

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

## **Zdravotní pojištění a připojištění nadstandardní péče**

bakalářská práce

Autor práce: Linda Dubská  
Studijní program: Sociální politika a sociální práce  
Studijní obor: Sociální práce ve veřejné správě  
  
Vedoucí práce: JUDr. Věra Pražmová

Datum odevzdání práce: 2. 5. 2013

## Abstrakt

Zdravotnictví bychom mohli definovat jako soustavu odborných zdravotnických institucí a činností, které se zaměřují na péči o zdraví občanů a slouží k uspokojování zdravotních potřeb obyvatelstva. Díky této významné roli je oblast zdravotnictví velmi sledována, a to nejen politickými činiteli, ale i laickou veřejností. Kvalitní fungování a stabilita systému závisí především na jeho financování, které se uskutečňuje z veřejných zdrojů, státního rozpočtu a ze zdrojů soukromých.

Základním zdrojem financování zdravotní péče je zdravotní pojištění, které zaujímá přibližně 77 %. Zdravotní pojištění se opírá o článek 31 Listiny základních práv a svobod a je založeno na několika principech. Jedním z těchto principů je povinná účast, která vzniká ze zákona a podrobněji je upravena v zákoně číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Ze státního rozpočtu plyne do zdravotnictví okolo 3,8 % výdajů. Dalším zdrojem financování jsou soukromé zdroje, mezi které patří například regulační poplatky u lékaře, příplatek za léky a stomatologické výrobky a také nedávno zavedené platby za nadstandardy. Podíl spoluúčasti pojištěnců je nízký a jedná se pouze o doplňkovou formu financování. V současnosti však jejich význam roste. Zdravotnictví je financováno i z jiných zdrojů, které jsou pouze okrajové a zaujímají zanedbatelné 1 % příjmů. Jedná se například o charitativní a dobročinné příspěvky.

Financování zdravotnictví je v současnosti problémem, který má celosvětové rozměry. Je tomu tak hlavně díky pokroku a novým medicinským technologiím, jejichž nabídka přesahuje hospodářské možnosti všech států.

V rámci zajištění finanční stability systému a udržení nákladů na přijatelné úrovni došlo k reformě českého zdravotnictví. Součástí reformních snah je racionalizace poptávky po zdravotní péči prostřednictvím zavedení regulačních poplatků a díky tomu i získání nových zdrojů. Reforma s sebou přinesla také zavedení tzv. nadstandardů, tj. ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče, která má do systému přinést více soukromých výdajů. Občané České republiky tak mohou vedle základní zdravotní péče hrazené z povinného zdravotního pojištění využít i nadstandardní služby, za které si však musí připlatit. Jedná se např. o možnost získání kvalitnějších materiálů nezbytných k léčbě či ošetření (ekonomicky náročnější varianta zdravotní péče), vlastní volbu

lékaře – operátora, nadstandardní vybavení pokoje při hospitalizaci apod. Pokud se pojištěnec rozhodne pro ekonomicky náročnější variantu, je ze zákona povinen uhradit rozdíl ceny mezi touto méně hospodárnou variantou a variantou základní. Seznam nadstandardů v současnosti obsahuje 18 položek a měl by se dále rozrůstat.

Cílem bakalářské práce je shrnout současnou právní úpravu dané problematiky a zejména zjistit, zda respondenti jsou ochotni využít možnost připojištění za účelem čerpání nadstandardní péče.

V teoretické části je nastíněn historický vývoj zdravotního pojištění, principy zdravotního pojištění a jeho institucionální zajištění. Pozornost je věnována výdajům, které plynou do českého zdravotnictví a pro mezinárodní srovnání je stručně popsáno fungování zdravotnických systémů ve vybraných státech. Závěr teoretické části obsahuje informace o problematice nadstandardní péče a o přístupu tuzemských pojišťoven k možnosti připojištění této zdravotní péče.

Praktická část práce je zaměřena na zjištění zájmu pojištěnců jednak o využití nadstandardní péče a dále o to, zda respondenti uvažují o možnosti soukromého pojištění pro případ jejího čerpání, popřípadě jaké formy a druhy péče upřednostňují. Ke sběru dat byl použit kvantitativní výzkum a metoda dotazování. V rámci výzkumu byly stanoveny 3 hypotézy. Hypotéza č. 1: Respondenti s příjmem nad 25 000 Kč měsíčně jsou ochotni využít možnost připojištění nadstandardní péče, zatímco respondenti s nižšími příjmy o této možnosti neuvažují. Hypotéza č. 2: Respondentky, ženy plánující narození dítěte, upřednostňují možnost připojištění nadstandardní péče v souvislosti s těhotenstvím a porodem. Hypotéza č. 3: Ostatní respondenti upřednostňují možnost připojištění nadstandardní stomatologické péče. Po analýze výsledků byly potvrzeny první dvě hypotézy. Třetí hypotéza potvrzena nebyla.

Tato práce by byla vhodná především jako studijní materiál pro studenty Jihočeské univerzity v rámci některých vyučovaných předmětů, anebo i pro studenty z jiných škol. Teoretická část práce by mohla být využita jako informační materiál pro zainteresované jedince a zejména i pro širokou veřejnost.

Snad by se tato práce mohla stát námětem pro zpracování dalších výzkumů týkajících se této problematiky a zodpovědět jiné, nové a ještě neotevřené otázky.

## **Abstract**

We could define healthcare as a system of specialized medical institutions and activities that focus on public health care and are used to meet the healthcare needs of the population. Healthcare is highly monitored due to this important role, not only by politicians, but also by the general public. Good functioning and stability of the system depends mainly on its financing, which takes place from public sources, the state budget and from private sources. Good functioning and stability of the system depends mainly on its financing, which is realized from the public resources, state budget and from private resources.

The main source of healthcare funding is health insurance that covers approximately 77 %. Health insurance is based on Article 31 of the Charter of Fundamental Rights and Basic Freedoms and it is based on several principles. One of these principles is mandatory participation, which is established by law and is further regulated in Act No. 48/1997 Coll., on public health insurance. About 3.8 % of the costs from the state budget goes to healthcare. Private resources are another source of funding, including regulatory fee, additional charge for medicines and dental products and recently introduced additional charge for above-standard services. The share of the participation of the insured persons is low and it is only the additional form of the funding. However, its importance is increasing nowadays. Healthcare is also funded by other resources which are marginal only and they account for negligible 1 % of income. These include charity donations and charitable contributions

Healthcare funding is currently a problem with global dimensions. This is mainly due to the progress and new medical technologies as their offer exceeds the economic capacity of all countries.

The reform of Czech healthcare was performed to ensure the financial stability of the system and keeping costs at an acceptable level. One part of the reform efforts is rationalization of healthcare demand using the introduction of the regulatory fees and thus obtaining new resources, too. The reform also introduced the so-called above-standard services, i.e. economically more expensive healthcare alternatives, which are supposed to obtain more private resources into the system. Czech Republic citizens can

use basic healthcare funded by statutory health insurance and also the above-standard services for which they must pay extra money. These include for example the possible use of higher quality materials necessary for the treatment (economically more expensive health care alternative), your choice of physician - surgeon, above-standard equipped rooms during hospitalization etc. If the insured person chooses economically more expensive alternative, he is legally obligated to pay the difference between the prices of this alternative and economically cheaper alternative. The list of the above-standard services currently contains 18 items and should continue to grow.

The aim of this bachelor thesis is to summarize the current legislation of this issue and in particular to determine whether the respondents are willing to use the supplementary insurance to receive above-standard services.

There is outlined the historical development of health insurance, health insurance principles and its institutional provision in the theoretical part. The attention is paid to the expenses that flow to the Czech healthcare and there is briefly described healthcare systems functioning in selected countries for international comparison. Conclusion of the theoretical part contains information about the above-standard services issue and about the attitude of the Czech insurance companies to the option of additional insurance of this healthcare.

The practical part of the thesis is a critical examination of the interest of the insured persons to in using the above-standard healthcare and furthermore whether the respondents consider the possibility of a private insurance for the event of excessive cost needs and what forms and types of healthcare they prefer. Data were collected using the quantitative research and querying method. There were set 3 research hypotheses. Hypothesis 1: Respondents with income above 25 000 CZK per month are willing to use the possibility of additional insurance to receive above-standard healthcare, while respondents with lower income do not think about this possibility. Hypothesis 2: Female respondents planning birth prefer the possibility of additional insurance to receive above-standard healthcare related to pregnancy and childbirth. Hypothesis 3: Other respondents prefer the possibility of additional insurance to receive

above-standard dental care. After analyzing the results, first two hypotheses were confirmed. Third hypotheses wasn't confirmed.

This work would be particularly suitable as a study material for students of Jihočeská univerzita in certain school subjects or for students from other schools. The theoretical part of the work could be used as an informational material for interested individuals and especially for the general public.

Perhaps this work could become suggestion to process further research on this issue and answer different, new and still unopened questions.

## **Prohlášení**

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2013

.....

Linda Dubská

## **Poděkování**

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



# Obsah

Úvod.....	11
1 Současný stav.....	12
1.1 Základní pojmy .....	12
1.1.1 Definice zdraví.....	12
1.1.2 Definice pojištění.....	12
1.1.3 Financování zdravotní péče .....	12
1.2 Historický vývoj zdravotního pojištění.....	13
1.2.1 Situace u nás .....	14
1.3 Základní principy veřejného zdravotního pojištění .....	15
1.3.1 Vznik a zánik zdravotního pojištění .....	16
1.3.2 Práva a povinnosti.....	16
1.4 Osobní a věcný rozsah zdravotního pojištění .....	17
1.4.1 Osobní rozsah zdravotního pojištění.....	17
1.4.2 Věcný rozsah zdravotního pojištění.....	18
1.4.3 Hrazené služby.....	18
1.4.4 Nehrazené služby .....	18
1.4.5 Základní a ekonomicky náročnější varianta .....	19
1.5 Institucionální zajištění .....	20
1.5.1 VZP.....	20
1.5.2 Zaměstnanecké pojišťovny .....	21
1.5.3 Druhy zdravotních pojišťoven .....	21
1.6 Zdravotnické systémy a mezinárodní srovnání .....	21
1.7 Výdaje na zdravotnictví v ČR.....	22
1.8 Výdaje na zdravotnictví ve vybraných státech .....	25
1.8.1 Německo .....	25
1.8.2 Rakousko .....	26
1.8.3 Francie .....	27
1.8.4 Velká Británie .....	28
1.8.5 USA .....	29
1.9 Nadstandardní péče a zdravotní připojištění.....	30
1.9.1 Seznam nadstandardů .....	31
1.10 Tuzemské zdravotní pojišťovny a nadstandardní připojištění.....	32
1.10.1 PATRON .....	32
1.10.2 ZP MV ČR.....	33
1.10.3 Pojišťovna Slavia.....	35
1.10.4 Česká pojišťovna Zdraví.....	35
2 Cíl práce a hypotézy .....	36
2.1 Cíl práce.....	36
2.2 Hypotézy.....	36
3 Metodika .....	37
3.1 Použitá metodika.....	37
3.2 Dotazník.....	37
3.3 Charakteristika výzkumného souboru .....	38

3.4 Vlastní realizace výzkumu.....	38
4 Výsledky .....	39
5 Diskuze .....	57
6 Závěr .....	62
7 Seznam použitých zdrojů.....	63
8 Klíčová slova .....	69
9 Přílohy.....	70

## Úvod

Téma bakalářské práce je zaměřeno na problematiku zdravotního pojištění a na možnost připojištění nadstandardní péče.

V České republice je povinnost zdravotního pojištění dána ze zákona, avšak možnost nadstandardního připojištění je dobrovolná a je na každém jedinci, zda si tuto formu zvolí nebo se spokojí pouze se základní (standardní) péčí. Zdravotní pojištění a možnost připojištění nadstandardní péče jsou upraveny v zákoně číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který je jedním z hlavních pramenů v této oblasti.

Zdravotní pojištění je jistě pro širokou veřejnost známé, ale o možnosti výběru ekonomicky náročnější varianty (nadstandard) není poskytnuto dostatečné množství informací.

Zavedení ekonomicky náročnějších variant bylo součástí reformy českého zdravotnictví, na které usilovně pracovalo Ministerstvo zdravotnictví a v současnosti na ní stále pracuje. Ministerstvo zdravotnictví v rámci této reformy přijalo řadu zcela nových právních předpisů a mnoho dalších bylo novelizováno. Reforma má zajistit finanční stabilitu a efektivnější fungování zdravotnictví.

Příčinou výběru tématu této bakalářské práce byla především aktuálnost a v posledním roce i jeho mediální publicita ať už v televizi, novinách či na internetu. Zvolená problematika mě zaujala také díky častým legislativním změnám, kterými si v posledních letech prošla. Současně jsem chtěla zjistit, zda by obyvatelé České republiky chtěli využít možnost připojištění nadstandardní péče a kolik peněz by byli ochotni do tohoto připojištění investovat. Důležitou skutečností je i fakt, že se dotýká všech obyvatel České republiky, čili každého z nás a je jistě užitečné znát možnosti, které zdravotní systémy nabízejí. Jde především o naše zdraví a to máme všichni jen jedno.

# 1 Současný stav

## 1.1 Základní pojmy

### 1.1.1 Definice zdraví

Dle Světové zdravotnické organizace znamená zdraví určitou schopnost vést plnohodnotný život jak po stránce sociální, tak i po stránce ekonomické.

Zdraví nemusí být pouze nepřítomnost nějaké nemoci, ale může být také definováno jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody **(36)**.

### 1.1.2 Definice pojištění

Obecně můžeme konstatovat, že pojištění je systém, soubor činností, kterými si pojišťujeme „něco“ v době, kdy to nepotřebujeme, na dobu, kdy to budeme potřebovat **(17)**.

### 1.1.3 Financování zdravotní péče

V České republice existují tři hlavní způsoby financování zdravotní péče. Jsou to zdravotní pojišťovny, veřejné rozpočty a soukromé zdroje (domácnosti). Největší podíl na financování zdravotní péče má veřejné zdravotní pojištění. Stát musí určit povinnost, aby občané byli pojištěni a to na základě principu solidarity (vzájemnosti). Do systému je přispíváno i dalšími okrajovými složkami, jako jsou např. církve, různé charitativní organizace a jiné (sponzorské dary), ale tyto ostatní položky zahrnují pouhé 1% výdajů na zdravotnictví **(30)**.

## ***1.2 Historický vývoj zdravotního pojištění***

Pojem pojištění je starší více jak 4000 let. Počáteční formy pojištění jsou známy ze starověkého Egypta již kolem roku 2500 let př. n. l, kde kameníci, kteří pracovali na stavbě pyramid, mezi sebou uzavírali dohody na vzájemné krytí pohřbů. Podobná úprava existovala i v roce 1792 – 1750 př. n. l. ve Starobabylónské říši za vlády krále Chammurabiho, který ji nechal vytesat do sloupu. Tato právní úprava obsahovala nejen krytí nákladů na pohřeb pojištěného člena v případě úmrtí, ale i na úhradu škod, které mohly vzniknout při přepravě zboží na cestách karavan a na moři. Zajímavý doklad z období před naším letopočtem můžeme najít v Athénách kolem roku 400 o sociálním pojištění pro případ poškození zdraví ve válce nebo odškodnění zmrzačených vojáků.

Další myšlenky o možnosti pojištění vznikaly ve středověku. S rozvojem námořní dopravy docházelo ke zrodu námořních půjček již kolem 10. století. První pojistné smlouvy týkající se pojišťování lodí a lodních nákladů, které se dochovaly, byly podepsány roku 1347 v italském Janově a roku 1379 v Pise. Zásluhou těchto smluv byla zahájena éra komerčního námořního pojištění. Toto pojištění se později v 15. století netýkalo jen lodní přepravy a rizik s ní spojených, ale jednalo se také o pojištění proti škodě způsobené ohněm a díky tomu vznikaly i pojišťovací ústavy. Významným mezníkem je i druhá polovina 17. století, kdy se rozšiřovalo pojištění zásluhou rozvoje zámořského obchodu. Tato forma pojištění představovala pojištění individuální, tj. institut pojištění soukromého založeného na soukromoprávní smlouvě **(13)**.

V 19.století se rychle rozvíjela průmyslová výroba a vytvářela se velká skupina pracujících, kteří ale nebyli schopni nebo neměli dostatek prostředků na pokrytí budoucích sociálních či zdravotních událostí. Díky těmto problémům začaly vznikat snahy o sociální pojištění. V této době se také pohotově rozvíjela zdravotní technika, a ta vedla k růstu nákladů a ke zdražení léčby. S medicínským pokrokem a náhlým růstem nákladů došlo k významnému sociálnímu problému a bylo tedy nutné přijmout určitá opatření. Významnou osobou, která se snažila tento problém řešit, byl císař Vilém II. Jeho zásluhou byl roku 1883 vydán dokument k zavedení sociálního pojištění, který byl podnětem pro zákon o povinném zdravotním pojištění pro zaměstnané dělníky.

V našich zemích, tj. v té době Rakousko – Uhersko, byl přijat podobný zákon v roce 1886 a v roce 1877 byl přijat zákon o úrazovém pojištění. Podobná legislativa vznikala i v řadě dalších evropských zemích na přelomu 19. a 20. století. Koncem 19. století došlo v oblasti zdravotního pojištění ke vstupu komerčních pojišťoven **(23)**.

