

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

POROZUMĚNÍ A POSTOJE LÉKAŘŮ K SOUČASNÉ REFORMĚ
ZDRAVOTNICTVÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Autor: Bc. Lenka Tvrdá

Vedoucí práce: doc. MUDr. Vladimír Vurm, CSc.

Datum odevzdání práce: 25. 5. 2009

2009

Abstrakt

Zdravotnictví se dotýká každého člověka. Právo člověka na zdraví je považováno za jedno ze základních lidských práv. Zatím neexistuje ideální zdravotnický systém a státy reformují své zdravotnické systémy a způsoby jejich financování.

Reforma zdravotnictví v naší zemi probíhá dlouho. Žádný ministr však nepředložil tak zásadní změny a zásahy do současného systému jako ministr zdravotnictví MUDr. Tomáš Julínek. Tato reforma je občanům známá zejména kvůli zavedení poplatků ve zdravotnictví. Reforma je však rozsáhlejší. Další kroky reformy navrhuje změny ve veřejném zdravotním pojištění, poskytování zdravotní péče a ve vzdělávání, vědě a výzkumu.

Transformace zdravotnictví ČR dosud nedořešila a zcela nedokončila řadu některých otázek. Dořešení problémů brzdí rozpory mezi politickou reprezentací.

Tato práce je zaměřena na zjištění porozumění a postojů lékařů k současné reformě zdravotnictví. Pro sběr dat byla použita metoda dotazníku. Sběr dat proběhl v období leden až březen 2009. Návratnost dotazníků byla 84 %. Soubor respondentů byl tvořen lékaři z Kraje Vysočina z oblasti havlíčkobrodská a jihlavská. Cílem práce bylo zjištění postojů lékařů k současné reformě zdravotnictví.

Cíl práce byl splněn. Výzkumem byly ověřovány tyto hypotézy: Hypotéza 1: Názory lékařů OSVČ (osob samostatně výdělečně činných) a názory lékařů v zaměstnaneckém poměru se liší. Hypotéza 2: Názory lékařů se liší také podle odborností. Ve většině ohledů byly hypotézy potvrzeny.

Domnívám se, že můj výzkum přinesl nové poznatky týkající se problematiky názorů lékařů na české zdravotnictví a na změny v něm probíhající. Během tvorby diplomové práce se mnohé měnilo a reforma zdravotnictví nepostupovala tak, jak byla naplánována. Myslím, že i přesto jsou výsledky výzkumu užitečné a je možné použít je jako podklad k dalším výzkumům v této oblasti a více tak rozšířit informace týkající se této problematiky.

Abstract

Health care concerns everybody. Man's right to health care is one of the fundamental human rights. There is no ideal health care system as yet, and states reform their health care systems and the ways of their funding.

The reform of the health care system has been conducted in this country for a long time. No minister, however, has introduced more substantial changes and interferences in the present system than the Health Minister MUDr. Tomáš Julínek. This reform is known to citizens especially because of the introduction of fees for health treatment. However, the reform reaches farther. Further steps of the reform propose changes in the public health insurance, providing health care and in education, science and research.

The transformation of the health care system of the Czech Republic has not completely resolved and finished a number of matters. Finishing these matters is braked by disputes in the political representation.

This thesis is focused on finding out the understanding and attitudes of physicians towards the present reform of the health care system. To collect data, I used the questionnaire method. Its data were collected between January and March 2009. The return rate of questionnaires reached 84 per cent. The set of respondents consisted of physicians from the Vysočina Region in the districts of Havlíčkův Brod and Jihlava. The objective of my thesis was to find out the attitudes of physicians towards the present reform of the health care system.

The objective of my thesis was fulfilled. I verified the following hypotheses by my research: Hypothesis 1: Opinions of self-employed physicians are different from those in employment relationship. Hypothesis 2: Differences in physicians' opinions are also dependent on their specialisations. Both hypotheses were confirmed in most aspects. I suppose that my research has brought new information concerning the opinions of physicians of the Czech health care system and of the changes going on in it. A number of things changed while this diploma thesis was being written, and the reform of the health care system did not proceed in the way it had been planned. I think that despite

this the research results are useful and may be used as a basis for further research in this field, and thus enlarge information concerning this subject.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Porozumění a postoje lékařů 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 25. 5. 2009

Podpis

Chtěla bych touto cestou poděkovat mému vedoucímu práce doc. MUDr. Vladimíru Vurmovi, CSc. za pomoc, cenné připomínky, čas a trpělivost. Děkuji všem lékařům, kteří se účastnili mého výzkumu. Ráda bych také poděkovala svým rodičům a příteli za podporu a pomoc při studiu.

Obsah

Úvod		8
1.	Současný stav	9
1. 1	Zdravotní politika	9
1. 1. 1	Zásady zdravotní politiky	9
1. 1. 2	Fáze tvorby zdravotní politiky	10
1. 1. 3	Základní cíle zdravotní politiky	11
1. 1. 4	Určování cílů zdravotní politiky	12
1. 1. 5	Vliv HDP na oblast zdravotní politiky	13
1. 1. 6	Problémy zdravotní politiky ve vyspělých zemích	14
1. 2	Zdravotnické systémy v průmyslově vyspělých zemích	14
1. 2. 1	Vývoj zdravotnických systémů	14
1. 2. 2	Typy systémů, jejich výhody a nedostatky	15
1. 2. 2. 1	Smíšený systém s převahou liberalistických prvků	15
1. 2. 2. 2	Systém založený na povinném zdravotním pojištění	16
1. 2. 2. 3	Národní zdravotní služba	17
1. 2. 2. 4	Státní model	17
1. 2. 3	Historie systémů zdravotní péče v ČR	18
1. 3	Úloha státu v oblasti zdravotnictví	20
1. 4	Úhrada zdravotní péče, zdravotní pojištění	21
1. 4. 1	Historie zdravotního pojištění v Evropě	21
1. 4. 2	Historie zdravotního pojištění v České republice	22
1. 4. 3	Systém zdravotního pojištění po roce 1990	24
1. 4. 4	Úhrada zdravotní péče v některých zemích	26
1. 4. 4. 1	Belgie	26
1. 4. 4. 2	Francie	26
1. 4. 4. 3	Holandsko	27
1. 4. 4. 4	Maďarsko	27
1. 4. 4. 5	Německo	27
1. 4. 4. 6	Rakousko	28

1. 4. 4. 7	Španělsko	28
1. 4. 4. 8	Švýcarsko	29
1. 4. 4. 9	USA	29
1. 4. 4. 10	Velká Británie	30
1. 5	Vliv globalizace na zdravotnické systémy a populační zdraví	30
1. 6	Reforma zdravotnictví v ČR	31
1. 6. 1	Cíle reformy	31
1. 6. 2	Etapy reformy	32
1. 6. 2. 1	První část reformy	32
1. 6. 2. 2	Další části reformy	33
1. 6. 2. 2. 1	Oblast veřejného zdravotního pojištění	33
1. 6. 2. 2. 2	Oblast poskytování zdravotní péče	34
1. 6. 2. 2. 3	Oblast vzdělávání , vědy a výzkumu	35
1. 6. 3	Problémy reformy	36
1. 7	Spoluúčast na financování zdravotní péče	36
1. 7. 1	Formy spoluúčasti	36
1. 7. 2	Spoluúčast ve vybraných zemích Evropy	36
1. 7. 2. 1	Belgie	37
1. 7. 2. 2	Francie	37
1. 7. 2. 3	Itálie	37
1. 7. 2. 4	Maďarsko	37
1. 7. 2. 5	Německo	38
1. 7. 2. 6	Polsko	38
1. 7. 2. 7	Rakousko	38
1. 7. 2. 8	Slovensko	38
1. 7. 2. 9	Švédsko	39
1. 7. 2. 10	Švýcarsko	39
1. 7. 2. 11	Velká Británie	39
1. 8	Financování zdravotnictví v ČR	39
1. 8. 1	Praktičtí lékaři pro dospělé a pro děti a dorost	41

1. 8. 2	Ambulantní specialisté	41
1. 8. 3	Komplementy, laboratoře a RTG	41
1. 8. 4	Stomatologická péče	42
1. 8. 5	Lékařská služby první pomoci	42
1. 8. 6	Zdravotnická záchranná služba	42
1. 8. 7	Doprava	42
1. 8. 8	Akutní lůžková péče	43
1. 8. 9	Lékárny	43
2.	Cíle práce a hypotézy	44
2. 1	Cíl práce	44
2. 2	Hypotézy	44
3.	Metodika	45
3. 1	Metodický postup	45
3. 2	Charakteristika souboru	45
4.	Výsledky	46
5.	Diskuse	135
6.	Závěr	143
7.	Seznam použitých zdrojů	144
8.	Klíčová slova	149
9.	Přílohy	150

Úvod

Reforma zdravotnictví ministra Tomáše Julínka nenechala nikoho klidným a rozbouřila veřejné mínění, zejména část reformy týkající se regulačních poplatků. Reforma měla od počátku své zastánce i zaryté odpůrce. Zajímalo mě, jaký názor na tuto reformu panuje v odborné veřejnosti mezi lékaři.

Od té doby, kdy jsem odevzdala zadání své diplomové práce, se mnoho změnilo. Nebylo snadné změny sledovat. Reforma nepostupovala podle plánu Ministerstva zdravotnictví. Od 1. 1. 2008 byly zavedeny regulační poplatky, reforma však byla plánována v mnohem větším rozsahu. Po volbách do krajských zastupitelstev se v mnoha krajích přešlo k systému, kdy kraj platí za své obyvatele na základě darovací smlouvy poplatky ve zdravotnických zařízeních patřících kraji.

V lednu 2009 došlo k personálním změnám na Ministerstvu zdravotnictví, ministr Tomáš Julínek byl vystřídán ministryní Danielou Filipiovou, ta byla jmenována prezidentem republiky do úřadu 23. ledna 2009. V květnu 2009 došlo ke změně vlády a novou ministryní se dne 8. května 2009 stala Dana Jurásková.

V současné době není jisté, jak se bude situace ve zdravotnictví vyvíjet a zda se bude pokračovat v reformě, nebo bude navržena reforma jiná. Situace v resortu zdravotnictví je dlouhodobě nestálá, o tom vypovídá i fakt, že od vzniku samostatné České republiky v roce 1993 se ve funkci ministra zdravotnictví vystřídal 13 osob.

1. Současný stav

1. 1 Zdravotní politika – základní pojmy

Zdravotní politika je souhrnem politických aktivit, které mají vliv na zdraví a kvalitu života lidí a společenských skupin (9, 11, 36). Jedná se o cílevědomou činnost státu a ostatních subjektů hospodářské a sociální politiky zaměřenou na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatelstva (7). Zahrnuje zdravotnické služby a sektory mimo zdravotnické služby, které ovlivňují zdraví (36).

Péče o zdraví je celospolečenská soustava politických, ekonomických, sociálních, kulturněvýchovných a zdravotnických opatření a činností, sloužících k upevnování, ochraně a obnově zdraví obyvatelstva (10, 11, 12, 13, 48).

Zdravotní péče zahrnuje širokou škálu služeb, k nimž náleží nejen samotná léčba, ale rovněž prevence onemocnění, diagnostika, rehabilitace, distribuce zdravotnických pomůcek a léčiv, ochrana zdraví, posilování zdraví a další (5, 11, 17, 34).

Zdravotnický systém je ta část společenského systému (subsystému), která zahrnuje opatření, instituce, organizace a činnosti, kterými usiluje o léčení nemocí, jejich prevenci a o posilování zdraví (31).

Zdravotnictví je společenskou soustavou profesionálně odborných institucí, zařízení, orgánů a pracovníků a jim odpovídajících činností, sloužících speciálně k poskytování zdravotní péče s primárním cílem podporovat, zachovávat nebo obnovovat zdraví (10, 13, 34, 48).

1. 1. 1 Zásady zdravotní politiky

Zdravotnictví se dotýká každého člověka, ve vyspělých státech každý jedinec zdravotnictvím prošel, to se týká i všech obyvatel ČR (49). Celosvětově se však asi 50 % obyvatelstva narodí a zemře, aniž by kdy navštívilo lékaře (7).

Funkce a orientace zdravotnictví jsou poměrně stálé. Je přirozené, že jejich uplatnění je politicky, sociálně, historicky, kulturně i geograficky podmíněno. Otázka naplnění potřeb a vyrovnání se s nimi je kladena vždy znovu, když dojde k politickým, ekonomickým a organizačním změnám (13). Zdravotní politika je však oblastí, jež musí být koncipována pro delší časový horizont, s ohledem na budoucnost, a není možné

ji zásadně měnit při střídání vlád po demokratických volbách (22). Zdravotní politika spočívá na řadě rozhodnutí a činností, které reagují na zdravotní potřeby, zdravotní požadavky, dosažitelné prostředky a jiné se zdravím související tlaky (36). Zdravotní politika je výrazem zájmu států na zdravotním stavu obyvatelstva. Stát vymezuje pojetí, obsah, cíle zdravotní politiky a legislativně ji zabezpečuje (9).

Východiskem pro zdravotní politiku je vždy existence určitým způsobem uspořádané konkrétní společnosti a její hospodářské a sociální politiky, kterou aplikuje v oblasti péče o zdraví. Zdravotní politika vychází vždy z konkrétních hodnot a priorit, je mimořádně závislá nejen na politické vůli optimálního řešení problémů z této oblasti, ale také významně závislá na ekonomice, na jejím fungování a efektivitě (47). Řízení a plánování musí vycházet ze strategických cílů, rozpočtu, vládní koncepce, personálu, statutárních záležitostí, včetně platných právních norem (8, 31).

Jednotlivé země by měly přihlížet ke svým specifickým podmínkám, ekonomickým možnostem a historickým vlivům a volit jiné pořadí priorit při řešení problémů (11).

1. 1. 2 Fáze tvorby zdravotní politiky

Tvorba zdravotní politiky probíhá ve 4 fázích. První fází je identifikace problémů a rozpoznání východisek (9, 11). Je potřeba přesně formulovat v čem problém spočívá, jaké jsou jeho důsledky, jaká východiska je třeba při jeho řešení vzít v úvahu. Uvědomit si, mezi kterými hodnotami se musíme rozhodovat a kterým dát přednost. Zjistit k čemu více orientovat výzkum a jak je možné příznivě změnit fyzikální a společenské prostředí (9).

Druhou fází je formulace cílů a postupů (9, 11). Zde je potřeba věnovat pozornost co, kdo, jak a kde má dosáhnout a učinit. Jaké výsledky je možné považovat za žádoucí. Jaké metody a technologie je třeba zavést a v jakém rozsahu (9).

Ve třetí fázi se provádí implementace postupů. V této fázi je třeba zabývat se následujícími. Zjišťujeme kdo má být zahrnut do úvah, jaké zdroje jsou k dispozici, jak organizovat a podpořit zavádění nových postupů, zda budou použité zdroje odpovídat výsledkům a zda jsou zdroje použity účelně a hospodárně (9, 11).

Čtvrtou fází tvoří vyhodnocení postupů. Zabýváme se tím, co se stane, jestliže se politika ukáže jako účinná a jaké mohou být nežádoucí výsledky. Zaměřujeme se na to, jakými indikátory zjistíme účinnost, jak lze výsledky soustavně monitorovat. Zajímá nás, zda byly dosaženy předpokládané cíle a jestli se vyskytnou nějaké nežádoucí vedlejší důsledky (9, 11).

Toto vše představuje komplex medicínských, technických, ekonomických a etických problémů, které by měly být objasněny, aby na jejich podkladě mohl být připraven a propracován cílevědomý strategický postup, který se stane koncepcí rozvoje zdravotní péče (9).

1. 1. 3 Základní cíle zdravotní politiky

Většina zemí při plánování zdravotní politiky sdílí 3 základní cíle. Ekvitu v přístupu k určitému rozsahu zdravotní péče pro všechny občany. Dále vysokou kvalitu zdravotní péče. To znamená dobré výsledky a zlepšující se zdravotní stav. Třetím cílem je makroekonomická hospodárnost zdravotní péče na základě stanovení žádoucího stavu přijatelné úrovně nákladů vzhledem k úrovni národního důchodu (9).

Jedním ze znaků, podle kterých jsou hodnoceny moderní zdravotnické systémy, jejich kvalita a celková úroveň je uplatnění principu rovnosti a spravedlnosti v dostupnosti zdravotní péče pro všechny skupiny obyvatelstva a snaha redukovat existující rozdíly v ukazatelích zdravotního stavu pro jednotlivé sociální skupiny. Rovnost je v řadě dokumentů připomínána jako významná hodnota a první cíl evropské zdravotní politiky (35).

Právo na zdravotní péči a rovný přístup ke zdravotním službám je většinou součástí ústav nebo jiných základních dokumentů jednotlivých států (například Magna Charta ve Velké Británii, Grundgesetz v SRN apod.). Toto právo je výsledkem dlouholeté demokratizace evropské společnosti (35). Právo člověka na zdraví je považováno za jedno ze základních lidských práv (30).

1. 1. 4 Určování cílů zdravotní politiky

Základním krokem při tvorbě koncepce zdravotní politiky je kritická analýza současného stavu zdraví, zdravotnického systému a společenských podmínek s širokou účastí výzkumných pracovníků příslušných medicínských odvětví a společenských věd, s přizváním odborných společností, profesních organizací, manažerů, zástupců zdravotnických institucí a terénních zdravotnických pracovníků, plátců zdravotnických služeb, politických a samosprávných orgánů, zástupců patientských organizací, ekonomů a právníků (9).

Na zdravotní politice se tedy podílejí subjekty, které vyvíjejí své aktivity v rámci odvětví zdravotnictví (zdravotní pojišťovny, komory, asociace, nadace a další), ale i takové subjekty, jejichž hlavní činnost leží mimo rámec odvětví zdravotnictví (obce, podnikatelé, zaměstnavatelé, občanské iniciativy, občané). Do tvorby zdravotní politiky vstupují i politické strany, různé zájmové a lobbistické skupiny (7).

Pro tvorbu účinné zdravotní politiky jsou také významným zdrojem podnětů výsledky výzkumných projektů řešených v oblasti klinické medicíny, veřejného zdravotnictví, zdravotní politiky a ekonomiky zdravotnictví (9). V oblasti podpory zdraví má své nezastupitelné místo i lokální a regionální zdravotní politika a zdravotní politika obcí (47).

Při určování cílů zdravotní politiky je třeba znát názor veřejnosti. Pokud problematiku hodnot a preferencí občanů podceníme, pak se můžeme obávat, že vývoj zdravotnického systému nebude splňovat oprávněná očekávání a bude provázen řadou nespokojeností občanské veřejnosti (13). Reformy by měly brát v úvahu potřeby lidí a jejich očekávání v oblasti zdraví a zdravotní péče (35). Uskutečnění zásadní reformy zdravotnictví je ve vyspělých zemích důležitým sociálním problémem (12).

Při volbě žádoucího cílového stavu zdravotnického systému je nezastupitelná role státu. Je na něm, aby (ve spolupráci s orgány veřejné správy, nejrůznějšími sdruženími, a to nejen zdravotnických pracovníků) připravil návrh koncepce a stanovil cíle, kterých má být dosaženo. Po diskuzi v odborné veřejnosti by měly být určeny úkoly, na které se zaměří jednotlivé složky systému péče o zdraví (13). Zdůrazněn je koncept udržitelných

financí, to znamená takového financování zdravotnických systémů, které zabezpečí trvalé poskytování nezbytné péče všem občanům (35).

Pokud je koncepce zdravotnictví vypracována a přijata, je nezbytné její realizaci průběžně a kriticky hodnotit (13). Významnou úlohu hrají informační systémy s přesně specifikovanými daty, která jsou při efektivním řízení nezbytná (31).

1. 1. 5 Vliv HDP na oblast zdravotní politiky

Z ekonomického hlediska jsou úroveň zdravotnictví, rozsah zdravotní péče, její financování a další aspekty fungování zdravotnictví daného státu závislé na vývoji ekonomického růstu, jeho stagnaci či poklesu, na vývoji inflace, nezaměstnanosti, zadluženosti státu, úspěšnosti výběru daní, zdravotního a sociálního pojištění a dalších makroekonomických ukazatelích ekonomické úrovně daného státu. Ekonomický růst se měří pomocí hrubého domácího produktu (HDP).

Pokud chceme vyjádřit, jakou pozornost věnuje daný stát oblasti zdravotnictví, zjišťujeme poměr výdajů na zdravotnictví ve vztahu k HDP, a to ve vyjádření na jednoho obyvatele (9).

Podíl výdajů na zdravotnictví je důležitým ukazatelem, jak příslušný stát věnuje pozornost této oblasti, jakou prioritu přikládá zdravotní péči o zdraví obyvatelstva a kolik prostředků je schopen a ochoten obětovat na řešení problematiky zdravotnictví (9).

Obecně platí, že čím jsou jednotlivé země ekonomicky zdatnější, tím více prostředků vkládají do oblasti péče o zdraví (9, 11, 49, 51). Státy s vyšším hrubým domácím produktem (HDP) na obyvatele vydávají na zdravotnictví více peněz nejen absolutně, ale i relativně, ve smyslu podílu zdravotnických výdajů na HDP (16). Ve státech OECD se podíl výdajů na zdravotnictví ve vztahu k HDP za období 1960-1990 zdvojnásobil (7). V zemích OECD se vydává na zdravotnictví kolem 10 % HDP. V ČR se výdaje na zdravotnictví pohybují v posledních letech mezi 6,5 až 7,5 % HDP. Výdaje na zdravotnictví v ČR v tomto ohledu mírně zaostávají za výkonem ekonomiky. Výdaje na zdraví nejsou v ČR svázány s ekonomickou výkonností daného regionu (27).

1. 1. 6 Problémy zdravotní politiky ve vyspělých zemích

Ve většině vyspělých zemí se musí zdravotní politika přizpůsobit následujícím změnám. Dochází ke stárnutí populace, inflaci, nárůstu chronických onemocnění a invalidity, zvyšuje se potřeba zdravotní péče a náklady na zdravotní péči v důsledku zvýšené dostupnosti nových technologií a nových způsobů léčby a narůstá očekávání veřejnosti (6, 7, 9, 12, 15, 34, 49).

Významnou příčinou problémů je rozpor mezi úrovní lékařské vědy a dostupnými zdroji. Lékařská věda poskytuje stále nové poznatky, nové diagnostické i terapeutické metody a zvláště v posledních letech se vyvíjí velmi rychlým tempem. Zdroje, které má zdravotnictví k dispozici (nejen u nás, ale i v nejbohatších státech) však takovým tempem nerostou (33, 45). Jde o to, jak nadále zajistit ekonomickou dostupnost zdravotnické péče v míře, kterou nabízí současná medicína a kterou vyžaduje soudobý vývoj obrazu zdraví a jím vyvolané požadavky jednotlivců i společnosti (7).

1. 2 Zdravotnické systémy

1. 2. 1 Vývoj zdravotnických systémů

Zdravotnictví jako ucelený specifický společenský problém vznikalo podobně jako ostatní společenské systémy v průběhu historického vývoje z potřeb denního života. Postupně vznikala různá zdravotnická zařízení ambulantní a lůžková, ve kterých byla na různé úrovni poskytována lékařská i jiná pomoc těm, kteří tuto pomoc vyhledávali. Pomoc byla poskytována nemocným lidem také charitativními či jinými organizacemi (9, 11). Zdravotnické systémy jsou výsledkem dlouhodobého a složitého společenského vývoje (7, 13, 31). Protože sociální, ekonomické, kulturní a politické podmínky v jednotlivých zemích byly různé, jsou různé i zdravotnické systémy těchto zemí. Všechny zdravotnické systémy si kladou za cíl uspokojovat zdravotní potřeby obyvatelstva státu (7).

V podstatě až do konce druhé světové války v západní ani střední Evropě neexistoval ucelený zdravotnický makrosystém a nikdo neurčil strategické cíle v oblasti zdraví. V jednotlivých zemích existovaly různé pojišťovací systémy, existovala různá sanitární opatření státu či obcí. Důsledky druhé světové války vedly k tomu, že se vedle

množství různých přirozeně vzniklých zdravotnických „mikrosystémů“ začaly v jednotlivých zemích vznikat různé zdravotnické makrosystémy, které byly odezvou na nově vzniklé zdravotní potřeby. Při vytváření těchto makrosystémů sehrálo svoji úlohu mnoho činitelů: důsledky II. světové války na zdravotní stav obyvatel, rozvoj medicínských věd, změny socioekonomického prostředí, vlivy ideologické a politické, kulturní vývoj, vědecko-technický pokrok a další. Z tohoto souboru často protikladně působících vlivů a tendencí vznikly v poválečném období v ekonomicky vyspělých zemích 4 základní typy (institucionální modely) zdravotnických systémů (9, 11).

Různí odborníci se shodují v tom, že zatím neexistuje ideální zdravotnický systém, který by vyhovoval všem kritériím optimálnosti (9, 11, 13, 31, 46, 47).

Ve vývoji zdravotnických systémů se stále pokračuje. Cílem je, aby odpovídaly současným očekávaným zdravotním a sociálním podmínkám a potřebám lidí, komunit a jednotlivých zemí (48). Aby se určitý systém mohl zlepšit, je především třeba, aby měl adekvátní zdroje (finanční, lidské, technologické), byl dobře strukturován (organizován) a aby byl dobře řízen (měl dobré vedení) (4). Všechny evropské státy reformují své zdravotnické systémy a způsoby jejich financování (13, 18, 21, 35, 49).

1. 2. 2 Typy systémů, jejich výhody a nedostatky

Zdravotnické systémy, bez ohledu na jejich typ, tvoří složitou strukturu organizace s mnoha vzájemnými vazbami a rovněž s vazbami na prvky prostředí, ve kterých tyto organizace působí (9). Porovnáme-li systémy zajišťující zdravotní péči v jednotlivých státech, zjistíme, že každý má své přednosti i nedostatky (1). Tradiční rozdělování systémů neodráží pestrou paletu modelů, jež se vytvořily. Jednotlivé modely se totiž mísí (21, 31). Většina zemí s moderním organizovaným zdravotnickým systémem v současné době propojuje v nejrůznější podobě a v nejrůznější míře trh s regulací (35).

1. 2. 2. 1 Smíšený systém s převahou liberalistických prvků (tržní model)

Vychází z názoru, že péče o zdraví je především záležitostí každého jednotlivce. Zdravotnické služby jsou chápány jako druh zboží, které podléhá zákonům tržní ekonomiky (7, 11, 31). Neexistuje zde zákon o všeobecném veřejném pojištění. Lidé

mohou být pojištěni u komerčních pojišťoven, nebo platí hotově (4, 7, 47). Přesto je podíl státu na financování 30 – 40 % (11).

Tento systém je zastoupen například v USA, do roku 1996 ve Švýcarsku (4, 7, 11, 12, 13, 24, 31, 36, 46, 47), je také na Filipínách, v Ghaně a některých jihoamerických zemích (31).

Výhody systému jsou velký výběr kvalitních služeb, podpora rozvoje medicínských technologií a podpora soutěživosti mezi zdravotnickými zařízeními. Nedostatky tohoto systému jsou nízká dostupnost kvalitní péče pro nemajetné nebo málo zámožné občany, vysoký podíl nákladů na administrativu, nedostatečná preventivní péče, nedostatečná návaznost péče a nákladnost péče (4, 9, 10, 11, 35, 46, 47).

1. 2. 2 Systém založený na veřejném zdravotním pojištění

Zdravotní péče je hrazena z fondů zdravotního pojištění vytvářených z příspěvků zaměstnanců, zaměstnavatelů a státu (11, 31). Základními účastníky systému jsou poskytovatelé, pacienti a zdravotní pojišťovny (4, 46, 47). Jde o nestátní zdravotnictví se státními zárukami (12). Přímé platby obyvatel za poskytnuté služby nepřevyšují ve většině zemí 15 % všech výdajů na zdravotnictví (31). V převážné části západoevropských zemí je zaveden tento systém. V tomto modelu hraje významnou roli stát, hradí pojistné za státní zaměstnance, nezaměstnané, děti, studenty, důchodce, osoby ve výkonu trestu a případně další (46).

Tento systém mají například: Francie, Belgie, Lucembursko, Nizozemí, Německo, Rakousko, Řecko, Švýcarsko, Japonsko, Korea, Polsko, Česká republika a Slovensko (4, 7, 11, 13, 21, 24, 31, 36).

Tyto systémy můžeme rozdělit na dva typy. V prvním typu pojišťovny zdravotní péči proplácejí, pacient si vybere zdravotnické zařízení, zaplatí za péči a pojišťovna mu proplatí účet podle svých sazeb. Tento systém funguje například ve Francii, Belgii a Lucembursku (14, 21, 47). Druhým typem je obstarávání zdravotní péče pojišťovnou, kdy pojišťovny sjednají se zdravotnickým zařízením poskytování zdravotní péče

a pacient musí tato zařízení vyhledat. Takovýto způsob je uplatňován v Nizozemí, Německu a v České republice (21, 47).

Systém je charakterizován vysokou dostupností základní zdravotní péče pro všechny obyvatele, dostatečně pestrá nabídkou zdravotnických služeb, vyhovující sítí zdravotnických zařízení, celkem vyhovující návazností, podporou primární péče a přiměřenými náklady. Nedostatkem je, že část prostředků spotřebují pojišťovny pro svou činnost. Dalším nedostatkem je administrativní těžkopádnost (4, 9, 11).

1. 2. 2. 3 Národní zdravotní služba

Zdravotnictví je financováno z daní prostřednictvím státního rozpočtu, rozpočtu obcí a z doplňkových plateb (7, 12, 47).

Tento systém funguje například ve Velké Británii (od roku 1948), Kanadě, Irsku, Dánsku, Finsku, Norsku, Švédsku, Španělsku, Itálii, Řecku, Portugalsku, na Islandu a na Novém Zélandě (4, 11, 12, 21, 24, 31, 36, 46, 47).

Služby jsou obecně dostupné a je jich dostatečná nabídka. Je věnována přiměřená pozornost prevenci. Návaznost služeb je dobře řešená. Náklady na zdravotnické služby jsou nízké. Existuje však nedostatek prostředků na financování. Na neurgentní operace jsou dlouhé čekací doby. Motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví je nedostatečná. Je podporováno nesoutěživé klima (4, 9, 11).

1. 2. 2. 4 Státní model

Zdravotní péče je v tomto systému hrazena ze státního rozpočtu (31, 47).

Dnes je uplatňován ve státech s mimořádnými ekonomickými podmínkami, jako je Kuvajt či Brunei (4, 46, 47). Tento systém je zastoupen také na Kubě, v některých státech bývalého SSSR je zastoupen částečně (4, 47).

Výhody systému jsou všeobecná dostupnost péče, pozornost věnována prevenci, návaznost péče a racionálně zvolená síť zdravotnických zařízení (4, 9, 22). Dále možnost zorganizovat zdravotní péči pro všechno obyvatelstvo (1, 10). Nevýhody systému (zejména v socialistických zemích) byly nízká výkonnost systému, chronický nedostatek prostředků, ekonomické brzdy technického rozvoje, nedostatečná motivace

obyvatel v péči o vlastní zdraví, nesoutěživé prostředí a nízké ekonomické ohodnocení práce lékařů a pracovníků resortu (4, 9, 11). Pacient v tomto systému nemá přehled o cenách za poskytovanou péči (4, 11, 46, 47).

Žádná typologie zdravotnických soustav ale nedovede zúžit širokou variabilitu všech možných forem a modifikací. Mezi 190 členskými zeměmi Světové zdravotnické organizace se nenaleznou dva státy, které by měli naprosto stejné organizační uspořádání zdravotní péče (12, 13). Dosud nebyl nalezen ideální model financování (11, 31, 47).

1. 2. 3 Historie systémů zdravotní péče v ČR

Samostatná ČSR převzala v roce 1918 poměrně kvalitní zdravotnické zákonodárství týkající se veřejné zdravotní služby, nemocenského pojištění a právního postavení zdravotnického personálu. Na Slovensku a v Podkarpatské Rusi však platilo jiné (uherské) právo, prvním úkolem proto bylo sjednotit legislativu ve všech zemích nového státu a dosavadní zákony zjednodušit a přizpůsobit novým podmínkám (32).

Do padesátých let 20. století celý komplex zdravotnictví vycházel a důsledně se řídil na tehdejší dobu vyspělou sociální a zdravotní legislativou dvacátých let (1). Podrobněji je toto období popsáno v kapitole o historii zdravotního pojištění.

Ve válečném období byly připravovány dva plány zdravotnictví – Nedvědův a Albertův. Ministerstvo zdravotnictví, za války zrušené, znovu ustanovené dekretem prezidenta v roce 1945, nebylo nakloněno radikálním změnám. Nedvědovým východiskem je reforma zdravotnické správy a postátnění. Předpokládá, že úhrada léčebných nákladů bude v nových podmínkách hrazena státem. Albertovým východiskem je reforma nemocnice a sjednocení legislativy. Úhradu předpokládá prostřednictvím pojištění. Oba kladou důraz na preventivní zdravotnictví (26).

Od 1. 1. 1951 byl zaváděn socialistický model zdravotnictví, kdy všechny zdravotnické služby přešly pod Ministerstvo zdravotnictví (4). V padesátých letech v každém kraji, okrese a v některých vybraných městských aglomeracích došlo v rámci jednotné zdravotnické soustavy ke zřízení určitých typů zdravotnických organizací

(krajského, okresního popřípadě městského Ústavu národního zdraví). Do jejich struktury byly začleněny všechny nemocnice, polikliniky, obvodní zdravotnická střediska, lékárny, hygienické stanice, záchranná služba, popřípadě i další zařízení (1, 4). Podle místa bydliště byly stanoveny spádové oblasti pro primární i nemocniční péči (4).

Ústřední národní pojišťovna byla zrušena, finanční zabezpečení převzal státní rozpočet (4). Téměř všechny finanční prostředky, ať již z daňových plateb občanů či jednotlivých odvodů podniků nedělených podle účelu, plynuly do centrálního rozpočtu. Z něho se opět přerozdělovaly krajům a v další fázi okresům (1, 4).

Ined po politické změně 1989 začala pracovat skupina expertů pod patronací Ministerstva zdravotnictví na návrhu nového systému zdravotní péče (4). „Návrh nového systému zdravotní péče“, ve kterém jsou zformovány zásady reformy zdravotnictví (1). Dokument klade důraz na efektivnost zdravotní péče, privatizaci, zejména v ambulantní péči, lékárenství, technické obsluze a podobně (9). Návrh byl přijat vládou České republiky jako oficiální usnesení č. 251 dne 12. 12. 1990 (1). Zároveň bylo rozhodnuto o pluralitním systému zdravotních pojišťoven (4).

V období 1900 – 1993 byla přijata řada nových zákonů, které vytvořily základní právní rámec pro nový systém financování zdravotnictví (4). Po roce 1990 byl zaveden systém všeobecného zdravotního pojištění a začalo docházet k postupné privatizaci zdravotnických subjektů. Počátkem devadesátých let proběhla rozsáhlá privatizace zdravotnických subjektů, transformace struktury a organizace celého zdravotnictví. Byly zrušeny tehdejší okresní a krajské ústavy národního zdraví a umožněn vznik samostatných a rozmanitých právních subjektů (1, 4, 9, 49). V zakládání soukromých zdravotnických zařízení je kulminačním bodem konec roku 1993 (48). V některých případech byly privatizovány i celé polikliniky, popřípadě nemocnice (9). Všechny varianty právních forem zdravotnických zařízení mají různé výhody, nevýhody a rizika (49, 50).

Většinu zdravotnických služeb poskytuje síť veřejných zdravotnických zařízení. Jsou to ta zdravotnická zařízení, která poskytují obyvatelstvu rozsah péče hrazené

zdravotní pojišťovnou (a to bez ohledu na druh vlastnictví). Tuto péči poskytují na základě smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami (48).

1. 3 Úloha státu v oblasti zdravotnictví

Ve všech vyspělých státech je zdravotní péče důležitou prioritou státní politiky a je věcí veřejnou (47). Významnou úlohu v reformách zdravotnictví hraje stát a jeho orgány, v řadě zemí se posiluje regulační úloha státních orgánů (9, 11). Stát vstupuje do vztahů mezi zdroji a potřebami téměř ve všech zemích, kde existují zdravotnické systémy (31). Stát bývá představitelem veřejných zájmů, nositelem politické i ekonomické moci, legislativcem a výkonným organizátorem celého zdravotnického systému (9).

Pro splnění daných cílů se používá řady nástrojů, počínaje tzv. modely „řízené péče“ a konče zaváděním různých limitů. Regulace se týká zavádění nových technologií, léků, způsobu a výše úhrad poskytovatelům, zvyšováním podílu občanů na hrazení služeb, zavádění standardních diagnostických a léčebných postupů, licenčního řízení i organizace zdravotnických služeb (9, 11). Často se tato opatření neobejdou bez konfliktů mezi jednotlivými účastníky zdravotní péče, ale ve většině zemí přinesla konkrétní výsledky (9). Stát garantuje obyvatelstvu potřebnou zdravotní péči, zároveň plní funkci koncepční, legislativní, kontrolní a podílí se na financování zdravotnictví (34). Především na financování lékařského výzkumu, dalšího vzdělávání lékařů a farmaceutů, na řešení problematiky AIDS a řešení drogové závislosti (22, 46).

V ČR stát, respektive Ministerstvo zdravotnictví, stanovuje koncepci a vytyčuje hlavní směry rozvoje zdravotnictví, dbá na jejich zabezpečování a stanovuje základní síť zdravotnických zařízení. Významnou roli sehraává stát při kontrole zdravotních pojišťoven. Každé čtvrtletí podávají pojišťovny Ministerstvu zdravotnictví zprávu o svém hospodaření. Při významném nedodržování pojistných plánů, nebo při porušování zákonů by měl stát přikročit k odpovídajícím sankcím, ať už pokutám nebo nucené správě (4).

1. 4 Úhrada zdravotní péče, zdravotní pojištění

Etický význam pomoci druhému v nouzi je natolik silným a neodmyslitelným prvkem v evropské křesťansko-židovské kultuře, že se princip vzájemné lidské solidarity stal východiskem moderního zdravotnického systému všech evropských zemí a z dobrovolného principu se stal státem nařízeným a organizovaným mechanismem (22).

Zdravotní pojištění slouží k úhradě zdravotní péče. Protože zdraví ovlivňuje kvalitu života, je velmi důležité řešit i pojištění zdraví. Pojištění zdraví, tedy zdravotní pojištění, je pojištění před mimořádnými náklady, které by musel člověk uhradit v případě léčení, ať již nemoci nebo úrazu a podobně (9, 10). V širším ekonomickém smyslu pojištění přenáší riziko z jednotlivce na větší skupinu, která může lépe zvládnout náhradu ztrát (20).

Jedná se o nepravé pojištění, neboť výše pojistného neodpovídá vidění rizik, ale odvozuje se od příjmů pojištěnců (12, 21). Všichni přispívají dle svých možností, ale čerpají podle svých potřeb (35). Základem se stala solidarita. Prostřednictvím fondu pojištění pomáhají zdraví nemocným, mladí starým a lidé s vyššími příjmy těm, kteří mají nižší příjem, a tedy platí nižší pojistné (20, 30).

Pro solidární financování existují dva základní důvody, etický a ekonomický. Z ekonomického hlediska je solidarita potřebná proto, že jen málo lidí by bylo schopno si z vlastních prostředků platit zdravotní péči. Etický důvod spočívá v tom, že zdraví je nutnou podmínkou rovnosti v příležitosti, péče o jeho udržení a v případě potřeby i navrácení patří mezi povinnosti spravedlivé společnosti (35).

1. 4. 1 Historie úhrady zdravotní péče v Evropě

V druhé polovině 19. století nastal v medicíně výrazný pokrok. Mezi rozvíjející se medicínou a její finanční náročností se začaly objevovat první rozpory. Vznikl výrazný sociální problém (4, 9). Dalším důvodem byly vojenské, hospodářské i politické zájmy, které prosazovaly a zdůrazňovaly hodnotu zdraví jako veřejného statku, jehož význam je zcela zásadní pro stabilitu socioekonomického systému a tím pro vývoj celé společnosti (22, 25).

První systém povinného dělnického nemocenského a úrazového pojištění byl zaveden v Prusku (1881-1884), pak i v Rakousku-Uhersku (4, 25, 48). Otto von Bismarck se zasloužil, že v letech 1883 – 1889 byly přijaty první zákony o pojištění nemocenském, úrazovém a invalidním (9, 20, 22, 26, 32, 35). V Rakousku bylo zavedeno nemocenské pojištění v průmyslu v roce 1888 (9, 11, 27). V tomto roce bylo uzákoněno i pojištění úrazové (9). Toto pojištění bylo velkou změnou v sociálním i zdravotním zabezpečení obyvatelstva – znamenalo totiž ekonomickou dostupnost potřebné zdravotní péče i pro sociálně slabší vrstvy obyvatelstva (12, 26).

Do první světové války nebyl počet evropských států, které zavedly pojištění proti nemoci, velký. Byly to Uhry 1891, Lucembursko 1901, Norsko 1909, Srbsko 1910, Velká Británie 1911, Rusko, Rumunsko 1912 (9) a také Dánsko 1892 a Švédsko 1910 (7). Po světové válce se rozšířilo nemocenské pojištění po celém evropském kontinentu (9).

Pomocí pojištění byli pracující zabezpečeni základní zdravotní péčí a peněžitými dávkami v případě nemoci či úrazu. Nemocenské, úrazové a pak i důchodové pojištění zahrnovalo stále širší okruhy zaměstnaného obyvatelstva (48).

1. 4. 2 Historie zdravotního pojištění v České republice

První náznaky zdravotního pojištění můžeme sledovat již ve 14. století, kdy vznikl fond Parlérské hutě při stavbě Svatovítské katedrály v Praze (9, 20). V roce 1527 vznikl status dělnické nemocenské pokladny, potvrzený Ferdinandem I. (9). V 16. a 17. století už byly pokladny různých řemeslnických cechů pro tovaryše a bratrské pokladny hornické zcela běžné (20).

Později s růstem průmyslové výroby a vytvořením soukromých podnikatelů byly podnikatelé přidržováni k tomu, aby se starali o ošetřování zdraví svých zaměstnanců. Dvorním dekretem z roku 1837 byli zavázáni továrníci, živnostníci a obchodníci k tomu, aby hradili ošetrovací náklady za nemocné dělníky a tovaryše, kteří byli ošetřováni ve veřejné nemocnici (9).

Dalším typem nemocenských pokladen druhé poloviny 19. století byly pokladny spolkové, které byly zakládány na podkladě spolkového zákona z roku 1852. Pokladny

zakládaly podpůrné dělnické spolky, které původně vznikly v Anglii a šířily se po celé Evropě. Zvláštní zákon z roku 1892 umožnil zakládání dalších pokladen pod názvem zapsaných pokladen pomocných. Na počátku osmdesátých let devatenáctého století bylo na našem území asi 400 pokladen s mnoha tisíci členy (9).

Po vzniku Československa v roce 1918 došlo k reformě dosavadních pojišťovacích zákonů, jejich doplnění pojištěním invalidním a starobním (20). Ke konci roku 1918 působilo na našem území okolo 2000 nemocenských pojišťoven (4). Zákony vydávanými v letech 1919 – 1924 bylo povinné zdravotní pojištění rozšířeno na všechny námezdně pracující a od roku 1925 bylo rozšířeno i na státní a veřejné zaměstnance (4, 9, 22).

