JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Vnímání zdravotní péče v Jihočeském kraji

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Autor: Bc. Edita Krátká
Vedoucí práce: JUDr. Božena Kučerová Ph.D.

16. 8. 2010

ABSTRACT

Perceptions of health care in South Bohemia

This thesis deals with the perceptions of health care in healthcare facilities in South Bohemia as seen by the public.

The theoretical part defines health care and health; it also informs about the quality of health care and its evaluation. It deals with health services, healthcare policy and reforms in this sector. It describes the current legislation, part which is international treaties or laws. As an example of a treaty, the thesis mentions Convention on the Protection of Human Rights and the Dignity of the Human Being with regard to the application of biology and medicine, or the Charter of Fundamental Rights and Freedoms. The section about laws mentions particularly Act No. 20/1966 Coll. on Public Health Care. In protecting the rights of patients, the Code of Patients' Rights plays an important role in. An essential part of theory is also the system of healthcare facilities, health services, healthcare professionals and the rights and obligations of various actors in the provision of health care.

The objective of the thesis was to map client satisfaction with health care provided in healthcare facilities of South Bohemia.

The research part, preceded by a preliminary study, was conducted by means of a quantitative questionnaire survey. The basic research group consisted of persons from the general public living in South Bohemia.

In the end, two out of three hypotheses were conformed. They are: (1) health care in South Bohemia was perceived positively by the clients of healthcare facilities and (2) women perceive health care in South Bohemia more critically than men. The third hypothesis, the one that was not confirmed, showed that the clients of healthcare facilities in South Bohemia have not noticed any improvement of health care during the last five years. With regard to the outcome of the third hypothesis, a question can be brought forward as to whether health care is developing in the right direction. Therefore, it would be appropriate to pay more attention to this issue.

The results can be published in professional journals and they can serve as inspiration for healthcare professionals. They may also contribute to public awareness of health care and health services in South Bohemia.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Vnímání zdravotní péče v Jihočeském kraji“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě nebo v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, 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 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 16. 8. 2010 .....

podpis studenta

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat především vedoucí práce JUDr. Boženě Kučerové Ph.D., za odborné vedení práce, poskytování rad a věcných připomínek. Můj dík patří i respondentům, kteří mi pomohli výzkum uskutečnit.

OBSAH

Úvod 8
1. Současný stav 10
1.1 Zdraví 10
1.1.1 Determinanty zdraví 10
1.1.2 Péče o zdraví 11
1. 2 Zdravotní péče 12
1.2.1 Členění zdravotní péče 13
1.3 Kvalita zdravotní péče 14
1.4 Zdravotnictví 17
1.4.1 České zdravotnictví 18
1.5 Zdravotní politika 18
1.5.1 Vývoj zdravotní politiky 20
1.5.2 Subjekty zdravotní politiky 20
1.5.3 Reformní události české zdravotní politiky 20
1.6 Regulační poplatky 22
1.6.1 Regulační poplatky ve výši 30 Kč 22
1.6.2 Regulační poplatky ve výši 60 Kč 23
1.6.3 Regulační poplatky ve výši 90 Kč 23
1.6.4 Limity regulačních poplatků a doplatků 23
1.7 Legislativa ve zdravotnictví 24
1.7.1 Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny 24
1.7.2 Úmluva o právech dítěte 26
1.7.3 Listina základních práv a svobod 27
1.7.4 Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu 28
1.7.5 Zákon o veřejném zdravotním pojištění 28
1.7.6 Kodex Práv pacientů 28
1.8 Financování zdravotní péče 30
1.8.1 Veřejné zdravotní pojištění 30
1.8.1.1 Principy veřejného zdravotního pojištění 31
1.9 Soustava zdravotnických zařízení 31
1.9.1 Druhy zdravotnických zařízení 31
1.9.1.1 Zařízení ambulantní péče a nemocnice 31
1.9.1.2 Zařízení závodní preventivní péče 32
1.9.1.3 Odborné léčebné ústavy 32
1.9.1.4 Lékárny 33
1.9.1.5 Zvláštní dětská zařízení 33

1.9.2 Zřizování a provoz zdravotnických zařízení 33
1.10 Pracovníci ve zdravotnictví 33
1.10.1 Lékařští pracovníci a farmaceuti 34
1.10.2 Nelékařští zdravotničtí pracovníci 35
1.11 Zdravotnické služby 35
1.12 Vztah pacienta a zdravotníka 36
1.13 Práva a povinnosti při poskytování zdravotní péče 37
1.13.1 Práva pacientů při poskytování zdravotní péče 37
1.13.1.1 Právo na zdravotní péči 37
1.13.1.2 Informování pacienta o jeho zdravotním stavu 38
1.13.1.3 Právo na výběr lékaře či jiného zdravotnického pracovníka a zdravotnického zařízení 38
1.13.1.4 Právo na výběr zdravotní pojišťovny 39
1.13.2 Povinnosti pacientů při poskytování zdravotní péče 39
1.13.3 Povinnosti zdravotnických zařízení a zdravotnických pracovníků 39
1.13.3.1 Zdravotní péče lege artis 40
1.13.3.2 Informovaný souhlas 40
1.13.3.3 Odmítnutí zdravotní péče 42
1.13.3.4 Informování příbuzných 42
1.13.3.5 Zdravotnická dokumentace 43
1.13.3.6 Povinná mlčenlivost 43
1.13.3.7 Poskytnutí první pomoci 46
1.14 Trendy ve vývoji zdravotnických systémů 46
2. Cíle práce a hypotézy 49
2.1 Cíl práce 49
2.2. Hypotézy 49
3. Metodika výzkumu 50
3.1 Použité metody a techniky 50
3.2 Charakteristika výzkumného souboru 51
4. Výsledky 52
5. Diskuze 105
6. Závěr 111
7. Klíčová slova 113
8. Seznam použitých zdrojů 114
9. Přílohy 120

ÚVOD

Téma diplomové práce „Vnímání zdravotní péče v Jihočeském kraji“ jsem si vybrala z důvodu, že zdravotní péče je, až na výjimky, součástí života každého z nás. Také má důležitou funkci, chrání a zlepšuje zdraví, tudíž i kvalitu našeho života.

Okolo sebe často slyším negativní názory na zdravotní péči, proto jsem se chtěla sama přesvědčit, jaké o ní má mínění veřejnost.

Cílem práce bylo zmapovat spokojenost klientů se zdravotní péčí, která je poskytována zdravotnickými zařízeními v Jihočeském kraji. V počátku byly navrženy tři hypotézy. Hypotéza číslo 1 *„Zdravotní péče v Jihočeském kraji je vnímána klienty zdravotnických zařízení pozitivně“*. Hypotéza č. 2 *„Ženy vnímají zdravotní péči v Jihočeském kraji kritičtěji než muži“*. A hypotéza č. 3 *„Klienti zdravotnických zařízení v Jihočeském kraji sledují za posledních pět let zlepšení úrovně zdravotní péče“*.

Teoretická část definuje zdravotní péči a její členění. Dále přibližuje pojem zdraví, jako cíl zdravotní péče, a jeho determinanty. Snaží se nastínit problematiku kvality zdravotní péče a jejího hodnocení. Kapitoly jsou zde věnovány i zdravotnictví, zdravotní politice, reformním událostem české zdravotní politiky v posledních letech a regulačním poplatkům. Nezbytné místo zde zaujímá legislativa ve zdravotnictví, mezi níž patří mezinárodní smlouvy nebo zákony. Například ze smluv nebyla opomenuta Úmluva o ochranně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny či Listina základních práv a svobod. Ze zákonů je uveden především Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Při ochraně práv pacientů hraje významnou roli také Kodex Práv pacientů. V práci nechybí ani definování soustavy zdravotnických zařízení a jejich dělení. Seznamuje také s pracovníky ve zdravotnictví a se zdravotnickými službami. Jedna z dalších kapitol líčí vztah pacienta a zdravotníka. V neposlední řadě uvádí práva a povinnosti při poskytování zdravotní péče z hlediska pacientů, zdravotnických zařízení a zdravotnických pracovníků. Nakonec ukazuje trendy ve vývoji zdravotnických systémů.

Praktická část hodnotí pomocí kvantitativního výzkumu dotazníkovým šetřením vnímání zdravotní péče v Jihočeském kraji. Ještě před rozdáním 850 dotazníků, z nichž

bylo použito pro výzkum pouze 664, byl proveden na menším vzorku respondentů předvýzkum. Základní soubor tvořily osoby z řad široké veřejnosti žijící v Jihočeském kraji. K jejich vybrání sloužila technika snowball sampling. Samotný dotazník zahrnoval dvacet devět otázek, některé z nich se týkaly vnímání zdravotní péče z hlediska jejího hodnocení, jiné z hlediska jejího vývoje v posledních pěti letech. Nesměly chybět ani otázky kontrolní a otázky identifikační, které blíže specifikovaly respondenta.

Výsledky byly zpracovány do grafů a tabulek. Jednotlivé grafy poté vysvětleny a popsány.

V závěru se podařilo potvrdit první dvě hypotézy, třetí bohužel ne.

1. Současný stav

1.1 Zdraví

Nejčastěji je v současné době zdraví definováno podle Světové zdravotnické organizace jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne jen nepřítomnost nemoci nebo vady (**62**). Zdraví je touto definicí vymezeno příliš obecně a nelze jej tudíž objektivně měřit (**22**).

Tato definice prošla určitým vývojem. Před rokem 1948 byl zdravím označován stav nepřítomnosti nemoci nebo tělesných defektů. V roce 1948 byla definice zdraví pozměněna právě na již uvedený stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a nejen pouhé nepřítomnosti nemoci nebo vady. Další platná definice je z roku 1977, která za zdraví pokládá schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život (**53**).

V negativním smyslu může být zdraví definováno také jako absence nemoci. Naopak pozitivně může být zdraví vnímáno jako způsobilost a pohoda ve vyrovnanosti. Zdraví označuje dobré vyhlídky na trvající přežití (**13**).

Zdraví patří k nejvyšším hodnotám na hodnotovém žebříčku a je základní podmínkou pro kvalitní život i pro zapojení se do společnosti (**4**).

Zdraví člověka se pohybuje mezi stavem úplného zdraví a smrtí. V kterémkoliv okamžiku života se může poškodit. Je vnímáno jako předpoklad umožňující jedinci aktivně se rozvíjet, kontrolovat svůj život, naplňovat životní cíle a těšit se ze života. Zdraví také ovlivňuje kvalitu života a je ideálním stavem (**22**).

Zdraví jedince i společnosti je chráněno řadou různých právních předpisů (**52**).

1.1.1 Determinanty zdraví

Determinanty zdraví označují soubor faktorů osobních, sociálních, ekonomických a faktorů týkajících se životního prostředí, který ovlivňuje zdravotní stav jedince i společnosti. Tyto faktory působí společně na zdraví člověka posilujícím nebo naopak oslabujícím účinkem (**62**).

Faktory lze členit například na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní patří genetický základ, vrozené dispozice, věk a pohlaví. Tyto faktory jsou neovlivnitelné (**62**). Konkrétněji mezi ně můžeme řadit rozdíly ve zdraví mužů a žen, náchylnosti k některým onemocněním, odolnost vůči rizikům, vývojové vady a intelektové schopnosti (**22**). Naopak vnější faktory můžeme ovlivnit, jedná se o životní prostředí, životní styl či kvalitu zdravotní péče (**62**). Pod prostředím si lze představit klimatické podmínky, charakter lokality a fyzické, pracovní i sociální prostředí konkrétního jedince. Životní styl zahrnuje způsob života, individuální životní úroveň, úroveň vzdělání, postoj ke zdraví, péči o vlastní zdraví a prevenci onemocnění, stravovací návyky, výživu, fyzickou aktivitu nebo kouření (**22**).

Faktory vymezující zdraví lze rozdělit i na faktory prostředí, které je možno dále členit na prostředí přírodní a sociální, a faktory individuální. Individuální faktory zahrnují genetické, psychické a behaviorální faktory (**62**).

Často se používá i dělení z hlediska možností ovlivnění. Jedná se o zařazení determinantů zdraví do následujících skupin, způsobu života, vnějšího prostředí, zdravotní péče či genetických faktorů (**62**).

1.1.2 Péče o zdraví

Péče o zdraví je souhrn zdravotnických, organizačních, ekonomických, výchovných a dalších prostředků, opatření a aktivit, jejichž smyslem je chránit, upevňovat, rozvíjet a navracet lidem zdraví. Jejím cílem je umožnit jedinci dosáhnutí pokud možno plného zdravotního potenciálu (**19**). V rámci komplexního sociálního systému péče o zdraví jsou poskytovány zdravotnické služby, je zajišťována ochrana zdraví občanů a prevence vzniku nemocí (**22**), která mimo jiné prodlužuje délku aktivního života (**26**). Hlavní úlohu v péči o zdraví hrají rodiny, školy a pracoviště. Až v případě, že zdravotní problémy přesáhnou možnosti běžných občanů, stává se péče o zdraví předmětem profesních zdravotnických aktivit (**19**).

1. 2 Zdravotní péče

Zabezpečování zdravotní péče upravuje v současné době stále ještě platný zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (**26**).

Podle definice zdravotní péče obsahuje péči o akutně a chronicky nemocné osoby či osoby postižené úrazem nebo vrozenou vadou (**53**). Zdravotní péče také zahrnuje zdravotní výchovu obyvatelstva, činnost úseku hygieny a boje proti přenosným nemocem, léčebně preventivní péči, lázeňskou péči, posudkovou činnost a poskytování léků a prostředků zdravotnické techniky (**2**).

Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob a dále zařízení sociálních služeb s pobytovými službami, jde-li o ošetřovatelskou a rehabilitační zdravotní péči (**58**).

Uvádí se, že zdravotní péče ovlivňuje zdraví jedince z 15-20 % (**62**).

Mezi cíle řízení zdravotní péče patří nabízení rozumných systémů, které poskytují zdravotní péči, dále zabezpečení přístupu ke zdravotní péči všem bez rozdílu a snižování nákladů na zdravotní péči (**56**).

V posledních desetiletích se, příčinou výrazného pokroku v medicíně, poskytování zdravotní péče stává čím dál více specializovanou a složitější činností, která si vyžaduje i vyšší míru výměny informací mezi zdravotníky navzájem a mezi zdravotníky a jejich pacienty (**42**). Nové léčebné metody a moderní technologie ve zdravotnictví mají důležité místo při léčbě pacientů, kteří se o nich však často dozvídají jen skrze média. Proto by měli pacienti využít možnost ptát se, jaká diagnostická vyšetření, léčebné postupy či zdravotnické pomůcky by pro ně byly optimální, popřípadě proč jsou některé pro ně nedostupné. Informace, týkající se tohoto problému, poskytují také pacientské organizace, lékaři, Svaz pacientů, Česká lékařská komora nebo Státní ústav pro kontrolu léčiv (**5**).

V demokratickém státě, ve kterém je kladen důraz na svobodnou vůli jednotlivce, je zdravotní péče vnímána jako nabídka služby. Pacient má tedy nárok na její výběr a kvalitu (**42**).

Zda se pacient nakonec uzdraví závisí na odolnosti a obranných mechanismech jeho těla, na schopnosti medicíny, na odborné kompetenci profesionálů poskytujících zdravotní péči, kvalitě a bezpečnosti léčebné péče, organizaci a návaznosti služeb a na ekonomické, prostorové a časové dostupnosti (**22**).

1.2.1 Členění zdravotní péče

Zdravotní péči lze rozdělit na formu ambulantní nebo ústavní (**26**).

Do ambulantní patří primární zdravotní péče zajišťovaná registrujícími lékaři, a to konkrétně praktickým lékařem, praktickým lékařem pro děti a dorost, stomatologem nebo gynekologem. Dále sem patří specializovaná ambulantní zdravotní péče, do které lze zahrnout například chirurgii nebo ortopedii, a zvláštní ambulantní péče tvořená domácí péčí, péčí ve stacionářích, zdravotní péči v ústavech sociálních služeb a dalšími institucemi (**26**).

Ústavní zdravotní péče se poskytuje v případech, kdy to vyžaduje zdravotní stav pojištěnce. Tato péče se uskutečňuje v nemocnicích nebo v odborných léčebných ústavech a její zvláštní formou jsou péče paliativní a symptomatická poskytovaná osobám v terminálním stavu (**26**).

Zvláštní druhy zdravotní péče tvoří lékárenská služba první pomoci, zdravotnická záchranná služba, dispenzární péče a závodní péče (**26**).

Zdravotní péči podle úhrady dělíme na zdravotní péči hrazenou ze zdravotního pojištění, zdravotní péči nehrazenou ze zdravotního pojištění a zdravotní péči částečně hrazenou ze zdravotního pojištění (**26**). Ze zdravotního pojištění je hrazena především péče cílená na zachování nebo zlepšení zdravotního stavu pojištěnce (**59**).

Podle rozsahu může být zdravotní péče komplexní nebo nezbytná. Komplexní zdravotní péče je poskytovaná našim pojištěncům v České republice a nezbytná v zahraničí z důvodu, aby se občané nemuseli vracet předčasně ze zahraničí domů (**26**).

1.3 Kvalita zdravotní péče

V dnešní době, i přes nedostatečné vybavení či nedostatky finančních, lidských a jiných zdrojů, jsou kladeny vysoké nároky na kvalitu poskytované zdravotnické péče a na bezpečnost pacienta (**23**).

Důraz na kvalitu ve zdravotnictví se začal klást od poloviny 80. let 20. století a až v 90. letech se stala kvalita pro zdravotní péči prioritní. V roce 1990 vznikla Česká společnost pro jakost, občanské sdružení působící v oblasti rozvoje kvality, které se podílí mimo jiné na tvorbě zásad Národní politiky jakosti přijaté vládou České republiky (**38**).

Definovat kvalitu zdravotní péče je velmi obtížné, proto existuje hned několik definic (**19**).

Pojem kvalita neboli jakost ve zdravotnictví lze interpretovat jako schopnost uspokojit očekávání, potřeby a požadavky pacientů. Vnímání pacientů může být ovlivněno například tím, jaký přístup k nim mají zdravotničtí pracovníci, jaké je prostředí a atmosféra v daném zařízení nebo jak jsou pacienti a jejich rodiny informováni o jejich nemoci (**38**).

Kvalitou je i úroveň technického provedení a komplex dalších hodnotících hledisek, kterými jsou účinnost, efektivita, užitečnost a neškodnost (**19**).

Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu zdravotní péče ve zdravotnictví jako souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe (**38**).

Kvalitou zdravotní péče v užším smyslu je stupeň, v jakém byly zdravotnické služby nebo jiné činnosti provedeny podle platných odborných norem (**19**).

Kvalita zdravotní péče je zaměřena hlavně na uspokojení potřeb pacienta, tudíž se jedná o subjektivní vnímání, které by ovšem mělo být podloženo i objektivně (**20**).

Měření a řízení kvality ve zdravotnictví je v mnoha ohledech odlišné od jiných odvětví výroby a služeb. Zejména se vyznačuje časovým prodlením. Protože služby ve zdravotnictví mají nehmotný charakter, lze měřit úroveň jejich jakosti velmi obtížně. Na rozdíl od průmyslu zde hraje velkou roli lidský faktor, hlavně v oblasti přímého

styku s pacientem. Dle výzkumů je určujícím faktorem kvality ve zdravotnictví z 50 % kvalita lékařské péče, 25 % připadá na ošetřovatelskou péči, 15 % na chování personálu a zbylých 10 % na hodnocení vnitřního klimatu nemocnice. Z toho vyplývá, že pacient nejcitlivěji vnímá pocit péče, neformálního zájmu, slušnosti i kompetence zdravotníků (**38**).

Měření kvality zdravotní péče lze posuzovat systémem zakládajícím se na hodnocení třech úrovní. Mezi tyto úrovně patří tzv. vstupy, proces a výstupy. (**25**)

Vstupy charakterizuje splnění podmínek pro správné poskytnutí péče, čímž je rozuměno, zda má zdravotnické zařízení dostatečně kvalifikovaný personál, odpovídající přístrojové vybavení a budovy (**25**). Hodnocením vstupů jako součásti kvality zdravotní péče se zabývá studie strukturální (**19**).

Proces značí, vykonává-li dané zdravotnické zařízení nebo konkrétní lékař dostatečný počet určitých výkonů a existují-li postupy k prevenci problémů a jejich řešení. Jde například o správný postup při rozdávání léků, o informování pacienta nebo o monitorování komplikací (**25**). Proces hodnotí studie procesuální (**19**).

Mezi výstupy patří výsledky poskytnutí zdravotní péče a procento komplikací nebo naopak úspěchů u jednotlivých zákroků (25). V tomto případě se jedná o studie cílové, jindy označované jako výsledkové (**19**).

Systému zdravotnictví jde především o zlepšení zdravotního stavu pacienta, to znamená, že je nejlepší sledovat kvalitu na úrovni výstupů. Tato úroveň posuzování kvality zdravotní péče je ale zároveň nejobtížnější, protože je potřeba sbírat data stejným způsobem, sledovat pacienty poměrně dlouhou dobu po zákroku a přizpůsobit závěry vstupnímu zdravotnímu stavu pacientů, jinak by mohlo docházet k jistým negativním skutečnostem, a to k obavám zdravotnických zařízení léčit komplikované případy pacientů (**25**).

Naopak nejsnazší je měření kvality na úrovni vstupů, které je sice pro dobrou kvalitu zdravotní péče nutné, ale nezaručuje ji (**25**).

Účelem realizace systému jakosti ve zdravotnickém zařízení je dosažení shody v zabezpečování jakosti v činnosti tohoto zařízení s požadavky pacientů a jiných zainteresovaných stran, například státu, Ministerstva zdravotnictví, zdravotní

pojišťovny, zdravotnického personálu, dodavatelů nebo zaměstnavatelů pacientů, s příslušnými normami řady ISO, konkrétně ISO 9001:2000 Systém managementu jakosti – Požadavky, resp. S ISO 9004:2000 Systém managementu jakosti – Směrnice pro zlepšování výkonnosti. Získá-li zařízení tento certifikát, vyznačuje se systematickým a průzračným řízením či je zaměřené na neustálé zlepšování činností (**38**).

Zdravotnické zařízení, ve kterém je systém jakosti zaveden, se musí maximálně snažit o zvýšení spokojenosti pacientů, uspokojení jejich potřeb a očekávání, o zajištění kvality a nepřetržitého trvání všech činností, o vnesení větší transparentnosti a efektivity do provozních činností ve zdravotnickém zařízení, o efektivní využívání finančních i lidských zdrojů a o prokazování způsobilosti plnit požadavky pacienta a tuto způsobilost interně a externě hodnotit (**38**).

Systém jakosti se zaměřuje zejména na dodržování přesných postupů v medicínské i nemedicínské oblasti a zahrnuje identifikaci jednotlivých činností, stanovení odpovědnosti za jejich výkon a zajištění koordinace mezi nimi. Vychází z politiky jakosti definované v zařízení (**38**).

Úkolem systému je tvorba rámce pro neustálé zlepšování a prevenci rozporů. Tím by mělo docházet ke zvyšování spokojenosti pacientů a jiných zainteresovaných stran a z toho vyplývající úspěšnosti organizace. Systém jakosti by měl poskytnout pacientům důvěru ve zdravotnické zařízení a v jeho zaměstnance. Měnící se potřeby, konkrétní cíle a poskytované služby, používané procesy i velikost a struktura příslušného zdravotnického zařízení musí ovlivňovat návrh a uplatnění systému managementu ve zdravotnictví (**38**).

Kvalita zdravotní péče a její efektivita je spojená nejen s rozvojem medicíny, lékařské techniky a jejich dostupností, ale i se zdravotní politikou, zdravotnickým systémem a úrovní celého zdravotnictví (**22**).

Cílem úsilí o jakost všech služeb ve zdravotnictví je dosažení či zlepšení kvality života každého pacienta, který se na dané zdravotnické zařízení obrátí (**38**).

Jakost nelze v žádném zařízení nařídit. Musí vycházet ze zájmu lidí a jejich aktivace (**38**).

1.4 Zdravotnictví

Zdravotnictví je třeba chápat jako ucelený systém zdravotnických služeb (**2**). Je to resortní systém obsahující soustavu odborných zařízení, orgánů a institucí, které byly vytvořeny s cílem poznávat a uspokojovat zdravotní potřeby i oprávněné požadavky lidí. Zdravotnictví, jehož cílem je přispívat ke zlepšování zdraví lidí a zajistit dobrou funkci systému poskytujícího zdravotnické služby, představuje odbornou, profesionálně vykonávanou a resortně pojímanou část péče o zdraví (**19**).

Hlavní směry rozvoje zdravotnictví vytyčuje Ministerstvo zdravotnictví, které dále stanovuje koncepci zdravotnictví a zabezpečuje rozvoj zdravotnictví (**58**).

Funkcí zdravotnictví je v širším smyslu společně s dalšími resorty a organizacemi vhodně usměrňovat a koordinovat široce pojatý systém péče o zdraví. Zdravotnictví je zaměřeno na zdraví lidí, jeho ochranu, posilování, obnovu a na okolnosti se zdravím související. Zajímá se o celou zdravotní situaci, její vývoj a o možnosti jejího ovlivnění (**19**).

V užším slova smyslu je funkcí zdravotnictví řídit soustavu zdravotnictví jako souhrn zdravotnických zařízení poskytujících odborné zdravotnické služby. Zdravotnictví vychází ze svých zdrojů, kterými jsou pracovníci zařízení, peníze, poznatky a kvalifikace, a snaží se dosáhnout co nejlepších výsledků v rámci nemocnosti, úmrtnosti, kvality života nebo spokojenosti pacientů (**19**).

Zdravotnictví by mělo být provázáno se systémem péče o zdraví a mělo by v tomto smyslu úzce spolupracovat s ostatními resorty (**19**).

Zdraví je veřejný statek hrající významnou stabilizující roli v rámci celého socioekonomického systému. Proto úsilí o reformu zdravotnictví, týkající se uspokojování zdravotních potřeb v kontextu sociální solidarity, rovnosti a spravedlnosti v péči o zdraví a vytvoření dostupných zdrojů pro financování zdravotnictví, je zahrnuto v programech politických stran (**22**).

1.4.1 České zdravotnictví

České zdravotnictví má své silné i slabé stránky. K silným patří především všeobecná dostupnost zdravotní péče z hlediska finančního i z hlediska rozsáhlé sítě primární i sekundární péče. České zdravotnictví oplývá velmi dobrou kvalitou primární péče o děti a dorost, dále prenatální a neonatologické péče. Česká republika se také vyznačuje vysokou odbornou úrovní a profesionalitou zdravotníků a technologickou vyspělostí zdravotnictví (**22**).

Mezi slabé stránky českého zdravotnictví patří podceňování postakutní a dlouhodobé péče o chronicky nemocné seniory a lidi s postižením. Dlouhodobým problémem je i kvalita komunikace ve zdravotnictví (**22**).

V České republice představují veřejné zdroje asi devadesát procent všech financí plynoucích do zdravotnictví, což je nejvyšší podíl ze všech zemí OECD. Veřejné výdaje činí asi 7 % HDP. Stárnutí populace a používání finančně náročnějších moderních technologií povede v nadcházejících letech nejspíš ke zvýšení poměru veřejných financí ve zdravotnictví k HDP. Podíl soukromých zdrojů ve zdravotnictví činí něco málo přes deset procent veškerých prostředků vynakládaných na zdravotní péči. Větší míra spoluúčasti pacienta je za poskytování stomatologických výrobků a léčiv (**26**).

Výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele v České republice v letech 2000 až 2008 rostly v průměru o 5,4 % ročně, což je více než u ostatních zemi OECD (**37**).