### 1.2.1 Situace u nás

První záznamy o pojišťovnictví u nás se datují kolem konce 17. století. Významným rokem je rok 1777, kdy byla v českých zemích založena pojišťovna proti škodám, které může způsobit oheň na polích, nábytku, na dobytku a na náradí. V roce 1827 byl založen císařskokrálovský privilegovaný, český, společný, náhradu škody ohněm svedené pojišťující ústav, který svůj název později změnil na První českou pojišťovnu a díky kterému se neustále odvíjí tradice českého pojišťovnictví.

V sedmdesátých a osmdesátých letech předminulého století bylo české pojišťovnictví již tak silné, že ekonomickou stabilitou První české vzájemné pojišťovny neotřásl například ani značné škody, jako byly požáry mlýnů roku 1870 v Čejticích, ve Vojkovicích, roku 1878 v Praze a roku 1881 v Karlíně. Ani největší náhrada škody v devatenáctém století poskytnutá za jednu pojistnou událost, a to krátce po požáru Národního divadla v Praze 12. srpna 1881, pojišťovnu neohrozila **(12)**.

Značný vliv mělo pro pojišťovnictví válečné období v letech 1914 – 1918, kdy docházelo ke stoupání poptávky po životním pojištění, pojištění majetku a v neposlední řadě proti požárům a válečnému pojištění.

Po vzniku Československa se v letech 1919 – 1925 rozšířilo zdravotní pojištění na všechny námezdně pracující a na státní a veřejné zaměstnance. Pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří upravil zákon č. 221/1924 Sb. Již v roce 1930 působilo v tehdejší Československu několik typů nemocenských pojišťoven a zhruba polovina obyvatelstva byla pojištěna. Základem zdravotní péče byl praktický lékař a na zdravotní pojišťovně bylo, zda uzná volnou volbu lékaře či ne. Tento systém zavedený v Československu prakticky přečkal i období okupace v letech 1945 – 1948, ve kterých nedošlo k podstatným změnám. Po únoru 1948 bylo nemocenské a důchodové pojištění

sjednoceno do jednoho povinného systému ve smyslu zákona číslo 99/1948 Sb., o národním pojištění (v roce 1951 se důchodové pojištění oddělilo a osamostatnilo). Správu převzala Ústřední národní pojišťovna. V té době také došlo ke znárodnění nemocnic, léčeben, lázní apod. Zdravotní péče byla pro všechny občany bezplatná, i když byla financována z daní (17).

Roku 1966 přijalo tehdejší Národní shromáždění Československé republiky zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který upravoval povinnosti státu, zdravotnických zařízení, uživatelů zdravotnických služeb i zdravotnické péče. Zákon nebyl do roku 1990 ani jednou pozměněn, ale od roku 1990 prošel mnoha novelizacemi. V současné době již není v platnosti, ale byl s účinností od 1. 4. 2012 nahrazen zákonem 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Po roce 1990 bylo zavedeno všeobecné zdravotní pojištění, a proto byl přijat zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně. Oba tyto zákony byly přijaty Českou národní radou. Dalším významným zákonem je zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, díky kterému měl být omezen monopol jedné zdravotní pojišťovny a mělo být také vytvořeno konkurenční prostředí. Zákon č. 550/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně byl nahrazen zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, který je ve znění pozdějších novel platný i v současnosti (37).

### ***1.3 Základní principy veřejného zdravotního pojištění***

Jedním z hlavních principů veřejného zdravotního pojištění je povinná účast na tomto pojištění. Jedná se v podstatě o osobní rozsah zdravotního pojištění, který je podrobněji popsán v kapitole 1.4.

Svobodná volba zdravotní pojišťovny či lékaře je neméně důležitým principem. Všichni pojištěnci mají zákonem stanovené právo na tento svobodný projev vůle a také na možnost změny zdravotní pojišťovny nebo lékaře, a to jednou za 12 měsíců vždy k 1. lednu následujícího kalendářního roku.

Veřejné zdravotní pojištění je vybudováno na principu sociální solidarity pojištěnců, čili na třetím principu veřejného zdravotního pojištění a je součástí systému českého zdravotnictví a zároveň i nezbytnou podmínkou jeho fungování. Jedná se v podstatě o sdružení osob ke společnému řešení, které je buď dané zákonem či ochotou zúčastněných. Princip sociální solidarity je nutné chápat trojím způsobem, a to jako solidaritu zdravých a nemocných, solidaritu v čase a solidaritu v objemu (mezi bohatými a chudými) **(35)**.

### 1.3.1 Vznik a zánik zdravotního pojištění

Vznik a zánik zdravotního pojištění je upraven v zákoně číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v § 3, odstavec 1 a 2. Dle těchto ustanovení zdravotní pojištění vzniká dnem narození, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky. Pro osoby, které na území České republiky nemají trvalý pobyt, vzniká zdravotní pojištění v případě, že se stanou zaměstnancem na území České republiky, nebo když zde získají trvalý pobyt. Zdravotní pojištění zaniká dnem úmrtí pojištěnce či jeho prohlášením za mrtvého. Pojištění zaniká také dnem, kdy osoba bez trvalého pobytu přestane být zaměstnancem, anebo když dojde k ukončení trvalého pobytu v České republice **(38)**.

### 1.3.2 Práva a povinnosti

Práva a povinnosti pojištěnců jsou zahrnuty v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v § 11 a § 12.

Mezi klíčová práva pojištěnců, která jsou uvedena v § 11 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, patří *právo na výběr zdravotní pojišťovny, právo na výběr poskytovatele zdravotních služeb, právo na časovou a místní dostupnost, právo na zdravotní péči a výdej léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky bez přímé úhrady, právo kontroly poskytnuté zdravotní péče, právo na vystavení dokladu*



*o zaplacení regulačního poplatku.* Pokud má pojištěnec podezření, že mu hrazené služby nejsou poskytovány v souladu se zákonem, má právo podat stížnost dle tohoto zákona nebo se může obrátit i na Českou lékařskou komoru.

Povinnosti, které by pojištěnec měl dodržovat, jsou uvedeny v § 12 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Mezi nejdůležitější z nich patří *plnění oznamovací povinnosti, hrazení příslušné zdravotní pojišťovně pojistné, prokazování se průkazem pojištěnce při poskytování zdravotní péče, dodržování léčebného režimu stanoveného poskytovatelem, preventivní prohlídky, oznámení ztráty průkazu pojištěnce ve stanovené lhůtě a jiné (38).*

#### **1.4 Osobní a věcný rozsah zdravotního pojištění**

##### 1.4.1 Osobní rozsah zdravotního pojištění

Účast občanů České republiky na zdravotním pojištění není otázkou svobodné vůle, ale vzniká na základě zákona. Jedná se o osobní rozsah zdravotního pojištění dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Dle této právní úpravy, jak už bylo výše uvedeno, jsou zdravotně pojištěny osoby, které mají na území České republiky trvalý pobyt nebo osoby, které na území České republiky trvalý pobyt nemají, ale jsou pracovně činné pro zaměstnavatele, který má na našem území sídlo.

V zákoně jsou zmíněny i osoby vyjmuté ze zdravotního pojištění a to osoby, které na našem území vykonávají nelegální práci. Vyňaty jsou i osoby, které u nás mají trvalý pobyt, ale jsou činné pro zaměstnavatele, který požívá diplomatické výhody a imunity, anebo osoby pracující pro zaměstnavatele, který na území České republiky nemá sídlo. Do zdravotního pojištění nejsou zahrnuty ani osoby, které pobývají v cizině po delší dobu a neplatí pojistné (38).

#### 1.4.2 Věcný rozsah zdravotního pojištění

Věcným rozsahem rozumíme rozdělení zdravotní péče na péči hrazenou ze zdravotního pojištění a na péči, která se z tohoto pojištění nehradí. Jde o pojištění, které je všeobecně platné a na jehož základě se dle jednotné právní úpravy poskytuje oprávněným osobám zdravotní péče hrazená z tohoto povinného zákonného pojištění. Zákonné zdravotní pojištění se s ohledem na ekonomické možnosti nemůže vztahovat na veškeré zdravotní výkony. Občanům je umožněno využít doplňkových forem fakultativního smluvního pojištění či připojištění **(30)**. Hrazené i nehrazené služby můžeme opět najít v zákoně č. 48/1997 Sb., § 13 – 16 **(38)**.

#### 1.4.3 Hrazené služby

Cílem zdravotních služeb, které jsou hrazeny ze zdravotního pojištění, je zlepšení či zachování zdravotního stavu pojištěnce nebo snaha o zmírnění jeho utrpení. Zdravotní služby mohou být poskytovány pouze v případě, pokud jsou pro pojištěnce dostatečně bezpečné a pokud odpovídají účelu, kterého by mělo být dosaženo. Mezi hrazené služby patří zejména léčebná péče ambulantní i ústavní, záchranná a pohotovostní služba, preventivní péče, dispenzární péče, poskytování léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely, doprava nemocných pojištěnců, odběr krve a tkání stanovených k transplantaci a mnoho dalších **(38)**.

#### 1.4.4 Nehrazené služby

Mezi nehrazené služby patří například výkony akupunktury, vyšetření v osobním zájmu nesouvisející se zlepšením zdravotního stavu, prohlídka vykonaná příkazem soudu aj. Zdravotní péče, která je poskytována v souvislosti s umělým oplodněním, se hradí nejvíce třikrát za život. Výjimečně může být hrazena i čtyřikrát v životě. Všechny další cykly umělého oplodnění patří mezi služby nehrazené.

V předchozím odstavci jsem se zmínila o léčivých přípravcích a potravinách pro zvláštní lékařské účely, které jsou za určitých podmínek ze zdravotního pojištění hrazeny. To neplatí v případech, pokud Státní ústav pro kontrolu léčiv nepřizná jejich úhradu. Jedná se zejména o případy, kdy by bylo jejich užívání z vědeckého hlediska nevyhovující nebo pokud nevyvolávají potřebné léčivé účinky.

Nehrazené služby nebo služby, které se hradí jen za určitých podmínek ze zdravotního pojištění, jsou dále uvedeny v příloze č. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění **(38)**.

#### 1.4.5 Základní a ekonomicky náročnější varianta

Hrazení zdravotních služeb lze uskutečňovat dvěma způsoby, a to buď v souladu s cíleným a hospodárným nakládáním se zdroji veřejného zdravotního pojištění, anebo způsobem, který nedodrží podmínky ekonomického spoření. Pokud se jedná o úsporné vynakládání zdrojů, hovoříme o tzv. „základní variantě“. Druhá varianta je „ekonomicky náročnější“. Ta předpokládá šetrného nakládání se zdroji nesplňuje. Ze zdravotního pojištění je hrazena pouze základní varianta zdravotních služeb. Poskytovatelé mají povinnost nabídnout pojištěncům tuto základní variantu zdravotních služeb a také jsou zavázáni je informovat i o možnosti ekonomicky náročnější varianty. Cena ekonomicky náročnější varianty musí být uvedena v ceníku poskytovatele, musí být zveřejněna na místě přístupném pro veřejnost a nesmí chybět ani dálkový přístup. Pojištěnec, jak už jsem nastínila, má právo si vybrat základní nebo ekonomicky náročnější variantu a v obou těchto případech je jeho výběr zaznamenán do zdravotnické dokumentace. Pokud se pojištěnec rozhodne pro variantu ekonomicky náročnější, nesmí zdravotnická dokumentace postrádat jeho souhlas a musí zde být uveden rozdíl ceny mezi základní a ekonomicky náročnější variantou, který pojištěnec sám uhradí **(38)**.

## ***1.5 Institucionální zajištění***

Veřejné zdravotní pojištění je institucionálně zajištěno zdravotní pojišťovnou, což je finanční instituce, jejímž úkolem je toto zákonné pojištění provádět. Toto pojištění může uskutečňovat buď Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, anebo tzv. zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, což jsou pojišťovny resortní, oborové, podnikové a další. Všechny tyto pojišťovny jsou osobami právnickými, v právních vztazích vystupují svým jménem a také nesou odpovědnost vyplývající z těchto vztahů **(30)**.

### **1.5.1 VZP**

Všeobecná zdravotní pojišťovna je upravena zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. Sídlem této instituce je Praha. Jejím hlavním úkolem je zajištění financování poskytnuté zdravotní péče pro všechny osoby, které jsou přihlášeny jako její pojištěnci a na které se veřejné zdravotní pojištění vztahuje. Dle zákona číslo 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky v § 3, hospodaří pojišťovna s vlastním majetkem a také s majetkem jí svěřeným, přičemž příjmy této pojišťovny zahrnují zejména platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu, její vlastní zdroje, dary a ostatní. Výdaji Všeobecné zdravotní pojišťovny rozumíme například platby za poskytnuté zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění, náklady na činnost pojišťovny apod. **(39)**.

Zásadně důležitou součástí Všeobecné zdravotní pojišťovny jsou její orgány, kterými je Správní a Dozorčí rada. Prostřednictvím těchto orgánů je zajišťována účast pojištěnců, jejich zaměstnavatelů a státu na řízení pojišťovny **(39)**.

### 1.5.2 Zaměstnanecké pojišťovny

Zaměstnanecké pojišťovny upravuje zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách. Tímto zákonem je uspořádán vznik, činnost a zánik těchto pojišťoven a jejich vztah k VZP ČR.

Zaměstnanecké pojišťovny mají velmi podobnou organizační strukturu a orgány jako Všeobecná zdravotní pojišťovna (**40**).

### 1.5.3 Druhy zdravotních pojišťoven

Od roku 2012 ovlivňuje trh veřejného zdravotního pojištění sedm zdravotních pojišťoven, přičemž některé působí celoplošně a některé mají pouze regionální charakter.

Celoplošně působí Všeobecná zdravotní pojišťovna, Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra, Vojenská zdravotní pojišťovna, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna a Oborová zdravotní pojišťovna.

Pojišťovny s regionálním charakterem jsou Zdravotní pojišťovna Škoda Mladá Boleslav a Revírní bratrská pokladna.

Každá zdravotní pojišťovna má po svém vzniku rok na to, aby získala 50 tisíc pojištěnců a pokud se jí to nepodaří, zanikne (**27**).

## ***1.6 Zdravotnické systémy a mezinárodní srovnání***

Zdravotnické systémy ve světě a současně i zdravotní pojištění jsou v jednotlivých státech velmi rozdílné a rozmanité. Pravdou je, že si všechny zdravotnické systémy prošly odlišným historickým vývojem a změnami, a proto se v současné době poměrně podstatně liší. Zdravotnictví každé země je jedinečné a unikátní, ale spojuje je vždy jeden hlavní a důležitý cíl, a to zlepšování zdravotního stavu obyvatel. Pro splnění tohoto cíle je nezbytné dobře fungující zdravotnictví a zdravotní péče, jejichž poskytování se stává jedním z nejdůležitějších úseků ekonomik zemí Evropy.

Zdravotnictví a zdravotní péče nejsou hlavními činiteli, kteří zdraví populace ovlivňují, ale rozhodně jsou důležití, i když působí pouze kolem 15 %. Důležitějšími determinanty v tomto případě jsou například životní styl, prostředí a genetické faktory (41).

Zdravotnictví je v členských státech EU sice odlišné, ale vždy stojí na principu solidarity, která je zároveň jedním z hlavních pilířů. To znamená, že zákon stanovuje občanům povinnost platit zdravotní pojištění, které mají všichni obyvatelé členských států EU včetně České republiky.

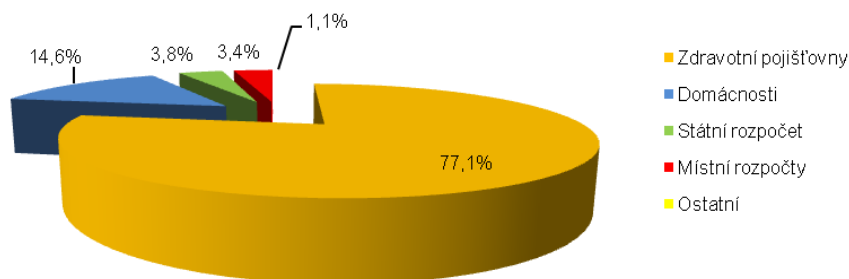
Většina evropských i mimoevropských států se potýká s řadou významných problémů v otázkách zdravotnictví a ani Česká republika není výjimkou. Jedná se například o problémy finanční udržitelnosti nebo stále se měnících preferencí a nároků na zdravotní péči a proudů nových technologií. Obavy o dostatečnosti zdrojů a jejich správné a spravedlivé využití jsou také vyvolány např. rostoucí životní úrovní obyvatel, prodlužováním délky života a stárnutím populace.

Žádné z ekonomicky vyspělých zemí nevyhovuje její systém zdravotní péče. Všechny země zatěžují jeho stále rostoucí nároky, a tak se ho snaží čas od času zlepšit novými reformami, s jejichž výsledky ve většině případů není nikdo zcela spokojen. Tyto reformy jsou silně ovlivňovány krátkodobými politickými zájmy, kdy se hesla typu „lepší zdravotní péči pro všechny“ apod. stávají oblíbenými slogany volebního boje, aby pak v povolebním období zůstaly nenaplněny (33).