V Československu bylo nemocenské pojištění dělníků upraveno zákonem č. 221/1924 Sb., který upravoval pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří (9, 20, 46, 47). Zaměstnanci a jejich zaměstnavatelé museli platit nemocenským pojišťovnám povinnou částku ve výši 6 % ze mzdy (46, 47). Soustava zahrnovala přes 3 miliony přímých pojištěnců (10).

V prvorepublikovém Československu žilo přibližně 14 700 000 obyvatel a nemocenského pojištění se účastnilo 3 513 000 osob. K tomu je třeba připočítat počet rodinných příslušníků, kteří byli rovněž pojištěni z těchto zaměstnaneckých pojistek. Zhruba asi polovina veškerého obyvatelstva byla pojištěna (4, 9, 27). Zdravotnictví bylo v letech 1918 – 1945 financováno z rozpočtu Ministerstva veřejného zdravotnictví a tělovýchovy a přes systém zdravotních pojišťoven – nemocenských pokladen (4). Základem systému nemocenského pojištění byly okresní nemocenské pojišťovny, pojišťovny závodní, spolkové a další.

V nemocnicích byly stanoveny třídy. Pojištěnci a jejich rodinní příslušníci měli při základním pojištění nárok na bezplatné ambulantní a nemocniční ošetření ve III. třídě. Státní zaměstnanci měli nárok na II. třídu a I. třída byla za příplatek (46, 47).

V letech 1945 – 1948 nedošlo v pojištění k žádným podstatným změnám. Až v roce 1948 bylo nemocenské a důchodové pojištění sjednoceno do jednoho povinného systému zákonem č. 99/1948 Sb., o národním pojištění (4, 9, 20, 22).

V roce 1951 byl přijat zákon č. 102/1951 Sb. o přebudování národního pojištění. Národní pojištění důchodové se zcela oddělilo od národního pojištění (9, 20). Zákonem č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči převzal zdravotnictví stát. Ústřední národní pojišťovna byla zrušena a finanční zabezpečení zdravotnictví převzal státní rozpočet (4, 9, 11, 25, 27).

1. 4. 3 Systém zdravotního pojištění po roce 1990

V materiálu „Návrh nového systému zdravotní péče“ bylo doporučeno zavést nový systém zdravotní péče již v průběhu roku 1992, ustanovit zdravotní pojišťovnu a zavést povinné zdravotní pojištění. V dokumentu byly konkretizovány i metody úhrady zdravotní péče (9, 36).

Během roku 1991 probíhaly diskuze o vhodném způsobu úhrady zdravotní péče z pojišťovacích fondů. Byly prosazovány dva základní způsoby financování, a to kombinace úhrady v závislosti na počtu registrovaných pacientů a úhrady dle provedených výkonů. Nakonec byl použit druhý způsob, hrazení péče v závislosti na provedených výkonech (9).

Základním důvodem pro zavedení veřejného zdravotního pojištění bylo zachování solidarity, motivace obyvatel k zájmu o své zdraví a o svůj zdravotní stav, ale i motivace poskytovatelů zdravotní péče o co nejkvalitnější a nejefektivnější péči (9).

Již v začátku úvah o zdravotním pojištění se počítalo s tím, že systém zdravotního pojištění bude oddělen od systému nemocenského pojištění. V tom se odlišujeme jak od koncepce uplatňované během první republiky, tak od koncepce, která platí v západoevropských zemích (9, 45).

V období 1990 – 1993 se v ČR změnilo financování zdravotnictví. Rozběhlo se všeobecné zdravotní pojištění Bismarkovského typu, které je povinné a založené na solidaritě (9). V rámci příprav na zavedení zdravotního pojištění byly přijaty dva zákony. A to zákon č. 550/91 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a zákon č. 551/91 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, které vytvořily právní rámec pro nový systém financování zdravotnictví (9, 27, 36).

Zákon o všeobecném zdravotním pojištění byl několikrát novelizován a v roce 1997 byl nahrazen zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (9, 34).

Snaha o vytvoření konkurenčního prostředí a nepřípuštění monopolu jedné pojišťovny vedla k přijetí zákona č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách (9).

Na základě zákona o rezortních, oborových a dalších pojišťovnách, přijatého v roce 1992 vzniklo 26 dalších zdravotních pojišťoven (9, 11, 35). Od počátku zůstává klíčovou Všeobecná zdravotní pojišťovna (až 75 % pojištěnců) (21, 35, 49). Počet jejích pojištěnců se ale snižuje. VZP má relativně nejstarší kmen pojištěnců. Tři čtvrtiny všech pojištěnců starších 60 let jsou pojištěni u VZP. VZP má také největší zastoupení státních pojištěnců (27).

Všechny pojišťovny jsou povinny přijmout každého zájemce a nesmějí si pojištěnce vybírat (35, 49). Pojišťovny vedou konkurenční boj, ve kterém se snaží získat klienta nejrůznějšími výhodami hlavně pro ženy, děti a nejrůznější rizikové skupiny (49).

Pojištění je povinné pro všechny osoby s trvalým pobytem na území ČR a pro všechny pracovníky v pracovním poměru u zaměstnavatelů se sídlem v ČR (11, 22, 27, 34). Zdravotní pojištění vzniká dnem narození, podmínkou vzniku je trvalý pobyt na území ČR a zaniká úmrtím, nebo ukončením trvalého pobytu (48).

Konkrétní výši pojistného řeší zákon č. 592/92 Sb., o pojistném na zdravotní pojištění. Pojistné činí 13,5 % z vyměřovacího základu. U osob v zaměstnaneckém poměru pak zaměstnavatel platí 9 % a zaměstnanec 4,5 % za mzdy na zdravotní pojištění (9, 11, 12, 34, 49).

Provoz s vybraným pojistným začal až v roce 1993. Příjmy pojišťoven jsou tvořeny platbami pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu (4, 9, 12). Výběr pojistného roste každým rokem minimálně o 5 % a je závislý především na výši mzdy v ČR, stanovení minimální mzdy, stanovení výše platby za státní pojištěnce a na vývoji nezaměstnanosti v ČR (27).

Vznikem zdravotního pojištění a zdravotních pojišťoven bylo zdravotnictví ekonomicky odděleno od státního rozpočtu. Z prostředků zdravotního pojištění je financována podstatná část zdravotnických služeb a potřeb (30, 48, 49).

1. 4. 4 Úhrada zdravotní péče v některých zemích

Žádná z ekonomicky vyspělých zemí není se systémem zdravotní péče spokojená, většina zemí je neustále v reformním pohybu. Směr a koncepce reformy jsou silně ovlivňovány politickými zájmy (9).

1. 4. 4. 1 Belgie

Systém zdravotní péče je založen na systému povinného nemocenského i invalidního pojištění (AMI). Tento systém zahrnuje téměř celou populaci (9, 31, 45). Lidé mohou vstoupit do libovolného pojišťovacího fondu, jediným omezením je, že jejich „závislý“ rodinní příslušníci je musí následovat. Příspěvek je hrazen dvěma třetinami zaměstnancem, pouhou jednu třetinu platí zaměstnavatel (31).

Výdaje toho systému jsou hrazeny přibližně z 70 % ze sociálního pojištění a asi z 30 % z dotací ze státního rozpočtu. Pojištěncům tento systém hradí (zpětně proplácí) převážnou část nákladů spojených s ambulantním ošetřením a přímo platí hospitalizace (9, 45).

Uvedené zdroje systému povinného nemocenského a invalidního pojištění kryjí méně než 80 % nákladů zdravotní péče, přibližně 21 % těchto nákladů je financováno z dalších plateb občanů (9, 45).

1. 4. 4. 2 Francie

Ve Francii funguje systém zdravotního pojištění, který tvoří součást systému sociálního zabezpečení. Zdravotní péče je financována z více zdrojů. Zdravotní pojištění se podílí na financování asi z 65 %, spoluúčast pacientů tvoří 22 %, z prostředků vzájemných pojišťoven (Mutuelles) plyne 6 %, ze státního a z místních rozpočtů 5 % a z jiných zdrojů asi 2 % (9, 45).

Národním zdravotním pojištěním je povinně kryto téměř 99 % populace (9, 31, 36). Francouzský zdravotnický systém je nejdražší v Evropě (31). Ve Francii existuje přibližně 80 komerčních pojišťoven (45).

1. 4. 4. 3 Holandsko

Finanční zdroje vstupující do zdravotnictví mají přibližně následující strukturu. Veřejné pojištění vážných a dlouhodobých chorob pokrývá 40,6 %, veřejné nemocenské pojištění 26,7 %, soukromé pojištění 13,9 %, vládní dotace 10,4 % a přímé platby pacientů 8,3 % nákladů (9, 45). Veřejný sektor je zastoupen asi z 60 %, značně rozvinutý soukromý sektor je financován soukromými pokladnami (31).

Pojistné bylo rozděleno na solidární část (income-related) a plošnou / rovnou část (flat rate), již platí všichni stejně. Poměr mezi těmito dvěma složkami byl odhadován nejprve na 75:25, později se ustálil asi na (80–85):(20–15). Zatímco solidárně vyměřené pojistné je univerzální po celém Holandsku, plošná platba může být variabilní a odrážet schopnost zdravotní pojišťovny lépe či hůře nakládat se svěřenými prostředky (35).

Pojistné je rozděleno mezi zaměstnance a zaměstnavatele, lidé nad 65 a pod 15 let příspěvky neplatí. (31)

1. 4. 4. 4 Maďarsko

Je vytvořen jeden celonárodní fond zdravotního pojištění (je zahrnuto i nemocenské pojištění), kdy zaměstnavatel platí 19,5 % z platu a zaměstnanec 4 %. Pojištění se účastní všichni občané, za občany v důchodu platí příspěvky penzijní fond, za nezaměstnané fond solidarity (31).

1. 4. 4. 5 Německo

V Německu existuje povinné zdravotní pojištění, které si lidé mohou smluvně zajistit u sedmi zdravotních pojišťoven. Jsou to veřejnoprávní instituce neziskového charakteru. Pojištění je povinné pro přibližně tři čtvrtiny obyvatelstva do určité příjmové hranice (22, 31, 36, 49).

Ze zákonného nemocenského pojištění je hrazeno asi 47 % zdravotní a z menší části i sociální péče. Podíl plateb je následující: od zaměstnavatelů asi 14 %, z veřejných prostředků 12 %, z penzijních fondů 7 %, z povinného pojištění pro dlouhodobou péči 4 %, z povinného úrazového pojištění 3 %, ze soukromého zdravotního pojištění 5 % a z přímých plateb více než 8 %. Podíl přímých plateb se stále zvyšuje (9, 45).

Vázanou volbu pojišťovny podle územního, profesního či zaměstnaneckého principu vystřídala až v roce 1996 svobodná volba pojišťovny. Ta měla vést ke konkurenci pojišťoven prostřednictvím pojistného, vzhledem k tomu, že pojistné není vyměřeno jednotně zákonem, ale pohybuje se v určitých mantinelech (od 9–16 %) (35). Polovinu pojistného hradí zaměstnanec a polovinu zaměstnavatel (49, 31). Stát poskytuje zdarma zdravotní péči státním zaměstnancům (49). Děti jsou pojištěním rodiče kryty do 18 let, pokud studují na vysoké škole do 25 let (45). Zdravotnické služby jsou dostupné bez ohledu na výši příjmů (31).

1. 4. 4. 6 Rakousko

Hlavním zdrojem financování zdravotnictví v Rakousku je nemocenské pojištění. Na druhém místě je to financování ze státních zdrojů. Ze soukromého pojištění je v Rakousku financováno asi 6 – 7 % zdravotní péče. Přímé platby pacientů tvoří asi 15 % (9, 45).

Systémem všeobecného pojištění je pokryto více než 99 % populace. Procentuální výše pojistného se pohybuje mezi 6 – 9 % mzdy, přičemž zhruba polovinu hradí zaměstnanec, druhou polovinu zaměstnavatel (9, 45). Pojistný plán pokrývá zdravotní péči pro pojištěnce i pro osoby, jež jsou na něm závislé (45).

1. 4. 4. 7 Španělsko

Ve Španělsku dominuje povinné zdravotní pojištění financované kombinací daní a pojistného. Na pojistném se podílí zaměstnavatel, který platí 26 % z platu a 6 % hradí zaměstnanec. Zdravotnické výdaje jsou financovány z 80 % z veřejných zdrojů, z 12 % z lokálních zdrojů, zbývající část pokrývají ústřední vládní instituce (31).

1. 4. 4. 8 Švýcarsko

Švýcarské zdravotnictví je financováno z více zdrojů. Federální, kantonální a obecné zdroje pokrývají 25 % nákladů, plány sociálního pojištění 43 %, soukromé pojištění a soukromé platby 32 % (9, 45).

Pro všechny obyvatele je zdravotní pojištění povinné. Povinné (základní) zdravotní pojištění je financováno ze 75 % z pojistného jednotlivců, z 15 % z příspěvku Svazové vlády a kantonů a z 10 % ze spoluúčasti pojištěnců (9, 45). Zdravotní pojištění má 80 % obyvatelstva (31).

1. 4. 4. 9 USA

V USA není jednotná zdravotní politika na federální úrovni, ani jednotný federální systém zajištění zdravotní péče. Neexistuje zákon o všeobecném zdravotním pojištění. Úhrada za poskytovanou péči je realizována z různých zdrojů, od přímé platby přes úhrady prostřednictvím soukromých zdravotních pojišťoven komerčního i neziskového charakteru, až po úhrady ze zdrojů místních, státních a federálních. V USA je více než 1 000 privátních zdravotních pojišťoven s různou úrovní nabízející různé individuální nebo skupinové pojistné plány s různou náročností podle zájmu a ekonomických možností klienta (4, 46).

Protože však existují občané, kteří nemají finanční možnosti na přímou úhradu či uzavření komerčního zdravotního pojištění, musel stát zavést v 60. letech 20. století federální zdravotní program Medicare (pro osoby starší 65 let) a Medicaid (pro všechny věkové skupiny s nízkými příjmy) a tím vstoupil do státní úhrady zdravotní péče pro nemajetné a zajišťuje úhradu z rozpočtových prostředků státu formou sociální politiky (4, 7, 22, 36, 46).

V USA představují současné veřejné výdaje na zdravotnictví formou přerozdělování daní až 48 % celkových výdajů na zdravotní péči (35). Historie amerického zdravotnictví 20. století je historií opakovaných neúspěšných pokusů o zavedení zákonem garantované zdravotní péče v rámci povinného komplexního sociálního zabezpečení (22).

1. 4. 4. 10 Velká Británie

Zdravotnictví ve Velké Británii je financováno asi z 81 % z daní, z 15 % z národního zdravotního pojištění a 4 % tvoří doplatky na léky a další zdroje (9, 45). Kromě toho existuje ve zdravotnictví malý soukromý sektor, který je financován přímými platbami nebo soukromým (komerčním) pojištěním (4, 9, 45, 46, 47, 49).

1. 5 Vliv globalizace na zdravotnické systémy a populační zdraví

Termín globalizace vyjadřuje vzájemnou propojenost přírodních, ekonomických a sociálních procesů, přesahujících úroveň jednotlivých států a územních celků (9).

Hlavním znakem globalizace je otevřenost a vzájemná propojenost mezi kontinenty a jednotlivými zeměmi. Globalizace je rozporuplný proces, který pro jednotlivé země na jedné straně znamená potenciální přínosy, na druhé straně v sobě skrývá četná rizika (9).

Je tudíž zřejmé, že globalizace zasahuje v mnoha směrech také do faktorů a vztahů, jež ovlivňují lidské zdraví – od šíření infekcí, přes ohrožení radiací a toxickými látkami, až po globalizaci problému drog a dalších různorodých vlivů a projevů soudobého životního stylu. (6)

Ve zdravotnictví k pozitivním stránkám náleží snadná komunikace a výměna informací o zdravotních rizicích, mezinárodní spolupráce, společné řešení problémů, intenzivnější pomoc v rozvojových zemích. Prohloubení spolupráce v oblasti ochrany zdraví a vzájemná výměna informací umožňuje srovnávat výkonnost jednotlivých zdravotnických systémů, což má motivační účinek pro řešení zdravotnických problémů v jednotlivých zemích (9). Výsledky vědy a výzkumu, vývoj léčiv i lékařských výkonů je záležitostí celosvětově publikovanou, vzájemně provázanou (9, 49).

Problémy zdraví a zdravotnictví přerostly národní rámec a řada z nich musí být řešena v mezinárodním měřítku (11). Koordinátorem mezinárodní zdravotnické spolupráce se stala Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation – WHO), která vznikla v roce 1948. WHO si za hlavní cíl stanovila dosažení co nejvyšší možné úrovně zdraví pro všechny národy světa (48). Světová zdravotnická organizace má významnou úlohu v oblasti péče o zdraví, věnuje pozornost tvorbě a rozvoji

zdravotnických systémů, stanovuje mezinárodní standardy, analyzuje zdravotní problémy v jednotlivých regionech světa, podílí se na výměně zkušeností a výchově odborníků v oblasti veřejného zdravotnictví, iniciuje různé programy zdraví a poskytuje významnou materiální i personální pomoc rozvojovým zemím. Rovněž koordinuje výzkum a rozvíjí rozsáhlou publikační činnost (9, 13).

Problematikou zdravotní péče a podporou různých zdravotnických programů se zabývají i takové instituce, jakými jsou Světová banka (World Bank), Mezinárodní měnový fond a Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organization for Economic Cooperation and Development – OECD) (9).

Spolupráce mezi jednotlivými státy již existuje delší dobu. Už v roce 1864 byla založena v Ženevě organizace Červeného kříže, která měla pomáhat v péči o raněné a nemocné ve válce a v míru zajišťovat první pomoc při různých živelných a jiných pohromách (32).

1. 6 Reforma zdravotnictví v ČR

Reforma zdravotnictví v naší zemi probíhá dlouho, každý z předchozích ministrů přišel s reformními kroky. Žádný však nepředložil tak zásadní změny a zásahy do současného systému jako ministr zdravotnictví MUDr. Tomáš Julínek (28). V současné době se v České republice transformuje zdravotnictví na základě reformy tohoto ministra. Tato reforma je občanům známá zejména kvůli zavedení poplatků ve zdravotnictví. Reforma je však rozsáhlejší a zahrnuje úpravu více oblastí.

1. 6. 1 Cíle reformy

Cíle reformy podle Ministerstva zdravotnictví ČR jsou stanoveny v pěti základních bodech:

- zamezit plýtvání
- zajistit postavení pacienta jako zákazníka
- stanovit časovou a místní dostupnost zdravotních služeb a rozsah krytí z veřejného zdravotního pojištění tak, aby občan věděl, kdy, kdo a kde mu poskytne zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění

- zřídit specializovaný nezávislý dohled nad zdravotními pojišťovnami
- zajistit kvalitu a bezpečnost zdravotních služeb (39)

Tyto principy mají být zajištěny pomocí tří legislativních souborů zaměřených na následující oblasti:

- veřejné zdravotní pojištění
- poskytování zdravotní péče
- vzdělávání, věda a výzkum (39)

1. 6. 2 Etapy reformy

Reformu zdravotnictví je třeba rozdělit na dvě základní části. První, zaměřená na zlepšení postavení pacienta a lepší využití stávajících finančních zdrojů, je realizována v současnosti. Druhá část, týkající se financování, je plánována od roku 2010 (37).

1. 6. 2. 1 První část reformy

První část reformy byla zahájena návrhem na změnu čtyř zákonů z oblasti veřejného zdravotního pojištění, který se stal součástí vládního návrhu zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů (41).

Zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů (č. 261/2007 Sb.) zakotvuje regulační poplatky za čerpání zdravotních služeb, včetně ochrany zranitelných skupin obyvatel cestou výjimek a celkového limitu na regulační poplatky a na doplatky na léky (44).

Od 1. 1. 2008 jsou v českém zdravotnictví zavedeny čtyři základní typy poplatků: 30 Kč za návštěvu u lékaře, 30 Kč za výdej léku na předpis, 90 Kč za návštěvu pohotovosti a 60 Kč za den pobytu v nemocnici (a některých dalších zařízeních). Vybrané skupiny obyvatel jsou osvobozeni od všech poplatků. Lékaři, lékárníci, nemocnice a další zdravotnická zařízení mají povinnost poplatky a doplatky vybírat. Poplatky jsou přitom příjmem poskytovatele (29).

Poplatek se nevybírání, pokud není provedeno klinické vyšetření, pokud se jedná o preventivní prohlídku, pokud se jedná o laboratorní a diagnostické vyšetření a pokud

jde o některé zvláštní léčebné úkony, a to buď dispenzární péči, hemodialýzu nebo dárcovství krve (29).

Byl stanoven ochranný roční limit 5 000 Kč, do kterého se počítají doplatky na některé léky, poplatky ve výši 30 Kč za návštěvu lékaře a poplatky ve výši 30 Kč za výdej léku. Nejsou do něj zahrnuty doplatky na některé léky, doplatky na zdravotnické prostředky vydané na poukazy, poplatek 90 Kč za pohotovost a poplatek 60 Kč za pobyt v nemocnici (29).

1. 6. 2. 2 Další části reformy

Další kroky reformy lze rozdělit do tří vzájemně provázaných a na sebe navazujících souborů legislativních i nelegislativních opatření. Jde o následující soubory: veřejné zdravotní pojištění, poskytování zdravotní péče a vzdělávání, vědu a výzkum (38).

1. 6. 2. 2. 1 Oblast veřejného zdravotního pojištění

Je připravována kompletní novela zákona o veřejném zdravotním pojištění, která zajistí občanům definitivní nárok na plnění z veřejného zdravotního pojištění. Zákon stanoví nejen, jaká zdravotní péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, ale také v jaké lhůtě a kde musí být pojištěnci poskytnuta. Za naplnění tohoto nároku budou odpovědné zdravotní pojišťovny. Novela dále umožní zdravotním pojišťovnám nabízet i jiné pojistné produkty než standardní rozsah veřejného zdravotního pojištění a legalizuje možnost pojištěnce připlatit si na nadstandardní péči. V dnešním systému pojištěnci nemají možnost připlatit si legálně za nadstandardní službu, získat od pojišťovny bonus za zdravý životní styl či vybrat si typ pojištění (42).

Zákon o zdravotních pojišťovnách má za cíl sjednotit postavení, práva a povinnosti všech zdravotních pojišťoven. Zároveň zajistí posílení jejich autonomie a konkurence prostřednictvím transformace stávajících zdravotních pojišťoven na jinou, standardnější formu – akciovou společnost. Zákon sloučí a nahradí dosavadní právní úpravu provedenou zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České

republiky a zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách (42).

Na činnost zdravotních pojišťoven bude dohlížet nezávislý státní orgán ustanovený zákonem o dohledu nad zdravotními pojišťovny. Tento Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovny bude kontrolovat finanční zdraví pojišťoven, zabezpečování dostupnosti zdravotních služeb pro jejich pojištěnce a plnění dalších povinností daných právními předpisy (42).

1. 6. 2. 2 Oblast poskytování zdravotní péče

Zákon o zdravotních službách a zákon o specifické zdravotní péči nahradí mnohokrát novelizovaný zákon o péči o zdraví lidu (40).

V zákoně o zdravotních službách budou jasně stanoveny práva a povinnosti pacientů a bude kladen důraz na odpovědnost každého za své zdraví. Zakotveny budou samozřejmě i práva a povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb. Tento zákon poskytne moderní typologii zdravotních služeb (40).

Zákon o specifické zdravotní péči doplní obecnou úpravu v zákoně o zdravotních službách o podrobnější vymezení jednotlivých specifických typů zdravotních služeb, jako je asistovaná reprodukce, sterilizace, psychochirurgické výkony či lékařské ozařování (40).

Zákon o zdravotnických zařízeních a samostatné zdravotnické praxi zajistí rovnoprávné postavení poskytovatelů zdravotních služeb bez ohledu na jejich vlastnictví a právní formu, dále zakotví jednotné podmínky pro získání povolení na poskytování zdravotních služeb a provoz zdravotnických zařízení. Budou stanoveny práva a povinnosti poskytovatelů zdravotnických služeb, např. požadavky na materiálně-technické a personální vybavení. Zvýšená pozornost bude věnována opatřením podporujícím bezpečnost pacientů. Nově bude umožněn i samostatný výkon povolání vybraných zdravotnických pracovníků, tj. možnost poskytovat vybrané zdravotní služby na základě obdoby živnostenského listu ve zdravotnickém zařízení jiného poskytovatele těchto zdravotních služeb. Zákon bude postaven na nové sjednocené terminologii a definicích (40).

Zákonem o zdravotnické záchranné službě bude zaveden jednotný způsob jejího financování a bude zpřesněna její role v integrovaném záchranném systému České republiky. Tím bude vyřešen i dosavadní stav právní nejistoty způsobený zakotvením zdravotnické záchranné služby pouze v prováděcím předpise. Zákon zajistí financování cestou účelové dotace ze státního rozpočtu krajům a zlepšení její provázanosti mezi jednotlivými kraji a v rámci integrovaného záchranného systémů (40).

V oblasti bezpečnosti je kladen důraz především na akreditaci zdravotnických zařízení. Postupně budou zveřejňovány ukazatele kvality péče o dlouhodobě nemocné a ve vybraných oborech i výsledky péče, například doby přežití a výskyt komplikací (40).

1. 6. 2. 2. 3 Oblast vzdělávání, vědy a výzkumu

Zákon o univerzitních nemocnicích zajistí transformaci současných fakultních nemocnic na univerzitní nemocnice, které se vedle poskytování špičkových zdravotních služeb budou ve velké míře věnovat i vzdělávání a výzkumu. Základním přínosem zákona o univerzitních nemocnicích bude i transparentní vícezdrojové financování a jasná řídicí struktura. Univerzitní nemocnice budou mít formu neziskových akciových společností s majetkovým podílem univerzit a státu (43).

Současně se zákonem o univerzitních nemocnicích budou novelizovány zákony týkající se vzdělávání zdravotnických pracovníků. Bude zaveden systém nástavbových specializací lékařů, které budou navazovat na specializace základní. Dále bude vytvořen nový systém vícezdrojového financování specializačního vzdělávání podle zásady „peníze za školencem“. Rovněž bude upraven systém akreditací vzdělávacích pracovišť a bude umožněno, aby celoživotní vzdělávání lékařům mohly nabízet všechny subjekty, které splní zákonné předpoklady (43).

Nelegislativní opatření v této oblasti zahrnují vytvoření analytické jednotky Ministerstva zdravotnictví, která bude sledovat dlouhodobý vývoj počtu zdravotnických pracovníků jednotlivých profesí v České republice a hodnotit dostatečnost jejich počtu vzhledem k současným a budoucím potřebám. Zároveň dojde k revizi všech

vzdělávacích programů tak, aby byla usnadněna možnost doplnit si další specializaci v co nejkratším období při zachování potřebné úrovně kvality (43).

1. 6. 3 Problémy reformy

Transformace zdravotnictví ČR dosud nedořešila a zcela nedokončila řadu některých otázek. Dořešení základních problémů brzdí rozpory mezi politickou reprezentací zejména na takové otázky, jakými jsou problémy vícezdrojového financování zdravotnictví, spoluúčasti občanů na hrazení zdravotnických služeb, úlohu státu a samosprávných orgánů při řízení zdravotnictví, racionalizaci sítě zdravotnických zařízení, systém řízení kvality zdravotní péče a podobně (4).

1. 7 Spoluúčast na financování zdravotní péče

V některých zemích je spoluúčast ve zdravotnictví zcela běžná. V ČR se stále hledají formy spoluúčasti pacientů na ošetřování a léčení, tento problém má své dlouholeté a stále otevřené řešení (9).

1. 7. 1 Formy spoluúčasti

Jednotlivé zdravotnické služby mohou být podmíněny částečnou finanční úhradou od pacienta (cost-sharing), např. spoluúčast při pojištění, určitá procentní sazba, kterou pacient platí z ceny výkonu. Spoluplatba znamená, že pacient platí pevnou část vždy, když mu byla poskytnuta zdravotnická služba. U balancované platby platí pacient rozdíl mezi cenou pojišťovny a cenou poskytovatele. Platba za výlučný výkon je zaplacení plné částky za službu, kterou nehradí pojišťovna. Spoluúčast pacienta (co-payment) není pouhým příplatkem (například na brýle), ale je finanční účastí na úhradě určité základní zdravotnické péče (13, 24).

1. 7. 2 Spoluúčast ve vybraných zemích Evropy

Spoluúčast ve zdravotnictví je v mnoha zemích běžná. Ve více jak polovině členských států Evropské unie musí občané za každý den v nemocnici hradit paušální sazbu stanovenou zákonem. Pro občany jednotlivých zemí se však jedná o poměrně

nízké částky vzhledem k jejich mzdě (4). Obvyklý poplatek ve vyspělých zemích činí 10 € (14). Ve všech evropských zemích neplatí poplatky děti, zpravidla do 18 let, ve Švédsku dokonce do 20 let (14).

1. 7. 2. 1 Belgie

Spoluúčast pacientů je poměrně vysoká (45). Drobná denní platba je u hospitalizace.

1. 7. 2. 2 Francie

Model liberální praxe umožňuje lékařům stanovit si výši vlastních poplatků, které jsou placeny přímo pacientem za službu (31).

Za lékařské ošetření se platí 30 % nákladů, za laboratorní testy 40 % nákladů (4, 14). Pacient dále hradí 65 % nákladů za léky s modrou etiketou, 35 % nákladů za léky s bílou etiketou a 35 % nákladů za léky bez etikety. Za nemocniční péči hradí 20 % nákladů nebo 14,00 €/den. (4) Pobyť delší než měsíc je zadarmo (14). Soukromé připojištění na poplatky má 85 % obyvatel Francie (14).

1. 7. 2. 3 Itálie

Pobyť v nemocnici je zdarma. Doplatky za léky jsou od 10 do 100 % podle účinnosti a ceny (14).

1. 7. 2. 4 Maďarsko

Poplatky byly zrušeny referendem. Platilo se 600 forintů (cca 60 Kč) za návštěvu lékaře, u specialisty s doporučením praktického lékaře 300 forintů, návštěva pohotovosti stála 1 000 forintů, den v nemocnici 300 forintů s doporučením lékaře, bez doporučení stál den v nemocnici 800 forintů. Nejdéle se platilo v nemocnici 20 dnů (14).

1. 7. 2. 5 Německo

V Německu zavedli poplatek za návštěvu lékaře v rámci veřejného zdravotního pojištění k 1. lednu 2004. Pacienti platí vždy při první návštěvě ambulantního lékaře i stomatologa v daném čtvrtletí částku 10 € (4, 14, 16, 49). Pokud nemá pacient doporučení jiného lékaře, platí u specialisty také 10 € (14). Preventivní prohlídky zůstávají zdarma. Podobně byl zaveden systém úhrady za pobyt v nemocnici, a to rovněž 10 € denně, pokud však pacient zůstane v nemocničním ošetřování více než 28 dnů, jeho pobyt hradí nemocniční pokladna (4, 14, 49).

Za každý lék se doplácí v rozmezí cca od 5 do 10 € (14, 49). Tato finanční spoluúčast se tedy realizuje přímými platbami, ale existuje i možnost se na ni soukromě připojistit. Pokud pacient užívá drahý lék, bez kterého se neobejde, platí za něj jedno procento svého měsíčního platu (49). Lidé také doplácí 10 % ceny jízdného (4).

Z přímé spoluúčasti jsou vyloučeny děti do 18 let, studující a osoby pod příjmovým limitem (22).

1. 7. 2. 6 Polsko

Pobyt v nemocnici je zdarma, za recept se platí 3,20 zlotých. Tato částka odpovídá asi 23 Kč (14).

1. 7. 2. 7 Rakousko

Vystavení Krankenscheinu (nemocenského lístku) stojí 3,63 €, léky 4,25 € za položku na receptu, hospitalizace stojí 16,11 €/den pro pojištěnce, 15 – 20 €/den pro rodinné příslušníky (4). Za návštěvu u lékaře se platí 3,60 € sčtvrtletním limitem (14).

1. 7. 2. 8 Slovensko

Na Slovensku byl zaveden poplatek 20 Sk za návštěvu lékaře od 1. června 2003. K 1. červnu 2004 zavedli na Slovensku kromě poplatků za návštěvu lékaře i poplatky za recept (20 Sk), za ubytování a stravu během hospitalizace a za dopravu (16). Poplatky již byly zrušeny (14).

1. 7. 2. 9 Švédsko

Poplatky za návštěvu lékaře jsou tradiční součástí švédského modelu. Jejich výše přitom není tak vysoká, aby tvořila překážku dostupnosti péče všem sociálním skupinám (19). Za návštěvu domácího nebo obvodního lékaře se platí cca 10 €, roční strop činí 90 €. Bez doporučení se u specialisty platí 25 €. Za léky se platí plná cena do 10 €, neplatí se nad 50 €, pobyt v nemocnici stojí cca 8 € denně (14).

1. 7. 2. 10 Švýcarsko

Situace je rozdílná v jednotlivých kantonech. Například v kantonu Curych v ambulantní složce připlácí pacient 10 % jako spoluúčast, za den hospitalizace hradí 10 franků. Sociálně slabí (20 – 30 % Švýcarů) neplatí nic (31).

1. 7. 2. 11 Velká Británie

Za stomatologické vyšetření se platí 80 % ceny, maximálně 348 £. Za stomatologickou prohlídku 4,76 £ (existují výjimky). Doplatek na léky je 5,90 £ za medikament (existují výjimky) (4).

Od spoluúčasti na úhradě (například zubní náhrady, brýle, léky) jsou některé skupiny populace osvobozeny. Jedná se o děti do 16 let, ženy nad 60 let, muži nad 65 let, těhotné a matky do 1 roku věku dítěte, váleční veteráni a další (4, 22, 47).

1. 8 Financování zdravotnictví v ČR

Principy financování zdravotnické péče v České republice se od doby jejího vzniku již několikrát změnily, kromě toho se také diferencovala vnitřní struktura zdravotnických subjektů. V podstatě se oddělila určitá část zdravotnických služeb do sféry privátní, část zdravotní péče zůstává nadále ve sféře státní, nebo patří krajům, případně obcím (9).

Proces štěpení zdravotnických subjektů přinesl postupně i změny ve financování zdravotnických zařízení. Tento proces byl postupný, vyvíjel se, měnil se, stejně tak, jako se měnila struktura těchto zdravotnických zařízení. Financování zdravotnických zařízení doznalo v devadesátých letech minulého století několik podstatných změn (9).

Již od roku 1992 se stále hledají vhodné či vhodnější principy financování zdravotnických subjektů, hledá se optimální řešení, které by vyhovovalo všem zúčastněným stranám (9).

Od 1. 1. 1993 byl zrušen dosavadní rozpočtový systém financování zdravotnictví a jeho tehdejší úplné napojení na státní rozpočet. Byl zaveden nový výkonový systém založený na Seznamu výkonů s bodovými hodnotami, který byl vypracován na základě kalkulace výkonů vycházejících z bilance mezi přímými a režijními náklady (9). Seznam výkonů s bodovými hodnotami stanovil jednotlivé zdravotní výkony hrazené ze zdravotního pojištění, podmínky a výši jejich úhrady. Seznam je součástí smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, uzavírané mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními (23). V druhé polovině devadesátých let značně narůstaly disproporce mezi příjmy a výdaji veřejného zdravotního pojištění.

Od 1. 7. 1997 byl pro financování nemocnic změněn výkonový systém úhrad založený na Seznamu výkonů na systém paušálních úhrad (9).

Napětí ve financování zdravotnictví je stálým problémem, který lze zjednodušeně vyjádřit rozporem mezi možnostmi, které by zdravotnictví (lékařská věda) mohlo nabídnout v péči o zdraví a ekonomickými možnostmi limitujícími rozsah a úroveň skutečně poskytovaných zdravotnických služeb (1, 35, 48). Potřeba peněz na financování zdravotnictví narostla natolik, že již naráží na ochotu občanů obětovat ze svých příjmů na tento účel tak vysoké částky (35). Teoreticky jsou dvě základní možnosti, které se nevylučují, a to šetření na straně nabídky a šetření na straně poptávky. Šetření na straně nabídky zahrnuje regulace sítě, objemu kontrahovaných výkonů pojišťovnami, legislativní omezení, lékovou politiku. Pro šetření na straně poptávky je typický důraz na podporu zdraví a prevenci (1).

Zatím nebyla nalezena dostatečně objektivní metoda měření zdravotnických výkonů a použití všech známých metod (body, paušály, DRG) se setkává s velkými výhradami. Absence norem výkonů a spotřeby, které jsou v jiných oblastech páteří plánování a řízení, je proto překážkou racionálního řízení zdravotnických zařízení (33).

1. 8. 1 Praktičtí lékaři pro dospělé a pro děti a dorost

Financování činnosti praktických lékařů, kteří jsou z velké části samostatnými, privátními lékaři, prošlo v devadesátých letech několika změnami. Na začátku devadesátých let byli praktičtí lékaři financováni pouze výkonovou platbou, což znamenalo, že každý zdravotní výkon měl určitý počet bodů (9, 49).

Později se přešlo na systém kombinované kapitačně výkonové platby. Lékař dostává část své odměny ve fixní podobě, tj. ve formě měsíční úhrady za každého pacienta, pojištěnce dané pojišťovny, kterého má ve své registraci. Částka je závislá na věku pacienta. Druhou složku plateb praktických lékařů činí platby za určité úkony (9, 49).

1. 8. 2 Ambulantní specialisté

Způsob financování této skupiny lékařů se v průběhu devadesátých let měnil. Několik let byl systém založen na provádění plateb za poskytnuté zdravotní výkony. Platba za poskytnuté zdravotní výkony spočívala ve vytvoření sazebníku, respektive oficiálně „Seznamu zdravotních výkonů“ s bodovými hodnotami, který vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR, a tento sazebník měl k dispozici každý ambulantní specialista (9, 49).

Dalším systémem uplatněným u ambulantních specialistů bylo hrazení výkonu principem maximální úhrady, kdy lékaři měli určitou sumu peněz danou jako strop, kterou nemohli překročit. V současné době jsou maximální úhrady upraveny tak, že se počítají na jednoho ošetřeného pojištěnce (9, 49).

1. 8. 3 Komplementy, laboratoře a RTG

Současná zdravotní péče poskytovaná těmito zdravotnickými zařízeními je hrazena podle příslušné vyhlášky Ministerstva zdravotnictví paušální platbou, která se stanoví jako objem úhrady za péči poskytnutou a uznanou zdravotními pojišťovnami v referenčním období (9, 49).

1. 8. 4 Stomatologická péče

Česká stomatologická komora již v roce 1997 prosadila samostatný sazebník stomatologických výkonů, jakožto i samostatné ocenění stomatologické péče. Výkony nejsou ohodnoceny v bodech, ale přímo v korunovém vyjádření. Kromě toho sazebník obsahuje i seznam nadstandardních materiálů a výrobků, které jsou hrazeny přímo pacientem, popřípadě výrobků, na něž pacient přispívá částečně. Je tedy možné, že standardní ošetření je zcela hrazeno zdravotní pojišťovnou, na některé výkony z nadstandardních materiálů pacient připlácí v hotovosti přímo lékaři a některé výkony jsou zcela hrazeny pouze pacientem.

Systém přímých plateb stomatologům se zdá jako nejlepší možné řešení financování zdravotnické péče právě u stomatologů. Tento systém je již delší dobu stabilní a vcelku bezproblémový (9, 49).

1. 8. 5 Lékařská služby první pomoci

Podobně jako fyzioterapie a homecare, je úhrada zdravotní péče poskytované zařízeními LSPP prováděna podle příslušné vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR hodnotou bodu v Kč (9, 49).

1. 8. 6 Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická záchranná služba je financována dvojnásobem. Paušální sazbou oproti referenčnímu pololetí, nebo hodnotou bodu v Kč podle příslušné vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR (9, 49).

1. 8. 7 Doprava

Financování dopravy je založeno na vztahu se zdravotními pojišťovnami. Pro dopravce představuje finanční úhrada od zdravotních pojišťoven jediný možný vlastní zdroj financí. Zdravotní doprava je financována pojišťovnami podobným způsobem jako je tomu u zdravotnické záchranné služby (9, 49).

1. 8. 8 Akutní lůžková péče

Zdravotní péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, tj. lůžkových zařízení, se hradí paušální sazbou na jednoho ošetřeného pojištěnce v lůžkové péči, ambulanci, dopravě a jiné péči plus položky nad rámec a paušální platby nebo hodnotou bodu v Kč v odborných léčebných ústavech (OÚL) a léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN) podle příslušné vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR (9, 49).

1. 8. 9 Lékárny

Ve své ekonomické podstatě lékárny pracují jako každý jiný samostatný ekonomický subjekt. Finanční částky vyplývající z lékařských předpisů lékárna nárokuje u příslušné zdravotní pojišťovny (9, 49). V České republice se používá „generický princip kategorizace a úhrad“, což znamená, že ve skupině generických substancí je alespoň jeden lék, který je plně hrazen ze zdravotního pojištění (49).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjištění postojů lékařů k současné reformě zdravotnictví. Porovnání názorů ve dvou skupinách lékařů (OSVČ a lékařů v zaměstnaneckém poměru).

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Názory lékařů OSVČ (osob samostatně výdělečně činných) a názory lékařů v zaměstnaneckém poměru se liší.

Hypotéza 2: Názory lékařů se liší také podle odborností.

3. Metodika

3.1 Metodický postup

Pro sběr dat byla použita metoda dotazníku. Sběr dat proběhl v období leden až březen 2009. Rozeslaných dotazníků bylo 90, vrátilo se 76. Návratnost dotazníků byla 84 %.

Dotazník obsahoval 21 otázek, z toho 1 uzavřenou, 2 otevřené a 18 polootevřených.

Otázky 1 až 4 byly zaměřeny na získání základních znaků respondentů. Tyto otázky zjišťovaly věk respondentů, jejich pohlaví, pracovní poměr a oblast zdravotnictví ve které pracují.

Otázky 5 až 16 a 18 až 20 byly koncipovány jako polootevřené, v první části otázky respondenti vybrali odpověď z nabídnuté škály: ano, spíše ano, nevím, spíše ne, ne. V druhé části otázky vyjadřovali svůj názor.

Otázka 17 byla také polootevřená. Byla rozdělena na čtyři části podle jednotlivých poplatků. U každého poplatku měli respondenti možnost vyjádřit zda si ho přejí zvýšit, snížit nebo zrušit. Pod otázkou byl prostor na vyjádření vlastního názoru. Zde většinou respondenti uváděli, které poplatky by ponechali v současné výši.

3.2 Charakteristika souboru

Soubor respondentů byl tvořen lékaři z Kraje Vysočina z oblasti havlíčkobrodská a jihlavská. Pro experimentální část práce byly následně vytvořeny 3 soubory.

Soubor 1 byl tvořen lékaři OSVČ (osoby samostatně výdělečně činné), soubor 2 lékaři v zaměstnaneckém poměru a soubor 3 lékaři vykonávajícími obojí činnost.

Dále jsem rozdělila tyto soubory do skupin podle uvedeného oboru činnosti. Vzniklo tak 7 skupin (gynekologové, internisté, pediatři, praktičtí lékaři, psychiatři, stomatologové a 1 nezařazený respondent tvořící samostatnou skupinu).