1.5 Zdravotní politika

Prostřednictvím zdravotní politiky realizuje stát péči o zdraví obyvatelstva (**22**), které je chápano v celé šíři se všemi okolnostmi ovlivňující zdraví nebo s ním související. Nejedná se tedy pouze o rezortně pojímanou zdravotnickou politiku věnovanou soustavě zdravotnických zařízení poskytujících zdravotnické služby, ale o souhrnné a koordinované úsilí mnoha orgánů, institucí a organizací, a to na úrovni celosvětové, evropské, národní, regionální i lokální. V evropské zdravotní politice zaujímají své místo také občanské iniciativy, různé sociální skupiny, rodiny i

jednotlivci. Zdravotní politika by měla být konkrétním projevem zájmu o zdraví a dokladem o sdílené odpovědnosti, kterou daný orgán přijal za zdraví lidí (**18**).

Mezi nástroje zdravotní politiky patří zdravotnická legislativa a právní dokumenty, které tvoří zákony a vyhlášky týkající se například základních podmínek poskytování zdravotní péče, práv a povinností poskytovatelů, plátců a uživatelů zdravotní péče. Dalším z nástrojů je ekonomika a financování zdravotnictví. Pod tímto nástrojem se skrývá definování zdravotních výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění, rozdělení péče na standardní a nadstandardní, regulační poplatky a další. Nástroj tvorby sítě zdravotnických zařízení a řízení zdravotnictví tvoří udělování licencí a registrace zdravotnických zařízení a zdravotnických pracovníků nebo například koncentraci vzdělávání a výzkumu do specializovaných center. Neopomenutelnými nástroji je negraduální a postgraduální vzdělávání zdravotnických pracovníků nebo sběr informací a zacházení s nimi prostřednictvím Národního zdravotnického informačního systému a Systému monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. Nástroji jsou i podpora vědy a výzkumu formou grantových agentur nebo léková politika regulující a kontrolující ceny léků (**22**).

Cíle zdravotní politiky jsou obsaženy ve vládních programech. Nejdůležitějšími dokumenty v České republice jsou Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva, Zdraví pro všechny v 21. století, Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012, Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, Národní akční plán sociálního začleňování, Národní akční plán zdraví a životního prostředí a v neposlední řadě Národní akční plán prevence dětských úrazů na léta 2007-2017 (**22**).

Zásadní otázky zdravotnické politiky v souladu s výsledky vědeckého poznání a s potřebami společnosti řeší Ministerstvo zdravotnictví (**58**). Tvorba zdravotní politiky a jejích cílů se dotýká zejména zájmů státu, plátců zdravotní péče, různých profesních seskupení, dodavatelů zdravotnické techniky a léků, pacientských organizací, politických stran, lokálních komunit a dalších (**22**).

1.5.1 Vývoj zdravotní politiky

Zdravotní politika má v Evropě poměrně dlouhou a zajímavou historii. Příkladem může být I. evropská zdravotní konference v Paříži věnovaná moru, choleře a žluté zimnici, která se konala v roce 1851. Konference byla svolána z důvodu ochranných opatření proti nebezpečným nemocem a bylo zde vyřčeno poznání, že účinná ochrana proti těmto nemocem musí mít společný základ v jednotlivých státech (**18**).

Dalším mezníkem v historii sociální politiky je založení Mezinárodního úřadu veřejné hygieny v Paříži v roce 1908. Ten se mimo jiné ujal tvorby Mezinárodní klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti. Poprvé v historii tedy bylo možné srovnávat základní údaje o zdravotním stavu obyvatelstva Evropy (**18**).

Přínosem pro rozvoj mezinárodní spolupráce i pro formování evropské zdravotní politiky se stalo založení Světové zdravotnické organizace v roce 1948 (**18**).

V roce 1998 se stává základní osnovou evropské zdravotní politiky evropská varianta programu Zdraví 21 – 21 úkolů pro 21. století, která byla v průběhu let podle námětů a připomínek členských zemí několikrát upravována (**18**).

1.5.2 Subjekty zdravotní politiky

Hlavním subjektem zdravotní politiky je stát. Vedle státu se na zdravotní politice podílejí i další státní a nestátní subjekty, především zdravotní pojišťovny, kraje, komory, zdravotnická zařízení, nadace a jiné. Vliv na zdravotní politiku mají i subjekty nalézající se mimo odvětví zdravotnictví, zejména obce, zaměstnavatelé, podnikatelé a zájmové skupiny (**26**).

1.5.3 Reformní události české zdravotní politiky

Českou reformu zdravotnictví 2006-2010 odstartovalo zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví v roce 2008 (**16**), které zajišťují spoluúčast pacientů na financování zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění (**22**). Regulační poplatky byly součástí reformního balíku veřejných financí, který byl uveden do praxe od 1. 1. 2008 na základě zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. Cíli

této reformy bylo snížit vládní deficit, podpořit hospodářský růst a podnikání, snížit daňové zatížení, posílit adresnost sociálního systému a zamezit plýtvání ve zdravotnictví. Zamezení plýtvání ve zdravotnictví zahrnuje regulaci návštěv lidí u lékaře a omezení výdajů léků, které jsou hrazené zdravotními pojišťovnami (**16**).

V rámci reformy veřejných financí došlo i ke změnám v sociální oblasti a v daňové sféře (**16**).

Významným záměrem zdravotnické reformy byl návrh nové legislativní úpravy (**22**). V dubnu 2008 došlo ke schválení sedmi zákonů vládou České republiky. Jednalo se o zákony o zdravotních službách, o specifických zdravotních službách, o zdravotnické záchranné službě, o zdravotním pojištění, o zdravotních pojišťovnách, o Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami a o univerzitních nemocnicích (**16**).

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu měl být tedy nahrazen zákonem o zdravotních službách, zákonem o specifické zdravotní péči a zákonem o zdravotnické záchranné službě. Změny v zákonu č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění by umožnily zvýšit spoluúčast pacientů na úhradách zdravotní péče, a to zavedením tzv. nadstandardní péče, která by byla modernější, lepší, šetrnější, ale zároveň nákladnější (**22**).

V červnu 2008 byla rozdělena reforma zdravotnictví na dvě části. Zákon o zdravotních pojišťovnách, o Úřadu pro dohled a zákon o univerzitních nemocnicích byly odloženy. Zbylé čtyři reformní zákony byly v listopadu schváleny (**16**).

V roce 2008 byl nastaven nový systém postgraduálního vzdělávání lékařů a nelékařských zdravotnických profesí. Byly zavedeny transparentní systém rozhodování o úhradách léčiv a generická substituce. Pod pojmem generická substituce se skrývá skutečnost, že předepsaný lék lze za určitých podmínek nahradit jiným lékem ze stejné lékové skupiny (**22**).

V roce 2009 dochází k výměně ministra zdravotnictví, která vede ke stažení reformních zákonů z projednávání v Poslanecké sněmovně. Následují i politické snahy o úplné zrušení regulačních poplatků ve zdravotnictví (**16**).

Přesto reformní úsilí přineslo určité změny, například se zavedením regulačních poplatků došlo ke snížení počtu návštěv u lékaře a ke snížení spotřeby léků (**24**).

1.6 Regulační poplatky

Dnem 1. ledna 2008 byly novelizací zákona o zdravotním pojištění zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů zavedeny regulační poplatky a limity týkající se poplatků a doplatků na léčiva (**54**).

Od 1. dubna 2009 pak vešla v platnost novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Novela změnila paragrafy týkající se regulačních poplatků a doplatků na léčiva a jejich limitů především tak, že zvýhodnila některé skupiny, kterými jsou děti do 18 let a senioři ve věku od 65 let (**55**).

Regulační poplatek je pojištěnec povinen v souvislosti s poskytováním hrazené zdravotní péče zaplatit zdravotnickému zařízení, které zdravotní péči poskytlo (**26**). Tento poplatek je příjmem zdravotnického zařízení, které ho vybralo, a to ho musí použít na úhradu nákladů spojených s provozem zdravotnického zařízení a jeho modernizací (**60**).

1.6.1 Regulační poplatky ve výši 30 Kč

Regulační poplatky ve výši 30 Kč jsou od 1. dubna 2009 placeny za návštěvu, při které je provedeno klinické vyšetření u praktického lékaře, ženského lékaře nebo zubního lékaře po dovršení 18 let věku, u praktického lékaře pro děti a dorost po dovršení věku 18 let do 19 let věku. Dále je placen tento regulační poplatek u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní péči po dovršení 18 let věku, včetně ambulancí lůžkových zdravotnických zařízení v pracovních dnech od 7:00 do 17:00 hodin. Zde ovšem rozhoduje provozovatel zdravotnického zařízení, zda se jedná o ordinační dobu ambulance nebo jde-li od 17:00 hodin již o ústavní pohotovostní službu. 30 Kč platí také osoby za vyšetření u klinického psychologa a u klinického logopeda. Návštěvní služba poskytnutá praktickým lékařem nebo lékařem pro děti a dorost u pacienta po dovršení věku 18 let je taktéž zpoplatněna (**54**).

Podle zákona se platí i poplatek za položku na receptu, avšak poplatek je snížen o zaplacený regulační poplatek nebo jeho příslušnou část tak, aby částka za doplatek a regulační poplatek činila nejméně 30 Kč (**55**).

Regulační poplatek se neplatí v případě preventivní prohlídky, dispenzární péče poskytované vybraným dětem, v případě těhotenství a v některých dalších případech uvedených v zákoně (**26**).

1.6.2 Regulační poplatky ve výši 60 Kč

Regulační poplatky ve výši 60 Kč platí jedinec, kterému je poskytována ústavní péče v nemocnicích, v odborných léčebných ústavech, zařízeních následné péče nebo v LDN. Tyto poplatky jsou placeny i při komplexní lázeňské péči a v ústavní péči v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách. Poplatek je placen za každý den pobytu. Den, ve kterém byl pojištěnec do zařízení přijat, a den, ve kterém byla péče ukončena, jsou počítány dohromady jako jeden den. Při pobytu průvodce dítěte hrazeném z všeobecné zdravotní pojišťovny platí tytéž pravidla (**54**). Při umístění pojištěnce ve zdravotnickém zařízení trvajícím déle než třicet dnů, uhradí osoba poplatek vždy k poslednímu dni každého kalendářního měsíce (**26**).

Regulační poplatek se neplatí při ústavní péči o narozené dítě, při pobytu ve stacionáři, při poskytování jednodenní péče na lůžku, poskytování příspěvkové lázeňské péče a hospicové péče a jedná-li se o pacienta na propustce (**54**).

1.6.3 Regulační poplatky ve výši 90 Kč

Za pohotovostní službu zdravotnického zařízení poskytujícího lékařskou službu první pomoci nebo ústavní pohotovostní službu v sobotu, neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech od 17:00 do 7:00 hodin se hradí regulační poplatek 90 Kč (**54**). Poplatek se platí i v případě lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři (**59**).

Při ústavní pohotovostní službě se poplatek 90 Kč nehradí, je-li pojištěnec následně přijat ve stejném zdravotnickém zařízení do ústavní péče. (**54**)

1.6.4 Limity regulačních poplatků a doplatků

Pokud celková částka regulačních poplatků a doplatků uhrazená pojištěncem nebo jeho zákonným zástupcem překročí limit ve výši 5000 Kč u dětí mladších

osmnácti let a ve výši 2500 Kč u seniorů starších šedesáti pěti let, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou je tento limit překročen (**59**).

Do limitu se nezapočítávají regulační poplatky za lékařskou službu první pomoci ve výši 90 Kč a regulační poplatky za den pobytu ve zdravotnickém zařízení ústavní péče ve výši 60 Kč (**26**).

1.7 Legislativa ve zdravotnictví

Zdravotnické právo v České republice představuje komplex obecně závazných předpisů, jejichž základ tvoří mezinárodní úmluvy o lidských právech ratifikované Českou republikou a některá ustanovení Listiny základních práv a svobod (**31**).

Smlouvy o základních lidských právech a svobodách, které byly Českou republikou přijaty, mají v aplikaci přednost před běžnými zákony a podzákonnými předpisy. (**31**).

Základním zákonem, kterým se řídí v České republice zdravotní péče, je Ústava ČR (**22**).

1.7.1 Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny

Největší konkrétní dopad v oblasti uplatňování lidských práv a základních svobod v oblasti zdravotnictví má Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny zkráceně Úmluva o lidských právech a biomedicíně, z roku 1997. Úmluvu ratifikovala Česká republika v roce 2001 (**31**).

Úmluva zaručuje ochranu důstojnosti a svébytnosti, úctu k integritě bytosti a další práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny všem lidským bytostem bez jakékoliv diskriminace (**6**). Státům, které podepsaly Úmluvu, nařizuje vytvořit v souladu s jeho ústavním právem nástroje zaručující realizaci Úmluvy (**31**).

V dalších článcích nadřazuje zájmy a blaho osoby nad zájmy společnosti a vědy, usiluje o zajištění rovné dostupnosti zdravotní péče patřičné kvality a o provádění

zákroků v oblasti zdravotní péče v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (**6**). Nadřazenost zájmů a blaha osoby nad zájmy společnosti a vědy je základním pravidlem, které je interpretováno do všech dalších ustanovení. Toto pravidlo však nesmí výrazně zasahovat do základních práv a svobod jiných členů společnosti. Pod rovnou dostupností zdravotní péče si lze představit především nepřítomnost neoprávněné diskriminace. V České republice je rovná dostupnost zajištěna zejména zákonem o veřejném zdravotním pojištění. Profesní standardy se týkají profesionálních zdravotnických pracovníků a nařizují provádění zdravotních výkonů v souladu s platným právem státu doplněným příslušnými pravidly profesních komor. V České republice jsou zásady výkonu povolání zdravotnického pracovníka stanovené Ministerstvem zdravotnictví ve spolupráci s příslušnými profesními organizacemi (**31**).

Zabývá se také informovaným souhlasem, ochranou osob neschopných dát souhlas, ochranou osob s duševní poruchou, stavem vyžadujícím neodkladný lékařský zákrok, ochranou soukromí a právem na informace, zákazem diskriminace z důvodu genetického dědictví, prediktivními genetickými vyšetřeními, zásahy do lidského genomu, zákazem volby pohlaví při asistované reprodukci, ochranou osob zapojených do vědeckého výzkumu, ochranou osob neschopných dát souhlas s odebráním orgánů či zákazem finančního prospěchu a nakládání s částmi lidského těla (**6**). Před informovaným souhlasem musí proběhnout poučení profesionálním zdravotnickým pracovníkem, který poskytne pacientovi objektivní a pravdivé informace týkající se nejen povahy, možných následků a rizik zákroku, ale i jeho možných alternativ. Článek Úmluvy obsahuje důvody, kdy je možné pokládat osobu za neschopnou dát souhlas. Po uznání pacienta za neschopného dát svůj souhlas, je třeba zavést zásadu ochrany a případný zákrok provádět, sice bez souhlasu, ale k přímému prospěchu pacienta. Pacienti s duševní poruchou smějí být podrobeni léčbě své duševní poruchy bez jejich souhlasu jen, pokud jsou tyto zákroky podmíněny splněním konkrétních podmínek. Stav vyžadující neodkladný lékařský zákrok opravňuje lékaře v situaci nouze okamžitě jednat bez čekání na pacientův souhlas. Ochrana soukromí a právo na informace stanoví především právo na důvěrnost informací v oblasti zdravotního stavu člověka. Článek

stanovuje, že jednotlivec má právo znát informace shromažďované o jeho zdravotním stavu, ať už jde o diagnózu, prognózu nebo jinou důležitou skutečnost. Zákaz diskriminace z důvodu genetického dědictví není dosud dostatečným a přiměřeným způsobem promítnut do českého právního řádu. Protože v posledních letech studium lidské genetiky zaznamenalo pozoruhodné výsledky, lze prediktivními genetickými vyšetřeními identifikovat osoby, u kterých se pravděpodobně vyvine určité onemocnění způsobené mutací jednoho genu (**31**). K odhalení genetické predispozice nebo náchylnosti k nemoci lze provést vyšetření pouze pro zdravotní účely nebo pro vědecký výzkum (**6**). Ustanovení týkající se zásahů do lidského genomu odráží obavu ze záměrné modifikace lidského genomu. Zákrok vedený s cílem modifikovat lidský genom lze provádět pouze k preventivním, diagnostickým nebo terapeutickým účelům. Zákazem volby pohlaví při asistované reprodukci je míněn zákaz používat lékařské metody k volbě pohlaví budoucího dítěte s výjimkou předcházení vážné dědičné chorobě vázané na pohlaví. Ochrana osob zapojených do vědeckého výzkumu stanovuje podmínky pro provádění výzkumu na lidských bytostech. Články o ochraně osob neschopných dát souhlas s odebráním orgánů a zákazu finančního prospěchu a nakládání s částmi lidského těla zakazují odběr orgánů a tkání osobám neschopným dát k tomu souhlas s určitými výjimkami a dále vylučují finanční prospěch jako odměnu za orgán či tkáň jako takový (**31**).

Smluvní strany Úmluvy musí zajistit odpovídající právní ochranu, aby předešly nebo zamezily porušování jejích práv a zásad. Musí poskytnout osobě spravedlivou náhradu za způsobenou újmu a zajistit odpovídající právní postih při porušení Úmluvy (**6**).

1.7.2 Úmluva o právech dítěte

Od okamžiku svého vzniku je Česká republika smluvní stranou Úmluvy o právech dítěte (**50**).

K problematice zdravotnictví a zdravotní péče se vztahují především články 6 a 24. Článek 6 upozorňuje, že každé dítě má přirozené právo na život, a stát zabezpečuje v nejvyšší možné míře zachování života a rozvoje dítěte. Článek 24 pojednává o právu

dítěte na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu a na využívání léčebných a rehabilitačních zařízení (**7**).

1.7.3 Listina základních práv a svobod

Součástí ústavního pořádku v České republice je také Listina základních práv a svobod (**22**). Listina obsahuje šest hlav skládajících se celkem ze čtyřiceti čtyř článků (**43**), z nichž se týkají zdravotnictví články 6, 7, 8, 10 a 31.

Dle Listiny má každý právo na život a jeho ochranu. Člověk tedy může žádat, aby potřebnou zdravotní péčí byla provedena odpovídající opatření v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, směřující k ochraně jeho života před život ohrožujícími chorobami. Lidský život je chráněn již před narozením, a usmrcení plodu, s výjimkou zákonem povoleného umělého přerušení těhotenství, je vždy podle zákona trestným činem. V České republice je zakázaná i eutanasie (**31**).

Listina poukazuje na právo na nedotknutelnost osoby, z něhož vyplývá právo provádět zdravotní výkony jen se souhlasem pacienta (**31**).

Článek Listiny o osobní svobodě odkazuje na zákon, který stanoví případy, kdy osoba může být převzata nebo držena v ústavní zdravotnické péči bez svého svolení. V České republice se tímto zabývá zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (**31**).

Listina zaručuje i zachování povinné mlčenlivosti všech zdravotnických pracovníků i dalších pracovníků, kteří přijdou do styku s jakýmikoliv údaji o zdravotním stavu člověka. Neoprávněné nakládání s osobními údaji je trestným činem i správním deliktem postihnutelným pokutou (**31**).

Dle Listiny má každý právo chránit své zdraví všemi dostupnými prostředky, včetně nadstandardní zdravotní péče nehrazené zdravotním pojištěním či zdravotnických výkonů v zahraničí. Na poskytnutí první pomoci a nutné neodkladné péče má nárok každý, bez ohledu na uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Za podmínek stanovených zákonem má osoba právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky na základě veřejného zdravotního pojištění. Ne však všechny zdravotní výkony a veškerá zdravotní péče musí být hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Rozsah je v současné době stanoven zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném

zdravotním pojištění. Ten, kdo má za to, že tyto práva týkající se veřejného zdravotního pojištění byla porušena, může se domáhat jejich realizace u soudu (**31**).

1.7.4 Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

Zákon o péči o zdraví lidu ustanovuje hlavní zásady péče o zdraví lidu. Zabývá se poskytováním zdravotní péče, zdravotní výchovou obyvatelstva, činností na úseku hygieny a boje proti infekčním onemocněním a obsahem léčebné preventivní péče. Dále je zde definována soustava zdravotnických zařízení, jejich druhy a úkoly, a povinnosti pracovníků ve zdravotnictví. Část pátá tohoto zákona blíže specifikuje zpracování osobních údajů souvisejících se zajišťováním zdravotní péče. Část šestá se zabývá řízením péče o zdraví lidu a rozhodování při výkonu zdravotní péče (**58**).

1.7.5 Zákon o veřejném zdravotním pojištění

Zákon o zdravotním pojištění ustanovuje rozsah zdravotního pojištění a jeho vznik a zánik. Část druhá pojednává o pojistném zdravotního pojištění, část třetí o právech a povinnostech plátců pojistného, část čtvrtá o právech a povinnostech pojištěnce. Další části se zabývají například podmínkami poskytování zdravotní péče a její úhradou, regulací cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely nebo zdravotními pojišťovnami (**59**).

Podstatná změna v zákonu o veřejném zdravotním pojištění nastala v roce 2007, kdy byl zákonem o stabilizaci veřejných rozpočtů novelizován a s platností od začátku roku 2008 byla zavedena spoluúčast pacienta na financování zdravotní péče, tzv. regulační poplatky, spolu s ročním ochranným limitem pro tyto poplatky, který činil 5000 Kč (**22**).

1.7.6 Kodex Práv pacientů

Česká verze etického kodexu Práva pacientů byla prvně zpracována podle Vzorových práv pacientů zveřejněných v roce 1985 Americkým svazem občanských svobod (**15**).

Etický kodex Práv pacientů byl schválen Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky a je platný od 25. února 1992 (**36**).

Kodex Práv pacientů není sám o sobě právně vymahatelný a v podstatě vyjadřuje opodstatněná přání nemocných. Je však navržen tak, že většina ustanovení se nachází v odpovídajícím významu i v zákonných ustanoveních (**15**).

Kodex je rozvržen do jedenácti okruhů práv. V prvním z nich je uvedeno právo pacienta na ohleduplnou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky. Další poukazuje na právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří pacientovi poskytují péči. Pacient má také právo na soukromí a na služby poskytované v ústavu. S výjimkou závažných důvodů by měl mít možnost se stýkat s rodinou i s přáteli. Má právo na potřebné informace, které mu pomohou v rozhodnutí se, zda bude souhlasit se zahájením dalšího diagnostického či terapeutického postupu. Existuje-li více alternativ postupu, má právo se o nich dozvědět. V rozsahu povoleném zákonem má právo léčbu odmítnout a současně vědět o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí. V průběhu ambulantní i nemocniční péče má právo, aby byly brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Také musí být zajištěna ochrana informací o nemocném. Zdravotnické zařízení musí podle svých možností přiměřeným způsobem pacientovým žádostem vyhovět, samozřejmě s ohledem na povahu jeho onemocnění. Má právo na léčbu vedenou s přiměřenou kontinuitou, právo předem vědět, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a kde mu budou k dispozici. V případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či k experimentu, má pacient právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení. Pacient v posledních chvílích života má právo na citlivou péči a respektování jeho přání zdravotníky. Mezi poslední právo, které je pro pacienta i povinností, je znát platný řád zdravotnického zařízení, kde léčba probíhá (**36**).

1.8 Financování zdravotní péče

Zdravotní péče v České republice je financována především z veřejných zdrojů. Veřejné zdroje zahrnují veřejné zdravotní pojištění, prostředky státu a prostředky krajů a obcí (**26**).

Soukromé zdroje financování tvoří hlavně spoluúčast pacienta, dary a charita (**26**).

1.8.1 Veřejné zdravotní pojištění

Systém veřejného zdravotního pojištění začal v České republice plně fungovat v roce 1993. Úkolem zdravotního systému je vybírat pojistné na veřejné zdravotní pojištění od plátců pojistného a uhrazovat zdravotní péči zdravotnickým zařízením za poskytnutou zdravotní péči, včetně úhrad za léky a zdravotnické prostředky. Tento úkol zajišťují zdravotní pojišťovny (**26**).

V systému veřejného zdravotního pojištění existují vzájemně provázané vztahy mezi pojištěncem, poskytovatelem zdravotních služeb a zdravotní pojišťovnou (**11**).

Veřejné zdravotní pojišťovny provádějí zdravotní pojištění. Pojišťovny povinně uhrazují zdravotnickým zařízením nebo jiným subjektům poskytujícím zdravotní péči pojištěncům tuto poskytnutou péči (**59**). V České republice existuje aktuálně devět zdravotních pojišťoven. Mezi ně patří Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Vojenská zdravotní pojišťovna ČR, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra, Revírní bratrská pokladna, Zdravotní pojišťovna Metal-Aliance a Zdravotní pojišťovna Média (**12**).

Veřejné zdravotní pojištění se řídí zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Činnost zdravotních pojišťoven upravuje zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, a zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotnických pojišťovnách. Mezi další právní úpravy týkající se veřejného zdravotního pojištění patří zákon č. 160/1992 Sb., o nestátním zdravotnickém zařízení,

a zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře, České lékárnické komoře (**26**).

1.8.1.1 Principy veřejného zdravotního pojištění

Zdravotní pojištění je založeno na povinné účasti. To znamená, že každý občan České republiky musí být zdravotně pojištěn. Dalšími principy jsou svobodná volba zdravotní pojišťovny a lékaře a princip solidarity, který je nutno chápat jako solidaritu zdravých s nemocnými, mladých se seniory a solidaritu mezi bohatšími a chudšími (**26**).

1.9 Soustava zdravotnických zařízení

Soustavu zdravotnických zařízení v České republice tvoří zdravotnická zařízení a další zdravotnické organizace uspořádané do této soustavy. Úkolem zdravotnických zařízení zřízených státem, obcí, fyzickými a právnickými osobami je poskytování zdravotní péče (**58**).

Do soustavy zdravotnických zařízení patří, mimo jejich dále uvedených druhů, i zařízení pro výchovu a výuku a pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků. Dále jsou zde zahrnuty organizace pro zdravotnickou výrobu, pro zásobování léčivy a jinými prostředky zdravotnické techniky a pro jejich kontrolu, vědeckovýzkumná a vývojová pracoviště na úseku zdravotnictví (**58**).

Zdravotnická zařízení jsou poskytovateli zdravotnických služeb (**22**).

1.9.1 Druhy zdravotnických zařízení

Součástí zdravotnických zařízení jsou zařízení léčebně preventivní péče, ke kterým patří zařízení ambulantní péče a nemocnice, zařízení závodní preventivní péče, odborné léčebné ústavy, lékárny a zvláštní dětská zařízení (**58**).

1.9.1.1 Zařízení ambulantní péče a nemocnice

Mezi zařízení ambulantní péče patří ordinace praktických lékařů a ordinace dalších odborných lékařů (**58**).

Léčebná zařízení umístěná mimo nemocnice, s kterými nejsou organizačně ani personálně spojena, se nazývají sdružená ambulantní zařízení. V ordinacích sdružených ambulantních zařízení se poskytuje základní a specializovaná zdravotní péče jednotlivcům nebo skupinám (**58**).

Nemocnice jsou poskytovateli ambulantní a lůžkové základní a specializované diagnostické a léčebné péče, jejíž součástí jsou i nezbytná preventivní opatření (**58**).

1.9.1.2 Zařízení závodní preventivní péče

Úkolem zařízení závodní preventivní péče je provádění odborné poradní činnosti v otázkách ochrany a podpory zdraví a sociální pohody zaměstnanců. Tato zařízení dále pravidelně kontrolují pracoviště podniků, zjišťují vlivy práce a pracovních podmínek na člověka při práci, vykonávají preventivní lékařské prohlídky zaměstnanců, zajišťují poskytnutí první pomoci zaměstnancům, spolupracují s příslušným orgánem ochrany veřejného zdraví a podílejí se na výcviku a výchově v oblasti ochrany a podpory zdraví (**58**).

1.9.1.3 Odborné léčebné ústavy

Odborné léčebné ústavy se specializují zpravidla podle druhu nemocí. Poskytují léčebně preventivní péči navazující na péči nemocnic a poliklinik osobám s poruchami zdraví, které se vyznačují vleklým průběhem a u nichž je zapotřebí zvláštní odborné péče s výrazným rehabilitačním zaměřením (**58**).