### ***1.7 Výdaje na zdravotnictví v ČR***

Největší podíl výdajů na zdravotní péči mají zdravotní pojišťovny (cca 77 %). V českém zdravotnickém systému je zdravotní péče hrazena převážně z veřejného zdravotního pojištění a v některých případech může být doplněna spoluúčastí pacientů. Zdravotní péče je hrazena z části ze státního rozpočtu, ale i z jiných položek, které jsou velmi okrajové a zaujímají pouhé 1 % (5).

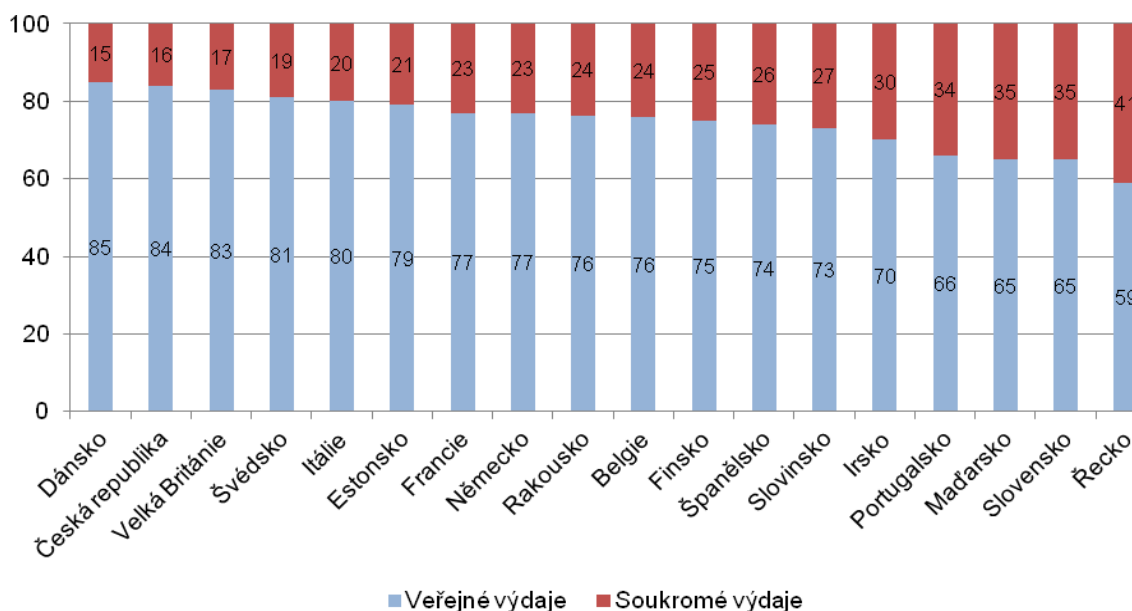
Schéma č.1: Struktura výdajů na zdravotnictví podle zdrojů financování



Zdroj: ČSÚ

Česká republika je zemí, kde je podíl soukromých výdajů občanů na zdravotní péči velmi nízký. V mezinárodním srovnání zdravotnictví ve 27 členských státech EU dle statistiky OECD (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj) patří Česká republika k zemím s nejnižším podílem soukromých výdajů na zdravotnictví (3).

Schéma č. 2: Výdaje na zdravotnictví ve vybraných zemích EU v roce 2010



Zdroj: ČSÚ

Výdaje domácností jsou pouze doplňkovou formou, avšak v současnosti vzrostl jejich význam zejména díky zavedení regulačních poplatků (2008). Výdaje na regulační poplatky a jejich vývoj od roku 2008 je podrobněji popsán v následujícím schématu číslo 3 (4).

Schéma č. 3: Výdaje na regulační poplatky (v tis. Kč)

<b>Druh poplatku</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Poplatky za recept	2 411 161	2 659 293	2 657 363	2 457 967
Poplatky-návštěva lékaře	1 805 866	1 650 240	1 530 418	1 374 137
Poplatky za hospitalizaci	1 176 098	1 262 562	1 242 669	1 242 211
Poplatky za pohotovost	178 145	207 753	191 444	179 915
<b>Celkem</b>	<b>5 571 270</b>	<b>5 779 848</b>	<b>5 621 894</b>	<b>5 254 230</b>

Zdroj: ČSÚ

Celkové výdaje na zdravotnictví za rok 2011 činily dle vládních statistik 289 mld. Kč. Z této částky náleželo 225 mil. Kč zdravotním pojišťovnám a 46 mil. Kč domácnostem. Zbylá částka byla vynaložena ze státního rozpočtu a jiných veřejných rozpočtů. Ze schématu číslo 4 je zřejmé, že se od roku 1995 výdaje na zdravotnictví neustále zvyšovaly. Zlomovým rokem byl rok 2010, kdy se výdaje snížily o 0,6 %. Výdaje z roku 2011 porušily klesající tendenci a opět se zvýšily (31).

Schéma č. 4: Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví

<b>Rok</b>	<b>Celkem (mil. Kč)</b>	<b>Veřejné (mil. Kč)</b>	<b>Soukromé (mil. Kč)</b>
<b>1995</b>	102 664	93 309	9 355
<b>2000</b>	146 835	132 962	13 873
<b>2005</b>	218 774	191 356	27 418
<b>2006</b>	226 810	197 027	29 783
<b>2007</b>	241 935	206 565	35 370
<b>2008</b>	264 520	218 719	45 801
<b>2009</b>	292 708	244 754	47 954
<b>2010</b>	284 141	238 387	45 754
<b>2011</b>	289 180	242 822	46 358

Zdroj: ÚZIS ČR



## *1.8 Výdaje na zdravotnictví ve vybraných státech*

Pro podrobnější seznámení s tématem uvádím několik příkladů možností financování zdravotní péče na vybraných státech Evropy zejména se zaměřením na možnost soukromého připojištění. Zaměřila jsem se především na Německo, Rakousko, Francii a Velkou Británii. Mimo Evropu jsem vybrala Spojené státy americké, jejichž financování je považováno jako jedno z nejnákladnějších ve světě.

### 1.8.1 Německo

Jak uvádí Křížová (2007), Německo je typickým představitelem státu s národním zdravotním pojištěním. Systém zdravotní péče v Německu je založen na povinném zdravotním pojištění. Toto zdravotní pojištění vychází z bismarkovského modelu z roku 1883. Bismarkovský model byl velkou inspirací pro státy celé Evropy, ale i mimo ni. Je tedy jasné, že Německo má v této oblasti velmi bohatou tradici, která byla založena již v době industrializace. Na přelomu 19. a 20. století kancléř Otto von Bismarck nechal vypracovat zákonné pole úrazového a nemocenského pojištění a také pojištění v případě invalidity a důchodové pojištění. Zpočátku se tato právní úprava vztahovala na desetinu obyvatel, ale dnes už z ní těží přibližně 90% německé populace **(18)**.

V Německu se setkáváme se spojením povinného zdravotního pojištění a pojištění dobrovolného. Povinné pojištění se týká přibližně 75% občanů Německa a dalších 23% spadá k pojištění dobrovolnému. Hlavním a rozhodujícím kritériem je výše příjmu občana. Pro občany, kteří nepřevyšují jistý příjem, je platné povinné zdravotní pojištění. Toto pojištění se vztahuje i na rodinné příslušníky (manžel/manželka, nezletilé děti). Příjem je tedy jedním z hlavních způsobů financování zdravotní péče. Financování zdravotnictví a zdravotní péče je tedy závislé na výběru obligatorního pojištění.

Nezbytnou roli v systému hraje i pojištění soukromé, kterému je vedle povinného pojištění ponechán prostor. Soukromé pojištění stojí spíše na okraji a je zejména doplňkové k povinnému zdravotnímu pojištění. Pro osoby, které mají příjem vyšší než stanovuje příjmový strop povinného pojištění, může být soukromé pojištění zajištěno

v plném rozsahu (plné pojištění zdravotní péče). Soukromé zdravotní pojišťovny využívá zhruba 9 % německých občanů a ti jsou u těchto pojišťoven pojištěni.

Můžeme se setkat i s občany, kteří nejsou pojištěni vůbec. Jedná se pouze o neúplné 1 % obyvatel. Nepojištění obyvatelé Německa jsou zvláště lidé s velkými příjmy, kteří jsou schopni platit za zdravotní péči přímo a v hotovosti.

V Německu také existuje forma zdravotního připojištění, což je dodatečná ochrana k povinnému pojištění sloužící ke zmírnění určitých rizik způsobených změnou zdravotního stavu. Jedná se například o zdravotní pojištění u stomatologa, zdravotní pojištění při hospitalizaci a mnoho dalších **(14)**.

Spolková republika Německo patří v dnešní době k zemím s jedním z nejlepších systémů zdravotní péče. Je tomu tak hlavně díky vysokému počtu nemocnic, zařízeních zdravotní péče a privátních ordinací.

V Německu existuje také celá škála zdravotních pojišťoven a každý má právo na to si svou zdravotní pojišťovnu samostatně vybrat **(7)**.

### 1.8.2 Rakousko

Dle rakouské ústavy nese vláda legislativní odpovědnost za většinu oblastí systému zdravotní péče.

System sociálního zabezpečení v Rakousku obsahuje obdobně jako v České republice veškeré úkony, které jsou spojeny s nepříznivou životní situací občana, do které se může dostat. Sociální pojištění je pro občany Rakouska povinné dle zákona o všeobecném sociálním zabezpečení a je od zbytku zdravotnictví odděleno. System tohoto sociálního pojištění je složen z pojištění zdravotního, důchodového a úrazového **(8)**.

Důležitou součástí systému zdravotní péče jsou pojišťovací fondy, kterých je v Rakousku 25 a všechny jsou v provozu. Jsou to například penzijní fond pro dělníky a kancelářské pracovníky, všeobecný fond pojištění pracovních úrazů, pojišťovací fond pro horníky a jiné. Přestože je pojišťovacích fondů v Rakousku dostatek, občané si je nemohou samostatně vybrat.

Dle již zmíněného zákona o sociálním zabezpečení je do systému pojištění zahrnuto skoro 80 % rakouské populace, která do něho přispívá. Příspěvek na zdravotní pojištění je ze základu stanoven podle výše příjmů a je z jedné poloviny hrazen pojištěncem a z druhé poloviny zaměstnavatelem. Výše příspěvku je závislá na typu fondu a dle tohoto typu se pohybuje mezi 6,4 % - 9,1 % ze stanoveného základu. Občané platící tento zákonný příspěvek jsou dle zákona oprávněni čerpat zdravotní péči.

Nepostradatelnou součástí pro fungování systému zdravotní péče je i spoluúčast pacienta, která v Rakousku činí okolo 25 % nákladů. Samozřejmě existují i výjimky pro některé skupiny občanů, kteří jsou od spoluúčasti osvobozeni (děti, důchodci).

V rakouském zdravotnickém systému se také můžeme setkat se soukromým doplňkovým zdravotním pojištěním kryjícím náklady na zdravotní péči, která není placena ze základního povinného pojištění. Jde zde v podstatě i o možnost pokrytí nákladů za nadstandardní péči. Soukromé zdravotní pojištění poskytují pojišťovací společnosti, kterým z něho plyne výnos. Tyto soukromé pojišťovny jsou využity přibližně 1/3 obyvatel Rakouska **(8, 26)**.

### 1.8.3 Francie

Základem zdravotnického systému Francie je zařazení prakticky veškerého obyvatelstva do obligatorního všeobecného zdravotního pojištění. Hlavním posláním francouzského zdravotního pojištění je zajistit každému přístup ke zdravotní péči bez ohledu na výši jeho příjmů **(24)**.

Pro fungování zdravotnictví a poskytování zdravotní péče je nezbytný stát, který vytváří příslušnou legislativu. Ten provádí odborný dozor a administrativní kontrolu nad zařízeními zdravotní péče a také nad zdravotním pojištěním.

Systém zdravotní péče je tedy v tomto státě založen na zdravotním pojištění, které je součástí soustavy sociálního zabezpečení. Nejen zdravotní pojištění je důležitým článkem tohoto uspořádání, ale nepostradatelná je i svobodná volba lékaře a volný přístup do zdravotnických zařízení.

Obyvatelé (pojištěnci) nejsou v přímém vztahu s poskytovateli zdravotnických služeb, ale jejich spojení zprostředkovává pojišťovna. Spolupráce mezi pojišťovnou a poskytovateli zdravotnických služeb funguje na základě smluv, které také stanovují například výši poplatků za zdravotnické služby. Lékaři si nechávají za provedené zdravotní výkony platit přímo v hotovosti pacientem. Na základě vystaveného účtu, který pacienti obdrží od lékaře, je jim provedený výkon proplacen pojišťovnou. Pojišťovna ovšem nikdy neproplácí účet v plné výši.

Zdravotnictví a zdravotní péče ve Francii je považována za velmi prosperující a to dokládá i fakt, že experti ze Světové zdravotnické organizace francouzský systém vyhlásili v roce 2000 jako nejlepší ve světě. Je tomu tak díky dvěma klíčovými faktorům. Prvním tímto faktorem, jak jsem již zmínila výše, je osobní podíl občanů při placení za ošetření. Mimořádné výdaje na zdravotnictví, ve kterých je zahrnuta i péče ústavní, péče domácí, prevence apod., jsou druhým činitelem ovlivňujícím kvalitu francouzského systému zdravotnictví.

Vysoká spoluúčast pacientů do systému zdravotní péče má za následek uzavírání doplňkového zdravotního pojištění. Tuto formu pojištění využívá přibližně 99 % obyvatel Francie, kteří si mohou a mají právo vybrat si z velkého množství soukromých pojišťovacích institucí. V případě, že má pacient uzavřeno doplňkové zdravotní pojištění jsou ve většině případů náklady kryty v celé výši. Výše příspěvku doplňkového zdravotního pojištění činí kolem 2,5 % z výše platu (6).

#### 1.8.4 Velká Británie

Zdravotnictví Velké Británie (tzv. státní zdravotnictví), je ústředně řízeno a financováno státem. Zdravotnictví je tak dle tradice financováno z daňových příjmů státního rozpočtu (81 %) a zdravotnické služby jsou poskytovány celé populaci dle jejich potřeb bez ohledu na schopnost jednotlivců za péči platit (25).

Vedle financí, které stát získává z daní, proudí do britského systému i zdroje ze zákonného pojištění (15 %) a ostatních zdrojů (4 %). Díky takto získaným finančním prostředkům lze pokrýt nejen zdravotní péči, ale i sociální dávky. Mimo to existuje i

soukromý sektor, který je financován přímými platbami nebo soukromým (komerčním) zdravotním pojištěním (11).

Příspěvky plynoucí ze zákonného pojištění od obyvatel Velké Británie jsou rozděleny do čtyř příspěvkových tříd. První skupinou jsou zaměstnanci, kterým zaměstnavatel za účelem příspěvku strhává určitou částku ze mzdy. Zaměstnavatel je povinen uhradit 12,8 % a zaměstnanec 11 %. OSVČ dosahující výdělku k určité hranici jsou druhou příspěvkovou třídou a příspěvek platí zpětně. Dobrovolné pojištění nezaměstnaných osob spadá do třetí třídy a do čtvrté třídy patří OSVČ, kterým se vyúčtovává příspěvek dle zisku (8 %).

Ve zdravotnictví Velké Británie je nezbytným zákonným dokumentem tzv. White Paper upravující předpoklady pro poskytování zdravotní péče. Vedle této listiny je pro dobře fungující péči důležitá i složka úřední, která je v tomto státě zajišťována zdravotními úřady. Tyto úřady nesou odpovědnost za zdravotní péči zajištěnou poskytovateli a také za výši poplatků.

Model zdravotnictví Velké Británie poskytuje všem vrstvám obyvatel velkou přístupnost ke zdravotní péči a také zaručuje, že nikdo z britské populace není vyloučen.

Samozřejmě jako všechny modely i tento model není zcela dokonalý a trpí celou řadou nedostatků. Ty jsou způsobeny především tím, že stát má k dispozici jen část zdrojů a je tedy do určité míry omezen. Dalším faktorem podílejícím se na této nedokonalosti je neomezené čerpání služeb a zdravotní péče, které způsobuje v rámci systému nápadné pnutí a to je posléze příčinou například zhoršující se kvality skýtané péče (9).

### 1.8.5 USA

USA je v současné době jedna z mála vysoce hospodářsky i průmyslově vyvinutých zemí, ve které není dosud zaveden systém všeobecného zdravotního pojištění.

Spojené státy americké z hlediska financování zdravotní péče patří to tzv. tržního zdravotnického systému. Tento tržní systém je založen na zásadách liberalismu a individualismu, kdy každý občan je povinen odpovídat si za své zdraví sám.

Právo na zdravotní péči není zaručeno jako občanské právo, ale zdraví je chápáno spíše jako „zboží“, které si občané mohou koupit. Lékaři zde vystupují jako podnikající subjekt a zdravotní péče je jim hrazena přímými platbami pacientů nebo ze soukromého zdravotního pojištění.

Postavení státu je v otázkách zdravotní péče velmi okrajové, neboť stát negarantuje péči pro všechny obyvatele. Výjimku tvoří zdravotní programy, které jsou sestavovány federální vládou nebo na úrovni jednotlivých států a jsou určeny pouze pro vybrané skupiny obyvatel. Jedná se o program Medicare, který je určený zejména pro staré a postižené občany a druhým programem je Medicaid směřující k určitým skupinám chudých obyvatel (např. chudí lidé, slepí, těhotné ženy s nízkými příjmy a jiné) (35).