4. Výsledky

Celkový počet respondentů byl 76. Popis koncepce jednotlivých otázek je uveden v části metodika. Dotazník je v příloze této práce.

Otázka 1: věk

Tato otázka byla otevřená, následně jsem rozdělila respondenty do skupin tvořených pětiletými intervaly, vzniklo tak 7 věkových skupin a 1 skupina, ve které jsou zahrnuti respondenti, kteří svůj věk nevedli.

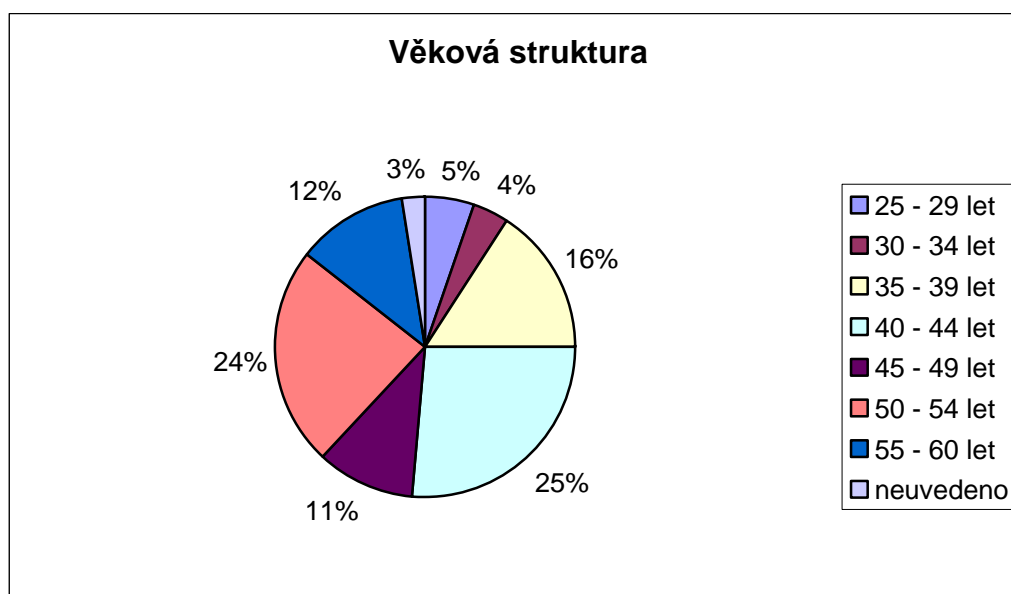
Ve věku od 25 do 29 jsou 4 respondenti (5 %), věkovou skupinu mezi 30 a 34 lety tvoří 3 respondenti (4 %), ve věku 35 – 39 let je 12 respondentů (16 %), ve věku 40 – 44 let je 20 respondentů (25 %), ve věku 45 – 49 let je 8 respondentů (11 %), ve věku 50 – 54 let je 18 respondentů (24 %), ve věku 55 – 60 let je 9 respondentů (12 %) a 2 respondenti (3 %) svůj věk nevedli.

Tabulka 1 Věková struktura respondentů

	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 60	neuveďeno
počet	4	3	12	20	8	18	9	2
%	5 %	4 %	16 %	25 %	11 %	24 %	12 %	3 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 1 Věková struktura respondentů



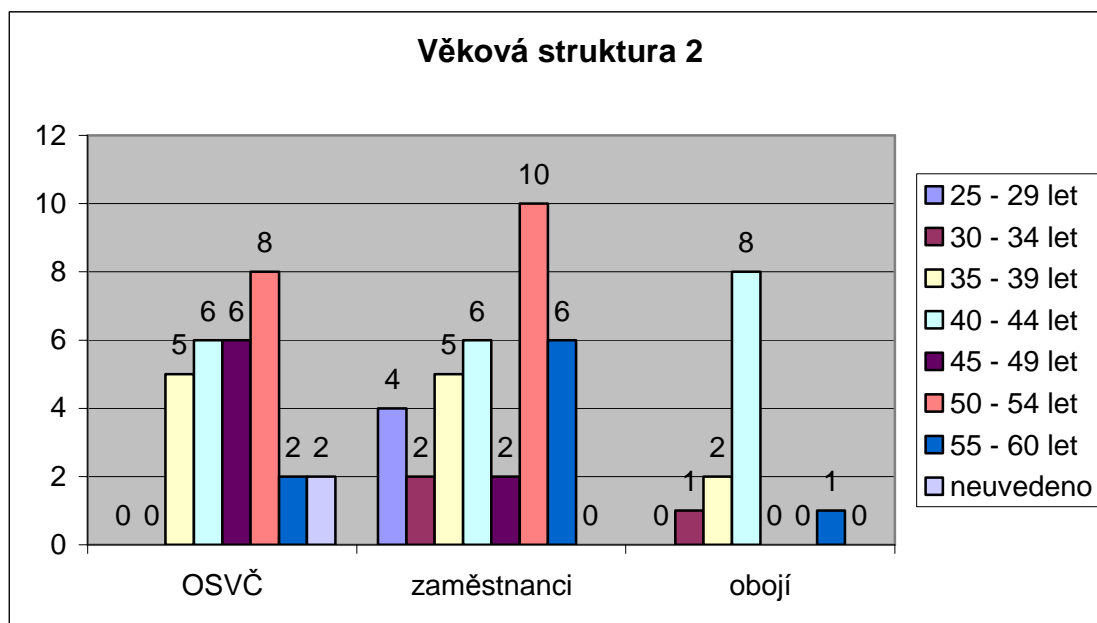
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 2 Věková struktura respondentů 2

	OSVČ		zaměstnanci		obojí	
	počet	%	počet	%	počet	%
25 – 29 let	0	0 %	4	11 %	0	0 %
30 – 34 let	0	0 %	2	6 %	1	8 %
35 – 39 let	5	17 %	5	14 %	2	17 %
40 – 44 let	6	21 %	6	17 %	8	67 %
45 – 49 let	6	21 %	2	6 %	0	0 %
50 – 54 let	8	27 %	10	29 %	0	0 %
55 – 60 let	2	7 %	6	17 %	1	8 %
neuveveno	2	7 %	0	0 %	0	0 %
celkem	29	100 %	35	100 %	12	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 2 Věková struktura respondentů 2



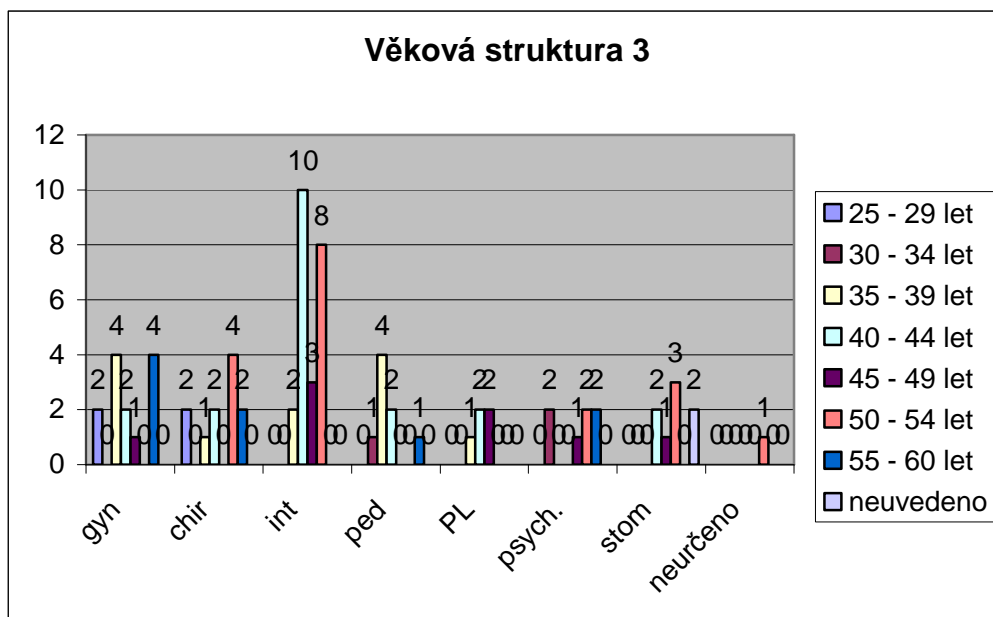
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 3 Věková struktura respondentů 3

	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-60	neuveдено
gynekologie	2 (15%)	0 (0%)	4 (31%)	2 (15%)	1 (8%)	0 (0%)	4 (31%)	0 (0%)
chirurgie	2 (18%)	0 (0%)	1 (9%)	2 (18%)	0 (0%)	4 (37%)	2 (18%)	0 (0%)
interna	0 (0%)	0 (0%)	2 (9%)	10 (43%)	3 (13%)	8 (35%)	0 (0%)	0 (0%)
pediatrie	0 (0%)	1 (13%)	4 (49%)	2 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (13%)	0 (0%)
praktický lékař	0 (0%)	0 (0%)	1 (20%)	2 (40%)	2 (40%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
psychiatrie	0 (0%)	2 (28%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (14%)	2 (29%)	2 (29%)	0 (0%)
stomatologie	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (25%)	1 (13%)	3 (37%)	0 (0%)	2 (25%)
neurčeno	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 3 Věková struktura respondentů 3



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka 2: pohlaví

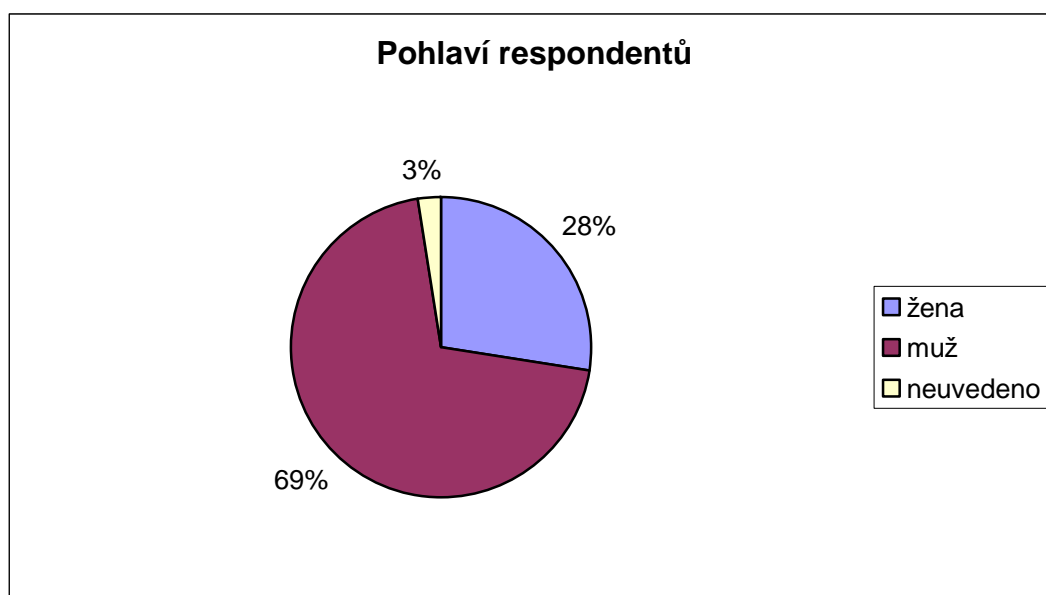
Otázka číslo 2 byla uzavřená, obsahovala dvě varianty odpovědi: muž, žena. Z počtu 76 respondentů bylo 21 žen (28 %) a 53 mužů (69 %), 2 respondenti (3 %) své pohlaví neuvedli.

Tabulka 4 Pohlaví respondentů

	ženy	muži	neuvedeno
počet	21	53	2
%	28 %	69 %	3 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4 Pohlaví respondentů



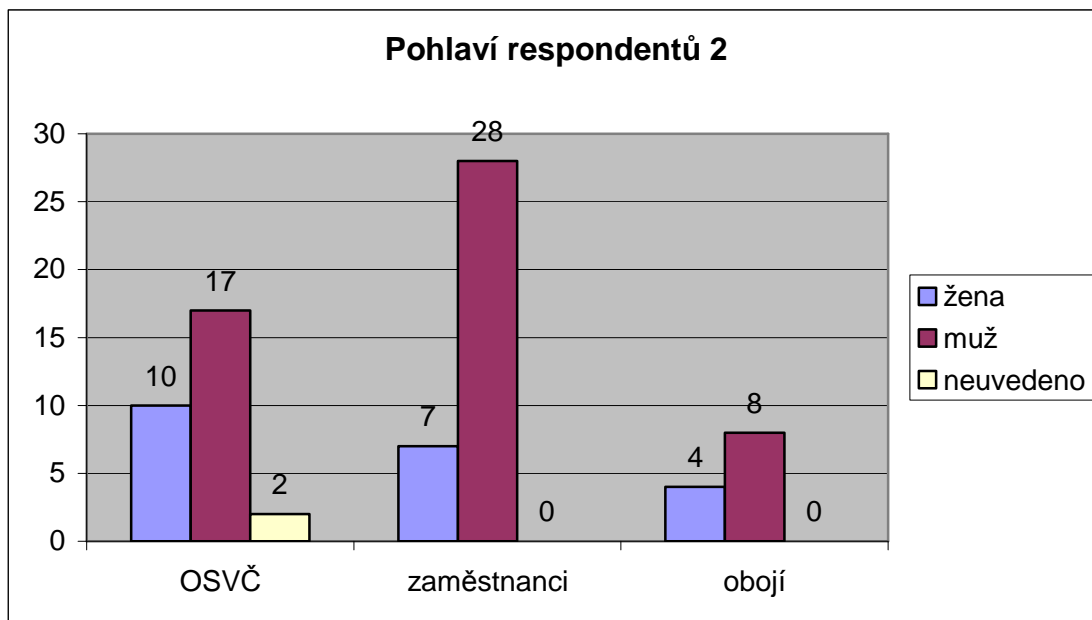
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 5 Pohlaví respondentů 2

	OSVČ		zaměstnanci		obojí	
	počet	%	počet	%	počet	%
žena	10	34 %	7	20 %	4	33 %
muž	17	59 %	28	80 %	8	67 %
neuvedeno	2	7 %	0	0 %	0	0 %
celkem	29	100 %	35	100 %	12	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5 Pohlaví respondentů 2



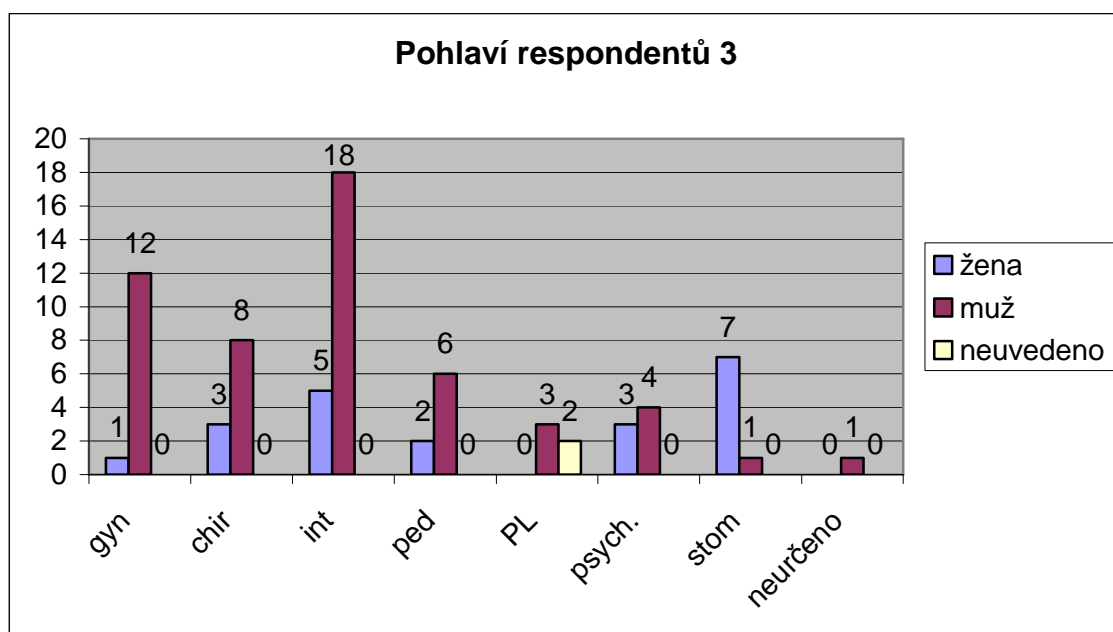
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 6 Pohlaví respondentů 3

	žena		muž		neuveдено	
	počet	%	počet	%	počet	%
gynekologie	1	8 %	12	92 %	0	0%
chirurgie	3	27 %	8	73 %	0	0%
interna	5	22 %	18	78 %	0	0%
pediatrie	2	25 %	6	75 %	0	0%
praktický lékař	0	0 %	3	60 %	2	40%
psychiatrie	3	43 %	4	57 %	0	0%
stomatologie	7	87 %	1	13 %	0	0%
neuveдено	0	0 %	1	100 %	0	0%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6 Pohlaví respondentů 3



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka 3: pracovní poměr

Tato otázka byla polootevřená. Možné odpovědi byly: zaměstnanec, osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ) a kategorie jiné, kde měli respondenti možnost vyjádřit jinou variantu. V kategorii jiné nejčastěji uváděli, že vykonávají obě předchozí možnosti současně.

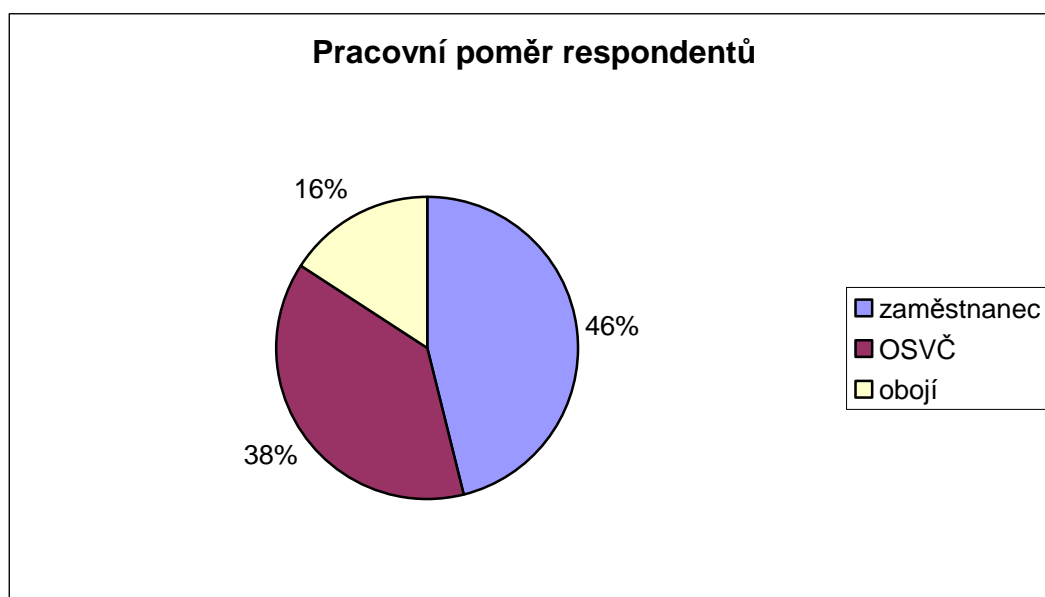
Osob v zaměstnaneckém poměru bylo 35 (46 %), osob samostatně výdělečně činných (OSVČ) bylo 29 (38 %), 12 respondentů (16 %) uvedlo obě možnosti.

Tabulka 7 Pracovní poměr respondentů

	zaměstnanci	OSVČ	obojí
počet	35	29	12
%	46 %	38 %	16 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 7 Pracovní poměr respondentů



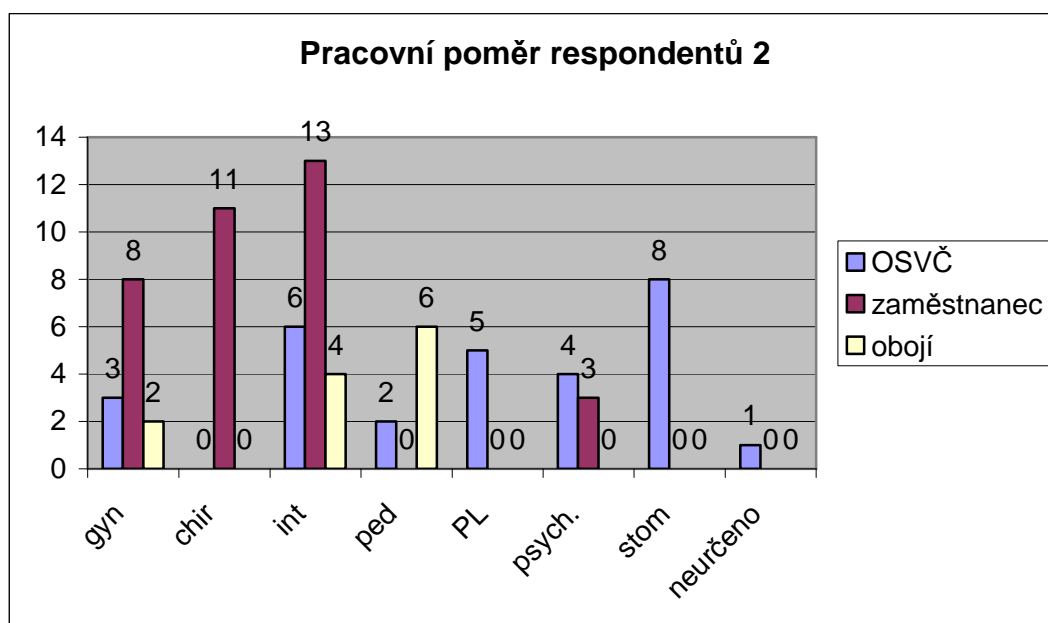
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 8 Pracovní poměr respondentů 2

	OSVČ		zaměstnanci		obojí	
	počet	%	počet	%	počet	%
gynekologie	3	23 %	8	62 %	2	15 %
chirurgie	0	0 %	11	100 %	0	0 %
interna	6	26 %	13	57 %	4	17 %
pediatrie	2	25 %	0	0 %	6	75 %
praktický lékař	5	100 %	0	0 %	0	0 %
psychiatrie	4	57 %	3	43 %	0	0 %
stomatologie	8	100 %	0	0 %	0	0 %
neuveдено	1	100 %	0	0 %	0	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8 Pracovní poměr respondentů 2



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka 4: *Obor*

Tato otázka byla otevřená, skupiny byly vytvořeny následně.

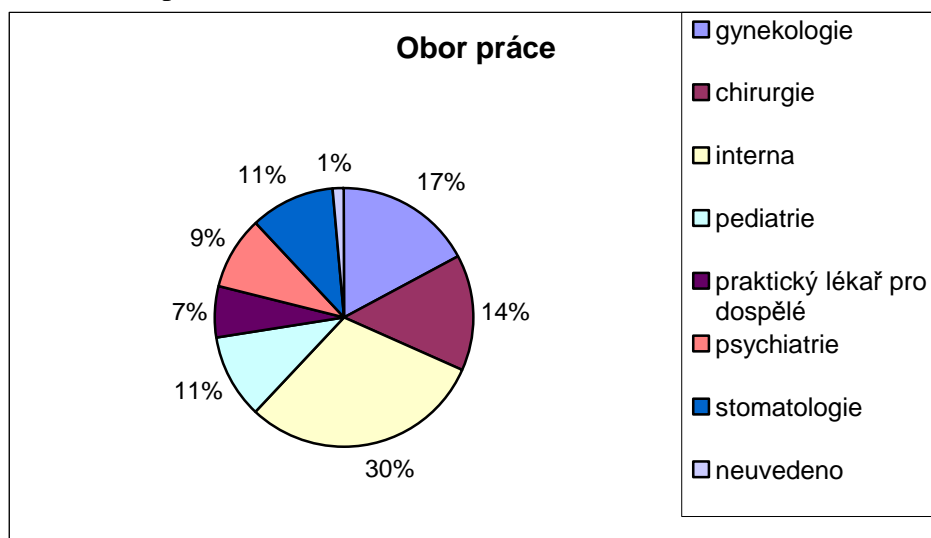
Rozložení četností jednotlivých oborů bylo následující. Gynekologii jako svůj obor uvedlo 13 respondentů (17 %), chirurgii 11 respondentů (14 %), internu 23 respondentů (30 %), pediatrii 8 respondentů (11 %). 5 respondentů (7 %) tvořili praktičtí lékaři pro dospělé, 7 respondentů (9 %) pracovalo v oboru psychiatrie, 8 respondentů (11 %) ve stomatologii a 1 respondent (1 %) svůj obor neuvedl.

Tabulka 9 Obor práce

obor	počet	%
gynekologie	13	17 %
chirurgie	11	14 %
interna	23	30 %
pediatrie	8	11 %
praktický lékař pro dospělé	5	7 %
psychiatrie	7	9 %
stomatologie	8	11 %
neuvedeno	1	1 %
celkem	76	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 9 Obor práce



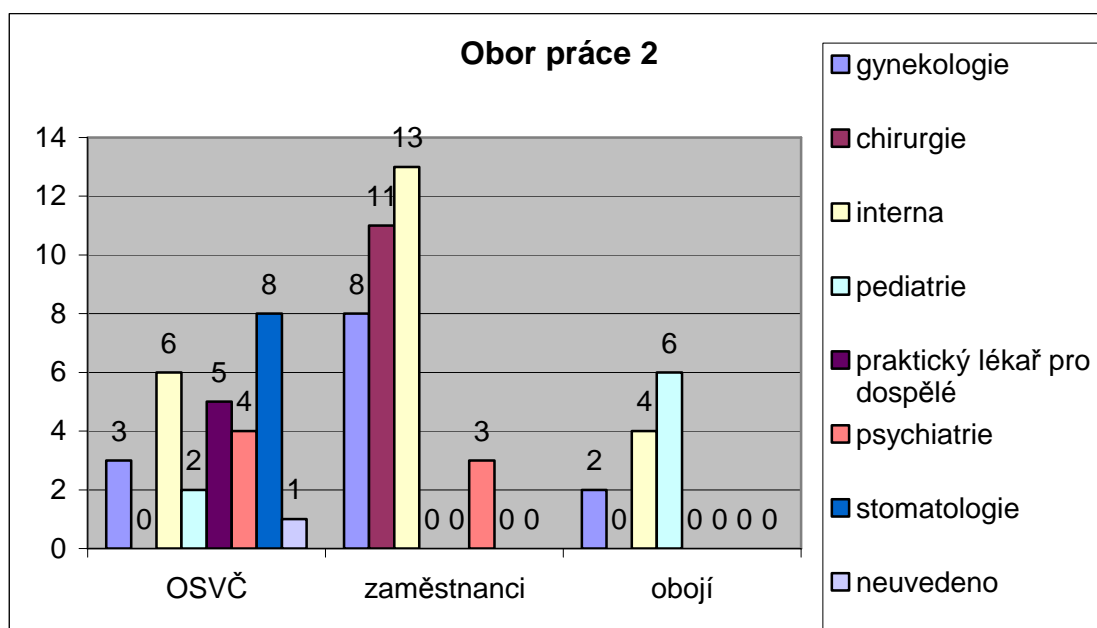
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 10 Obor práce 2

	OSVČ		zaměstnanci		obojí	
	počet	%	počet	%	počet	%
gynekologie	3	23 %	8	62 %	2	15 %
chirurgie	0	0 %	11	100 %	0	0 %
interna	6	26 %	13	57 %	4	17 %
pediatrie	2	25 %	0	0 %	6	75 %
praktický lékař	5	100 %	0	0 %	0	0 %
psychiatrie	4	57 %	3	43 %	0	0 %
stomatologie	8	100 %	0	0 %	0	0 %
neuveдено	1	100 %	0	0 %	0	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 10 Obor práce 2



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka 5: *Myslíte, že je potřeba zdravotnictví ČR reformovat?*

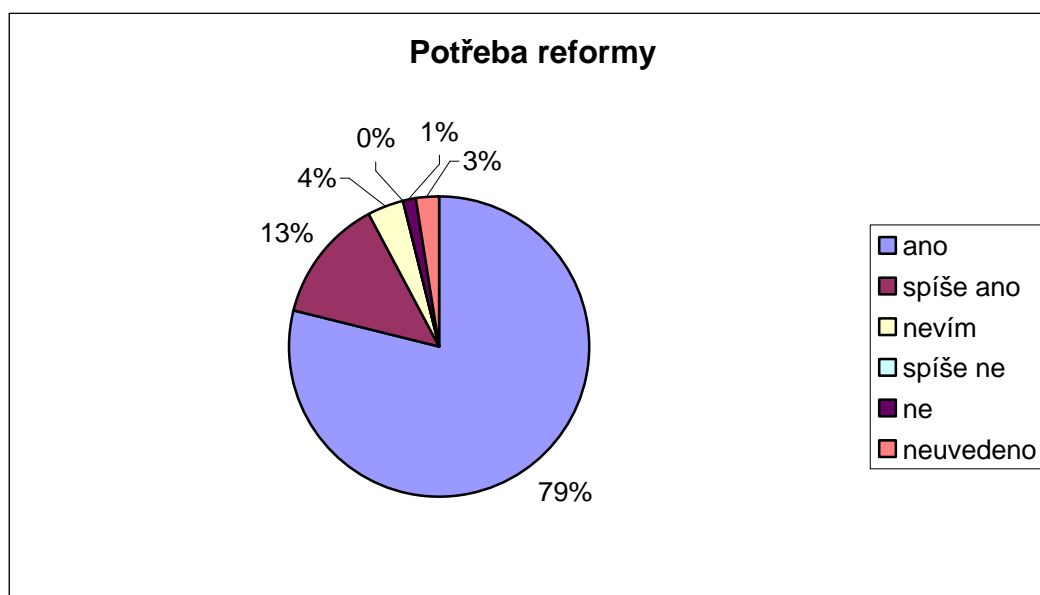
Na tuto otázku odpovědělo ano 60 respondentů (79 %), spíše ano 10 respondentů (13 %). Odpověď nevím zvolili 3 respondenti (4 %). Odpověď spíše ne nevyužil žádný respondent. Odpověď ne zvolil 1 respondent (1 %), 2 respondenti (3 %) odpověď na tuto otázku neuvedli.

Tabulka 11 Potřeba reformy

	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne	neuvedeno
počet	60	10	3	0	1	2
%	79 %	13 %	4 %	0 %	1 %	3 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 11 Potřeba reformy



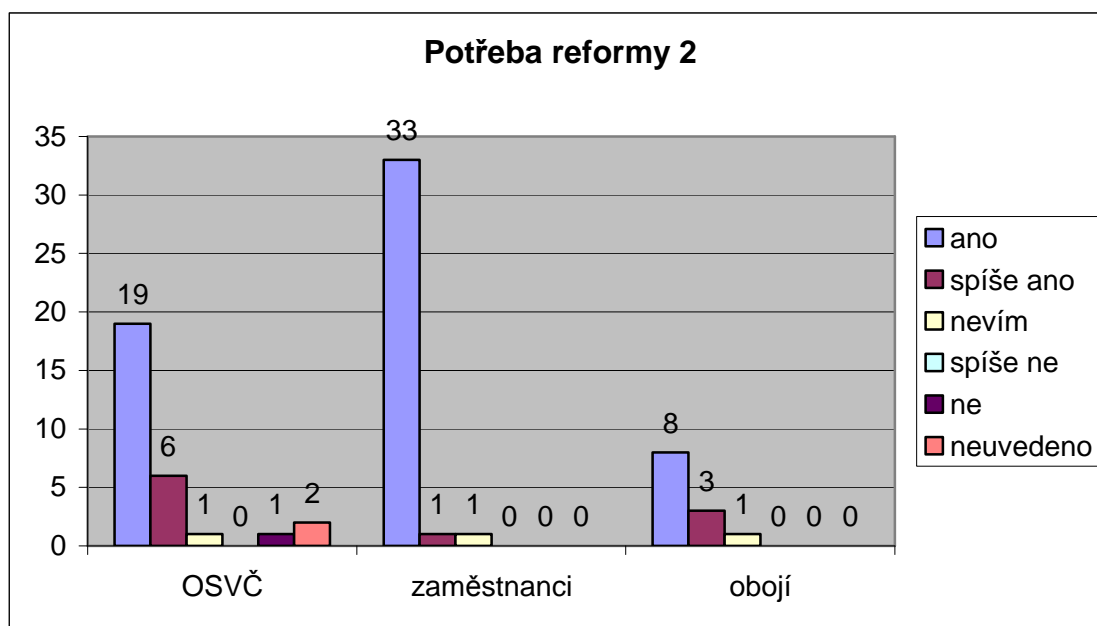
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 12 Potřeba reformy 2

	OSVČ		zaměstnanci		obojí	
	počet	%	počet	%	počet	%
ano	19	66 %	33	94 %	8	67 %
spíše ano	6	21 %	1	3 %	3	25 %
nevím	1	3 %	1	3 %	1	8 %
spíše ne	0	0 %	0	0 %	0	0 %
ne	1	3 %	0	0 %	0	0 %
neuvedeno	2	7 %	0	0 %	0	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 12 Potřeba reformy 2



Zdroj: vlastní výzkum

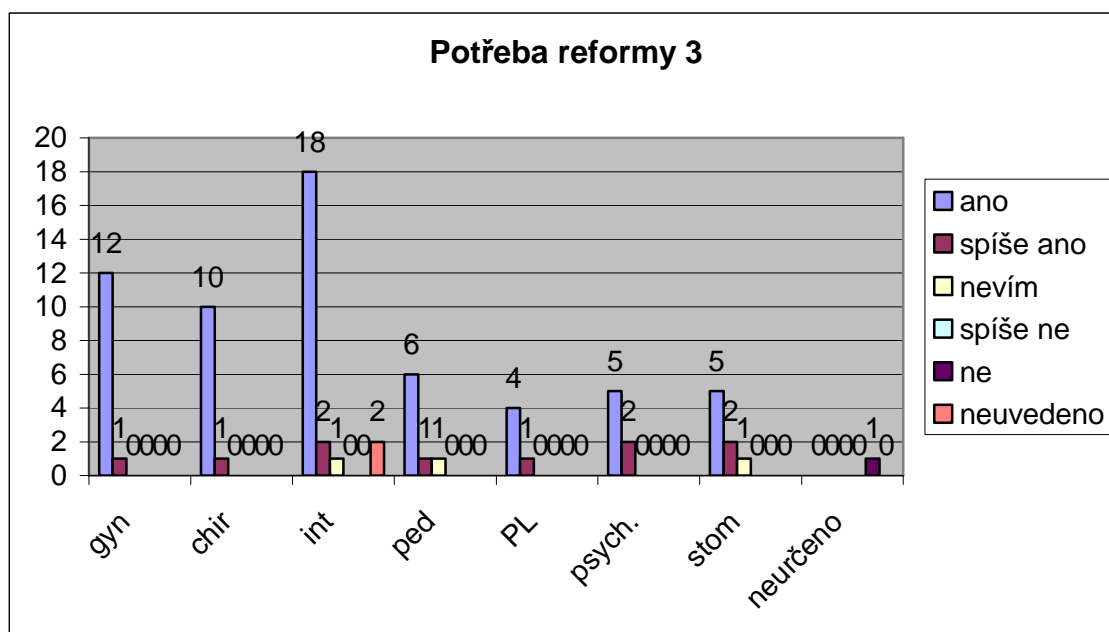
Tabulka 13 Potřeba reformy 3

	ano		spíše ano		nevím		spíše ne		ne		neuvedeno	
	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%
gynekologie	12	92%	1	8%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
chirurgie	10	91%	1	9%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
interna	18	78%	2	9%	1	4%	0	0%	0	0%	2	9%
pediatrie	6	74%	1	13%	1	13%	0	0%	0	0%	0	0%
praktický lékař	4	80%	1	20%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
psychiatrie	5	71%	2	29%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
stomatologie	5	62%	2	25%	1	13%	0	0%	0	0%	0	0%
neurčeno	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 13: ab. – absolutní počet respondentů

Graf 13 Potřeba reformy 3



Zdroj: vlastní výzkum

V druhé části otázky respondenti uvedli následující (odpovědi byly zkráceny):

1. Za největší hrozbu považují postupné mizení kvalifikovaných lékařů. Politici se nejspíše domnívají, že věc vyřeší redukcí nemocnic a zbylý personál přesunou do zbývajících. (OSVČ, interna)
2. Každá reforma, musí mít co největší politickou podporu, neboť jinak každé 4 roky budeme dělat jinou reformu. Navíc musí jednotlivé kroky po sobě logicky navazovat. (OSVČ, interna)
3. Nepůjde to snadno a bezbolestně, je potřeba reformovat celoevropsky. (zaměstnanec, gynekologie)
4. Naprosté neohodnocení lékařské a sesterské práce, jak finanční, tak i společenské. (OSVČ, praktický lékař)
5. Je třeba větší měrou zapojit pacienty na odpovědnosti o vlastní zdraví. (OSVČ, pediatrie)
6. Nikoli revolučně, ale postupně a promyšleně. (OSVČ, psychiatrie)
7. Ano, hlavně reforma sítě akutních lůžek a následné péče. (zaměstnanec, interna)
8. Vhodná doba reformy již byla promeškána, ale nadále platí, že reforma je nezbytná. (obojí, interna)
9. Musí se reformovat. Jinak na nové léčebné postupy a přístroje nebudou peníze a doplatí na to všichni klienti. Ne, jak se většina lidí domnívá, že z případné změny budou profitovat jen ti majetnější. (zaměstnanec, gynekologie)

Otázka 6: *Je financování zdravotních služeb v současném rozsahu udržitelné?*

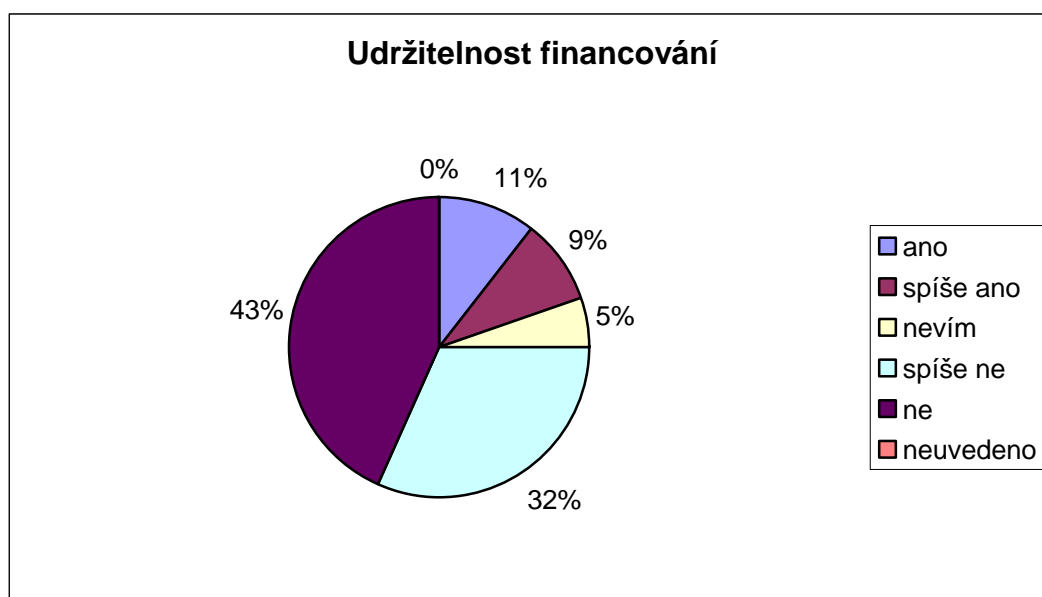
Odpověď ano zvolilo 8 respondentů (11 %), spíše ano 7 respondentů (9 %), nevím odpověděli 4 respondenti (5 %), spíše ne 24 respondentů (32 %) a ne zvolilo 33 respondentů (43 %).