Mezi odborné léčebné ústavy patří léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí, psychiatrické léčebny, rehabilitační ústavy a další léčebny, ozdravovny a noční sanatoria. Ústavní péče v ozdravovnách je určena osobám ohroženým na zdraví nebo osobám v rekonvalescenci. Noční sanatoria poskytují potřebnou péči práce schopným osobám s ohroženým nebo narušeným zdravím mimo jejich pracovní dobu (**58**).

Odborné léčebné ústavy využívající při poskytování léčebně preventivní péče především přírodních léčivých zdrojů nebo klimatických podmínek jsou označovány jako lázeňské léčebny. V lázeňském místě může být zřízena i lázeňská poliklinika (**58**).

1.9.1.4 Lékárny

Lékárny jsou oprávněny připravovat a vydávat léčivé přípravky. Při vydávání léčivých přípravků předepsaných lékařem nebo, v případě není-li výdej vázán na lékařský předpis, přípravků vyžádaných osobou, lékárna klientovi poskytuje informace o těchto přípravcích (**61**). Lékárny také společně s dalšími tomu určenými zdravotnickými zařízeními vydávají zdravotnické prostředky. Některé také zhotovují nebo opravují určité druhy těchto prostředků (**58**).

1.9.1.5 Zvláštní dětská zařízení

Léčebně preventivní péči poskytují zvláštní dětská zařízení pečující o všestranný rozvoj dětí ve věku do tří let. Mezi ně patří kojenecké ústavy, dětské domovy a jesle (**58**).

1.9.2 Zřizování a provoz zdravotnických zařízení

Zdravotnická zařízení zřizují Ministerstvo zdravotnictví, kraje v samostatné působnosti, obce, fyzické a právnické osoby. Všechna zdravotnická zařízení musí mít uzavřenou pojistnou smlouvu o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče (**58**).

Zdravotnická zařízení zřizovaná Ministerstvem zdravotnictví, kraji v samostatné působnosti a obcemi jsou řízena svými zřizovateli a jejich povinností je poskytování zdravotní péče ve spádových územích (**58**).

1.10 Pracovníci ve zdravotnictví

Mezi pracovníky ve zdravotnictví, kteří poskytují zdravotní péči, patří lékaři, zubní lékaři, farmaceuti a nelékařští zdravotničtí pracovníci (**33**).

Dle kvalifikovaných odhadů jsou lékaři a sestry ohroženi vyhořením již po třech letech práce v nemocnici. S tím by měl počítat vzdělávací systém a rozvíjet jejich kompetence vztahující se k psychosociálním preventivním strategiím jako součásti psychické sebeobrany a rozvoje osobnosti (**27**).

1.10.1 Lékařští pracovníci a farmaceuti

Zdravotnickým povoláním se podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta rozumí souhrn činností a znalostí při výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Zdravotnickým pracovníkem je fyzická osoba vykonávající toto povolání, která získala specializovanou způsobilost na akreditovaném zdravotnickém magisterském studijním programu všeobecné lékařství, zubní lékařství nebo program farmacie. Dále je zapotřebí odborné a zdravotní způsobilosti a bezúhonnosti (**60**). Bezúhonnost lékař ztrácí, je-li odsouzen pro úmyslný trestný čin nebo pro trestný čin spáchaný z nedbalosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Jedná se například o odsouzení pro provedení postupu non lege artis, byť i z nedbalosti (**1**).

Lékař s odbornou způsobilostí vykonává činnost preventivní, diagnostickou, léčebnou, rehabilitační a dispenzární péči pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí. Lékař nabývá specializované způsobilosti ukončením specializačního vzdělávání atestační zkouškou, na jejímž základě je mu vydán diplom. Specializační vzdělání lékařů nabízí několik desítek oborů. Mezi ně patří například chirurgie, psychiatrie či vnitřní lékařství (**60**).

Zubní lékař s odbornou způsobilostí vykonává v rámci svého povolání činnost preventivní, protetickou, diagnostickou, léčebnou a dispenzární. Dále se zabývá vzděláváním, výzkumem, vývojem, revizní a posudkovou činností. Zubní lékař se může také specializovat pro obor ortodoncie nebo orální a maxilofaciální chirurgie (**60**).

Odborná způsobilost farmaceutovi umožňuje například připravovat lékové formy léčivých přípravků, podílet se na výrobě a kontrole léčiv, skladovat a vydávat léčiva v lékárnách a poskytovat odborné informace o léčivech. Farmaceuti mohou získat ukončením specializačního vzdělání specializovanou způsobilost v oborech, kterými jsou farmaceutická technologie, klinická farmacie, laboratorní a vyšetřovací metody ve zdravotnictví, nemocniční lékárenství, radiofarmaka nebo veřejné lékárenství (**60**).

Studium medicíny je nadnárodně uznáváno jako nejvíce specifický a nejvíce náročný obor. Zájem studentů o něj v posledních letech klesá. Role lékařů se mění

na odborníka vykonávajícího servis, ale jejich finanční ohodnocení vychází spíše z pojetí jejich role altruistické. Profese lékaře je funkčně i emocionálně náročná (**27**).

1.10.2 Nelékařští zdravotničtí pracovníci

K zdravotnickému personálu patří také nelékařští zdravotničtí pracovníci, do kterých se řadí všeobecné sestry, porodní asistentky, ergoterapeuti, zdravotní laboranti, zubní technici, asistenti ochrany a podpory veřejného zdraví, farmaceutičtí asistenti, zdravotničtí záchranáři, nutriční terapeuti, biomedicínští technici, psychologové ve zdravotnictví, logopedi, fyzioterapeuté, radiologičtí fyzici, odborní pracovníci v laboratorních metodách a v přípravě léčivých přípravků, biomedicínští inženýři, odborní pracovníci v ochraně a podpoře veřejného zdraví, specialisté v organizaci a řízení ve zdravotnictví a radiologičtí asistenti (**34**). V označení odbornosti nelékařských zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí došlo naposledy ke změnám díky Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, které nabylo účinnosti začátkem roku 2010 (**32**).

Všeobecné sestry vykonávají někdy práci pod nebo nad rámec kvalifikace. To se podílí na jejich psychické zátěži (**3**).

1.11 Zdravotnické služby

Zdravotnické služby jsou ukazatelem hospodářské i kulturní vyspělosti státu. Čím je ekonomická a kulturní úroveň státu vyšší, tím se zvyšuje i komplexnost zdravotní péče a nedochází k tak výrazným zdravotním nepoměrům mezi socioekonomickými skupinami (**26**).

Zdravotnické služby tvoří síť a lze je rozdělit podle několika kritérií (**22**).

Podle okolností poptávky se rozlišují zdravotnické služby primární, sekundární a terciární. Primární jsou služby prvního kontaktu, sekundární specializované ambulantní a terciární specializované lůžkové (**22**).

Podle naléhavosti mohou být služby neodkladné, plánované akutní nebo plánované neakutní (**22**).

Podle obsahu služby preventivní, diagnostické, konzultační, posudkové, léčebné, ošetřovatelské, paliativní, hospicové a lékárenské (**22**).

1.12 Vztah pacienta a zdravotníka

Vztah pacienta a zdravotníka vzniká většinou z rozhodnutí nemocného, který povolá nebo navštíví lékaře, aby mu pomohl. Vztah se vyznačuje kooperací a vzájemností (**42**).

Obecně se předpokládá, že vzájemný vztah poskytovatele zdravotní péče a pacienta je rovnoprávný (**1**).

Mezi pacientem a zdravotníkem existuje z právně formálního hlediska rovnost. To znamená, že v tomto vztahu neexistuje prvek nadřízenosti a podřízenosti. Právní rovnost je však zpochybňována některými faktory působícími ve vztahu pacienta a zdravotníka. Jedná se především o zdravotníkovu vyšší odbornou vzdělanost a dovednost, která zapříčiňuje informační nesouměrnost týkající se údajů o zdravotní péči. Pacient se dále může cítit ve slabší pozici z důvodu tísně vyvolané nemocí svojí nebo svého blízkého (**42**).

V minulosti se často stávalo, že lékař nebral na postoje pacienta při rozhodování v otázkách diagnostického a léčebného postupu zřetel. Toto jednání se označuje jako lékařský paternalismus a v dnešní době u nás zůstává jen v případech náhlého ohrožení života (**40**).

Zásadní postavení ve zdravotnictví má komunikace (**21**). Lékař nesmí v žádném případě pacientovi lhát, ale zároveň mu musí poskytnout informace vhodným způsobem (**5**).

Z důvodu lepší komunikace se zdravotníkem, by měl pacient znát svá pacientská práva. Pacient by se neměl obávat hovořit o tom, co ho při léčbě trápí. Na druhé straně by měli lékaři a ostatní zdravotníci přistupovat k pacientovi ve snaze mu co nejvíce pomoci (**5**).

1.13 Práva a povinnosti při poskytování zdravotní péče

Obecným požadavkem je, aby poskytovatelé zdravotní péče a pacienti byli rovnocennými partnery. Při poskytování zdravotní péče mají občané svá práva a povinnosti, zatímco zdravotnická zařízení pouze povinnosti. Jejich práva žádný právní předpis nestanovuje (**1**).

1.13.1 Práva pacientů při poskytování zdravotní péče

Občané při poskytování zdravotní péče mají právo zejména na péči lege artis, na podrobné srozumitelné informace, na ohleduplnost a respektování soukromí, studu a důstojnosti a na zajištění důvěrnosti sdělovaných a zjištěných skutečností. Dále mají právo odmítnout léčbu, nesouhlasit s přítomností osob, které nejsou přímo na léčbě účastny a odmítnout je, právo na svobodnou volbu lékaře a zdravotnického zařízení a na poskytování zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení zařazeném do veřejné sítě zdravotnických zařízení (**1**).

Základ úpravy základních práv pacientů se nalézá v ústavních zákonech a mezinárodních smlouvách. Dále jsou práva rozvedena v řadě zákonných a podzákonných předpisů (**41**). Práva pacientů v České republice vycházejí z Ústavy a Listiny základních práv a svobod. Tyto práva jsou úžeji definována především zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném a zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů. Vedle uvedených dokumentů stojí i Etický kodex Práva pacientů (**5**).

1.13.1.1 Právo na zdravotní péči

Právo na zdravotní péči vychází z článku 31 Listiny základních práv a svobod. Občané České republiky mají dále právo na základě veřejného zdravotního pojištění na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek stanovených zákonem (**41**).

1.13.1.2 Informování pacienta o jeho zdravotním stavu

Právní předpisy upravující informování pacienta o jeho zdravotním stavu prošly určitým vývojem (**26**). Novela zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu pacientovi ukládá právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě nebo v jiných zápisech vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu a v přítomnosti zdravotnického pracovníka do nich může pacient i nahlížet. Dále má právo na pořízení výpisu, opisu nebo kopií těchto dokumentů. Pacient může také určit osobu, která bude informována o jeho zdravotním stavu nebo zakázat podávání těchto informací kterékoliv osobě (**58**). Informaci podává zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu příslušného zdravotnického povolání. Ošetřující lékař informuje pacienta o diagnóze, prognóze, způsobu léčby a jejích možných alternativách. Střední zdravotnický pracovník informuje pacienta pouze o povaze zákroku, který sám provádí (**26**).

1.13.1.3 Právo na výběr lékaře či jiného zdravotnického pracovníka a zdravotnického zařízení

Právo na svobodný výběr lékaře či jiného zdravotnického pracovníka a zdravotnického zařízení zaručuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Toto právo lze uplatnit jednou za tři měsíce (**59**).

Zvolený lékař může odmítnout přijetí pojištěnce pouze z důvodu, že by nebyl schopen kvůli překročení únosného pracovního zatížení zajistit kvalitní zdravotní péči o tohoto nebo ostatní pojištěnce. Při neodkladné péči nikdy pojištěnce odmítnout nemůže (**59**).

Možnost svobodně si vybrat nebo změnit lékaře není v případě závodní preventivní péče (**41**).

Pacient má také právo zvolit si lékaře nebo zdravotnického pracovníka k operačnímu zákroku. Tato osoba ale musí být odborně způsobilá k provedení daného výkonu. Nevýhodou je, že pacient může na operaci déle čekat nebo dokonce z důvodu pracovního vytížení dané osoby být odmítnut (**5**).

1.13.1.4 Právo na výběr zdravotní pojišťovny

Na výběr zdravotní pojišťovny vzniká nárok ze zákona každému občanu České republiky, avšak vždy nejdříve za jeden rok od poslední takové změny. Při změně zdravotní pojišťovny musí občan vyplnit přihlášku na kontaktním místě zvolené pojišťovny, která ho poté automaticky odhlásí u pojišťovny předchozí. Změna je účinná až od prvního dne nejbližšího následujícího čtvrtletí (**5**).

1.13.2 Povinnosti pacientů při poskytování zdravotní péče

Při poskytování zdravotní péče mají občané kromě svých práv i povinnosti, mezi které patří uhradit pojistné na veřejné zdravotní pojištění, uhradit zdravotnickému zařízení péči poskytnutou nad rámec veřejného zdravotního pojištění, podrobit se lékařským prohlídkám, vyšetřením, očkováním a léčením a dalším a dalším opatřením v rozsahu stanoveném právními předpisy, pečovat o své zdraví a vyhýbat se jednání, které jejich zdraví nadmíru ohrožuje (**1**).

1.13.3 Povinnosti zdravotnických zařízení a zdravotnických pracovníků

Stejně jako pacienti mají i zdravotnici své povinnosti ve vztahu ke svému povolání. Musí vykonávat zdravotnické povolání svědomitě, poctivě s hluboce lidským vztahem k občanům a s vědomím odpovědnosti ke společnosti. Zejména je pracovník povinen své zdravotnické povolání vykonávat v rozsahu a způsobem určeným Ministerstvem zdravotnictví ČR ve spolupráci s profesními organizacemi. Povinnostmi zdravotnického pracovníka dále jsou převzít a plnit i mimořádné zdravotnické úkoly uložené mu dočasně v důležitém obecném zájmu a poskytovat neprodleně první pomoc v případě, že by bez ní byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit podle potřeby další potřebnou péči. V neposlední řadě musí zdravotnický pracovník dodržovat povinnou mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dověděl v souvislosti s výkonem svého povolání (**1**).

1.13.3.1 Zdravotní péče lege artis

Zákonem danou povinností všech zdravotnických zařízení je poskytovat zdravotní péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy (**58**). Toto ustanovení lze chápat jako ne příliš přesnou definici pojmu lege artis. Slovní spojení lege artis vzniklo z latinského de lege artis medicinae, do češtiny přeloženého jako podle pravidel umění lékařského (**26**).

Lege artis je taková péče, kterou lékař poskytuje v souladu s předpisy a podle doporučení a standardů, pokud je konkrétní postup standardy upraven (**51**).

Z postupu lege artis vyplývá právo pacienta na odbornou správnou léčbu zdravotnického zařízení, která je v souladu se současnými a dostupnými poznatky lékařské vědy. Znamená to, že zdravotnické zařízení využívá poznatků lékařské vědy, které mu jsou dostupné, odborně správné, při dané diagnóze obvykle využívané. Tyto postupy však musí odpovídat jeho možnostem včetně ekonomickým (**26**).

Lékař může z důvodu rozporu s postupem lege artis nebo z důvodu evidentního poškození pacienta většího, než kdyby úkon neprovedl, odmítnout poskytnutí konkrétní zdravotní péče (**51**).

Pokud poskytovatel zdravotní péče při výkonu svého povolání nedodrží právní předpisy, jedná se o postup non lege artis a pacientovi vzniká právo na náhradu vzniklé újmy (**26**).

1.13.3.2 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas je důležitým nástrojem pro poskytování informací a je považován za náležitý projev pacientovy vůle (**15**). Jedná se o vykonávání diagnostických a léčebných úkonů jen se svobodným a dobrovolným souhlasem pacienta, kterému předchází podání přiměřených informací (**40**). Bez poučení pacienta a jeho následného souhlasu nesmí být proveden žádný lékařský zásah (**5**). Informovaný souhlas právně upravují zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (§23 a §24) a Úmluva o lidských právech a biomedicíně č. 96/2001 Sb. mezinárodních smluv.

Za kvalitu a rozsah informací poskytnutých nemocnému zodpovídá ošetřující lékař. Avšak i další zdravotničtí pracovníci podílející se na léčbě a péči o nemocného

mají povinnost s ohledem na své profesně stanovené kompetence nemocného informovat (**15**). Právní úprava uznává za platný souhlas písemný, ústní či konkludentní. Konkludentní je souhlas sice nevyslovený, ale nevzbuzující pochybnost o tom, co chtěl jednající učinit (**26**). U závažnějších zákroků je potřeba písemného informovaného souhlasu, který po ústním poučení vyžaduje lékař (**15**). Písemná forma je předepsaná i u přijímání pacienta do nemocnice. V některých případech ale není nutná (**5**).

Podle Úmluvy o lidských právech a biomedicíně má právo na informovaný souhlas každý dospělý a právně způsobilý člověk. Za osoby nezletilé a osoby zbavené nebo omezené způsobilosti k právním úkonům uděluje informovaný souhlas zákonný zástupce, popřípadě opatrovník, přesto i tyto osoby je třeba vhodným způsobem poučit o léčebném plánu. Například pro nezletilého je důležité, aby věděl, jaké diagnostické, léčebné a rehabilitační úkony ho čekají a mohl se na ně psychicky připravit (**15**). Až na určité výjimky, poskytne-li lékař péči bez svobodného a informovaného souhlasu pacienta, porušuje tím svoji povinnost (**26**).

Někdy se diskutuje o tom, že informovaný pacient ještě nemusí být poučený pacient. V tomto případě má pacient údaje, které ovšem nemusí umět uspořádat a zhodnotit. Proto lze předpokládat, že odbornou fundovanost pacientů by zvýšila prezentace informací s náležitým a srozumitelným komentářem (**15**).

Pro platnost a nezpochybnitelnost souhlasu je zapotřebí splnění řady náležitostí. Zatím se pozornost zaměřuje především na formální aspekty písemného informovaného souhlasu, je však zapotřebí věnovat se i řádnému a citlivému podávání informací nemocnému a odhadnout čas, který potřebuje pacient na rozmyšlenou, pokud nejde o urgentní záležitost (**15**). Informovaný souhlas musí být tedy učiněn svobodně, vážně, určitě a srozumitelně (**52**). Zdravotnický pracovník nesmí vůli pacienta jakkoli ovlivňovat. Pacientova vůle nesmí být ovlivněna ani léky či jinými medikamenty (**26**).

Další otázkou je, zda informovaný souhlas platí po celou dobu léčby, přestože je mnohdy časově náročná a dochází k nárůstu jejích metod, nebo ho je nutné obnovovat. Podle Práv pacientů by měl nemocný od lékaře získat potřebné údaje před zahájením každého diagnostického postupu, aby o něm mohl rozhodnout (**15**).

V případě, že pacient neposkytne informovaný souhlas, kromě existujících výjimek, kde souhlasu není zapotřebí, jsou všechny provedené diagnostické a léčebné postupy pokládány za protiprávní (**15**). Léčená osoba se může kdykoliv rozhodnou, že svůj souhlas odvolá (**5**).

Co se týče informovaného souhlasu, neexistuje dostačující osvěta pro společnost. Proto mnohdy dochází k zaskočení pacientů nebo jejich blízkých při setkání s těmito praktikami (**15**).

1.13.3.3 Odmítnutí zdravotní péče

Každý pacient má právo odmítnout navrhovanou léčbu. Předtím však musí být náležitě informován o možných důsledcích svého rozhodnutí (**5**). Jestliže se tedy rozhodne odmítnout zdravotní péči, musí podepsat tzv. negativní reverz (**15**). O negativním reverzu lze hovořit také jako informovaném nesouhlasu. V praxi je odmítnutí léčby problematické a může způsobit zhoršení zdravotního stavu pacienta (**5**). Na rozdíl od pozitivního reverzu vyžaduje právní úprava pro negativní reverz vždy písemnou formu (**26**).

Na základě podepsání negativního reverzu, lze pacienta na jeho žádost předčasně propustit z ústavní péče (**52**).

1.13.3.4 Informování příbuzných

Dříve byl lékař, podle zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, povinen informovat o povaze onemocnění i členy rodiny nemocného. Toto ustanovení se ale dostalo do rozporu s Úmluvou o biomedicíně, která právo informovanosti přisuzuje pouze pacientovi, ostatní mohou být informováni jen s jeho souhlasem. Od 15. 5. 2007 byl novelizací zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu tento rozpor vyřešen. Podle této právní normy má nemocný sám právo určit, kdo má být o jeho zdravotním stavu informován a může jím být i osoba bez příbuzenského vztahu. Souhlas s poskytováním informací určité osobě, který musí být v písemné formě a obsahovat podpis pacienta nebo jeho zákonného zástupce, může pacient kdykoliv změnit či odvolat (**15**).

Pokud pacient z nějakého důvodu nechce informace o svém zdravotním stavu sám znát, může požádat lékaře, aby mu je nesděloval, či je sděloval pouze členům jeho rodiny. V tomto případě je vhodné písemné vyjádření (**5**).

1.13.3.5 Zdravotnická dokumentace

Vedení zdravotnické dokumentace je povinností zdravotnických zařízení (**58**).

Zdravotnickou dokumentaci lze označit jako soubor zaznamenaných informací, které se týkají poskytování zdravotní péče konkrétní fyzické osobě (**52**).

Zdravotnická dokumentace je nejen důležitým pomocníkem pro lékaře a ostatní pracovníky podílející se na léčbě a péči o konkrétního pacienta, ale také eventuelně může být použita k soudním účelům. Dokumentace podléhá režimu povinné mlčenlivosti a právo do ní nahlížet mají jen osoby uvedené v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (**15**).

Dokumentace obsahuje identifikační znaky pacienta, zdravotnického zařízení, zdravotnického zaměstnance a anamnestické údaje. Může být vedena ve formě písemné, grafické nebo audiovizuální (**52**).

Pacient není vlastníkem své zdravotnické dokumentace, ale má právo na všechny informace v ní uvedené (**15**). Avšak subjektivní poznámky lékaře při pozorování a léčbě psychiatricky nemocného pacienta nemusí být poskytnuty (**5**).

1.13.3.6 Povinná mlčenlivost

Povinná mlčenlivost je nástrojem zajišťujícím ochranu osobních údajů, ochranu soukromí a ochranu nedotknutelnosti fyzické osoby (**42**).

Jako jednu z povinností pracovníků ve zdravotnictví ji stanoví zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Tento zákon nařizuje pracovníkům ve zdravotnictví zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dověděli při výkonu svého povolání. Výjimkou je sdělování se souhlasem ošetřované osoby (**58**).

Primárním účelem povinné mlčenlivosti je především nastolení vzájemné důvěry ve vztahu mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem, dále ochrana před neoprávněným zasahováním do pacientova soukromí, ochrana nedotknutelnosti osoby

pacienta, ochrana jeho lidské důstojnosti, osobní cti, dobré pověsti a jména a zabránění diskriminaci pacienta (**42**).

Povinnost mlčenlivosti poměrně přísně a široce postihuje všechny zdravotnické pracovníky a týká se informací o zdravotním stavu, o diagnóze, prognóze, rodinné anamnéze, o sociální situaci, o skutečnosti léčení pacienta v daném zařízení apod. (**26**). Za porušování povinné mlčenlivosti není považováno sdělení pacientovy hospitalizace ani oznámení úmrtí pacienta osobě, kterou pacient uvedl jako osobu, které mohou být sděleny skutečnosti týkající se jeho stavu (**52**).

Sdělení o zdravotním stavu, o kterém se dozvěděli lékaři či nelékařští zdravotničtí pracovníci při výkonu svého povolání, neoprávněné osobě je z etického i právnického hlediska nepřípustné a právní předpisy za něj stanovují velmi přísné sankce (**42**). Úřad pro ochranu osobních údajů je podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů oprávněn uložit zdravotnickému zařízení i jeho jednotlivému zaměstnanci za porušení povinné mlčenlivosti pokutu. Porušení povinné mlčenlivosti je sankciováno i trestním zákonem (**26**).

Povinná mlčenlivost v rámci zdravotní péče v sobě nese různá úskalí. Příbuzní si mohou stěžovat na nedostatek informací o zdravotním stavu osob blízkých, na informování jen některých z příbuzných zdravotníky nebo na bránění v nahlížení do zdravotnické dokumentace žijícího nebo zemřelého člena rodiny (**42**).

Povinná mlčenlivost musí být dodržována i ve vztahu se spolupacienty. Z toho vyplývá, že by citlivé údaje o zdravotním stavu neměly být sdělovány v prostorách, kde se nachází více nemocných, například v čekárnách ordinací nebo při vizitách (**26**).

Příslušný zákon také stanovuje, v jakých situacích mají být údaje kryté povinnou mlčenlivostí sdělovány orgánům veřejné moci. Jde například o povinnosti zdravotníka oznamovat stanovené trestné činy (**42**).

Na subjekty povinné mlčenlivosti se vztahují práva a povinnosti z ní plynoucí. Subjektem může být fyzická i právnická osoba, konkrétněji se jedná o zdravotnické pracovníky, subjekty, kterým pacient určil právo na informace o jeho zdravotním stavu, popřípadě fyzické nebo právnické osoby s nárokem na informace o zdravotním stavu na základě výjimky v právním předpisu (**42**).

Povinná mlčenlivost se vztahuje i na zdravotnické pracovníky, kteří ve zdravotnickém zařízení přestali z jakéhokoliv důvodu pracovat (**26**).

Pramenem právní úpravy povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků je myšlen právní předpis či jeho konkrétní ustanovení, které zakotvuje, buď přímo povinnost mlčenlivosti, její účel a rozsah, nebo výjimku z povinné mlčenlivosti (**42**).

Povinná mlčenlivost je i součástí katalogu etických povinností spojených s výkonem lékařského a zdravotnického povolání a je zakotvena v Hippokratově přísaze (**42**).

V České republice byla povinná mlčenlivost brána spíše jako součást morálky zdravotnického pracovníka. V právních normách byla mlčenlivost zakotvena, ale nehrozily za její porušení žádné sankce. Převratem byla až novelizace trestního zákona, kdy se porušení povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků, jako neoprávněné nakládání s osobními údaji, stalo trestní činností (**42**).

Po vstupu České republiky do Evropské unie se zvýšil důraz na ochranu osobních údajů. Přesto musí zdravotník určit sám dle konkrétní situace obsah a formu komunikace s pacientem (**42**).

Základním pramenem právní úpravy povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků je Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, která má přednost před aplikací zákona. Úmluva zakládá každému právo na ochranu soukromých informací o svém zdraví a právo na veškeré informace o jeho zdravotním stavu, pokud o ně stojí (**42**).

Běžným zákonům je nadřazena také Listina základních práv a svobod, která například zadává úkol zachování lidské důstojnosti, osobní cti nebo ochranu před zneužíváním údajů o své osobě (**42**).

Na úrovni zákonů upravuje povinnou mlčenlivost zdravotnických pracovníků zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v § 55 odst. 2 písm. D) a § 67b – 67e a zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, který mimo jiné stanovuje povinnost správce údajů informovat subjekt údajů o skutečnosti, že jsou v určitém rozsahu a pro určitý účel o něm shromažďovány osobní údaje, kdo je bude zpracovávat a pro jaký účel a komu mohou být zpřístupněny (**42**).

Povinná mlčenlivost lékaře je dále ukotvena v Etickém kodexu České lékařské komory. Mezi etické a mravní normy obsahující obdobná ustanovení patří i Kodex pro zdravotní sestry, Kodex práv pacienta a Hippokratova přísaha, které ovšem nejsou obecně závazným právním předpisem (**42**).

Ustanovení týkající se povinné mlčenlivosti lze najít i v občanském zákoníku, občanském soudním řádu a v zákoně o rodině. Výjimky z povinné mlčenlivosti upravuje zákon č. 359/1999 Sb., o sociálněprávní ochraně dětí, zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním, zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a další právní předpisy (**42**).