Forma zdravotnictví je složena ze směsice soukromého pojištění, veřejného pojištění a z mnoha osob, které zůstávají nepojištěny úplně nebo jsou pojištěny jen málo. Podíl osob, které nemají pojištění, činí přibližně 14 % veškeré populace (37 miliónů obyvatel) (10).

Přes výhody vysoké kvality péče a podpoře medicínských technologií, které zdravotnictví USA nabízí, má stále i velké nedostatky spočívající v nerovnosti (nedostatečná dostupnost zdravotní péče) a vysoké spoluúčasti pacientů. Zdravotnictví tohoto státu se vyznačuje nejen velkou nákladností systému, ale i vysokými náklady na administrativu. Není divu, že dle studie OECD z roku 2011 (Health at a Glance) byl shledán systém zdravotní péče USA nejnákladnějším, a to hlavně díky vysokým výdajům na zdravotnictví (15, 19).

### ***1.9 Nadstandardní péče a zdravotní připojištění***

S pojmem standardní a nadstandardní péče se jistě většina z nás setkala v souvislosti s reformou českého zdravotnictví. V posledních několika letech jde o velmi probírané téma jak v politickém světě, médiích, tak i mezi „obyčejnými“ lidmi.

Reforma českého zdravotnictví probíhá v několika fázích. V první fázi byly v roce 2008 zavedeny regulační poplatky. Dále následovalo přijetí nových zdravotnických zákonů a novel, a to například zákon číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zákon číslo 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, nebo zákon číslo 374/2011 Sb., o záchranné zdravotnické službě. V další fázi došlo ke změnám v regulačních poplatcích, kdy se už neplatí za každou položku na receptu, nýbrž za celý recept. Poplatek za den hospitalizace v nemocnici se zvýšil na 100 Kč z původních 60 Kč. Byly změněny i čekací lhůty a stanovily se maximální limity, dokdy musí být pacientovi poskytnuta zdravotní péče. Poslední fáze přinesla zavedení ekonomicky náročnější varianty, která má zajistit příliv soukromých zdrojů do zdravotnictví **(29)**.

Za účelem vymezení rozsahu standardní a nadstandardní péče byla sestavena Pracovní skupina, která posuzuje návrhy na ekonomicky náročnější variantu zdravotních služeb. Úkolem této skupiny je především definice společných, morálních a vědeckých aspektů pro nadstandardní variantu služeb a také určení výkonů, u kterých bude ekonomicky náročnější varianta přípustná. Pracovní skupina je složena z několika zástupců pracujících pro důležité organizace v oblasti zdravotních služeb, péče a pojištění. Jedná se o zástupce České lékařské komory, Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, Svazu zdravotních pojišťoven ČR, Koalici pro zdraví, veřejného ochránce práv a několik dalších **(20, 21)**.

### 1.9.1 Seznam nadstandardů

Seznam prvních nadstandardů, za které si pojištěnec může připlatit, pokud bude chtít, vešel v platnost po novele zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění od 1. 1. 2012. V současnosti je možné vybrat si z osmnácti položek nadstandardu a zaplatit tak více peněz například za kvalitnější sádku, různé typy očkování nebo lepší oční čočky.

Očkování zahrnuje několik typů kvalitnějších vakcín proti sezónní chřipce, tetanu, pneumokokům, tuberkulóze, vzteklině a proti rakovině děložního čípku.

Sádry mají být ve formě nadstandardu také lepší a hlavně odlehčené. Jsou to: fixační sádrová dlaha na ruku, předloktí, nohu a bérce, cirkulární sádrový obvaz na prsty, ruku a předloktí, nohu a bérce a dále fixace zlomeniny klíčku Delbetovými kruhy.

Nitroocní čočky ve kvalitnější formě mohou být vyrobeny z tvrdého nebo měkkého plastu.

V původním plánu měla vláda uzákonit nadstandardů více, ale ministr zdravotnictví, Leoš Heger, posunul další vlnu až na rok 2013. Pro rok 2013 se plánovalo zavedení až 70 nových položek nadstandardu, ale seznam nadstandardů nakonec rozšířen nebyl. Na seznamu se měly objevit například lepší kyčelní klouby, císařský řez na žádost rodičky, robotické operace, zákroky mimo ordinální hodiny a jiné.

Poskytovatelé zdravotních služeb mají mít seznam nadstandardů uvedený ve své nabídce. V současnosti ale ještě několik nemocnic nadstandardy vůbec nezavedlo. Někteří zástupci nemocnic zdůvodňují nepřítomnost nadstandardů nízkou poptávkou **(1)**.

Pro účely této práce jsou však do pojmu nadstandardní služba zahrnuty jak ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče, tak doplatky za nadstandardní pokoje v nemocnicích, doplatky na kvalitnější výplně u stomatologa či lepší protetiku apod. Prostě vše, co je nad rámec ošetření hrazeného z veřejného zdravotního pojištění a na co si může pacient připlatit, pokud se tak rozhodne.

## ***1.10 Tuzemské zdravotní pojišťovny a nadstandardní připojištění***

### **1.10.1 PATRON**

Na změny ve zdravotnictví jsou nuceny se připravovat i tuzemské zdravotní pojišťovny. První pojišťovnou, která reagovala na tyto změny, byla Všeobecná zdravotní pojišťovna. Pojištění nadstandardní zdravotní péče se tak od 1. 8. 2012 stalo součástí pojištění PATRON (viz příloha číslo 1).

Zdravotní pojištění PATRON obsahuje hned tři typy pojištění, kterými jsou pojištění pro případ hospitalizace, pojištění pro případ pracovní neschopnosti a pojištění



nadstandardní zdravotní péče. Pojištění nadstandardní péče lze sjednat pouze současně s pojištěním pro případ hospitalizace nebo s pojištěním pro případ pracovní neschopnosti. Vstupní věk pro pojištění nadstandardní péče se pohybuje od 1 roku do 60 let **(34)**.

Pojištění nadstandardní péče zahrnuje tři složky:

1. **Pojištění ekonomicky náročnější varianty** obsahuje již zmíněné fixace, očkování a oční čočky. Limit pojistného plnění není pro tyto případy nijak omezen.
2. **Pojištění příplatku za zvoleného operátora či porodníka** je poskytnuto v situacích, kdy si pojištěnec sám chce zvolit lékaře a hranice pojistného plnění se pohybuje v rozmezí 15 000 – 45 000 Kč za jeden rok.
3. **Pojištění asistenční služby** je třetí a poslední složkou tohoto pojištění a jedná se zejména o bezplatné poradenství v oblasti zdraví **(34)**.

#### 1.10.2 ZP MV ČR

Nejen Všeobecná zdravotní pojišťovna reagovala na tyto změny, později se k ní připojila Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra.

ZP MV ČR je jednou z vůdčích pojišťoven na českém trhu a na novelu zákona také zareagovala vyvinutím nových produktů, které umožňují klientovi možnost připojištění nadstandardní zdravotní péče. Možnost takového připojištění funguje v rámci osobního zdravotního pojištění. Ve spolupráci s jejím komerčním partnerem – pojišťovnou ERGO – připravila ZP MV ČR nový produkt, který nese název Nadstandard 211 a je platný od 1. 2. 2013.

Produkt Nadstandard 211 byl zpracován s určitými záměry. Významným cílem je pohled klienta na možnost připojištění a také pohled ZP MV ČR. Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra sleduje zejména možnosti, jak se odlišit od ostatních konkurenčních pojišťoven. Další důležitou součástí produktu je nejen podpora vztahů se stávajícími klienty, ale i získávání klientů nových.

Vstupní věk do Nadstandardu 211 musí být nejméně 15 let, maximálně však 65 let. Připojištění zaniká automaticky dosažením věku 70 let.

Produkt Nadstandard 211 může být poskytován dvěma způsoby. Jednak ve variantě základní (Základ) nebo ve variantě lepší (Komfort). Placení pojistných částek v prvních čtyřech letech roste tak dlouho, než se dosáhne maximální hranice zvolené varianty (Základ / Komfort). Pojistné částky v prvních čtyřech letech rostou, a to i za situace, kdy pojištěnec plnění nečerpá. Pojistná částka v prvním roce činí až 500 / 1 000 Kč, v druhém roce až 750 / 1 500 Kč a ve třetím roce až 1 000 / 2 000 Kč. Ve čtvrtém roce a v následujících letech trvání pojištění dosahuje pojistná částka 1 500 / 3 000 Kč. Celý ceník obou variant je uveden v příloze číslo 2.

Koncept produktu Nadstandard 211 vypadá jako balíček, který obsahuje 4 pojistná krytí, se kterými nelze obchodovat samostatně. Těmito čtyřmi pojistnými ochranami je myšlen operační plán, nadstandardní sádry, záchraňovací náklady a zubní péče (42).

Typy pojistných krytí Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra:

1. **Operační plán** se uplatňuje v případě, kdy pojištěnec podstupuje operaci, která ovšem musí být uvedena na seznamu. V tomto případě se otevírá pojištěnému možnost na nadstandardní pokoj, zvolení vlastního operátora, kompenzace nevyplacené mzdy a další. Platí v České republice a v schengenském prostoru.
2. **Nadstandardní sádry** jsou klientům poskytovány v souvislosti s úrazem a je jim poskytnuta 100 % náhrada, ale pouze na území České republiky.
3. Při převozu zraněného do nejbližší nemocnice jsou klientovi proplaceny **záchraňovací náklady** do výše 10 000 Kč.
4. U **zubní péče** je pojištěncům propláceno 80 % vynaložených nákladů při podrobení se nutnému zákroku nebo při využití placené preventivní péče či zubní hygieny (42).

V prvních týdnech, kdy začala Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra nabízet tuto možnost připojištění, získala pouze několik klientů.

### 1.10.3 Pojišťovna Slavia

Pojišťovna Slavia poskytuje svým pojištěncům finanční prostředky na pokrytí zvýšených nákladů v souvislosti s nemocí nebo operací, jako je například lepší pokoj v nemocnici, osobní ošetřovatelka nebo rehabilitace v zařízení, které nehradí veřejné zdravotní pojištění. O využití získaných prostředků rozhoduje pojištěný.

Slavia vrací 50 % pojistného po deseti letech, pokud v této době nedojde k nějaké škodě. Možnost připojištění je jako u ZP MV ČR dostupná ve dvou variantách (Silver a Gold). Cena balíčku Silver činí 300 Kč za měsíc a na balíček Gold se platí 580 Kč měsíčně **(28)**.

### 1.10.4 Česká pojišťovna Zdraví

Možnost připojištění volby lékaře má ve své nabídce Česká pojišťovna Zdraví. Toto pojištění mohou využít osoby ve věku od 0 – 60 let. Pojistné krytí lze vyplatit ve výši do 15 000 Kč. Pojistné se platí ročně, a to od 0 – 17 let ve výši 336 Kč ročně a poté se postupně zvyšuje. Ve věku 45 let činí pojistné již 960 Kč za rok **(2)**.

## **2 Cíl práce a hypotézy**

### ***2.1 Cíl práce***

Bakalářská práce je složena ze dvou částí.

Cílem první části je shrnutí současné právní úpravy v dané problematice pojištění a připojištění nadstandardní péče, a to za pomoci odborné literatury.

Druhá část práce je zaměřena na zjištění, zda by respondenti byli ochotni využít možnost připojištění nadstandardní péče a v jakém rozsahu.

### ***2.2 Hypotézy***

Hypotéza č. 1: Respondenti s příjmem nad 25 000 Kč měsíčně jsou ochotni využít možnost připojištění nadstandardní péče, zatímco respondenti s nižšími příjmy o této možnosti neuvažují.

Hypotéza č. 2: Respondentky – ženy plánující narození dítěte upřednostňují možnost připojištění nadstandardní péče v souvislosti s těhotenstvím a porodem.

Hypotéza č. 3: Ostatní respondenti upřednostňují možnost připojištění nadstandardní stomatologické péče.

## **3 Metodika**

### ***3.1 Použitá metodika***

Pro zjištění názoru veřejnosti na možnost připojištění nadstandardní péče a ověření stanovených hypotéz byl aplikován kvantitativní výzkum a metoda dotazování. Ke sběru dat byla použita technika dotazníku, který byl vytvořen za účelem studie.

### ***3.2 Dotazník***

Dotazník byl z časových důvodů složen pouze z 10 otázek. Na začátku dotazníku jsou respondenti osloveni a seznámeni s důvodem výzkumu. Respondenti jsou také informováni o anonymitě dotazníku a o způsobu vyplňování jednotlivých otázek. První dvě úvodní otázky jsou identifikační a mají za úkol zjistit pohlaví a věk dotazovaných. Otázky číslo 3 – 10 jsou již zaměřeny na problematiku připojištění a jsou sestaveny tak, aby mohly potvrdit či vyvrátit dané hypotézy. U otázek číslo 4 až 7 jsou respondenti tázáni na to, zda by možnost připojištění nadstandardní péče využili, jakou částku by byli ochotni na toto připojištění věnovat a jaký typ by upřednostnili, přičemž si mohou vybrat z osmi nabízených možností nebo uvést i možnost vlastní. Poslední otázky číslo 8 – 10 jsou určeny ženám v produktivním věku a týkají se možnosti připojištění nadstandardní péče v souvislosti s těhotenstvím a porodem. Dotazník je složen jak z uzavřených, tak i otevřených otázek. Otevřené otázky jsou doplňující a rozvíjející formou pro otázky uzavřené.

Data, která byla sběrem získána, byla zpracována statistickým programem Survio a grafy byly vytvořeny v programu Microsoft Office Excel.

### ***3.3 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor byl vytvořen náhodnými obyvateli Jihočeského kraje. Respondenti byli vybíráni bez ohledu na pohlaví, avšak starší 18 let z důvodu porozumění dotazníku.

### ***3.4 Vlastní realizace výzkumu***

S vlastním výzkumem jsem musela počkat až do nového roku 2013, jelikož právní úprava měla být změněna a bylo avizováno rozšíření variant ekonomicky náročnější zdravotní péče. Nakonec k žádným změnám nedošlo. Sběr dat nezbytných pro výzkum tedy probíhal v termínu od 1.1.2013 do 31.3.2013. Celkem bylo odesláno a rozdáno 300 dotazníků buď formou osobní, anebo formou internetu. Návratnost dotazníků dosahovala 76 % (229 kusů).

## 4 Výsledky

Výsledky z vlastního výzkumu dotazníkového šetření. V příloze číslo 3 je uveden vzor dotazníku.

*Otázka číslo 1: Jste?*

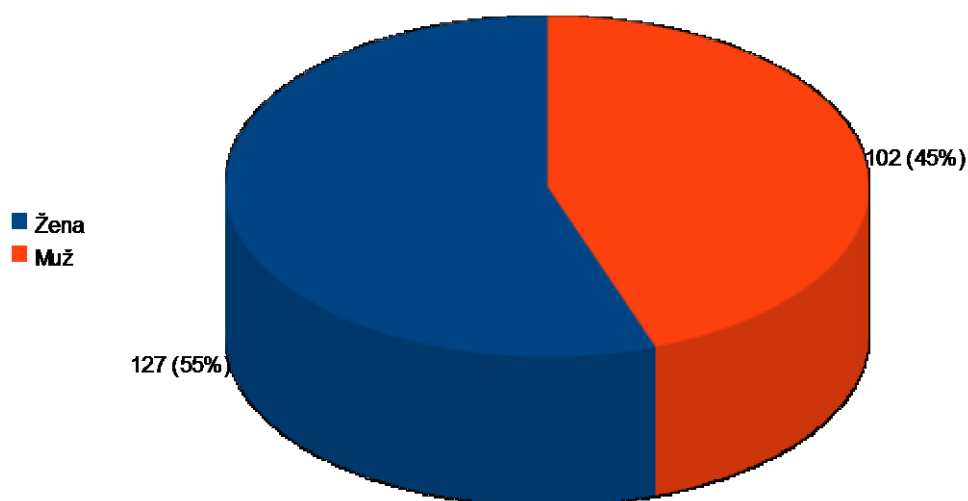
Tabula č. 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Žena	127	55%
Muž	102	45%

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Tabulka číslo 1 znázorňuje zastoupení pohlaví respondentů. Z celkového počtu 229 dotazovaných tvořily ženy 55 % a muži 45 %, přičemž v absolutních číslech se jedná o 127 žen a 102 mužů.