Tabulka 14 Udržitelnost financování

	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne	neuveдено
počet	8	7	4	24	33	0
%	11 %	9 %	5 %	32 %	43 %	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14 Udržitelnost financování



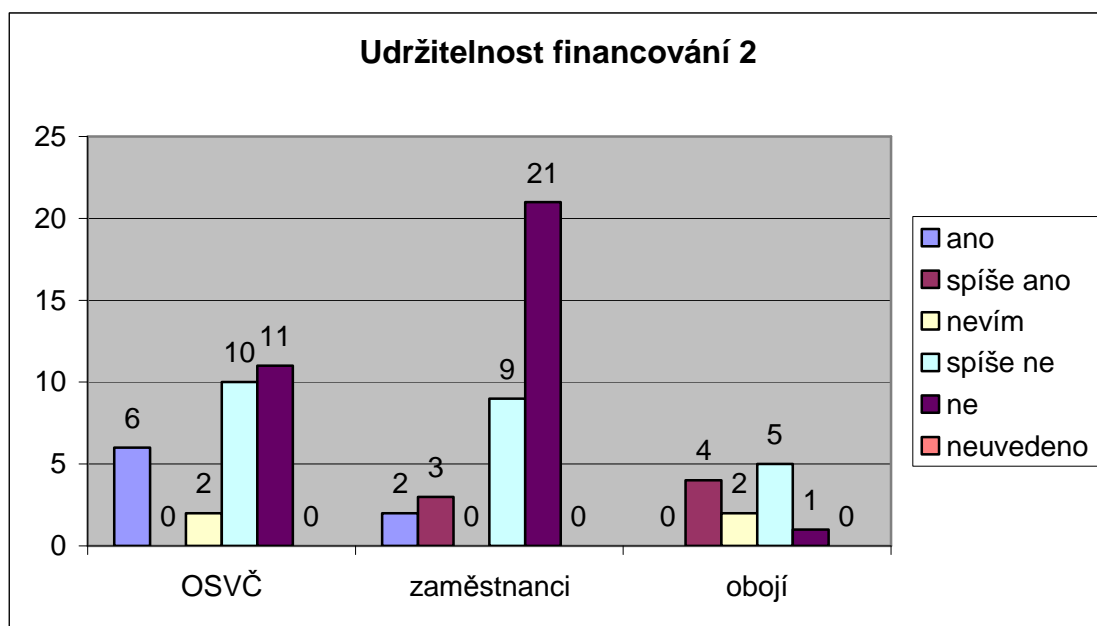
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 15 Udržitelnost financování 2

	OSVČ		zaměstnanci		obojí	
	počet	%	počet	%	počet	%
ano	6	21 %	2	6 %	0	0 %
spíše ano	0	0 %	3	9 %	4	33 %
nevím	2	7 %	0	0 %	2	17 %
spíše ne	10	34 %	9	26 %	5	42 %
ne	11	38 %	21	59 %	1	8 %
neuvedeno	0	0 %	0	0 %	0	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 15 Udržitelnost financování 2



Zdroj: vlastní výzkum

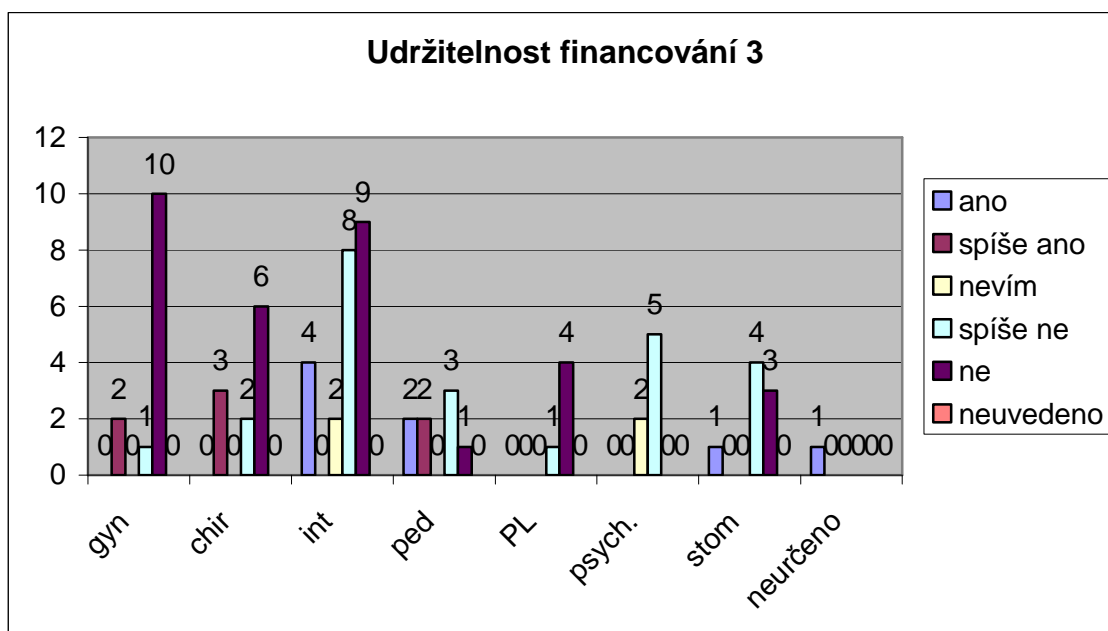
Tabulka 16 Udržitelnost financování 3

	ano		spíše ano		nevím		spíše ne		ne		neuvedeno	
	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%
gynekologie	0	0%	2	15%	0	0%	1	8%	10	77%	0	0%
chirurgie	0	0%	3	27%	0	0%	2	18%	6	55%	0	0%
interna	4	17%	0	0%	2	9%	8	35%	9	39%	0	0%
pediatrie	2	25%	2	25%	0	0%	3	37%	1	13%	0	0%
praktický lékař	0	0%	0	0%	0	0%	1	20%	4	80%	0	0%
psychiatrie	0	0%	0	0%	2	29%	5	71%	0	0%	0	0%
stomatologie	1	13%	0	0%	0	0%	4	49%	3	38%	0	0%
neurčeno	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 16: ab. – absolutní počet respondentů

Graf 16 Udržitelnost financování 3



Zdroj: vlastní výzkum

V druhé části otázky respondenti uvedli následující (odpovědi byly zkráceny):

1. Ne, stále se rozevírají nůžky mezi nedostatečnými zdroji a možnostmi moderní medicíny. (zaměstnanec, chirurgie)
2. Určitě ne. Nelze očekávat, že za 6,5 % českého HDP poskytne systém 100 % péče. Západní země dávají 8 – 10 % z cca pětinasobného HDP a přitom řada věcí není hrazena (sanity, lázně atd.). (OSVČ, interna)
3. Je nutný přechod na pokladenský systém a řízenou komercionalizaci zdravotního pojištění. (zaměstnanec, gynekologie)
4. Objem prostředků je dostatečný (optimální ve zdravotnictví nebude nikdy), je jen třeba je využívat efektivně. (OSVČ, pediatrie)
5. Konkrétně v našem oboru se nehospodárnost vynakládání prostředků promítá u některých kolegů v možnosti mít ostrou tužku a napsat jakýkoli výkon, byť by ho nedělal. Pokladenský systém s pacientem jako regulačním činitelem by tomuto chování zamezil. (OSVČ, stomatologie)
6. Existují výkony zbytečně zatěžující systém zdravotního pojištění, přitom by vůbec nemuseli na pojištění existovat. (OSVČ, stomatologie)
7. Ne, zvláště nyní v krizi kdy výběry pojistného půjdou dolů. (zaměstnanec, interna)
8. Nejde tolik o rozsah, ale o formu – „vše je plně hrazeno“, není definován standard. (obojí, interna)

Otázka 7: Je struktura zdrojů (včetně spoluúčasti pacientů) odpovídající?

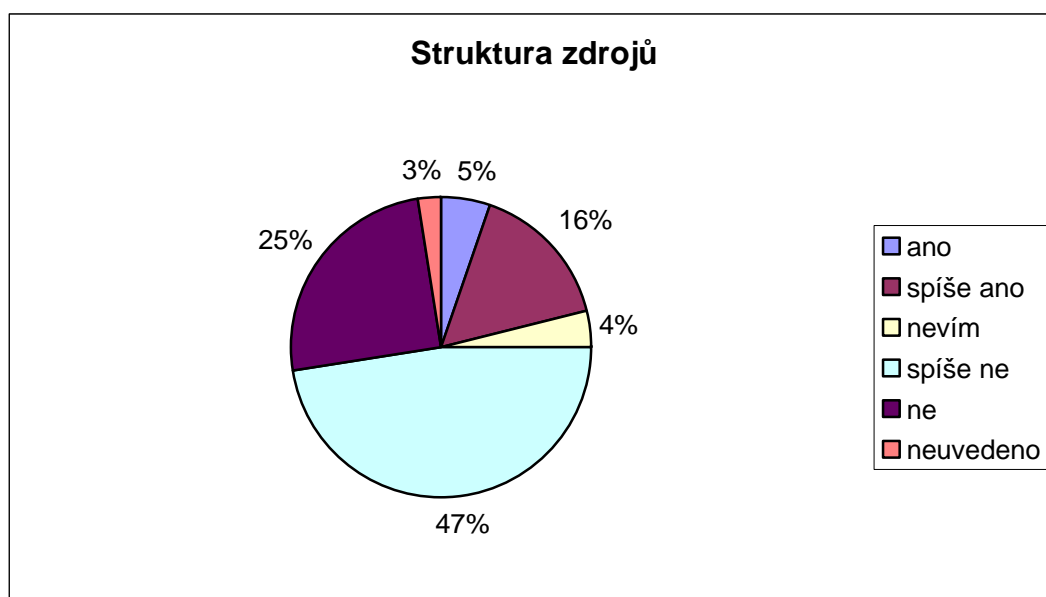
Na tuto otázku odpověděli 4 respondenti (5 %) ano, 12 respondentů (16 %) spíše ano, 3 respondenti (4 %) nevím, 36 respondentů (47 %) spíše ne a 19 respondentů (25 %) ne. 2 respondenti (3 %) odpověď neuvedli.

Tabulka 17 Struktura zdrojů

	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne	neuvedeno
počet	4	12	3	36	19	2
%	5 %	16 %	4 %	47 %	25 %	3 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 17 Struktura zdrojů



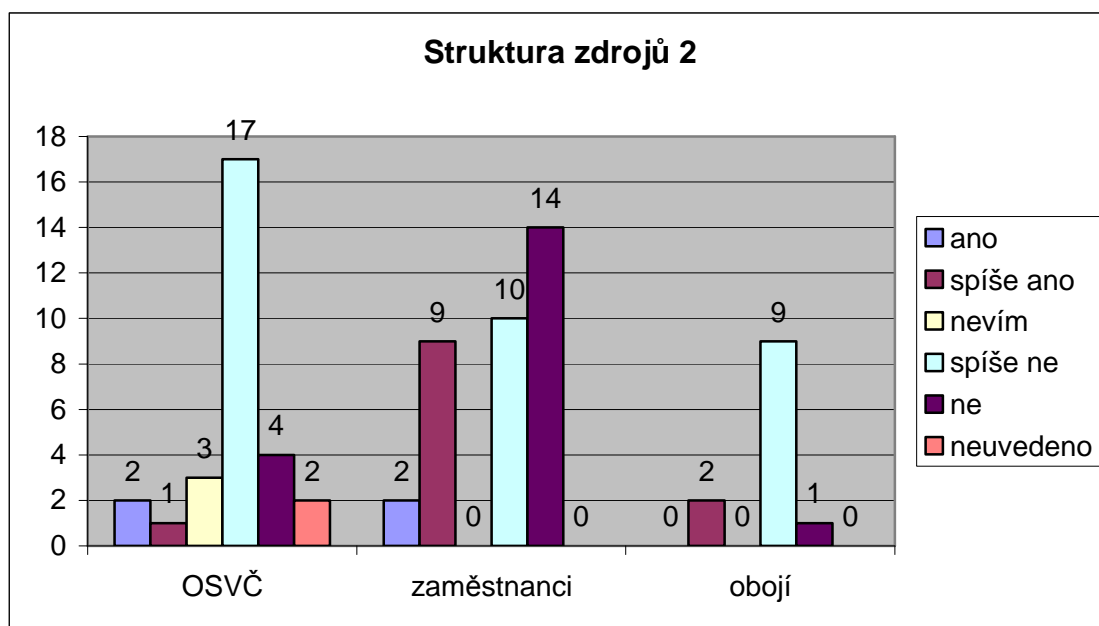
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 18 Struktura zdrojů 2

	OSVČ		zaměstnanci		obojí	
	počet	%	počet	%	počet	%
ano	2	7 %	2	6 %	0	0 %
spíše ano	1	3 %	9	26 %	2	17 %
nevím	3	10 %	0	0 %	0	0 %
spíše ne	17	59 %	10	29 %	9	75 %
ne	4	14 %	14	39 %	1	8 %
neuvedeno	2	7 %	0	0 %	0	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 18 Struktura zdrojů 2



Zdroj: vlastní výzkum

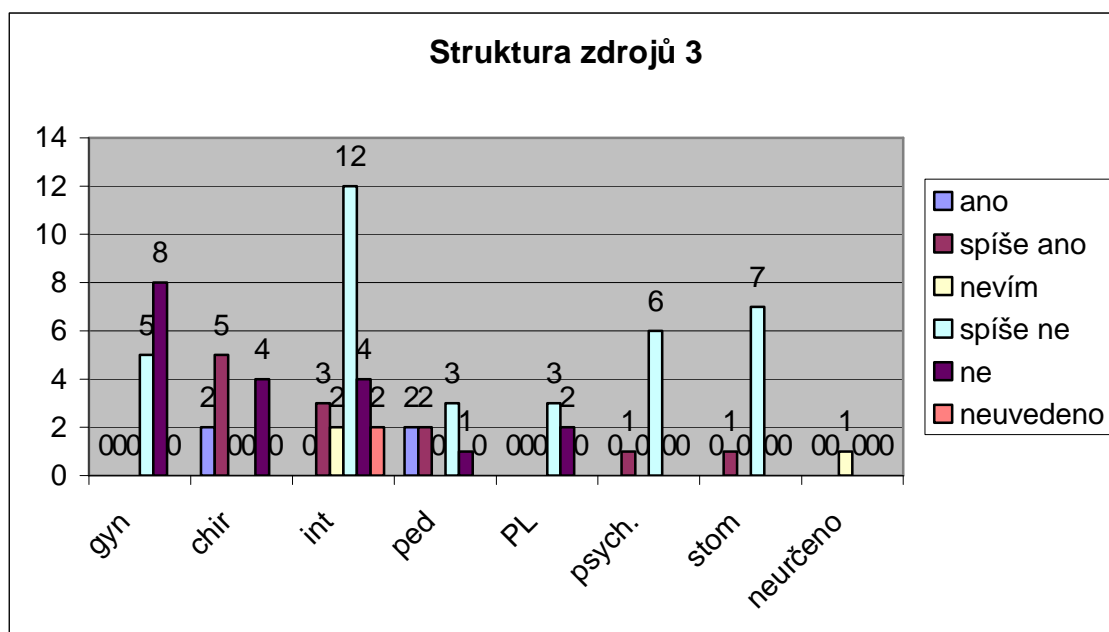
Tabulka 19 Struktura zdrojů 3

	ano		spíše ano		nevím		spíše ne		ne		neuvedeno	
	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%
gynekologie	0	0%	0	0%	0	0%	5	38%	8	62%	0	0%
chirurgie	2	18%	5	46%	0	0%	0	0%	4	36%	0	0%
interna	0	0%	3	13%	2	9%	12	52%	4	17%	2	9%
pediatrie	2	25%	2	25%	0	0%	3	37%	1	13%	0	0%
praktický lékař	0	0%	0	0%	0	0%	3	60%	2	40%	0	0%
psychiatrie	0	0%	1	14%	0	0%	6	86%	0	0%	0	0%
stomatologie	0	0%	1	13%	0	0%	7	87%	0	0%	0	0%
neurčeno	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 19: ab. – absolutní počet respondentů

Graf 19 Struktura zdrojů 3



Zdroj: vlastní výzkum

V druhé části otázky respondenti uvedli následující (odpovědi byly zkráceny):

1. Chybí vícezdrojové financování. (zaměstnanec, chirurgie)
2. Od dubna pro nás pediatriy nebude. (obojí, pediatrie)
3. Každou péči vždy ve 100 % zaplatí pacienti. Systém nemá schopnost tvořit sám jakékoli zdroje. Jen je spotřebovává. Otázka směřuje na to, kolik má pacient platit mimo zdravotní daň (tedy hotově). Systém je v tomto nevyvážený. Podle mě je třeba zrušit populární plně hrazené léky, ale na druhou stranu zabránit vysokým doplatkům u dražších a modernějších léků a hledat cestu, jak nezruinovat ty pacienty, kteří musí brát větší množství medikamentů (daňově, limity apod.). Na jakoukoli jinou péči si pacient v ČR nesmí připlatit, což je úplný nesmysl (OSVČ, interna).
4. Nikde není takový stav ve zdravotnictví jako v Čechách. Žádný stát na světě totiž nemá peníze na to, aby udržel kvalitní zdravotní péči „všechno pro všechny“. (OSVČ, praktický lékař)
5. Spoluúčast na zdravotní péči je přijatelným kompromisem mezi nutností získat zdroje a sociální solidaritou. Možné by bylo využít komerčního nepovinného zdravotního připojištění. Bylo by vhodné zvýšit podíl pacientů na „nezdravotních“ výdajích (hotelové služby při pobytu v nemocnici) v definovaných případech – je však obtížné takové případy definovat a i při jejich identifikaci je prosazení takové změny prakticky politicky neprůchodné. (OSVČ, pediatrie)
6. Zdravotnictví má děravé stěny. (OSVČ, psychiatrie)
7. Struktura je možná odpovídající, ale vynakládání s těmito prostředky je neodpovídající. (OSVČ, stomatologie)
8. 60 Kč za stravu v nemocnici, praní, svícení, vodu atd. je směšná částka. (zaměstnanec, interna)
9. Chybí zpětná vazba – proti neuváženému využívání zdravotních služeb. (obojí, interna)

Otázka 8: Odpovídá struktura spotřebovávané péče potřebě zdravotní péče?

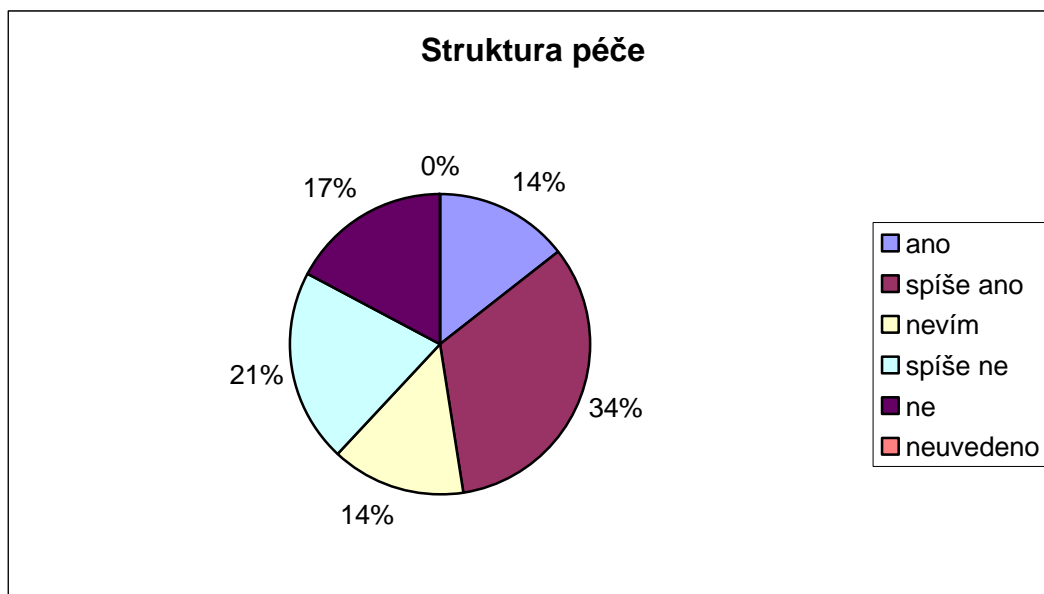
Na otázku 8 odpovědělo 11 respondentů (14 %) ano, 25 respondentů (34 %) spíše ano, 11 respondentů (14 %) zvolilo odpověď nevím, 16 respondentů (21 %) odpovědělo spíše ne a 13 respondentů (17 %) odpovědělo ne.

Tabulka 20 Struktura péče

	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne	neuvedeno
počet	11	25	11	16	13	0
%	14 %	34 %	14 %	21 %	17 %	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 20 Struktura péče



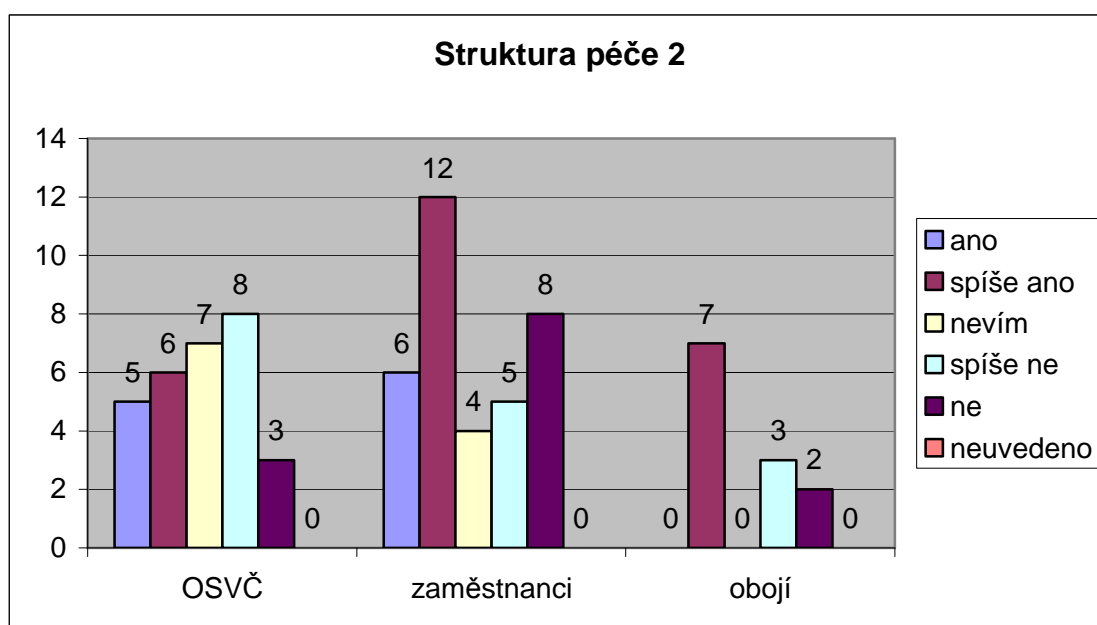
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 21 Struktura péče 2

	OSVČ		zaměstnanci		obojí	
	počet	%	počet	%	počet	%
ano	5	17 %	6	17 %	0	0 %
spíše ano	6	21 %	12	35 %	7	58 %
nevím	7	24 %	4	11 %	0	0 %
spíše ne	8	28 %	5	14 %	3	25 %
ne	3	10 %	8	23 %	2	17 %
neuvedeno	0	0 %	0	0 %	0	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 21 Struktura péče 2



Zdroj: vlastní výzkum

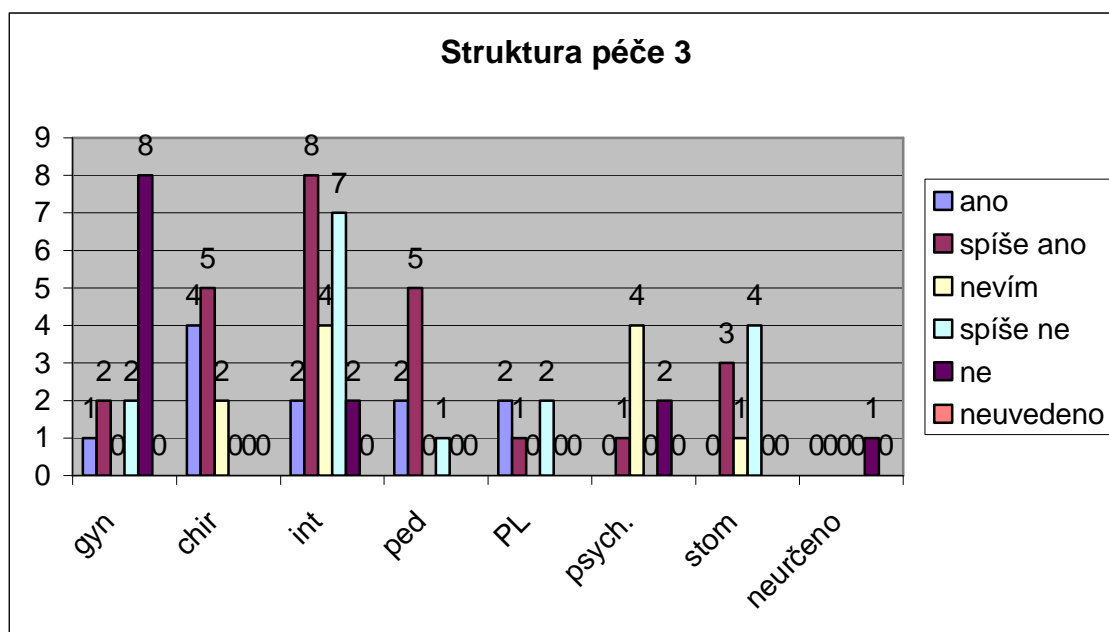
Tabulka 22 Struktura péče 3

	ano		spíše ano		nevím		spíše ne		ne		neuvedeno	
	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%
gynekologie	1	8%	2	15%	0	0%	2	15%	8	62%	0	0%
chirurgie	4	36%	5	46%	2	18%	0	0%	0	0%	0	0%
interna	2	9%	8	35%	4	17%	7	30%	2	9%	0	0%
pediatrie	2	25%	5	62%	0	0%	1	13%	0	0%	0	0%
praktický lékař	2	40%	1	20%	0	0%	2	40%	0	0%	0	0%
psychiatrie	0	0%	1	14%	4	57%	0	0%	2	29%	0	0%
stomatologie	0	0%	3	38%	1	13%	4	49%	0	0%	0	0%
neurčeno	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 22: ab. – absolutní počet respondentů

Graf 22 Struktura péče 3



Zdroj: vlastní výzkum

V druhé části otázky respondenti uvedli následující (odpovědi byly zkráceny):

1. Z různých důvodů je naddimenzována akutní péče a podceněna ošetrovatelská péče. I zde ale velmi nestejně. Jsou okresy s jednou nemocnicí, ale také se čtyřmi nebo i více. Potíž je s definicí oddělení a smlouvání výkonů, podmínky pojišťoven pro uzavření smluv na odbornost...(OSVČ, interna)
2. Kdyby pojišťovny – i s podhodnocením všech plateb – nebrzdily operační a vyšetřovací procedury (objednací doby nejsou dlouhé tím, že by nebyl čas, ale tím, že pojišťovna víc výkonů nezaplatí!), bylo by naše zdravotnictví ještě o mnoho stupňů výše. (OSVČ, praktický lékař)
3. Ano, po reformních změnách, které jsou účinné výrazně více než dříve. (OSVČ, pediatr)
4. Nemohu posoudit z jedné ordinace. (OSVČ, psychiatrie)
5. Myslím si, že zdravotní péče je u nás zbytečně nadužívána, naši pacienti chodí k lékaři přibližně 11x za rok. V jiných zemích 2-3x za rok, protože je zdravotní péče drahá (ale to je i u nás, jen o tom málokdo ví) a jsou na svém zdraví více zainteresovaní než našinci. (OSVČ, stomatologie)
6. Ve velkoměstech je naopak přebujelá nabídka. (zaměstnanec, interna)
7. Některé segmenty jsou stále nadužívány. (obojí, interna)
8. Regulační poplatky omezily návštěvy pacientů, kteří si nechali předepsat běžně prodejné léky na virózu, a jiná “banální“ onemocnění. Ale pořád ještě přetrvávají zbytečné návštěvy u lékaře. (zaměstnanec, gynekologie)

Otázka 9: Je zdravotní péče v ČR dostupná?

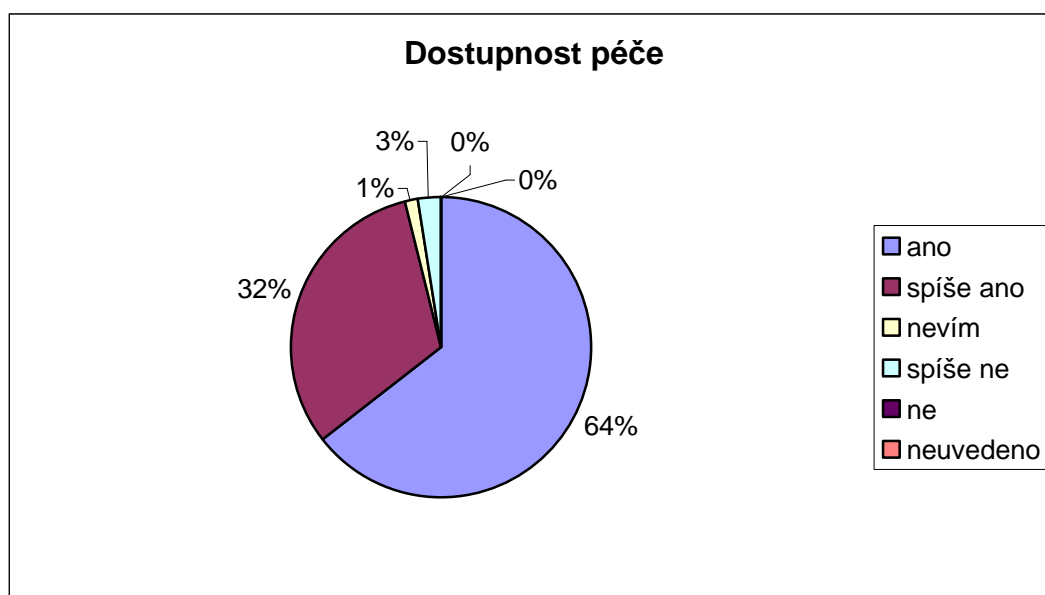
Odpověď ano zvolilo nejvíce respondentů (49 respondentů; 64 %), spíše ano odpovědělo 24 respondentů (32 %), odpověď nevím zvolil pouze 1 respondent (1 %), spíše ne 2 respondenti (3 %). Odpověď ne nebyla zastoupen žádným hlasem.

Tabulka 23 Dostupnost péče

	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne	neuveдено
počet	49	24	1	2	0	0
%	64 %	32 %	1 %	3 %	0 %	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 23 Dostupnost péče



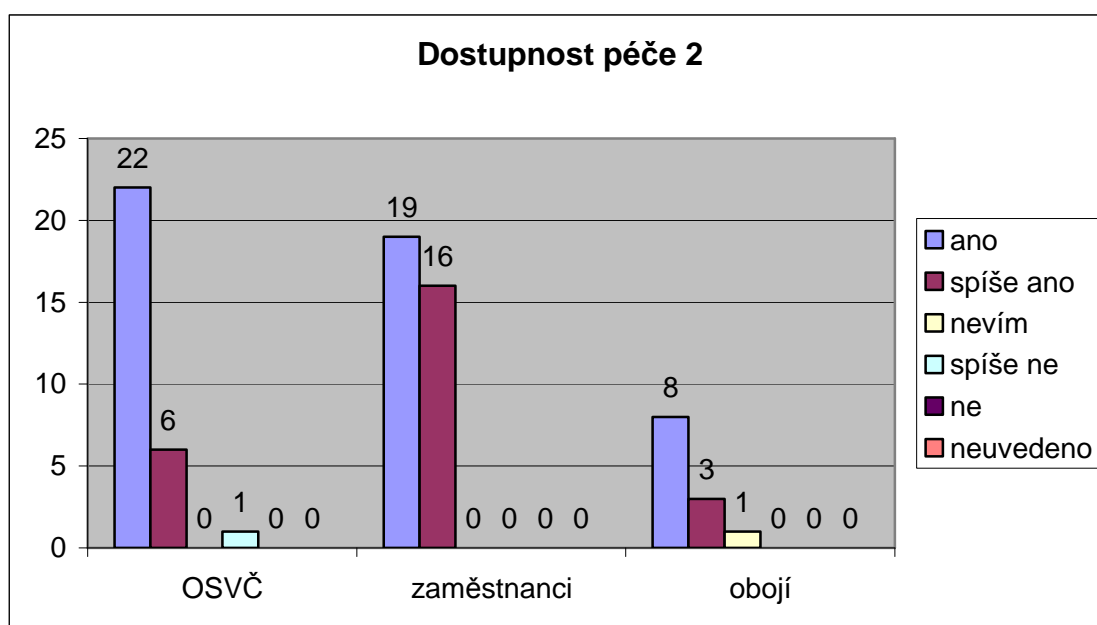
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 24 Dostupnost péče 2

	OSVČ		zaměstnanci		obojí	
	počet	%	počet	%	počet	%
ano	22	76 %	19	54 %	8	67 %
spíše ano	6	21 %	16	46 %	3	25 %
nevím	0	0 %	0	0 %	1	8 %
spíše ne	1	3 %	0	0 %	0	0 %
ne	0	0 %	0	0 %	0	0 %
neuvedeno	0	0 %	0	0 %	0	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 24 Dostupnost péče 2



Zdroj: vlastní výzkum

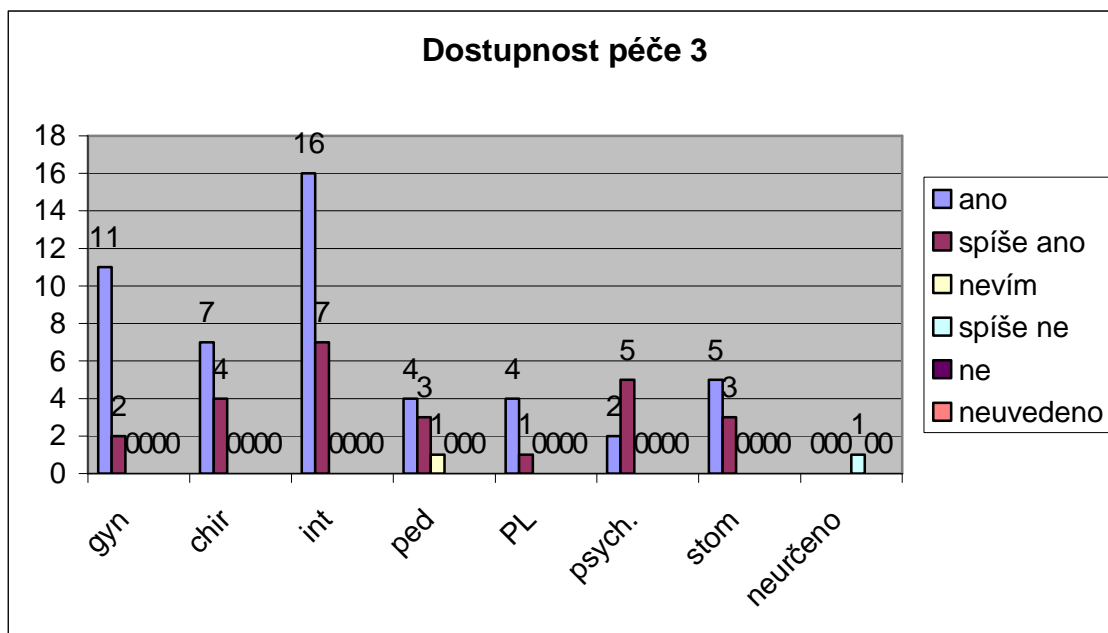
Tabulka 25 Dostupnost péče 3

	ano		spíše ano		nevím		spíše ne		ne		neuvedeno	
	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%
gynekologie	11	85%	2	15%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
chirurgie	7	64%	4	36%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
interna	16	70%	7	30%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
pediatrie	4	49%	3	38%	1	13%	0	0%	0	0%	0	0%
praktický lékař	4	80%	1	20%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
psychiatrie	2	29%	5	71%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
stomatologie	5	62%	3	38%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
neurčeno	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 25: ab. – absolutní počet respondentů

Graf 25 Dostupnost péče 3



Zdroj: vlastní výzkum

V druhé části otázky respondenti uvedli následující (odpovědi byly zkráceny):

1. Dostupnost je přinejmenším snížena pro handicapované osoby bydlící daleko od velkých měst a trpící závažnou nemocí, jejíž léčba je vázána na specializovaná centra. (zaměstnanec, interna)
2. Někdy, někde a jak pro koho. (zaměstnanec, gynekologie)
3. Bohužel kolem sebe vidím stále výraznější „nezájem lékařů o pacienty“, mnohdy se tento nezájem dá zařadit i do „nedostupnosti“ (neochoty lékařů), ale vcelku je-li doktor schopný, o pacienta se může postarat velmi kvalitně. (OSVČ, praktický lékař)
4. Dostupnost je optimální, výrazně se liší kvalita poskytované péče v jednotlivých zařízeních (i odděleních jednoho zařízení). (OSVČ, pediatrie)
5. Mohla by být dostupnější a přesto lacinější. (OSVČ, psychiatrie)
6. Čistě lékařská zcela určitě, psychologicko psychiatrická už méně, chybí dostatečná síť psychologů a psychoterapeutů napojených na pojišťovnu – tedy taková pomoc, kterou si může dovolit pojištěný pacient. Pacient propuštěný z léčení v psychiatrické léčebně (např. schizofrenik, alkoholik...) s doporučením a nutností následné péče u psychoterapeuta, si těžko může dovolit platit ze svého psychoterapii. (zaměstnanec, psychiatrie)
7. V ČR jsou ordinace snad na každém rohu. Takový Ital běžně jezdí ke stomatologovi několik desítek kilometrů a považuje to za normální. Naši pacienti jsou příliš zhýčkaní malou republikou a malými vzdálenostmi. Nechápu, jak se někomu může zdát daleko dojíždět z Větrného Jeníkova do Jihlavy! (16km). (OSVČ, stomatologie)
8. Záleží na regionu. Na Vysočině je to poměrně ubohé, ale to je tím, že tady není krajská nemocnice skutečně, ale 5 krajských (ve skutečnosti okresních). Takže na některá vyšetření musí pacienti dojíždět do jiných regionů. (zaměstnanec, interna)
9. Někdy ovšem ve formě „laciného standardu“ – kvalita může být rozdílná. (obojí, interna)

Otázka 10: Je síť zdravotnických zařízení v ČR optimální?

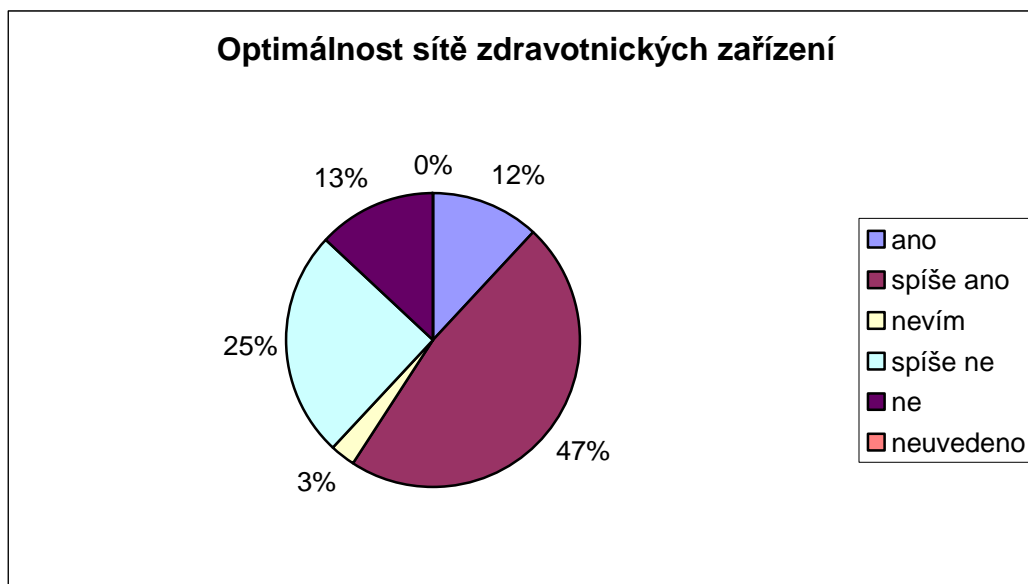
U otázky 10 označilo odpověď ano 9 respondentů (12 %), odpověď spíše ano 36 respondentů (47 %), odpověď nevím 2 respondenti (3 %), odpověď spíše ne 19 respondentů (25 %) a odpověď ne označilo 10 respondentů (13 %).

Tabulka 26 Optimálnost sítě zdravotnických zařízení

	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne	neuveдено
počet	9	36	2	19	10	0
%	12 %	47 %	3 %	25 %	13 %	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 26 Optimálnost sítě zdravotnických zařízení



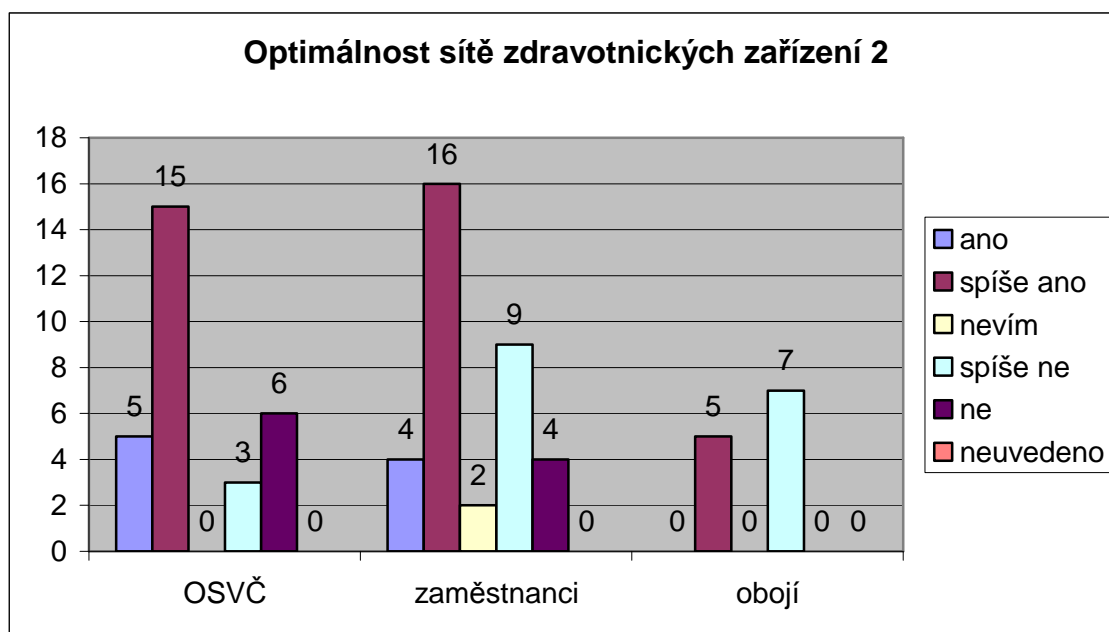
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 27 Optimálnost sítě zdravotnických zařízení 2

	OSVČ		zaměstnanci		obojí	
	počet	%	počet	%	počet	%
ano	5	17 %	4	11 %	0	0 %
spíše ano	15	52 %	16	46 %	5	42 %
nevím	0	0 %	2	6 %	0	0 %
spíše ne	3	10 %	9	26 %	7	58 %
ne	6	21 %	4	11 %	0	0 %
neuveдено	0	0 %	0	0 %	0	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 27 Optimálnost sítě zdravotnických zařízení 2



Zdroj: vlastní výzkum

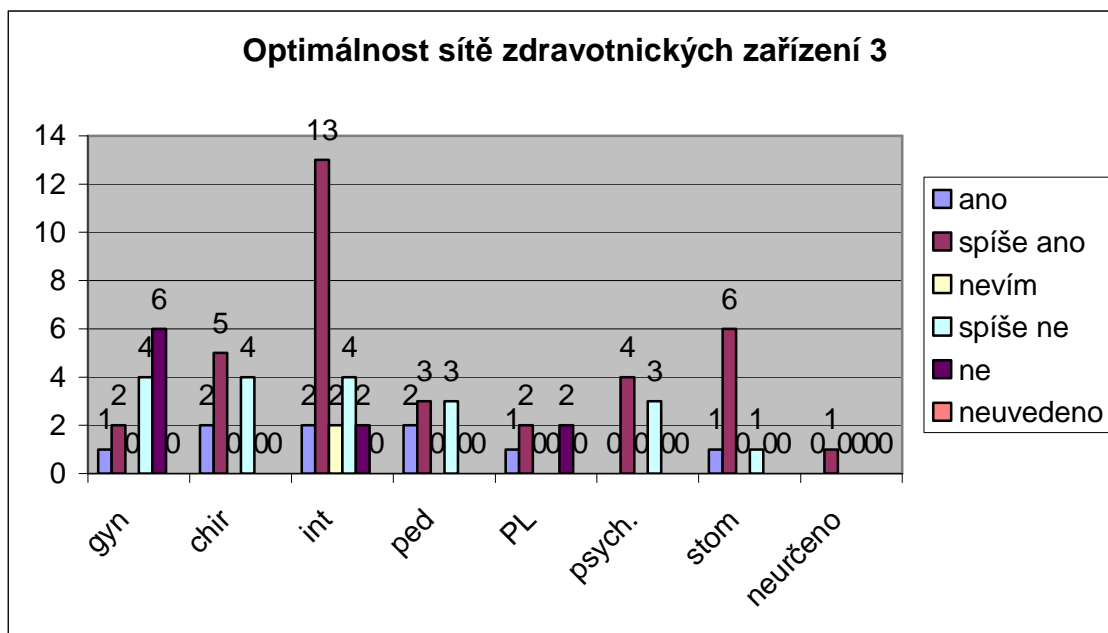
Tabulka 28 Optimálnost sítě zdravotnických zařízení 3

	ano		spíše ano		nevím		spíše ne		ne		neuvedeno	
	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%
gynekologie	1	8%	2	15%	0	0%	4	31%	6	46%	0	0%
chirurgie	2	18%	5	46%	0	0%	4	36%	0	0%	0	0%
interna	2	9%	13	56%	2	9%	4	17%	2	9%	0	0%
pediatrie	2	25%	3	37%	0	0%	3	38%	0	0%	0	0%
praktický lékař	1	20%	2	40%	0	0%	0	0%	2	40%	0	0%
psychiatrie	0	0%	4	57%	0	0%	3	43%	0	0%	0	0%
stomatologie	1	13%	6	74%	0	0%	1	13%	0	0%	0	0%
neurčeno	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 28: ab. – absolutní počet respondentů

Graf 28 Optimálnost sítě zdravotnických zařízení 3



Zdroj: vlastní výzkum

V druhé části otázky respondenti uvedli následující (odpovědi byly zkráceny):

1. Místy je nerovnoměrné rozdělení v různých regionech. (zaměstnanec, chirurgie)
2. Není, v současné době, kdy okresní nemocnice zřizují kraje, nelze věc centrálně ovlivnit. (OSVČ, interna)
3. Je předimenzovaná. (OSVČ, gynekologie)
4. Nedostatek lékařů je zcela evidentní, kdyby všichni rozumní neodešli do zahraničí, tak by to tady vypadalo jinak. Nemluvím už ani o skutečnosti, že vymírají praktičtí lékaři a náhrada za ně není (a v adekvátním počtu v dohledné době ani nebude). (OSVČ, praktický lékař)
5. Optimální nebude nikdy a nikde, ale v podstatě velmi dobře odpovídá potřebě. (OSVČ, pediatrie)
6. Některých profesí je málo (stomatologové...). (OSVČ, psychiatrie)
7. Neznám osobně ze svého okolí nikoho, kdo by nemohl najít nějakého specialistu přes cokoliv. (OSVČ, stomatologie)
8. Zvlášť v Praze by se dalo hodně omezit (ale to je politikum). Měly by být 2 fakultní nemocnice v Praze, v Brně jedna, pak to má nějaký smysl a je tak možnost sehnat pro ně dost peněz na vybavení atd. (zaměstnanec, interna)
9. Nerovnoměrná struktura, spíše nadbytečná hospitalizační jednotka, insuficience primární péče. (obojí, interna)
10. Nemohu hodnotit ostatní regiony, ale na Vysočině si myslím, že je. (zaměstnanec, gynekologie)

Otázka 11: Je zdravotní péče v ČR kvalitní?

