvu u lékaře

	18-39 let	40-59 let	60 a více let
rozhodně souhlasím	18%	16%	6%
spíše souhlasím	32%	29%	18%
spíše nesouhlasím	25%	11%	19%
rozhodně nesouhlasím	25%	44%	57%
nevím	0%	0%	0%

Zdroj: vlastní výzkum

S poplatkem za návštěvu u lékaře nejvíce souhlasí respondenti v první věkové kategorii, oproti tomu největší nesouhlas projevují respondenti ve třetí věkové kategorii (viz. graf 7, tabulka 7).

Graf 8: Poplatek za pobyt v nemocnici



Zdroj: vlastní výzkum

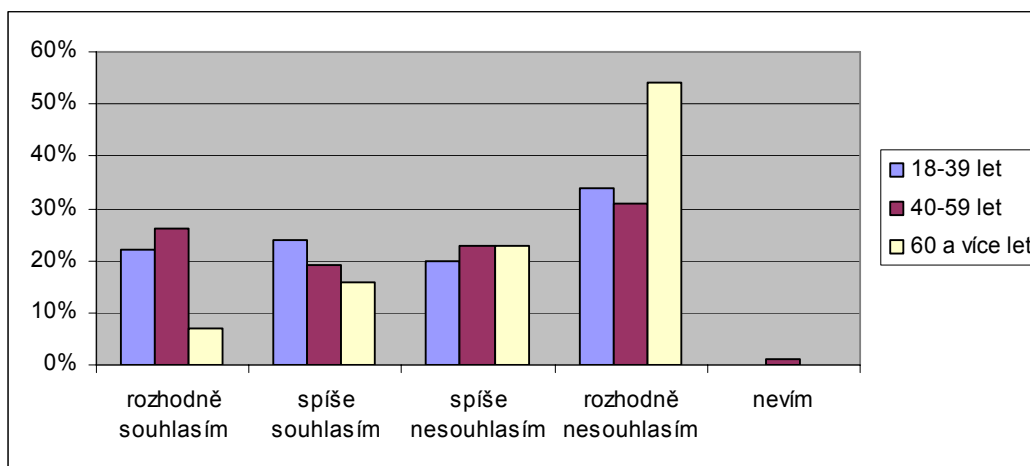
Tabulka 8: Poplatek za pobyt v nemocnici

	18-39 let	40-59 let	60 a více let
rozhodně souhlasím	30%	31%	25%
spíše souhlasím	34%	38%	25%
spíše nesouhlasím	14%	6%	7%
rozhodně nesouhlasím	21%	25%	43%
nevím	1%	0%	0%

Zdroj: vlastní výzkum

Poplatek za pobyt v nemocnici nejvíce nevyhovuje poslední věkové skupině. Nejvíce respondentů, kteří s poplatkem souhlasí se nachází ve skupině druhé, ovšem těsně před první skupinou (viz. graf 8, tabulka 8).

Graf 9: Poplatek za návštěvu pohotovosti



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 9: Poplatek za návštěvu pohotovosti

	18-39 let	40-59 let	60 a více let
rozhodně souhlasím	22%	26%	7%
spíše souhlasím	24%	19%	16%
spíše nesouhlasím	20%	23%	23%
rozhodně nesouhlasím	34%	31%	54%
nevím	0%	1%	0%

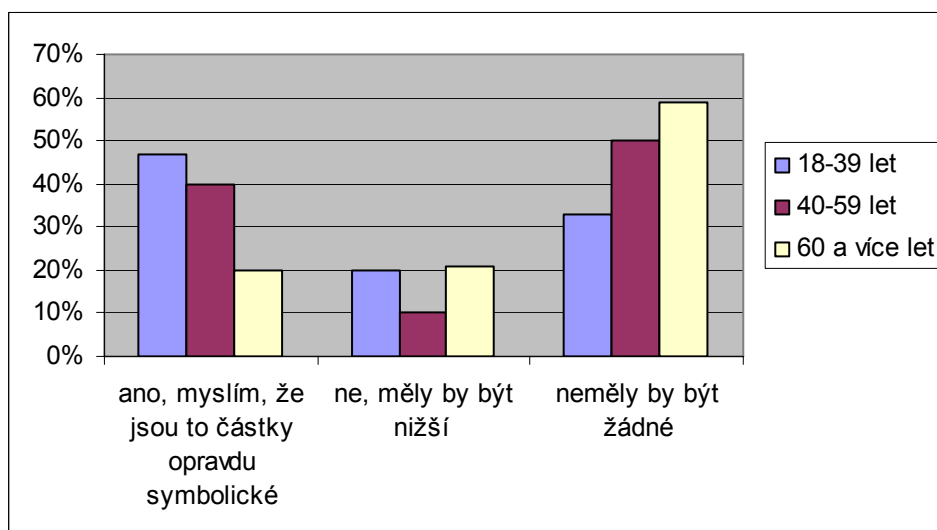
Zdroj: vlastní výzkum

S poplatkem za návštěvu pohotovosti opět nejvíce souhlasí respondenti z první a druhé věkové kategorie. Respondenti v poslední kategorii souhlasí s tímto poplatkem jen zřídka (viz. graf 9, tabulka 9).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 10 dotazníku

Otázka 10: Souhlasíte s výší regulačních poplatků?

Graf 10: Výše regulačních poplatků



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 10: Výše regulačních poplatků

	18-39 let	40-59 let	60 a více let
ano, myslím, že jsou to částky opravdu symbolické	47%	40%	20%
ne, měly by být nižší	20%	10%	21%
neměly by být žádné	33%	50%	59%

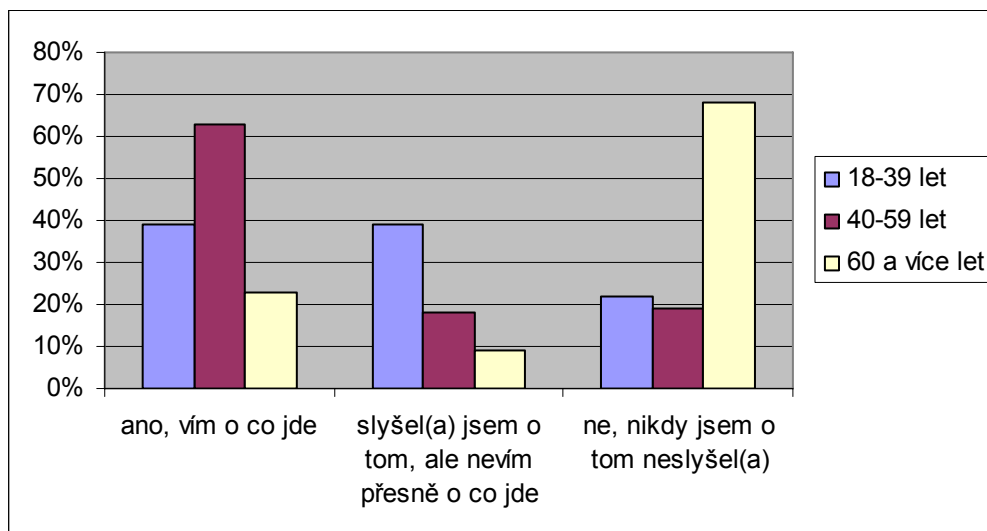
Zdroj: vlastní výzkum

Z otázky je zřejmé, že pro respondenty v první věkové kategorii je výše regulačních poplatků opravdu částkou symbolickou. O tom, že by poplatky neměly být žádné, jsou převážně přesvědčeni respondenti ve třetí věkové kategorii (viz. graf 10, tabulka 10).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 11 dotazníku

Otázka 11: Jste informováni o existenci ročního ochranného limitu?

Graf 11: Roční ochranný limit



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 11: Roční ochranný limit

	18-39 let	40-59 let	60 a více let
ano, vím o co jde	39%	63%	23%
slyšel(a) jsem o tom, ale nevím přesně o co jde	39%	18%	9%
ne, nikdy jsem o tom neslyšel(a)	22%	19%	68%

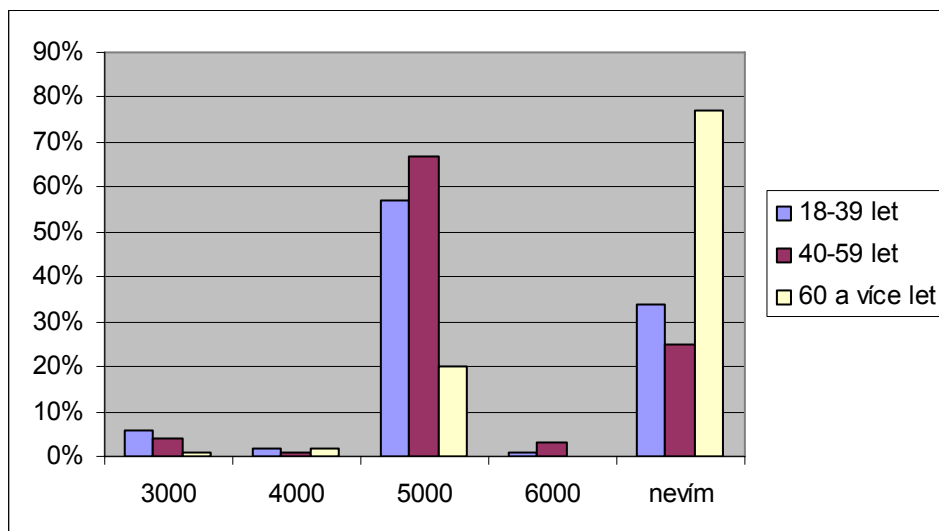
Zdroj: vlastní výzkum

Z otázky je patrné, že o existenci ochranného limitu jsou nejvíce informováni respondenti ve druhé věkové skupině, zatímco o tomto pojmu nejvíce respondentů nikdy neslyšelo ve třetí věkové skupině (viz. graf 11, tabulka 11).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 12 dotazníku

Otázka 12: Jakou má podle Vás roční ochranný limit výši?

Graf 12: Výše ročního ochranného limitu



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 12: Výše ročního ochranného limitu

	18-39 let	40-59 let	60 a více let
3000	6%	4%	1%
4000	2%	1%	2%
5000	57%	67%	20%
6000	1%	3%	0%
nevím	34%	25%	77%

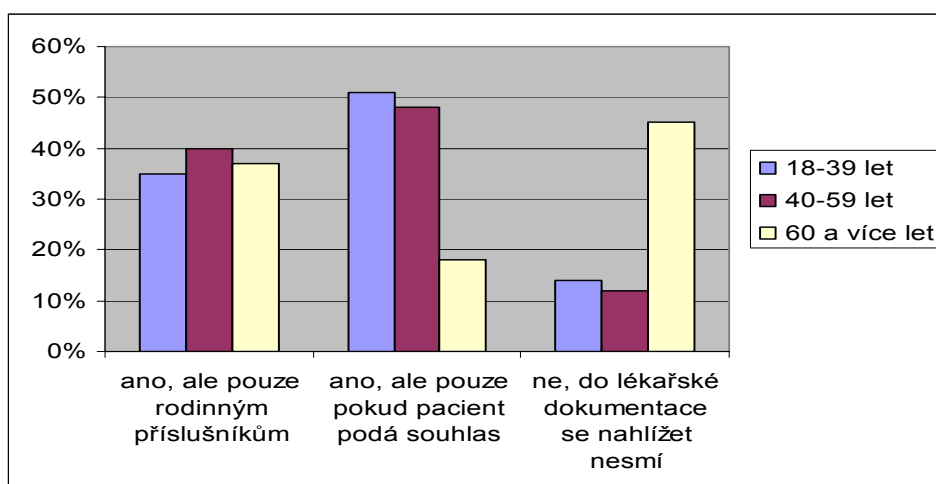
Zdroj: vlastní výzkum

Na tuto otázku správně odpovědělo nejvíce respondentů z první věkové kategorie. Respondenti ze třetí věkové kategorie nejčastěji volili odpověď „nevím“ (viz. graf 12, tabulka 12).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 13 dotazníku

Otázka 13: Souhlasíte s tvrzením: Současná reforma zdravotnictví umožňuje blízkým získávání informací o pacientovi a nahlížet do dokumentace:

Graf 13: Lékařská dokumentace



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 13: Lékařská dokumentace

	18-39 let	40-59 let	60 a více let
ano, ale pouze rodinným příslušníkům	35%	40%	37%
ano, ale pouze pokud pacient podá souhlas	51%	48%	18%
ne, do lékařské dokumentace se nahlížet nesmí	14%	12%	45%

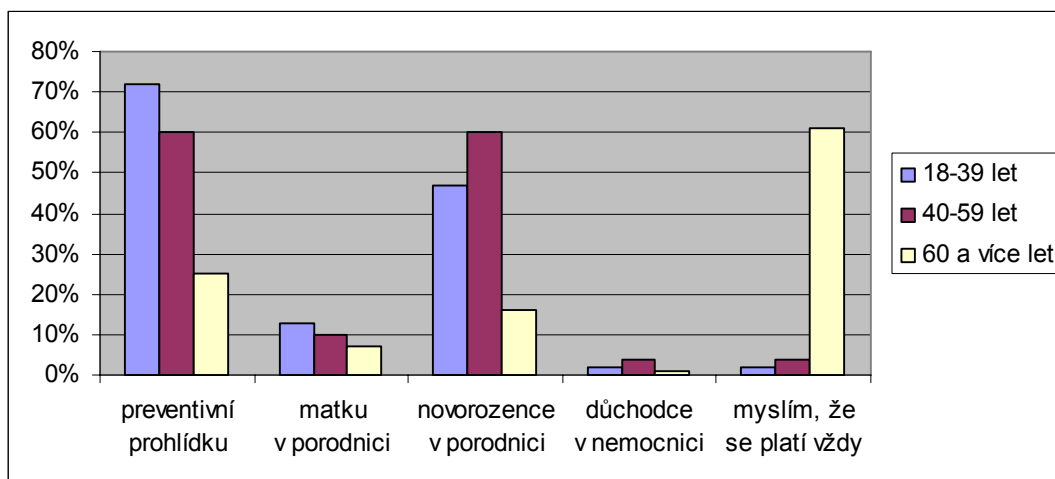
Zdroj: vlastní výzkum

Správně na tuto otázku nejčastěji odpovídali respondenti z první skupiny. Odpověď „ano, ale pouze rodinným příslušníkům“ vybírali nejčastěji respondenti ze druhé skupiny a poslední možnost „ne, do lékařské dokumentace se nahlížet nesmí“ nejčastěji označili respondenti ze třetí skupiny (viz. graf 13, tabulka 13).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 14 dotazníku

Otázka 14: Kdy si myslíte, že se regulační poplatek neplatí? Pokud se jedná o:

Graf 14: Kdy se regulační poplatek neplatí



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 14: Kdy se regulační poplatek neplatí

	18-39 let	40-59 let	60 a více let
preventivní prohlídka	72%	60%	25%
matku v porodnici	13%	10%	7%
novorozence v porodnici	47%	60%	16%
důchodce v nemocnici	2%	4%	1%
myslím, že se platí vždy	2%	4%	61%

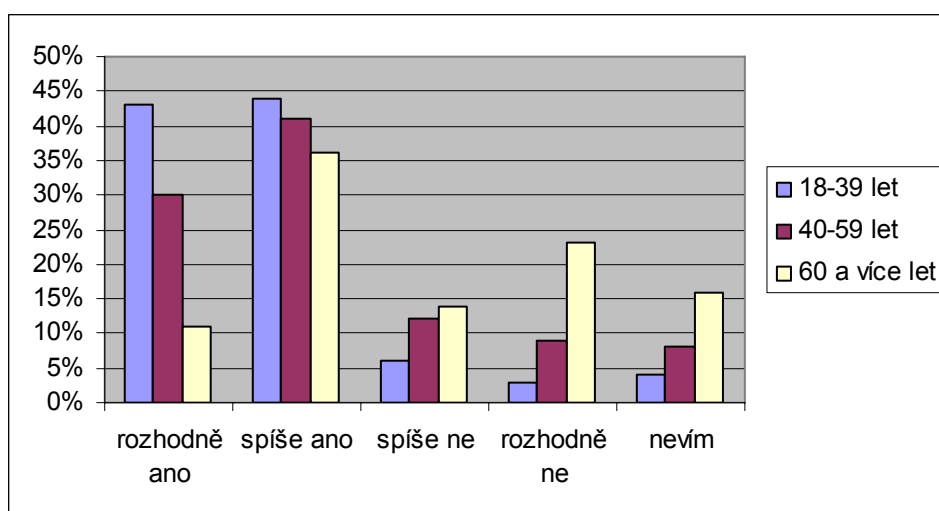
Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce měli respondenti označit dvě správné odpovědi a to, že poplatek se neplatí, jedná-li se o preventivní prohlídku a novorozence v porodnici. Správně odpovídali převážně respondenti v prvních dvou kategoriích. Převážná část respondentů třetí kategorie si myslí, že poplatky musí platit všichni (viz. graf 14, tabulka 14).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 15 dotazníku

Otázka 15: Považujete možnost připlatit si za nadstandard za vhodnou?