Graf č. 1: Pohlaví respondentů



*Zdroj: Vlastní výzkum*

## Otázka číslo 2: Věk?

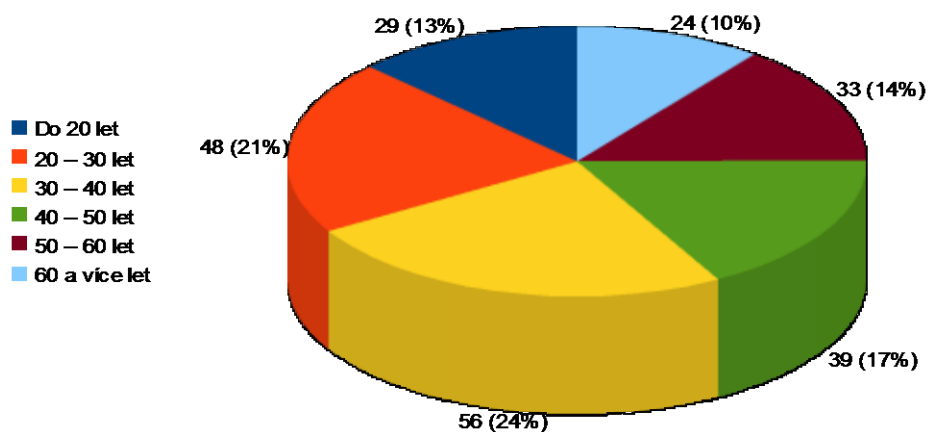
Tabulka č. 2: Věk respondentů

Věk	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Do 20 let	29	13%
20 – 30 let	48	21%
30 – 40 let	56	24%
40 – 50 let	39	17%
50 – 60 let	33	14%
60 a více let	24	10%

Zdroj: Vlastní výzkum

Ze souhrnného počtu 229 (100 %) dotazovaných bylo 13 % (29) respondentů ve věku do 20 let, ve věku 20 – 30 let bylo zastoupeno 21 % (48) respondentů, 24 % (56) respondentů bylo ve věkovém rozmezí 30 – 40 let, 17 % (39) respondentů dosahovalo věku 40 – 50 let, 14 % (33) respondentů bylo ve věku 50 – 60 let a respondentů dosahujících věku 60 a více let bylo zastoupeno 10 % (24).

Graf č. 2: Věk respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum



*Otázka číslo 3: Jaký je Váš měsíční příjem v Kč?*

Tabulka č. 3: Měsíční příjem v Kč

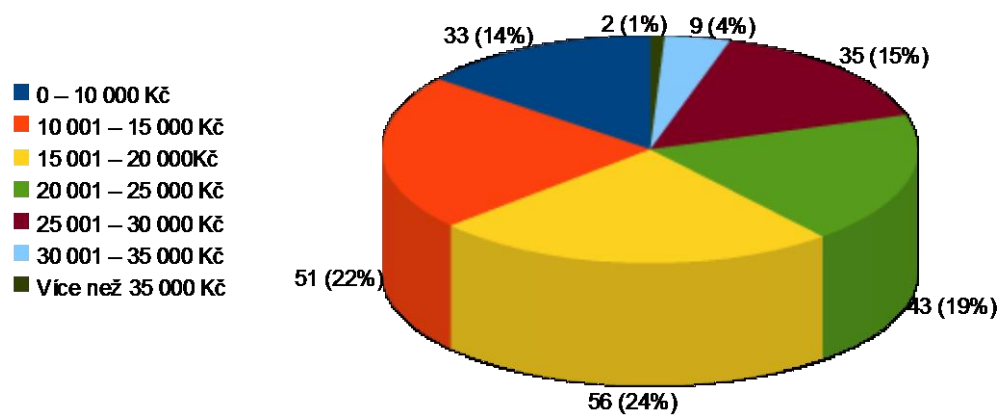
<b>Příjem v Kč</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Počet respondentů v %</b>
0 – 10 000 Kč	33	14%
10 001 – 15 000 Kč	51	22%
15 001 – 20 000Kč	56	24%
20 001 – 25 000 Kč	43	19%
25 001 – 30 000 Kč	35	15%
30 001 – 35 000 Kč	9	4%
Více než 35 000 Kč	2	1%

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Tabulka číslo 3 znázorňuje příjem respondentů v české měně (Kč). Příjem pohybující se v rozmezí 0 – 10 000 Kč dosahuje 14 % (33) respondentů, 22 % (51) respondentů vykazuje příjem 10 001 – 15 000 Kč, 15 001 – 20 000 Kč náleží 24 % (56) respondentům, 20 001 – 25 000 Kč vydělává 19 % (43) dotazovaných, 15 % (35) respondentů má příjem 25 001 – 30 000 Kč, 30 001 – 35 000 Kč má 4 % (9) respondentů a více než 35 000 náleží pouhému 1 % (2) dotazovaných ze zkoumaného vzorku 229 respondentů (100 %).

Ze segmentace respondentů dle příjmu a věku je patrné, že příjem od 0 – 10 000 Kč vykazují z 82 % lidé ve věku do 20 let, 3 % respondentů ve věku 20 – 30 let a zbylých 15 % tvoří respondenti starší 60 let (viz příloha číslo 4).

Graf č. 3: Příjem respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

*Otázka číslo 4: Využili byste v případě možnosti připojištění nadstandardní péče?*

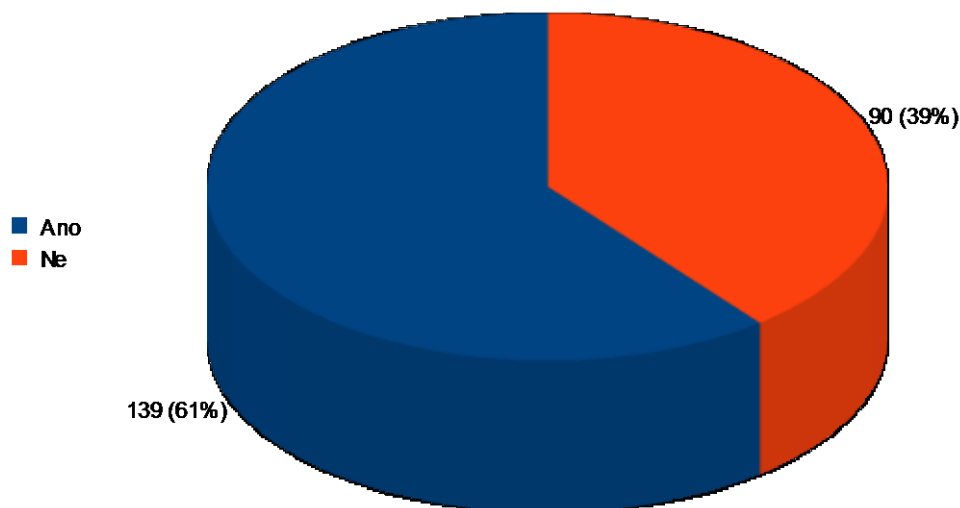
Tabulka č. 4: Využití připojištění nadstandardní péče

Připojištění	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Ano	139	61%
Ne	90	49%

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Tabulka číslo 4 znázorňuje, kolik respondentů ze zkoumaného vzorku 229 (100 %) by v případě možnosti využilo připojištění nadstandardní péče. Výsledky ukazují, že 61 % (139) respondentů by se v případě možnosti připojistilo a zbylých 49 % (90) dotazovaných by tuto možnost nevyužilo.

Graf č. 4: Využití připojištění nadstandardní péče



*Zdroj: Vlastní výzkum*

*Otázka číslo 5: Jakou částku z Vašeho měsíčního příjmu byste byli ochotni věnovat na připojištění nadstandardní péče?*

Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří by o možnosti připojištění nadstandardní péče uvažovali. Z celkového počtu 229 dotazovaných by tuto možnost využilo 61 % (139). Pro účely této otázky je vzorek respondentů 139 (100 %).

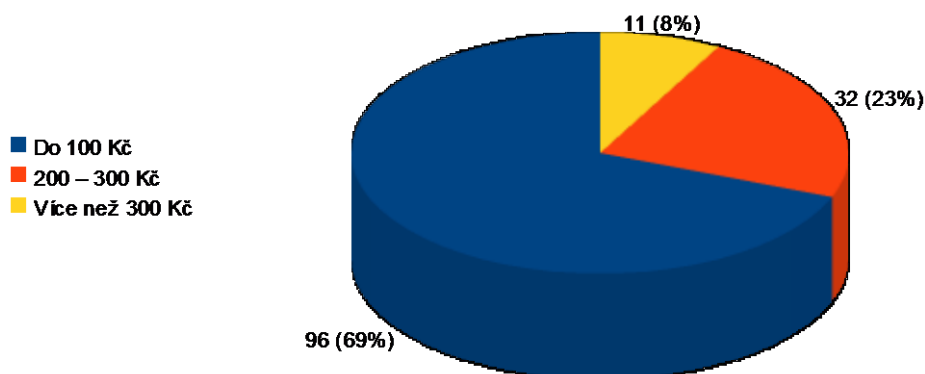
Tabulka č. 5: Potenciální výdaje na připojištění nadstandardní péče

Částka	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Do 100 Kč	96	69%
200 – 300 Kč	32	23%
Více než 300	11	8%

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z tabulky číslo 5 je patrné, že nejvíce respondentů by bylo ochotno věnovat ze svého příjmu na připojištění nadstandardní péče částku do 100 Kč měsíčně. Tuto možnost zvolilo 96 (69 %) respondentů, čili nadpoloviční většina. 32 (23 %) respondentů by na připojištění nadstandardní péče věnovalo 200 – 300 Kč měsíčně a pouhých 11 respondentů (8 %) by poskytlo více než 300 Kč za měsíc.

Graf č. 5: Potenciální výdaje na připojištění nadstandardní péče



*Zdroj: Vlastní výzkum*

*Otázka číslo 6: Jaký typ přípojištění nadstandardní péče byste upřednostnili?*

Na otázku číslo 6 odpovídali pouze respondenti uvažující o možnosti přípojištění nadstandardní péče. Počet těchto respondentů je v absolutních číslech 139. V této otázce měli respondenti možnost zvolit více odpovědí nebo mohli uvést i vlastní variantu.

Tabulka č. 6: Jednolůžkový pokoj v nemocnici

<b>Typ péče</b>	<b>Nejčastější odpovědi</b>	<b>Nejčastější odpovědi v %</b>
Jednolůžkový pokoj	72	52%

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Nejčastější možností, kterou respondenti volili, byla možnost využití jednolůžkového pokoje v nemocnici. Tuto možnost zvolilo 72 (52 %) z celkového počtu 139 respondentů.

Tabulka č. 7: Zvolení operátora nebo porodníka

<b>Typ péče</b>	<b>Nejčastější odpovědi</b>	<b>Nejčastější odpovědi v %</b>
Operátor/porodník	68	49%

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Druhou možností, kterou respondenti často udávali, byla možnost zvolení vlastního operátora či porodníka. Z celkového počtu 139 dotazovaných tuto možnost zvolilo 68 (49 %) respondentů.

Tabulka č. 8: Očkování

<b>Typ péče</b>	<b>Nejčastější odpovědi</b>	<b>Nejčastější odpovědi v %</b>
Očkování	64	46%

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Očkováním je pro účely dotazníku rozuměno zejména očkování proti sezónní chřipce, tetanu, pneumokokům, tuberkulóze, vzteklině a proti rakovině děložního čípku. Tento typ péče si zvolilo 64 respondentů (46 %) z celkového vzorku 139.

Tabulka č. 9: Doplatky u stomatologa

Typ péče	Nejčastější odpovědi	Nejčastější odpovědi v %
Doplatky u stomatologa	53	38%

Zdroj: Vlastní výzkum

Dalším typem péče, který zaujímá větší část, jsou doplatky u stomatologa. Možnost této péče si z celkového počtu 139 dotazovaných vybralo 53 z nich (38 %).

Tabulka č. 10: Odlehčené sádry

Typ péče	Nejčastější odpovědi	Nejčastější odpovědi v %
Odhlehčené sádry	36	26%

Zdroj: Vlastní výzkum

Možnost připojištění na odlehčené sádry vybralo 36 (26 %) dotazovaných z celkového vzorku 139 (100 %).

Tabulka č. 11: Oční čočky

Typ péče	Nejčastější odpovědi	Nejčastější odpovědi v %
Oční čočky	24	17%

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výše uvedené tabulky číslo 11 je vidět, že možnost připojištění na oční čočky by upřednostnilo 24 (17 %) respondentů ze souhrnného počtu 139 (100 %).

Tabulka č. 12: Lepší kyčelní kloub

Typ péče	Nejčastější odpovědi	Nejčastější odpovědi v %
Lepší kyčelní kloub	15	11%

Zdroj: *Vlastní výzkum*

15 (11 %) respondentů z celkového počtu 139 dotazovaných by využilo možnost připojištění v souvislosti se získáním lepšího kyčelního kloubu.

Tabulka č. 13: Robotická operace

Typ péče	Nejčastější odpovědi	Nejčastější odpovědi v %
Robotická operace	10	7%

Zdroj: *Vlastní výzkum*

Velmi nízké procento zaujímá možnost robotické operace. Tuto možnost zvolilo 10 (7 %) dotazovaných z celkového počtu 139.

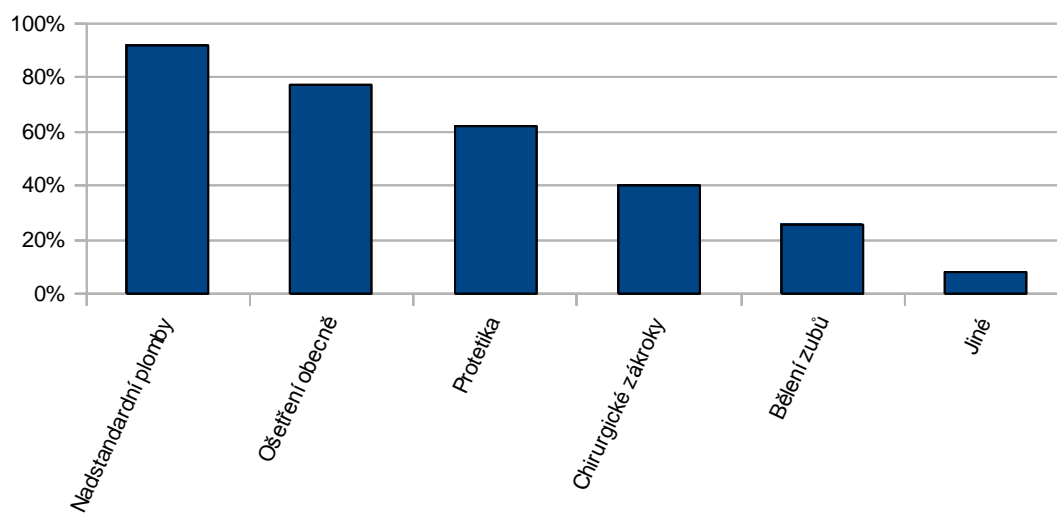
Tabulka č. 14: Jiné odpovědi

Typ péče	Nejčastější odpovědi	Nejčastější odpovědi v %
Jiná odpověď	6	4%

Zdroj: *Vlastní výzkum*

Jak jsem již zmínila výše, v této otázce mohli respondenti odpovědět i otevřenou otázkou, a tak si zvolit možnost vlastní. Tyto odpovědi dosahovaly z celkového počtu 100 % (139) dotazovaných pouhá 4 % (6). Část respondentů odpověděla, že by se připojistili na vše, co by mělo souvislost s hospitalizací v nemocnici, především vybavení nemocničního pokoje a kvalitnější stravy v nemocnicích. Zbytek respondentů, který využil možnost otevřené otázky, by dal přednost ošetření u jím zvoleného odborníka.

Graf č. 6: Typ péče (srovnání všech možností)



Zdroj: Vlastní výzkum



*Otázka číslo 7: Pokud jste v předchozí otázce zvolili možnost – doplatky u stomatologa – uveďte, jaké produkty (např. protetika, nadstandardní plomby, stomatologické ošetření obecně) byste se připojili?*

Otázka číslo 7 byla určena pouze pro ty respondenty, kteří by využili možnost připojištění nadstandardní péče u stomatologa. Počet těchto respondentů byl v absolutních číslech 53.

V této otázce měli dotazovaní ponechán prostor pro své odpovědi, jelikož otázka byla otevřená.

Tabulka č. 15: Nadstandardní plomby

<b>Produkt</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Počet respondentů v %</b>
Nadstandardní plomby	49	92%

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Respondenti by u stomatologa nejčastěji využili nadstandardní plomby. Tuto možnost si zvolilo 49 respondentů (92%) z celkového počtu 53 (100 %).

Tabulka č. 16: Stomatologické ošetření obecně

<b>Produkt</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Počet respondentů v %</b>
Ošetření obecně	41	77%

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Stomatologické ošetření v obecném slova smyslu zvolilo ze souhrnného počtu 53 respondentů 77 % (41).

Tabulka č. 17: Protetika

<b>Produkt</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Počet respondentů v %</b>
Protetika	33	62%

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Připojištění na využití kvalitnějších zubních náhrad (protetika) si ze zkoumaného vzorku 53 (100 %) respondentů vybralo 33 (62 %) z nich.

Tabulka č. 18: Chirurgické zákroky u stomatologa

<b>Produkt</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Počet respondentů v %</b>
Chirurgické zákroky	21	40%

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Připojištění stomatologické péče související s chirurgickými zákroky zubů zvolilo 40 % (21) dotazovaných z celkového počtu 53.

Tabulka č. 19: Bělení zubů

<b>Produkt</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Počet respondentů v %</b>
Bělení zubů	14	26%

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Následující možností, kterou by respondenti rádi využili v rámci připojištění u stomatologa, bylo efektivní bělení zubů. Tuto možnost si zvolilo 14 (26 %) respondentů z počtu 53 (100 %) dotazovaných.