1.13.3.7 Poskytnutí první pomoci

Povinností každého zdravotnického pracovníka je okamžité poskytnutí první pomoci každému jedinci v případě, že by byl bez této pomoci ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo jeho zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem. Poté je zdravotník povinen zajistit mu další odbornou péči dle potřeby (**58**).

Povinnost poskytnutí první pomoci se vztahuje i na zdravotnické pracovníky, kteří nevykonávají zdravotnické povolání. Nastává v případě neodkladných výkonů, kdy by bez ní mohlo dojít k úmrtí nebo vážnému zhoršení zdraví pacienta. Zdravotničtí pracovníci, na rozdíl od ostatních jedinců, by měli poskytnout pomoc potřebnou, v rámci možností odbornou a odpovídající jejich profesi (**26**).

Neposkytnutím povinnosti hrozí zdravotníkovi, podle trestního zákona, trest odnětí svobody až na dvě léta nebo zákaz činnosti (**57**). Zdravotnický pracovník má v tomto případě vyšší míru trestní odpovědnosti s přísnějšími sankcemi než ostatní osoby (**26**).

1.14 Trendy ve vývoji zdravotnických systémů

Nejen na zdravotnictví, ale i na celou společnost, jsou vyvíjeny intenzivní ekonomické, politické a sociální tlaky (**22**).

K faktorům ovlivňujícím vývoj zdravotnictví patří růst nákladů na zdravotnictví a následná snaha o jejich regulaci. Růst nákladů je způsoben vývojem drahých technologií v medicíně a zvyšováním její dostupnosti a dostupnosti léků pacientům. V důsledku toho dochází k prodlužování lidského života a koncentraci nemocných do vyšších věkových skupin. Zdravotnictví reaguje na růst nákladů racionálním a efektivním využíváním medicínské technologie k diagnostice a léčbě, zamezením plýtvání a zatěžování pacientů nadbytečnými diagnostickými výkony, nepřiměřenou léčbou a nadměrným užíváním léků. K makroekonomickým opatřením, regulujícím rostoucí náklady ve zdravotnictví, patří redukce rozsahu hrazené péče, zavádění různých forem spoluúčasti, restriktivní léková politika, zavádění limitů pro hrazení nákladných terapií a další (**22**).

Role pacienta se mění z pasivního příjemce na aktivního participanta v léčebném procesu. Pacient je často označován jako klient a jeho spokojenost se zdravotnickými službami je hodnotícím kritériem kvality služeb (**22**).

Dochází i ke změnám ve vzdělávání lékařů. Studium klade větší důraz na uznávání očekávání pacientů a zařazuje do svých učebních plánů témata z oblasti společenských věd, například psychologii, sociologii, ekonomii, informatiku, bioetiku a práva (**22**).

S rozšiřováním poznání v medicíně se rozšiřuje péče do oblasti prevence vzniku onemocnění. Preventivní procedury, v podobě onkologických screeningových programů, screeningu hladiny cholesterolu a hypertenze, antiobezitologické programy, antikuřácké programy a jiné, jsou ve větší míře zahrnovány do základního balíku služeb. Včasná detekce nemoci a její léčba přináší z medicínského i ekonomického hlediska příznivější dopady (**22**).

Základním cílem zdravotnických systémů je zlepšování zdraví obyvatelstva, v jehož rámci se prodlužuje délka života a snižuje nemocnost. Negativní důsledek však tkví v problematice kvality života s postižením a v potřebě zajištění dlouhodobé péče o chronicky nemocné. S tím se zvyšuje nutnost spolupráce a koordinace činností s dalšími resorty, především s resortem sociálních věcí (**22**).

Z důvodů psychologických, sociálních i z důvodů ušetření nákladů na hospitalizaci se zdravotní péče přesouvá z nemocniční sféry k ambulantní a terénní. Stává se součástí integrované komunitní péče o zdraví (**22**).

Ve zdravotnických systémech se zavádějí programy řízení kvality poskytovaných služeb a národní i mezinárodní programy kontroly kvality (**22**).

Projevem globalizace je stále častější cestování pacientů do jiných zemí, aby zde čerpali zdravotní péči. Jedná se především o péči v jejich zemi nedostupnou, velmi nákladnou nebo s dlouhou čekací dobou (**22**).

Vývoj medicíny, růst nákladů na zdravotní péči, změny v oblasti lidských práv a růst životní úrovně obyvatel přináší do zdravotnických systémů trvalý pohyb. Zajištění dostupnosti zdravotní péče nese velkou finanční zátěž. Proto vzniká úsilí o změny zdravotnických systémů, označované jako reformy či transformace zdravotnictví, které je součástí společenského vývoje (**22**).

Zdravotnická zařízení nejen u nás, ale i v ostatních zemích celého světa, stojí před závažným problémem, kterým je získání a udržení zkušených a motivovaných zdravotnických pracovníků, především zdravotních sester. Úkolem managementu je tedy intenzivně se zabývat spokojeností zdravotnického personálu. Nedostatek zdravotnického personálu se neomezuje jen na pracoviště s vysokou pracovní zátěží nebo na lokality nabízející dostatek jiných pracovních míst. V nadcházejících letech se budou problémy s náborem nových pracovníků dále stupňovat. K příčinám nedostatku zdravotních sester patří pracovní stres způsobený pracovním vytížením a vysokou odpovědností, zdravotní nebo bezpečnostní rizika v zaměstnání či nerovnováha mezi kvalifikačními nároky profese, pracovním úsilím a platem. Neopomenutelnými příčinami jsou i nevýhody plynoucí z noční práce ve směnném provozu, z přesčasů, také relativně nízký společenský status profese a někdy složité vztahy v zaměstnání (**3**).

Komplikace týkající se nedostatku zdravotních sester přinesly i změny ve vzdělávání. Od roku 2005 je možné vykonávat povolání všeobecné sestry až po absolvování vyšší odborné školy nebo vysoké školy (**3**).

Pozitivním jevem u osob zaměstnaných ve zdravotnictví je zájem o zvyšování kvalifikace a spokojenost s absolvovanými formami (**3**).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem mé práce je zmapovat spokojenost klientů se zdravotní péčí zdravotnických zařízení v Jihočeském kraji.

2.2. Hypotézy

Hypotéza č. 1: Zdravotní péče v Jihočeském kraji je vnímána klienty zdravotnických zařízení pozitivně.

Hypotéza č. 2: Ženy vnímají zdravotní péči v Jihočeském kraji kritičtěji než muži.

Hypotéza č. 3: Klienti zdravotnických zařízení v Jihočeském kraji sledují za posledních pět let zlepšení úrovně zdravotní péče.

3. Metodika výzkumu

3.1 Použité metody a techniky

Informace pro vypracování teoretické části diplomové práce byly získány studiem odborné literatury, odborných článků a elektronických zdrojů a statistik týkajících se dané problematiky. Jednotlivé kapitoly popisují zdravotní péči a oblasti, týkající se zdravotní péče.

V empirické části byl pro sběr dat použit kvantitativní výzkum, který probíhal metodou dotazování. Z důvodu potřeby zadat tytéž otázky velkému počtu osob, byla zvolena efektivní technika dotazníku (**14**). Dotazníky byly respondentům předkládány v tištěné, popřípadě elektronické formě.

Ještě před samotným výzkumem byl proveden předvýzkum na vzorku dvaceti respondentů. Předvýzkum by měl být součástí každého výzkumu. Jeho cílem bylo otestovat srozumitelnost a jednoznačnost otázek, aby se minimalizovaly omyly, například v podobě nesrozumitelných otázek pro část zkoumané populace (**10**).

Dotazník (viz. příloha 9) začínal úvodem. V úvodu byli respondenti osloveni, seznámeni s tazatelem a s účelem dotazníku, informováni o anonymitě šetření a poučeni o postupu při vyplňování. Po úvodu následovalo dvacet devět očíslovaných uzavřených nebo polouzavřených otázek. Některé z otázek, otázky kontrolní, měly ověřit pravdivost údajů. V dotazníku byla použita i otázka filtrační, která oddělila část zkoumaného vzorku pro otázku následující.

První tři z otázek byly identifikační určující pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání respondenta. Otázky 4, 5, 6 a 7 dále informovaly tazatele o návštěvnosti dotazovaného ve zdravotnických zařízeních Jihočeského a ostatních krajů a o vzdálenosti bydliště od praktického lékaře. Zbytek otázek byl zformulován tak, aby potvrdil nebo vyvrátil hypotézy výzkumu. Tudíž sem byly zařazeny otázky zabývající se spokojeností respondentů se zdravotní péčí a jejím vývojem.

V otázce 8 respondenti vyjadřovali vlastní spokojenost se zdravotní péčí v Jihočeském kraji. Otázky 9, 10, 14, 15, 16, 17 a 24 zjišťovaly spokojenost s dobou

věnovanou lékaři a nelékařskými zdravotnickými pracovníky dotazovanému, s jejich chováním a následně i vývojem chování. Počtem lékařů, jeho vývojem a vnímáním se zabývaly otázky 11, 12 a 13. Otázky číslo 18 a 19 se dotazovaly na smýšlení o odbornosti pracovníků ve zdravotnictví. Názor na vybavenost zdravotnických zařízení obsahovaly otázky 20 a 21. Otázky 22, 23 a 25 zkoumaly mínění o regulačních poplatcích a o financích ve zdravotnictví. Otázka 27 se ptala na změnu praktického lékaře z důvodu nespokojenosti s jeho péčí. V otázkách číslo 26, 28 a 29 byla použita forma škály a dotazovaní zde hodnotili jednotlivé složky zdravotní péče, spokojenost s čekací lhůtou či její vývoj.

Dotazník ukončovalo poděkování za jeho vyplnění.

Šetření probíhalo, z důvodu většího počtu dotazovaných, od měsíce března do června roku 2010.

Výsledky byly zpracovány do tabulek a grafů, kde jsou uvedeny v procentech.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

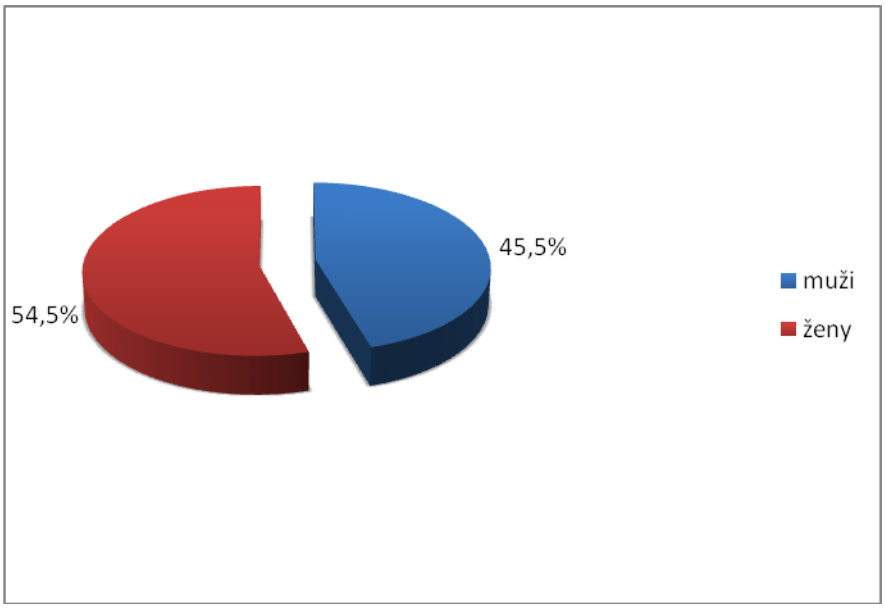
Základní soubor tvořily osoby z řad široké veřejnosti, které žijí v Jihočeském kraji. Podmínkou bylo dosažení minimálně osmnácti let.

Vzorek byl vytvořen technikou snowball sampling. Jedná se o lavinový výběr, kdy badatel naváže kontakt s některými osobami, které požádá, v tomto případě, o předání či přeposlání dotazníku s prosbou, aby tito dotazník vyplnili a zprostředkovali spolupráci s dalšími zkoumanými osobami vzorku (**14**).

Celkem bylo rozdáno 850 dotazníků. Z toho se vrátilo 739 dotazníků vyplněných, návratnost tedy činila 86,9 %. Z těchto dotazníků bylo však dalších 75 neúplně nebo chybně vyplněno, tudíž pro výzkum mohlo být použito pouze 664 dotazníků vyplněných respondenty.

4. Výsledky

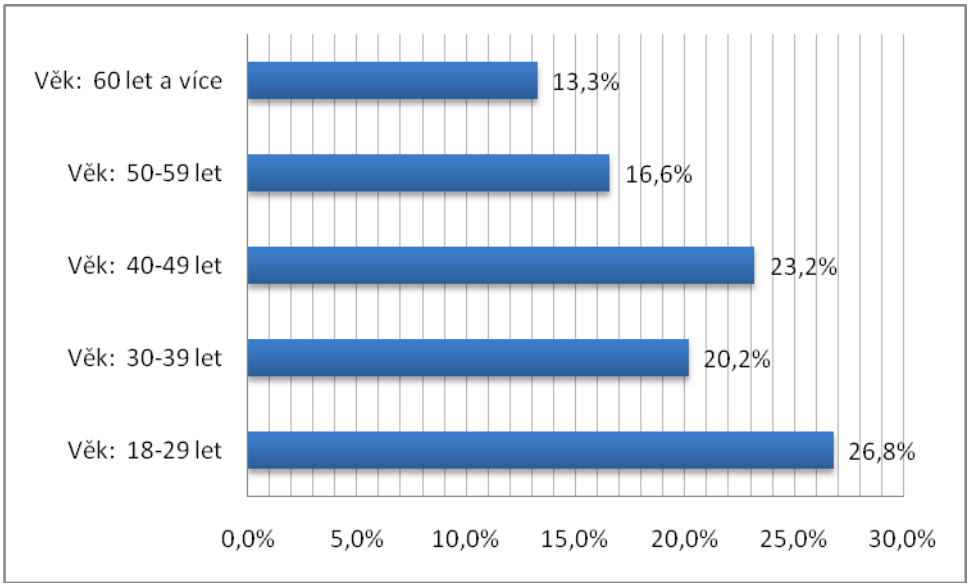
Graf 1: Otázka číslo 1 - pohlaví respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 1 ukazuje podíl pohlaví mezi respondenty. Z celkového počtu 664 respondentů bylo 54,5 % (362) žen a 45,5 % (302) mužů.

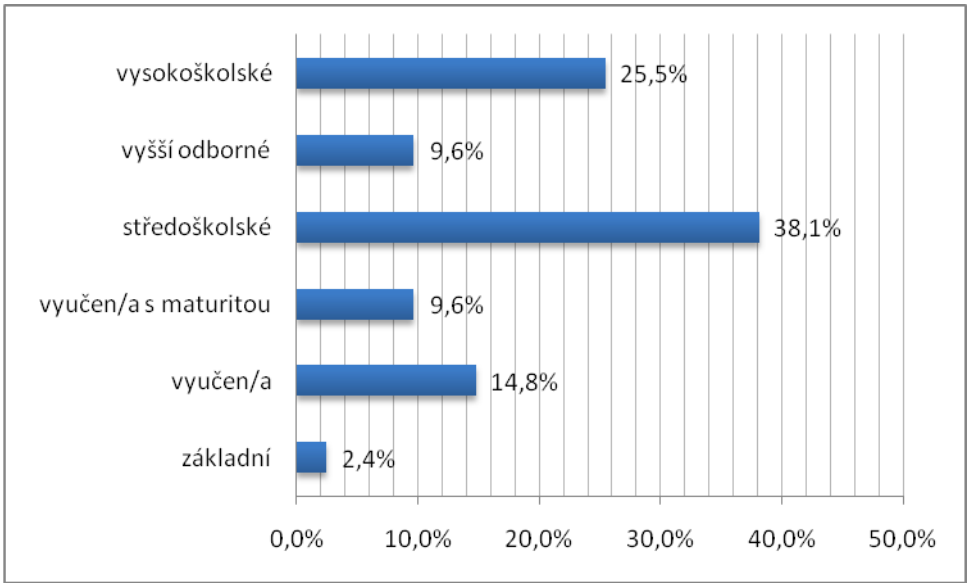
Graf 2: Otázka číslo 2 - věk respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 2 ukazuje věkovou strukturu respondentů. Z celkového počtu 664 respondentů bylo 26,8 % (178) ve věku 18 - 29 let, 20,2 % (134) ve věku 30 – 39 let, 23,2 % (154) ve věku 40 – 49 let, 16,6 % (110) ve věku 50 – 59 let a 13,3 % (88) ve věku 60 a více let.

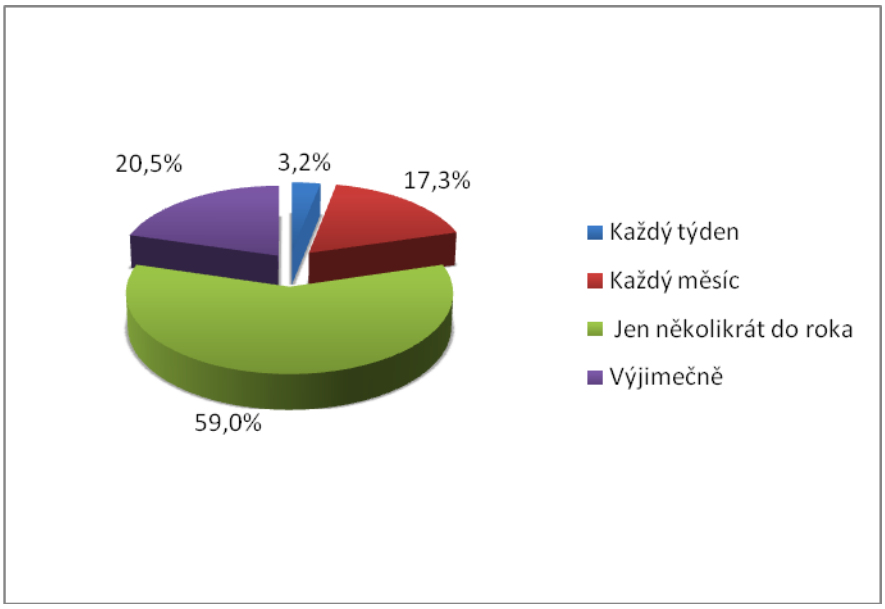
Graf 3: Otázka číslo 3 - vzdělání respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 3 se zaměřuje na nejvyšší dosažené vzdělání dotázaných osob. Podle grafu dosáhlo z celkového počtu 664 respondentů 2,4 % (16) základního vzdělání, 14,8 % (98) se vyučilo, 9,6 % (64) se vyučilo s maturitou, 38,1 % (253) získalo středoškolské vzdělání, 9,6 % (64) vyšší odborné vzdělání a 25,5 % (169) vysokoškolské vzdělání.

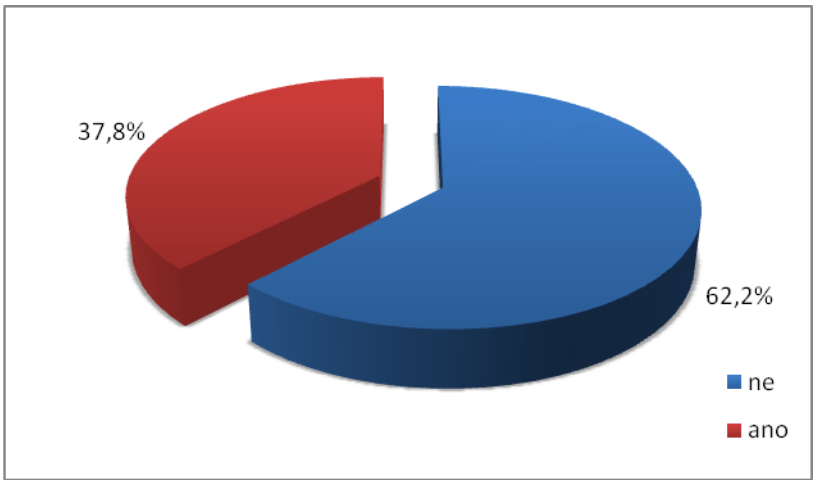
Graf 4: Otázka číslo 5 – frekvence návštěvnosti zdravotnických zařízení v Jihočeském kraji (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 4 znázorňuje, jak často navštěvují respondenti zdravotnická zařízení v Jihočeském kraji. Každý týden navštěvuje zdravotnická zařízení 3,2 % (21) respondentů, každý měsíc 17,3 % (115), jen několikrát do roka 59 % (392) a výjimečně 20,5 % (136) z celkového počtu 664 respondentů.

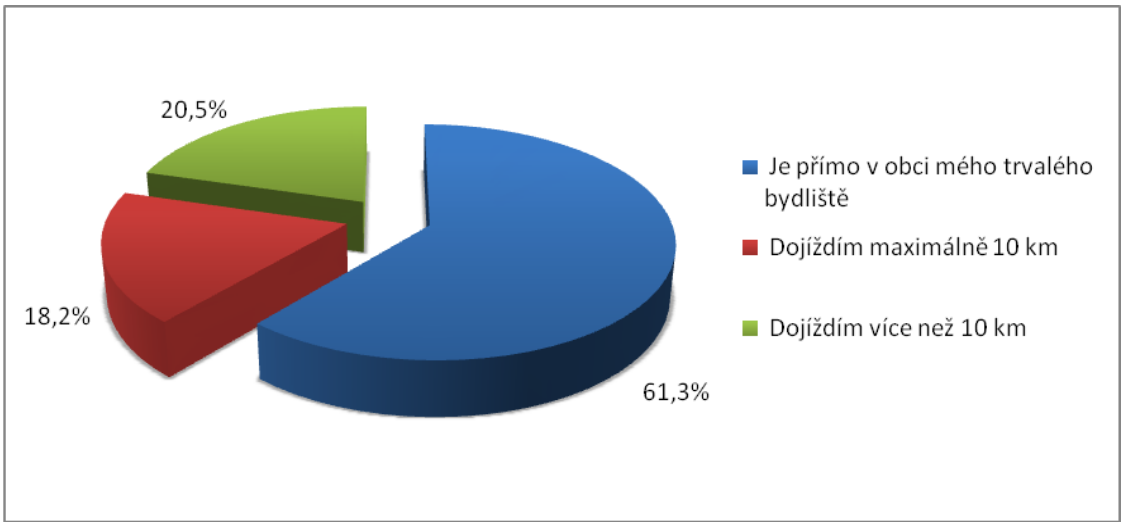
Graf 5: Otázka číslo 6 – návštěvnost zdravotnických zařízení v jiném kraji než Jihočeském (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 5 znázorňuje, kolik procent ze všech 664 dotázaných osob navštěvuje zdravotnická zařízení ještě v jiném než v Jihočeském kraji. 37,8 % (251) nenavštěvuje a 62,2 % (413) navštěvuje zdravotnická zařízení mimo Jihočeský kraj.

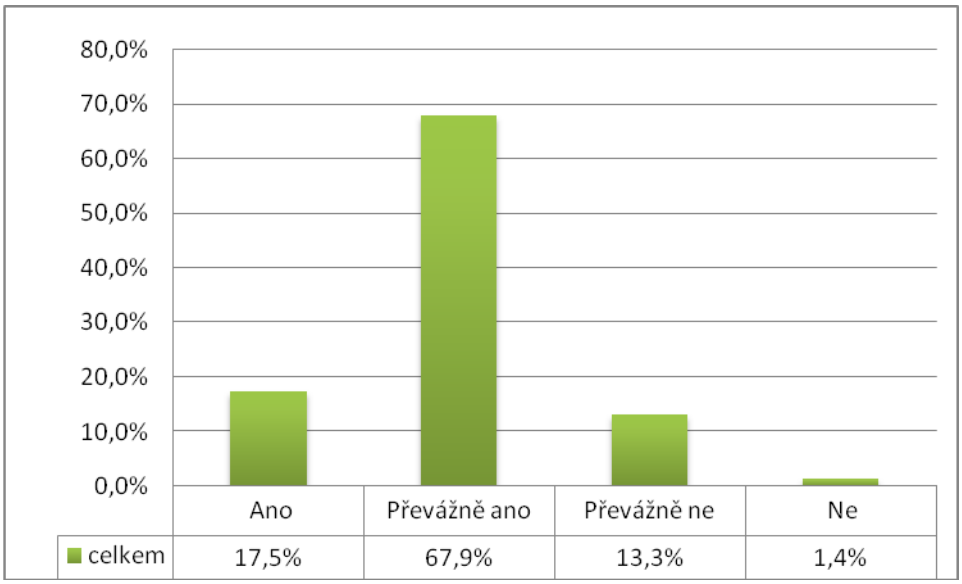
Graf 6: Otázka číslo 7 – vzdálenost bydliště od nejbližší ordinace praktického lékaře (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu 6 vyplývá, že 61,3 % (407) dotázaných má nejbližší ordinaci praktického lékaře přímo v obci jejich trvalého bydliště, dalších 18,2 % (121) dojíždí za praktickým lékařem maximálně 10 km a 20,5 % (136) dojíždí více než 10 km.

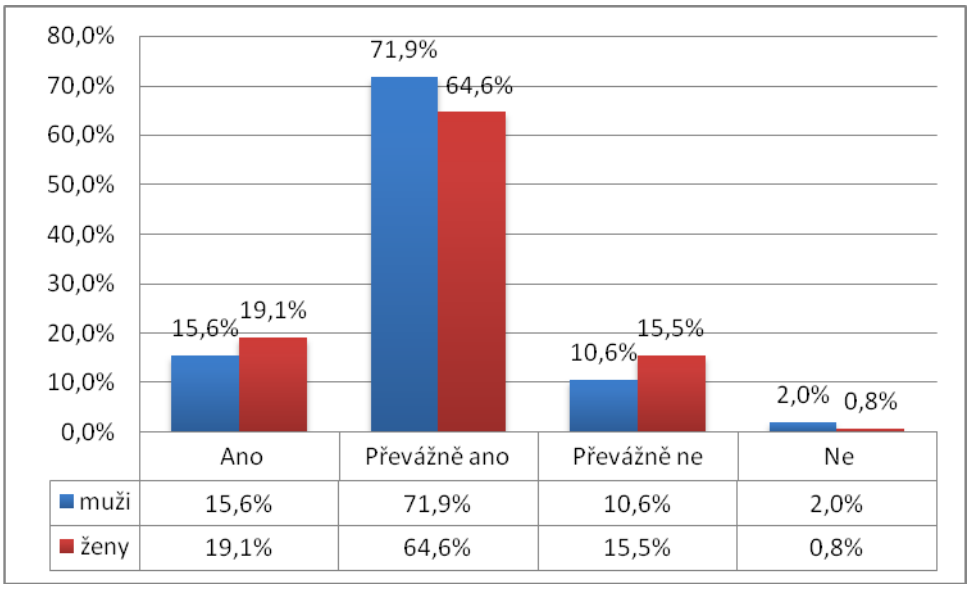
Graf 7: Otázka číslo 8 – spokojenost s kvalitou zdravotní péče v Jihočeském kraji - celkem (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 7 mapuje spokojenost s kvalitou zdravotní péče v Jihočeském kraji. 17,5 % (116) respondentů je s kvalitou spokojeno, 67,9 % (451) je převážně spokojeno, 13,3 % (88) je převážně nespokojeno a 1,4 % (9) nespokojeno.