Graf 15: Příplatek za nadstandard



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 15: Příplatek za nadstandard

	18-39 let	40-59 let	60 a více let
rozhodně ano	43%	30%	11%
spíše ano	44%	41%	36%
spíše ne	6%	12%	14%
rozhodně ne	3%	9%	23%
nevím	4%	8%	16%

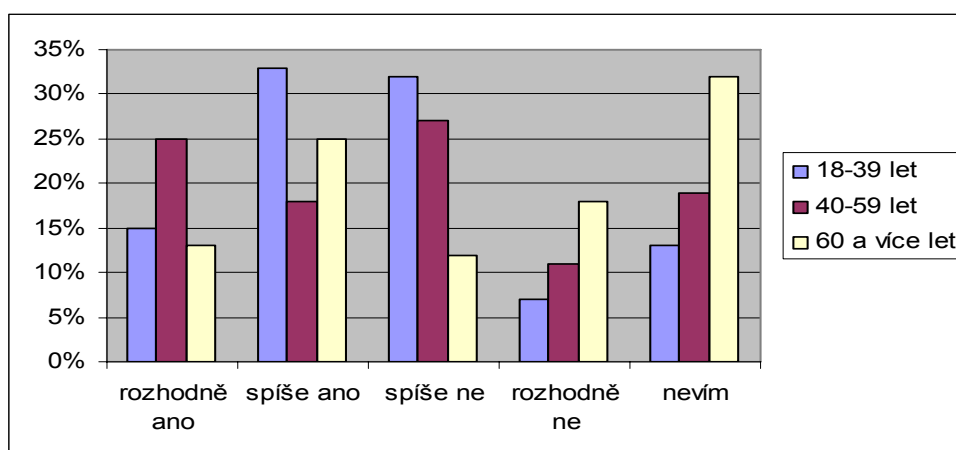
Zdroj: vlastní výzkum

Na tuto otázku kladně odpovídalo nejvíce dotazovaných z první věkové skupiny, záporná odpověď se vyskytovala nejvíce u respondentů třetí skupiny, ale nepřevažovala nad odpovědí kladnou. V poslední skupině se i vyskytovalo nejvíce těch, kteří označili odpověď „nevím“ (viz. graf 15, tabulka 15).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 16 dotazníku

Otázka 16: Myslíte si, že nemít možnost připlatit si za nadstandard, je cesta ke korupci?

Graf 16: Nemít možnost připlatit si za nadstandard, je cesta ke korupci



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 16: Nemít možnost připlatit si za nadstandard, je cesta ke korupci

	18-39 let	40-59 let	60 a více let
rozhodně ano	15%	25%	13%
spíše ano	33%	18%	25%
spíše ne	32%	27%	12%
rozhodně ne	7%	11%	18%
nevím	13%	19%	32%

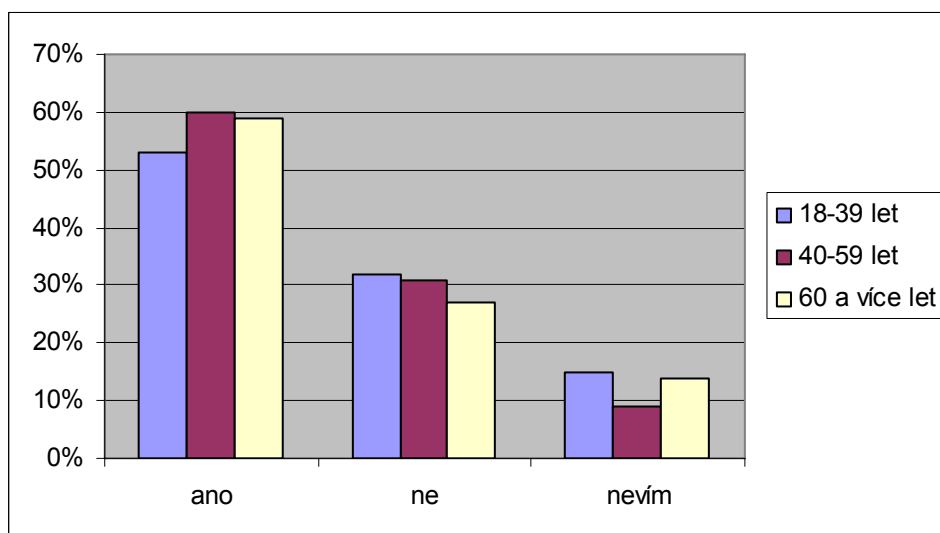
Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce kladných odpovědí na tuto otázku se objevilo v první věkové skupině. Odpověď „nevím“ označovali především respondenti ze třetí věkové skupiny (viz. graf 16, tabulka 16).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 17 dotazníku

Otázka 17: Myslíte si, že je nutné brát si potvrzení o zaplacení poplatku?

Graf 17: Potvrzení o zaplacení poplatku



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 17: Potvrzení o zaplacení poplatku

	18-39 let	40-59 let	60 a více let
ano	53%	60%	59%
ne	32%	31%	27%
nevím	15%	9%	14%

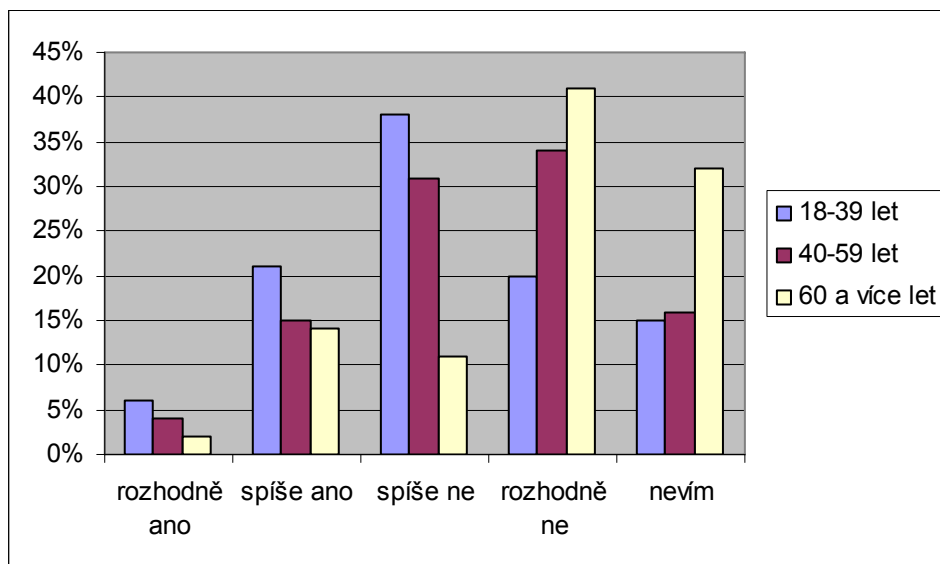
Zdroj: vlastní výzkum

Z této otázky vyplývá, že většina dotazovaných se domnívá, že je nutné brát si doklad o zaplacení poplatku. Nejsou zde výrazné rozdíly podle věku (viz. graf 17, tabulka 17).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 18 dotazníku

Otázka 18: Myslíte si, že je reforma současného zdravotnictví vedena správným směrem?

Graf 18: Je reforma vedena správným směrem?



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 18: Je reforma vedena správným směrem?

	18-39 let	40-59 let	60 a více let
rozhodně ano	6%	4%	2%
spíše ano	21%	15%	14%
spíše ne	38%	31%	11%
rozhodně ne	20%	34%	41%
nevím	15%	16%	32%

Zdroj: vlastní výzkum

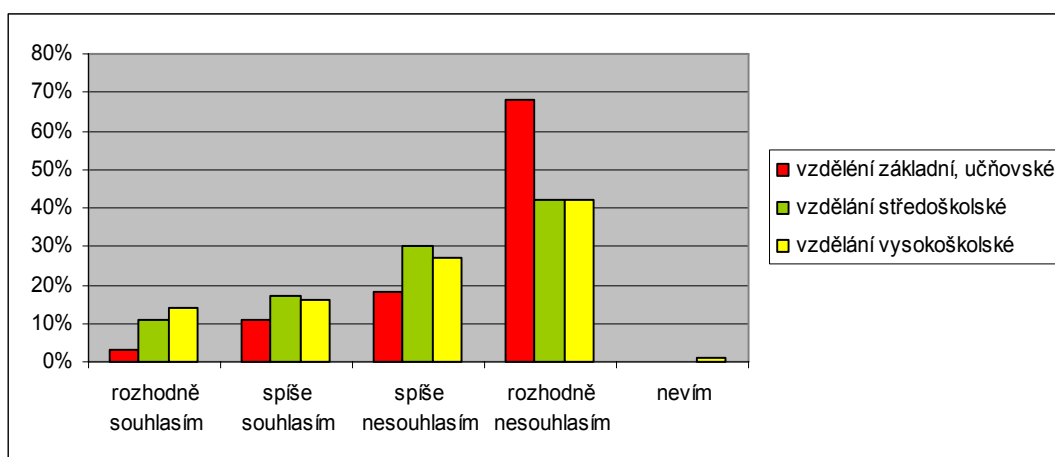
Z odpovědí na tuto otázku je patrné, že s reformou souhlasí nejvíce lidí z první věkové skupiny. Nesouhlas s reformou nejvíce převažuje ve druhé skupině. Odpověď „nevím“ zvolilo nejvíce lidí ze třetí věkové skupiny (viz. graf 18, tabulka 18).

4.2. Hodnocení a porovnání odpovědí podle vzdělání respondentů

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 9 dotazníku

Otázka 9: Souhlasíte s opatřeními, jejichž cílem je dosáhnout úspor?

Graf 19: Poplatek za recept



Zdroj: vlastní výzkum

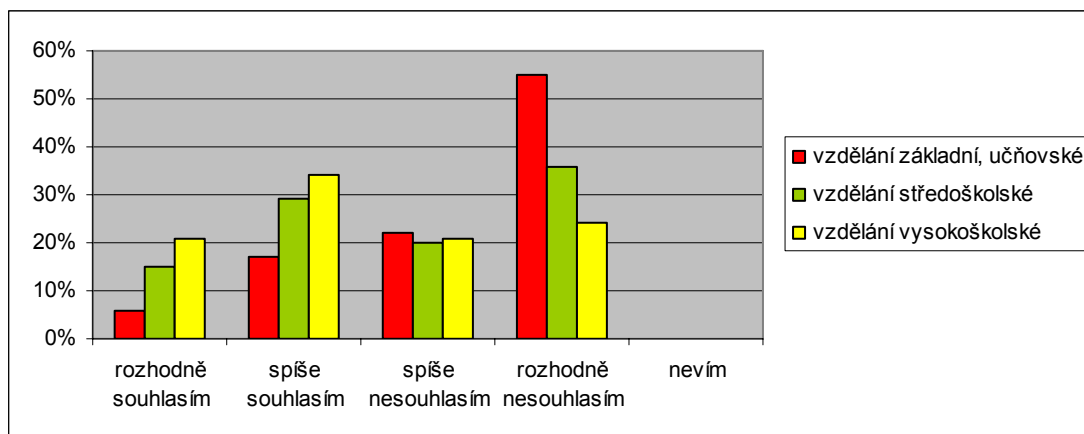
Tabulka 19: Poplatek za recept

	Vzdělání základní, učňovské	Vzdělání středoškolské	Vzdělání vysokoškolské
rozhodně souhlasím	3%	11%	14%
spíše souhlasím	11%	17%	16%
spíše nesouhlasím	18%	30%	27%
rozhodně nesouhlasím	68%	42%	42%
nevím	0%	0%	1%

Zdroj: vlastní výzkum

Z této otázky je patrné, že nejvíce respondentů, kteří s poplatkem za recept nesouhlasí mají základní vzdělání, nebo učňovské vzdělání. Naproti tomu nejvíce dotazovaných, co s tímto poplatkem souhlasí jsou vysokoškolsky vzdělání (viz. graf 19, tabulka 19) .

Graf 20: Poplatek za návštěvu u lékaře



Zdroj: vlastní výzkum

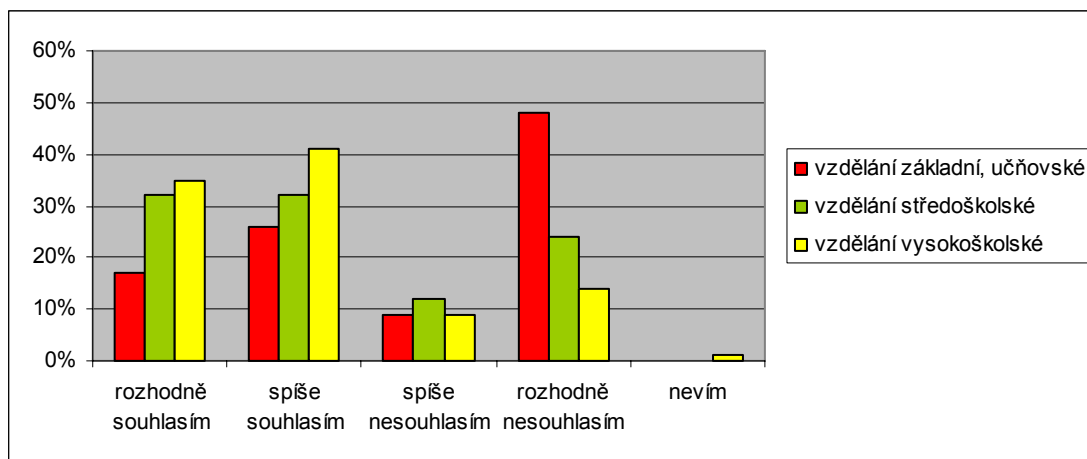
Tabulka 20: Poplatek za návštěvu u lékaře

	Vzdělání základní, učňovské	Vzdělání středoškolské	Vzdělání vysokoškolské
rozhodně souhlasím	6%	15%	21%
spíše souhlasím	17%	29%	34%
spíše nesouhlasím	22%	20%	21%
rozhodně nesouhlasím	55%	36%	24%
nevím	0%	0%	0%

Zdroj: vlastní výzkum

S poplatkem za návštěvu u lékaře rovněž nejvíce nesouhlasí dotazovaní se základním a učňovským vzděláním a nejvíce souhlasí dotazovaní s vysokoškolským vzděláním (viz. graf 20, tabulka 20).