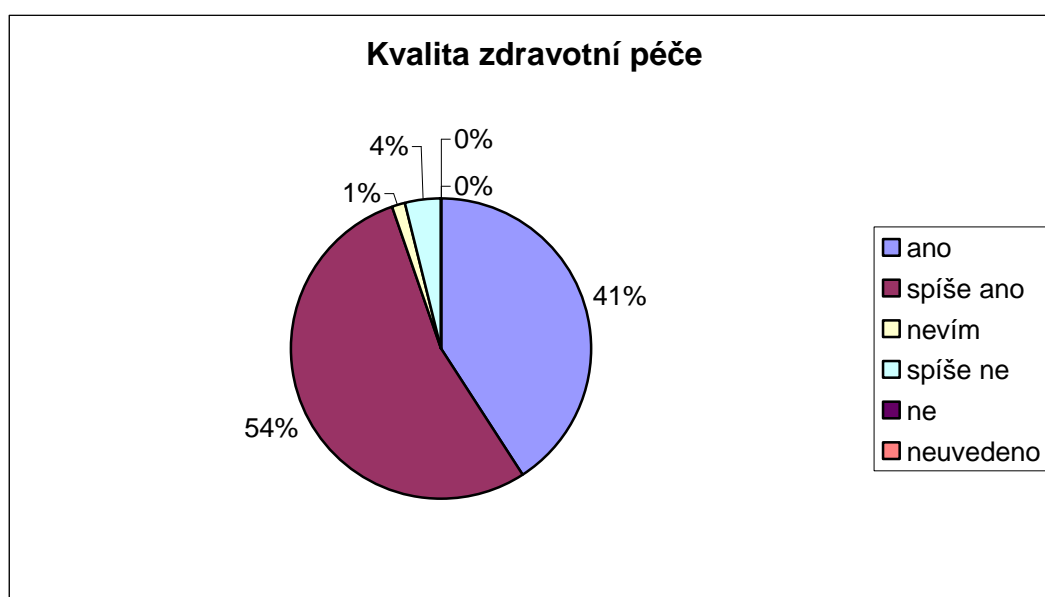
Zdravotní péče je v ČR kvalitní podle 31 respondentů (41 %), dalších 41 respondentů (54 %) spíše souhlasí. Odpověď nevím zvolil 1 respondent (1 %). Další 3 respondenti (4 %) považují zdravotní péči za spíše nekvalitní. Odpověď ne nezvolil žádný respondent.

Tabulka 29 Kvalita zdravotní péče

	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne	neuveдено
počet	31	41	1	3	0	0
%	41 %	54 %	1 %	4 %	0 %	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 29 Kvalita zdravotní péče



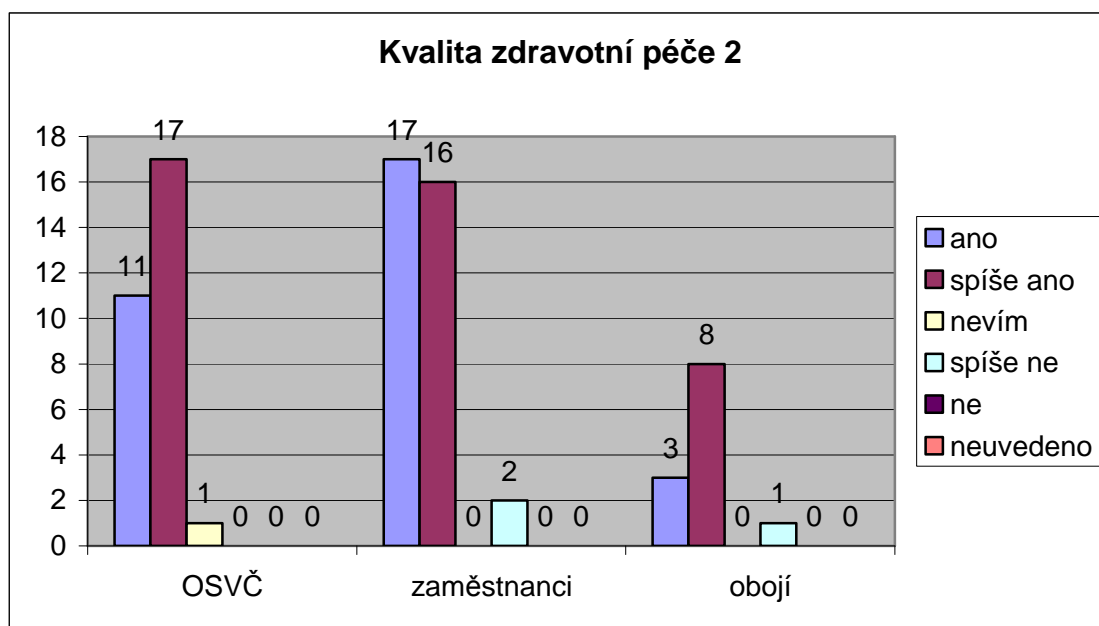
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 30 Kvalita zdravotní péče 2

	OSVČ		zaměstnanci		obojí	
	počet	%	počet	%	počet	%
ano	11	38 %	17	48 %	3	25 %
spíše ano	17	59 %	16	46 %	8	67 %
nevím	1	3 %	0	0 %	0	0 %
spíše ne	0	0 %	2	6 %	1	8 %
ne	0	0 %	0	0 %	0	0 %
neuvedeno	0	0 %	0	0 %	0	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 30 Kvalita zdravotní péče 2



Zdroj: vlastní výzkum

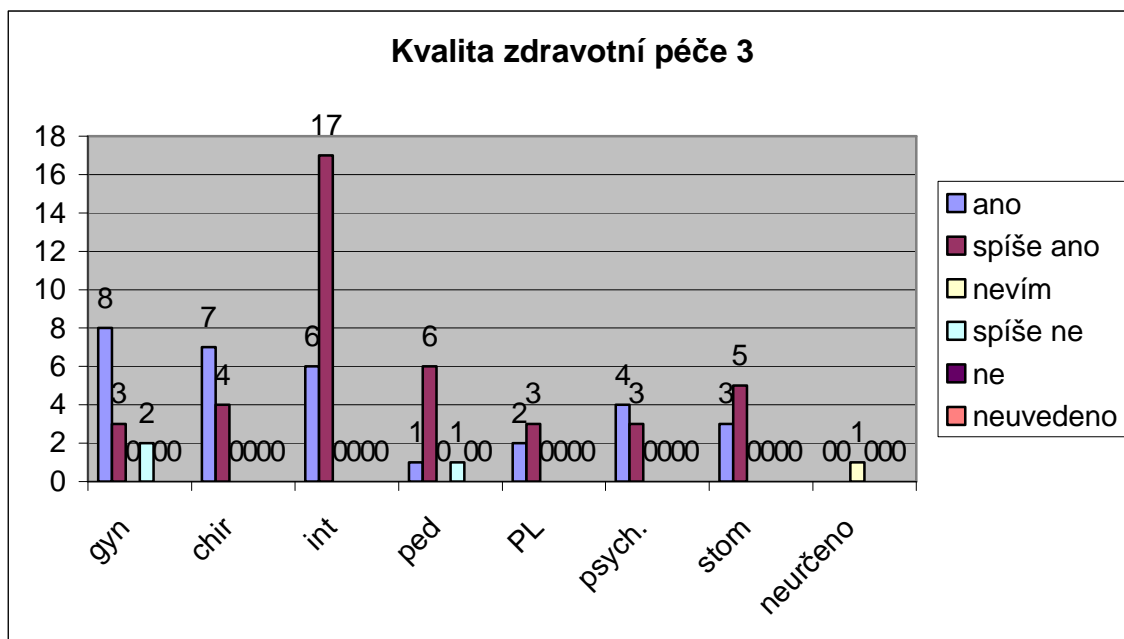
Tabulka 31 Kvalita zdravotní péče 3

	ano		spíše ano		nevím		spíše ne		ne		neuvedeno	
	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%
gynekologie	8	62%	3	23%	0	0%	2	15%	0	0%	0	0%
chirurgie	7	64%	4	36%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
interna	6	26%	17	74%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
pediatrie	1	13%	6	74%	0	0%	1	13%	0	0%	0	0%
praktický lékař	2	40%	3	60%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
psychiatrie	4	57%	3	43%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
stomatologie	3	38%	5	62%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
neurčeno	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 31: ab. – absolutní počet respondentů

Graf 31 Kvalita zdravotní péče 3



Zdroj: vlastní výzkum

V druhé části otázky respondenti uvedli následující (odpovědi byly zkráceny):

1. Existují velké rozdíly mezi jednotlivými pracovišti. Na špičkových pracovištích je srovnatelná s civilizovaným světem, jinde svou špatnou kvalitou ohrožuje pacienty. (zaměstnanec, interna)
2. Ano, pokud k tomu ještě přibude zájem lékaře o pacienta a kvalitní střední zdravotnický personál, ale to jsme při současném financování v kategorii science-fiction. (OSVČ, praktický lékař)
3. Ano, zatím je kvalitní výuka lékařů. (OSVČ, psychiatrie)
4. A vysoce, jen v lidech pořád přetrvává pocit, že to musí být zadarmo. (OSVČ, stomatologie)
5. Záleží na každém lékaři, i lékaři jsou lidé. (zaměstnanec, interna)
6. Ano, přestože kvalita je kolísající a nerovnoměrná. (obojí, interna)

Otázka 12: Je ve zdravotnictví přítomná korupce?

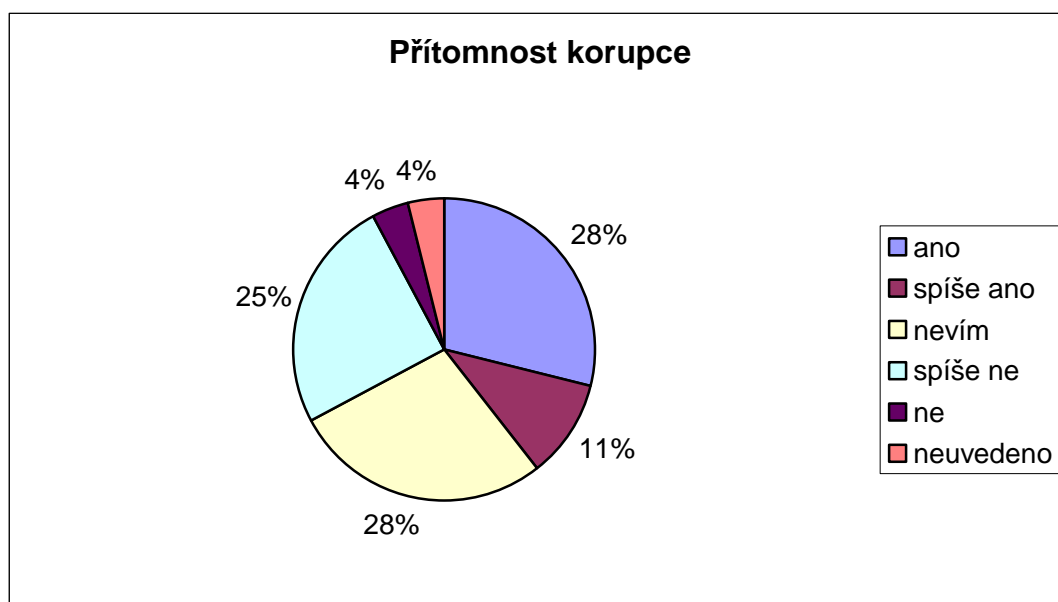
Na tuto otázku odpovědělo 22 respondentů (28 %) ano, 8 respondentů (11 %) spíše ano, 21 respondentů (28 %) odpovědělo nevím, 19 respondentů (25 %) zvolilo odpověď spíše ne a 3 respondenti (4 %) zvolili možnost ne. Odpověď na tuto otázku neuvedli 3 respondenti (4 %).

Tabulka 32 Přítomnost korupce

	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne	neuvedeno
počet	22	8	21	19	3	3
%	28 %	11 %	28 %	25 %	4 %	4 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 32 Přítomnost korupce



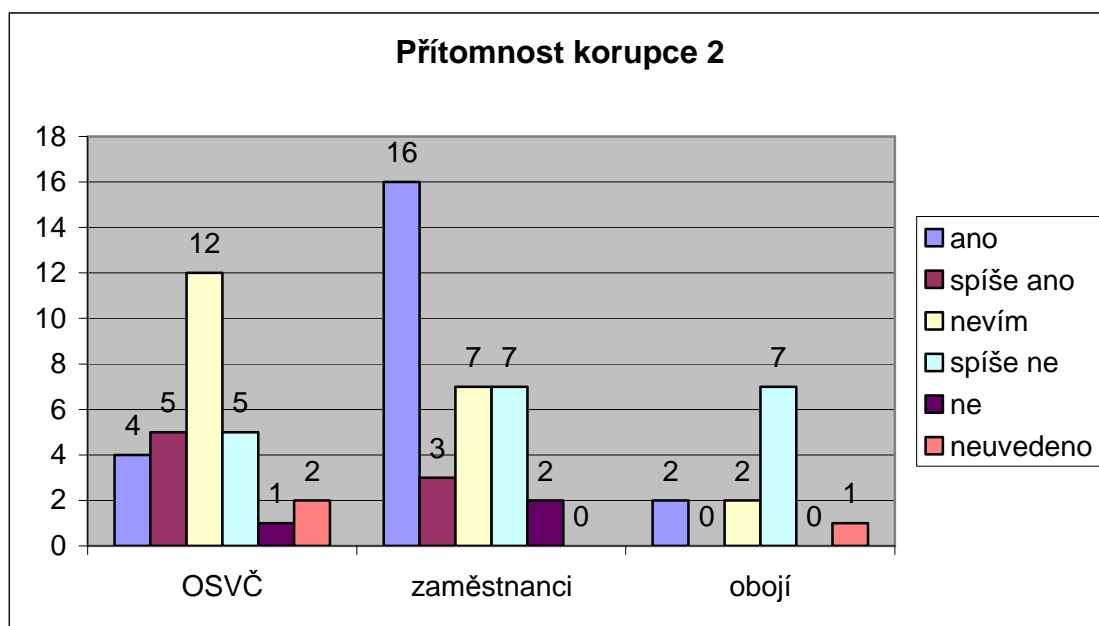
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 33 Přítomnost korupce 2

	OSVČ		zaměstnanci		obojí	
	počet	%	počet	%	počet	%
ano	4	14 %	16	45 %	2	17 %
spíše ano	5	17 %	3	9 %	0	0 %
nevím	12	42 %	7	20 %	2	17 %
spíše ne	5	17 %	7	20 %	7	58 %
ne	1	3 %	2	6 %	0	0 %
neuvedeno	2	7 %	0	0 %	1	8 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 33 Přítomnost korupce 2



Zdroj: vlastní výzkum

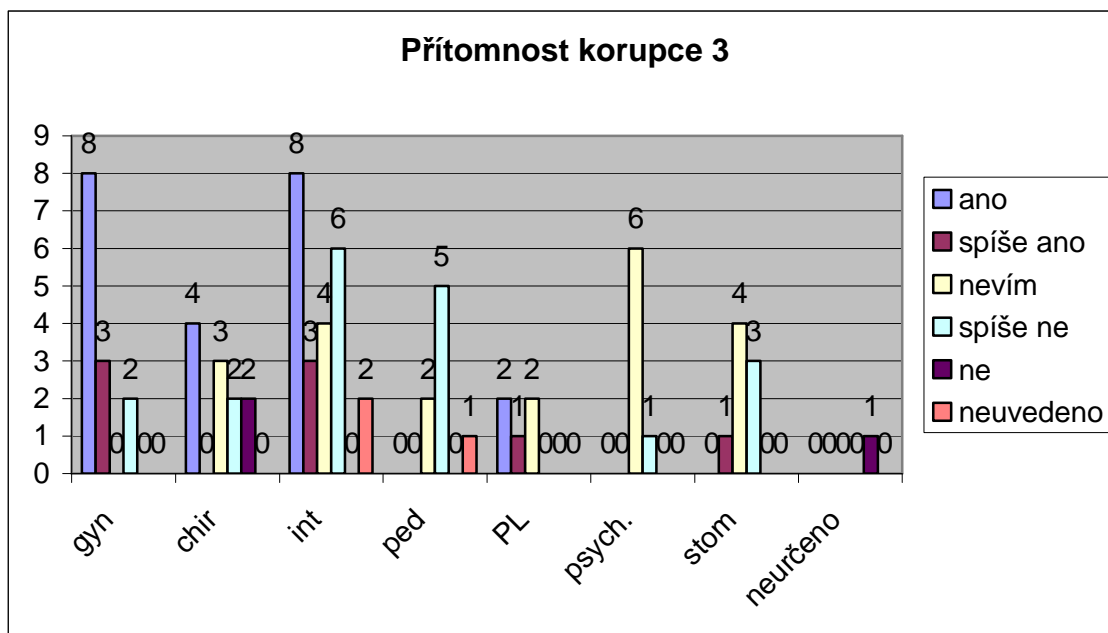
Tabulka 34 Přítomnost korupce 3

	ano		spíše ano		nevím		spíše ne		ne		neuvedeno	
	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%
gynekologie	8	62%	3	23%	0	0%	2	15%	0	0%	0	0%
chirurgie	4	37%	0	0%	3	27%	2	18%	2	18%	0	0%
interna	8	35%	3	13%	4	17%	6	26%	0	0%	2	9%
pediatrie	0	0%	0	0%	2	25%	5	62%	0	0%	1	13%
praktický lékař	2	40%	1	20%	2	40%	0	0%	0	0%	0	0%
psychiatrie	0	0%	0	0%	6	86%	1	14%	0	0%	0	0%
stomatologie	0	0%	1	13%	4	49%	3	38%	0	0%	0	0%
neurčeno	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 34: ab. – absolutní počet respondentů

Graf 34 Přítomnost korupce 3



Zdroj: vlastní výzkum

V druhé části otázky respondenti uvedli následující (odpovědi byly zkráceny):

1. Na úrovni regionálních nemocnic určitě ne, otázka velkých nemocnic a LDN (při nedostatku míst)? (zaměstnanec, chirurgie)
2. Zním dobře situaci jen na okresech. To co chápu jako korupci (tedy ovlivňování pořadníků a eventuelně indikací k zákrokům) je spíše dáno oborově. Větší náchylnost je na oborech s elektivní operativou (např. ortopedie), jinde (třeba na infekčním oddělení) si to nějak neumím představit. (OSVČ, interna)
3. Ta je ale všude, kde někdo rozhoduje za Vás o Vašich penězích. (zaměstnanec, gynekologie)
4. Já osobně jsem si peníze od pacienta nikdy nevzal a nemíním na tom nic měnit. (OSVČ, praktický lékař)
5. Farmaceutické firmy a výrobci zdravotnické techniky jako lobbistické skupiny jsou nasnadě. (OSVČ, praktický lékař)
6. Pravděpodobně nikoli v terénu, o horních patrech se nemohu vyjádřit. (OSVČ, psychiatrie)
7. Nevím, nesetkala jsem se s ní. (OSVČ, stomatologie)
8. Záleží na lokalitě a formě, jistě lze nalézt individuální výjimky, ale standardní péči lze získat většinou bez korupce. (obojí, interna)
9. Pokud mohu soudit dle tisku, tak každý lékař bere úplatky od pacientů, od firem a má se velmi dobře. Realita je ale trošku jiná, alespoň v mém okolí. (zaměstnanec, gynekologie)

Otázka 13: *Je zdravotnictví efektivní?*

Zdravotnictví je efektivní podle 9 respondentů (12 %), 38 respondentů (49 %) spíše souhlasí, 3 respondenti (4 %) nevědí, 22 respondentů (29 %) spíše nesouhlasí a 2 respondenti (3 %) vyjádřili svůj úplný nesouhlas. Odpověď neuvedli 2 respondenti (3 %).

Tabulka 35 Efektivnost zdravotnictví

	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne	neuvedeno
počet	9	38	3	22	2	2
%	12 %	49 %	4 %	29 %	3 %	3 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 35 Efektivnost zdravotnictví



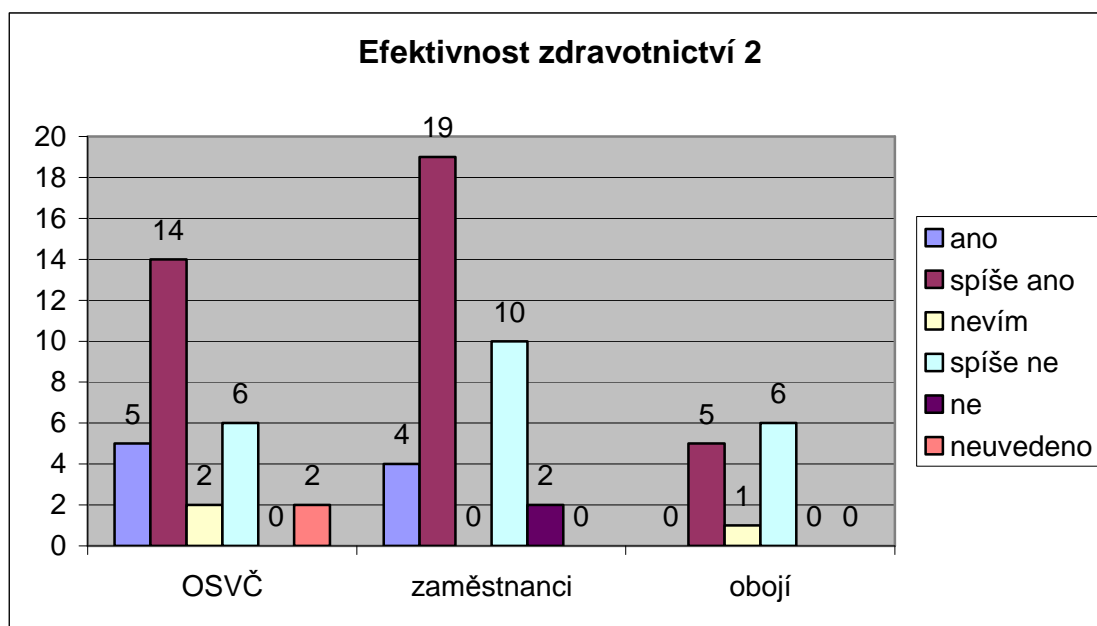
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 36 Efektivnost zdravotnictví 2

	OSVČ		zaměstnanci		obojí	
	počet	%	počet	%	počet	%
ano	5	17 %	4	11 %	0	0 %
spíše ano	14	48 %	19	54 %	5	42 %
nevím	2	7 %	0	0 %	1	8 %
spíše ne	6	21 %	10	29 %	6	50 %
ne	0	0 %	2	6 %	0	0 %
neuvedeno	2	7 %	0	0 %	0	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 36 Efektivnost zdravotnictví 2



Zdroj: vlastní výzkum

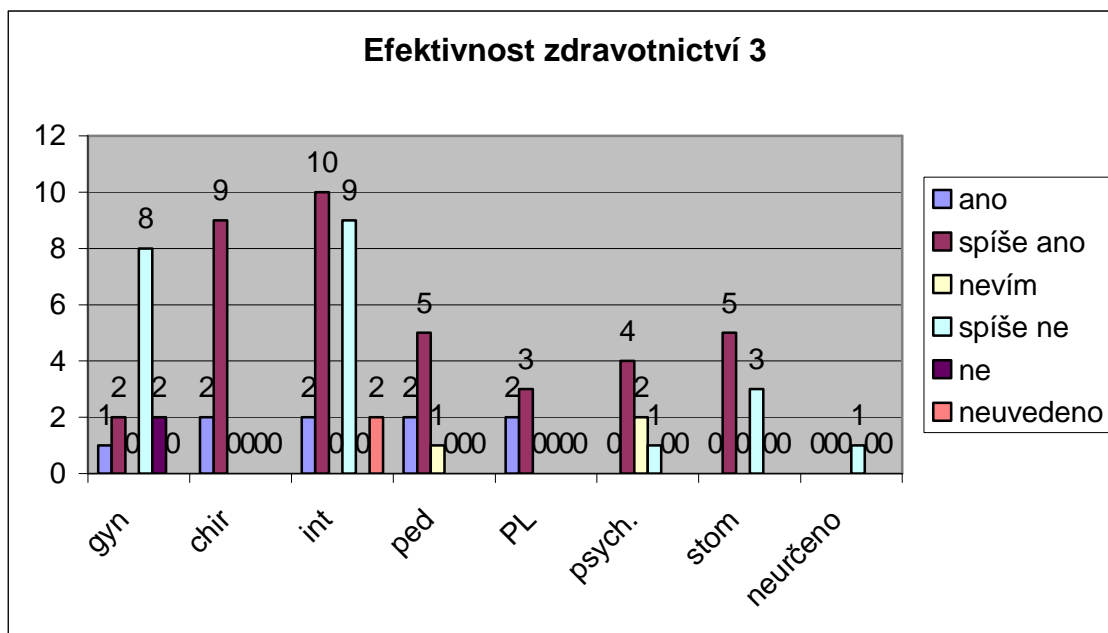
Tabulka 37 Efektivnost zdravotnictví 3

	ano		spíše ano		nevím		spíše ne		ne		neuvedeno	
	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%
gynekologie	1	8%	2	15%	0	0%	8	62%	2	15%	0	0%
chirurgie	2	18%	9	82%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
interna	2	9%	10	43%	0	0%	9	39%	0	0%	2	9%
pediatrie	2	25%	5	62%	1	13%	0	0%	0	0%	0	0%
praktický lékař	2	40%	3	60%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
psychiatrie	0	0%	4	57%	2	29%	1	14%	0	0%	0	0%
stomatologie	0	0%	5	62%	0	0%	3	38%	0	0%	0	0%
neurčeno	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 37: ab. – absolutní počet respondentů

Graf 37 Efektivnost zdravotnictví 3



Zdroj: vlastní výzkum

V druhé části otázky respondenti uvedli následující (odpovědi byly zkráceny):

1. Ministr Julínek přišel s informací, že se v systému promrhá 40 miliard. Já nevím, jestli je to hodně nebo málo a kolik promrhají například v Německu. A jsou-li to opravdu mobilizovatelné prostředky. Víím, že někdy léčíme i velmi nákladně pacienty, které nemá smysl léčit (například na onkologii), ale nevím kdo by měl tu sílu říct, že to nebude dělat. Je to mrhání? To opravdu nechci soudit. (OSVČ, interna)
2. Nic nebude nikdy dokonalé. (OSVČ, psychiatrie)
3. Nevím, jak v jiných oborech, ale někteří kolegové se snaží nepracovat v pátky a zkracovat pracovní dobu. Na jedné straně to chápu, protože je naše práce fyzicky velmi náročná a kolegové stárnou (je jich hodně v důchodovém věku), na druhou stranu vzniká pseudonedostatek lékařů. O efektivnosti v nemocnicích moc nevím. (OSVČ, stomatologie)
4. Chybí zpětné vazby, spíše než účelnost rozhoduje mnohdy populismus. (obojí, interna)

Otázka 14: *Souhlasíte s privatizací lůžkových zařízení?*

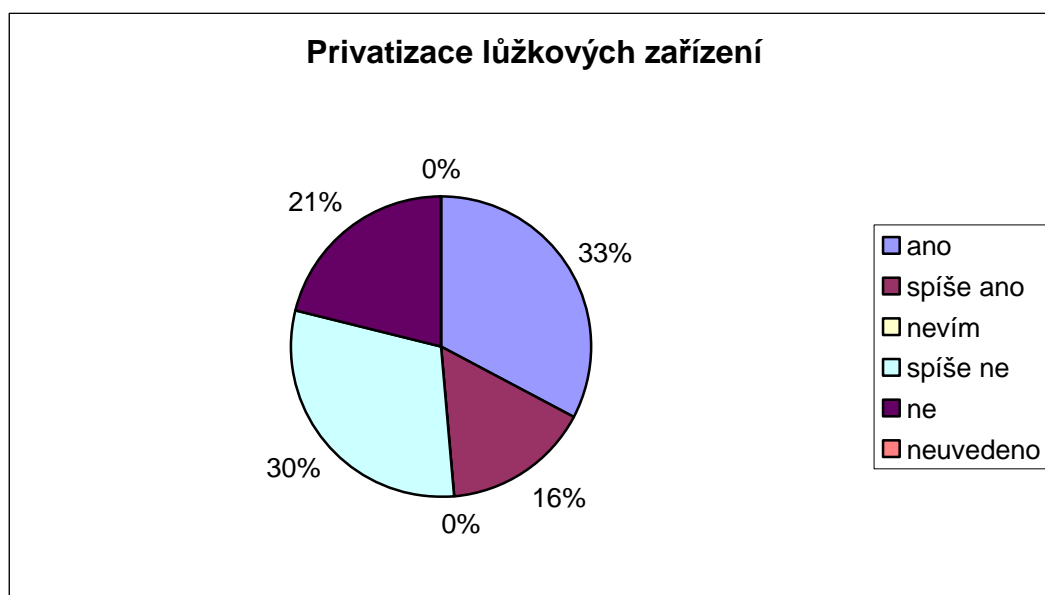
Z odpovědí na tuto otázku zjistíme, že 25 respondentů (33 %) s privatizací lůžkových zařízení souhlasí, 12 respondentů (16 %) spíše souhlasí, 23 respondentů (30 %) spíše nesouhlasí a 16 respondentů (21 %) nesouhlasí zcela. Odpověď nevím nevyužil žádný respondent.

Tabulka 38 Privatizace lůžkových zařízení

	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne	neuveдено
počet	25	12	0	23	16	0
%	33 %	16 %	0 %	30 %	21 %	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 38 Privatizace lůžkových zařízení



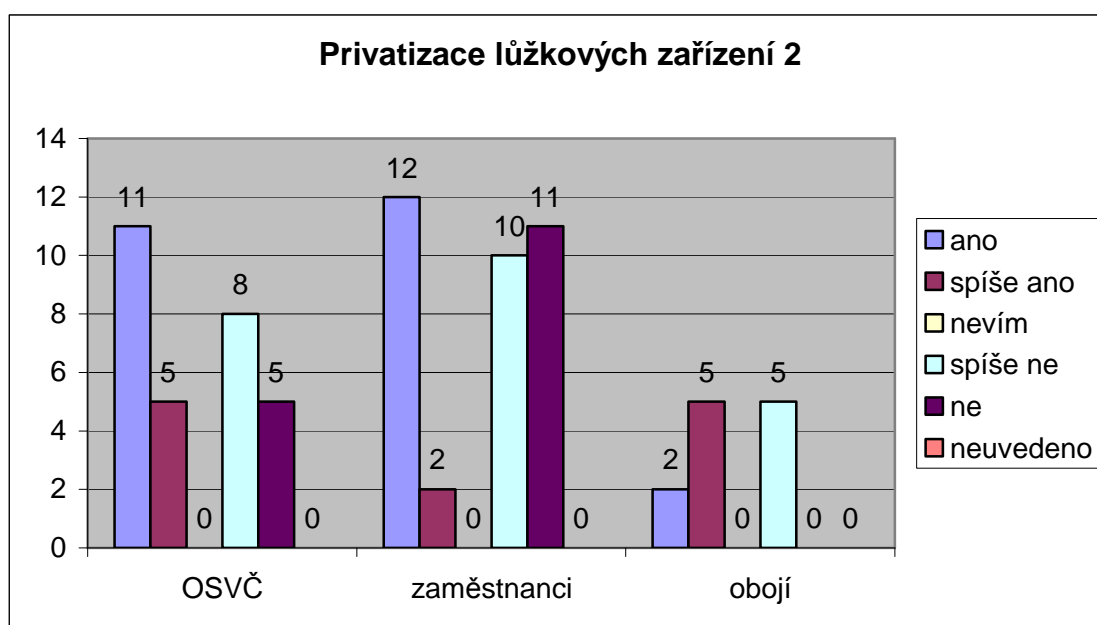
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 39 Privatizace lůžkových zařízení 2

	OSVČ		zaměstnanci		obojí	
	počet	%	počet	%	počet	%
ano	11	38 %	12	34 %	2	17 %
spíše ano	5	17 %	2	6 %	5	41 %
nevím	0	0 %	0	0 %	0	0 %
spíše ne	8	28 %	10	29 %	5	42 %
ne	5	17 %	11	31 %	0	0 %
neuvedeno	0	0 %	0	0 %	0	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 39 Privatizace lůžkových zařízení 2



Zdroj: vlastní výzkum

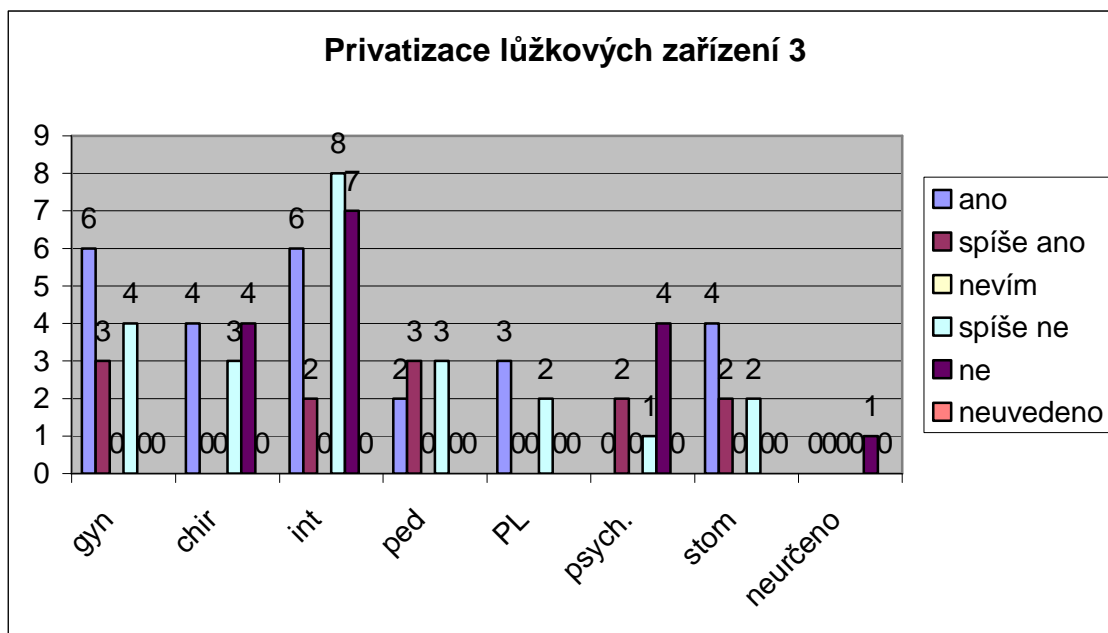
Tabulka 40 Privatizace lůžkových zařízení 3

	ano		spíše ano		nevím		spíše ne		ne		neuvedeno	
	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%
gynekologie	6	46%	3	23%	0	0%	4	31%	0	0%	0	0%
chirurgie	4	37%	0	0%	0	0%	3	27%	4	36%	0	0%
interna	6	26%	2	9%	0	0%	8	35%	7	30%	0	0%
pediatrie	2	25%	3	37%	0	0%	3	38%	0	0%	0	0%
praktický lékař	3	60%	0	0%	0	0%	2	40%	0	0%	0	0%
psychiatrie	0	0%	2	29%	0	0%	1	14%	4	57%	0	0%
stomatologie	4	50%	2	25%	0	0%	2	25%	0	0%	0	0%
neurčeno	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 40: ab. – absolutní počet respondentů

Graf 40 Privatizace lůžkových zařízení 3



Zdroj: vlastní výzkum

V druhé části otázky respondenti uvedli následující (odpovědi byly zkráceny):

1. Ne jedinečných pracovišť, fakultních nemocnic a základní nemocniční sítě. (obojí, pediatrie)
2. Nejsem proti, za jasně daných podmínek a jasné role státu v zajištění dostupnosti a kvality poskytované péče. (zaměstnanec, interna)
3. Ano, za jasně definovaných podmínek věcného břemene a kontroly hospodaření. (zaměstnanec, interna)
4. Spíše ne, základní síť na úrovni bývalých okresů by měla zůstat veřejnoprávní. (zaměstnanec, chirurgie)
5. Spíše ne. Pokud by existovaly kvalitní záruky garantující povinnost dodržovat personální a přístrojové vybavení, považuji právní subjektivitu za irelevantní. (OSVČ, interna)
6. Už se zprivatizovalo - převodem tzv. okresních nemocnic na kraje. (obojí, gynekologie)
7. Základní síť musí být státní a státem rozumně dotována. (zaměstnanec, gynekologie)
8. Volný trh, který u nás ve zdravotnictví chybí, by selektoval kvalitní a nekvalitní provozovatele. (OSVČ, praktický lékař)
9. Je třeba legislativně (de iure) i de facto zamezit propojení toku prostředků v rámci jedné skupiny (zdrav. pojišťovna – poskytovatel zdravotní péče) na kterékoliv úrovni. Systém lékařského vzdělávání a klinického výzkumu musí stát mimo privatizační snahy a musí plně zůstat v rukou státu. Ze světa jsou známy i relativně velmi efektivní modely „státního“ zdravotnictví (například NHS ve Spojeném Království). (OSVČ, pediatrie)
10. Dovedu si představit privatizované zařízení poskytující úzce specializovanou péči, ale je třeba definovat základní síť a tu ponechat v rukou státu. (zaměstnanec, interna)
11. Ne všech, ale některá lůžková zařízení možno privatizovat k prospěchu zdravotnictví a pacientů. (zaměstnanec, chirurgie)

Otázka 15: *Souhlasíte s poplatky u lékaře?*

S poplatky ve zdravotnictví souhlasí 50 respondentů (66 %) a 16 respondentů (21 %) spíše souhlasí. Odpověď spíše ne zvolili 4 respondenti (5 %) a odpověď ne zvolili také 4 respondenti (5 %). Odpověď nevím nevolil nikdo a 2 respondenti (3 %) se k otázce nevyjádřili.