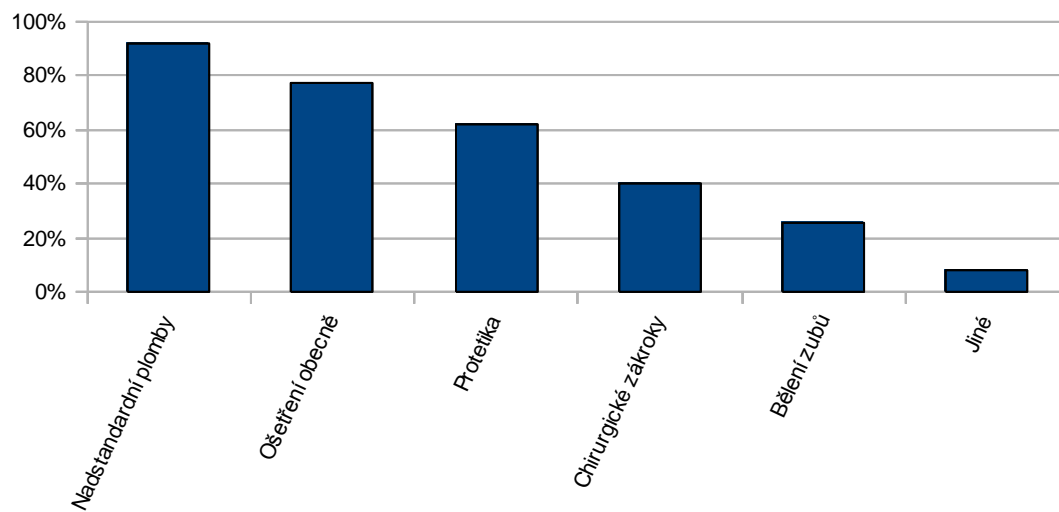
Tabulka č. 20: Jiné produkty

<b>Produkt</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Počet respondentů v %</b>
Jiné produkty	4	8%

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Ostatní produkty, které si respondenti zvolili, zaujímají pouze malé procento (8 %). V absolutních číslech se jednalo o 4 respondenty. Tyto odpovědi zahrnovaly především možnost přednostního ošetření, zubní hygienu a injekce proti bolesti při chirurgických zákrocích.

Graf č. 7: Stomatologické produkty (srovnání všech odpovědí)



Zdroj: Vlastní výzkum

Následující otázky byly určeny pouze pro ženy v produktivním věku.

*Otázka číslo 8: Plánujete těhotenství/narození dítěte?*

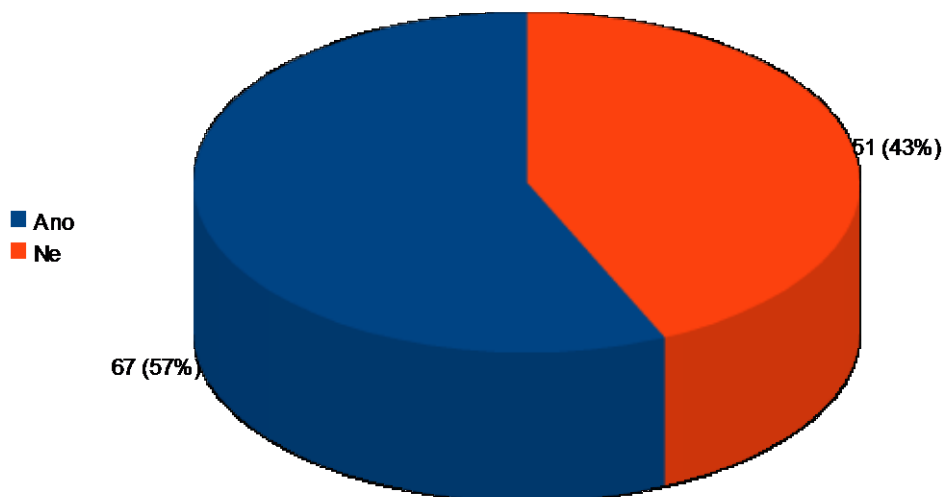
Tabulka č. 21: Těhotenství/narození dítěte

Těhotenství/narození dítěte	Počet respondentek	Počet respondentek v %
Ano	67	57%
Ne	51	43%

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Počet žen v produktivním věku činil 118 z celkového počtu 229 respondentů. Z tohoto počtu 118 (100 %) žen v produktivním věku 57 % (67) těhotenství nebo narození dítěte plánuje a 43 % (51) těhotenství nebo narození dítěte neplánuje.

Graf č. 8: Těhotenství/narození dítěte



*Zdroj: Vlastní výzkum*

*Otázka číslo 9: Uvažujete o využití nadstandardní péče v souvislosti s těhotenstvím a porodem? (císařský řez, samostatný pokoj, apod.) a jste ochotny se pro tento případ připojistit?*

Otázka číslo 9 byla určena pouze pro ženy, které v předchozí otázce odpověděly ANO. Jedná se o možnost využití připojištění nadstandardní péče v souvislosti s těhotenstvím a porodem.

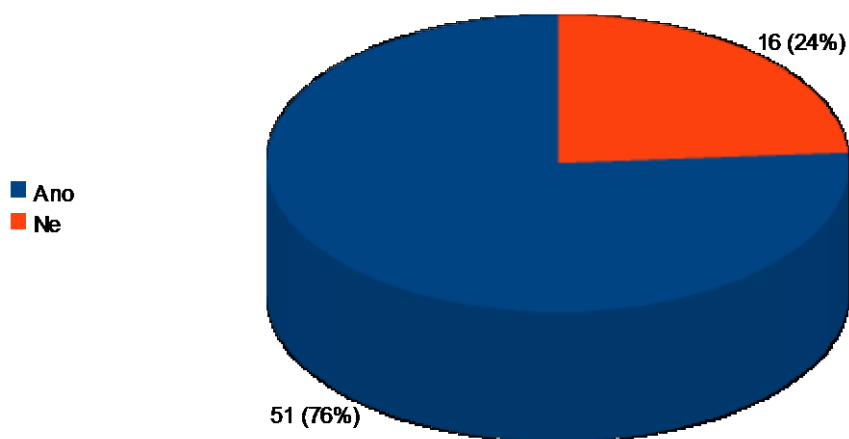
Tabulka č. 22: Připojištění nadstandardní péče v souvislosti s těhotenstvím a porodem

Připojištění	Počet respondentek	Počet respondentek v %
Ano	51	76%
Ne	16	24%

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z počtu žen plánujících těhotenství (67) by 76 % (51) z nich možnost nadstandardní péče využilo a zbylých 24 % (16) by tuto možnost nechtělo.

Graf č. 9: Připojištění nadstandardní péče v souvislosti s těhotenstvím a porodem



*Zdroj: Vlastní výzkum.*

*Otázka číslo 10: O jaký druh nadstandardní péče v souvislosti s těhotenstvím a porodem byste měly zájem?*

Na otázku číslo 10 odpovídaly pouze ženy v produktivním věku, které by využily možnost připojištění nadstandardní péče v souvislosti s těhotenstvím či porodem. Počet těchto respondentek byl v absolutních číslech 51.

Otázka byla otevřená a respondentky tak mohly odpovídat dle vlastního uvážení.

Tabulka č. 23: Zvolení vlastního porodníka

<b>Typ péče</b>	<b>Počet respondentek</b>	<b>Počet respondentek %</b>
Zvolení porodníka	22	43%

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Nejčastější zaznamenanou odpovědí, kterou uvedly respondentky, byla možnost zvolení vlastního porodníka. Tuto možnost si vybralo z celkového počtu 51 žen (100 %) 22 respondentek (43 %).

Tabulka č. 24: Samostatný pokoj

<b>Typ péče</b>	<b>Počet respondentek</b>	<b>Počet respondentek %</b>
Samostatný pokoj	20	39%

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Druhou nejpočetnější možností byla možnost samostatného pokoje v případě hospitalizace v souvislosti s těhotenstvím či porodem. Tuto možnost si vybralo 20 (39 %) respondentek ze souhrnného počtu 51 (100 %).

Tabulka č. 25: Císařský řez

<b>Typ péče</b>	<b>Počet respondentek</b>	<b>Počet respondentek %</b>
Císařský řez	16	31%

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Možnost volby císařského řezu si z počtu 51 dotazovaných žen vybralo 16 (31 %) z nich.

Tabulka č. 26: Injekce proti bolesti

Typ péče	Počet respondentek	Počet respondentek %
Injekce proti bolesti	15	29%

Zdroj: Vlastní výzkum

15 respondentek (29 %) z celkového počtu 51 (100 %) uvedlo, že by rády při porodu využily možnost injekce proti bolesti.

Tabulka č. 27: Porodní asistentka

Typ péče	Počet respondentek	Počet respondentek %
Porodní asistentka	9	17%

Zdroj: Vlastní výzkum

V souvislosti s porodem by 9 (17 %) respondentek chtělo, aby u jejich porodu byla přítomna porodní asistentka. Přítomnost porodní asistentky v poslední době začíná být velmi aktuálním tématem.

Tabulka č. 28: Jiné typy péče

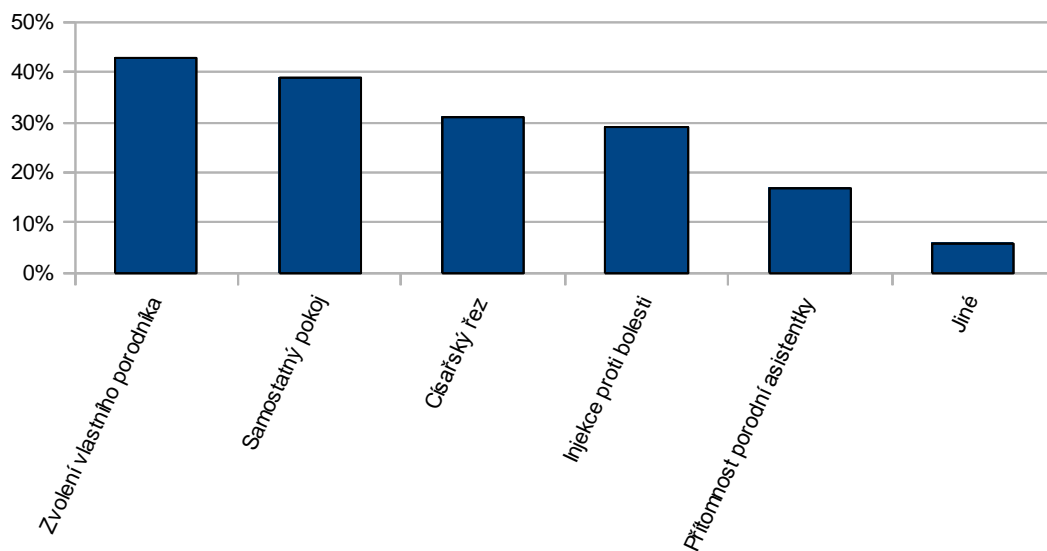
Typ péče	Počet respondentek	Počet respondentek %
Jiné typy péče	3	6%

Zdroj: Vlastní výzkum

Jiné zaznamenané odpovědi činí 6 %, čili 3 ženy z celkového počtu 51 (100 %) dotazovaných.

Ostatní odpovědi, které zaujímají nejmenší procento se týkají především možnosti domácího porodu, přítomnosti otce u porodu nebo lépe zařízeného pokoje v nemocnici, zejména vybavením vanou, míči apod.

Graf č. 10: Druhy nadstandardní péče v souvislosti s těhotenstvím a porodem (srovnání všech možností)



Zdroj: Vlastní výzkum



## 5 Diskuze

Ve své bakalářské práci jsem se snažila zmapovat zájem respondentů o možnostech připojištění nadstandardní péče při lékařském ošetření.

V této diskuzi bude věnována pozornost výsledkům výzkumu, který se možností připojištění nadstandardní péče zabýval.

Dotazníkové šetření probíhalo od 1. 1. 2013 do 31. 3. 2013. Dotazníky byly rozdány celkem 300 respondentům, kteří byli zastoupeni jak ženami, tak i muži. Návratnost dotazníků činila 76 %. V absolutních číslech šlo o 229 respondentů, kteří následně vytvořili zkoumaný soubor. Dotazník obsahoval 10 otázek.

Základní charakteristiky (pohlaví a věk) zkoumaného souboru byly zjištěny pomocí prvních dvou identifikačních otázek. Zkoumaný soubor tvořilo o 10 % více žen (55 %) než mužů (45 %), přičemž v absolutních číslech se jedná o 127 žen a 102 mužů. Věkové zastoupení bylo nejpočetnější u respondentů ve věku 30 – 40 let (24 %), dále následovali respondenti mezi 20 – 30 lety (21 %) a třetí nejpočetnější skupinou byli dotazovaní ve věku 40 – 50 let (17 %). Respondenti ve věku 50 – 60 let zaujímali 14 %, respondenti do 20 let byli zastoupeni 13 % a poslední, nejmenší skupinou, byli respondenti starší 60 let (10 %).

Následující otázky číslo 3 a 4 byly sestaveny pro ověření hypotézy číslo 1. Hypotéza číslo 1 zní: *„Respondenti s příjmem nad 25 000 Kč měsíčně jsou ochotni využít možnost připojištění nadstandardní péče, zatímco respondenti s nižšími příjmy o této možnosti neuvažují.“*

Otázka číslo 3 zjišťuje příjem dotazovaných. Nejmenší zastoupení pouhými dvěma respondenty (1 %) mají respondenti s příjmem vyšším než 35 000 Kč. Příjem mezi 30 001 – 35 000 Kč mají jen 4 % respondentů. Nejnižší příjem do 10 000 Kč má 14 % respondentů. Respondenti dosahující částky 25 001 – 30 000 Kč jsou zastoupeni 15 % a 19 % respondentů pobírá 20 001 – 25 000 Kč. 22 % respondentům náleží částka mezi 10 001 – 15 000 Kč a nejvíce procent (24 %) zaujímají dotazovaní s příjmem mezi 15 001 – 20 000 Kč.

Otázka číslo 4 zjišťuje využití možnosti připojištění nadstandardní péče. Bez ohledu na příjem by tuto možnost využilo 61 % (139) respondentů a zbylých 39 % (90) by tuto možnost nevyužilo.

Pro potvrzení či vyvrácení hypotézy číslo 1 bylo nutné analyzovat závislost těchto dvou otázek (číslo 3 a číslo 4 – viz příloha číslo 4). Respondenti vykazující příjem 0 – 25 000 Kč zaujímali z celkového počtu respondentů 183 osob, což je přibližně 80 % z celého zkoumaného vzorku 229 dotazovaných. U těchto 183 respondentů byla odpověď na možnost využití nadstandardní péče v průměru ze 47 % kladná. Respondentů dosahujících příjmu nad 25 000 Kč bylo z celkového vzorku 20 % (46). U těchto dotazovaných byla odpověď na otázku číslo 4 kladná v průměru z 80 %. Z těchto výsledků lze usuzovat, že lidé s příjmem nad 25 000 Kč jsou ochotni více upřednostňovat připojištění nadstandardní péče na rozdíl od osob pobírajících příjem menší než 25 000 Kč. Z tabulky uvedené v příloze číslo 4 je patrné, že se zvyšujícím se příjmem stoupá i ochota využití nadstandardní péče. **Hypotéza číslo 1 byla potvrzena.**

V souvislosti s příjmem respondentů byla sestavena otázka číslo 5, která měla zjistit, kolik jsou respondenti ochotni vynaložit měsíčně ze svého příjmu na připojištění nadstandardní péče. Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří o možnosti připojištění nadstandardní péče uvažují, čili 139 respondentů. Nadpoloviční většina respondentů by ze svého měsíčního příjmu obětovala částku do 100 Kč, a to celých 69 % (96) dotazovaných. Částku mezi 200 – 300 Kč by bylo ochotno měsíčně zaplatit 23 % (32) respondentů a částku vyšší než 300 Kč za měsíc by zaplatilo pouhých 8 % (11) respondentů. Pojišťovna Slavia ve svém ceníku uvádí měsíční částky pojistného na připojištění nadstandardní péče ve výši 300 – 580 Kč za měsíc (28). Z toho lze usuzovat, že by si většina dotazovaných osob (92 %) takové pojištění nepořídila. Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra má v produktu Nadstandard 211 ve variantě Základ stanoveny sazby v závislosti na věku, přičemž nejnižší sazba pojistného činí 233 Kč měsíčně pro věkovou kategorii 15 – 19 let. S rostoucí věkovou hranicí se měsíční částky postupně zvyšují a od 40 let je částka pojistného vyšší než 300 Kč (42). Z výsledků otázky číslo 5 je patrné, že by se u Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra připojistilo více osob než u pojišťovny Slavia, jelikož 23 % respondentů by bylo

ochotno platit pojistné ve výši 200 – 300 Kč měsíčně. Tito respondenti by však nesměli být starší 39 let. U balíčku Komfort Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra činí nejnižší měsíční pojistná částka 466 Kč a je tedy evidentní, že by tuto možnost 92 % respondentů nevyužilo **(42)**. Z výsledků je zjevné, že i respondenti uvažující o připojištění nadstandardní péče by si toto připojištění za dané pojistné částky nepořídili.