Graf 21: Poplatek za pobyt v nemocnici



Zdroj: vlastní výzkum

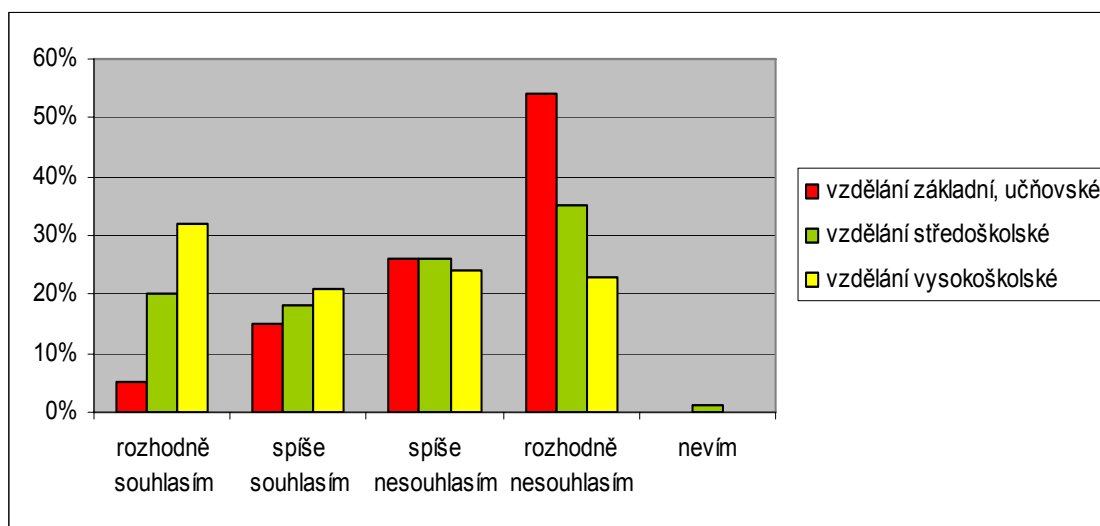
Tabulka 21: : Poplatek za pobyt v nemocnici

	Vzdělání základní, učňovské	Vzdělání středoškolské	Vzdělání vysokoškolské
rozhodně souhlasím	17%	32%	35%
spíše souhlasím	26%	32%	41%
spíše nesouhlasím	9%	12%	9%
rozhodně nesouhlasím	48%	24%	14%
nevím	0%	0%	1%

Zdroj: vlastní výzkum

Z této otázky vyplývá, že i s tímto poplatkem nejvíce souhlasí vysokoškolsky vzdělaní respondenti a nejméně souhlasí respondenti se základním a učňovským vzděláním (viz. graf 21, tabulka 21).

Graf 22: Poplatek za návštěvu pohotovosti



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 22: Poplatek za návštěvu pohotovosti

	Vzdělání základní, učňovské	Vzdělání středoškolské	Vzdělání vysokoškolské
rozhodně souhlasím	5%	20%	32%
spíše souhlasím	15%	18%	21%
spíše nesouhlasím	26%	26%	24%
rozhodně nesouhlasím	54%	35%	23%
nevím	0%	1%	0%

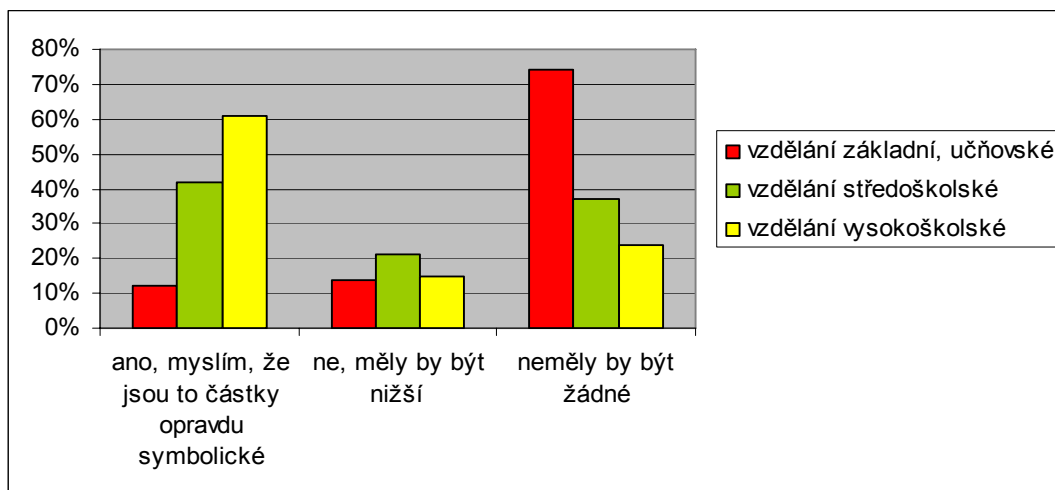
Zdroj: vlastní výzkum

Z této otázky rovněž vyplývá, že nejvíce dotazovaných, co s tímto poplatkem souhlasí, mají vzdělání vysokoškolské. Ti, co s poplatkem nejvíce nesouhlasí mají vzdělání základní nebo učňovské (viz. graf 22, tabulka 22).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 10 dotazníku

Otázka 10: Souhlasíte s výší regulačních poplatků?

Graf 23: Výše regulačních poplatků



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 23: Výše regulačních poplatků

	Vzdělání základní, učňovské	Vzdělání středoškolské	Vzdělání vysokoškolské
ano, myslím, že jsou to částky opravdu symbolické	12%	42%	61%
ne, měly by být nižší	14%	21%	15%
neměly by být žádné	74%	37%	24%

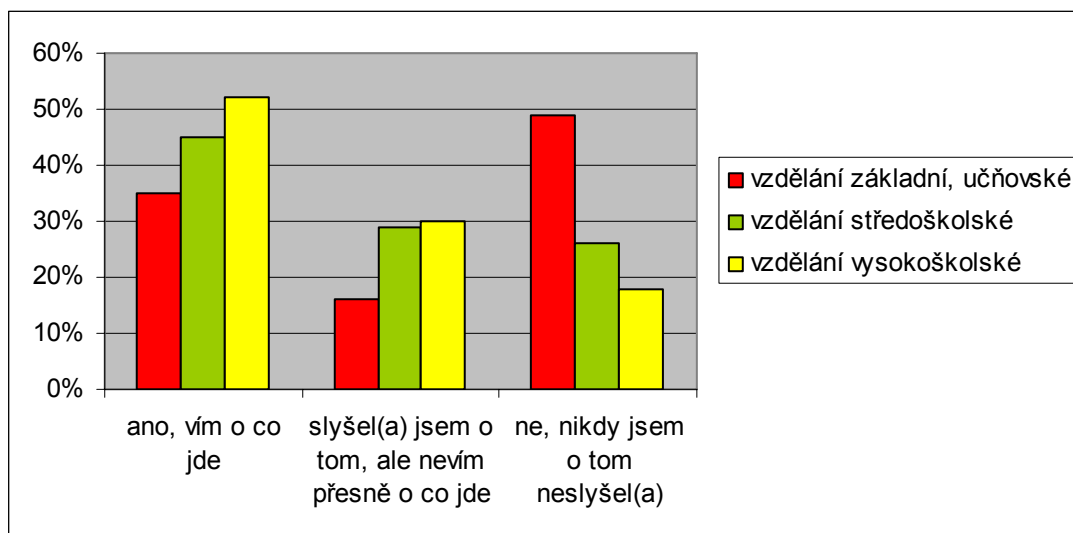
Zdroj: vlastní výzkum

Z této otázky je patrné, že s výší regulačních poplatků nejvíce souhlasí vysokoškolsky vzdělaní respondenti, zatímco převážná část respondentů se vzděláním základním a učňovským si myslí, že by poplatky neměly být žádné (viz. graf 23, tabulka 23).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 11 dotazníku

Otázka 11: Jste informováni o existenci ročního ochranného limitu?

Graf 24: Roční ochranný limit



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 24: Roční ochranný limit

	Vzdělání základní, učňovské	Vzdělání středoškolské	Vzdělání vysokoškolské
ano, vím o co jde	35%	45%	52%
slyšel(a) jsem o tom, ale nevím přesně o co jde	16%	29%	30%
ne, nikdy jsem o tom neslyšel(a)	49%	26%	18%

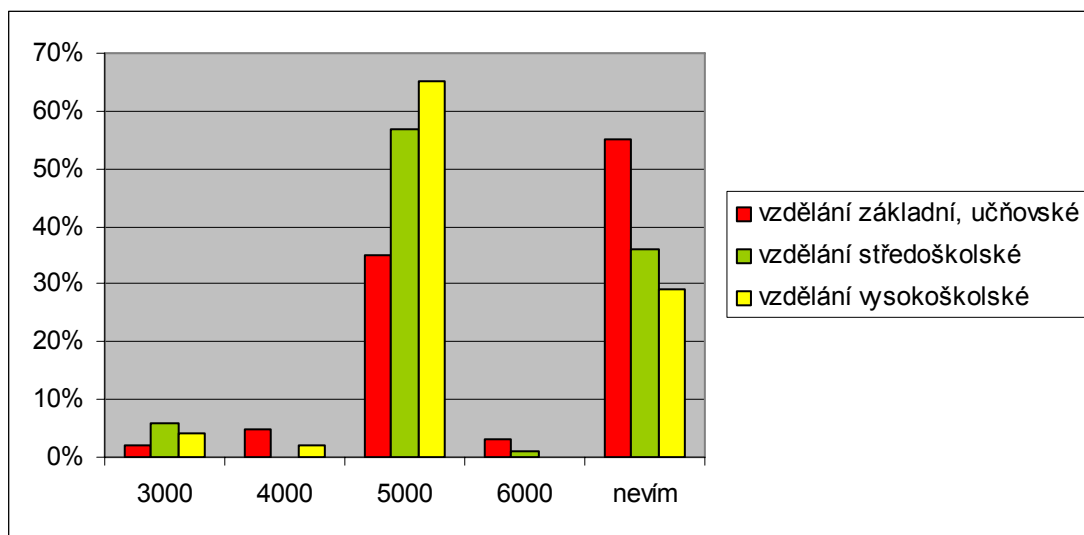
Zdroj: vlastní výzkum

Z otázky vyplývá, že o existenci ročního ochranného limitu jsou informováni nejvíce respondenti se vzděláním vysokoškolským. Zatímco o tomto pojmu nikdy neslyšelo nejvíce respondentů se vzděláním základním a učňovským (viz. graf 24, tabulka 24).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 12 dotazníku

Otázka 12: Jakou má podle Vás roční ochranný limit výši?

Graf 25: Výše ročního ochranného limitu



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 25: Výše ročního ochranného limitu

	Vzdělání základní, učňovské	Vzdělání středoškolské	Vzdělání vysokoškolské
3000	2%	6%	4%
4000	5%	0%	2%
5000	35%	57%	65%
6000	3%	1%	0%
nevím	55%	36%	29%

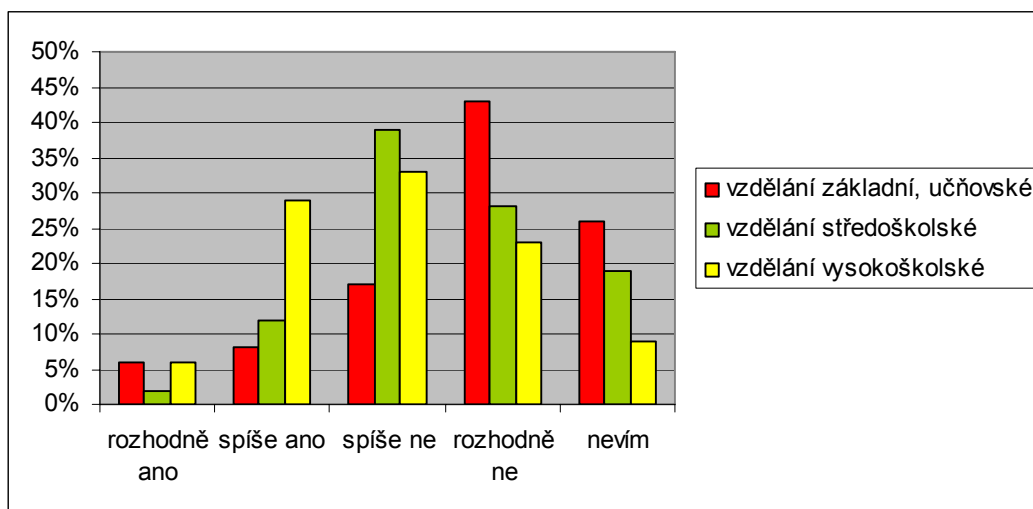
Zdroj: vlastní výzkum

Správně na tuto otázku (5000) odpovědělo nejvíce dotazovaných s vysokoškolským vzděláním. Odpověď „nevím“ označilo nejvíce dotazovaných se vzděláním základním a učňovským (viz. graf 25, tabulka 25).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 18 dotazníku

Otázka 18: Myslíte si, že je reforma současného zdravotnictví vedena správným směrem?

Graf 26: Je reforma vedena správným směrem?



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 26: Je reforma vedena správným směrem?

	Vzdělání základní, učňovské	Vzdělání středoškolské	Vzdělání vysokoškolské
rozhodně ano	6%	2%	6%
spíše ano	8%	12%	29%
spíše ne	17%	39%	33%
rozhodně ne	43%	28%	23%
nevím	26%	19%	9%

Zdroj: vlastní výzkum

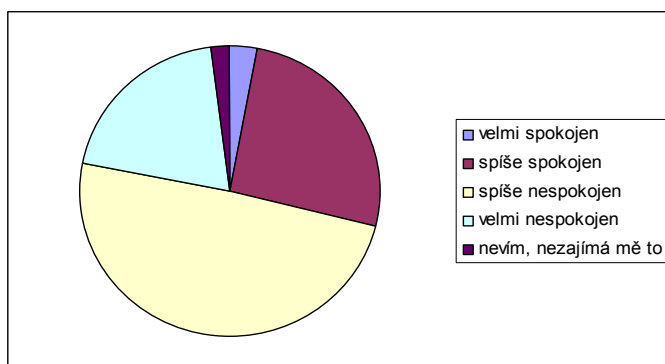
Nejvíce dotazovaných, kteří si myslí, že je současná reforma zdravotnictví vedena správným směrem jsou vysokoškolsky vzdělání. Odpověď „spíše ne“ označovali nejvíce středoškolsky vzdělání. A odpověď „rozhodně ne“ nejvíce vybírali respondenti se základním a učňovským vzděláním (viz. graf 26, tabulka 26).