Tabulka 41 Poplatky ve zdravotnictví

	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne	neuveveno
počet	50	16	0	4	4	2
%	66 %	21 %	0 %	5 %	5 %	3 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 41 Poplatky ve zdravotnictví



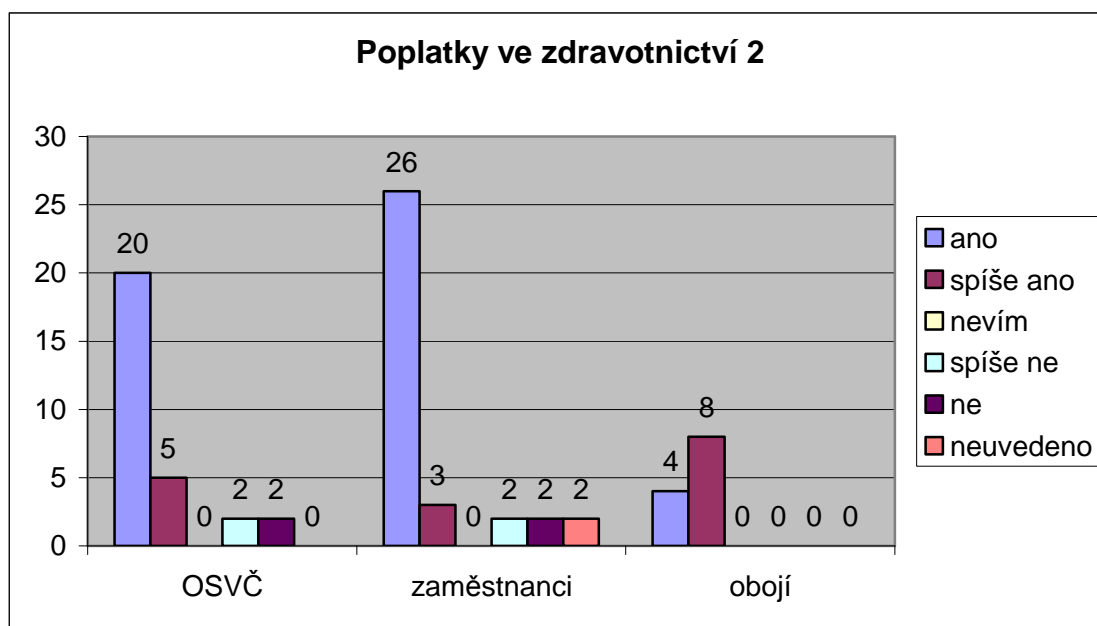
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 42 Poplatky ve zdravotnictví 2

	OSVČ		zaměstnanci		obojí	
	počet	%	počet	%	počet	%
ano	20	69 %	26	73 %	4	33 %
spíše ano	5	17 %	3	9 %	8	67 %
nevím	0	0 %	0	0 %	0	0 %
spíše ne	2	7 %	2	6 %	0	0 %
ne	2	7 %	2	6 %	0	0 %
neuvedeno	0	0 %	2	6 %	0	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 42 Poplatky ve zdravotnictví 2



Zdroj: vlastní výzkum

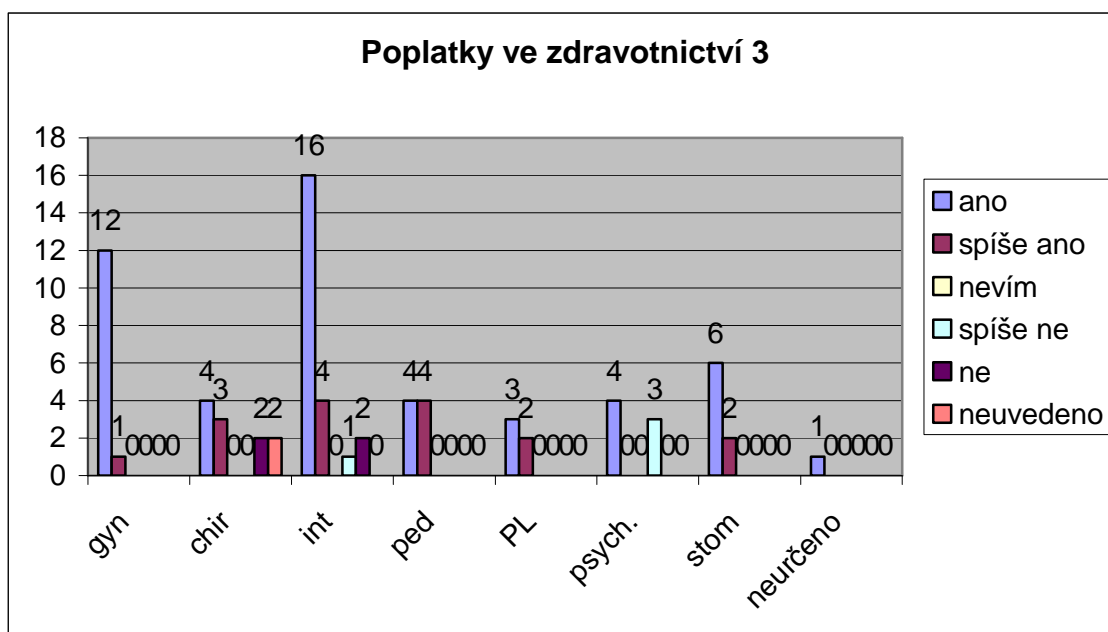
Tabulka 43 Poplatky ve zdravotnictví 3

	ano		spíše ano		nevím		spíše ne		ne		neuvedeno	
	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%
gynekologie	12	92%	1	8%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
chirurgie	4	37%	3	27%	0	0%	0	0%	2	18%	2	18%
interna	16	70%	4	17%	0	0%	1	4%	2	9%	0	0%
pediatrie	4	50%	4	50%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
praktický lékař	3	60%	2	40%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
psychiatrie	4	57%	0	0%	0	0%	3	43%	0	0%	0	0%
stomatologie	6	75%	2	25%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
neurčeno	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 43: ab. – absolutní počet respondentů

Graf 43 Poplatky ve zdravotnictví 3



Zdroj: vlastní výzkum

V druhé části otázky respondenti uvedli následující (odpovědi byly zkráceny):

1. Otázka nestojí zda ano, ale kolik a kde. (OSVČ, interna)
2. Ano, ale se současným zavedením pokladenského systému, kdy se zaplatí lékaři, co si řekne a základ je pak pacientovi obratem vrácen. To co si naučtoval lékař navíc, mu zůstane ke zdanění a umožní to nejen regulovat počet lidí v čekárně, ale současně zaplatit doktory co umí léčit. (zaměstnanec, gynekologie)
3. Rozhodně nesouhlasím s poplatky v lékárně. (OSVČ, praktický lékař)
4. Vytvářet v lidech ještě dnes iluzi, že je něco zadarmo, považuji za amorální. Navíc je platba lékaře a sestry u nás v porovnání s kulturními zeměmi stále krutě podhodnocena. (OSVČ, praktický lékař)
5. Pokud plní regulační funkci, tak ano. (OSVČ, pediatrie)
6. Peníze se dají ušetřit a sehnat jinde. Jsem pro placení za den na lůžku, nikoliv v ambulancích. (OSVČ, psychiatrie)
7. Samozřejmě ano, a to už jen z čistě výchovného hlediska, aby si každý uvědomil, že zdravotnictví nebylo, není a nikdy nebude zadarmo. (OSVČ, stomatologie)
8. Hlavně za hospitalizaci. Neměli by tomu říkat poplatky, ale stravné. Doma snad člověk taky jí a nikdo mu to neplatí. (zaměstnanec, interna)
9. Rozhodně ano v případě hospitalizace a pohotovostní služby. (obojí, interna)

Otázka 16: *Jste spokojeni s jejich výší?*

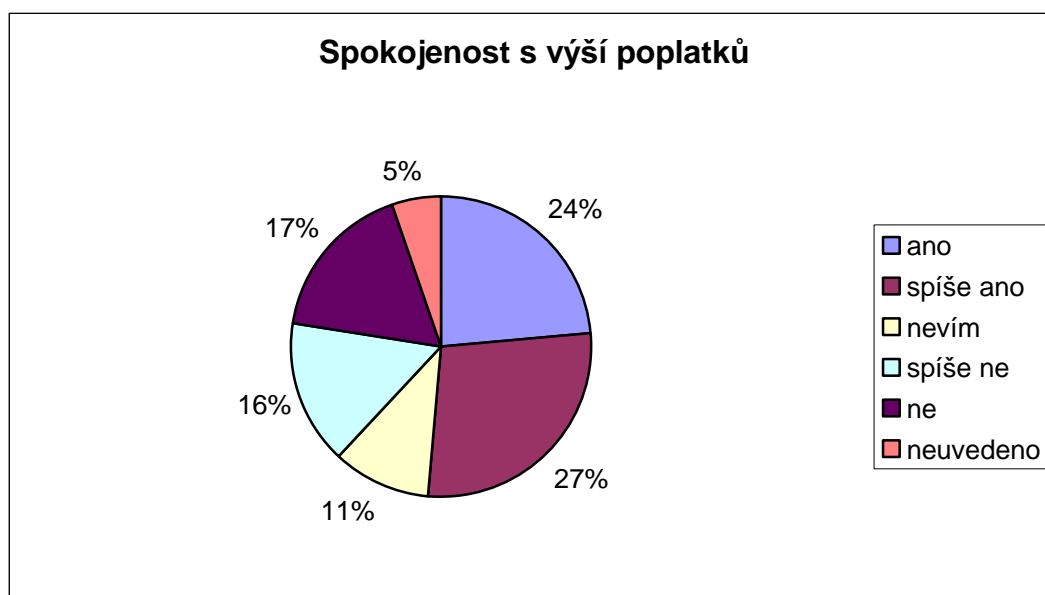
S výší poplatků je spokojeno 18 respondentů (24 %), spíše spokojeno je 21 respondentů (27 %), 8 respondentů (11 %) neví, 12 respondentů (16 %) je spíše nespokojeno a 13 respondentů (17 %) je nespokojeno. Neodpověděli 4 respondenti (5 %).

Tabulka 44 Spokojenost s výší poplatků

	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne	neuveдено
počet	18	21	8	12	13	4
%	24 %	27 %	11 %	16 %	17 %	5 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 44 Spokojenost s výší poplatků



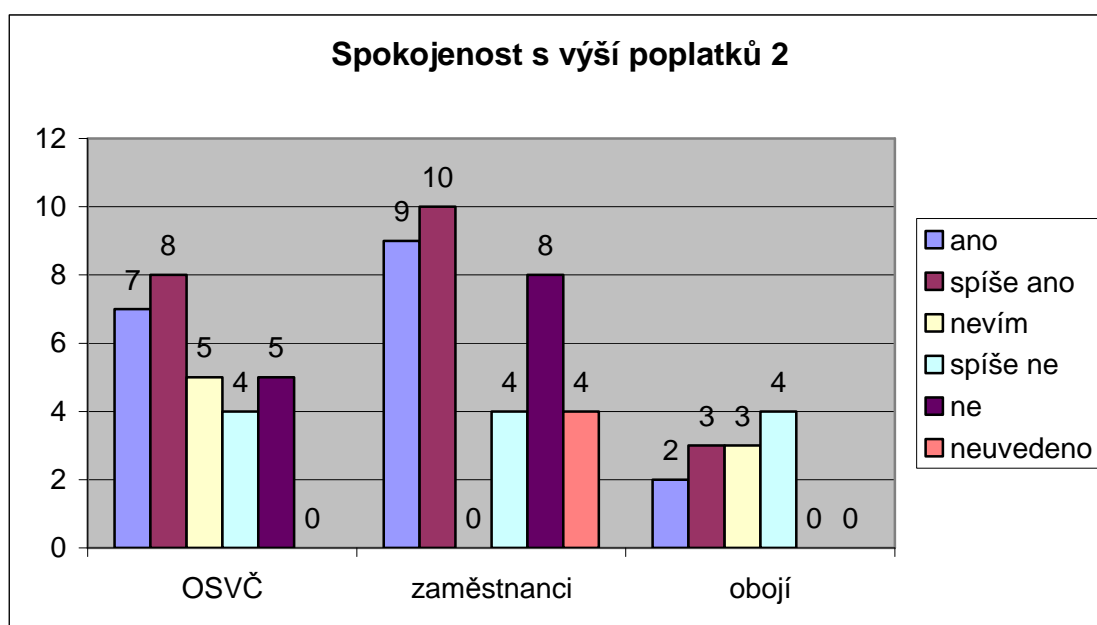
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 45 Spokojenost s výší poplatků 2

	OSVČ		zaměstnanci		obojí	
	počet	%	počet	%	počet	%
ano	7	24 %	9	26 %	2	17 %
spíše ano	8	28 %	10	29 %	3	25 %
nevím	5	17 %	0	0 %	3	25 %
spíše ne	4	14 %	4	11 %	4	33 %
ne	5	17 %	8	23 %	0	0 %
neuvedeno	0	0 %	4	11 %	0	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 45 Spokojenost s výší poplatků 2



Zdroj: vlastní výzkum

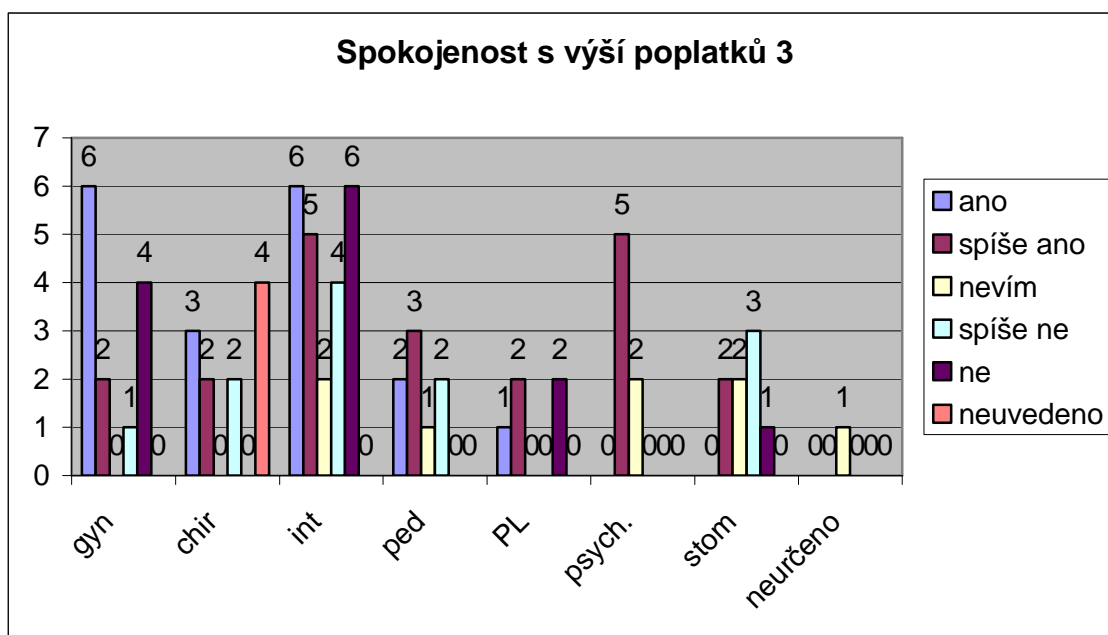
Tabulka 46 Spokojenost s výší poplatků 3

	ano		spíše ano		nevím		spíše ne		ne		neuvedeno	
	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%
gynekologie	6	46%	2	15%	0	0%	1	8%	4	31%	0	0%
chirurgie	3	27%	2	18%	0	0%	2	18%	0	0%	4	37%
interna	6	26%	5	22%	2	9%	4	17%	6	26%	0	0%
pediatrie	2	25%	3	37%	1	13%	2	25%	0	0%	0	0%
praktický lékař	1	20%	2	40%	0	0%	0	0%	2	40%	0	0%
psychiatrie	0	0%	5	71%	2	29%	0	0%	0	0%	0	0%
stomatologie	0	0%	2	25%	2	25%	3	37%	1	13%	0	0%
neurčeno	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 46: ab. – absolutní počet respondentů

Graf 46 Spokojenost s výší poplatků 3



Zdroj: vlastní výzkum

V druhé části otázky respondenti uvedli následující (odpovědi byly zkráceny):

1. Časem by mělo docházet k jejich navyšování. (zaměstnanec, interna)
2. Od dubna nebudu. (obojí, pediatrie)
3. Jak kde, беру jejich zavedení jako jakýsi test. (OSVČ, interna)
4. Ne, a přesto vybírám naprosto minimálně. Tak jak hlásí vyhláška, vybírám jen za klinické vyšetření. Je to ale nepořádek, poněvadž je mnoho úkonů, které nikde hodnocené nejsou, vybírat se za ně v podstatě nedá a jen nám berou čas, náladu a nervy. (OSVČ, praktický lékař)
5. Ano, včetně „stropu“ platby na zdravotní péči (stávající je přijatelný pro všechny věkové i sociální skupiny). (OSVČ, pediatrie)
6. V nemocnici by měli být cca 2,5 krát vyšší. (zaměstnanec, interna)
7. Spíše ne, měly by více bránit nadužívání (např. progresivní poplatky při opakované návštěvě různých lékařů stejné odbornosti atd.). (obojí, interna)

Otázka 17: Přejete si poplatky zvýšit/snížit/zrušit?

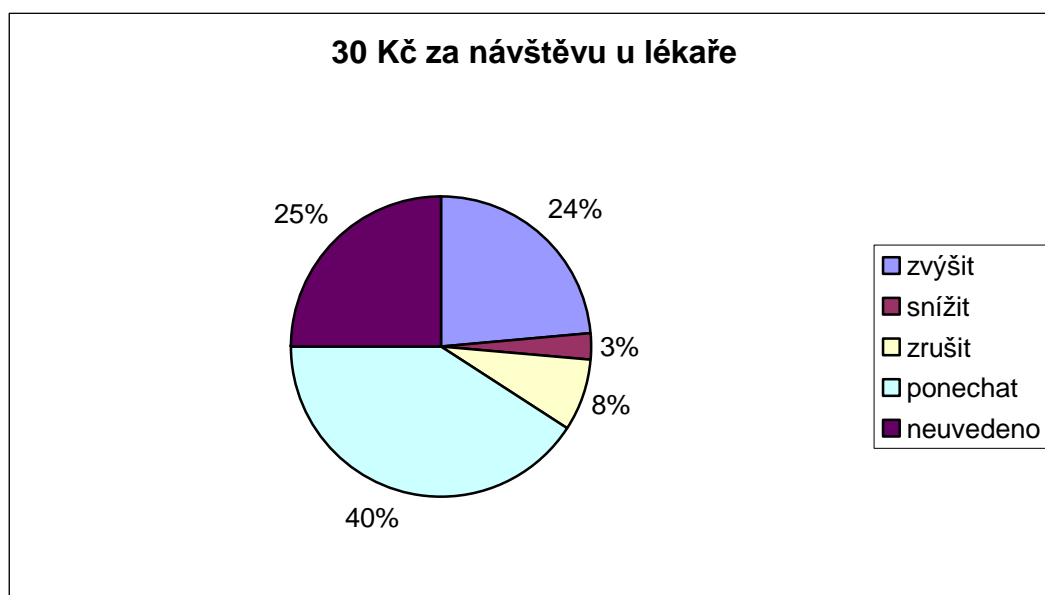
První část otázky se týkala poplatku 30 Kč za návštěvu u lékaře. Odpovědi byly následující: 18 respondentů (24 %) chce poplatek zvýšit, 2 respondenti (3 %) chtějí poplatek snížit, 6 respondentů (8 %) chce poplatek zrušit, 31 respondentů (40 %) ponechat a 19 respondentů (25 %) se k tomuto poplatku nevyjádřilo.

Tabulka 47 Poplatek 30 Kč za návštěvu u lékaře

	zvýšit	snížit	zrušit	ponechat	neuveдено
počet	18	2	6	31	19
%	24 %	3 %	8 %	40 %	25 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 47 Poplatek 30 Kč za návštěvu u lékaře



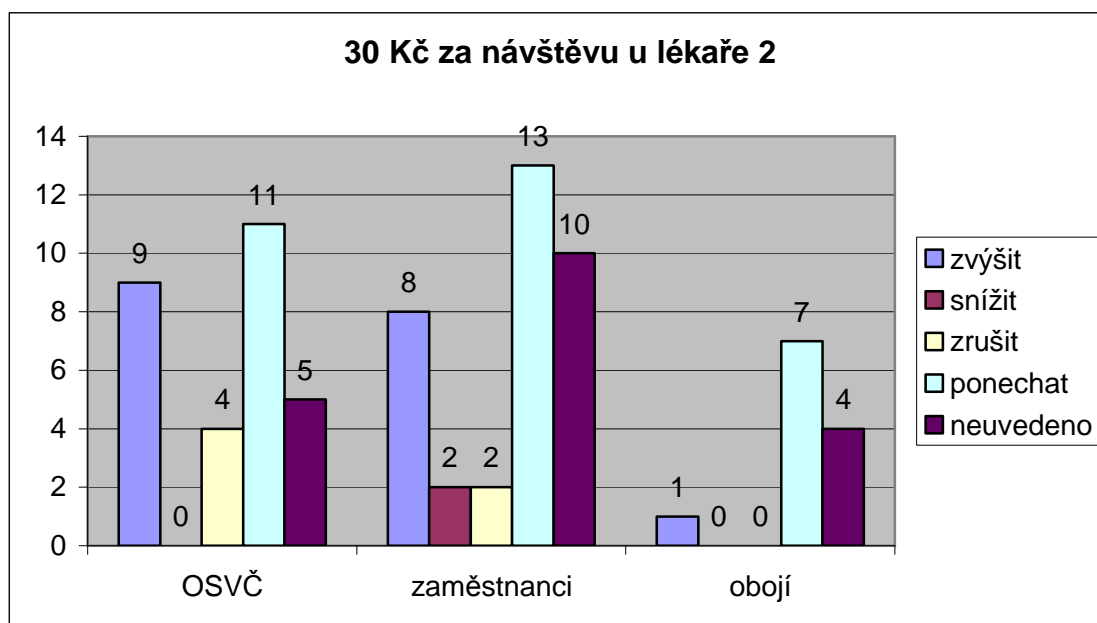
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 48 Poplatek 30Kč za návštěvu u lékaře 2

	OSVČ		zaměstnanci		obojí	
	počet	%	počet	%	počet	%
zvýšit	9	31 %	8	23 %	1	8 %
snížit	0	0 %	2	6 %	0	0 %
zrušit	4	14 %	2	6 %	0	0 %
ponechat	11	38 %	13	36 %	7	59 %
neuveдено	5	17 %	10	29 %	4	33 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 48 Poplatek 30 Kč za návštěvu u lékaře 2



Zdroj: vlastní výzkum

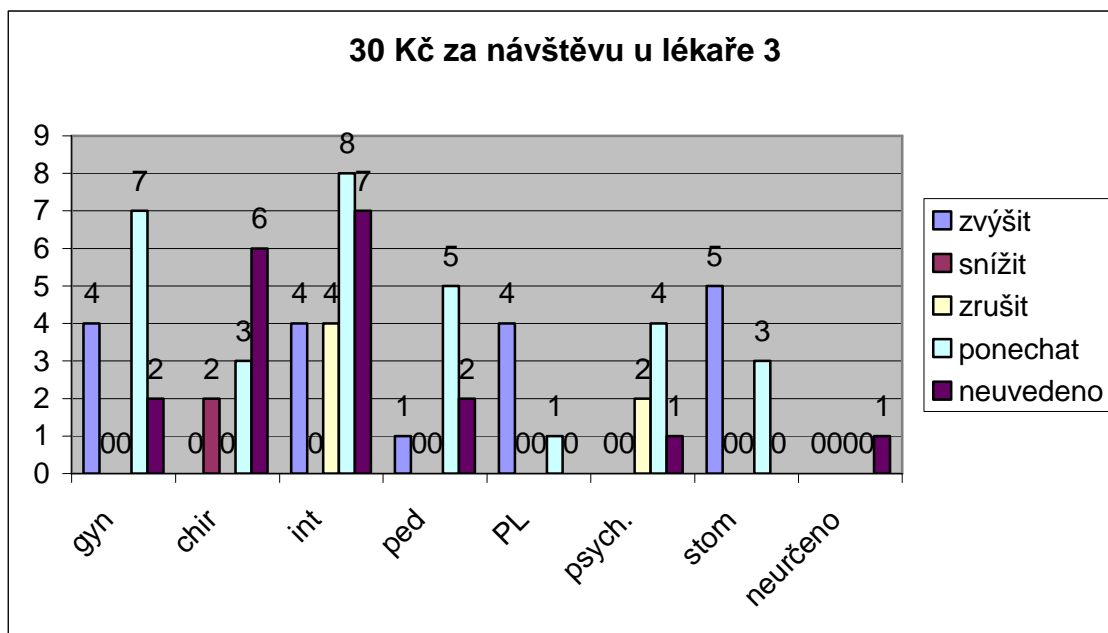
Tabulka 49 Poplatek 30Kč za návštěvu u lékaře 3

	zvýšit		snížit		zrušit		ponechat		neuveдено	
	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%
gynekologie	4	31%	0	0%	0	0%	7	54%	2	15%
chirurgie	0	0%	2	18%	0	0%	3	27%	6	55%
interna	4	17%	0	0%	4	17%	8	36%	7	30%
pediatrie	1	13%	0	0%	0	0%	5	62%	2	25%
praktický lékař	4	80%	0	0%	0	0%	1	20%	0	0%
psychiatrie	0	0%	0	0%	2	29%	4	57%	1	14%
stomatologie	5	62%	0	0%	0	0%	3	38%	0	0%
neurčeno	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 49: ab. – absolutní počet respondentů

Graf 49 Poplatek 30Kč za návštěvu u lékaře 3



Zdroj: vlastní výzkum

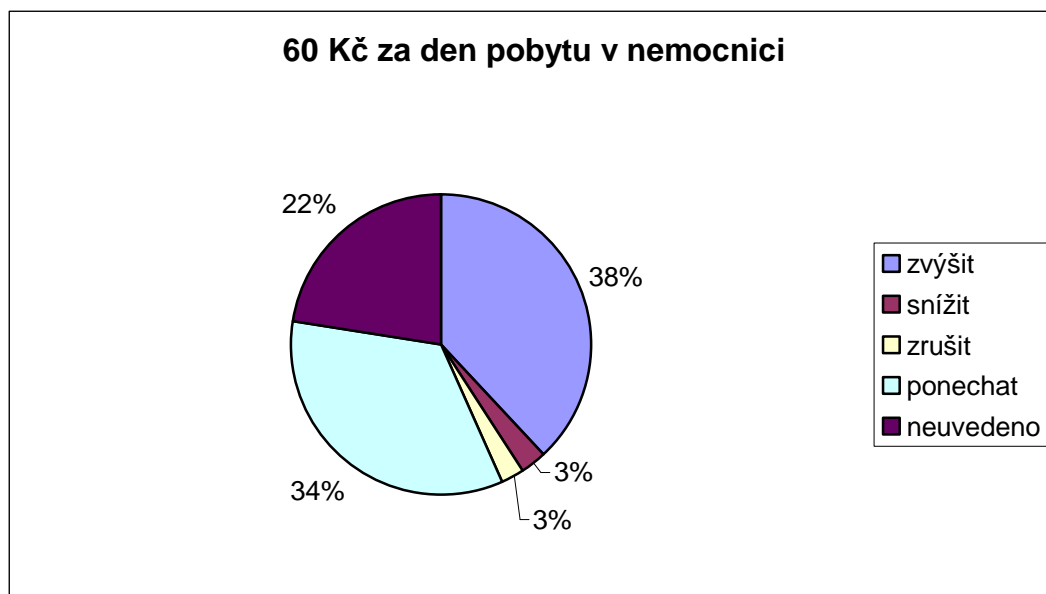
Druhá část otázky byla zaměřena na poplatek 60 Kč za den pobytu v nemocnici. Tento poplatek chce 29 respondentů (38 %) zvýšit, 2 respondenti (3 %) chtějí poplatek snížit a 2 respondenti (3 %) chtějí poplatek zrušit, 26 respondentů (34 %) chce poplatek ponechat a 17 respondentů (22 %) se k tomuto poplatku nevyjádřilo.

Tabulka 50 Poplatek 60 Kč za den pobytu v nemocnici

	zvýšit	snížit	zrušit	ponechat	neuveдено
počet	29	2	2	26	17
%	38 %	3 %	3 %	34 %	22 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 50 Poplatek 60 Kč za den pobytu v nemocnici



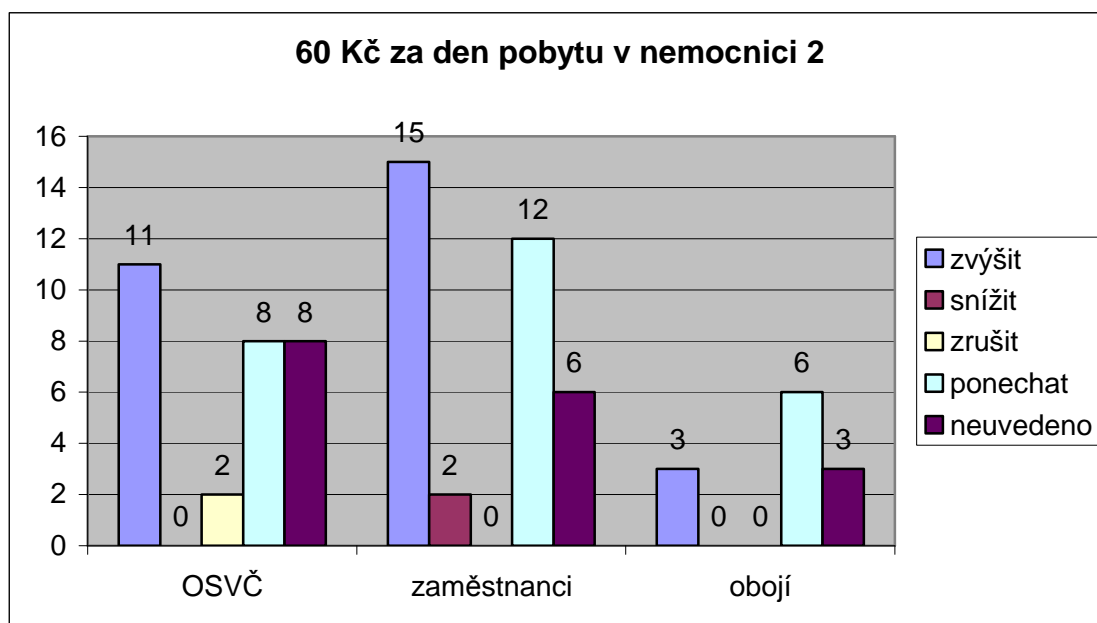
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 51 Poplatek 60 Kč za den pobytu v nemocnici 2

	OSVČ		zaměstnanci		obojí	
	počet	%	počet	%	počet	%
zvýšit	11	37 %	15	43 %	3	25 %
snížit	0	0 %	2	6 %	0	0 %
zrušit	2	7 %	0	0 %	0	0 %
ponechat	8	28 %	12	34 %	6	50 %
neuveдено	8	28 %	6	17 %	3	25 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 51 Poplatek 60 Kč za den pobytu v nemocnici 2



Zdroj: vlastní výzkum

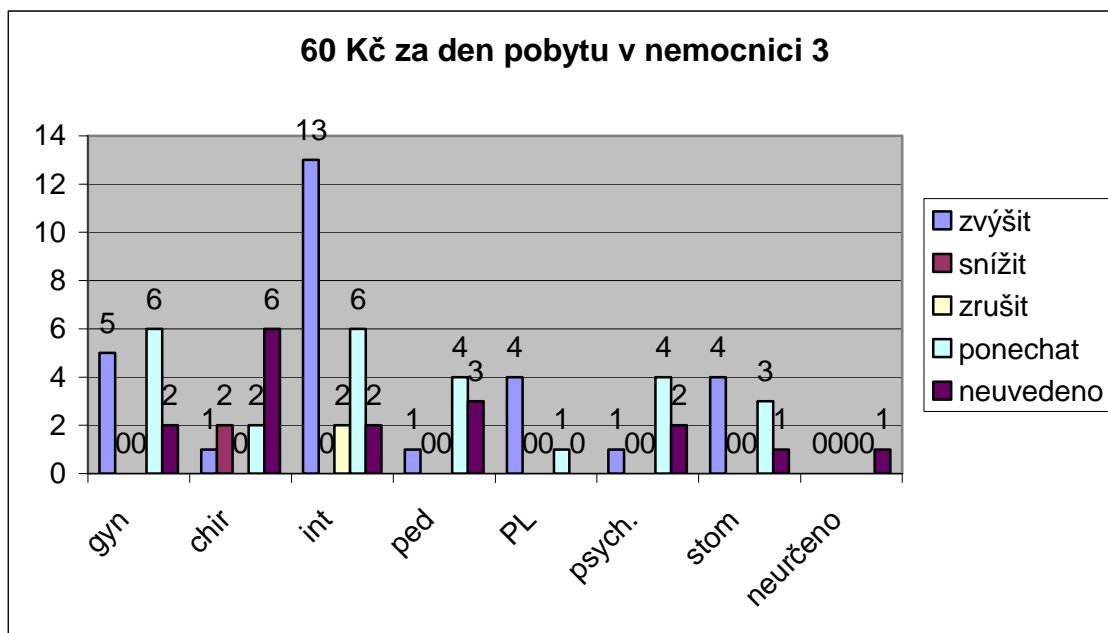
Tabulka 52 Poplatek 60 Kč za den pobytu v nemocnici 3

	zvýšit		snížit		zrušit		ponechat		neuveдено	
	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%
gynekologie	5	38%	0	0%	0	0%	6	47%	2	15%
chirurgie	1	9%	2	18%	0	0%	2	18%	6	55%
interna	13	56%	0	0%	2	9%	6	26%	2	9%
pediatrie	1	13%	0	0%	0	0%	4	49%	3	38%
praktický lékař	4	80%	0	0%	0	0%	1	20%	0	0%
psychiatrie	1	14%	0	0%	0	0%	4	57%	2	29%
stomatologie	4	49%	0	0%	0	0%	3	38%	1	13%
neurčeno	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 52: ab. – absolutní počet respondentů

Graf 52 Poplatek 60 Kč za den pobytu v nemocnici 3



Zdroj: vlastní výzkum

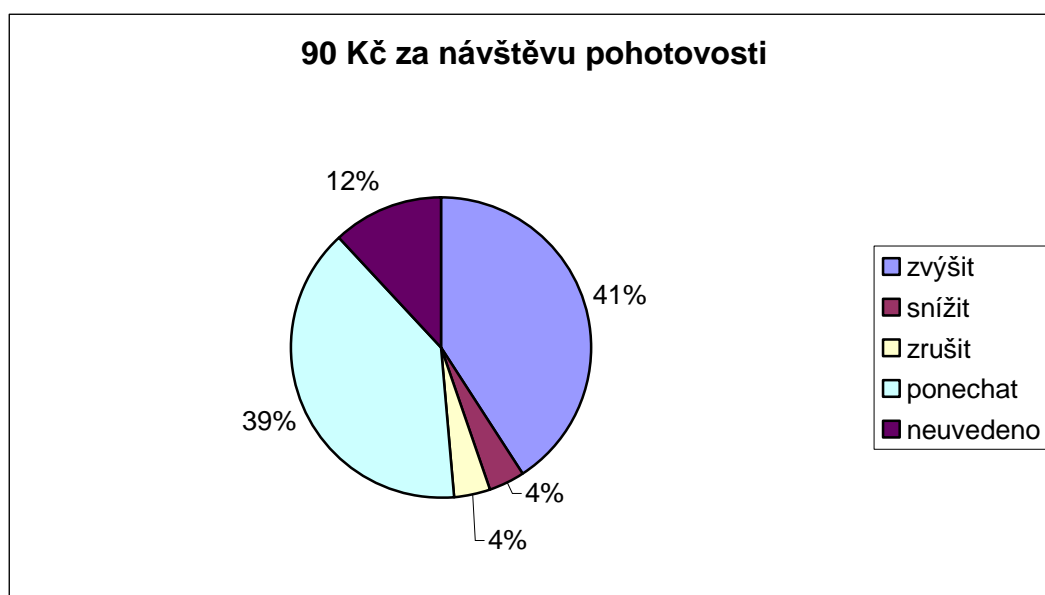
Třetí část otázky zjišťovala názor na poplatek 90 Kč za návštěvu pohotovosti. Poplatek by 31 respondentů (41 %) zvýšilo, 3 respondenti (4 %) snížili, 3 respondenti (4 %) zrušili, 30 respondentů (39 %) by poplatek ponechalo a 9 respondentů (12 %) svůj názor neuvedlo.

Tabulka 53 Poplatek 90 Kč za návštěvu pohotovosti

	zvýšit	snížit	zrušit	ponechat	neuvedeno
počet	31	3	3	30	9
%	41 %	4 %	4 %	39 %	12 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 53 Poplatek 90 Kč za návštěvu pohotovosti



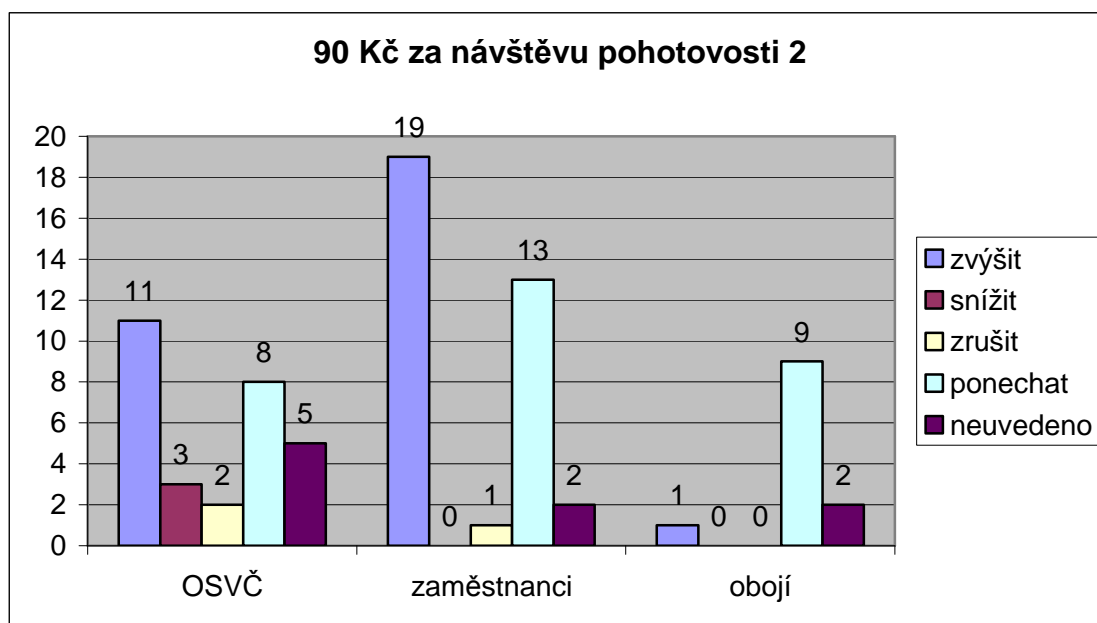
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 54 Poplatek 90 Kč za návštěvu pohotovosti 2

	OSVČ		zaměstnanci		obojí	
	počet	%	počet	%	počet	%
zvýšit	11	38 %	19	54 %	1	8 %
snížit	3	10 %	0	0 %	0	0 %
zrušit	2	7 %	1	3 %	0	0 %
ponechat	8	28 %	13	37 %	9	75 %
neuveдено	5	17 %	2	6 %	2	17 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 54 Poplatek 90 Kč za návštěvu pohotovosti 2



Zdroj: vlastní výzkum

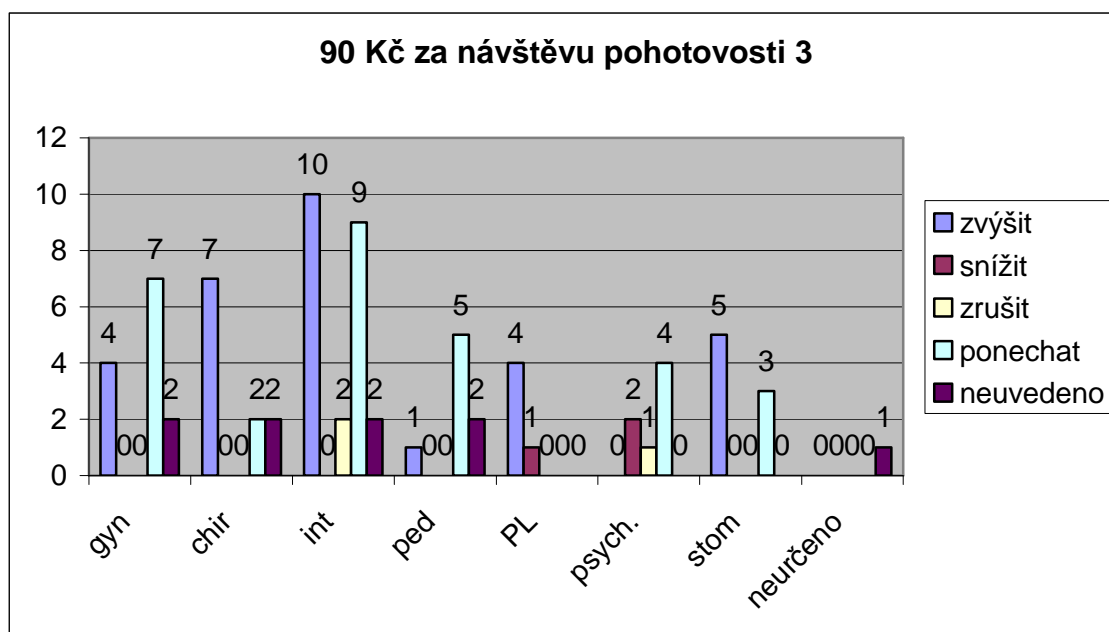
Tabulka 55 Poplatek 90 Kč za návštěvu pohotovosti 3

	zvýšit		snížit		zrušit		ponechat		neuveдено	
	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%
gynekologie	4	31%	0	0%	0	0%	7	54%	2	15%
chirurgie	7	64%	0	0%	0	0%	2	18%	2	18%
interna	10	43%	0	0%	2	9%	9	39%	2	9%
pediatrie	1	13%	0	0%	0	0%	5	62%	2	25%
praktický lékař	4	80%	1	20%	0	0%	0	0%	0	0%
psychiatrie	0	0%	2	29%	1	14%	4	57%	0	0%
stomatologie	5	62%	0	0%	0	0%	3	38%	0	0%
neurčeno	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 55: ab. – absolutní počet respondentů

Graf 55 Poplatek 90 Kč za návštěvu pohotovosti 3



Zdroj: vlastní výzkum

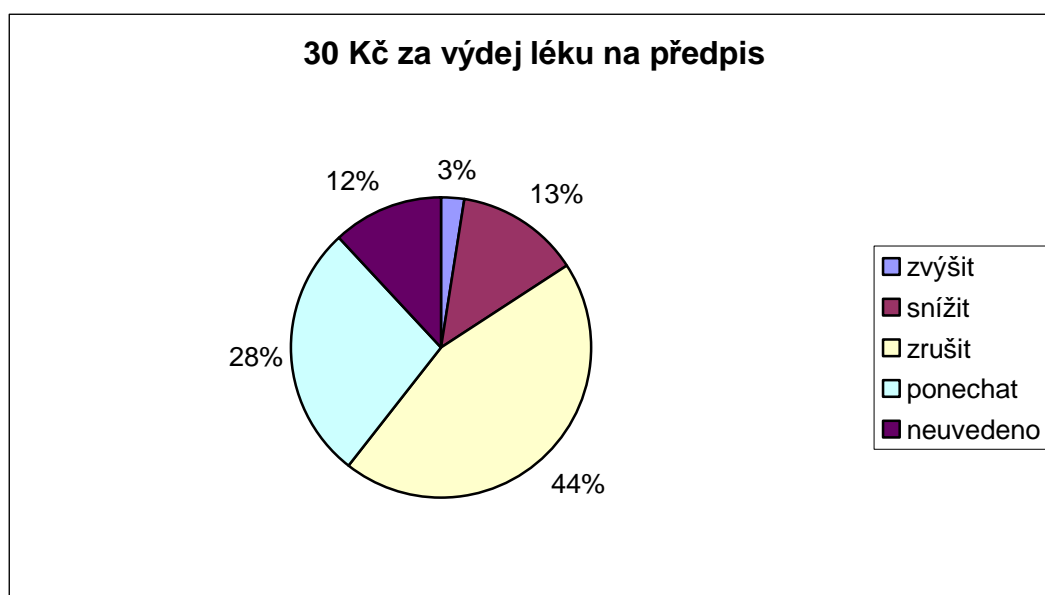
Čtvrtá část otázky, zjišťující názor na poplatek 30 Kč za výdej léku na předpis, byla respondenty označena takto: 2 respondenti (3 %) by poplatek zvýšili, 10 respondentů (13 %) by poplatek snížilo, 34 respondentů (44 %) chce poplatek zrušit, 21 respondentů (28 %) chce poplatek ponechat a 9 respondentů (12 %) názor neuvedlo.