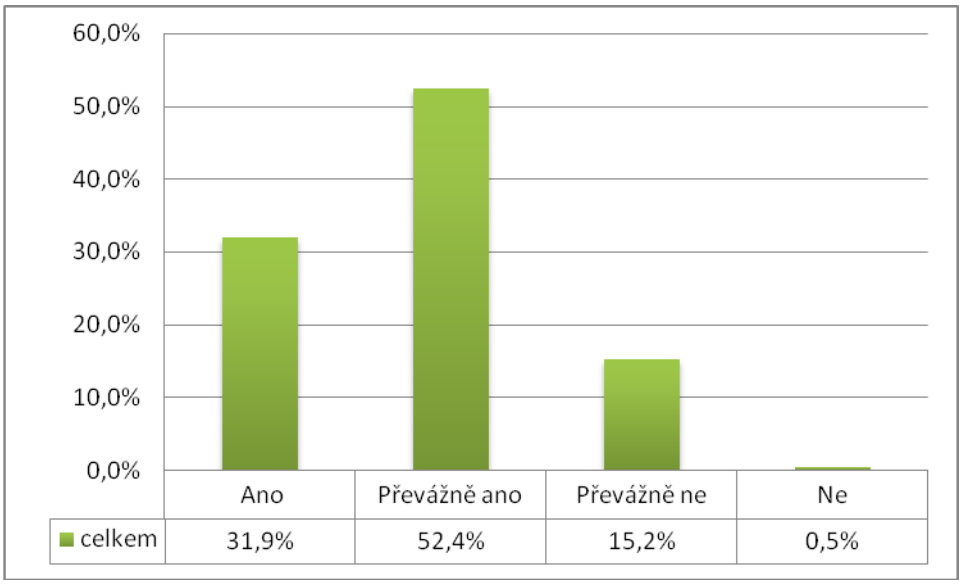
Graf 8: Otázka číslo 8 – spokojenost s kvalitou zdravotní péče v Jihočeském kraji – muži, ženy (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 8 znázorňuje, kolik procent z celkového počtu žen (362) a kolik procent z celkového počtu mužů (302) bylo spokojeno s kvalitou zdravotní péče v Jihočeském kraji. Spokojeno bylo 15,6 % (47) mužů a 19,1 % (69) žen, převážně spokojeno 71,9 % (217) mužů a 64,6 % (234) žen, převážně nespokojeno 10,6 % (32) mužů a 15,5 % (56) žen a nespokojeno bylo 2 % (6) mužů a 0,8 % (3) žen.

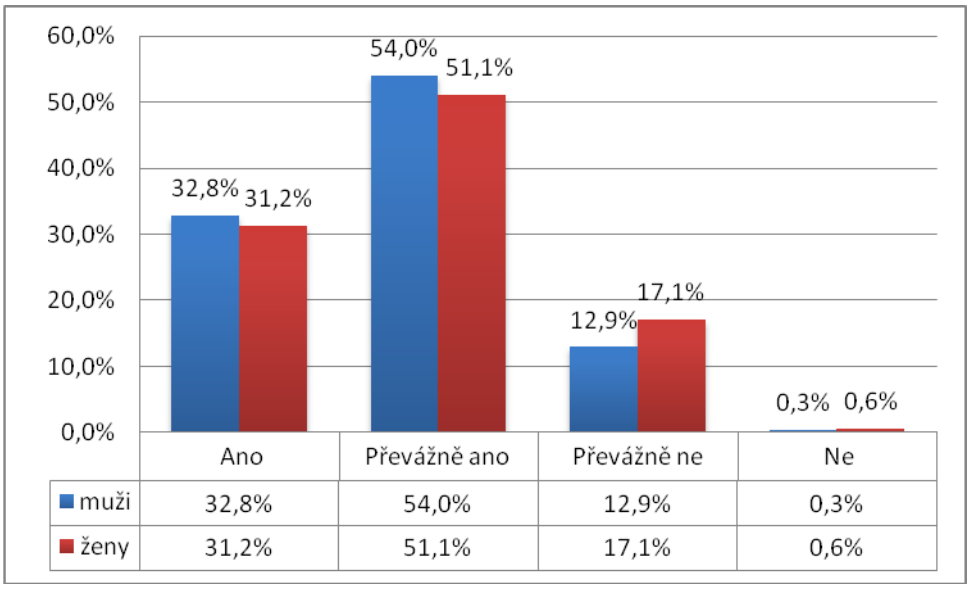
Graf 9: Otázka číslo 9 – spokojenost s dobou věnovanou respondentovi lékařem při poskytování zdravotní péče v Jihočeském kraji – celkem (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 9 obsahuje odpodvědi na otázku týkající se spokojenosti s dobou věnovanou lékařem respondentovi při poskytování zdravotní péče v Jihočeském kraji. 31,9 % (212) ze všech respondentů odpovědělo, že jsou spokojeni, 52,4 % (348), že jsou převážně spokojeni, 15,2 % (101), že nejsou převážně spokojeni a 0,5 % (3) odpovědělo, že nejsou spokojeni.

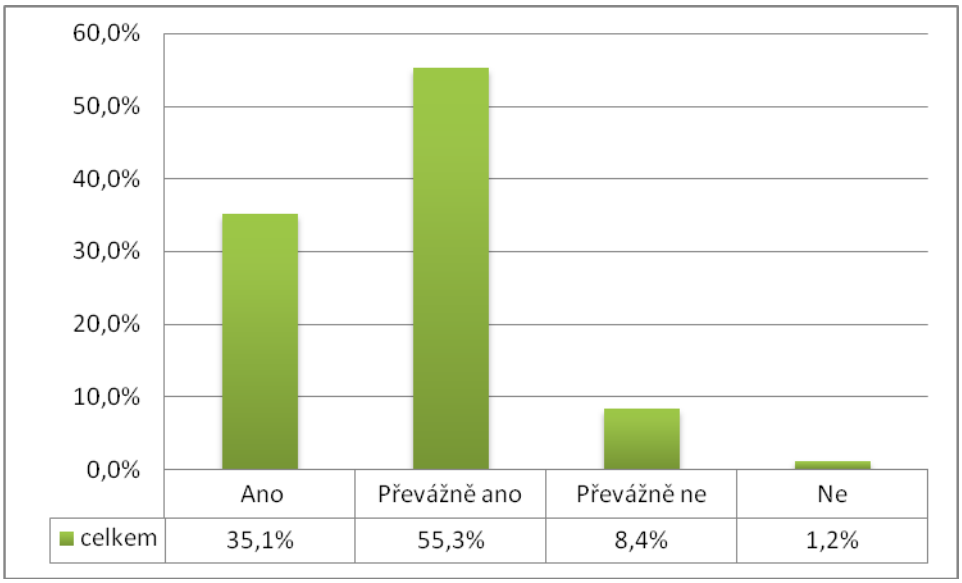
Graf 10: Otázka číslo 9 – spokojenost s dobou věnovanou respondentovi lékařem při poskytování zdravotní péče v Jihočeském kraji – muži, ženy (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu 10 lze vyčíst, že 32,8 % (99) mužů a 31,2 % (113) žen je spokojeno s dobou věnovanou jim lékařem při poskytování zdravotní péče v Jihočeském kraji, 54 % (163) mužů a 51,1 % (185) žen je převážně spokojeno, 12,9 % (39) mužů a 17,1 % (62) žen není převážně spokojeno a 0,3 % (1) mužů a 0,6 % (2) žen není spokojeno s touto dobou.

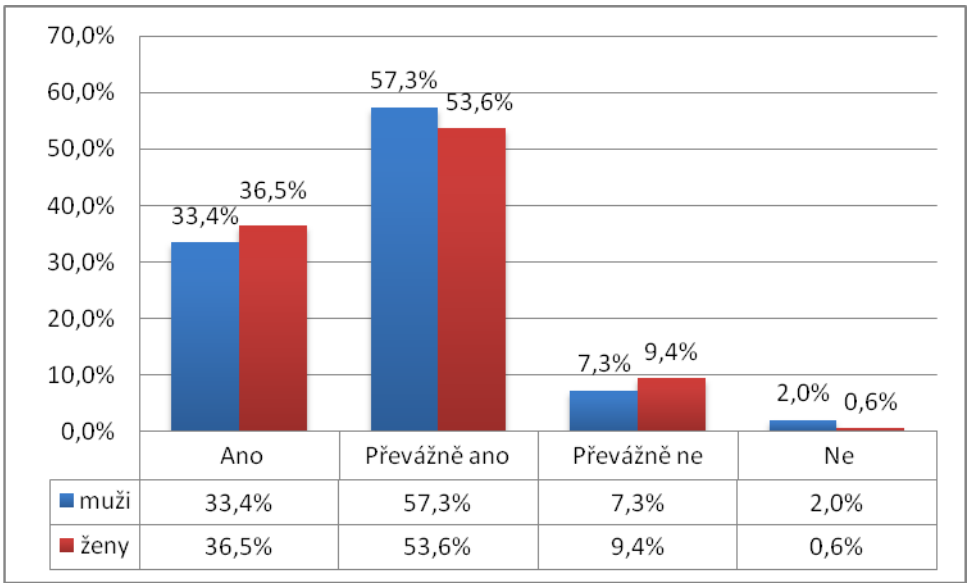
Graf 11: Otázka číslo 10 – spokojenost s dobou věnovanou respondentovi nelékařským zdravotnickým pracovníkem při poskytování zdravotní péče v Jihočeském kraji – celkem (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 11 ukazuje, kolik procent respondentů z celkového počtu 664 bylo spokojeno s dobou věnovanou mu nelékařským zdravotnickým pracovníkem při poskytování zdravotní péče v Jihočeském kraji. Spokojeno bylo 35,1 % (233), převážně spokojeno 55,3 % (367), převážně nespokojeno 8,4 % (56) a nespokojeno 1,2 % (8) respondentů.

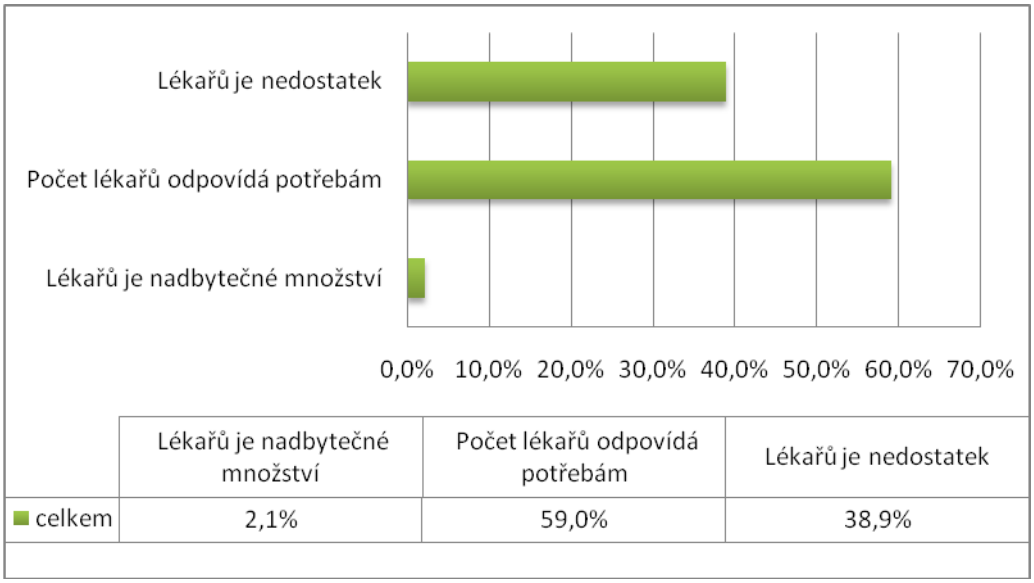
Graf 12: Otázka číslo 10 – spokojenost s dobou věnovanou respondentovi nelékařským zdravotnickým pracovníkem při poskytování zdravotní péče v Jihočeském kraji – muži, ženy (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 12 poukazuje na to, že 33,4 % (101) mužů a 36,5 % (132) žen je spokojeno, 57,3 % (173) mužů a 53,6 % (194) žen je převážně spokojeno, 7,3 % (22) mužů a 9,4 % (34) žen je převážně nespokojeno a 2 % (6) mužů a 0,6 % (2) žen je nespokojeno s dobou věnovanou jim nelékařským zdravotnickým pracovníkem při poskytování zdravotní péče v Jihočeském kraji.

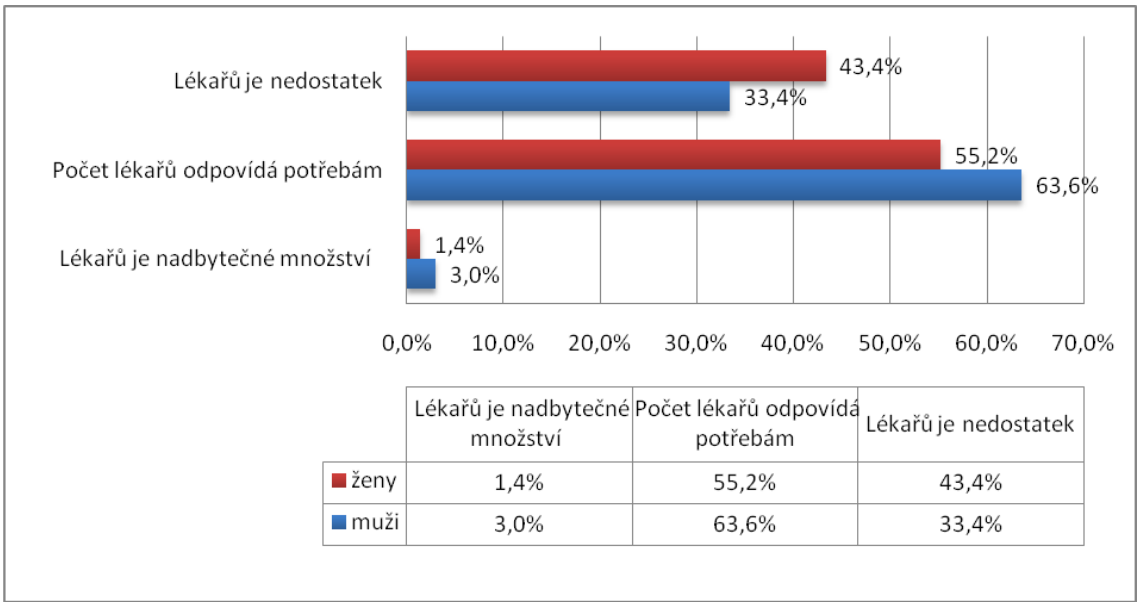
Graf 13: Otázka číslo 11 – názor na množství lékařů v Jihočeském kraji – celkem (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 13 znázorňuje názor na množství lékařů v Jihočeském kraji. 2,1 % (14) respondentů si myslí, že je lékařů nadbytek, 59 % (392), že počet lékařů odpovídá potřebám a 38,9 % (258), že je lékařů nedostatek.

Graf 14: Otázka číslo 11 – názor na množství lékařů v Jihočeském kraji – ženy, muži (v %)

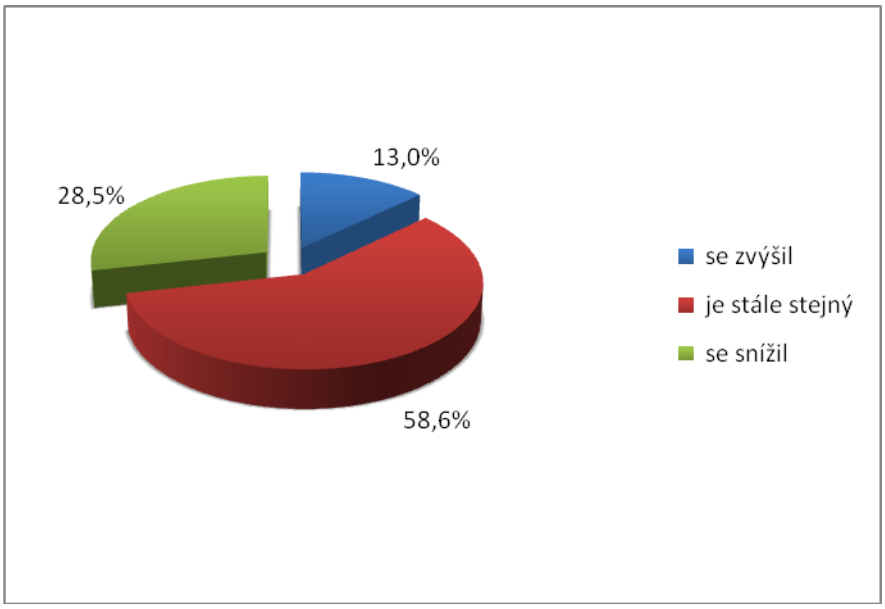


	Lékařů je nadbytečné množství	Počet lékařů odpovídá potřebám	Lékařů je nedostatek
ženy	1,4%	55,2%	43,4%
muži	3,0%	63,6%	33,4%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 14 ukazuje, že 3 % (9) mužů a 1,4 % (5) žen si myslí, že je lékařů v Jihočeském kraji nadbytek, 63,6 % (192) mužů a 55,2 % (200) žen si myslí, že počet lékařů v Jihočeském kraji odpovídá potřebám a 33,4 % (101) mužů a 43,4 % (157) žen si myslí, že lékařů v Jihočeském kraji je nedostatek.

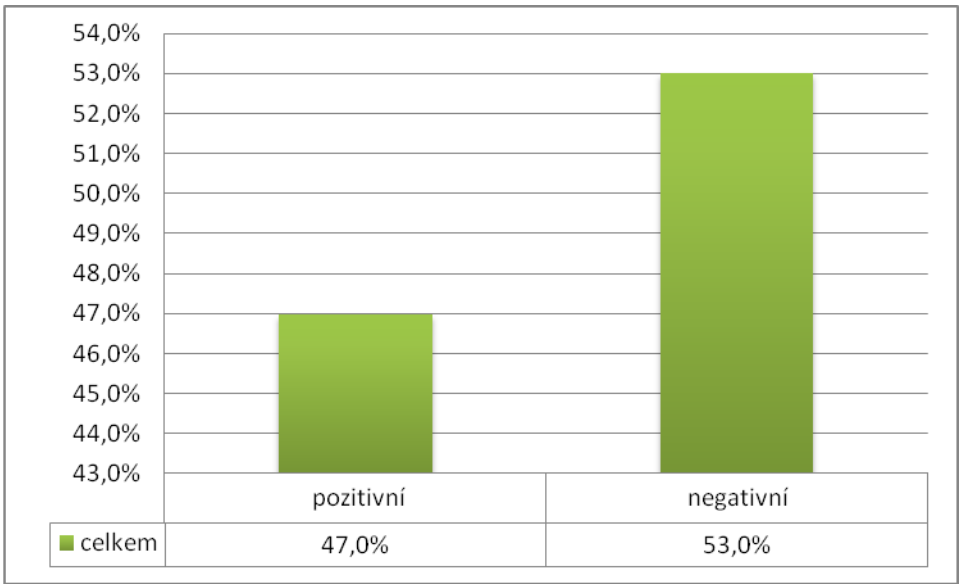
Graf 15: Otázka číslo 12 – názor na vývoj počtu lékařů v Jihočeském kraji v posledních pěti letech (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Podle grafu 15 bylo 13 % (86) ze všech respondentů názoru, že se počet lékařů v Jihočeském kraji v posledních pěti letech zvýšil, 58,6 % (389), že je stále stejný a 28,5 % (189), že se snížil.

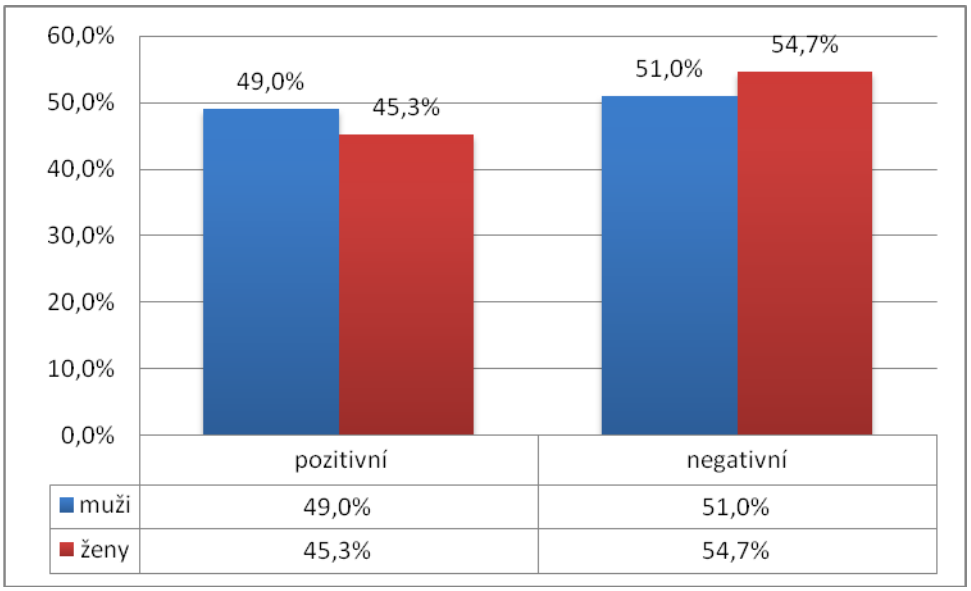
Graf 16: Otázka číslo 13 – vnímání vývoje počtu lékařů v Jihočeském kraji v posledních pěti letech - celkem (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 16 ukazuje, jak všichni respondenti (664) vnímají vývoj počtu lékařů v Jihočeském kraji v posledních pěti letech. 47 % (312) vývoj vnímá pozitivně a 53 % (352) negativně.

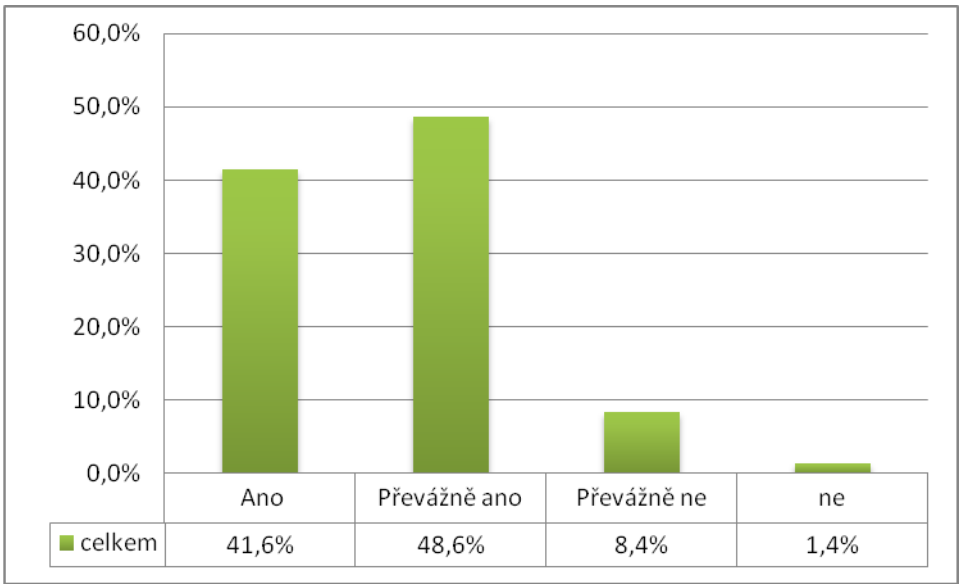
Graf 17: Otázka číslo 13 – vnímání vývoje počtu lékařů v Jihočeském kraji v posledních pěti letech – muži, ženy (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 17 jsou znázorněny rozdíly vnímání vývoje počtu lékařů v Jihočeském kraji v posledních pěti letech mezi muži a ženy. 49 % (148) mužů a 45,3 % (164) žen vnímá tendenci vývoje počtu lékařů v Jihočeském kraji v posledních pěti letech pozitivně, zatímco 51 % (154) mužů a 54,7 % (198) žen ji vnímá negativně.

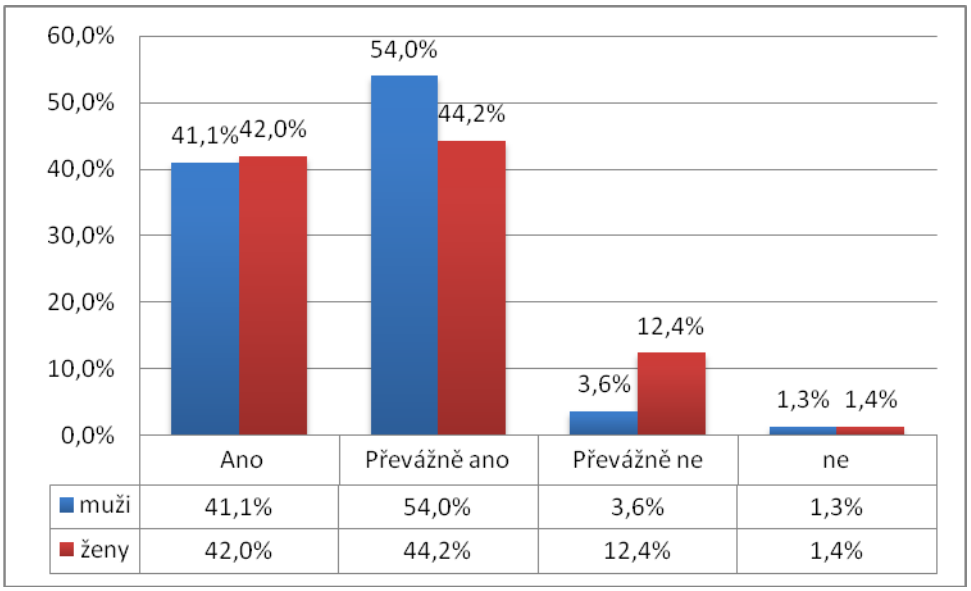
Graf 18: Otázka číslo 14 – spokojenost s chováním praktického lékaře v Jihočeském kraji - celkem (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 18 znázorňuje odpovědi na otázku, zda respondentům vyhovuje chování praktického lékaře v Jihočeském kraji. 41,6 % (276) z nich odpovědělo „ano“, 48,6 % (323) „převážně ano“, 8,4 % (56) „převážně ne“ a 1,4 % (9) „ne“.

Graf 19: Otázka číslo 14 – spokojenost s chováním praktického lékaře v Jihočeském kraji – muži, ženy (v %)

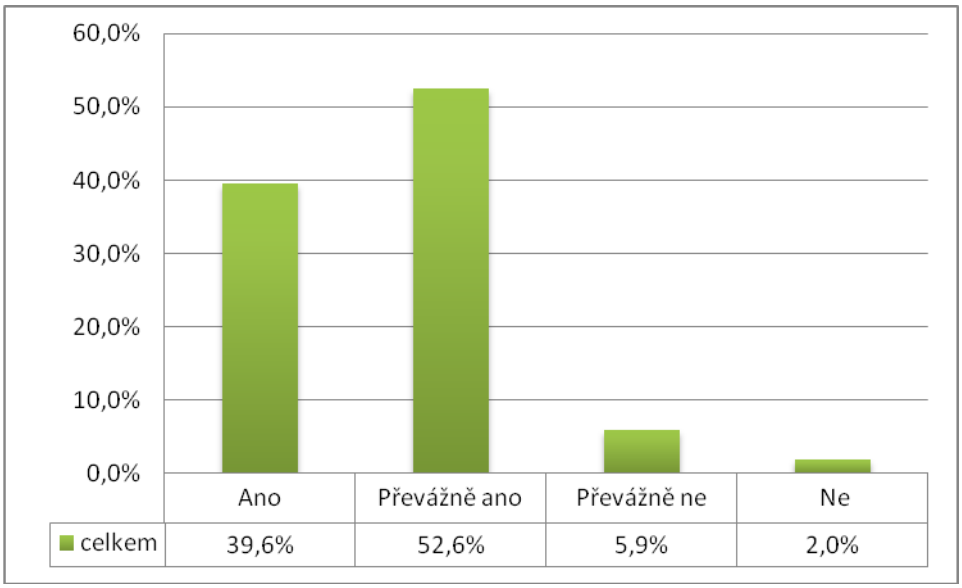


	Ano	Převážně ano	Převážně ne	ne
muži	41,1%	54,0%	3,6%	1,3%
ženy	42,0%	44,2%	12,4%	1,4%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 19 obsahuje údaje o spokojenosti mužů a žen s chováním praktického lékaře v Jihočeském kraji. 41,1 % (124) mužů a 42 % (152) žen bylo s chováním lékaře spokojeno, 54 % (163) mužů a 44,2 % (160) žen bylo převážně spokojeno, 3,6 % (11) mužů a 12,4 % (45) žen bylo převážně nespokojeno a 1,3 % (4) mužů a 1,4 % (5) žen bylo nespokojeno.