4.3. Celkové hodnocení odpovědí

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 4 dotazníku

Otázka 4: Jste spokojen(á) se stavem našeho zdravotnictví?

Graf 27: Spokojenost se stavem našeho zdravotnictví



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 27: Spokojenost se stavem našeho zdravotnictví

velmi spokojen	3%
spíše spokojen	26%
spíše nespokojen	49%
velmi nespokojen	20%
nevím, nezajímá mě to	2%

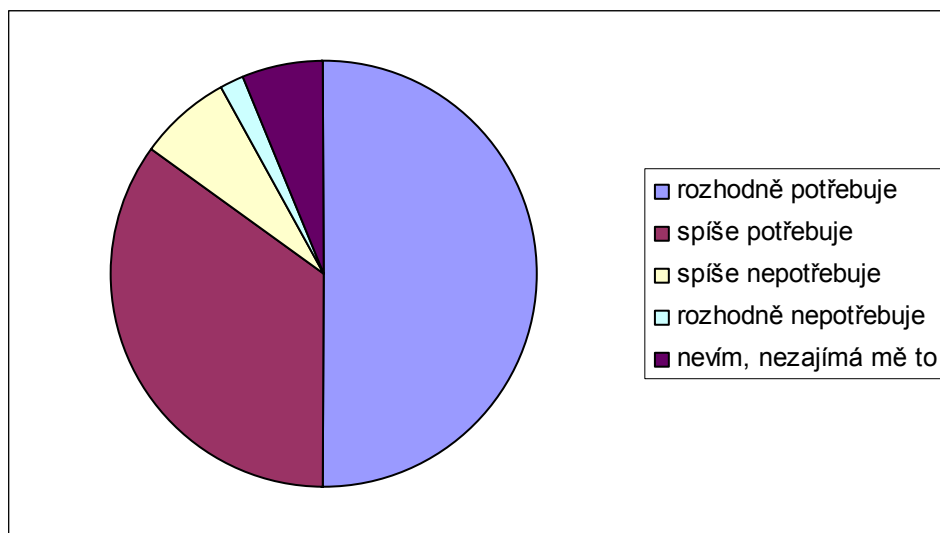
Zdroj: vlastní výzkum

Většina respondentů uvedla, že je se stavem našeho zdravotnictví spíše nespokojena. Spíše spokojeno je 26% dotazovaných a velmi spokojena je jen nepatrná část dotazovaných. Velmi nespokojeno je 20% respondentů (viz. graf 27, tabulka 27).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 5 dotazníku

Otázka 5: Myslíte si, že naše zdravotnictví potřebuje reformu?

Graf 28: Potřeba reformy



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 28: Potřeba reformy

rozhodně potřebuje	50%
spíše potřebuje	35%
spíše nepotřebuje	7%
rozhodně nepotřebuje	2%
nevím, nezajímá mě to	6%

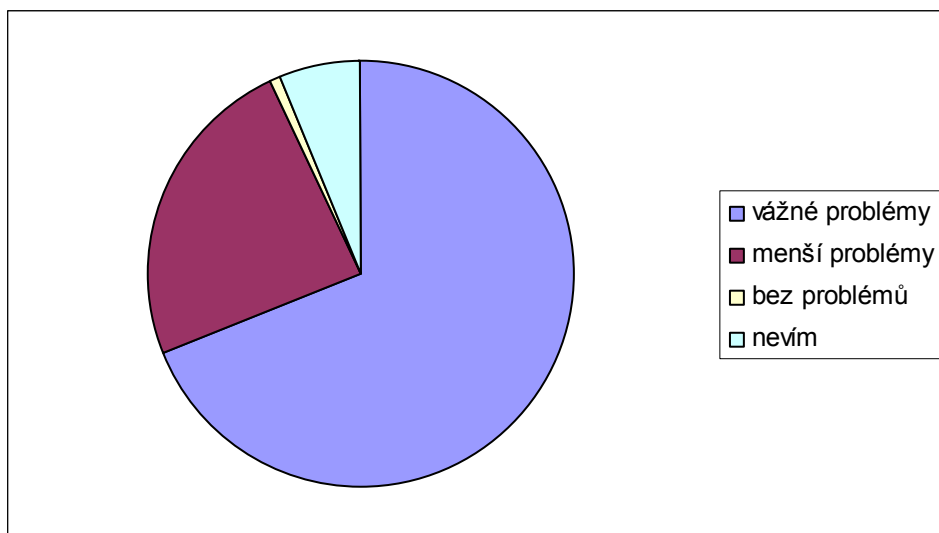
Zdroj: vlastní výzkum

Polovina dotazovaných si myslí, že naše zdravotnictví rozhodně potřebuje reformu, dalších 35% si myslí, že spíše potřebuje a pouze nepatrná část respondentů si myslí, že naše zdravotnictví reformu nepotřebuje (viz. graf 28, tabulka 28).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 6 dotazníku

Otázka 6: Jaké si myslíte, že jsou ve zdravotnictví problémy?

Graf 29: Problémy ve zdravotnictví



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 29: Problémy ve zdravotnictví

vážné problémy	69%
menší problémy	24%
bez problémů	1%
nevím	6%

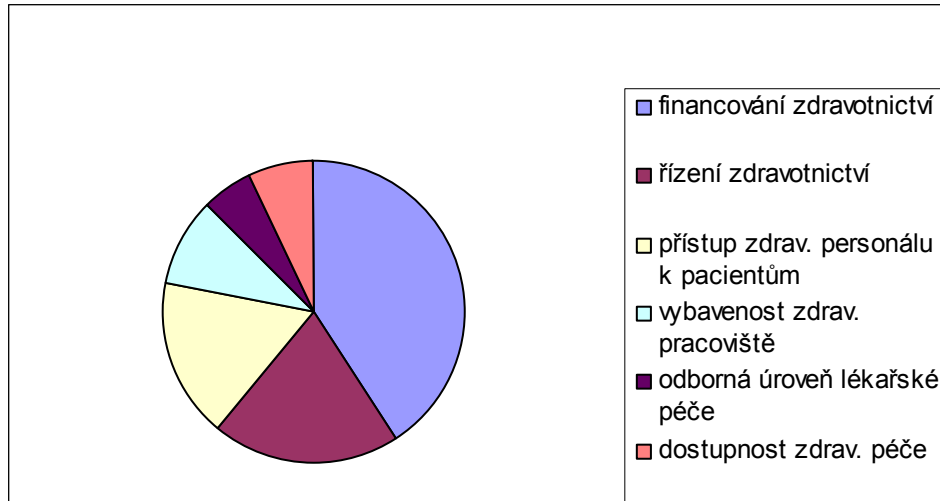
Zdroj: vlastní výzkum

Většina respondentů (69%) uvedla, že má naše zdravotnictví vážné problémy. Menší problémy ve zdravotnictví označilo 24% respondentů, a to že je zdravotnictví bez problémů si myslí jen 1% dotázaných (viz. graf 29, tabulka 29).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 7 dotazníku

Otázka 7: Jakou oblast ve zdravotnictví považujete za nejvíce problémovou?

Graf 30: Nejvíce problémová oblast zdravotnictví



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 30: Nejvíce problémová oblast zdravotnictví

financování zdravotnictví	76%
řízení zdravotnictví	37%
přístup zdrav. personálu k pacientům	32%
vybavenost zdrav. pracoviště	18%
odborná úroveň lékařské péče	10%
dostupnost zdrav. péče	13%

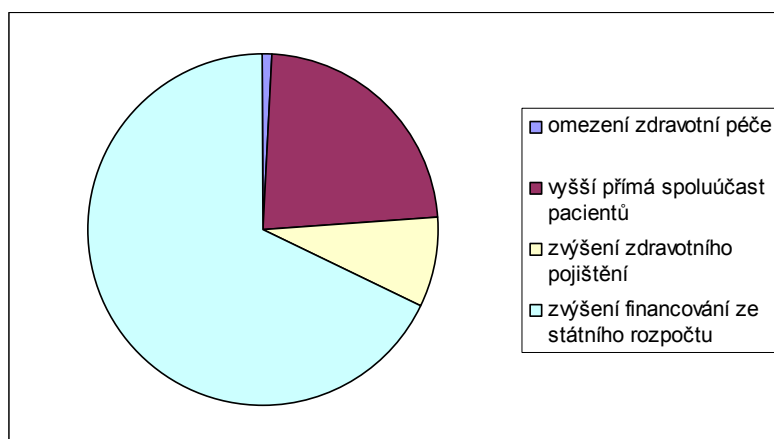
Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce respondenti označovali více odpovědí. Jako nejvíce problémovou oblast respondenti uváděli financování zdravotnictví, dále řízení zdravotnictví, na třetím místě je přístup zdravotnického personálu k pacientům. Za nejméně problémovou oblast považují respondenti odbornou úroveň lékařské péče a dostupnost zdravotní péče (viz. graf 30, tabulka 30).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 8 dotazníku

Otázka 8: Výnosy ze zdravotního pojištění už dlouhodobě nestačí pokrývat náklady na zdravotnictví. Jaké je podle Vás řešení?

Graf 31: Jak zvýšit finanční prostředky na zdravotnictví



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 31: Jak zvýšit finanční prostředky na zdravotnictví

omezení zdravotní péče	1%
vyšší přímá spoluúčast pacientů	25%
zvýšení zdravotního pojištění	9%
zvýšení financování ze státního rozpočtu	74%

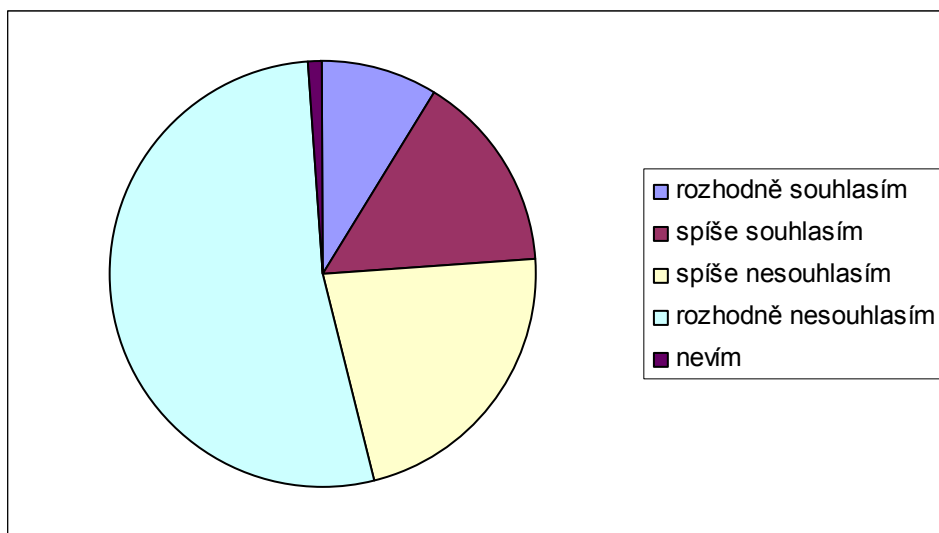
Zdroj: vlastní výzkum

Převážná část dotazovaných (74%) by finanční prostředky na zdravotnictví získávala ze státního rozpočtu, vyšší přímou spoluúčast považuje za vhodnou 25% dotazovaných, zvýšení zdravotního pojištění označilo 9% a omezení zdravotní péče pouze 1% dotázaných (viz. graf 31, tabulka 31).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 9 dotazníku

Otázka 9: Souhlasíte s opatřeními, jejichž cílem je dosáhnout úspor?

Graf 32: Poplatek za recept



Zdroj: vlastní výzkum

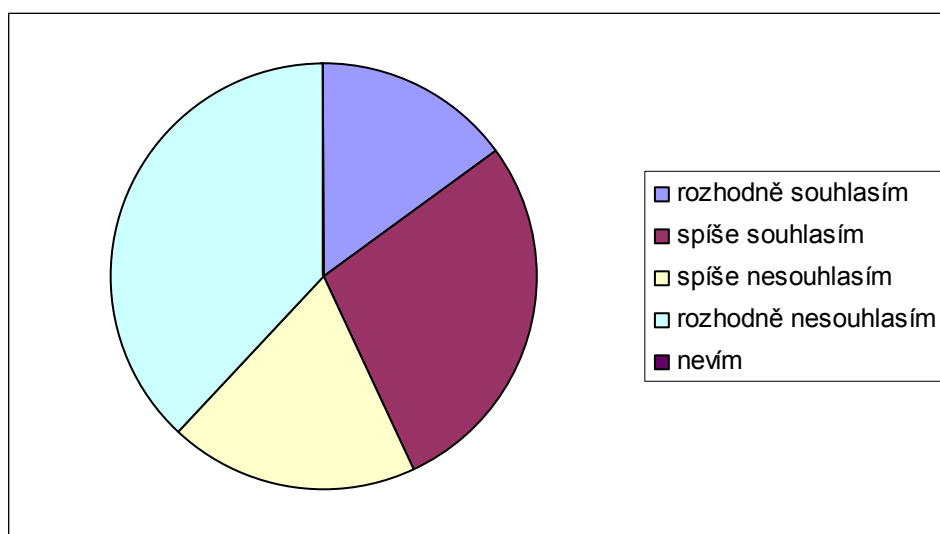
Tabulka 32: Poplatek za recept

rozhodně souhlasím	9%
spíše souhlasím	15%
spíše nesouhlasím	22%
rozhodně nesouhlasím	53%
nevím	1%

Zdroj: vlastní výzkum

S poplatkem za recept rozhodně nesouhlasí více než polovina (53%) respondentů, spíše nesouhlasí 22%, spíše souhlasí 15% a rozhodně souhlasí 9% dotázaných (viz. graf 32, tabulka 32).

Graf 33: Poplatek za návštěvu u lékaře



Zdroj: vlastní výzkum

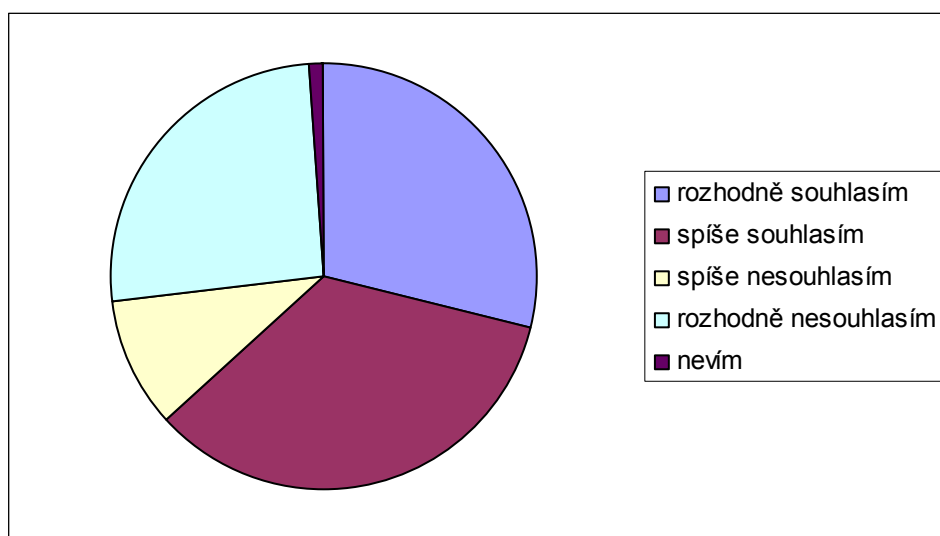
Tabulka 33: Poplatek za návštěvu u lékaře

rozhodně souhlasím	15%
spíše souhlasím	28%
spíše nesouhlasím	19%
rozhodně nesouhlasím	38%
nevím	0%

Zdroj: vlastní výzkum

S poplatkem za návštěvu u lékaře rozhodně nesouhlasí 38% respondentů, spíše nesouhlasí 19%, spíše souhlasí 28% a rozhodně souhlasí 15% dotázaných (viz. graf 33, tabulka 33).