Tabulka 56 Poplatek 30 Kč za výdej léku na předpis

	zvýšit	snížit	zrušit	ponechat	neuvedeno
počet	2	10	34	21	9
%	3 %	13 %	44 %	28 %	12 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 56 Poplatek 30 Kč za výdej léku na předpis



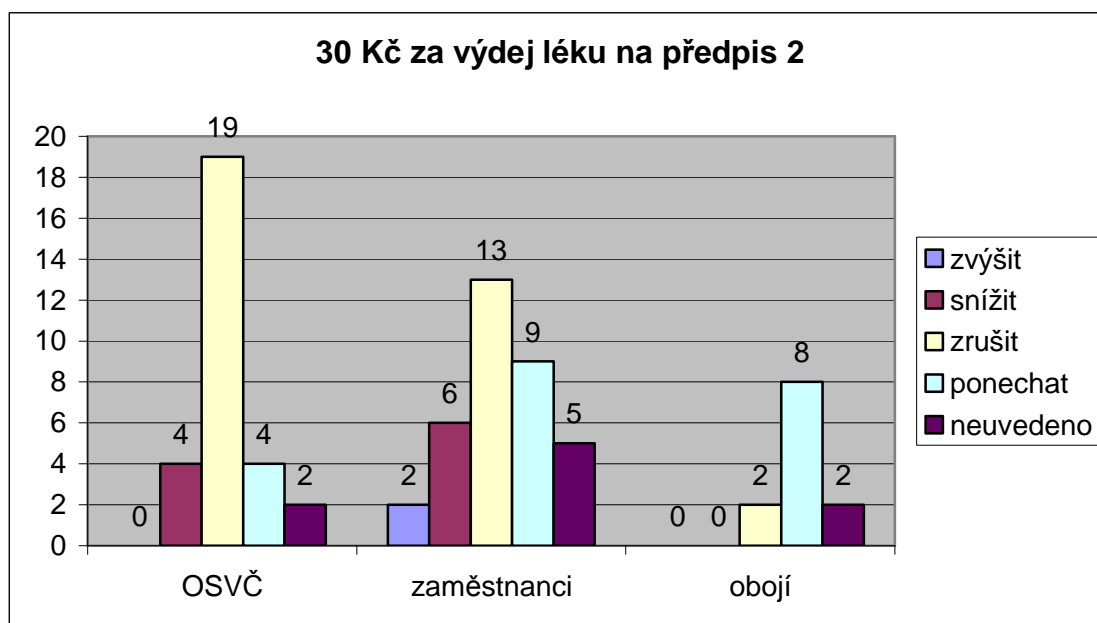
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 57 Poplatek 30 Kč za výdej léku na předpis 2

	OSVČ		zaměstnanci		obojí	
	počet	%	počet	%	počet	%
zvýšit	0	0 %	2	6 %	0	0 %
snížit	4	14 %	6	17 %	0	0 %
zrušit	19	65 %	13	37 %	2	17 %
ponechat	4	14 %	9	26 %	8	66 %
neuveдено	2	7 %	5	14 %	2	17 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 57 Poplatek 30 Kč za výdej léku na předpis 2



Zdroj: vlastní výzkum

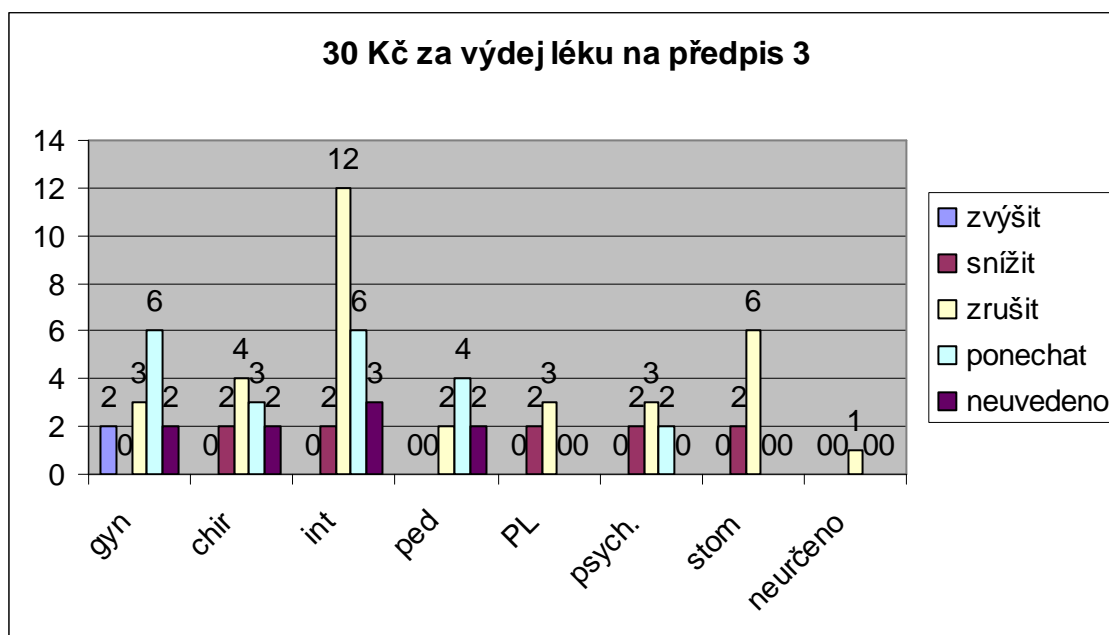
Tabulka 58 Poplatek 30 Kč za výdej léku na předpis 3

	zvýšit		snížit		zrušit		ponechat		neuvedeno	
	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%
gynekologie	2	15%	0	0%	3	23%	6	47%	2	15%
chirurgie	0	0%	2	18%	4	37%	3	27%	2	18%
interna	0	0%	2	9%	12	52%	6	26%	3	13%
pediatrie	0	0%	0	0%	2	25%	4	50%	2	25%
praktický lékař	0	0%	2	40%	3	60%	0	0%	0	0%
psychiatrie	0	0%	2	29%	3	42%	2	29%	0	0%
stomatologie	0	0%	2	25%	6	75%	0	0%	0	0%
neurčeno	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 58: ab. – absolutní počet respondentů

Graf 58 Poplatek 30 Kč za výdej léku na předpis 3



Zdroj: vlastní výzkum

V druhé části otázky respondenti uvedli následující (odpovědi byly zkráceny):

1. Souhlasím se stávajícími poplatky. Poplatky v lékárně vidím jako nadbytečné při možnosti marží ve prospěch lékárny a pro veřejnost obtížně pochopitelné. (zaměstnanec, interna)
2. Myslím, že by se neměly platit v primární péči kontroly ordinované lékařem. (obojí, pediatrie)
3. V lékárnách není poplatek regulační. (OSVČ, neurčeno)
4. V lékárnách zavést jednotnou cenu léku vyhlášenou na celý rok dopředu a vydanou (knižně) a lékárny si své marže dojednávají se subdodavateli samy. Cenu pacient zaplatí celou (se sociálními výjimkami, za které zaplatí lékárníkovi přímo pojišťovna) a pojišťovna mu refunduje počet procent, které jsou pevně stanoveny v celoročním almanachu cen. (zaměstnanec, gynekologie)
5. Regulační poplatek za recept v současné podobě je fraška, lékař napíše 5 receptů a pokud jde o „kontrolní vyšetření“, správně by podle vyhlášky neměl dostat nic a lékárník má příjem. Ale doplatky za léky bych selektivně (jak na co) ještě zvýšil. (OSVČ, praktický lékař)
6. U lékaře alespoň 50Kč, v nemocnici 80-100Kč, na pohotovosti 100Kč a v lékárně za položku 20Kč nebo 30Kč za celý recept. (OSVČ, stomatologie)
7. Většinu peněz vydáme za hospitalizační léčbu, medikaci určuje lékař, takže pacient si nemůže vybrat, navíc v těch doplácích za léky je to krajně nepřehledné. To je lepší paušálně říct, že léky do 30 korun se nehradí. (zaměstnanec, interna)
8. Je třeba diferencovat. U praktického lékaře stanovit vyšší poplatek, pokud odešle do odborné ambulance, tak tam již neplatit. (zaměstnanec, interna)
9. Poplatky zrušit pro děti do 15 let a důchodce. (zaměstnanec, gynekologie)
10. Za současného stavu bych 60 Kč mírně zvýšil – cca na 100,- Kč, ostatní bych zachoval. Bohužel situace dopadne asi zcela jinak. (obojí, interna)

Otázka 18: *Myslíte si, že poplatky ve zdravotnictví odporují programu WHO Zdraví 21 – cíl 2 – spravedlnost ve zdraví (Ekvita)?*

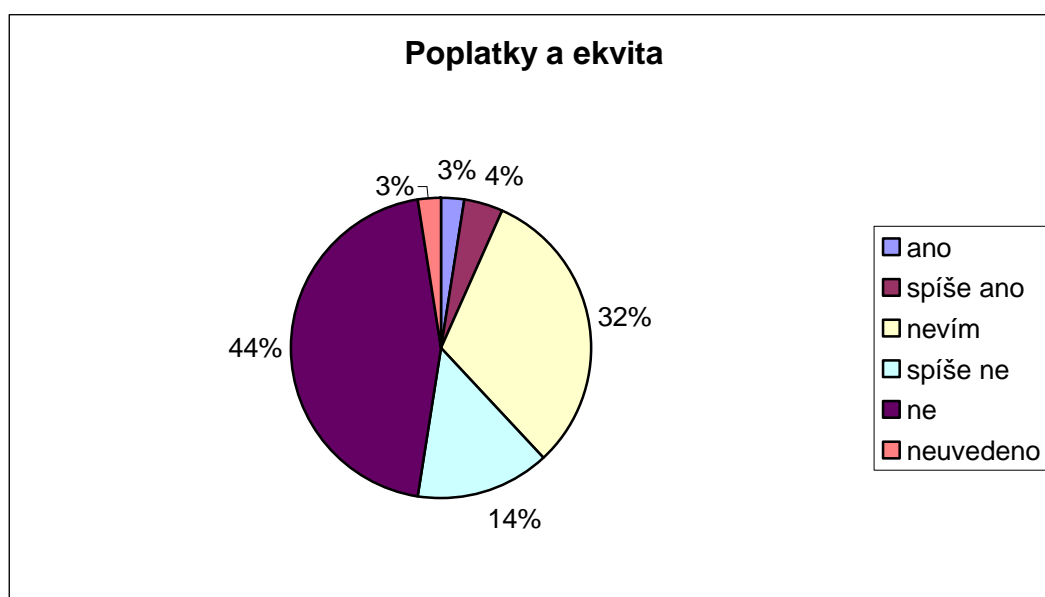
Na tuto otázku odpověděli 2 respondenti (3 %) ano, 3 respondenti (4 %) spíše ano, 24 respondentů (32 %) zvolilo odpověď nevím, 11 respondentů (14 %) zvolilo odpověď spíše ne a 34 respondentů (44 %) se domnívá, že poplatky ve zdravotnictví neodporují programu Zdraví 21 WHO. Odpověď neuvedli 2 respondenti (3 %).

Tabulka 59 Poplatky a ekvita

	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne	neuvedeno
počet	2	3	24	11	34	2
%	3 %	4 %	32 %	14 %	44 %	3 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 59 Poplatky a ekvita



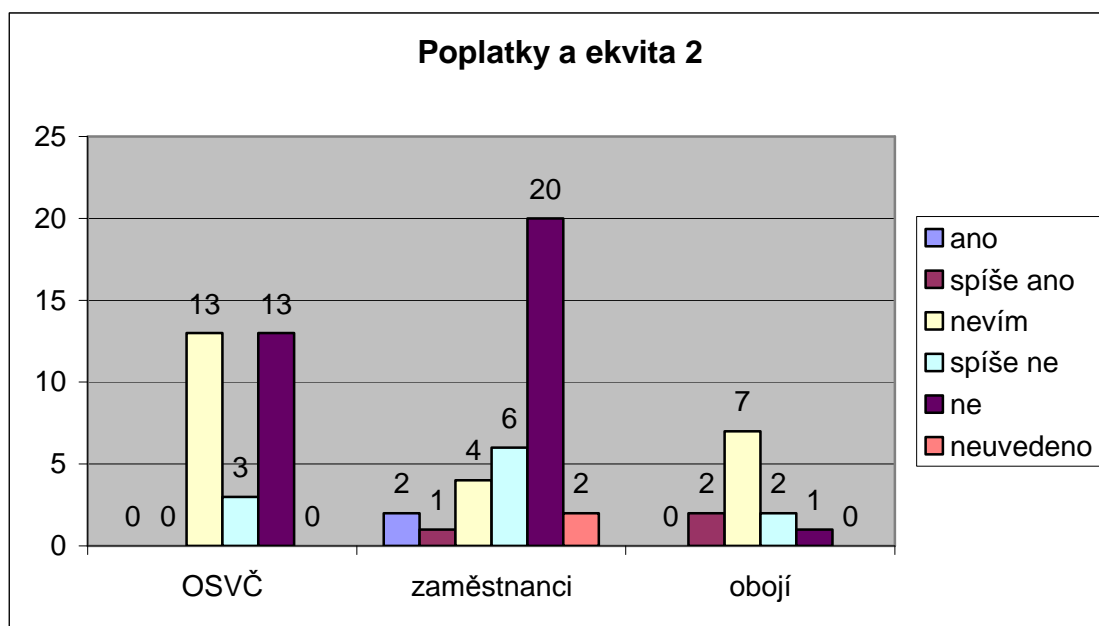
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 60 Poplatky a ekvita 2

	OSVČ		zaměstnanci		obojí	
	počet	%	počet	%	počet	%
ano	0	0 %	2	6 %	0	0 %
spíše ano	0	0 %	1	3 %	2	17 %
nevím	13	45 %	4	11 %	7	58 %
spíše ne	3	10 %	6	17 %	2	17 %
ne	13	45 %	20	57 %	1	8 %
neuvedeno	0	0 %	2	6 %	0	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 60 Poplatky a ekvita 2



Zdroj: vlastní výzkum

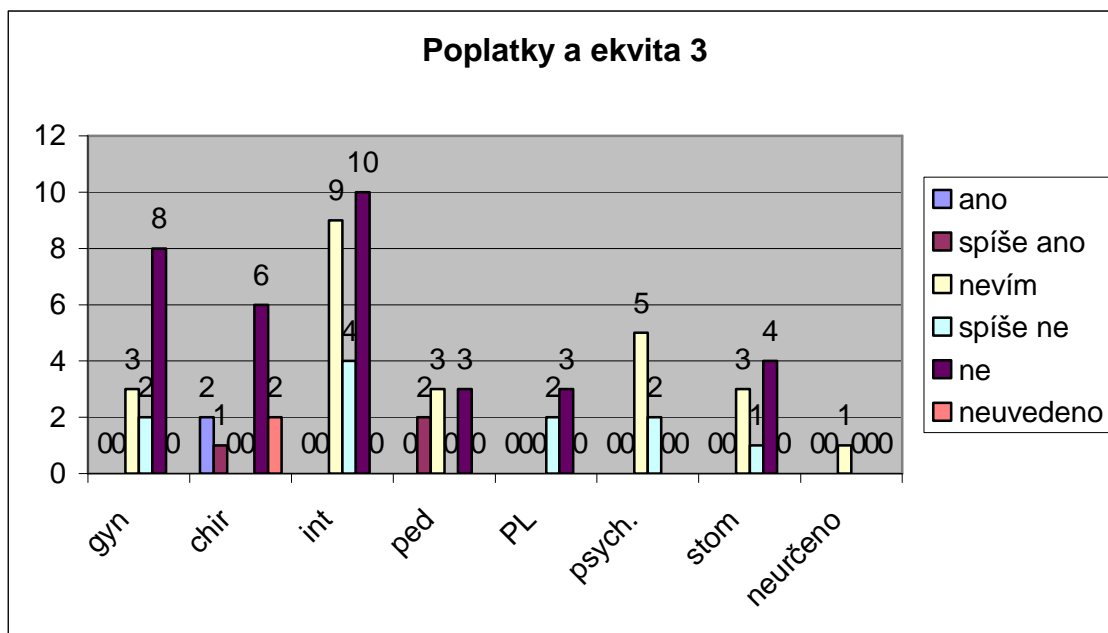
Tabulka 61 Poplatky a ekvita 3

	ano		spíše ano		nevím		spíše ne		ne		neuvedeno	
	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%
gynekologie	0	0%	0	0%	3	23%	2	15%	8	62%	0	0%
chirurgie	2	18%	1	9%	0	0%	0	0%	6	55%	2	18%
interna	0	0%	0	0%	9	39%	4	17%	10	44%	0	0%
pediatrie	0	0%	2	25%	3	37%	0	0%	3	38%	0	0%
praktický lékař	0	0%	0	0%	0	0%	2	40%	3	60%	0	0%
psychiatrie	0	0%	0	0%	5	71%	2	29%	0	0%	0	0%
stomatologie	0	0%	0	0%	3	38%	1	13%	4	49%	0	0%
neurčeno	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 61: ab. – absolutní počet respondentů

Graf 61 Poplatky a ekvita 3



Zdroj: vlastní výzkum

V druhé části otázky respondenti uvedli následující (odpovědi byly zkráceny):

1. To, že péče má být dostupná, rozhodně neznamená, že má být volně zneužitelná. (OSVČ, interna)
2. Neznám tento program. (obojí, gynekologie)
3. Myslí si někdo v Německu, Rakousku, Francii, nebo někde jinde, že platit u lékaře je nemorální? (OSVČ, praktický lékař)
4. Posoudit to je věcí právníka, nikoli lékaře. (OSVČ, psychiatrie)
5. Čemu by odporovaly? Vždyť to jsou poplatky solidární. Ostatně tak by se měly jmenovat. (OSVČ, stomatologie)
6. Spíše ne. Jde o regulaci, při zastropování úhrad nesnižují dostupnost péče. (obojí, interna)

Otázka 19: *Jste celkově spokojeni se stavem českého zdravotnictví?*

Na tuto otázku odpověděl 1 respondent (1 %) ano, 41 respondentů (54 %) spíše ano, 2 respondenti (3 %) zvolili možnost nevím, 20 respondentů (26 %) odpovědělo spíše ne a 12 respondentů (16 %) uvedlo, že nejsou spokojeni se stavem českého zdravotnictví.

Tabulka 62 Spokojenost se stavem zdravotnictví

	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne	neuvedeno
počet	1	41	2	20	12	0
%	1 %	54 %	3 %	26 %	16 %	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 62 Spokojenost se stavem zdravotnictví



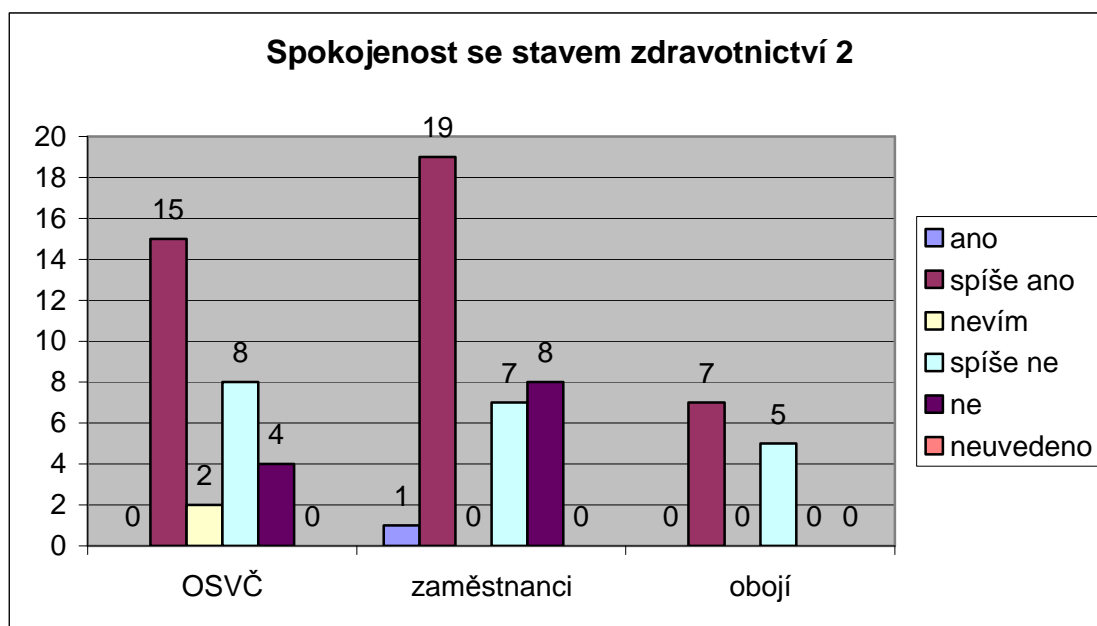
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 63 Spokojenost se stavem zdravotnictví 2

	OSVČ		zaměstnanci		obojí	
	počet	%	počet	%	počet	%
ano	0	0 %	1	3 %	0	0 %
spíše ano	15	51 %	19	54 %	7	58 %
nevím	2	7 %	0	0 %	0	0 %
spíše ne	8	28 %	7	20 %	5	42 %
ne	4	14 %	8	23 %	0	0 %
neuvedeno	0	0 %	0	0 %	0	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 63 Spokojenost se stavem zdravotnictví 2



Zdroj: vlastní výzkum

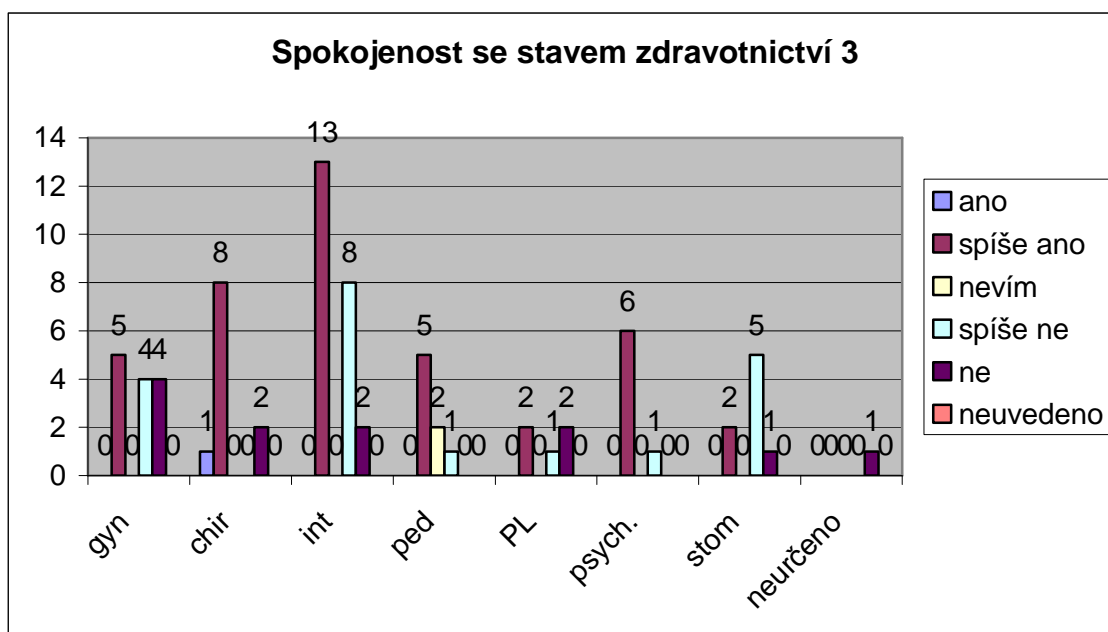
Tabulka 64 Spokojenost se stavem zdravotnictví 3

	ano		spíše ano		nevím		spíše ne		ne		neuvedeno	
	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%
gynekologie	0	0%	5	38%	0	0%	4	31%	4	31%	0	0%
chirurgie	1	9%	8	73%	0	0%	0	0%	2	18%	0	0%
interna	0	0%	13	56%	0	0%	8	35%	2	9%	0	0%
pediatrie	0	0%	5	62%	2	25%	1	13%	0	0%	0	0%
praktický lékař	0	0%	2	40%	0	0%	1	20%	2	40%	0	0%
psychiatrie	0	0%	6	86%	0	0%	1	14%	0	0%	0	0%
stomatologie	0	0%	2	25%	0	0%	5	62%	1	13%	0	0%
neurčeno	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 64: ab. – absolutní počet respondentů

Graf 64 Spokojenost se stavem zdravotnictví 3



Zdroj: vlastní výzkum

V druhé části otázky respondenti uvedli následující (odpovědi byly zkráceny):

1. Spíše ano. Za stávajících podmínek dosahuje možného maxima. (zaměstnanec, interna)
2. Jako někdo, kdo funguje samostatně, jsem celkem spokojen. Moje konkrétní napojení na spádové oddělení je dobré, s nemocnicí (ve které je toto oddělení) je to už horší, krajské pracoviště je na nic, nejbližší klinika podobně. Celé zdravotnictví je ničeno personální devastací, něco funguje a něco ne. Jako doktor si poradím, ostatní ale nevím. (OSVČ, interna)
3. Zdravotní péče je přijatelná, ale zdravotnictví využívá mnoho zájmových a politických skupin (včetně skupin lékařů samých) k prosazování vlastních (a z hlediska zdravotní péče irelevantních) cílů. (OSVČ, pediatrie)
4. Spíše ano. Je co zdokonalovat, ale celoplošně je zdravotnictví dobré. (OSVČ, psychiatrie)
5. Myslím si, že jsou u nás špičkoví lékaři, jen jsou nedostatečně ohodnoceni. Zatímco v Itálii, nebo Německu bychom byli za polobohy, tady jen honíme papíry, papíry a zase papíry, nařízení, vyhlášky, povinnosti a zase povinnosti. A za to všechno nic moc. (OSVČ, stomatologie)
6. Být mladší a nemít rodinu, tak už jsem dávno pryč. (zaměstnanec, interna)
7. Je diametrální rozdíl mezi celkem vysokou úrovní poskytované péče a katastrofální výší platů ve zdravotnictví (myšleno běžné zařízení zřizované státem, krajem apod.). (zaměstnanec, interna)
8. Spíše ano. Hlavně ve srovnání s předchozími lety se úroveň stále zvyšuje. (zaměstnanec, chirurgie)

Otázka 20: *Je reforma českého zdravotnictví vhodně připravená?*

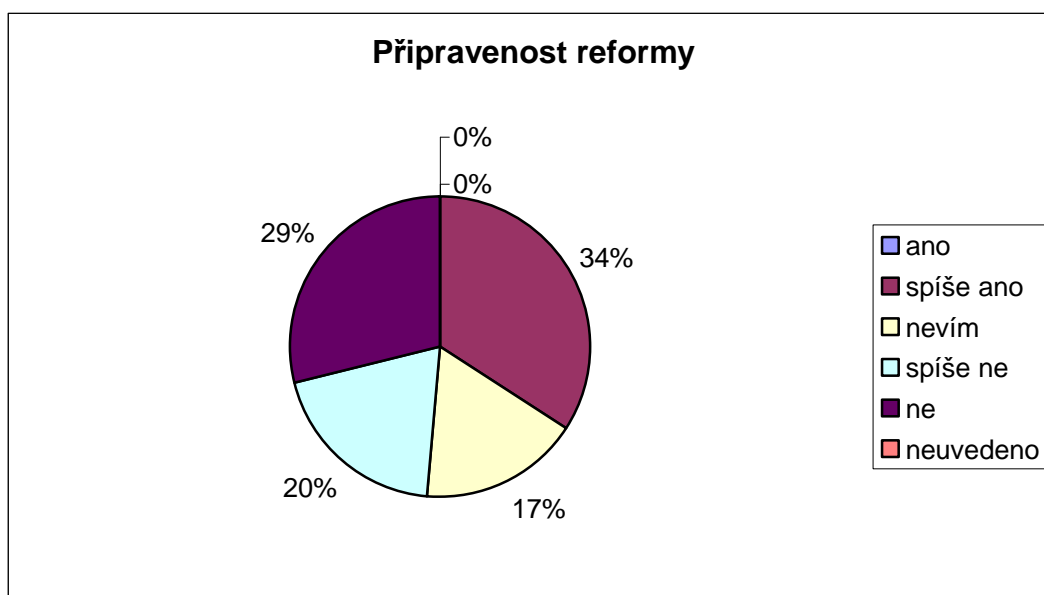
Reformu nepovažuje za vhodně připravenou žádný respondent, 26 respondentů (34 %) uvedlo odpověď spíše ano, 13 respondentů (17 %) zvolilo odpověď nevím, 15 respondentů (20 %) se domnívá, že reforma spíše není vhodně připravená a 22 respondentů (29 %) považuje reformu za nevhodně připravenou.

Tabulka 65 Připravenost reformy

	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne	neuvedeno
počet	0	26	13	15	22	0
%	0 %	34 %	17 %	20 %	29 %	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 65 Připravenost reformy



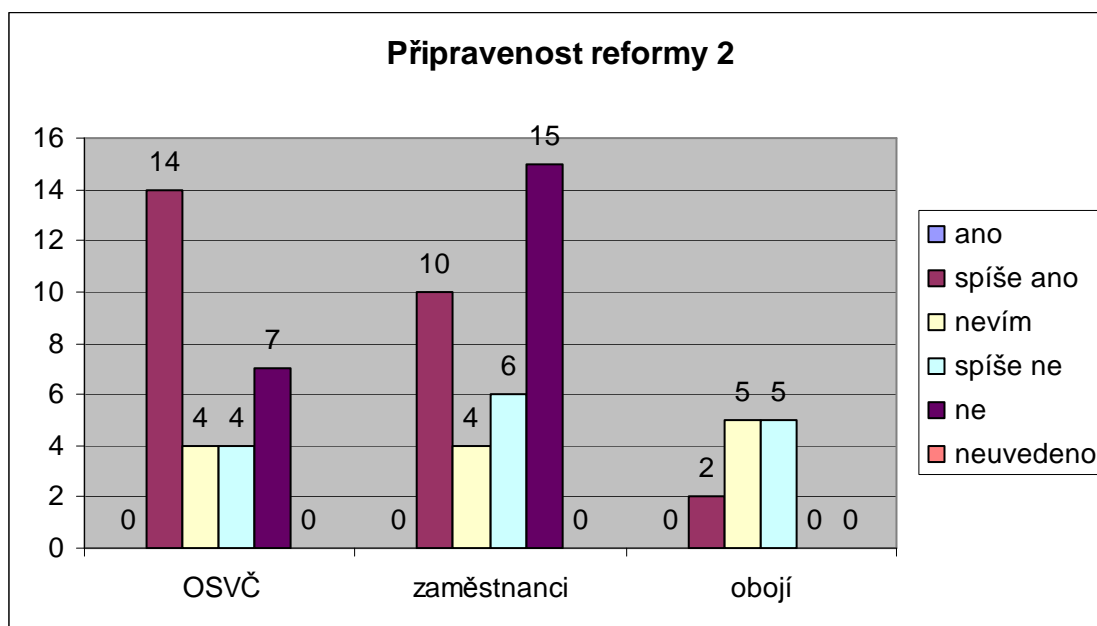
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 66 Přípravenost reformy 2

	OSVČ		zaměstnanci		obojí	
	počet	%	počet	%	počet	%
ano	0	0 %	0	0 %	0	0 %
spíše ano	14	48 %	10	29 %	2	17 %
nevím	4	14 %	4	11 %	5	41 %
spíše ne	4	14 %	6	17 %	5	42 %
ne	7	24 %	15	43 %	0	0 %
neuvedeno	0	0 %	0	0 %	0	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 66 Přípravenost reformy 2



Zdroj: vlastní výzkum

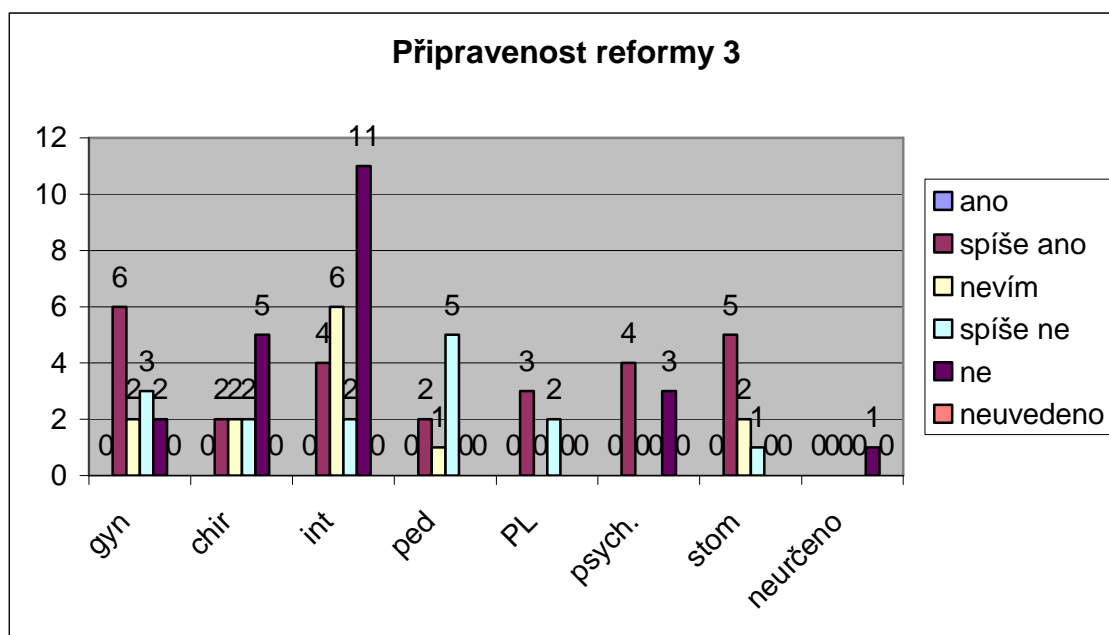
Tabulka 67 Přípravenost reformy 3

	ano		spíše ano		nevím		spíše ne		ne		neuvedeno	
	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%
gynekologie	0	0%	6	47%	2	15%	3	23%	2	15%	0	0%
chirurgie	0	0%	2	18%	2	18%	2	18%	5	46%	0	0%
interna	0	0%	4	17%	6	26%	2	9%	11	48%	0	0%
pediatrie	0	0%	2	25%	1	13%	5	62%	0	0%	0	0%
praktický lékař	0	0%	3	60%	0	0%	2	40%	0	0%	0	0%
psychiatrie	0	0%	4	57%	0	0%	0	0%	3	43%	0	0%
stomatologie	0	0%	5	62%	2	25%	1	13%	0	0%	0	0%
neurčeno	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 67: ab. – absolutní počet respondentů

Graf 67 Přípravenost reformy 3



Zdroj: vlastní výzkum

V druhé části otázky respondenti uvedli následující (odpovědi byly zkráceny):

1. Spíše ne. Pokud máte na mysli tzv. Julínkovu reformu, princip určitě ano (tzn. spoluúčast pacientů, stanovení standardní péče a možnosti připojištění, ale na druhé straně celá řada jasně lobbistických kroků – privatizace pojišťoven, tvorba monopolů atd.). (zaměstnanec, interna)
2. Spíše ne. Některé části reformy jsou výrazně kontroverzní – např. možnost propojení pojišťoven a zdravotnických zařízení. (zaměstnanec, chirurgie)
3. Lepší první nedodělaná reforma než nikdy žádná. Ale samozřejmě pokračování a upravování dalších reformních postupů nikdo nevyklučuje. (OSVČ, praktický lékař)
4. V podstatě ano, s výhradou vzdělávání a výzkumu. (OSVČ, pediatrie)
5. Ne, bohužel jde mimo jiné také o politikum. (OSVČ, psychiatrie)
6. Spíše ano. Jen by se měla široké veřejnosti lépe a vhodněji představit. Například lépe formulovat regulační poplatek, který až tak regulační není, je spíše solidární. (OSVČ, stomatologie)
7. Ne, pokud není určen standard léčby a garantovaná síť zdravotních zařízení. (zaměstnanec, interna)
8. Ne, otázka ale je, zda tomu tak někdy bude, protože to co udělaly jiné strany před volbami je velmi jednoduché a efektivní a v našich podmínkách lze udělat před každou reformou. (zaměstnanec, interna)
9. Nevím, v každém případě je zatím špatně mediálně prezentována a málo vysvětlena veřejnosti. (obojí, interna)
10. Nevím, za současné politické situace se pravděpodobně žádná neuskuteční, vzhledem ke snahám ostatních stran o získání voličů v následujících volbách a ani potom (pokud vyhrají ve volbách) se žádné nepopulární změny nedočkáme. O to se pokusil pouze ministr Julínek, ale bohužel se nesetkal s pochopením. (zaměstnanec, gynekologie)

Otázka 21: *Jak zvýšit objem peněz ve zdravotnictví?*

Otázka 21 měla čtyři možné varianty odpovědi a prostor pro vyjádření vlastního názoru. Bylo možné zvolit více odpovědí současně.

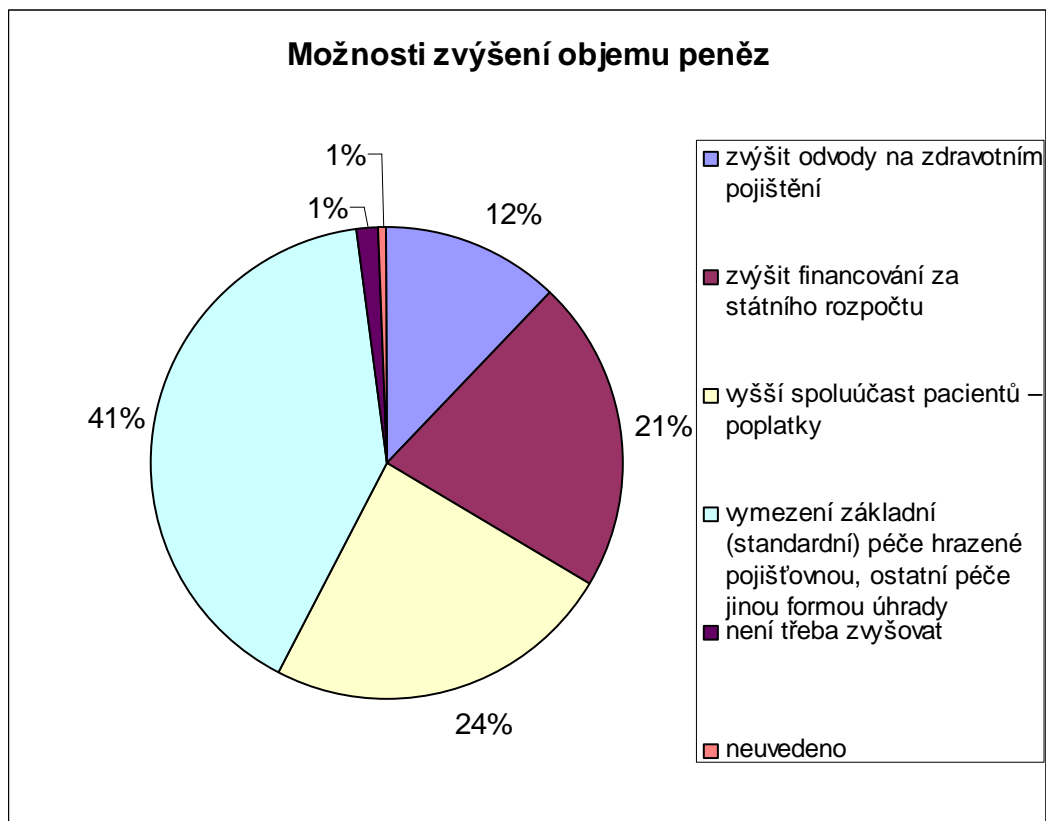
Možnost zvýšení objemu peněz ve zdravotnictví zvýšením odvodu na zdravotním pojištění byla označena 18ti respondenty (12 %), 31 respondentů (21 %) označilo možnost zvýšení financování ze státního rozpočtu, 35 respondentů (24 %) by zavedlo vyšší spoluúčast pacientů a 59 respondentů (41 %) vidí východisko ve vymezení základní (standardní) péče hrazené pojišťovnou a ostatní péče by byla hrazena jinou formou úhrady. 2 respondenti (1 %) zastávají názor, že není třeba zvyšovat objem peněz ve zdravotnictví a 1 respondent (1 %) se k této otázce nevyjádřil.