Otázka číslo 6 zkoumá, jaké druhy nadstandardní péče respondenti upřednostňují, přičemž měli možnost výběru z více nabízených možností nebo si mohli zvolit možnost vlastní. Největší procento (52 %) zaujímá možnost samostatného pokoje v nemocnici, následuje zvolení operátora či porodníka (49 %), připojištění na lepší očkovací látky zaujímá 46 %, doplatky u stomatologa (38 %), odlehčené sádry (26 %), oční čočky (17 %), lepší kyčelní kloub (11 %), robotické operace (7 %) a jiné možnosti zaujímající 4 % (vybavení nemocničního pokoje, lepší stravy v nemocnicích, přednostního ošetření u zvoleného odborníka). Bohdana Jarošová ve svém článku uvádí, o jaké nadstandardy je zájem v některých nemocnicích. Ve fakultní nemocnici Brno inkasují nejvíce peněz za oční čočky a očkování **(16)**. Avšak z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že oční čočky by využilo pouze 17 % respondentů. Očkování již zaujímá lepší postavení s více procenty a je tudíž zřejmé, že tento nadstandard využívají nebo v budoucnu využijí lidé i v praxi. Jarošová ve svém článku také píše, že se dobře prodávají lepší pokoje, což je patrné i z výsledků výzkumu, kdy si možnost samostatného pokoje zvolila nadpoloviční většina dotazovaných **(16)**. Natálie Šírová a Michaela Mužíková popisují problematiku volby lékaře – operátora. Od roku 2012 si pojištěnci mohou připlatit za lékaře, ale mnoho nemocnic tuto formu nadstandardní péče zatím nenabízí. Řada nemocnic stále čeká na zkušenosti jiných zdravotnických zařízení a také je po volbě lékaře stále malá poptávka **(22)**. Výsledky dotazníkového šetření však ukazují, že možnost zvolení lékaře by zvolilo 49 %, což je skoro polovina dotazovaných. Z tohoto výsledku lze usuzovat, že by si lidé lékaře zvolit chtěli, ale zdravotnická zařízení tuto možnost nenabízí nebo neposkytují dostatečné informace.

Pro ověření hypotézy číslo 2 byly sestaveny otázky 8 a 9. Hypotéza č. 2 zní: *Respondentky – ženy plánující narození dítěte – upřednostňují možnost připojištění*

*nadstandardní péče v souvislosti s těhotenstvím a porodem.* Na tyto otázky odpovídaly pouze ženy v produktivním věku, kterých bylo 51 % (118) z celkového souboru 229 respondentů.

Otázka číslo 8 zjišťovala, kolik žen v produktivním věku plánuje těhotenství nebo narození dítěte. 57 % (67) žen v produktivním věku plánuje těhotenství nebo narození dítěte a zbylých 43 % (51) uvedlo, že těhotenství nebo narození dítěte neplánuje.

Následující otázka číslo 9 rozvíjí předchozí otázku číslo 8 a je již přímo zaměřena na ověření hypotézy číslo 2. Respondentky, které v otázce číslo 8 odpověděly kladně (plánují těhotenství nebo narození dítěte), měly v následující otázce sdělit, zda by zvolily možnost připojištění nadstandardní péče v souvislosti s touto životní událostí. Respondentek, které odpověděly ANO, bylo 67 (100 %). Z počtu žen plánujících těhotenství či narození dítěte (67) by možnost nadstandardní péče využilo 76 % (51) a dalších 24 % (16) by tuto eventualitu neupřednostnilo. Z dosažených výsledků lze vyvodit, že ženy, plánující těhotenství nebo narození dítěte, by v případě možnosti připojištění nadstandardní péče využily, a to z celých 76 %. **Tímto výsledkem byla hypotéza číslo 2 potvrzena.**

Otázka číslo 10 navazuje na předchozí otázky číslo 8 a 9. Je jejich doplňující formou a týká se typů nadstandardní péče, které ženy v případě těhotenství a porodu upřednostňují. Tuto otázku zodpovědělo 51 žen, které v otázce číslo 9 odpověděly, že by se v případě možnosti připojistily. Nejčastěji by ženy využily možnost zvolení porodníka (43 %), následně pak samostatný pokoj v nemocnici (39 %), císařský řez (31 %), injekce proti bolesti (29 %) a přítomnost porodní asistentky (17 %). Zbylé odpovědi (6 %) se týkaly především možnosti výběru mezi přirozeným porodem, císařským řezem a dobře zařízeným pokojem (vana, míče). Adéla Vedralová ve svém článku popisuje standardní a nadstandardní pokoje v nemocnicích, přičemž tvrdí, že by si většina nastávajících maminek za pokoj připlatila, ale není to tak snadné. Je to hlavně otázka štěstí, zda se zrovna v okamžik porodu uvolní lůžko v nadstandardním pokoji (32). Z výsledků je zřejmé, že možnost nadstandardního pokoje by využilo 39 % žen a z článku tudíž vyplývá, že se tak děje i v praxi. Možnost zvolení lékaře – porodníka či operátora je v současnosti stále problematická, jelikož mnoho nemocnic, jak už jsem

napsala, tuto formu péče nenabízí. Dle článku Anny Brandejské některé nemocnice uvádějí, že i po zavedení možnosti volby lékaře se setkali s minimálním zájmem (1). Z výsledků ovšem vyplývá, že by si možnost zvolit porodníka vybralo 43 % z celkového počtu dotazovaných žen. Můžeme jen předpokládat, co je příčinou malého zájmu pacientů v praxi. Problémem může být například i organizace práce v nemocnicích, kdy by většina pacientů požadovala, aby je operoval primář oddělení či jiný známý odborník a ve výsledku i cena, kterou nemocnice za tuto nadstandardní péči požadují.

*Hypotéza číslo 3 zní: Ostatní respondenti upřednostňují možnost připojištění nadstandardní stomatologické péče.* Pro ověření této hypotézy byla soustředěna pozornost na otázku číslu 6, kde respondenti vybírali druhy připojištění nadstandardní péče, kterým by dali přednost. Jak jsem již popsala výše, nejčastější volenou možností byla možnost využití jednolůžkového pokoje v nemocnici. Připojištění nadstandardní péče u stomatologa by využilo z celkového vzorku 229 dotazovaných pouhých 38 %. V absolutních číslech se jedná o 53 respondentů. Možnost tohoto připojištění zaujímá tedy až 4. místo v žebříčku nadstandardních produktů. V souvislosti se získanými výsledky **se hypotéza číslo 3 nepotvrdila.**

Otázka číslo 7 je rozvíjející otázkou pro předchozí otázku číslo 6 a týká se výběru stomatologických produktů samotnými respondenty. Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří by možnost připojištění v souvislosti se stomatologickou péčí využili (53). Na prvních pozicích se umístily nadstandardní plomby (92 %), dále stomatologická ošetření (77 %), protetika (62 %), chirurgické zákroky (40 %), bělení zubů (26 %) a jiné možnosti – přednostní ošetření, zubní hygiena, injekce proti bolesti (8 %).

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda by respondenti byli ochotni uzavřít soukromé připojištění pro možnost využití nadstandardních zdravotních služeb. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že by se respondenti připojistili, avšak ceny pojistného za nadstandardní péči jsou pro ně ve většině případů rozhodující.

## 6 Závěr

V bakalářské práci byla věnována pozornost problematice zdravotního pojištění a možnosti připojištění nadstandardní péče.

Cílem teoretické části bylo předložení uceleného pohledu na danou problematiku. Zpracování teoretické části se opírá o literaturu, která je uvedena v seznamu použitých zdrojů. Pomocí těchto zdrojů jsou charakterizovány základní pojmy, historický vývoj zdravotního pojištění, základní principy zdravotního pojištění a institucionální zajištění zdravotního pojištění. Značná část prostoru je zaměřena na výdaje ve zdravotnictví v České republice i v zahraničí a také na zdravotnické systémy ve světě. Podrobněji je v práci popsána nadstandardní péče, která je součástí zdravotního pojištění a možnosti jejího využití.

V praktické části je vycházeno z konkrétního dotazníkového šetření, jehož cílem bylo zmapování ochoty občanů k možnosti připojištění a využití nadstandardní péče. Pro docílení těchto záměrů byly stanoveny 3 hypotézy.

*První hypotéza* zjišťovala závislost příjmu na možnosti využití nadstandardní péče a byla potvrzena.

*Druhá hypotéza*, která zkoumá, zda ženy plánující těhotenství nebo narození dítěte využijí možnost nadstandardní péče, byla rovněž potvrzena.

*Třetí hypotéza* se zabývala možností připojištění nadstandardní péče u stomatologa a potvrzena nebyla.

Z průzkumu celkově vyplývá, že by lidé ve většině případů možnost připojištění nadstandardní péče upřednostnili, a to v průměru z 61 %, což je nadpoloviční většina všech dotazovaných.

Z celkového vývoje financování zdravotnictví je zřejmé, že finanční nároky systému bude nutné zajistit i vyšším podílem soukromých zdrojů. Do budoucna lze proto očekávat rozšíření množství příplatků pojištěnců nejen za vybavení pokoje v nemocnici, volbu operátora, lázeňskou péči, ale i za další druhy nadstandardů. Možnost připojištění pro tyto události bude tedy nabývat na významu.

Výsledky této bakalářské práce by mohly sloužit nejen jako studijní materiál, ale i pro zvýšení povědomí široké veřejnosti o této problematice.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. BRANDEJSKÁ, A. *O příplatky za lékaře není zájem, ceníky ale chystají další nemocnice.* [on line]. 29. 8. 2012 [cit. 2013-04-06]. Dostupný z WWW: <[http://zpravy.idnes.cz/o-priplatky-za-lekare-neni-zajem-dam-domaci.aspx?c=A120724\\_094247\\_domaci\\_abr](http://zpravy.idnes.cz/o-priplatky-za-lekare-neni-zajem-dam-domaci.aspx?c=A120724_094247_domaci_abr)>
2. Česká pojišťovna zdraví. *Pojištění volby lékaře.* [on line]. [cit. 2013-04-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdravi.cz/obcane~produktovana-bidka~pojisteni-volby-lekare/>>
3. Český statistický úřad. *Mezinárodní porovnání výdajů na zdravotnictví.* [on line]. [cit. 2013-04-05]. Dostupný z WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/3A003B2AE4/\\$File/330613k5.pdf](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/3A003B2AE4/$File/330613k5.pdf)>
4. Český statistický úřad. *Výdaje domácnosti na zdravotní péči.* [on line]. [cit. 2013-04-05]. Dostupný z WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/3A003B2AD6/\\$File/330613k4.pdf](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/3A003B2AD6/$File/330613k4.pdf)>
5. Český statistický úřad. *Výdaje zdravotních pojišťoven.* [on line]. [cit. 2013-04-05]. Dostupný z WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/CD003F9988/\\$File/330612k3.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/CD003F9988/$File/330612k3.pdf)>
6. České zdravotnické fórum. *Zdravotní pojištění Francie.* [on line]. [cit. 2013-03-26]. Dostupný z WWW: <<http://www.czf.cz/clanek/znz-francie/>>

7. České zdravotnické fórum. *Zdravotní pojištění Německa*. [on line]. [cit. 2013-03-16]. Dostupné z WWW: <<http://www.czf.cz/clanek/znz-nemecko/>>
8. České zdravotnické fórum. *Zdravotní pojištění Rakouska*. [on line]. [cit. 2013-03-28 ]. Dostupné z WWW: <<http://www.czf.cz/clanek/znz-rakousko/>>
9. České zdravotnické fórum. *Zdravotní pojištění Velké Británie*. [on line]. [cit. 2013-03-29]. Dostupný z WWW: <<http://www.czf.cz/clanek/znz-britanie/>>
10. FRIED, B., GAYOS, L. *World health systems: Challenges and Perspectives*, Second Edition, vyd. 1. Health Administration Press Publisher, 2012. 780 s. ISBN 13 978-1-56793-420-5.
11. GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. vyd. 1. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
12. Historie pojištění, jeho vývoj a význam. *Financnivzdelavani* [on line]. [cit. 2012-11-03]. Dostupné z: <<http://www.financnivzdelavani.cz/webmagazine/page.asp?idk=394.>>
13. Historie pojišťovnictví: aneb prevence napříč staletími. In: *Bohemiaservis* [on line]. [cit. 2012-12-08]. Dostupné z: <<http://www.bohemiaservis.cz/files/0711%202cast.pdf>>
14. HNILICOVÁ, H. *Úvod do studia zdravotnických systémů*. [S.l.: s.n., 2009] 23 s. Dostupné z WWW: <[http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod\\_do\\_zs.pdf](http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod_do_zs.pdf)>.



15. Jak ve světě rostou náklady na zdravotnictví. *Americké zdravotnictví je nejnákladnější*. [on line]. [cit. 2012-5-25]. Dostupné z WWW: <<http://finexpert.e15.cz/jak-ve-svete-rostou-naklady-na-zdravotnictvi>>
16. JAROŠOVÁ, B. *Nemocnice nejvíc vydělávají na lepších čočkách, o lékaře zájem není*. [on line]. 21. 10. 2012 [cit. 2013-04-06]. Dostupné z WWW: <[http://brno.idnes.cz/nadstandardni-lecba-v-nemocnicich-dlz-/brno-zpravy.aspx?c=A121019\\_1843036\\_brno-zpravy\\_bor](http://brno.idnes.cz/nadstandardni-lecba-v-nemocnicich-dlz-/brno-zpravy.aspx?c=A121019_1843036_brno-zpravy_bor)>
17. KAHOUN, V., VURM, V., KUČEROVÁ, B., *Vybrané kapitoly z pojišťovnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 87 s. ISBN 078-80-7387-130-7.
18. KŘÍŽOVÁ, E. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. Praha: [vl.n.], 1998. 133 s. ISBN 80-2380-937-7.
19. Medop. *Proč jsou výdaje na zdravotní péči v USA tak vysoké?* [on line]. [cit. 2012-03-19]. Dostupné z WWW: <<http://www.medop.cz/medop/zdravotni-politika/proc-jsou-vydaje-na-zdravotni-peci-v-usa-tak-vysoke>>
20. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *První jednání pracovní skupiny k ekonomicky náročnějším variantám zdravotních služeb*. [on line]. [2012-12-17]. Dostupné z WWW: <[http://www.mzcr.cz/dokumenty/probehlo-prvni-jednani-pracovni-skupiny-k-ekonomicky-narocnejsim-variantam-zdrav\\_6575\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/probehlo-prvni-jednani-pracovni-skupiny-k-ekonomicky-narocnejsim-variantam-zdrav_6575_1.html)>
21. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Tisková zpráva 2. fáze reformy zdravotnictví*. [on line]. [cit. 2013-02-08]. Dostupné z WWW: <[http://www.mzcr.cz/dokumenty/iifaze-reformy-ve-zdravotnictvi\\_5591\\_2160\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/iifaze-reformy-ve-zdravotnictvi_5591_2160_1.html)>

22. MUŽÍKOVÁ, M., ŠÍROVÁ, N. *Kde si legálně připlatíte v nemocnici za lékaře? Podívejte se na podrobný seznam.* [on line]. 30. 5. 2012 [2012-12-17]. Dostupné z WWW: <<http://zpravy.ihned.cz/c1-55965250-kde-si-legalne-priplatite-v-nemocnici-za-lekare-podivejte-se-na-podrobny-seznam>>
23. NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění.* 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.
24. NETTER, F. *La Scurit sociale et ses principes.* Paříž: Editions Dalloz, 2005. 78 s. ISBN 2 247 05989 9.
25. Projekt kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví ČR, *Zdravotnictví za hranicemi*, Praha, 2009. str. 38, ISBN – 978-80-254-3776-6.
26. Rakousko.info. *Sociální zabezpečení a zdravotní pojištění.* [on line]. [cit. 2013-03-26]. Dostupný z WWW: <<http://www.rakousko.info/socialni-zabezeceni-a-zdravotni-pojisteni/>>
27. *Seznam zdravotních pojišťoven* [on line]. 2000-2009 [cit. 2009-01-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.finance.cz/pojisteni/seznamy/pojistovny/>>.
28. Slavia pojišťovna. *Pojištění nadstandardní zdravotní péče.* [on line]. [cit. 2013-03-07]. Dostupné z WWW: <<http://www.slavia-pojistovna.cz/pojisteni/osobni-pojisteni/nadstandardni-zdravotni-pece/>>.
29. SVOBODOVÁ, M. Rok 2012 zásadně mění zdravotnictví: příplatky za nadstandard [on line]. 30. 1. 2012 [cit. 2013-03-07]. Dostupné z: <[http://finance.idnes.cz/rok-2012-zasadne-meni-zdravotnictvi-priplatky-za-nadstandard-p45-/viteze.aspx?c=A120126\\_113838\\_viteze\\_bab](http://finance.idnes.cz/rok-2012-zasadne-meni-zdravotnictvi-priplatky-za-nadstandard-p45-/viteze.aspx?c=A120126_113838_viteze_bab)>

30. TRÖSTER, P., *Právo sociálního zabezpečení*. 5. vyd. Praha: nakladatelství C. H. Beck, 2010. 382 s. ISBN 978-80-7400-322-6.
31. Ústav zdravotnických informací a statistik ČR. *Zdravotnictví České republiky 2011 ve statistických údajích*. [on line]. [cit. 2013-04-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.uzis.cz/system/files/kardcz2011.pdf>>
32. VEDRALOVÁ, A. *Je nadstandardní pokoj v porodnici zbytečný luxus?* [on line]. 25. 4. 2011 [cit. 2013-04-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.maminka.cz/clanek/tehotenstvi-a-porod/je-nadstandardni-pokoj-v-porodnici-zbytecny-luxus>>
33. VEPŘEK, J., VEPŘEK, P., JANDA, J., *Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 229 s. ISBN 80-247-0347-5.
34. Všeobecná zdravotní pojišťovna. *Pojištění Patron*. [on line]. [cit. 2013-03-07]. Dostupné z WWW: <<http://www.pvzp.cz/cs/produkty/PATRON.html>>
35. VURM, V., a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: MANUS, 2004. 100 s. ISBN 80-86571-07-6.
36. *Výchova ke zdraví: vysvětlivky a základní pojmy* [on line]. Farad Webmasters, 2006 [cit. 2012-12-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.vychovakezdravi.cz/index.phpsekce=uvod&stranka=zakladni-pojmy>>.
37. *Z historie českého pojišťovnictví. Pojišťovnictví*. [on line]. [cit. 2012-03-29]. Dostupné z WWW: <<http://poradci.sweb.cz/stranky/historie.htm>>

38. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.
39. Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně.
40. Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách.
41. Zdravotnické systémy. Dostupné z WWW:  
<[http://www.wikiskripta.eu/index.php/Zdravotnické\\_systémy](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Zdravotnické_systémy)>
42. ZPMV. *Nadstandard 211*. [on line]. [cit. 2013-03-07]. Dostupné z WWW:  
<<http://www.zpmvcr.cz/nadstandard211/>>

## **8 Klíčová slova**

Zdravotní pojištění

Připojištění nadstandardní péče

Základní a ekonomicky náročnější varianta

Výdaje na zdravotnictví

## **9 Přílohy**

Příloha 1: Tisková zpráva VZP

Příloha 2: Ceník nadstandardních balíčků ZP MV ČR

Příloha 3: Dotazník

Příloha 4: Tabulky závislostí vybraných otázek

Příloha 5: Seznam tabulek

## Příloha číslo 1: Tisková zpráva VZP

První pojištění nadstandardní zdravotní péče od Pojišťovny VZP, a.s

Praha, 1. 8. 2012

1. srpna 2012 uvádí Pojišťovna VZP, a.s., do prodeje nové pojištění nadstandardní zdravotní péče. Pojišťovna VZP, a.s., se tak stala první pojišťovnou, která reaguje na nově zavedené změny vyplývající z reformy zdravotnictví.