Graf 34: Poplatek za pobyt v nemocnici



Zdroj: vlastní výzkum

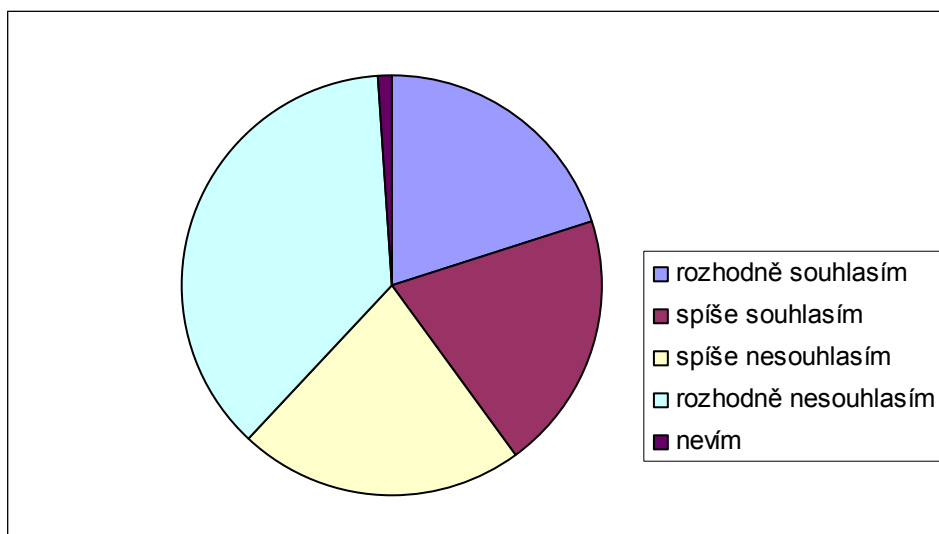
Tabulka 34: Poplatek za pobyt v nemocnici

rozhodně souhlasím	29%
spíše souhlasím	34%
spíše nesouhlasím	10%
rozhodně nesouhlasím	26%
nevím	1%

Zdroj: vlastní výzkum

S poplatkem za pobyt v nemocnici rozhodně souhlasí 29% dotázaných, spíše souhlasí 34%, spíše nesouhlasí 10% a rozhodně nesouhlasí 26% respondentů (viz. graf 34, tabulka 34).

Graf 35: Poplatek za návštěvu pohotovosti



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 35: Poplatek za návštěvu pohotovosti

rozhodně souhlasím	20%
spíše souhlasím	20%
spíše nesouhlasím	22%
rozhodně nesouhlasím	37%
nevím	1%

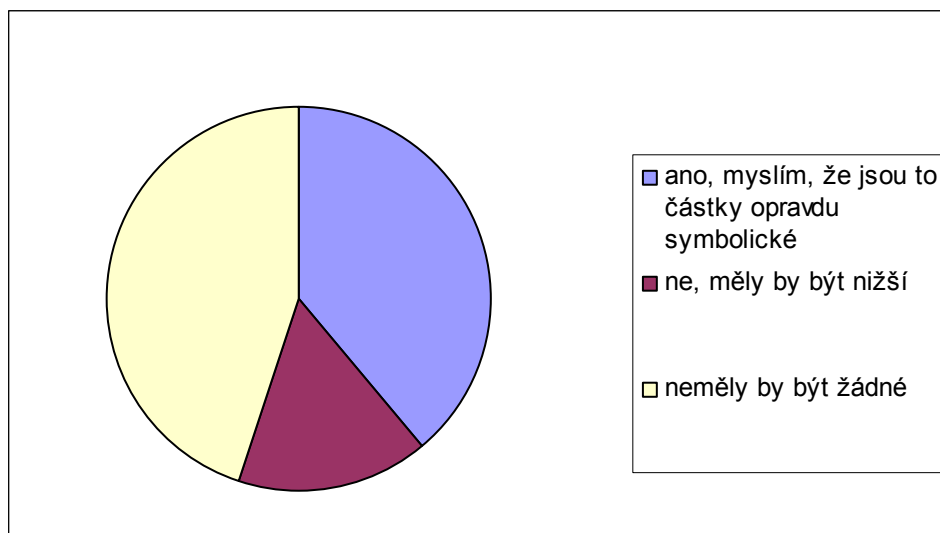
Zdroj: vlastní výzkum

S poplatkem za návštěvu pohotovosti rozhodně nesouhlasí 37% respondentů, spíše nesouhlasí 22%, spíše souhlasí 20% a rozhodně souhlasí také 20% dotázaných (viz. graf 35, tabulka 35).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 10 dotazníku

Otázka 10: Souhlasíte s výší regulačních poplatků?

Graf 36: Výše regulačních poplatků



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 36: Výše regulačních poplatků

ano, myslím, že jsou to částky opravdu symbolické	39%
ne, měly by být nižší	16%
neměly by být žádné	45%

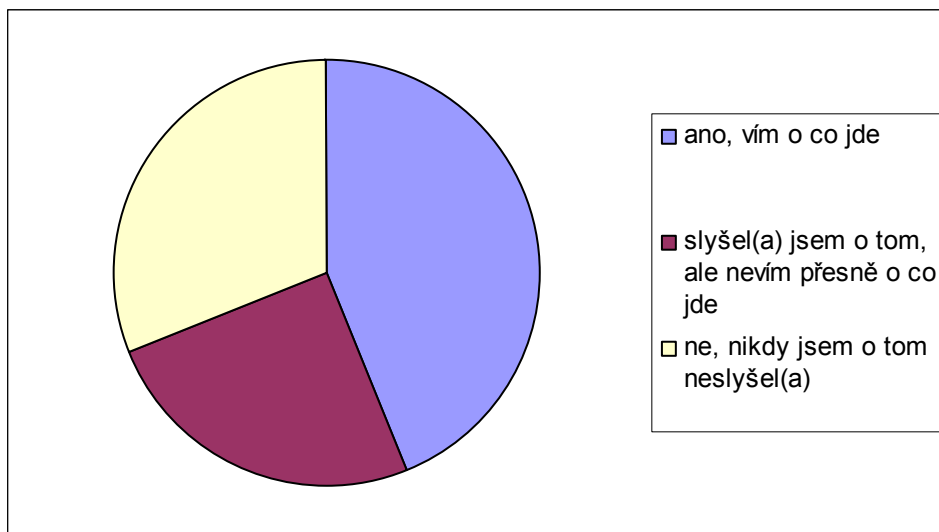
Zdroj: vlastní výzkum

45% respondentů si myslí, že by regulační poplatky neměly být žádné, 16% dotázaných je toho názoru, že by měly být nižší a 39% si myslí, že jsou to částky opravdu symbolické (viz. graf 36, tabulka 36).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 11 dotazníku

Otázka 11: Jste informováni o existenci ročního ochranného limitu?

Graf 37: Roční ochranný limit



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 37: Roční ochranný limit

ano, vím o co jde	44%
slyšel(a) jsem o tom, ale nevím přesně o co jde	25%
ne, nikdy jsem o tom neslyšel(a)	31%

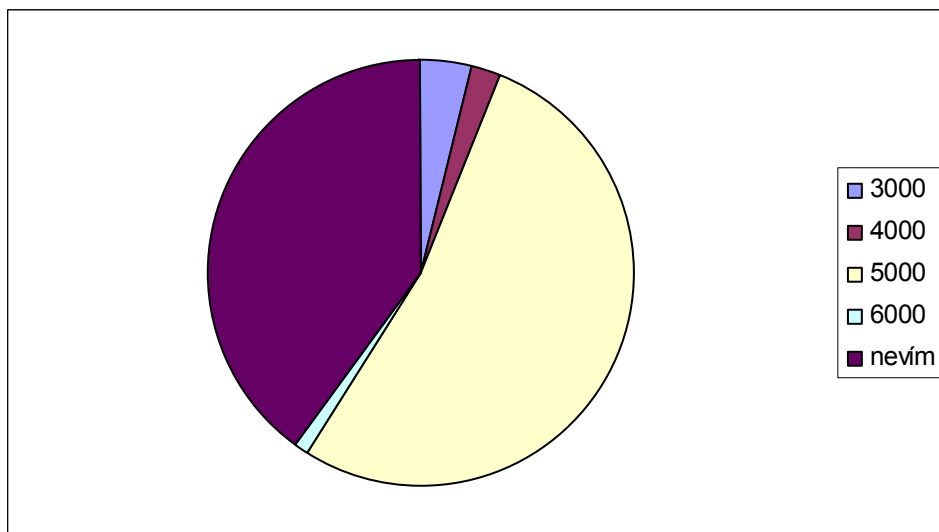
Zdroj: vlastní výzkum

O existenci ochranného ročního limitu je informováno 44% dotázaných, 25% tento termín už někdy slyšelo, ale neví, o co přesně jde. O ochranném limitu nikdy neslyšelo 31% respondentů (viz. graf 37, tabulka 37).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 12 dotazníku

Otázka 12: Jakou má podle Vás roční ochranný limit výši?

Graf 38: Výše ročního ochranného limitu



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 38: Výše ročního ochranného limitu

3000	4%
4000	2%
5000	53%
6000	1%
nevím	40%

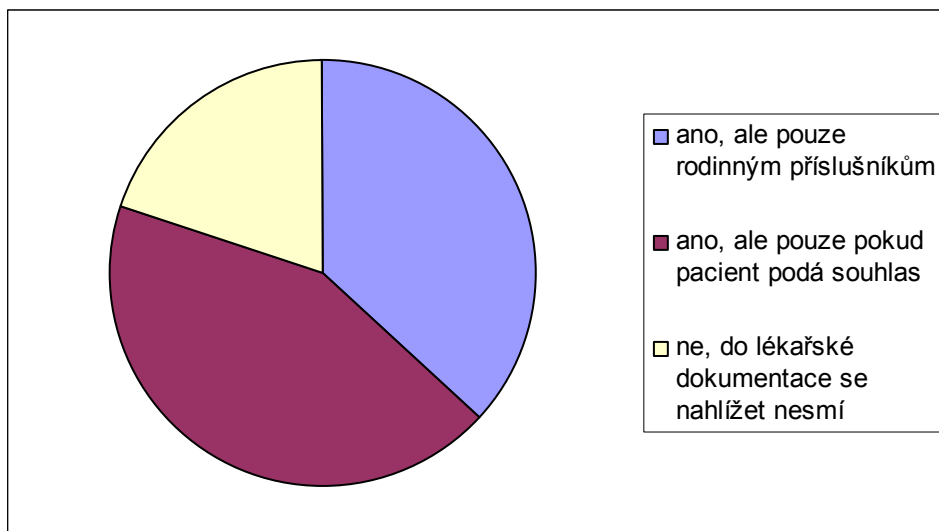
Zdroj: vlastní výzkum

Správně (5000) na tuto otázku odpovědělo přes polovinu dotázaných (53%), 40% respondentů neví, jaká je výše ročního ochranného limitu a 7% respondentů označilo špatnou odpověď (viz. graf 38, tabulka 38).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 13 dotazníku

Otázka 13: Souhlasíte s tvrzením: Současná reforma zdravotnictví umožňuje blízkým získávání informací o pacientovi a nahlížet do dokumentace:

Graf 39: Lékařská dokumentace



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 39: Lékařská dokumentace

ano, ale pouze rodinným příslušníkům	37%
ano, ale pouze pokud pacient podá souhlas	43%
ne, do lékařské dokumentace se nahlížet nesmí	20%

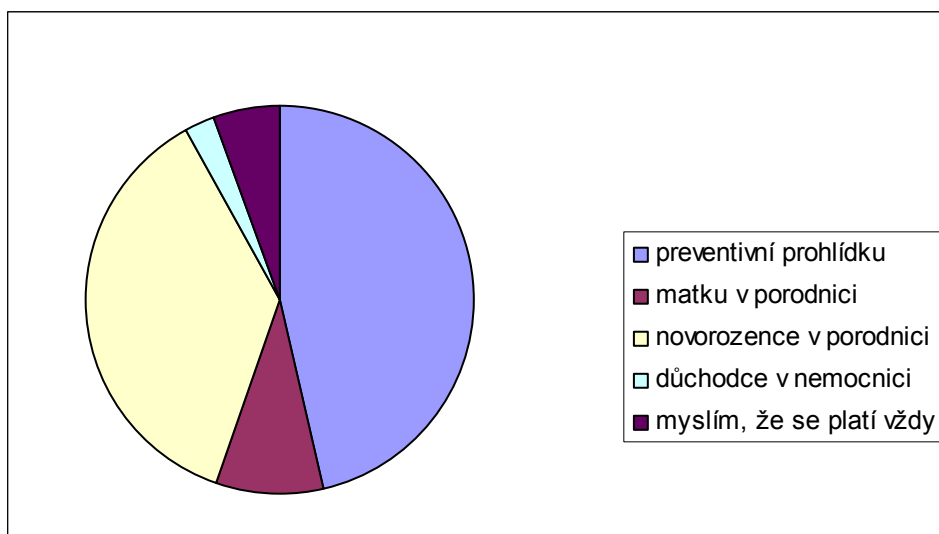
Zdroj: vlastní výzkum

Na tuto otázku správně odpovědělo 43% respondentů (do lékařské dokumentace se může nahlížet, pokud pacient podá souhlas). Nesprávně odpovědělo 57% respondentů (viz. graf 39, tabulka 39).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 14 dotazníku

Otázka 14: Kdy si myslíte, že se regulační poplatek neplatí? Pokud se jedná o:

Graf 40: Kdy se regulační poplatek neplatí



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 40: Kdy se regulační poplatek neplatí

preventivní prohlídku	57%
matku v porodnici	11%
novorozence v porodnici	45%
důchodce v nemocnici	3%
myslím, že se platí vždy	7%

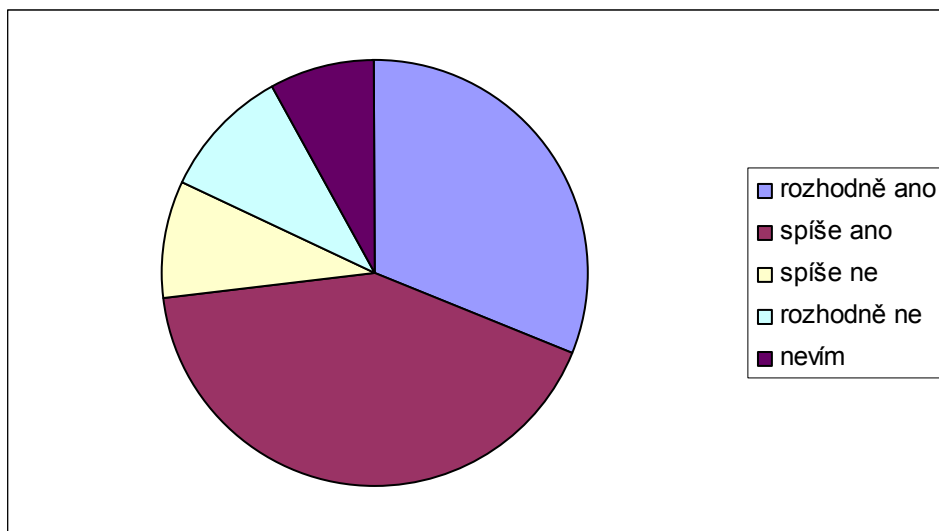
Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce měli respondenti označit dvě odpovědi, a to pokud se jedná o preventivní prohlídku a novorozence v porodnici. Preventivní prohlídku označilo 57% a novorozence v porodnici 45% dotázaných. Ostatní odpovídali špatně (viz. graf 40, tabulka 40).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 15 dotazníku

Otázka 15: Považujete možnost připlatit si za nadstandard za vhodnou?