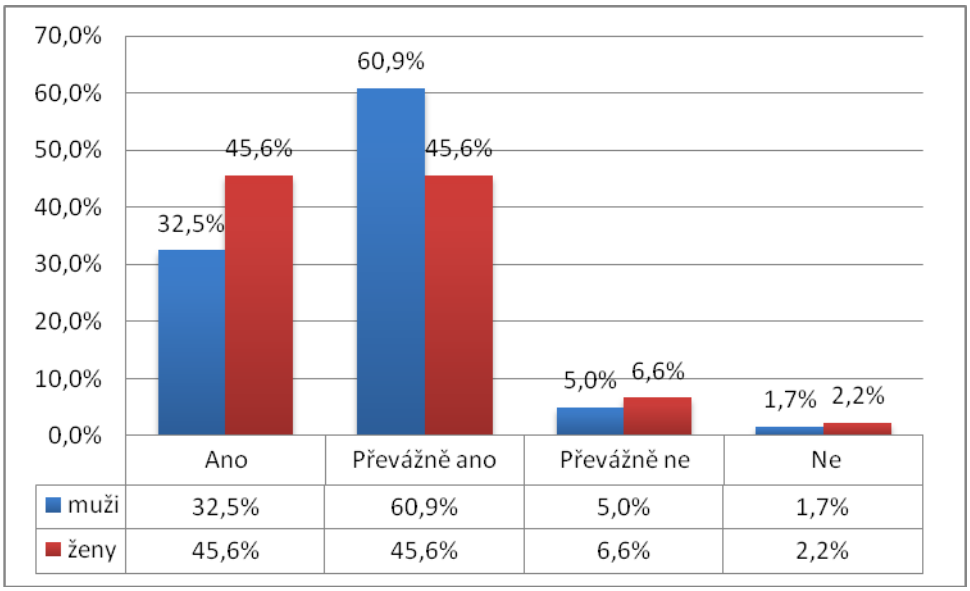
Graf 20: Otázka číslo 15 – spokojenost s chováním odborných lékařů v Jihočeském kraji - celkem (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 20 ukazuje spokojenost respondentů s chováním odborných lékařů v Jihočeském kraji. 39,6 % (263) dotázaným vyhovovalo, 52,6 % (349) převážně vyhovovalo, 5,9 % (39) převážně nevyhovovalo a 2 % (13) nevyhovovalo jejich chování.

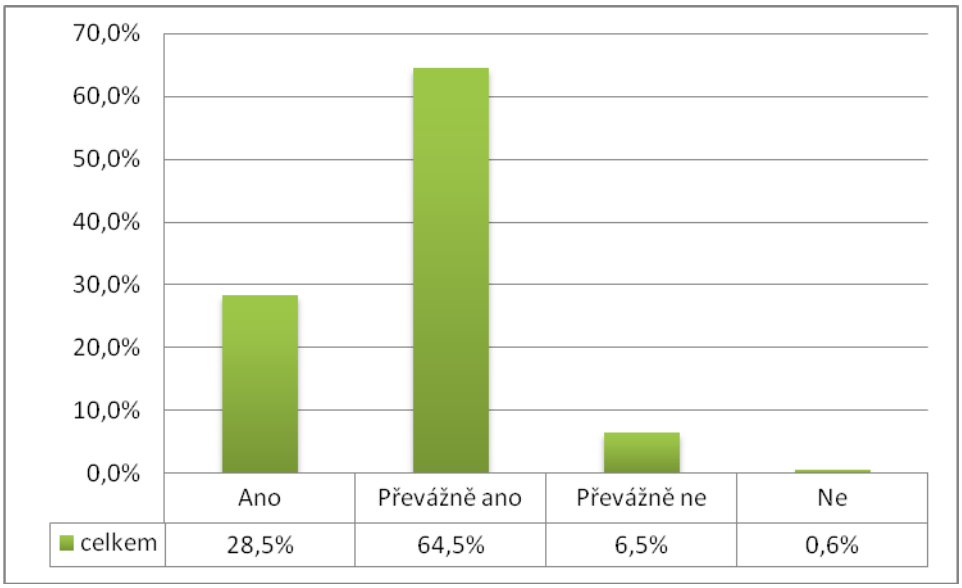
Graf 21: Otázka číslo 15 – spokojenost s chováním odborných lékařů v Jihočeském kraji – muži, ženy (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na grafu 21 jsou vidět rozdíly ve spokojenosti mužů a žen s chováním odborných lékařů v Jihočeském kraji. 32,5 % (98) mužů a 45,6 % (165) žen vyhovuje chování odborných lékařů v Jihočeském kraji, 60,9 % (184) mužů a 45,6 % (165) žen převážně vyhovuje, 5 % (15) mužů a 6,6 % (24) žen převážně nevyhovuje a 1,7 % (5) mužů a 2,2 % (8) žen chování nevyhovuje.

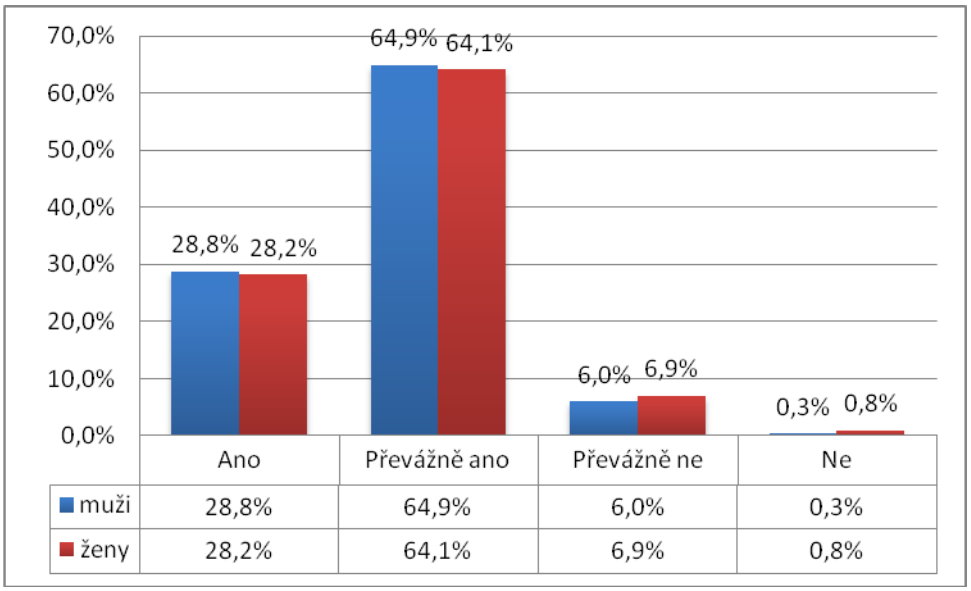
Graf 22: Otázka číslo 17 – spokojenost s chováním nelékařských zdravotnických pracovníků v Jihočeském kraji - celkem (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 22 zobrazuje spokojenost s chováním nelékařských zdravotnických pracovníků v Jihočeském kraji. Z celkového počtu 664 respondentů jich bylo 28,5 % (189) s chováním spokojeno, 64,5 % (428) převážně spokojeno, 6,5 % (43) převážně nespokojeno a 0,6 % (4) nespokojeno.

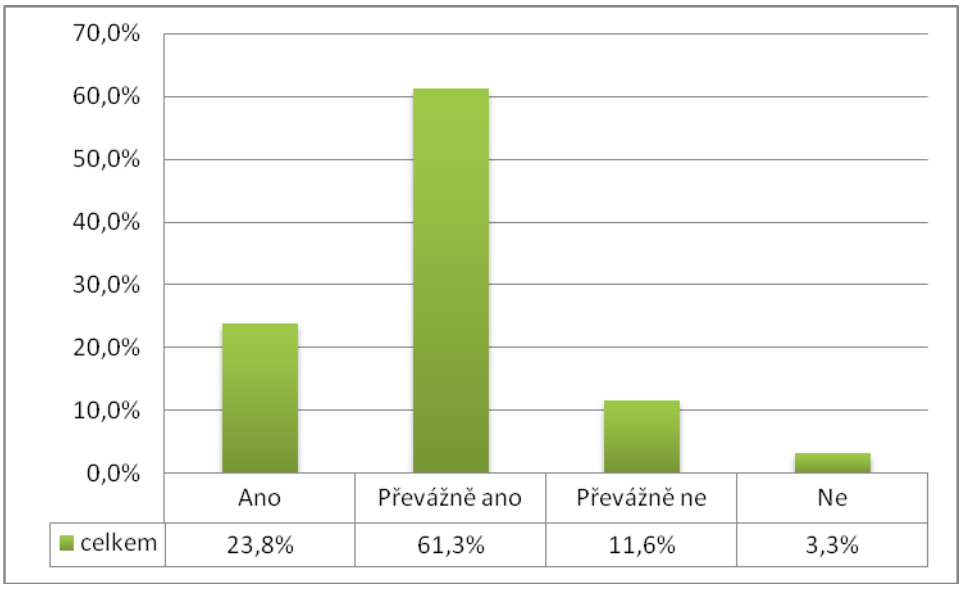
Graf 23: Otázka číslo 17 – spokojenost s chováním nelékařských zdravotnických pracovníků v Jihočeském kraji – muži, ženy (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 23 znázorňuje spokojenost s chováním nelékařských zdravotnických pracovníků v Jihočeském kraji v závislosti na pohlavích. Podle něho je 28,8 % (87) mužů a 28,2 % (102) žen spokojeno s chováním nelékařských zdravotnických pracovníků v Jihočeském kraji, 64,9 % (196) mužů a 64,1 % (232) žen převážně spokojeno, 6 % (18) mužů a 6,9 % (25) žen převážně nespokojeno a 0,3 % (1) mužů a 0,8 % (3) žen nespokojeno.

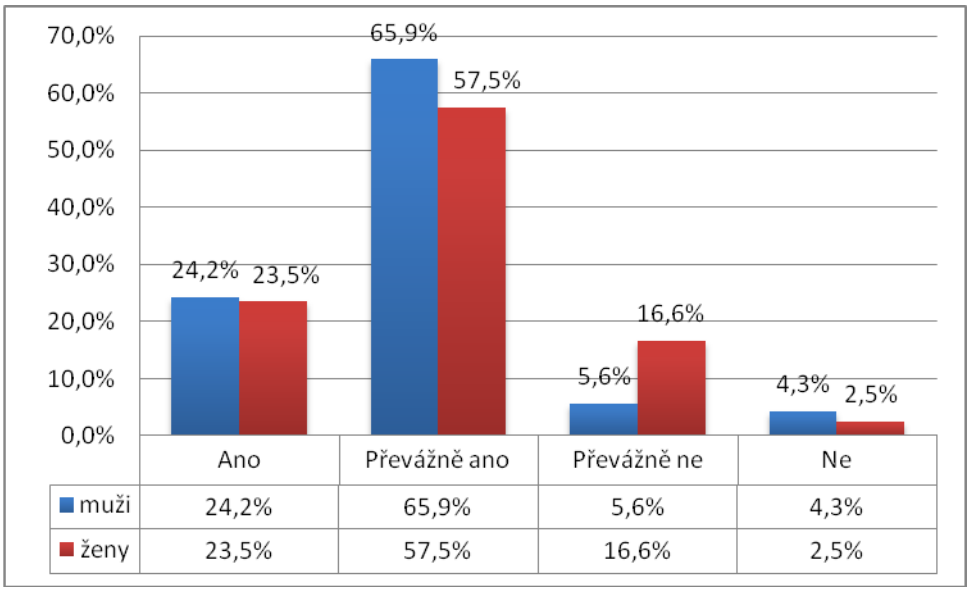
Graf 24: Otázka číslo 18 – názor na dostatek odbornosti lékařů v Jihočeském kraji - celkem (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 24 mapuje názor na dostatek odbornosti lékařů v Jihočeském kraji. Z celkového počtu 664 respondentů si 23,8 % (158) myslí, že je odbornost lékařů dostatečná, 61,3 % (407), že je převážně dostatečná, 11,6 % (77), že je převážně nedostatečná a 3,3 % (22), že je nedostatečná.

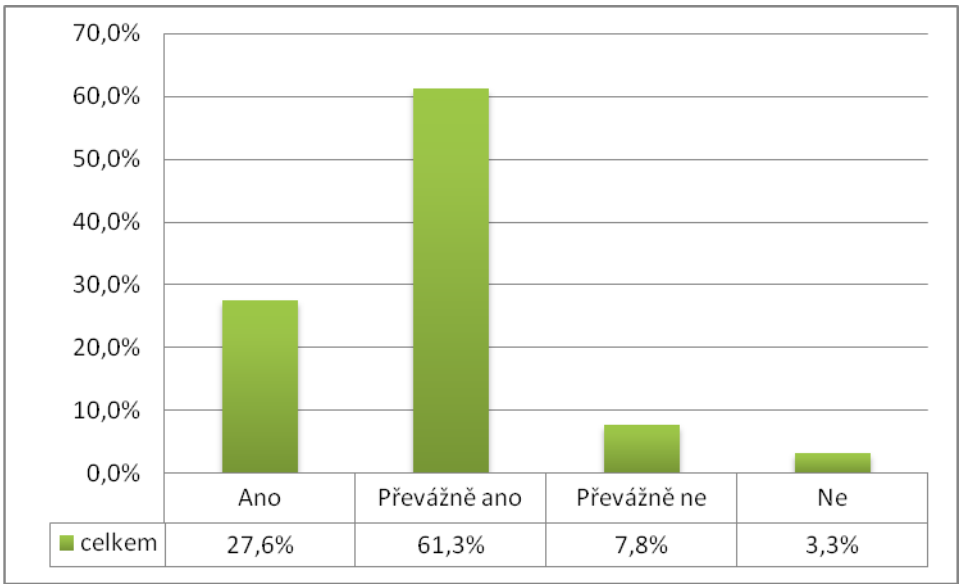
Graf 25: Otázka číslo 18 – názor na dostatek odbornosti lékařů v Jihočeském kraji – muži, ženy (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 25 obsahuje údaje o názoru mužů a žen na dostatek odbornosti lékařů v Jihočeském kraji. 24,2 % (73) mužů a 23,5 % (85) žen je názoru, že odbornost lékařů je dostatečná, 65,9 % (199) mužů a 57,5 % (208) žen, že je převážně dostatečná, 5,6 % (17) mužů a 16,6 % (60) žen, že je převážně nedostatečná a 4,3 % (13) mužů a 2,5 % (9) žen, že je nedostatečná.

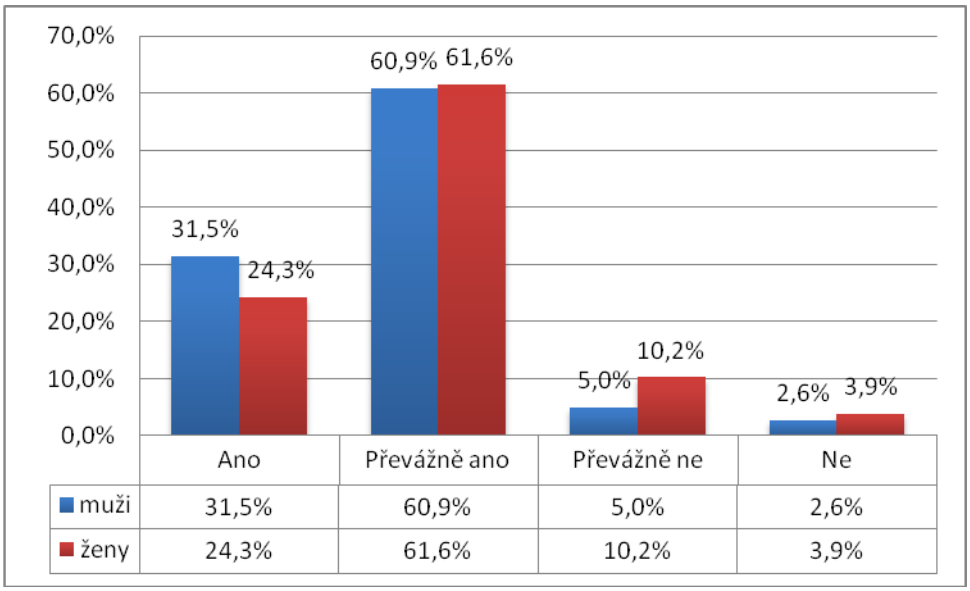
Graf 26: Otázka číslo 19 – názor na dostatek odbornosti nelékařských zdravotnických pracovníků v Jihočeském kraji - celkem (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 26 mapuje názor na dostatek odbornosti nelékařských zdravotnických pracovníků v Jihočeském kraji. Z celkového počtu 664 respondentů si 27,6 % (183) myslí, že je odbornost nelékařských zdravotnických pracovníků dostatečná, 61,3 % (407), že je převážně dostatečná, 7,8 % (52), že je převážně nedostatečná a 3,3 % (22), že je nedostatečná.

Graf 27: Otázka číslo 19 – názor na dostatek odbornosti nelékařských zdravotnických pracovníků v Jihočeském kraji – muži, ženy (v %)

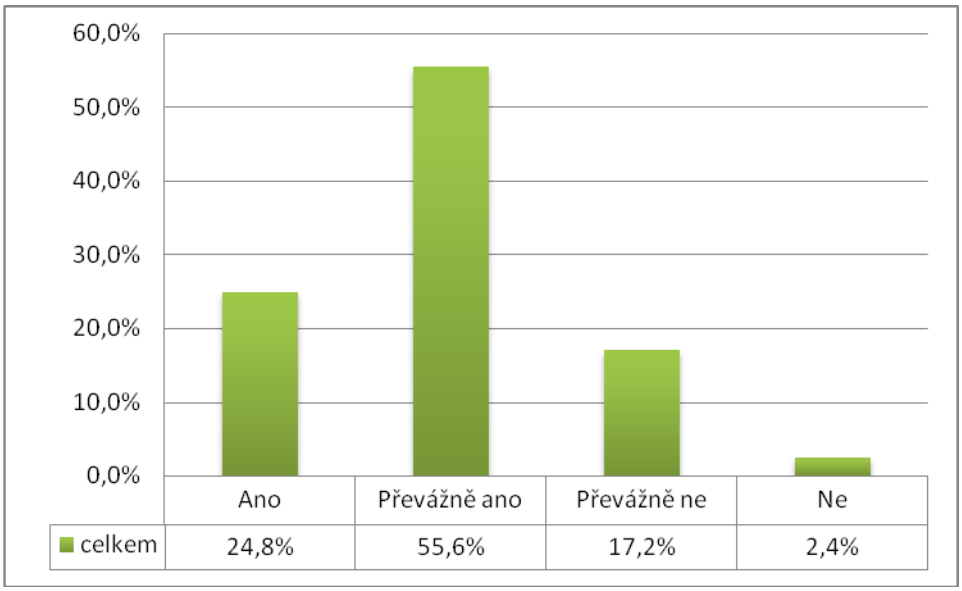


	Ano	Převážně ano	Převážně ne	Ne
muži	31,5%	60,9%	5,0%	2,6%
ženy	24,3%	61,6%	10,2%	3,9%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 27 zobrazuje názor mužů a žen na dostatek odbornosti nelékařských zdravotnických pracovníků v Jihočeském kraji. 31,5 % (95) mužů a 24,3 % (88) žen je názoru, že odbornost nelékařských zdravotnických pracovníků je dostatečná, 60,9 % (184) mužů a 61,6 % (223) žen, že je převážně dostatečná, 5 % (15) mužů a 10,2 % (37) žen, že je převážně nedostatečná a 2,6 % (8) mužů a 3,9 % (14) žen, že je nedostatečná.

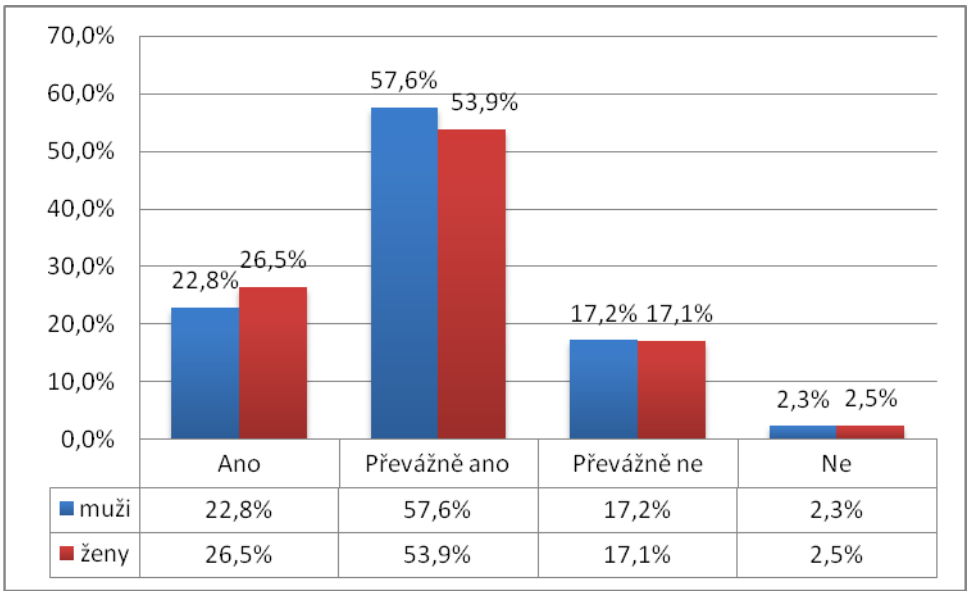
Graf 28: Otázka číslo 20 – spokojenost s přístrojovým vybavením ve zdravotnických zařízeních v Jihočeském kraji - celkem (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 28 ukazuje, kolik procent respondentů z celkového počtu 664 bylo spokojeno s přístrojovým vybavením ve zdravotnických zařízeních v Jihočeském kraji. Spokojeno bylo 24,8 % (165), převážně spokojeno 55,6 % (369), převážně nespokojeno 17,2 % (114) a nespokojeno 2,4 % (16) respondentů.

Graf 29: Otázka číslo 20 – spokojenost s přístrojovým vybavením ve zdravotnických zařízeních v Jihočeském kraji –muži, ženy (v %)

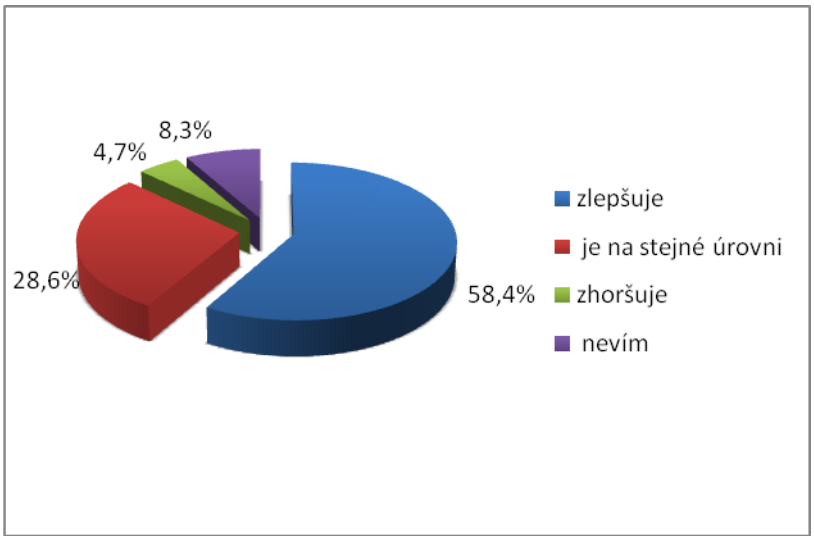


	Ano	Převážně ano	Převážně ne	Ne
muži	22,8%	57,6%	17,2%	2,3%
ženy	26,5%	53,9%	17,1%	2,5%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 29 znázorňuje, kolik procent z celkového počtu žen (362) a kolik procent z celkového počtu mužů (302) bylo spokojeno přístrojovým vybavením ve zdravotnických zařízeních v Jihočeském kraji. Spokojeno bylo 22,8 % (69) mužů a 26,5 % (96) žen, převážně spokojeno 57,6 % (174) mužů a 53,9 % (195) žen, převážně nespokojeno 17,2 % (52) mužů a 17,1 % (62) žen a nespokojeno 2,3 % (7) mužů a 2,5 % (9) žen.

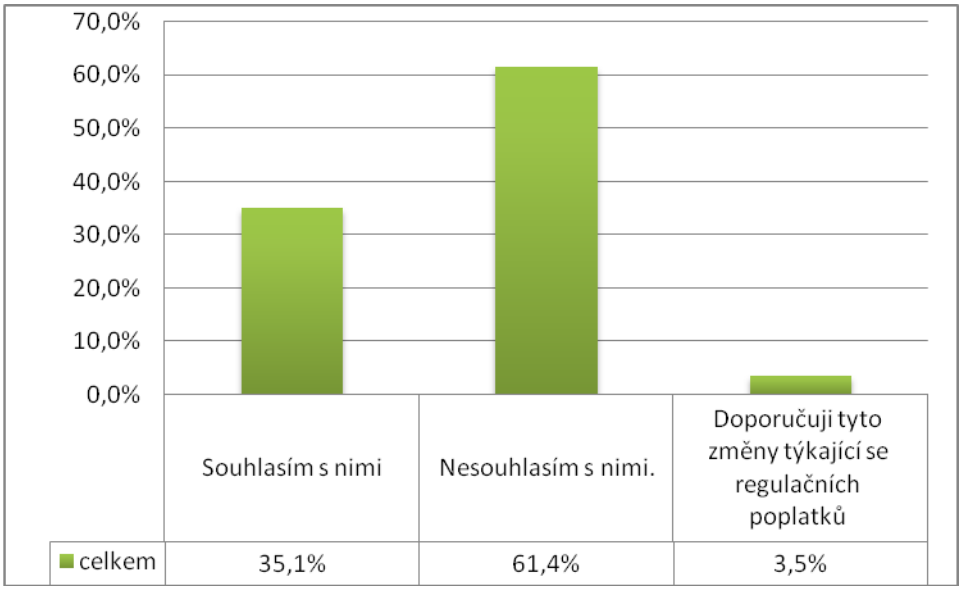
Graf 30: Otázka číslo 21 – názor na vývoj vybavenosti ordinací v Jihočeském kraji v posledních pěti letech (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 30 zobrazuje vnímání vývoje vybavenosti ordinace v Jihočeském kraji v posledních pěti letech všemi 664 respondenty. 58,4 % (388) respondentů míní, že se vybavenost ordinací v Jihočeském kraji v posledním pěti letech zlepšuje, 28,6 % (190), že je stále na stejné úrovni, 4,7 % (31), že se zhoršuje a 8,3 % (55) neví.

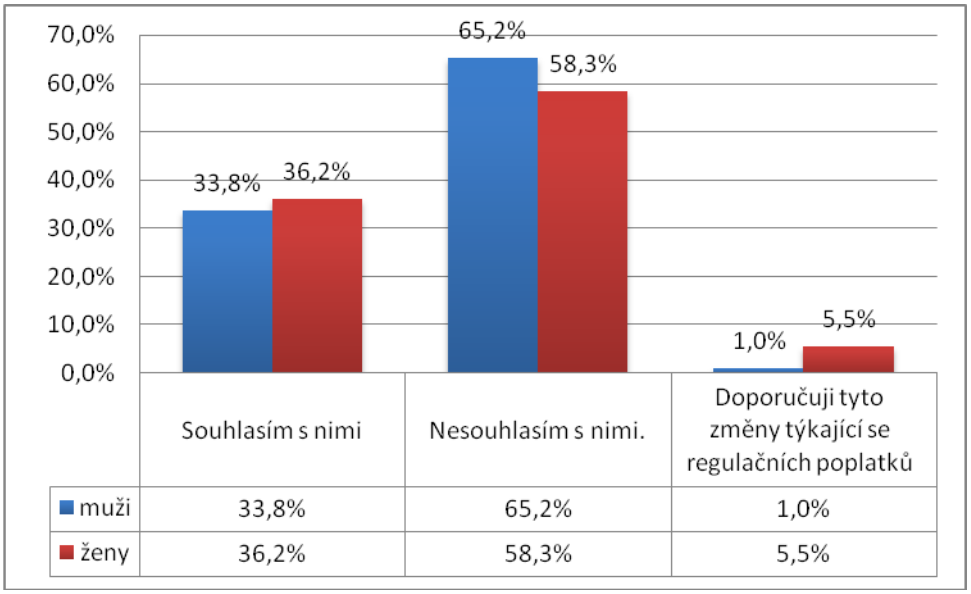
Graf 31: Otázka číslo 22 – názor na regulační poplatky - celkem (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 31 mapuje názor 664 respondentů na regulační poplatky. Souhlas projevilo 35,1 % (233) z nich, nesouhlas 61,4 % (408) a změny v nich doporučilo 3,5 % (23).