Pojištění nadstandardní zdravotní péče je nově od 1. 8. 2012 součástí zdravotního pojištění PATRON a zahrnuje tři druhy pojištění. Pojištění ekonomicky náročnější varianty léčby je vhodné pro všechny, kteří upřednostňují nadstandardní možnosti léčby. Dle současné legislativy se jedná o úhradu doplatků za odlehčené fixace, očkování a nitrooční čočky. Pokud ovšem dojde k úpravě zákona a seznam ekonomicky náročnějších variant léčby se rozšíří, pojištění se bude automaticky vztahovat i na všechny tyto další varianty. Limit pojistného plnění není pro tyto případy nijak omezen.

Pojištění příplatku za zvoleného operátora či porodníka lze navolit ve výši 15 000, 30 000 nebo 45 000 Kč za jeden rok. Pojištění se vztahuje na úhradu příplatku, který je hrazen v souvislosti s volbou lékaře nebo porodníka na výkony hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Tento příplatek je od 1. 7. 2012 zaveden v největší české porodnici, v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze v Podolí. V nejbližší době ho plánuje zavést například i Všeobecná fakultní nemocnice, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Fakultní nemocnice v Hradci Králové či Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně. Součástí je také pojištění asistenční služby od renomované společnosti AXA Assistance CZ. Pojištěné osoby tak mají možnost využít poradenství v oblasti zdraví (lékař na telefonu), zdravotní prevence a farmacie prostřednictvím telefonu, faxu, sms či emailu.

Pojišťovna VZP, a.s., je dceřinou společností největší veřejné zdravotní pojišťovny VZP ČR. Na trhu působí od roku 1994 jako součást mateřské společnosti a v roce 2004 se stala samostatným právním subjektem. V oblasti komerčního zdravotního pojištění má mnohaleté zkušenosti, a to zejména v oblasti komerčního zdravotního pojištění cizinců, kde je největším pojistitelem na trhu s více jak 4500 smluvními zdravotnickými zařízeními.

*Zdroj: <http://www.pvzp.cz/cs/aktuality/clanky/2012-07-tiskova-zprava-nadstandard.html>*

Příloha číslo 2: Ceník nadstandardních balíčků ZP MV ČR – Nadstandard 211

Varianta Základ

Pojistná krytí	Pojistná částka	Způsob plnění		
Operační plán	50 000 Kč	hradí se % z této částky podle závažnosti operace		
Zachraňovací náklady	5 000 Kč	hradí se náklady až do tohoto limitu		
Zubní péče	15 00 Kč	rostoucí limit ve 4 letech (500 Kč, 750 Kč, 1 000 Kč, 1 500 Kč)		
Nadstandardní sádky	-	hradí se 100 % nákladů		
Pojistné	Normální sazby		Sleva Partner	
Věk	Měsíčně	Ročně	Měsíčně	Ročně
15–19	233 Kč	2 801 Kč	210 Kč	2 521 Kč
20–24	240 Kč	2 884 Kč	216 Kč	2 596 Kč
25–29	254 Kč	3 042 Kč	228 Kč	2 738 Kč
30–34	273 Kč	3 277 Kč	246 Kč	2 949 Kč
35–39	298 Kč	3 579 Kč	268 Kč	3 221 Kč
40–44	330 Kč	3 959 Kč	297 Kč	3 563 Kč
45–49	368 Kč	4 419 Kč	331 Kč	3 977 Kč
50–54	414 Kč	4 962 Kč	372 Kč	4 466 Kč
55–59	465 Kč	5 576 Kč	418 Kč	5 018 Kč
60–65	521 Kč	6 252 Kč	469 Kč	5 627 Kč

Zdroj: <http://www.zpmvcr.cz/nadstandard211/>



## Varianta Komfort

Pojistná krytí	Pojistná částka	Způsob plnění		
Operační plán	100 000 Kč	hradí se % z této částky podle závažnosti operace		
Zachraňovací náklady	10 000 Kč	hradí se náklady až do tohoto limitu		
Zubní péče	3 000 Kč	rostoucí limit ve 4 letech (1 000 Kč, 1 500 Kč, 2 000 Kč, 3 000 Kč)		
Nadstandardní sádky	-	hradí se 100 % nákladů		
Pojistné	Normální sazby		Sleva Partner	
Věk	Měsíčně	Ročně	Měsíčně	Ročně
15–19	466 Kč	5 591 Kč	419 Kč	5 032 Kč
20–24	480 Kč	5 758 Kč	432 Kč	5 182 Kč
25–29	506 Kč	6 074 Kč	456 Kč	5 467 Kč
30–34	545 Kč	6 542 Kč	491 Kč	5 888 Kč
35–39	596 Kč	7 148 Kč	536 Kč	6 433 Kč
40–44	659 Kč	7 907 Kč	593 Kč	7 116 Kč
45–49	736 Kč	8 827 Kč	662 Kč	7 944 Kč
50–54	826 Kč	9 913 Kč	744 Kč	8 922 Kč
55–59	928 Kč	11 141 Kč	836 Kč	10 027 Kč
60–65	1 041 Kč	12 493 Kč	937 Kč	11 244 Kč

Zdroj: <http://www.zpmvcr.cz/nadstandard211/>

### Příloha číslo 3: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Linda Dubská a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který byl vytvořen za účelem získání informací pro zpracování mé bakalářské práce na téma: „Zdravotní pojištění a připojištění nadstandardní péče.“ Všechny údaje získané z tohoto dotazníku jsou zcela anonymní.

Předem děkuji za spolupráci.

1: Jste:

- a) muž
- b) žena

2: Věk?

- a) do 20 let
- b) 20 – 30 let
- c) 30 – 40 let
- d) 40 – 50 let
- e) 50 – 60 let
- f) 60 a více let

3: Jaký je Váš měsíční příjem v Kč?

- a) 0 – 10 000 Kč
- b) 10 001 – 15 000 Kč
- c) 15 001 – 20 000 Kč
- d) 20 001 – 25 000 Kč
- e) 25 001 – 30 000 Kč
- f) 30 001 – 35 000 Kč

g) více než 35 000 Kč

**Pod pojmem nadstandardní péče pro účely tohoto dotazníku rozumíme:**

- odlehčené sádry
- očkování (proti tetanu, sezonní chřipce, pneumokokovým nákazám, tuberkulóze, rakovině děložního čípku, vzteklině)
- oční čočky
- jednolůžkový pokoj v nemocnici
- zvolení operátéra nebo porodníka
- lepší kyčelní kloub
- robotická operace
- doplatky u stomatologa

4. Využili byste v případě možnosti připojištění nadstandardní péče?

a) ano

b) ne

5. Jakou částku z Vašeho měsíčního příjmu byste byli ochotni věnovat na připojištění nadstandardní péče?

a) do 100 Kč

b) 200 – 300 Kč

c) více než 300 Kč

6: Pokud byste využili možnost připojištění nadstandardní péče, jaký typ péče byste upřednostnili?

a) odlehčené sádry

b) očkování

c) oční čočky

d) jednolůžkový pokoj v nemocnici

e) zvolení operátéra nebo porodníka

- f) lepší kyčelní kloub
- g) robotická operace
- h) doplatky u stomatologa
- ch) jiné (uved'te jaké).....

7: Pokud jste v předchozí otázce zvolili možnost – *doplatky u stomatologa* – uveďte pro jaké produkty (např. protetika, nadstandardní plomby, stomatologické ošetření obecně) byste se připojistili? Prosím, vypište.

.....

**Následující otázky jsou určeny pouze pro ženy v produktivním věku.**

8: Plánujete těhotenství/narození dítěte?

- a) ano
- b) ne

9: Pokud ANO, uvažujete o využití nadstandardní péče v souvislosti s těhotenstvím a porodem? (císařský řez, samostatný pokoj, apod.) Jste ochotny se pro tento případ připojistit?

- a) ano
- b) ne

10: Pokud ANO, o jaký druh nadstandardní péče v souvislosti s těhotenstvím a porodem byste měly zájem? Prosím vypište

.....

Příloha číslo 4: Segmentace vybraných otázek

**Závislost: příjem X věková kategorie**

Segmenty	Všichni respondenti	0 – 10 000 Kč	10 001 – 15 000 Kč	15 001 – 20 000 Kč	20 001 – 25 000 Kč	25 001 – 30 000 Kč	30 001 – 35 000 Kč	Více než 35 000 Kč
Do 20 let	13%	82%	4%	0%	0%	0%	0%	0%
20 – 30 let	21%	3%	37%	27%	23%	9%	0%	0%
30 – 40 let	25%	0%	20%	28%	32%	34%	45%	0%
40 – 50 let	17%	0%	4%	18%	28%	34%	22%	50%
50 – 60 let	14%	0%	10%	18%	14%	23%	33%	50%
60 a více	11%	15%	25%	9%	2%	0%	0%	0%
Celkem	229	33	51	56	43	35	9	2

*Zdroj: Vlastní výzkum*

**Závislost: příjem X využití nadstandardní péče**

Segmenty	Všichni respondenti	0 – 10 000 Kč	10 001 – 15 000 Kč	15 001 – 20 000 Kč	20 001 – 25 000 Kč	25 001 – 30 000 Kč	30 001 – 35 000 Kč	Více než 35 000 Kč
Ano	61%	41%	47%	49%	51%	62%	78%	100%
Ne	39%	59%	53%	51%	49%	38%	22%	0%
Celkem	229	33	51	56	43	35	9	2

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Příloha číslo 5: Seznamy tabulek

Tabula č. 1: Pohlaví respondentů

<b>Pohlaví respondentů</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Počet respondentů v %</b>
Žena	127	55%
Muž	102	45%

Tabulka č. 2: Věk respondentů

<b>Věk</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Počet respondentů v %</b>
Do 20 let	29	13%
20 – 30 let	48	21%
30 – 40 let	56	24%
40 – 50 let	39	17%
50 – 60 let	33	14%
60 a více let	24	10%

Tabulka č. 3: Měsíční příjem v Kč

<b>Příjem v Kč</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Počet respondentů v %</b>
0 – 10 000 Kč	33	14%
10 001 – 15 000 Kč	51	22%
15 001 – 20 000Kč	56	24%
20 001 – 25 000 Kč	43	19%
25 001 – 30 000 Kč	35	15%
30 001 – 35 000 Kč	9	4%
Více než 35 000 Kč	2	1%

Tabulka č. 4: Využití připojištění nadstandardní péče

<b>Připojištění</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Počet respondentů v %</b>
Ano	139	61%
Ne	90	49%

Tabulka č. 5: Potenciální výdaje na připojištění nadstandardní péče

<b>Částka</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Počet respondentů v %</b>
Do 100 Kč	96	69%
200 – 300 Kč	32	23%
Více než 300	11	8%

Tabulka č. 6: Jednolůžkový pokoj v nemocnici

<b>Typ péče</b>	<b>Nejčastější odpovědi</b>	<b>Nejčastější odpovědi v %</b>
Jednolůžkový pokoj	72	52%

Tabulka č. 7: Zvolení operátéra nebo porodníka

<b>Typ péče</b>	<b>Nejčastější odpovědi</b>	<b>Nejčastější odpovědi v %</b>
Operátér/porodník	68	49%

Tabulka č. 8: Očkování

<b>Typ péče</b>	<b>Nejčastější odpovědi</b>	<b>Nejčastější odpovědi v %</b>
Očkování	64	46%

Tabulka č. 9: Doplatky u stomatologa

<b>Typ péče</b>	<b>Nejčastější odpovědi</b>	<b>Nejčastější odpovědi v %</b>
Doplatky u stomatologa	53	38%

Tabulka č. 10: Odlehčené sádry

<b>Typ péče</b>	<b>Nejčastější odpovědi</b>	<b>Nejčastější odpovědi v %</b>
Odlehčené sádry	36	26%

Tabulka č. 11: Oční čočky

<b>Typ péče</b>	<b>Nejčastější odpovědi</b>	<b>Nejčastější odpovědi v %</b>
Oční čočky	24	17%

Tabulka č. 12: Lepší kyčelní kloub

<b>Typ péče</b>	<b>Nejčastější odpovědi</b>	<b>Nejčastější odpovědi v %</b>
Lepší kyčelní kloub	15	11%

Tabulka č. 13: Robotická operace

<b>Typ péče</b>	<b>Nejčastější odpovědi</b>	<b>Nejčastější odpovědi v %</b>
Robotická operace	10	7%

Tabulka č. 14: Jiné odpovědi

<b>Typ péče</b>	<b>Nejčastější odpovědi</b>	<b>Nejčastější odpovědi v %</b>
Jiná odpověď	6	4%

Tabulka č. 15: Nadstandardní plomby

<b>Produkt</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Počet respondentů v %</b>
Nadstandardní plomby	49	92%

Tabulka č. 16: Stomatologické ošetření obecně

<b>Produkt</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Počet respondentů v %</b>
Ošetření obecně	41	77%



Tabulka č. 17: Protetika

<b>Produkt</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Počet respondentů v %</b>
Protetika	33	62%

Tabulka č. 18: Chirurgické zákroky u stomatologa

<b>Produkt</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Počet respondentů v %</b>
Chirurgické zákroky	21	40%

Tabulka č. 19: Bělení zubů

<b>Produkt</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Počet respondentů v %</b>
Bělení zubů	14	26%

Tabulka č. 20: Jiné produkty

<b>Produkt</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Počet respondentů v %</b>
Jiné produkty	4	8%

Tabulka č. 21: Těhotenství/narození dítěte

<b>Těhotenství/narození dítěte</b>	<b>Počet respondentek</b>	<b>Počet respondentek v %</b>
Ano	67	57%
Ne	51	43%

Tabulka č. 22: Připojištění nadstandardní péče v souvislosti s těhotenstvím a porodem

<b>Připojištění</b>	<b>Počet respondentek</b>	<b>Počet respondentek v %</b>
Ano	51	76%
Ne	16	24%

Tabulka č. 23: Zvolení vlastního porodníka

<b>Typ péče</b>	<b>Počet respondentek</b>	<b>Počet respondentek %</b>
Zvolení porodníka	22	43%

Tabulka č. 24: Samostatný pokoj

<b>Typ péče</b>	<b>Počet respondentek</b>	<b>Počet respondentek %</b>
Samostatný pokoj	20	39%

Tabulka č. 25: Císařský řez

<b>Typ péče</b>	<b>Počet respondentek</b>	<b>Počet respondentek %</b>
Císařský řez	16	31%

Tabulka č. 26: Injekce proti bolesti

<b>Typ péče</b>	<b>Počet respondentek</b>	<b>Počet respondentek %</b>
Injekce proti bolesti	15	29%

Tabulka č. 27: Porodní asistentka

<b>Typ péče</b>	<b>Počet respondentek</b>	<b>Počet respondentek %</b>
Porodní asistentka	9	17%

Tabulka č. 28: Jiné typy péče

<b>Typ péče</b>	<b>Počet respondentek</b>	<b>Počet respondentek %</b>
Jiné typy péče	3	6%

*Zdroj: Vlastní výzkum*