Graf 41: Příplatek za nadstandard



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 41: Příplatek za nadstandard

rozhodně ano	31%
spíše ano	42%
spíše ne	9%
rozhodně ne	10%
nevím	8%

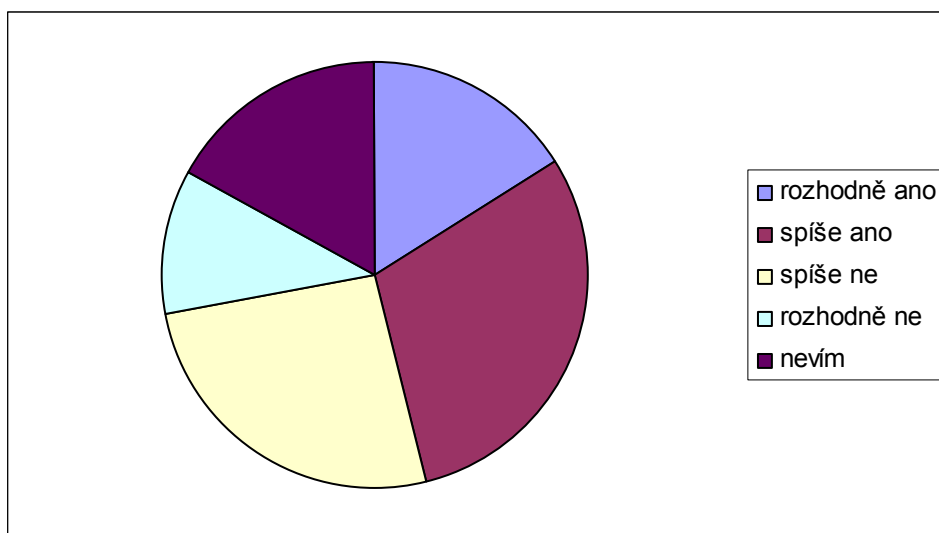
Zdroj: vlastní výzkum

Převážná část dotázaných vnímá možnost připlatit si za nadstandard jako vhodnou, pouze 19% respondentů tuto možnost považuje za nevhodnou, 8% na otázku odpovědělo „nevím“ (viz. graf 41, tabulka 41).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 16 dotazníku

Otázka 16: Myslíte si, že nemít možnost připlatit si za nadstandard, je cesta ke korupci?

Graf 42: Nemít možnost připlatit si za nadstandard, je cesta ke korupci



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 42: Nemít možnost připlatit si za nadstandard, je cesta ke korupci

rozhodně ano	16%
spíše ano	30%
spíše ne	26%
rozhodně ne	11%
nevím	17%

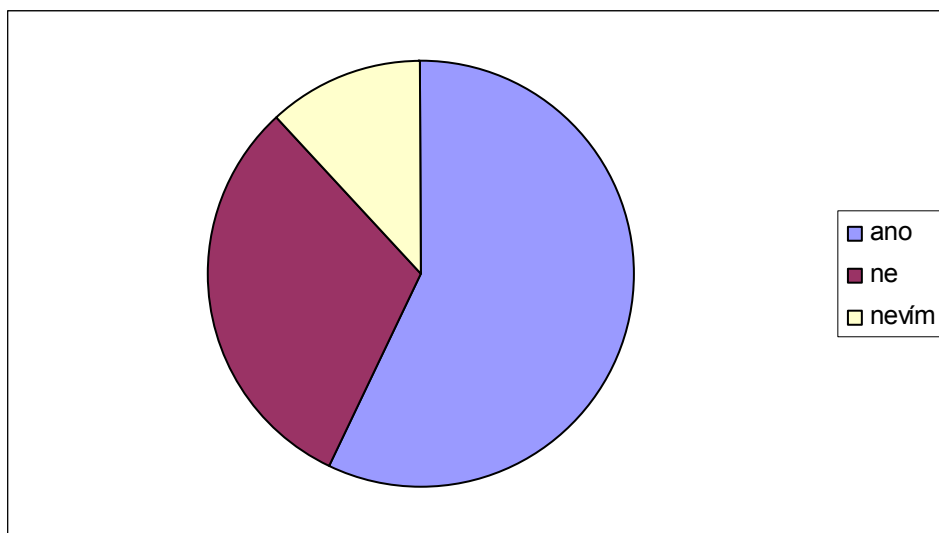
Zdroj: vlastní výzkum

Větší část respondentů (46%) si myslí, že nemít možnost připlatit si za nadstandard vede ke korupci, 37% si to nemyslí a 17% dotázaných to nedokáže posoudit (viz. graf 42, tabulka 42).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 17 dotazníku

Otázka 17: Myslíte si, že je nutné brát si potvrzení o zaplacení poplatku?

Graf 43: Potvrzení o zaplacení poplatku



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 43: Potvrzení o zaplacení poplatku

ano	57%
ne	31%
nevím	12%

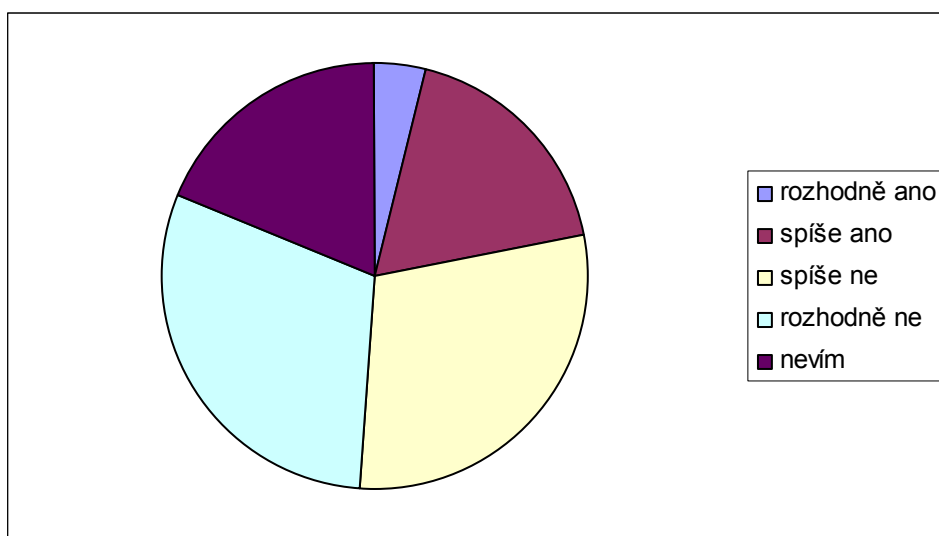
Zdroj: vlastní výzkum

57% respondentů se domnívá, že je nutné brát si potvrzení o zaplacení poplatku, ovšem není tomu tak. Že není nutné si potvrzení o zaplacení poplatku brát, se domnívá 31% a 12% dotázaných to nedokáže posoudit (viz. graf 43, tabulka 43).

Hodnocení odpovědí na otázku číslo 18 dotazníku

Otázka 18: Myslíte si, že je reforma současného zdravotnictví vedena správným směrem?

Graf 44: Je reforma vedena správným směrem?



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 44: Je reforma vedena správným směrem?

rozhodně ano	4%
spíše ano	18%
spíše ne	29%
rozhodně ne	30%
nevím	19%

Zdroj: vlastní výzkum

Větší část respondentů (59%) se domnívá, že současná reforma zdravotnictví není vedena správným směrem, pouze 22% si myslí, že je vedena správným směrem a 19% dotázaných tuto otázku nedokáže posoudit (viz. graf 44, tabulka 44).

5. Diskuse

Dotazníky, které jsem si pro respondenty připravila, byly rozděleny do tří částí podle tématického zaměření otázek. Na začátku dotazníku dotazovaní doplňovali údaje o svém věku, pohlaví a vzdělání. Druhá skupina otázek byla zaměřena na jejich postoj k současné reformě našeho zdravotnictví a třetí skupina otázek měla odhalit, jak reformě zdravotnictví porozuměli.

Druhá otázka mého dotazníku se týkala věku, podle něhož jsem respondenty rozdělila do tří věkových kategorií. První věková kategorie 18-39 let, druhá 40-59 let a třetí 60 a více let, které jsem následně porovnávala. Třetí otázka se týkala vzdělání, podle něhož jsem též respondenty rozdělila do tří skupin. A to na respondenty se vzděláním základním a učňovským, respondenty se středoškolským vzděláním a respondenty s vysokoškolským vzděláním, které jsem rovněž následně porovnávala. Výzkum byl prováděn u laické veřejnosti z Jihočeského kraje.

Skupina otázek týkajících se postojů laické veřejnosti k současné reformě zdravotnictví byla orientována na spokojenost veřejnosti se stavem našeho zdravotnictví, jestli naše zdravotnictví reformu potřebuje, jaké má problémy, jestli veřejnost souhlasí s regulačními poplatky atd.

Spokojenost se stavem našeho zdravotnictví vyjadřuje jen 29% respondentů, zatímco svoji nespokojenost vyjadřuje 69%, přičemž 20% nespokojenost velkou. Podobné výsledky potvrzuje i výzkum Naše společnost 2006 (2), který uvádí, že se stavem našeho zdravotnictví je spokojeno 32,5% respondentů, nespokojeno 63,5%, z toho nespokojenost velkou vyjadřuje 25,6%. Dále z mého výzkumu vyplynulo, že mladší generace je se stavem našeho zdravotnictví více nespokojena, než generace starší.

To, že naše zdravotnictví potřebuje reformu potvrdilo 85% dotazovaných, přičemž polovina dotázaných volila dokonce variantu rozhodně potřebuje. I v této oblasti se mé výsledky téměř shodují s výzkumem Naše společnost 2006 (2), kde uvedlo 85,2% respondentů potřebu reformy. Celkový vysoký podíl respondentů přesvědčených o potřebě reformy ve zdravotnictví nedává prostor ke vzniku rozdílů v

názorech mezi různými skupinami respondentů. Větší je však jejich podpora v mladších věkových skupinách. Procento těch, kteří volili variantu nevím, či nezajímám se bylo poměrně nízké (6%). Tato skutečnost vyplývá pravděpodobně z toho, že oblast zdravotnictví se týká opravdu všech a v současné době je zdravotnická reforma také dosti medializována.

Dále respondenti vybírali oblast zdravotnictví, která je podle nich nejvíce problematická. Zde mohli vybírat i více odpovědí, ale převážná část (76%) volila oblast financování zdravotnictví. Na druhém místě se potom umístilo řízení zdravotnictví (37%). Tyto výsledky napovídají tomu, že občané vidí převážně ty problémy, které se jich přímo dotýkají, a to jsou nově zavedené regulační poplatky a doplatky na léky. Tuto skutečnost může potvrdit i následující otázka. Když jsem se respondentů zeptala, kde vzít více finančních prostředků na zdravotnictví, 74% dotázaných volilo odpověď, ze státního rozpočtu. V tomto případě se poněkud liším s výsledky výzkumu Naše společnost 2006 (2). Tento výzkum uvádí, že pouze 53% respondentů by peníze získávalo ze státního rozpočtu.

Následující otázka měla zjistit postoj k regulačním poplatkům. S poplatkem za recept nesouhlasí 75% dotázaných. Ovšem s tímto poplatkem převážně nesouhlasí respondenti ve třetí věkové kategorii (92%) a respondenti se základním nebo učňovským vzděláním (86%). Příčina těchto výsledků může být v nižším platovém ohodnocení lidí s nižším vzděláním a dále také ve velkém množství léků předepisovaných starším občanům. S poplatkem za návštěvu u lékaře nesouhlasí 57% respondentů. I s tímto poplatkem je to obdobné, jako u předchozího. Nesouhlasí s ním 77% dotázaných se vzděláním základním nebo učňovským, naproti tomu 55% vysokoškoláků s tímto poplatkem souhlasí. Výsledek podle věku je též obdobný, 76% respondentů z poslední věkové skupiny s poplatkem nesouhlasí, zatímco polovina respondentů z první věkové skupiny s poplatkem souhlasí. Lze předpokládat, že finanční možnosti skupin nemusí být jediným důvodem nesouhlasu s regulačními poplatky, ale je pravděpodobné, že lidé s vyšším vzděláním a v mladší věkové kategorii se o problematiku ve zdravotnictví více zajímají, a proto si lépe uvědomují, že tato opatření jsou nezbytná. U regulačního poplatku za pobyt v nemocnici se situace mění.

S poplatkem nesouhlasí pouze 36% respondentů. Ale opět se největší nesouhlas objevuje u respondentů s nižším vzděláním (57%). Ovšem 76% vysokoškoláků s poplatkem za pobyt v nemocnici souhlasí. Lidé s tímto poplatkem spíše souhlasí, protože si uvědomují řadu okolností. Například je jim jasné, že jídlo, které v nemocnici dostávají, také není zadarmo. A proto se s tímto poplatkem veřejnost vyrovnává nejlépe. Poslední poplatek je poplatek za návštěvu pohotovosti. S tím nesouhlasí 59% dotázaných. Zde zase můžeme vidět, že převážná část respondentů se základním nebo učňovským vzděláním (80%) s poplatkem nesouhlasí a více jak polovina vysokoškoláků s poplatkem souhlasí. Respondenti v poslední věkové kategorii s poplatkem nesouhlasí ze 77%, zatímco respondenti z první kategorie z 54%.

Poslední skupina otázek měla zjistit, jak laická veřejnost současné reformě zdravotnictví porozuměla. Otázky měly ověřit, jestli je veřejnost informována o existenci ročního ochranného limitu a o jeho výši. Dále jestli občané vědí, že současná reforma zdravotnictví umožňuje blízkým získávání informací o pacientovi a nahlížet do lékařské dokumentace, pokud k tomu podá pacient souhlas. A kdy se regulační poplatky neplatí.