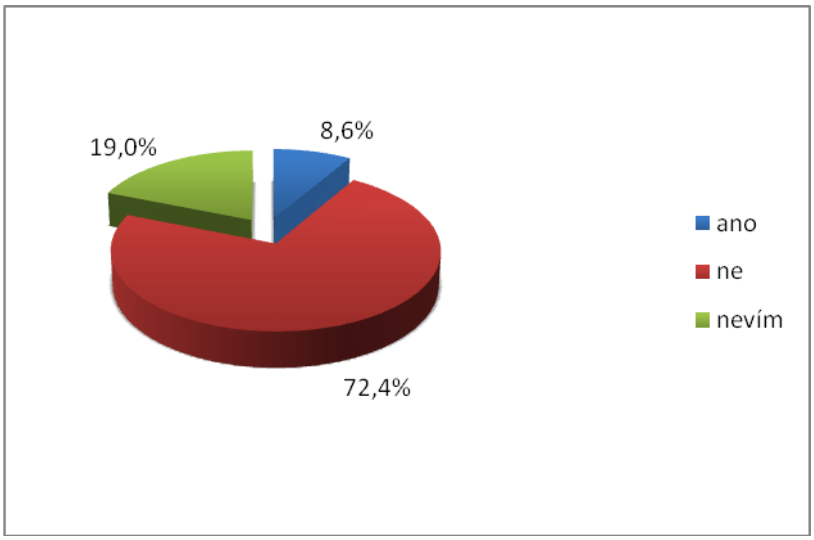
Graf 32: Otázka číslo 22 – názor na regulační poplatky – muži, ženy (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 32 zobrazuje názor mužů a žen na regulační poplatky. 33,8 % (102) mužů a 36,2 % (131) žen s nimi souhlasí, 65,2 % (197) mužů a 58,3 % (211) žen s nimi nesouhlasí a 1 % (3) mužů a 5,5 % (20) žen v nich doporučilo určité změny.

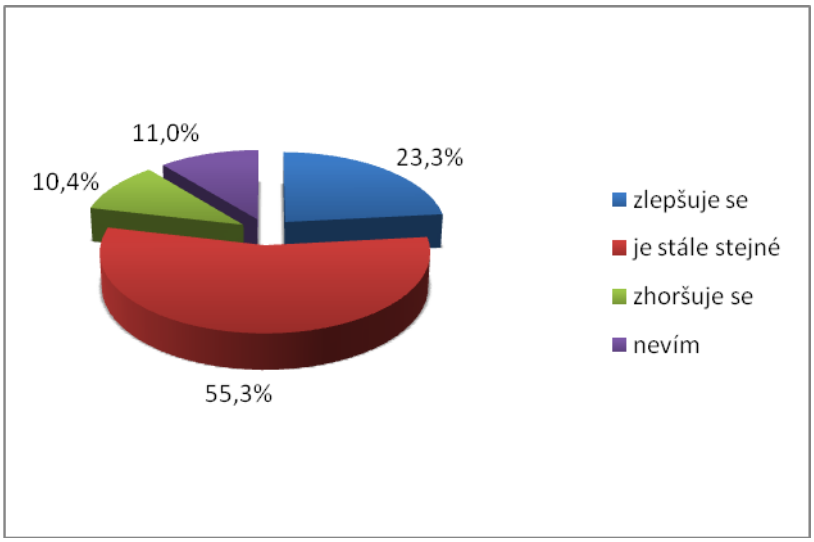
Graf 33: Otázka číslo 23 – souvislost mezi regulačními poplatky a kvalitou zdravotní péče (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 33 mapuje názor na souvislost mezi zavedením regulačních poplatků a kvalitou zdravotní péče v Jihočeském kraji. Z celkového počtu 664 respondentů si 8,6 % (57) myslí, že regulační poplatky změnily kvalitu zdravotní péče v Jihočeském kraji, 72,4 % (481), že regulační poplatky nezměnily kvalitu zdravotní péče v Jihočeském kraji a 19 % (126) nevědělo.

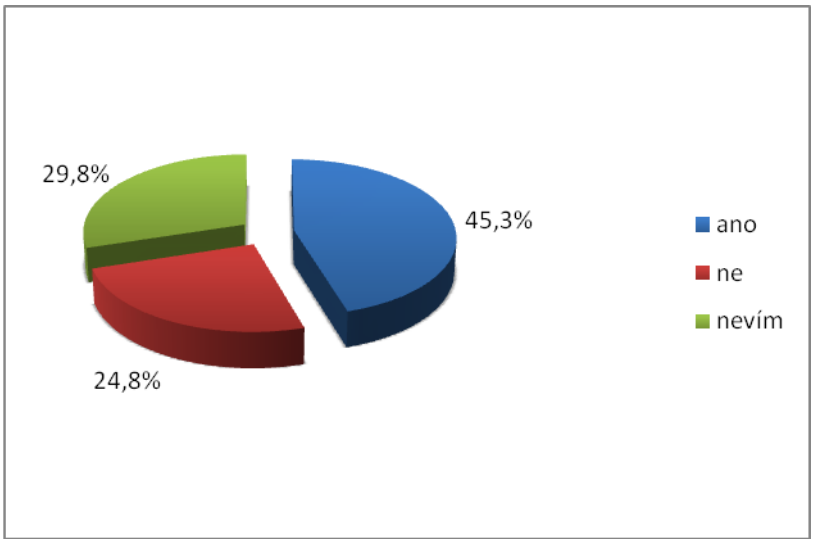
Graf 34: Otázka číslo 24 – vývoj chování lékařů k pacientovi v Jihočeském kraji v posledních pěti letech (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 34 zobrazuje vnímání vývoje chování lékařů k pacientovi v Jihočeském kraji v posledních pěti letech. 23,3 % (155) respondentů míní, že se chování lékařů k pacientovi v Jihočeském kraji v posledním pěti letech zlepšuje, 55,3 % (367), že je stále stejné, 10,4 % (69), že se zhoršuje a 11 % (73) nevědělo.

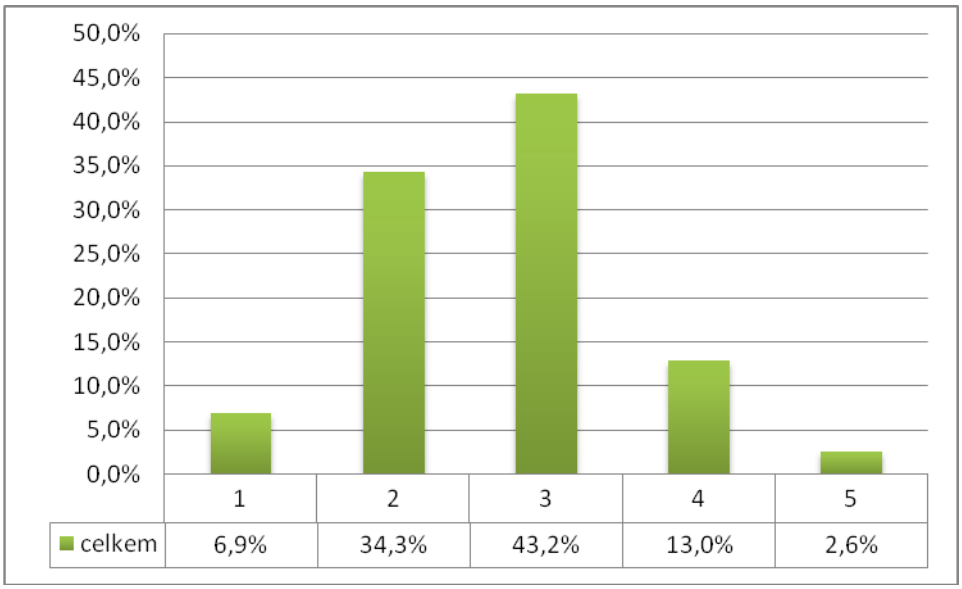
Graf 35: Otázka číslo 25 – názor na souvislost mezi financemi vyčleněnými na zdravotní péči a kvalitou zdravotní péče v Jihočeském kraji (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 35 zobrazuje, zda si respondenti myslí, že finance vyčleněné na zdravotní péči v Jihočeském kraji ovliňují její kvalitu. Na tuto otázku odpovědělo 45,3 % (301) ano, 24,8 % (165) ne a 29,8 % (198) nevědělo.

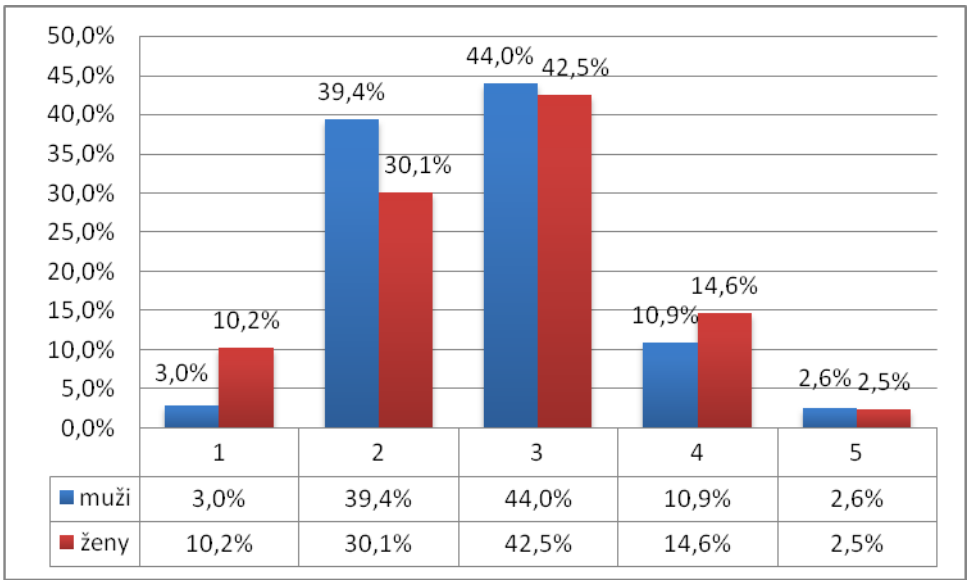
Graf 36: Otázka číslo 26 – hodnocení informovanosti pacienta při zdravotní péči - celkem (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 36 zobrazuje hodnocení informovanosti pacienta při zdravotní péči všemi 664 respondenty. Dotázaní hodnotili pomocí škály od 1 do 5, přičemž hodnocení probíhalo stejným způsobem jako ve škole, známka 1 znamenala „nejlépe hodnotím“ a známka 5 „nejhůře hodnotím“. 6,9 % (46) si vybralo známku 1, 34,3 % (228) známku 2, 43,2 % (287) známku 3, 13 % (86) známku 4 a 2,6 % (17) známku 5.

Graf 37: Otázka číslo 26 – hodnocení informovanosti pacienta při zdravotní péči – muži, ženy (v %)

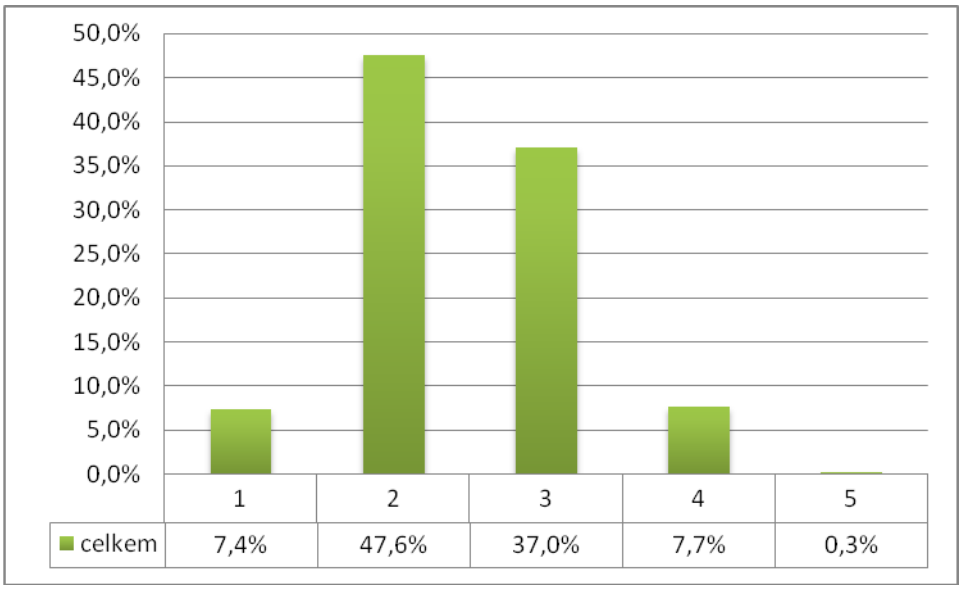


	1	2	3	4	5
muži	3,0%	39,4%	44,0%	10,9%	2,6%
ženy	10,2%	30,1%	42,5%	14,6%	2,5%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 37 zobrazuje hodnocení informovanosti pacienta při zdravotní péči zvlášť mezi muži (302) a mezi ženami (362). Dotázaní hodnotili pomocí škály od 1 do 5, přičemž hodnocení probíhalo stejným způsobem jako ve škole, známka 1 znamenala „nejlépe hodnotím“ a známka 5 „nejhůře hodnotím“. 3 % (9) mužů a 10,2 % (37) žen si vybralo známku 1, 39,4 % (119) mužů a 30,1 % (109) žen známku 2, 44 % (133) mužů a 42,5 % (154) žen známku 3, 10,9 % (33) mužů a 14,6 % (53) žen známku 4 a 2,6 % (8) mužů a 2,5 % (9) žen známku 5.

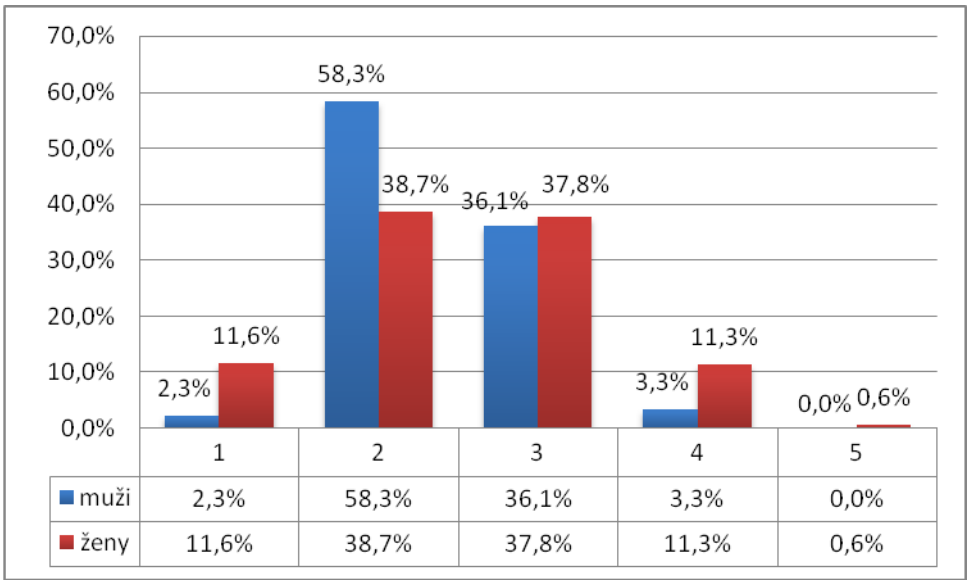
Graf 38: Otázka číslo 26 – hodnocení vybavenosti zdravotnických zařízení - celkem (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 38 zobrazuje hodnocení vybavenosti zdravotnických zařízení všemi 664 respondenty. Dotázaní hodnotili pomocí škály od 1 do 5, přičemž hodnocení probíhalo stejným způsobem jako ve škole, známka 1 znamenala „nejlépe hodnotím“ a známka 5 „nejhůře hodnotím“. 7,4 % (49) si vybralo známku 1, 47,6 % (316) známku 2, 37 % (246) známku 3, 7,7 % (51) známku 4 a 0,3 % (2) známku 5.

Graf 39: Otázka číslo 26 – hodnocení vybavenosti zdravotnických zařízení – muži, ženy (v %)

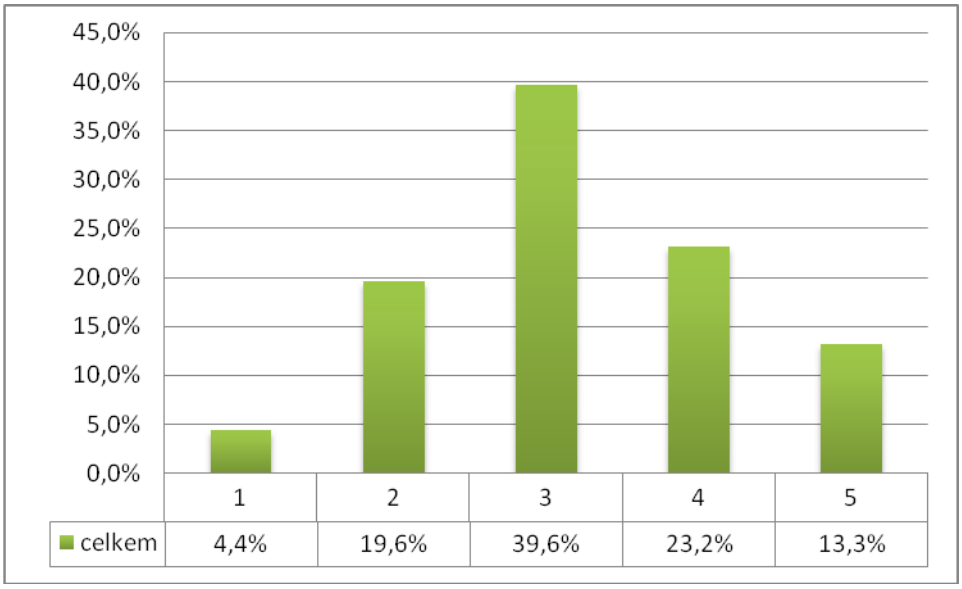


	1	2	3	4	5
muži	2,3%	58,3%	36,1%	3,3%	0,0%
ženy	11,6%	38,7%	37,8%	11,3%	0,6%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 39 zobrazuje hodnocení vybavenosti zdravotnických zařízení zvlášť muži (302) a zvlášť ženami (362). Dotázaní hodnotili pomocí škály od 1 do 5, přičemž hodnocení probíhalo stejným způsobem jako ve škole, známka 1 znamenala „nejlépe hodnotím“ a známka 5 „nejhůře hodnotím“. 2,3 % (7) mužů a 11,6 % (42) žen si vybralo známku 1, 58,3 % (176) mužů a 38,7 % (140) žen známku 2, 36,1 % (109) mužů a 37,8 % (137) žen známku 3, 3,3 % (10) mužů a 11,3 % (41) žen známku 4 a 0 % (0) mužů a 0,6 % (2) žen známku 5.

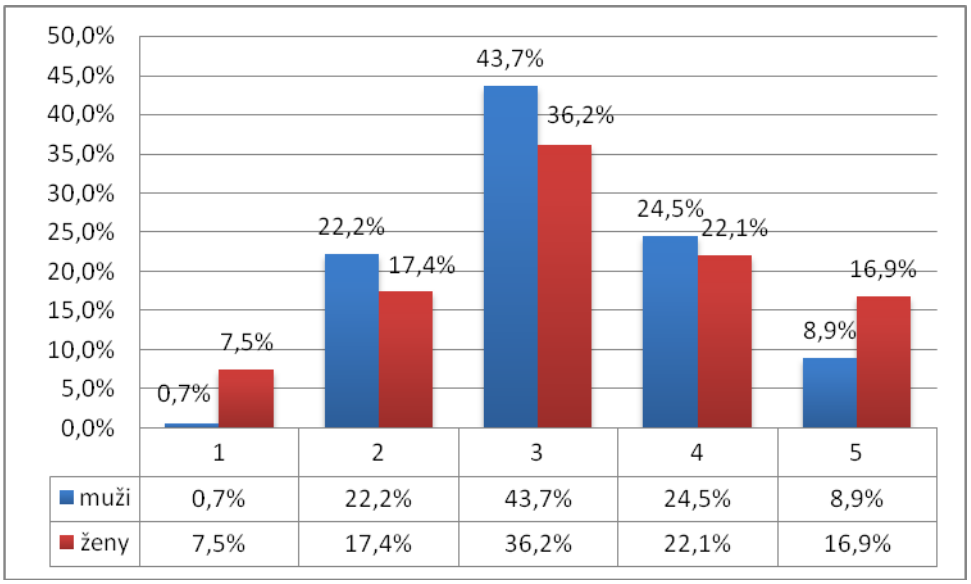
Graf 40: Otázka číslo 26 – hodnocení množství financí ve zdravotnictví - celkem (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 40 zobrazuje hodnocení množství financí ve zdravotnictví. Dotázaní hodnotili pomocí škály od 1 do 5, přičemž hodnocení probíhalo stejným způsobem jako ve škole, známka 1 znamenala „nejlépe hodnotím“ a známka 5 „nejhůře hodnotím“. 4,4 % (29) ze všech 644 dotázaných si vybralo známku 1, 19,6 % (130) známku 2, 39,6 % (263) známku 3, 23,2 % (154) známku 4 a 13,3 % (88) známku 5.

Graf 41: Otázka číslo 26 – hodnocení množství financí ve zdravotnictví – muži, ženy (v %)

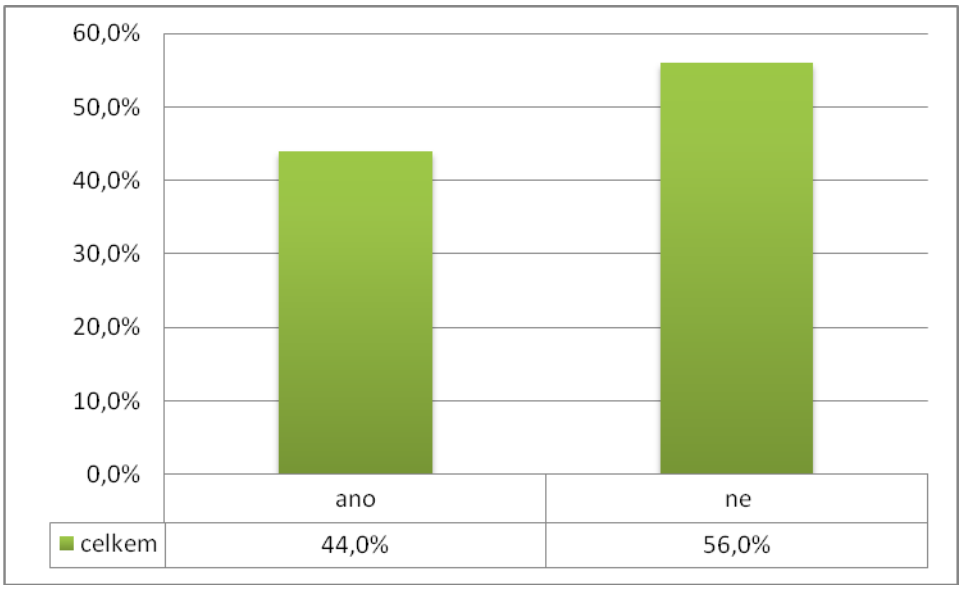


	1	2	3	4	5
muži	0,7%	22,2%	43,7%	24,5%	8,9%
ženy	7,5%	17,4%	36,2%	22,1%	16,9%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 41 ukazuje hodnocení množství financí ve zdravotnictví muži (302) a ženami (362). Dotázaní hodnotili pomocí škály od 1 do 5, přičemž hodnocení probíhalo stejným způsobem jako ve škole, známka 1 znamenala „nejlépe hodnotím“ a známka 5 „nejhůře hodnotím“. 0,7 % (2) mužů a 7,5 % (27) žen si vybralo známku 1, 22,2 % (67) mužů a 17,4 % (63) žen známku 2, 43,7 % (132) mužů a 36,2 % (131) žen známku 3, 24,5 % (74) mužů a 22,1 % (80) žen známku 4 a 8,9 % (27) mužů a 16,9 % (61) žen známku 5.

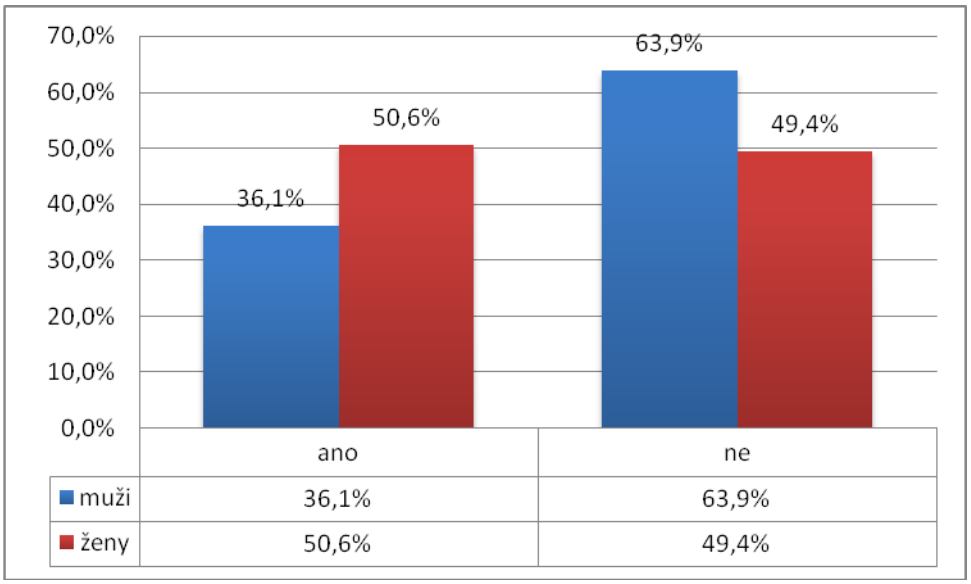
Graf 42: Otázka číslo 27 – změna praktického lékaře v Jihočeském kraji z důvodu nespokojenosti s kvalitou jeho zdravotní péče – celkem (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 42 ukazuje, kolik procent z 664 respondentů změnilo z důvodu nespokojenosti s kvalitou zdravotní péče svého praktického lékaře. Z grafu vyplývá, že 44 % (292) dotázaných lékaře změnilo a 56 % (372) nezměnilo.