Tabulka 68 Možnosti zvýšení objemu peněz ve zdravotnictví

	počet	%
zvýšit odvody na zdravotním pojištění	18	12 %
zvýšit financování za státního rozpočtu	31	21 %
vyšší spoluúčast pacientů – poplatky	35	24 %
vymezení základní (standardní) péče hrazené pojišťovnou, ostatní péče jinou formou úhrady	59	41 %
není třeba zvyšovat	2	1 %
neuvedeno	1	1 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 68 Možnosti zvýšení objemu peněz ve zdravotnictví



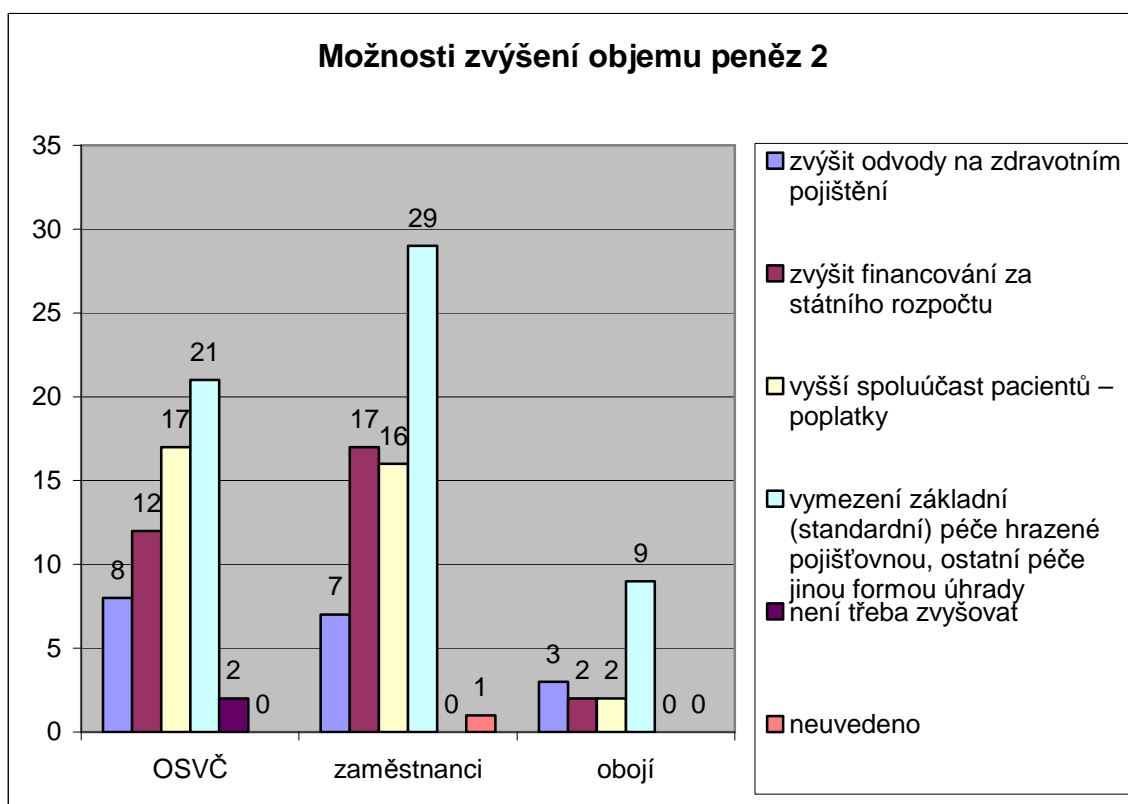
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 69 Možnosti zvýšení objemu peněz ve zdravotnictví 2

	OSVČ		zaměstnanci		obojí	
	počet	%	počet	%	počet	%
zvýšit odvody na zdravotním pojištění	8	13 %	7	10 %	3	19 %
zvýšit financování za státního rozpočtu	12	20 %	17	24 %	2	13 %
vyšší spoluúčast pacientů – poplatky	17	28 %	16	23 %	2	13 %
vymezení základní (standardní) péče hrazené pojišťovnou, ostatní péče jinou formou úhrady	21	36 %	29	42 %	9	55 %
není třeba zvyšovat	2	3 %	0	0 %	0	0 %
neuveдено	0	0 %	1	1 %	0	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 69 Možnost zvýšení objemu peněz ve zdravotnictví 2



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 70 Možnost zvýšení objemu peněz ve zdravotnictví 3

	a		b		c		d		není třeba zvyšovat		neuvedeno	
	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%	ab.	%
gynekologie	4	12%	7	21%	9	27%	13	40%	0	0%	0	0%
chirurgie	2	11%	6	32%	2	11%	8	41%	0	0%	1	5%
interna	4	9%	8	18%	10	22%	23	51%	0	0%	0	0%
pediatrie	3	30%	2	20%	0	0%	3	30%	2	20%	0	0%
praktický lékař	2	18%	2	18%	3	27%	4	37%	0	0%	0	0%
psychiatrie	3	18%	3	18%	6	35%	5	29%	0	0%	0	0%
stomatologie	0	0%	2	20%	5	50%	3	30%	0	0%	0	0%
neurčeno	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 70:

a - zvýšit odvody na zdravotním pojištění

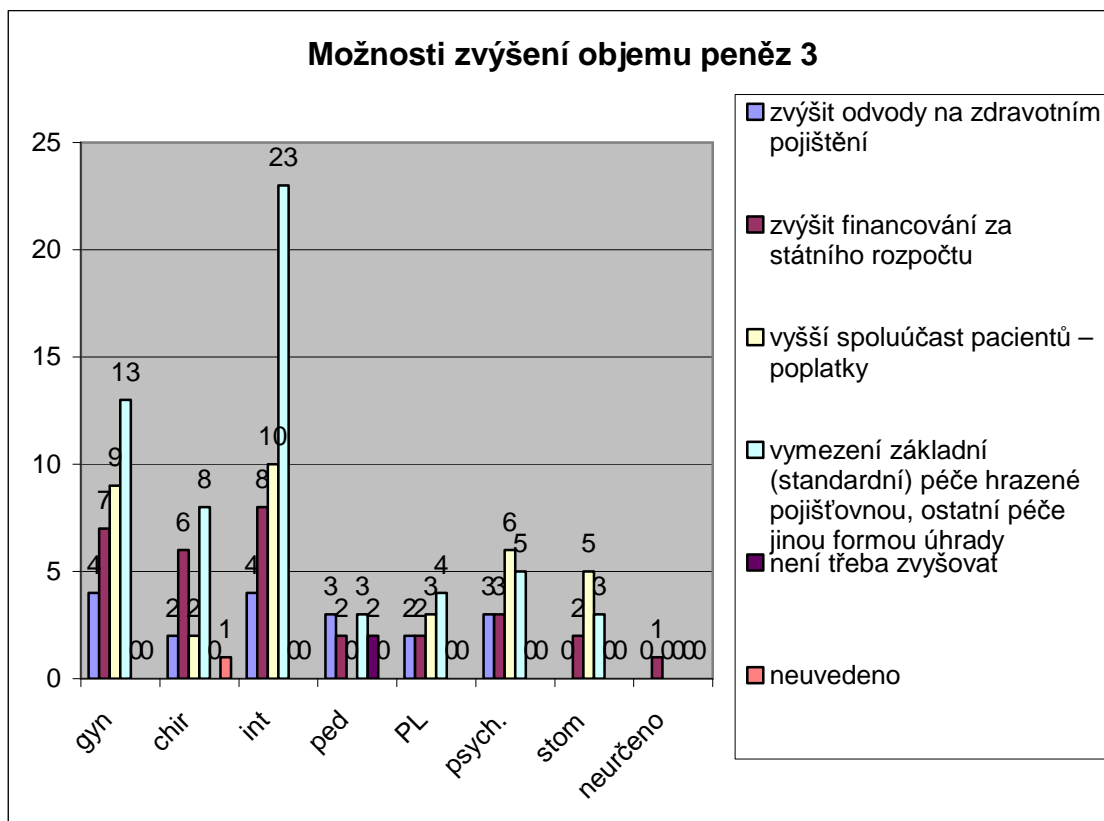
b - zvýšit financování za státního rozpočtu

c - vyšší spoluúčast pacientů – poplatky

d - vymezení základní (standardní) péče hrazené pojišťovnou, ostatní péče jinou formou úhrady

ab. – absolutní počet respondentů

Graf 70 Možnost zvýšení objemu peněz ve zdravotnictví 3



Zdroj: vlastní výzkum

V druhé části otázky respondenti uvedli následující (odpovědi byly zkráceny):

1. Redukce počtu pojišťoven a omezení jejich výdajů. (zaměstnanec, chirurgie)
2. Navýšit ze státního rozpočtu platby za děti a důchodce. Umožnění přímých plateb pacientů mimo systém pojištění u výkonů, na které jinak pacient musí čekat. Umožnění komerčního připojištění. (zaměstnanec, interna)
3. Všechny možnosti. A hlavně říct všude – v politice, sdělovacích prostředcích – otevřeně – stát na to nemá, neměl a mít nebude, odpovědnost za své zdraví nese každý sám (to samozřejmě nevylučuje spoluúčast na pojištění a selektivní „dotace“ na operace a výkony „o velkých penězích“ – na to žádný obyčejný člověk nemá.). (OSVČ, praktický lékař)
4. Není třeba zvyšovat objem, jen lépe rozdělovat resp. efektivněji využívat – zdravotnictví je finanční „černá díra“ - spotřebuje jakýkoliv objem prostředků a stále bude potřebovat další. (OSVČ, pediatrie)
5. V našem oboru jednoznačně vyšší spoluúčastí a odstraněním některých výkonů z veřejného zdravotního pojištění, v ostatních oborech stanovením standardů a kdo chce, ať si nadstandard zaplatí. (OSVČ, stomatologie)
6. Všechny možnosti, od každého trochu, pak to nebude tak bolavé a bude se to dát ustát. (zaměstnanec, interna)

5. Diskuse

Na začátku práce jsem si stanovila hypotézu 1 (Názory lékařů OSVČ a názory lékařů v zaměstnaneckém poměru se liší.) a hypotézu 2 (Názory lékařů se liší také podle odborností.). Tyto hypotézy jsem se snažila potvrdit či vyvrátit na základě výzkumu.

Výsledky zjištění jsou uspořádány v části výsledky záměrně tak, aby bylo možné z grafů a tabulek zřetelně vidět, jak respondenti odpovídali v závislosti na pracovním poměru a na odbornosti. Proto u každé otázky je vytvořena trojice grafů a tabulek. Můžeme tedy dobře porovnávat výsledky výzkumu s hypotézami stanovenými na začátku této práce.

Otázky 1 až 4 byly zaměřeny na zjištění identifikačních údajů. Výsledky těchto otázek shrnují tabulky a grafy 1 až 8.

Otázka 5 (*Myslíte, že je potřeba zdravotnictví ČR reformovat?*). Na tuto otázku odpovídali respondenti kladně (79 % ano a 13 % spíše ano). Ve všech skupinách rozdělených podle pracovního poměru převažovala odpověď ano. Více pocítují potřebu reformy zaměstnanci (94 % ano a 3 % spíše ano) než respondenti se statutem osob samostatně výdělečně činných (66 % ano a 21 % spíše ano). Ve skupině zaměstnanců se dokonce nikdo nedomníval, že zdravotnictví není potřeba reformovat. Při rozdělení souboru respondentů podle jejich oboru opět převažovala ve všech skupinách odpověď ano. Nejvíce chtějí reformovat zdravotnictví gynekologové (92 % ano) a nejméně stomatologové (62 % ano).

Otázka 6 (*Je financování zdravotních služeb v současném rozsahu udržitelné?*). Zde převažovala odpověď ne (43 %) a spíše ne (32 %) u všech respondentů. Odpověď ne byla nejčastěji zastoupena u zaměstnanců (59 %), u osob OSVČ (osob samostatně výdělečně činných) byla také nejčastější (ale už jen z 38 %), těsně následovaná odpovědí spíše ne (34 %). Respondenti, kteří pracují v obou pracovních poměrech volili nejčastěji odpověď spíše ne (42 %). OSVČ vyjádřili větší souhlas (21 % ano) než zaměstnanci (6 % ano). Z hlediska oboru činnosti byli nespokojeni zejména praktičtí lékaři (80 % ne a 20 % spíše ne), těsně následováni gynekology (77 % ne a 8 % spíše ne). Relativně nejspokojenější jsou pediatri (25 % ano a 25 % spíše ano). Podle

literatury se většina odborníků (83 %) domnívá, že financování zdravotnictví není v současném rozsahu udržitelné (27). Tento výsledek potvrzuje i tento výzkum.

Otázka 7 (*Je struktura zdrojů ,včetně spoluúčasti pacientů, odpovídající?*). Opět převažovaly záporné odpovědi (25 % ne a 47 % spíše ne). Dle literatury téměř devadesát procent odborníků tvrdí, že struktura zdrojů není odpovídající (27). S tímto výsledkem koresponduje i můj výzkum. U zaměstnanců byla častější odpověď ne (39 %) před odpovědí spíše ne (29 %). U OSVČ byla odpověď spíše ne (59 %) následována méně častou odpovědí ne (14 %). Osoby vykonávající obě činnosti volili nejčastěji odpověď spíše ne (75 %). Nejspokojenější byla skupina zaměstnanců (26 % spíše ano), u ostatních skupin byly odpovědi ano a spíše ano zastoupeny mnohem méně. Podle oboru činnosti jsou nejspokojenější se strukturou zdrojů pediatrii (25 % ano a 25 % spíše ano) a nejméně spokojeni jsou gynekologové (62 % ne a 38 % spíše ne).

Otázka 8 (*Odpovídá struktura spotřebované péče potřebě zdravotní péče?*). V této otázce byly odpovědi zastoupeny téměř rovnoměrně na obou stranách spektra, mírně převažoval souhlas (14 % ano a 34 % spíše ano) oproti nesouhlasu (17 % ne a 21 % spíše ne). Osoby pracující v obou pracovních poměrech vyjadřovaly souhlas mírnější formou (58 % spíše ano). Zaměstnanci více souhlasili (17 % ano a 35 % spíše ano), než OSVČ (17 % ano a 21 % spíše ano). Zaměstnanci ale také více vyjadřovali nesouhlas (23 % ne a 14 % spíše ne) oproti OSVČ (10 % ne a 28 % spíše ne). Souhlasili zejména praktičtí lékaři (40 % ano). Největší nesouhlas vyjádřili gynekologové (62 % ne). Literatura uvádí, že podle 78 % odborníků struktura spotřebované péče neodpovídá potřebě zdravotní péče (27). Tento výzkum nepotvrzuje údaje uvedené v literatuře.

Otázka 9 (*Je zdravotní péče v ČR dostupná?*). Na tuto otázku odpověděli téměř všichni pozitivně (64 % ano a 32 % spíše ano). U OSVČ převažovala odpověď ano (76 %) nad odpovědí spíše ano (21 %). U zaměstnanců byly obě odpovědi vyváženější (54 % ano a 46 % spíše ano). Osoby pracující v obou pracovních poměrech odpovídaly více ve prospěch odpovědi ano (67 % ano a 25 % spíše ano) než zaměstnanci, ale méně než OSVČ. Nejvíce vyjadřovali souhlas gynekologové (85 % ano a 15 % spíše ano) a praktičtí lékaři (80 % ano a 20 % spíše ano). Literatura uvádí, že zdravotní péče je

v ČR obvykle považována za kvalitní a poměrně široce dostupnou. Méně než polovina odborníků (46 %) tvrdí, že zdravotní péče v ČR není dostupná (27). V tomto výzkumu vyjádřila většina názor, že v ČR je péče dostupná, za nedostupnou ji považovala menšina respondentů (3 % spíše ne).

Otázka 10 (*Je síť zdravotnických zařízení v ČR optimální?*). Tato otázka rozdělila respondenty do početnější skupiny odpovídající pozitivně (12 % ano a 47 % spíše ano) a do méně početné, přesto významné skupiny, odpovídající záporně (13 % ne a 25 % spíše ne). Ve skupině zaměstnanců i OSVČ převažovaly kladné odpovědi, o něco více byly zastoupeny u OSVČ (17 % ano a 52 % spíše ano), než ve skupině zaměstnanců (11 % ano a 46 % spíše ano). Na druhé straně spektra vyjadřovaly větší nesouhlas OSVČ (21 % ne a 10 % spíše ne). Oproti tomu zaměstnanci častěji nesouhlasili mírnější variantou (11 % ne a 26 % spíše ne). Skupina osob pracujících v obou pracovních poměrech vyjadřovala názor opatrnější variantou, ale jako jediná vyjádřila větší nesouhlas než souhlas, převažovala odpověď spíše ne (58 %) nad spíše ano (42 %). Nejspokojenější jsou pediatři (25 % ano a 37 % spíše ano). Naopak nespokojenost vyjádřili zejména gynekologové (46 % ne a 31 % spíše ne). Literatura uvádí, že více než tři čtvrtiny odborníků (82 %) nepovažují síť zdravotnických zařízení za optimální (27). V tomto výzkumu naopak většina považuje síť zdravotnických zařízení za optimální.

Otázka 11 (*Je zdravotní péče v ČR kvalitní?*). Zde stejně jako u otázky 9 odpovídali respondenti především pozitivně (41 % ano a 54 % spíše ano). Zdravotní péči považují za kvalitní nejvíce respondenti ze skupiny zaměstnanců (48 % ano a 46 % spíše ano), za nimi následují OSVČ (38 % ano a 59 % spíše ano) a nakonec osoby vykonávající obě činnosti (25 % ano a 67 % spíše ano). Nejvíce se s názorem, že zdravotní péče je kvalitní ztotožnili chirurgové (64 % ano a 36 % spíše ano). Podle literatury většina odborníků hodnotí zdravotní péči jako kvalitní. Pouze 37 % respondentů péči za kvalitní nepovažuje (27). Tento výzkum podporuje výsledky uvedené v literatuře, péči považuje za kvalitní ještě větší část respondentů, nesouhlasí menšina (3 % spíše ne).

Otázka 12 (*Je ve zdravotnictví přítomná korupce?*). U této otázky byla často zastoupena odpověď nevím (28 %). Převládaly odpovědi kladné (28 % ano a 11 % spíše

ano) nad zápornými (4 % ne a 25 % spíše ne). Zaměstnanci odpovídali nejčastěji ano (45 %), zatímco OSVČ nejčastěji volili odpověď nevím (42 %). Osoby vykonávající obojí činnost označovaly nejvíce odpověď spíše ne (58 %). Odpověď ano volili nejčastěji gynekologové (62 %). Odpověď nevím označili nejčastěji psychiatři (86 %). Odpověď spíše ne byla nejvíce zastoupena u pediatrů (62 %). Odpověď ne označilo nejvíce chirurgů (18 %). Literatura (27) uvádí výsledky výzkumu, podle kterého je ve zdravotnictví přítomna korupce (91 % respondentů). V tomto výzkumu se však kladně vyjádřil mnohem menší počet respondentů (39 %).

Otázka 13 (*Je zdravotnictví efektivní?*). Větší část respondentů se přiklání k názoru, že zdravotnictví je efektivní (12 % ano a 49 % spíše ano). Nesouhlas byl však také významně zastoupen (3 % ne a 29 % spíše ne). OSVČ volily souhlas (17 % ano a 48 % spíše ano) téměř stejně často jako zaměstnanci (11 % ano a 54 % spíše ano). Osoby vykonávající obojí činnost vyjadřovaly svůj názor opatrněji (stejně jako v otázce 10), neoznačovaly krajní možnosti škály (42 % spíše ano a 50 % spíše ne) a byly jedinou skupinou u které převážil nesouhlas. Z pohledu oboru činnosti považují zdravotnictví za efektivní nejvíce praktičtí lékaři (40 % ano a 60 % spíše ano), psychiatři často označovali odpověď nevím (29 %). Nesouhlas vyjadřovali především gynekologové (15 % ne a 62 % spíše ne). Literatura uvádí, že téměř tři čtvrtiny (74 %) odborníků se domnívají, že české zdravotnictví není efektivní (27). Výsledky tohoto výzkumu jsou opačné, většina hodnotí zdravotnictví jako efektivní.

Otázka 14 (*Souhlasíte s privatizací lůžkových zařízení?*). Rozložení odpovědí u této otázky bylo vyrovnané, nesouhlas (21 % ne a 30 % spíše ne) těsně převážil nad souhlasem (33 % ano a 16 % spíše ano). Souhlas se objevoval ve skupině OSVČ (38 % ano a 17 % spíše ano) více než ve skupině zaměstnanců (34 % ano a 6 % spíše ano). Jasný nesouhlas vyjadřovali častěji zaměstnanci (31 % ne a 29 % spíše ne) než OSVČ (17 % ne a 28 % spíše ne). Názory osob vykonávajících obojí činnost byly podobné názorům OSVČ (17 % ano; 41 % spíše ano a 42 % spíše ne), také se přiklonily k názoru pro privatizaci. S privatizací souhlasili především praktičtí lékaři (60 % ano), stomatologové (50 % ano) a gynekologové (46 % ano). Nesouhlas vyjádřili zejména psychiatři (57 % ne), chirurgové (36 % ne) a internisti (30 % ne). Zajímavé je,

že odpověď nevíím nevedl nikdo. Stejně tak nikdo nevynechal tuto otázku. Myslím si, že lékaře toto téma zajímá a mají na něj vytvořen názor. Předpokládala jsem, že OSVČ budou privatizaci nakloněny více než zaměstnanci.

Otázka 15 (*Souhlasíte s poplatky u lékaře?*). Většina lékařů s poplatky souhlasí (66 % ano a 21 % spíše ano), pouze malá část ne (5 % ne a 5 % spíše ne). Mezi skupinou zaměstnanců (73 % ano a 9 % spíše ano) a OSVČ (69 % ano a 17 % spíše ano) nebyly výrazné rozdíly, o něco více souhlasili zaměstnanci. Ve skupině vykonávající obojí činnost panoval naprostý souhlas s poplatky (33 % ano a 67 % spíše ano), nebyli zde žádní odpůrci. Ve všech oborech činnosti lékaři s poplatky převážně souhlasí. Největší zastánci jsou gynekologové (92 % ano a 8 % spíše ano) a stomatologové (75 % ano a 25 % spíše ano). Nesouhlas se objevil pouze u chirurgů (18 % ne), internistů (9 % ne a 4 % spíše ne) a psychiatrů (43 % spíše ne). Stejně tak jako u předešlé otázky, ani zde nikdo nezvolil odpověď nevíím. Myslím si, že i o toto téma mají lékaři zájem a mají vytvořen vlastní názor.

Otázka 16 (*Jste spokojeni s jejich výší?*). Lékaři jsou s výší poplatků většinou spokojeni (24 % ano a 27 % spíše ano), zápor byl však také významně zastoupen (17 % ne a 16 % spíše ne). Výsledky byly v oblasti souhlasu téměř vyrovnané u zaměstnanců (26 % ano a 29 % spíše ano) i u OSVČ (24 % ano a 28 % spíše ano). Zaměstnanci (23 % ne a 11 % spíše ne) více vyjadřovali nesouhlas než OSVČ (17 % ne a 14 % spíše ne). Ve skupině OSVČ častěji respondenti volili odpověď nevíím (17 %), stejně tak ve skupině osob vykonávající obojí činnost (25 %). Tato skupina také celkově méně souhlasila (17 % ano a 25 % spíše ano) a vyjadřovala nesouhlas mírnější formou (33 % spíše ne). S výší poplatků byli lékaři jednotlivých oborů většinou spokojeni (převažoval souhlas), pouze ve skupině stomatologů vyjádřilo více lékařů nesouhlas.

Otázka 17 (*Přejete si poplatky zvýšit/snížit/zrušit?*). První část otázky se týkala poplatku 30 Kč za návštěvu u lékaře. Nejčastěji chtěli lékaři tento poplatek ponechat (40 %). Velká část lékařů se k tomuto poplatku nevyjádřila (25 %). Více zastávaly názor zvýšení poplatku OSVČ (31 %) než zaměstnanci (23 %). Tento názor jsem předpokládala. Mezi OSVČ a zaměstnanci byl výraznější rozdíl také v tom, že více OSVČ (14 %) než zaměstnanců (6 %) chtělo tento poplatek zrušit. Předpokládala jsem

spíše opak. Skupina osob vykonávajících obě činnosti chtěla nejčastěji poplatek ponechat (59 %), zvýšit ho chtěla jen malá část (8 %). Poplatek chtěli zvyšovat především praktičtí lékaři (80 %) a stomatologové (62 %). Tento výsledek jsem předpokládala, protože se jedná o OSVČ a poplatek je jejich příjmem.

Druhá část otázky byla zaměřena na poplatek 60 Kč za den pobytu v nemocnici. Lékaři chtěli poplatek většinou zvýšit (38 %), nebo ponechat (34 %). U této otázky opět část lékařů nevedla odpověď (22 %). Více zaměstnanců (43 %) než OSVČ (37 %) chtělo poplatek zvyšovat. Zaměstnanci také chtěli častěji poplatek ponechat (34 % zaměstnanců oproti 28 % OSVČ). Tento výsledek jsem předpokládala, protože osoby OSVČ jsou na tomto poplatku nezávislé, poplatek je příjmem nemocnic. Osoby pracující v obojím pracovním poměru upřednostňovaly nejvíce ponechání poplatku (50 %). Zvýšit tento poplatek chtělo nejvíce praktických lékařů (80 %), tento výsledek jsem nepředpokládala, protože se jedná o OSVČ. Poplatek chtěli snižovat pouze chirurgové (18 %), tento výsledek jsem také nepředpokládala, protože v mém výzkumu jsou všichni chirurgové zaměstnanci.

Třetí část otázky zjišťovala názor na poplatek 90 Kč za návštěvu pohotovosti. Lékaři chtěli poplatek nejčastěji zvyšovat (41 %) nebo ponechat (39 %). Několik lékařů neodpovědělo (12 %). Tento poplatek chtěli zaměstnanci zvyšovat (54 %), nebo ponechat (37 %). Oproti tomu OSVČ preferovaly stejné odpovědi, ale s nižší četností (38 % zvýšit a 28 % ponechat). Osoby pracující v obojím pracovním poměru opět upřednostňovaly nejvíce ponechání poplatku (75 %). Nejvíce chtěli poplatek zvyšovat praktičtí lékaři (80 %), pro ponechání se zase vyjádřilo nejvíce pediatrů (62 %).

Čtvrtá část otázky, zjišťující názor na poplatek 30 Kč za výdej léku na předpis. Pokud v názorech na jiné poplatky byla odpověď zrušit zastoupena minimálně, tak v této otázce tvořila největší část (44 %). Pro zrušení se vyjádřilo více OSVČ (65 %) než zaměstnanců (37 %). Naopak více zaměstnanců (26 %) než OSVČ (14 %) chtělo poplatek ponechat. Osoby pracující jako v obojím pracovním poměru opět upřednostňovaly ponechání poplatku (66 %). Část lékařů nevedla odpověď (12 %). Zrušení prosazovali nejvíce stomatologové (75 %) a praktičtí lékaři (60 %), což

potvrzuje výše uvedené procento OSVČ žádajících zrušení. Pro ponechání se vyslovili především pediatři (50 %) a gynekologové (47 %).

Otázka 18 (*Myslíte si, že poplatky ve zdravotnictví odporují programu WHO Zdraví 21 – cíl 2 – spravedlnost ve zdraví, ekvita?*). Tato otázka vyvolala převážně záporné odpovědi (44 % ne a 14 % spíše ne). Velká část lékařů zvolila odpověď nevím (32 %). Myslím, že tak významné procento odpovědi nevím by mohlo být způsobeno neznalostí tohoto programu. Odpověď nevím volily mnohem častěji OSVČ (45 %) než zaměstnanci (11 %), u osob pracujících v obou poměrech byla dokonce nejčastější (58 %). Žádný respondent ze skupiny OSVČ se nedomníval, že poplatky odporují programu Zdraví 21. U zaměstnanců byly pozitivní odpovědi zastoupeny, ale minimálně (6 % ano a 3 % spíše ano). Překvapivě byla kladná odpověď nejvíce zastoupena u osob pracujících v obou poměrech (17 % spíše ano) a byla tak stejně zastoupena s odpovědí zápornou (17 % spíše ne). Častěji se domnívali, že poplatky odporují programu Zdraví 21 zaměstnanci (57 % ne a 17 % spíše ne) než OSVČ (45 % ne a 10 % spíše ne). Odpověď ano zvolili pouze 2 chirurgové (18 %) z ostatních oborů nikdo. Názor, že poplatky neodporují programu Zdraví 21 zastávali nejvíce praktičtí lékaři (60 %) a gynekologové (62 %), i v ostatních oborech byl tento názor hojně rozšířen.

Otázka 19 (*Jste celkově spokojeni se stavem českého zdravotnictví?*). Literatura uvádí, že většina lékařů hodnotí současný stav zdravotnictví negativně a dochází ke značnému zvýšení kritičnosti v nazírání na celkový stav zdravotnictví (26). Odpovědi však byly opět téměř vyrovnané. Spokojen byl pouze jeden respondent (1 % chirurgie), ale spíše spokojeno již více než polovina (54 %). Mezi skupinami rozdělenými podle pracovního poměru nebyly významné rozdíly. Ve skupině tvořené osobami vykonávajícími obojí činnost nebyl nikdo nespokojen se stavem českého zdravotnictví, o to více byla v této skupině zastoupena odpověď spíše nespokojen (42 %). Nespokojenost vyjadřovali zejména praktičtí lékaři (40 % ne a 20 % spíše ne), gynekologové (31 % ne a 31 % spíše ne) a stomatologové (13 % ne a 62 % spíše ne). Spokojeni byli především chirurgové (9 % ano a 73 % spíše ano).

Otázka 20 (*Je reforma českého zdravotnictví vhodně připravená?*). Zcela kladně nehodnotil reformu žádný respondent. Často se vyskytovala odpověď nevím (17 %). Záporné odpovědi (29 % ne a 20 % spíše ne) převážily nad kladnými (34 % spíše ano). Mezi skupinou OSVČ a zaměstnanců byl v tomto bodě významný rozdíl. OSVČ častěji označovaly kladnou variantu (48 % spíše ano) než zaměstnanci (29 % spíše ano). Zaměstnanci naopak častěji hodnotili připravenost reformy záporně (43 % ne) než OSVČ (24 % ne). Osoby vykonávající obojí činnost upřednostňovaly odpovědi spíše ne (42 %) a nevím (41 %). Souhlas vyjadřovali nejvíce stomatologové (62 % spíše ano) a praktičtí lékaři (60 % spíše ano). Nesouhlas nejčastěji vyjadřovali chirurgové (46 % ne a 18 % spíše ne) a internisté (48 % ne a 9 % spíše ne). Tyto výsledky zcela korespondují s tím, že všichni praktičtí lékaři a stomatologové ve výzkumu jsou OSVČ a všichni chirurgové zaměstnanci.

Otázka 21 (*Jak zvýšit objem peněz ve zdravotnictví?*). Podle výzkumu uvedeného v literatuře, lékaři spatřují ve financování zdravotnictví vážné problémy (26). Největší část respondentů preferovala řešit nedostatek peněz zvýšením objemu peněz vymezením základní (standardní) péče hrazené pojišťovnou a hrazení ostatní péče jinou formou (41 %). Tato možnost byla nejvíce zastoupena ve všech třech skupinách rozdělených podle pracovního poměru (OSVČ 36 %, zaměstnanci 42 % a osoby vykonávající obojí činnost 55 %) i ve skupinách rozdělených podle oboru činnosti. Pouze psychiatři a stomatologové volili častěji možnost vyšší spoluúčasti pacientů než výše zmíněnou možnost.

6. Závěr

Cílem práce bylo zjištění postojů lékařů k současné reformě zdravotnictví. Porovnání názorů ve dvou skupinách lékařů (OSVČ a lékařů v zaměstnaneckém poměru).

Cíl práce byl splněn. Výzkumem byly ověřovány tyto hypotézy:

Hypotéza 1: Názory lékařů OSVČ a názory lékařů v zaměstnaneckém poměru se liší.

Hypotéza 2: Názory lékařů se liší také podle odborností.

Hypotéza 1 byla výzkumem potvrzena. Názory lékařů OSVČ a názory lékařů v zaměstnaneckém se lišily. Největší rozdíly byly nalezeny zejména v otázkách týkajících se udržitelnosti financování zdravotnictví, odpovídající struktury zdrojů, přítomnosti korupce ve zdravotnictví, 30 korunového poplatku za výdej léku na předpis a připravenosti reformy.

Hypotéza 2 byla rovněž výzkumem potvrzena. Názory lékařů se liší podle jejich odborností. Rozdíly v názorech podle oboru činnosti nebyly tak výrazné jako rozdíly podle pracovního poměru lékařů. Rozdílnost v názorech byla zjištěna především v následujících oblastech zdravotnictví: udržitelnost financování zdravotnictví, odpovídající struktura zdrojů, přítomnost korupce, privatizace lůžkových zařízení, spokojenost se stavem zdravotnictví a připravenost reformy.

Domnívám se, že můj výzkum přinesl nové poznatky týkající se problematiky názorů lékařů na české zdravotnictví a na změny v něm probíhající. Během tvorby diplomové práce se mnohé měnilo a reforma zdravotnictví nepostupovala tak, jak byla naplánována. Myslím, že i přesto jsou výsledky výzkumu užitečné a je možné použít je jako podklad k dalším výzkumům v této oblasti a více tak rozšířit informace týkající se této problematiky.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny*. 5. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. 181 s. ISBN 80-7013-391-0.
2. BOLDIŠ, P. *Bibliografická citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů. Verze 3.1.* [on line] Poslední aktualizace 31.3.2006 [cit.2009-02-17]. Dostupné z: <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.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.* [on line]. Poslední aktualizace 31.3.2006 [cit.2009-02-17]. Dostupné z: <<http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>>.
4. DOLANSKÝ, H. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. 133 s. ISBN 978-80-7248-482-9.
5. DOLEŽAL, T. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Linde a. s., 2007. 138 s. ISBN 978-80-7101-684-6
6. DRBAL, C. *Česká zdravotní politika a její východiska*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 96 s. ISBN 80-7262-340-0.
7. DURDISOVÁ, J. *Úvod do teorie zdravotní politiky*. 1.vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, 2001. 126 s. ISBN 80-245-0217-8.
8. EXNER, L. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. 1. vyd. Praha: Professional Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-86419-73-8.
9. GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
10. GLADKIJ, I. *Propedeutika sociálního lékařství*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 176 s. ISBN 80-244-1120-2.
11. GLADKIJ, I. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 111 s. ISBN 80-244-0500-8.
12. HOLČÍK, J. *Sociální lékařství*. 3. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006. 137 s. ISBN 80-210-3954-X.

13. HOLČÍK, J. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-417-8.
14. HOLUB, P. *České poplatky u lékaře jsou nejtvrději v Evropě*. [on line]. poslední revize 16.4.2008 [cit. 2009-02-25]. Dostupné z: <<http://aktualne.centrum.cz/domaci/spolecnost/clanek.phtml?id=602626>>.
15. HROBOŇ, P. *Ekonomické hodnocení preventivních zdravotnických programů*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 1998. 52 s.
16. HROBOŇ, P. *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století*. 1. vyd. Praha: reforma zdravotnictví-forum.cz, 2005. 93 s.
17. IVANOVÁ, K. *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.
18. KAPR, J. *Pacient: revoluce v poskytování péče*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1998. 75 s. ISBN 80-85850-49-4.
19. KOHOUT, P. *Cesta k rovnováze, Ekonomická strategie pro ČR*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 143 s. ISBN 80-7254-694-5.
20. KOLDOVÁ, Z. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1996. 63 s. ISBN 80-7067-682-5.
21. KŘEPELKA, F. *Evropské zdravotnické právo*. 1. vyd. Praha: LexisNexis CZ s. r. o., 2004. 135 s. ISBN 80-86199-82-7.
22. KŘÍŽOVÁ, E. *Rovnost ve zdraví (ekvita) v transformovaném zdravotnictví České republiky*. 1. vyd. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 1998. 108 s. ISBN
23. MACH, J. *Medicína a právo*. 1. vyd. Praha: C. H.Beck, 2006. 257 s. ISBN 80-7179-810-X.
24. MALÝ, I. *Problém optimální alokace zdrojů ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1998. 114 s. ISBN 80-210-2006-7.
25. MAREŠ, J. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 212 s. ISBN 80-246-1062-0.

26. MÁŠOVÁ, H. *České zdravotnictví vize a skutečnost*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 250 s. ISBN 80-246-0944-č.
27. MÁTL, O. *Správa o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR*. 1. vyd. Praha: Kulatý stůl, 2008. 299 s. ISBN 13 978- 80-85047-35-6.
28. MERHAUTOVÁ, I. *Jaká bude reforma zdravotnictví?*. Sestra, duben 2008, roč. 18, č 4, s. 12. ISSN 1210-0404.
29. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2007. 27 s.
30. PAPEŠ, Z. *Zdravotnická ekonomika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 85 s. ISBN 80-244-0567-9.
31. PRYMULA, R. *Základy managementu ve zdravotnictví II. Zdravotnické systémy*. 1. vyd. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie Jana Evangelisty Purkyně v Hradci Králové, 1995. 131 s. ISBN 80-85109-99-9.
32. ŘÍHOVÁ, M. *Kapitoly z dějin lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 139 s. ISBN 80-246-1021-3.
33. SOUČEK, Z. *Strategické řízení zdravotnických zařízení*. 1. vyd. Professional Publishing, 2006. 196 s. ISBN 80-86946-18-5.
34. STREJČKOVÁ, A. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2007. 112 s. ISBN 978-80-7168-943-0.
35. ŠIMEK, J. *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 157 s. ISBN 80-246-0507-4.
36. TYL, J. *Kapitoly ze sociální hygieny a veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998. 282 s. ISBN 80-7184-654-6.
37. Úřad vlády ČR. *Cíle „reformního plánu“* [on line]. © 2007, [cit. 2008-09-30]. Dostupné z: <<http://www.zmenyprobudoucnost.cz/prectete-si/zdravotnictvi/cile-%E2%80%9Ereformniho-planu%E2%80%9C.aspx>>.
38. Úřad vlády ČR. *Další kroky reformy systému českého zdravotnictví* [on line]. © 2007, [cit. 2008-03-30]. Dostupné z: <<http://www.zmenyprobudoucnost.cz/prectete-si/zdravotnictvi/dalsi-kroky-reformy-systemu-ceskeho-zdravotnictvi-.aspx>>.

39. Úřad vlády ČR. *Podstata reformy systému českého zdravotnictví* [on line]. © 2007, [cit. 2008-09-30]. Dostupné z: <<http://www.zmenyprobudoucnost.cz/precete-si/zdravotnictvi/podstata-reformy-systemu-ceskeho-zdravotnictvi-.aspx>>.
40. Úřad vlády ČR. *Poskytování zdravotní péče* [on line]. © 2007, [cit. 2008-03-30]. Dostupné z: <<http://www.zmenyprobudoucnost.cz/precete-si/zdravotnictvi/poskytovani-zdravotni-pece.aspx>>.
41. Úřad vlády ČR. *První část reformy zdravotnictví* [on line]. © 2007, [cit. 2008-09-30]. Dostupné z: <<http://www.zmenyprobudoucnost.cz/precete-si/zdravotnictvi/prvni-cast-reformy-zdravotnictvi-.aspx>>.
42. Úřad vlády ČR. *Veřejné zdravotní pojištění* [on line]. © 2007, [cit. 2008-03-30]. Dostupné z: <<http://www.zmenyprobudoucnost.cz/precete-si/zdravotnictvi/verejne-zdravotni-pojisteni.aspx>>.
43. Úřad vlády ČR. *Vzdělávání, věda a výzkum* [on line]. © 2007, [cit. 2008-03-30]. Dostupné z: <<http://www.zmenyprobudoucnost.cz/precete-si/zdravotnictvi/vzdelavani-veda-a-vyzkum.aspx>>.
44. Úřad vlády ČR. *Zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů* [on line]. © 2007, [cit. 2008-03-30]. Dostupné z: <<http://www.zmenyprobudoucnost.cz/precete-si/zdravotnictvi/zakon-o-stabilizaci-verejnych-rozpoctu.aspx>>.
45. VEPŘEK, J. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 2002. 232 s. ISBN 80-247-0347-5.
46. VURM, V. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.
47. VURM, V. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství pro studující ZSF JU*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2000. 108 s. ISBN 80-7040-411-6.
48. ZAVÁZALOVÁ, H. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 154 s. ISBN 80-246-0467-1.
49. ZLÁMAL, J. *Ekonomika zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 206 s. ISBN 80-7013-429-1.

50. ZLÁMAL, J. *Marketing ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 150 s. ISBN 80-7013-441-0.
51. ZLÁMAL, J. *Základy ekonomie pro management zdravotnictví*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 199 s. ISBN 978-80-244-1992-3.

8. Klíčová slova

management zdravotnictví

postoje lékařů

reforma zdravotnictví

zdravotní péče

zdravotní pojištění

zdravotní politika

zdravotnické systémy

9. přílohy

- Seznam některých základních právních předpisů pro praxi platných při poskytování a kontrole zdravotní péče v systému veřejného zdravotnictví a zdravotního pojištění
- Zdravotní pojišťovny působící v České republice
- Dotazník

Seznam některých základních právních předpisů pro praxi platných při poskytování a kontrole zdravotní péče v systému veřejného zdravotnictví a zdravotního pojištění

Zákony v platné znění, vyhlášky, nařízení vlády, instrukce MZ ČR, metodiky VZP

- Listina základních práv a svobod
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně
- Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon
- Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
- Zákon č. 37/ 1989 Sb., o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi
- Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích
- Zákon č. 220/1991 Sb., o ČLK, České stomatologické komoře a České lékařské komoře
- Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky
- Zákon č. 160/1992 Sb., o péči v nestátních zdravotnických zařízeních
- Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách
- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a změně a doplnění některých souvisejících zákonů
- Zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů
- Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů

- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů
- Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce
- Vyhláška MZ č.19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a pohřbenictví
- Vyhláška MZ č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi
- Vyhláška MZ č. 221/1995 Sb., o znaleckých komisích
- Vyhláška MZ č. 343/1997 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařského předpisu a pravidla jejich používání, v platném znění
- Vyhláška MZ č. 56/1997 Sb., kterou stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek
- Vyhláška MZ č. 57/1997 Sb., kterou se stanoví léčivé přípravky plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění a výše úhrad jednotlivých léčivých látek
- Vyhláška MZ č. 58/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro lůžkovou péči o dospělé, děti a dorost
- Vyhláška MZ č. 59/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro zdravotní péči v odborných dětských léčebnách
- Vyhláška MZ č. 60/1997 Sb., kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzujícího lékaře
- Vyhláška MZ č. 457/2000 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy
- Vyhláška MZ č. 37/2001 Sb., o hygienických požadavcích na výrobky přicházející do přímého styku s vodou a na úpravu vody

- Vyhláška MZ č. 470/2003 Sb., kterou se stanoví rozsah a způsob poskytování informací zdravotnickými zařízeními do Národního zdravotnického informačního registru
- Vyhláška MZ č. 392/2004 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na akreditované zdravotnické a magisterské studijní programy všeobecného lékařství, zubního lékařství a farmacie
- Vyhláška 395/2004 Sb., kterou se stanoví zkušební řád pro atestační zkoušky a pro aprobační zkoušky lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
- Vyhláška MZ č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků
- Vyhláška MZ č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
- Vyhláška MZ č. 493/2005 Sb., kterou se mění vyhláška MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhlášky stanovující hodnotu bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené za zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění
- Nařízení vlády č. 178/2001 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví zaměstnanců při práci
- Instrukce MZ č. 3/1976 Sb., o seznamu funkcí, pro jejichž výkon je nezbytné uzavření písemné dohody o hmotné odpovědnosti
- Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR – verze 6.2, ÚVZP ČR, Praha, říjen 2006
- Datové rozhraní VZP ČR – verze 6.2, Praha, říjen 2006

Zdroj:

DOLANSKÝ, H. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. 133 s. ISBN 978-80-7248-482-9.

Zdravotní pojišťovny působící v České republice

- Hutnická zaměstnanecká pojišťovna
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
- Revírní bratrská pokladna
- Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
- Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
- Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA
- Zdravotní pojišťovna AGEL
- Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR
- Zdravotní pojišťovna Média
- Česká národní zdravotní pojišťovna

Zdroj:

HYSEK, J. *Zdravotní pojišťovny – Seznam zdravotních pojišťoven* [on line]. © 2009, [cit. 2009-05-15]. Dostupné z: <<http://zdravotnipojistovny.blogspot.com/>>.

Dotazník

Dobrý den, jsem studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity a chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který poslouží jako podklad diplomové práce na téma: POROZUMĚNÍ A POSTOJE LÉKAŘŮ K SOUČASNÉ REFORMĚ ZDRAVOTNICTVÍ. Vyberte z výčtu vždy jen jednu odpověď. U každé odpovědi máte také možnost vyjádřit se slovně (i více než určený prostor). Prosím, údaje vyplňujte pravdivě, dotazník je anonymní.

Děkuji

Lenka Tvrdá, studentka ZSF JU

1. Váš věk:

2. pohlaví: Ž M

3. pracujete:

- a) v zaměstnaneckém poměru
- b) jako osoba samostatně výdělečně činná - OSVČ
- c) jiné.....

4. Váš obor:

5. Myslíte, že je potřeba zdravotnictví ČR reformovat?

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

Váš názor:

.....
.....

6. Je financování zdravotních služeb v současném rozsahu udržitelné?

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

Váš názor:

.....
.....

7. Je struktura zdrojů (včetně spoluúčasti pacientů) odpovídající?

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

Váš názor:

.....
.....

8. Odpovídá struktura spotřebované péče potřebě zdravotní péče?

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

Váš názor:

.....
.....

9. Je zdravotní péče v ČR dostupná?

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

Váš názor:

.....
.....

10. Je síť zdravotnických zařízení v ČR optimální?

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

Váš názor:

.....
.....

11. Je zdravotní péče v ČR kvalitní?

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

Váš názor:

.....
.....

12. Je ve zdravotnictví přítomná korupce?

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

Váš názor:

.....
.....

13. Je zdravotnictví efektivní?

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

Váš názor:

.....
.....

14. Souhlasíte s privatizací lůžkových zařízení?

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

Váš názor:

.....
.....

15. Souhlasíte s poplatky u lékaře?

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

Váš názor:

.....
.....

16. Jste spokojeni s jejich výší?

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

Váš názor:

.....
.....

17. Přejete si poplatky zvýšit/snížit/zrušit poplatky?

- | | | | |
|-------------------------|--------|--------|--------|
| a) 30 Kč u lékaře | zvýšit | snížit | zrušit |
| b) 60 Kč v nemocnici | zvýšit | snížit | zrušit |
| c) 90 Kč na pohotovosti | zvýšit | snížit | zrušit |
| d) 30 Kč v lékárně | zvýšit | snížit | zrušit |

Váš názor:

.....
.....

18. Myslíte si, že poplatky ve zdravotnictví odporují programu WHO Zdraví 21 – cíl 2 – spravedlnost ve zdraví (Ekvita)?

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

Váš názor:

.....
.....

19. Jste celkově spokojeni se stavem českého zdravotnictví?

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

Váš názor:

.....
.....

20. Je reforma českého zdravotnictví vhodně připravená?

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

Váš názor:

.....
.....

21. Jak zvýšit objem peněz ve zdravotnictví?

- a) zvýšit odvody na zdravotním pojištění
- b) zvýšit financování za státního rozpočtu
- c) vyšší spoluúčast pacientů – poplatky
- d) vymezení základní (standardní) péče hrazené pojišťovnou, ostatní péče jinou formou úhrady

Váš názor:

.....
.....