O existenci ročního ochranného limitu je informováno 44% dotázaných. 25% o tomto termínu již někdy slyšelo, ale neví přesně o co jde. A 31% respondentů o něm nikdy neslyšelo. Toto zjištění ukazuje, že veřejnost je málo informovaná o tomto limitu, a proto s regulačními poplatky spíše nesouhlasí. O limitu jsou nejvíce informováni respondenti ze druhé věkové kategorie (63%) a ze skupiny vysokoškoláků (52%), zatímco 68% respondentů ze třetí věkové kategorie a 49% respondentů se vzděláním základním a učňovským, o tomto termínu nikdy neslyšelo. Což může vyplývat z toho, že vysokoškolsky vzdělaní lidé o této problematice více přemýšlejí, a proto se o ní i více zajímají. Dále je zřejmé, že převážná část lidí od 60 let není téměř vůbec o ochranném limitu informována.

O výši ochranného limitu (5000 Kč) je informováno 53% dotázaných, což také potvrzuje, že lidé mají o reformě nedostatek informací. Největší informovanost rovněž prokazují respondenti ze druhé věkové kategorie (67%) a respondenti

s vysokoškolským vzděláním (65%). Nejméně informováni jsou dotazovaní z poslední věkové kategorie (80%) a respondenti se základním nebo učňovským vzděláním (65%).

S tím, že současná reforma zdravotnictví umožňuje blízkým získávání informací o pacientovi a nahlízet do dokumentace, pokud k tomu pacient podá souhlas, je srozuměno pouze 43% dotázaných. Nejsprávněji odpovídali respondenti z první věkové kategorie (51%). Ze druhé věkové kategorie správně odpovědělo 48% respondentů a ze třetí kategorie pouze 18% respondentů. I z této otázky vyplývá, že k lidem z poslední věkové kategorie se informace o reformě téměř nedostanou.

Další otázka měla zjistit, jestli respondenti vědí, kdy se regulační poplatky neplatí. Že se neplatí pokud se jedná o preventivní prohlídku, označilo správně 57% dotázaných. Nejsprávněji odpovídali respondenti z první věkové skupiny (72%), zatímco respondentů ze třetí věkové skupiny správně odpovědělo pouze 25%. O tom, že neplatí novorozenec v porodnici vědělo o něco méně dotázaných a to 45%. Nejsprávněji odpovídali respondenti ze druhé věkové skupiny (60%). Respondentů ze třetí věkové skupiny odpovědělo správně pouze 16%, protože většina z nich (61%) se domnívalo, že regulační poplatky musí platit všichni.

V poslední otázce mého dotazníku jsem se ptala, jestli si dotazovaní myslí, že je reforma současného zdravotnictví vedená správným směrem. Pouze 22% respondentů se domnívá, že ano. Největší souhlas uvádějí respondenti z první věkové kategorie, kterých je ale pouze 27%. Vysokoškolsky vzdělaní respondenti souhlasí ze 35%. Tato malá čísla napovídají tomu, že pravděpodobně veřejnosti nebyla koncepce reformy důkladně představena a vysvětlena, proto s ní většina občanů nesouhlasí.

Svoji předpokládanou hypotézu 1: „Mladší generace má pro reformu lepší pochopení, než generace starší“, mohu potvrdit. Můj výzkum ukázal, že respondenti ve věkové kategorii 60 a více let s regulačními poplatky zásadně nesouhlasí. Myslí si, že by poplatky neměly být žádné nebo nižší a to až z 80%. Zatímco respondenti mladší 60 let, si ze 40% myslí, že jsou to částky opravdu symbolické a respondenti mladší 40 let dokonce ze 47%. 27% dotázaných do 40 let si dokonce myslí, že je současná reforma

vedena správným směrem, naproti tomu respondenti nad 60 let si to myslí pouze ze 16%.

Svoji předpokládanou hypotézu 2: „Nepochopení a nesouhlas s reformou bude převažovat nad porozuměním a spokojeností laické veřejnosti“, mohu rovněž potvrdit. Pouze 44% respondentů je informováno o existenci ročního ochranného limitu. Pouze 43% dotázaných ví, že současná reforma zdravotnictví umožňuje blízkým získávání informací o pacientovi a nahlížet do dokumentace, pokud k tomu podá pacient souhlas. Pouze 45% respondentů je seznámeno s tím, že novorozenci v porodnici regulační poplatky neplatí. O tom, že se regulační poplatek neplatí pokud se jedná o preventivní prohlídku je sice informováno 57%, ale ostatní výsledky nasvědčují tomu, že dotazovaní reformě příliš nerozumí nebo o ní nemají dostatek informací.

Že nespokojenost s reformou převažuje nad spokojeností, výzkum prokázal jednoznačně. S poplatky nesouhlasí, nebo si myslí, že by měly být nižší 61% dotázaných. Jediný regulační poplatek, se kterým veřejnost spíše souhlasí, je poplatek za pobyt v nemocnici, se kterým souhlasí až 63% dotázaných. Ovšem, že je současná reforma zdravotnictví vedena správným směrem se domnívá pouze 22% respondentů.

Je nutné podotknout, že všichni respondenti byli osloveni pouze do konce roku 2008. Je velice pravděpodobné, že pokud by se výzkum prováděl v současné politické situaci, výsledky by se lišily. Myslím si, že nespokojenost a nesouhlas s reformou se u občanů zvyšuje. A pokud nadále neshody českých politiků budou pokračovat, občané k nim ztratí veškerou důvěru a zájem o tuto problematiku.

6. Závěr

Cílem práce bylo zjistit, jestli laická veřejnost porozuměla současné reformě zdravotnictví. Práce měla zmapovat postoje laické veřejnosti k reformě v různých věkových kategoriích. Tento cíl byl podle mého názoru splněn.

Ve své teoretické části diplomové práce jsem se pokusila pokud možno stručně přiblížit rozsáhlou problematiku připravované reformy zdravotnictví a informace srozumitelnou formou prezentovat. Během mého výzkumu byla reforma změněna dvakrát a je dokonce možné, že bude i úplně zrušena. Pouze malá část připravovaných změn vstoupila v platnost. Všechny užité zdroje jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Hypotézy byly potvrzeny. Podle první hypotézy bude mít mladší generace pro reformu lepší pochopení, než generace starší. Z mého výzkumu opravdu vyplynulo, že největší část dotázaných, kteří s reformou nesouhlasí se nachází v poslední věkové kategorii, což je 60 a více let. Druhá hypotéza pojednává o nepochopení a nesouhlasu s reformou, které bude převažovat nad porozuměním a spokojeností laické veřejnosti. Až 59% dotázaných se domnívá, že současná reforma zdravotnictví není vedena správným směrem.

Výsledky mého výzkumu především ukazují na to, že veřejnost není o reformě zdravotnictví dostatečně informovaná, a proto jí nemůže ani dostatečně porozumět. Bohužel současná politická situace vede k tomu, že veřejnost se o tuto problematiku přestane zajímat úplně a bez přemýšlení reformní opatření zavrhne.

Zdravotní politika musí směřovat daleko do budoucnosti. Nelze jí koncipovat na jedno volební období a měnit její záměry podle ideologie momentálně vládnoucí politické strany. Podstata zdravotnické politiky, naplňuje-li hlavní cíl, kterým je zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva, spočívá na jejím celospolečenském charakteru. Výsledky zdravotní politiky se projevují většinou ve změnách obrazu zdravotního stavu nikoli během čtyř let jednoho volebního období, ale v průběhu čtyřiceti let nebo čtyř generací (6).

7. Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, Sylva . *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 181 s. ISBN 80-7013-391-0.
2. BAYER, Ivo, A KOL. *Reforma zdravotnictví: Názory veřejnosti na problémy zdravotnictví a jeho financování* [online]. Sociologický ústav AV ČR, 06.04.2006 [cit. 2009-02-12]. Dostupný z WWW: <www.soc.cas.cz/download/151/Tisková%20zpráva.pdf>.
3. BOLDIŠ, P. Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla. Verze 3.3. Poslední aktualizace 11.11.2004. 21 s.
4. BOLDIŠ, P. Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů. Verze 3.1. Poslední aktualizace 11.11.2004. 16 s.
5. DISMAN, M. Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2000. 374 s. ISBN 80-7066-822-9.
6. DRBAL, Ctibor. *Česká zdravotní politika a její východiska*. 1. vyd. Praha: GALÉN, 2005. 96 s. ISBN 80-7262-340-0.
7. EXNER, Lubomír, RAITER, Tomáš, STEJSKALOVÁ, Dita. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. 1. vyd. Praha: Professional publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-86419-73-8.
8. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas, proč a jak?*. 1. vyd. Praha: GALÉN, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.
9. HELLEROVÁ, Markéta. *Reforma zdravotnictví* [online]. 30.10.2007 [cit. 2008-07-21]. Dostupný z WWW: <www.kr-zlinsky.cz/ViewFile.aspx?docid=57736>.
10. HROBOŇ, Pavel. *Proč potřebujeme reformu?* [online]. 21.05.2008 [cit. 2008-08-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/Pages/495-co-prinese-reforma-zdravotnikum.html>>.

11. HROBOŇ, Pavel, HELLEROVÁ, Markéta. *Reformní opatření ministerstva zdravotnictví* [online]. 06.09.2007 [cit. 2008-08-23]. Dostupný z WWW: <http://www.kr-vysocina.cz/soubory/450008/jihlava_hellerova_hrobon.ppt>.
12. IVANOVÁ, Kateřina. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 240 s. ISBN 80-7013-442-9.
13. KŘEPELKA, Filip. *Evropské zdravotnické právo*. 1. vyd. Praha: LexisNexis, 2004. 135 s. ISBN 80-86199-89-4.
14. MÁŠOVÁ, Hana , KŘÍŽOVÁ, Eva, SVOBODNÝ, Petr. *České zdravotnictví: vize a skutečnost složitě peripetie od plánů k realizaci*. 1. vyd. Praha: KAROLINUM, 2005. 250 s. ISBN 80-246-0944-4.
15. MUNZAROVÁ, Marta. *Lékařský výzkum a etika*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2005. 120 s. ISBN 80-247-0924-4.
16. *Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008* [online]. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2007- [cit. 2008-07-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/Pages/105-navod-na-pouziti-ceskeho-zdravotnictvi.html>>.
17. PAYNE, Jan, A KOL. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. 630 s. ISBN 80-7254-657-0.
18. *Regulační poplatky přinesly celkovou úsporu 10 miliard korun* [online]. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 11.03.2009 [cit. 2009-04-13]. Dostupný z WWW: <<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>>.
19. SLADKÁ, Jaroslava. *Co všechno je třeba vědět o zdravotnické záchranné službě* [online]. c2009 [cit. 2009-02-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.ordinace.cz/clanek/co-vsechno-je-treba-vedet-o-zdravotnicke-zachranne-sluzbe/>>.

20. ŠIMEK, Jiří, A KOL. *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa*. 1. vyd. Praha: KAROLINUM, 2002. 157 s. ISBN 80-246-0507-4.
21. *Věcný záměr zákona o specifických zdravotních službách* [online]. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, c2008 [cit. 2008-08-17]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/273-vecny-zamer-zakona-o-specifickych-zdravotnich-sluzbach.html>>.
22. *Věcný záměr zákona o univerzitních nemocnicích a univerzitních zdravotnických pracovištích* [online]. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, c2008 [cit. 2008-07-12]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/274-vecny-zamer-zakona-o-univerzitnich-nemocnicich-a-univerzitnich-zdravotnickych-pracovistich.html>>.
23. *Věcný záměr zákona o úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami* [online]. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, c2008 [cit. 2008-08-16]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/275-vecny-zamer-zakona-o-uradu-pro-dohled-nad-zdravotnimi-pojistovnami.html>>.
24. *Věcný záměr zákona o veřejném zdravotním pojištění* [online]. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, c2008 [cit. 2008-08-24]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/276-vecny-zamer-zakona-o-verejnem-zdravotnim-pojisteni.html>>.
25. *Věcný záměr zákona o zdravotních pojišťovnách* [online]. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, c2008 [cit. 2008-07-15]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/278-vecny-zamer-zakona-o-zdravotnich-pojistovnach.html>>.
26. *Věcný záměr zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování* [online]. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, c2008 [cit. 2008-07-13]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/279-vecny-zamer-zakona-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani.html>>.

27. *Věcný záměr zákona o zdravotnické záchranné službě* [online]. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, c2008 [cit. 2008-07-17]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/277-vecny-zamer-zakona-o-zdravotnicke-zachranne-sluzbe.html>>.
28. VURM, Vladimír, A KOL. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: MANUS, 2004. 100 s. ISBN 80-86571-07-6.
29. Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, v platném znění.
30. Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.
31. Zákon č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů, v platném znění.
32. ZAVÁZALOVÁ, Helena, A KOL. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. 2. vyd. Praha: KAROLINUM, 2004. 154 s. ISBN 80-246-0467-1.
33. *Změny k 1.4.2009* [online]. VZP ČR, c2003 [cit. 2009-04-02]. Dostupný z WWW: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/regulacni-poplatky/zmeny_k_1_4/>.

8. Klíčová slova

Zdraví

Zdravotnictví

Veřejné zdravotní pojištění

Reforma zdravotnictví

Regulační poplatky

Roční ochranný limit

Kvantitativní výzkum

9. Přílohy

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Kdy se regulační poplatky platí

Příloha 3: Kdy se regulační poplatky neplatí

Příloha 4: Funkce poplatků

Příloha 5: Položky započitatelné do ochranného ročního limitu

Příloha 6: Položky nezapočitatelné do ochranného ročního limitu

Příloha 1.

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Eliška Borůvková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího studia Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Dotazník je určen pro respondenty ve věkové kategorii od 18 let. Jestliže se nacházíte v této věkové kategorii a žijete v Jihočeském kraji, rada bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je samozřejmě anonymní. Výsledky budou použity do mé diplomové práce s názvem: „Porozumění a postoje laické veřejnosti k současné reformě zdravotnictví“. Vámi vybrané odpovědi zakroužkujte (můžete i více odpovědí).

Za vyplnění dotazníku předem děkuji!

1. Pohlaví: a) žena
 b) muž

2. Věk: a) 18-39 let
 b) 40-59 let
 c) 60 a více let

3. Vzdělání: a) základní, učňovské
 b) středoškolské
 c) vysokoškolské

4. Jste spokojen(á) se stavem našeho zdravotnictví?:
 - a) velmi spokojen
 - b) spíše spokojen
 - c) spíše nespokojen
 - d) velmi nespokojen
 - e) nevím, nezajímá mě to

5. Myslíte si, že naše zdravotnictví potřebuje reformu?:
- a) rozhodně potřebuje
 - b) spíše potřebuje
 - c) spíše nepotřebuje
 - d) rozhodně nepotřebuje
 - e) nevím, nezajímá mě to
6. Jaké si myslíte, že jsou ve zdravotnictví problémy?:
- a) vážné problémy
 - b) menší problémy
 - c) bez problémů
 - d) nevím
7. Jakou oblast ve zdravotnictví považujete za nejvíce problémovou?:
- a) financování zdravotnictví
 - b) řízení zdravotnictví
 - c) přístup zdravotnického personálu k pacientům
 - d) vybavenost zdravotnického pracoviště
 - e) odborná úroveň lékařské péče
 - f) dostupnost zdravotní péče
8. Výnosy ze zdravotního pojištění už dlouhodobě nestačí pokrývat náklady na zdravotnictví. Jaké je podle Vás řešení?:
- a) omezení zdravotní péče
 - b) vyšší přímá spoluúčast pacientů
 - c) zvýšení zdravotního pojištění
 - d) zvýšení financování ze státního rozpočtu

9. Souhlasíte s opatřeními, jejichž cílem je dosáhnout úspor?
- a) platit poplatek za recept: rozhodně souhlasím...spíše souhlasím...spíše nesouhlasím...rozhodně nesouhlasím...nevím

 - b) platit za návštěvu u lékaře: rozhodně souhlasím...spíše souhlasím...spíše nesouhlasím...rozhodně nesouhlasím...nevím

 - c) v nemocnici připlácet za pobyt: rozhodně souhlasím...spíše souhlasím...spíše nesouhlasím...rozhodně nesouhlasím...nevím

 - d) platit za návštěvu pohotovosti: rozhodně souhlasím...spíše souhlasím...spíše nesouhlasím...rozhodně nesouhlasím...nevím
10. Souhlasíte s výší regulačních poplatků?:
- a) ano, myslím, že jsou to částky opravdu symbolické
 - b) ne, měly by být nižší
 - c) neměly by být žádné
11. Jste informováni o existenci ročního ochranného limitu?:
- a) ano, vím o co jde
 - b) slyšel(a) jsem o tom, ale nevím přesně o co jde
 - c) ne, nikdy jsem o tom neslyšel(a)
12. Jakou má podle Vás roční ochranný limit výši?:
- a) 3000
 - b) 4000
 - c) 5000
 - d) 6000
 - e) nevím

13. Souhlasíte s tvrzením: Současná reforma zdravotnictví umožňuje blízkým získávání informací o pacientovi a nahlížet do dokumentace.:

- a) ano, ale pouze rodinným příslušníkům
- b) ano, ale pouze pokud pacient podá souhlas
- c) ne, do lékařské dokumentace se nahlížet nesmí

14. Kdy si myslíte, že se regulační poplatek neplatí? Pokud se jedná o:

- a) preventivní prohlídku
- b) matku v porodnici
- c) novorozence v porodnici
- d) důchodce v nemocnici
- e) myslím, že se platí vždy

15. Považujete možnost připlatit si za nadstandard za vhodnou?:

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

16. Myslíte si, že nemít možnost připlatit si za nadstandard, je cesta ke korupci?:

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

17. Myslíte si, že je nutné brát si potvrzení o zaplacení poplatku?:

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

18. Myslíte si, že je reforma současného zdravotnictví vedená správným směrem?:

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

Regulační poplatky 30 Kč se platí:

1. **za návštěvu, při které je provedeno klinické vyšetření,**
 - a) u praktického lékaře po dovršení 18 let věku,
 - b) u praktického lékaře pro děti a dorost po dovršení 18 let věku do 19 let věku,
 - c) u ženského lékaře po dovršení 18 let věku,
 - d) u zubního lékaře po dovršení 18 let věku,
 - e) u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní péči po dovršení 18 let věku včetně ambulancí lůžkových zdravotnických zařízení v pracovních dnech od 7:00 do 17:00 hodin s tím, že ordinační doba může být i delší než do 17:00 hodin, o čemž rozhoduje provozovatel zdravotnického zařízení. Zda se jedná o ordinační dobu ambulance, nebo od 17:00 hodin již o ústavní pohotovostní službu, musí být zřejmé z označení ambulance),
 - f) u klinického psychologa,
 - g) u klinického logopeda,
2. **za návštěvní službu** poskytnutou praktickým lékařem nebo praktickým lékařem pro děti a dorost u pacienta po dovršení 18 let věku,
3. **za položku na receptu** při výdeji léků, které jsou plně nebo částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění (dále také „v.z.p.“), a to takto:
 - a) pokud je lék bez doplatku nebo je doplatek menší než 30,- Kč, platí se regulační poplatek 30,- Kč,
 - b) je-li doplatek vyšší než 30,- Kč, platí se regulační poplatek 30,- Kč a dále doplatek, který se sníží o 30,- Kč (tedy o zaplacený regulační poplatek).

Regulační poplatky 60 Kč se platí:

za každý den, ve kterém byla poskytována:

- a) ústavní péče (tj. péče v nemocnicích, v odborných léčebných ústavech, zařízeních následné péče a v LDN),
- b) komplexní lázeňská péče,
- c) ústavní péče v dětských odborných léčebnách a v ozdravovnách,

přičemž se den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování takové péče, a den, ve kterém bylo poskytování takové péče ukončeno, počítá jako jeden den. Stejně pravidlo platí i pro pobyt průvodce dítěte, je-li mu tento pobyt hrazen z v.z.p.

Regulační poplatky 90 Kč se platí:

za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím:

- a) lékařskou službu první pomoci (dále jen „LSPP“) včetně LSPP poskytované zubními lékaři,
- b) ústavní pohotovostní službu v sobotu, neděli nebo ve svátek (po celých 24 hodin) a v pracovních dnech v době od 17:00 hodin do 7:00 hodin (poplatek se hradí jen v případě, že nedojde k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče).

Regulační poplatky 30 Kč se neplatí:

1. pokud jde o návštěvu u lékaře dítěte do 18 let,
2. pokud nebylo provedeno klinické vyšetření,
3. ve stomatologii, pokud při dalších návštěvách je pokračováno v plánovaných úkonech, které není možné provést při jedné návštěvě (otisky apod.),
4. při preventivní prohlídce,
5. při dispenzární péči o těhotné,
6. jde-li o hemodialýzu,
7. za laboratorní a diagnostické vyšetření (odběr krve, RTG, SONO...),
8. za vyšetření lékařem transfúzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně,
9. při rozhovoru lékaře s rodinou,
10. při telefonické konzultaci ošetřujícího lékaře pacientem,
11. za výkony psychoterapie nebo intervence,
12. při ohledání mrtvého mimo lůžkové zařízení,
13. za výdej zdravotnických prostředků předepsaných na poukaz,
14. za výdej léčivých přípravků předepsaných na recept, avšak nehrazených z v.z.p. (např. antikoncepce předepsaná na recept),

15. za výdej léčivých přípravků předepsaných na recept s uvedením „hradí pacient“,
16. za výdej léčivých přípravků, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis a pojištěnec je hradí plně,
17. při poskytování péče, která není hrazena z v.z.p. (např. jednání se o akupunkturu, kosmetické výkony apod.),
18. při provedení výkonu na žádost pacienta (potvrzení ke studiu, pro autoškolu, pro komerční pojišťovnu),
19. jednání se o výkony provedené na dožádání soudu, státního zastupitelství, orgánů státní správy, České správy sociálního zabezpečení, Úřadů práce, orgánů Policie České republiky apod.

Regulační poplatky 60 Kč se neplatí:

jedná-li se o:

1. 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,
2. pobyt ve stacionáři,
3. poskytování jednodenní péče na lůžku,
4. poskytování příspěvkové lázeňské péče a hospicové péče,
5. pacienta na propustce.

Regulační poplatky 90 Kč se neplatí:

v případě ústavní pohotovostní služby:

- a) v pracovních dnech v době od 7:00 hodin do 17:00 hodin,
- b) dojde-li k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče ve stejném zdravotnickém zařízení, kde byla poskytnuta ústavní pohotovostní služba.

Žádné regulační poplatky se nehradí:

1. jde-li o pojištěnce:

- a) umístění
 - v dětských domovech,
 - ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy,
 - k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením,
 - na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc,
- b) nebo svěřené rozhodnutím soudu do pěstounské péče podle zákona o rodině,

2. při ochranném léčení nařízeném soudem dle ust. § 351 zákona č. 141/1961 Sb.

- osvobození od úhrady poplatků se týká pouze zdravotní péče, včetně léčivých přípravků, poskytované v rámci výkonu ochranného léčení,

3. při umístění pojištěnce z důvodů stanovených zvláštním zákonem bez jeho souhlasu do ústavní péče, vysloví-li s připustností převzetí a dalšího držení pojištěnce v ústavní péči souhlas soud. Příkladem může být pacient přivezený do nemocnice v bezvědomí,

4. při:

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

5. jde-li o pojištěnce, který se prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, která je mu poskytována podle zvláštního právního předpisu. Potvrzení, které vydávají pověřené obecní úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností, nesmí být starší 30 dnů,

Dávky v systému pomoci v hmotné nouzi jsou:

- a) příspěvek na živobytí,
- b) doplatek na bydlení a
- c) mimořádná okamžitá pomoc.

6. při posuzování zdravotní způsobilosti pojištěnce k odběru tkání a orgánů, při odběru tkání a orgánů a při dispensární péči o pojištěnce po odběru tkání a orgánů podle transplantčního zákona,

7. jde-li o pojištěnce, kterému jsou podle zákona o sociálních službách poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem nebo ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, pokud u tohoto pojištěnce po úhradě za ubytování a stravu činí stanovený zůstatek ve výši alespoň 15 % jeho příjmu méně než 800,- Kč nebo pokud nemá žádný příjem. Túto skutečnost prokazuje pojištěnec potvrzením ne starším než 30 dnů, které je na jeho žádost povinen vydat poskytovatel sociálních služeb.

Zdroj: www.mzcr.cz

Příloha 4.

Regulační poplatky mají několik funkcí:

1. **Regulační** – symbolický poplatek odrazuje od spotřeby nadbytečné zdravotní péče ty občany, kteří ji nadužívají – zejména se jedná o pohotovost, návštěvy u lékaře a předepisování některých levných či méně účinných léků. V počtu návštěv u lékaře jsem na špici evropského žebříčku (průměrně 13 návštěv za rok) a o vysoké spotřebě léků hovoří odhady expertů z farmaceutické fakulty, které říkají, že se u nás ročně doslova „vyhodí“ léky v hodnotě až 10 miliard korun (což je čtvrtina celkových výdajů pojišťoven).
2. **„Signalizační“** – symbolický poplatek dává občanovi signál v okamžiku, kdy čerpá zdravotní péči, že ta má nějakou obvykle poměrně vysokou hodnotu. Upozorňuje jej, že právě čerpá peníze z balíku veřejného zdravotního pojištění, že je tento balík limitovaný a je povinností nás všech bez rozdílu zdravotního stavu, majetku atd stavět se k jeho čerpání velice odpovědně. Je to signál, že užívám prostředků, na které se ostatní občané složili. I cena běžného vyšetření u lékaře může mít hodnotu až 20krát vyšší než je poplatek 30 korun.
3. **Vyjádření pobytových, hotelových, nezdravotnických nákladů** – týká se poplatku za pobyt v nemocnici. Přestože je někdy obtížné určit, kde začíná zdravotní péče a kdy již jde o služby, které s ní pouze souvisejí, každý jistě pochopí, že při pobytu v nemocnici vznikají náklady na energie, jídlo a další služby, které běžně spotřebujeme doma a zcela jistě za ně dáme vyšší částku než 60 korun denně.
4. **Psychologickou** (rozmanitě výchovnou) – regulační poplatky prolamují psychologickou bariéru vystavěnou za minulého režimu, že je zdravotní péče zdarma a existuje bezedná státní studnice, ve které je vždy dost peněz pro všechny pacienty a na jakoukoli léčbu. Ukazují, že zdroje jsou omezené, musíme se k nim chovat odpovědně a není nic neslušného platit ve zdravotnictví přímo– byť symbolicky při zachování bezplatnosti definované v ústavě. Zdravotní pojištění je tu od toho, aby nás ochránilo před katastrofou (infarkt, rakovina, dopravní nehoda apod.), ale musíme se spolupodílet na jeho efektivním provozování nebo se nám z něj peníze rozkutálí a my nebudeme na vážné zdravotní situace mít dostatek finančních prostředků.

Zdroj: www.mzcr.cz

Příloha 5.

Položky ZAPOČITATELNÉ do limitu

I. U dětí do 18 let věku

Do limitu 2.500,- Kč se započítávají:

- a) regulační poplatky za návštěvu u klinického psychologa ve výši 30,- Kč,
- b) regulační poplatky za návštěvu u klinického logopeda ve výši 30,- Kč,
- c) regulační poplatky za položku na receptu ve výši 30,- Kč, pokud je lék plně nebo částečně hrazen z v.z.p.,
- d) doplatky na léky ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupný lék nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání.

Poznámka:

Děti do 18 let již od 1.4.2009 neplatí regulační poplatky ve výši 30,- Kč

- i. za návštěvu u lékaře, při které bylo provedeno klinické vyšetření:
 - a) u praktického lékaře pro děti a dorost nebo od 15 let u praktického lékaře,
 - b) u ženského lékaře,
 - c) u zubního lékaře,
 - d) u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči,
- ii. za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem pro děti a dorost nebo od 15 let praktickým lékařem.

II. U seniorů nad 65 let věku

Do limitu 2.500,- Kč se započítávají:

- a) regulační poplatky ve výši 30,- Kč za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření u praktického lékaře, ženského lékaře, zubního lékaře, lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči,
- b) regulační poplatky ve výši 30,- Kč za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem,
- c) regulační poplatky za návštěvu u klinického psychologa ve výši 30,- Kč,
- d) regulační poplatky za návštěvu u klinického logopeda ve výši 30,- Kč,
- e) regulační poplatky za položku na receptu ve výši 30,- Kč, pokud je léčivý přípravek plně nebo částečně hrazen z v.z.p.,
- f) doplatky na léky ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupný lék nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání,
- g) doplatky na léčivé přípravky částečně hrazené z v.z.p. obsahující léčivé látky určené k podpůrné a doplňkové léčbě předepsané na recept.

III. U ostatních pojištěnců (starších 18 let a mladších 65 let)

Do limitu 5.000,- Kč se započítávají:

1. regulační poplatek ve výši 30,- Kč za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření
 - a) u praktického lékaře,
 - b) u praktického lékaře pro děti a dorost (od 18 let do 19 let věku),
 - c) u ženského lékaře,
 - d) u zubního lékaře,
 - e) u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči,
 - f) u klinického psychologa,
 - g) u klinického logopeda,
2. regulační poplatek ve výši 30,- Kč za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost,
3. regulační poplatek ve výši 30,- Kč za vydání každého, z v.z.p. plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení,
4. doplatky na léčivé přípravky částečně hrazené z v.z.p. Do limitu 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 se stejnou cestou podání. To neplatí v případě, že předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit, pak se do limitu 5 000,- Kč, započítává doplatek v plné výši.

Zdroj: www.mzcr.cz

Příloha 6.

Položky NEZAPOČITATELNÉ do limitu

1. regulační poplatek ve výši 90,- Kč za pohotovostní službu poskytovanou zdravotnickým zařízením poskytujícím
 - a) LSPP včetně LSPP poskytované zubními lékaři,
 - b) ústavní pohotovostní službu v sobotu, v neděli nebo ve svátek (po celých 24 hodin) a v pracovních dnech v době od 17:00 do 7:00 hodin (regulační poplatek se hradí jen v případě, že nedojde k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče),
2. regulační poplatek ve výši 60,- Kč za každý den, ve kterém byla poskytována
 - a) ústavní péče nebo
 - b) komplexní lázeňská péče nebo
 - c) ústavní péče v dětských odborných léčebnách nebo v ozdravovnách,
3. doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě předepsané na recept pro pojištěnce mladší než 65 let věku,
4. doplatky na zdravotnické prostředky vydané na poukazy,
5. doplatky za částečně hrazené léčivé přípravky účtované jako ZULP a hrazené z v.z.p. při poskytování ambulantní péče.

Zdroj: www.mzcr.cz