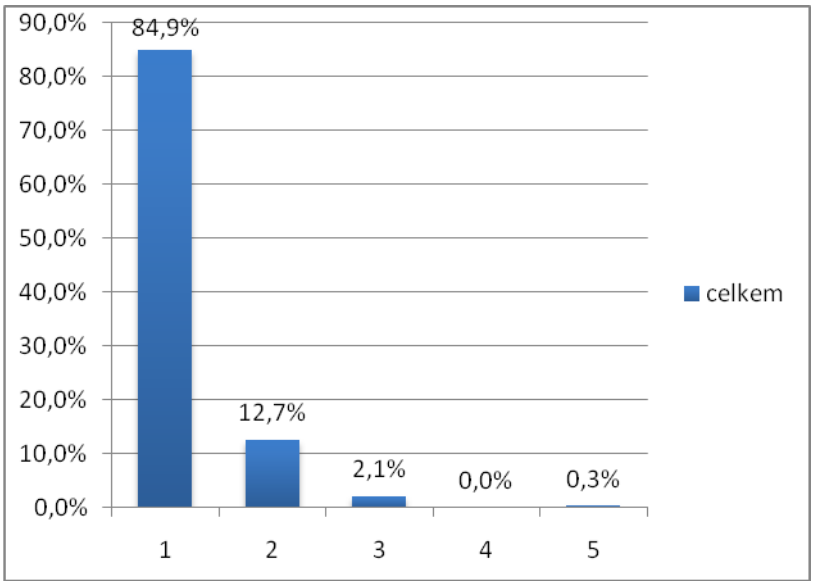
Graf 43: Otázka číslo 27 – změna praktického lékaře v Jihočeském kraji z důvodu nespokojenosti s kvalitou jeho zdravotní péče – ženy, muži (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 43 mapuje, kolik procent mužů (302) a kolik procent žen (362) změnilo z důvodu nespokojenosti s kvalitou zdravotní péče svého praktického lékaře. Z grafu vyplývá, že 36,1 % (109) dotázaných mužů a 50,6 % (183) dotázaných žen lékaře změnilo a 63,9 % (193) mužů a 49,4 % (179) žen nezměnilo.

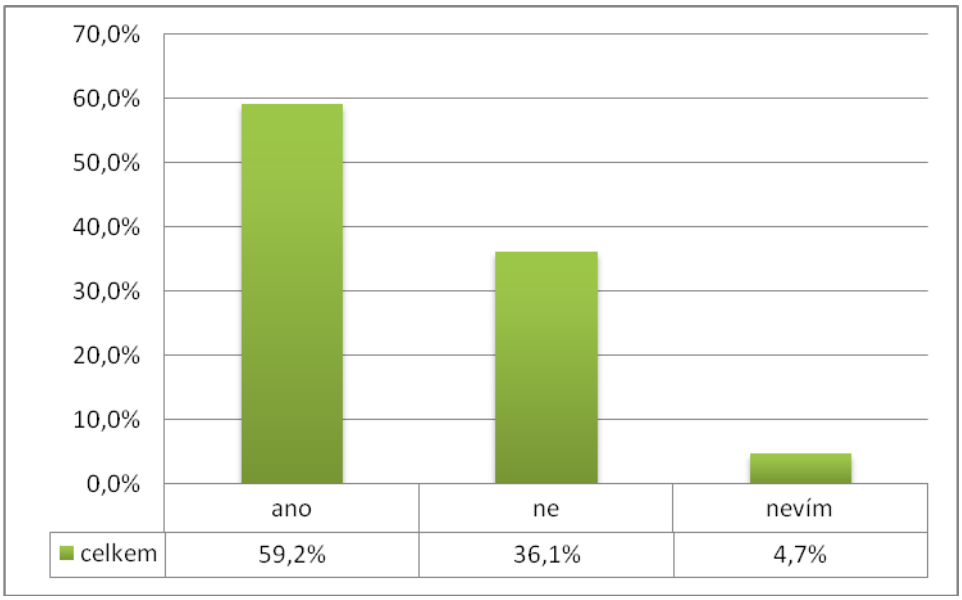
Graf 44: Otázka číslo 27 – počet změn praktického lékaře v Jihočeském kraji z důvodu nespokojenosti s kvalitou jeho zdravotní péče (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 44 ukazuje, že 84,9 % (248) z 292 respondentů, kteří z důvodu nespokojenosti s kvalitou zdravotní péče svého praktického lékaře změnili, ho změnilo jednou. Dále 12,7 % (37) dvakrát, 2,1 % (6) třikrát, nikdo čtyřikrát a 0,3 % (1) pětkrát.

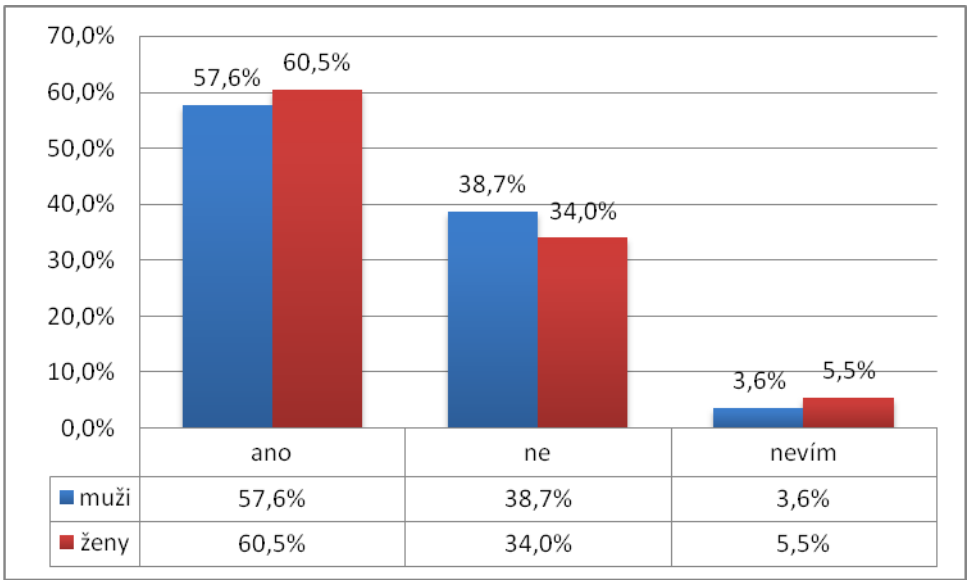
Graf 45: Otázka číslo 28 – spokojenost s čekací lhůtou při objednání u praktického lékaře v Jihočeském kraji – celkem (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 45 zobrazuje spokojenost s čekací lhůtou při objednání u praktického lékaře v Jihočeském kraji. Z celkového počtu 664 respondentů bylo s čekací lhůtou při objednání u praktického lékaře v Jihočeském kraji spokojeno 59,2 % (393), 36,1 % (240) nespokojeno a 4,7 % (31) nevědělo.

Graf 46: Otázka číslo 28 - spokojenost s čekací lhůtou při objednání u praktického lékaře v Jihočeském kraji – muži, ženy (v %)

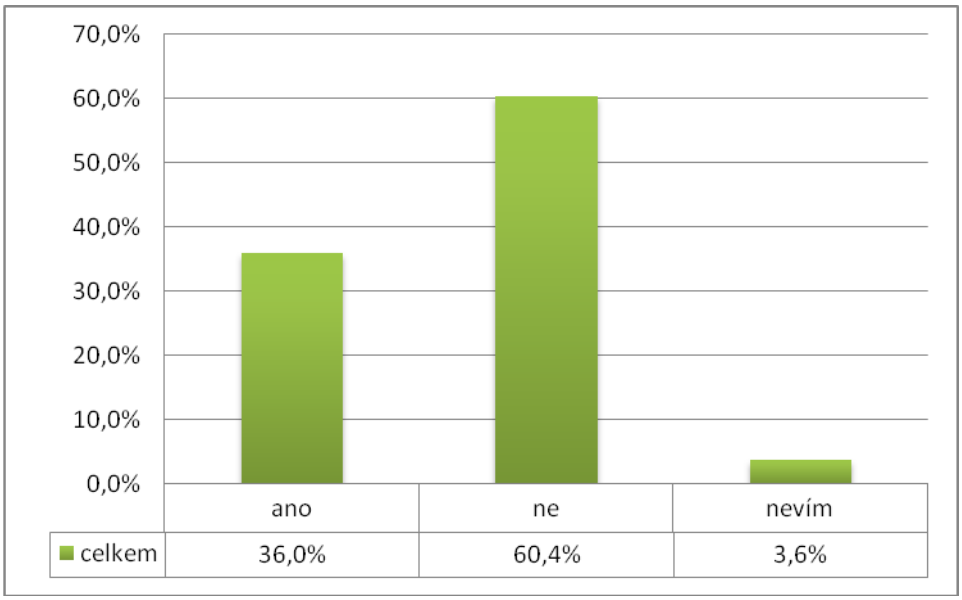


	ano	ne	nevím
muži	57,6%	38,7%	3,6%
ženy	60,5%	34,0%	5,5%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 46 zobrazuje spokojenost s čekací lhůtou při objednání u praktického lékaře v Jihočeském kraji mezi muži (302) a ženami (362). S čekací lhůtou při objednání u praktického lékaře v Jihočeském kraji bylo spokojeno 57,6 % (174) mužů a 60,5 % (219) žen, nespokojeno 38,7 % (117) mužů a 34 % (123) žen a nevědělo 3,6 % (11) mužů a 5,5 % (20) žen.

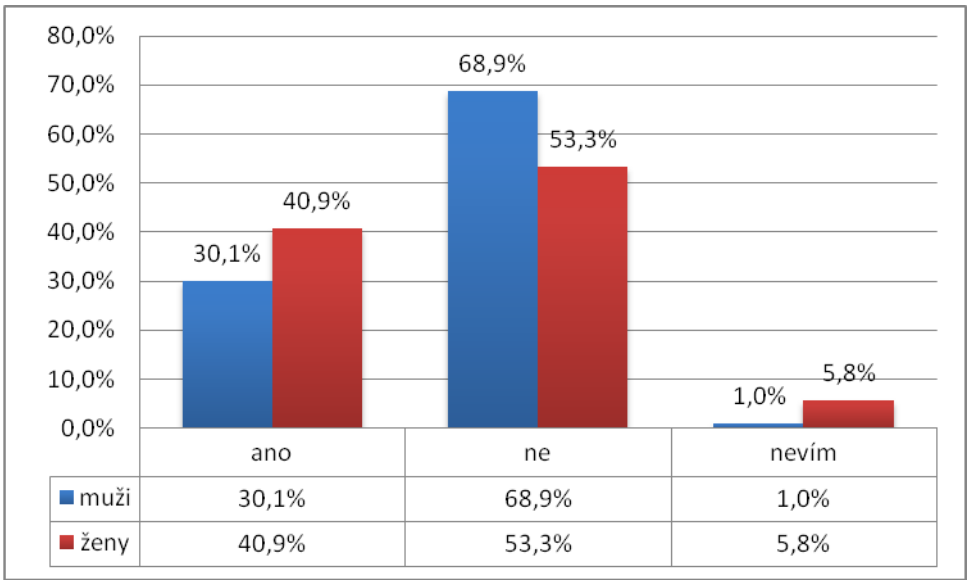
Graf 47: Otázka číslo 28 – spokojenost s čekací lhůtou při objednání u specializovaných lékařů v Jihočeském kraji – celkem (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 47 zobrazuje spokojenost s čekací lhůtou při objednání u specializovaných lékařů (stomatolog, gynekolog,…) v Jihočeském kraji. Z celkového počtu 664 respondentů bylo s čekací lhůtou při objednání u specializovaných lékařů v Jihočeském kraji spokojeno 36 % (239), 60,4 % (401) bylo nespokojeno a 3,6 % (24) nevědělo.

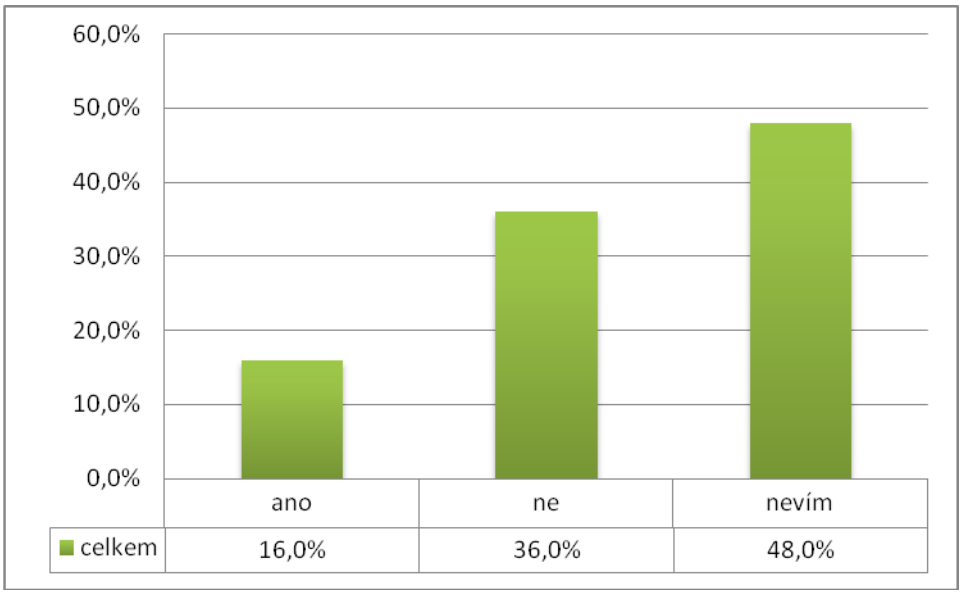
Graf 48: Otázka číslo 28 – spokojenost s čekací lhůtou při objednání u specializovaných lékařů v Jihočeském kraji – muži, ženy (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 48 zobrazuje spokojenost s čekací lhůtou při objednání u specializovaných lékařů v Jihočeském kraji mezi muži (302) a ženami (362). S čekací lhůtou při objednání u specializovaných lékařů v Jihočeském kraji bylo spokojeno 30,1 % (91) mužů a 40,9 % (148) žen, nespokojeno 68,9 % (208) mužů a 53,3 % (193) žen a nevědělo 1 % (3) mužů a 5,8 % (21) žen.

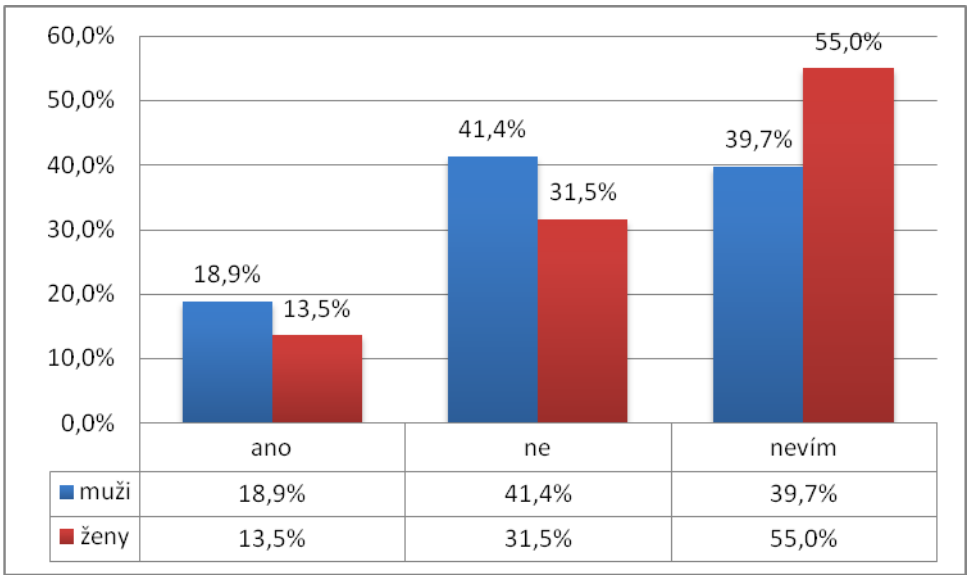
Graf 49: Otázka číslo 28 – spokojenost s čekací lhůtou na operační zákroky v Jihočeském kraji – celkem (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 49 mapuje spokojenost s čekací lhůtou na operační zákroky v Jihočeském kraji. Z celkového počtu 664 respondentů bylo s čekací lhůtou na operační zákroky v Jihočeském kraji spokojeno 16 % (106), nespokojeno 36 % (239) a nevědělo 48 % (319) respondentů.

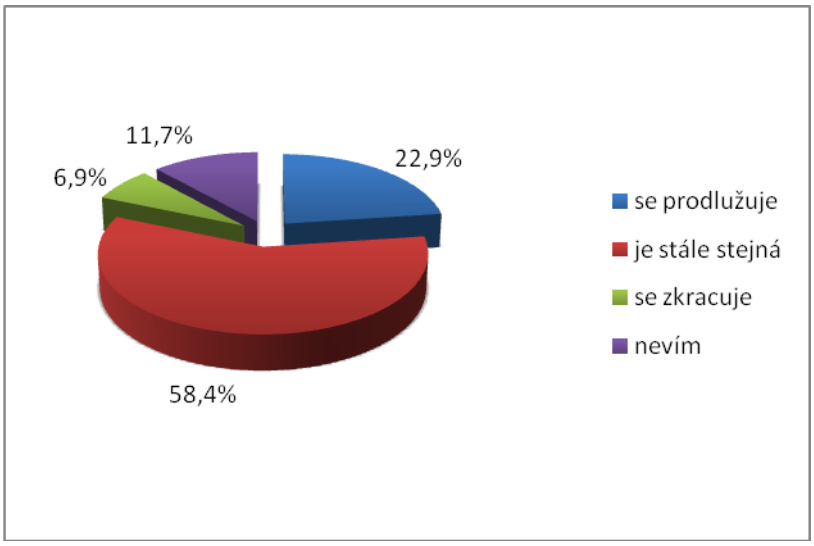
Graf 50: Otázka číslo 28 – spokojenost s čekací lhůtou na operační zákroky v Jihočeském kraji – muži, ženy (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 50 ukazuje spokojenost s čekací lhůtou na operační zákroky v Jihočeském kraji mezi muži (302) a ženami (362). S čekací lhůtou na operační zákroky v Jihočeském kraji bylo spokojeno 18,9 % (57) mužů a 13,5 % (49) žen, nespokojeno 41,4 % (125) mužů a 31,5 % (114) žen a nevědělo 39,7 % (120) mužů a 55 % (199) žen.

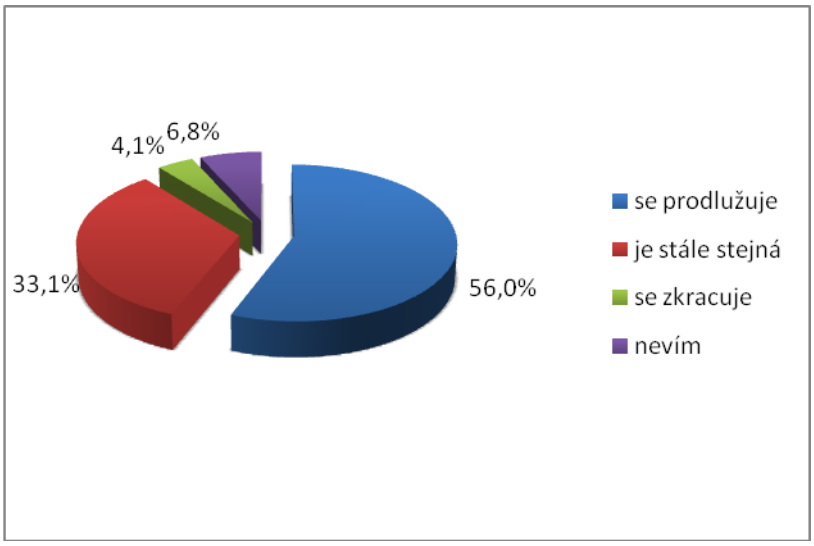
Graf 51: Otázka číslo 29 – hodnocení čekací lhůty při objednání u praktického lékaře v Jihočeském kraji z hlediska vývoje v posledních pěti letech (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 51 zobrazuje hodnocení vývoje čekací lhůty při objednání u praktického lékaře v Jihočeském kraji v posledních pěti letech. 22,9 % (152) ze všech 664 respondentů míní, že se čekací lhůty při objednání u praktického lékaře v Jihočeském kraji v posledních pěti letech prodlužují, 58,4 % (388), že jsou stále stejné, 6,9 % (46), že se zkracují a 11,7 % (78) nevědělo.

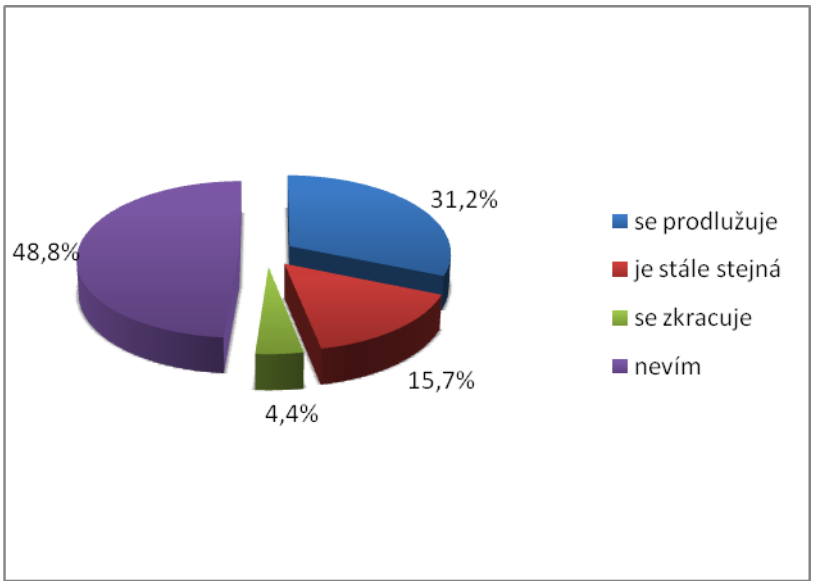
Graf 52: Otázka číslo 29 – hodnocení čekací lhůty při objednání u specializovaných lékařů v Jihočeském kraji z hlediska vývoje v posledních pěti letech (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 52 zobrazuje hodnocení vývoje čekací lhůty při objednání u specializovaných lékařů v Jihočeském kraji v posledních pěti letech. 56 % (372) ze všech 664 respondentů míní, že se čekací lhůty při objednání u specializovaných lékařů v Jihočeském kraji v posledních pěti letech prodlužují, 33,1 % (220), že jsou stále stejné, 4,1 % (27), že se zkracují a 6,8 % (45) nevědělo.

Graf 53: Otázka číslo 29 – hodnocení čekací lhůty na operační zákroky v Jihočeském kraji z hlediska vývoje v posledních pěti letech (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 53 ukazuje hodnocení vývoje čekací lhůty na operační zákroky v Jihočeském kraji v posledních pěti letech. 31,2 % (207) ze všech 664 respondentů míní, že se čekací lhůty na operační zákroky v Jihočeském kraji v posledních pěti letech prodlužují, 15,7 % (104), že jsou stále stejné, 4,4 % (29), že se zkracují a 48,8 % (324) nevědělo.

5. Diskuze

Problematika zdravotnictví a zdravotní péče je v dnešní době často diskutovaným tématem, jelikož prochází některými změnami v podobě reforem a musí čelit mnohým problémům, mezi něž patří například demografické stárnutí nebo nedostatek financí.

V úvodu této kapitoly se zaměřím na respondenty. Snažila jsem se, aby obě pohlaví byla zastoupena ve výzkumném vzorku ve stejném množství. Přesto o něco vyšší počet žen přesáhl počet mužů. Z mé zkušenosti tento nepoměr zavinila menší ochota mužů při provádění výzkumu.

Jedna z otázek výzkumu se zabývala věkem respondentů. Dotazovaní si vybírali jednu z pěti věkových kategorií. Přes dvacet procent z celkového počtu dotázaných dosáhly tři kategorie. A to od 18 do 29 let, od 30 do 39 let a od 40 do 49 let. Ze statistických údajů, vycházejících z posledního sčítání lidu v roce 2001 vyplývá, že tyto kategorie opravdu patří k těm nejpočetnějším v Jihočeském kraji (**8**).

Otázka číslo 3 zjišťovala vzdělání respondentů. Dle jejích výsledků mělo nejvíce dotázaných dokončené středoškolské vzdělání. To odpovídá statistikám už z roku 2001, kdy tato skupina lidí, podle posledního sčítání lidu, tvořila nejpočetnější část obyvatel Jihočeského kraje (**9**).

V dotazníku diplomové práce respondenti také odpovídali na otázku, jak často navštěvují zdravotnická zařízení v Jihočeském kraji. Každý týden navštěvuje zdravotnická zařízení 3 % (21) respondentů, každý měsíc 17 % (115), jen několikrát do roka 59 % (392) a výjimečně 21 % (136) z celkového počtu 664 respondentů.

Z evropského výběrového šetření o zdravotním stavu v České republice vyplývá, že během dvanácti měsíců navštívilo zubního lékaře 65 % mužů a 72 % žen. I po odstranění vlivu rozdílnosti mezi věkovými strukturami obou pohlaví, byla prokázána přibližně 1,5krát větší návštěvnost zubního lékaře u žen. Zajímavé je, že 5 dotázaných mužů a 3 dotázané ženy nikdy zubního lékaře nenavštívili. Návštěva zubního lékaře se vyznačovala klesající tendencí s rostoucím věkem, přičemž k výraznějšímu poklesu návštěv dochází u mužů od 55 let a u žen od 65 let (**46**). Tato

skutečnost může být dána tím, že mnozí občané uvedeného věku přichází o vlastní chrup. Ten je následovně nahrazen zubními protézami, které nepotřebují tolik péče stomatologa jako zuby vlastní. Praktického lékaře navštívilo v průběhu dvanácti měsíců 67 % mužů a 76 % žen. Opět byla prokázána přibližně 1,5krát větší návštěvnost žen. Nikdy se s praktickým lékařem nesetkali 4 muži a 1 žena. Z hlediska věkové kultury má návštěvnost praktického lékaře opačný trend oproti zubnímu lékaři. To znamená, že s rostoucím věkem je zaznamenán zvyšující se počet návštěv. Lékařské specialisty navštívilo během dvanácti měsíců 45 % mužů a 66 % žen. Nikdy je nekontaktovalo 15 % mužů a 6 % žen. Opět je zřejmý rozdíl mezi pohlavími. Ženy kontaktovaly lékaře specialisty přibližně 2,5krát častěji než muži (**46**). Příčinou mohou být návštěvy žen při gynekologických preventivních vyšetřeních nebo při předepisování antikoncepčních přípravků. Oproti tomu muži urologická vyšetření nepodstupují tak často.

Ve výsledcích mého výzkumu byla hodnocena zdravotní péče většinou dotázaných pozitivně. Výzkum hodnotící kvalitu zdravotní péče očima pacientů probíhal ve vybraných zdravotnických zařízeních také v roce 2006, kdy bylo vyhodnoceno 30 063 dotazníků. Zadavatelem tohoto výzkumu bylo Ministerstvo zdravotnictví České republiky, šlo o hodnocení osmi dimenzí, mezi něž patřilo přijetí do nemocnice; respekt, ohled a úcta; koordinace a integrace péče; informace, komunikace a edukace; tělesné pohodlí; citová opora; zapojení rodiny a propuštění a pokračování péče. K zjištění, že kvalita péče je ve vybraných zdravotnických zařízeních na vysoké úrovni, vedla celková spokojenost souhrnně za všechna zdravotnická zařízení, dosahující úrovně 80 %, která je považována za dobrý standard kvality. Nejnižší spokojenost oproti průměru v tomto výzkumu vyjadřovali pacienti s dimenzí citové opory. A to hlavně se zajištěním citových a duchovních potřeb a se vztahem k ošetřujícímu lékaři z hlediska důvěry (**39**). Dimenze citové opory uvedeného výzkumu se částečně prolíná s otázkami zaměřenými na chování lékařů a ostatních zdravotníků v dotazníku, použitém pro tuto diplomovou práci. Ale v jejím výzkumu mělo chování těchto osob výborné výsledky. Na otázku, zda respondentům vyhovuje chování praktického lékaře v Jihočeském kraji, odpovědělo 41,6 % (276) z 664 respondentů „ano“, 48,6 % (323) „převážně ano“, 8,4 % (56) „převážně ne“ a 1,4 % (9)

„ne“. Podobně dopadlo hodnocení chování odborných lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků k osobě pacienta v Jihočeském kraji. 39,6 % (263) dotázaných chování odborných lékařů v Jihočeském kraji vyhovovalo, 52,6 % (349) převážně vyhovovalo, 5,9 % (39) převážně nevyhovovalo a jen 2 % (13) nevyhovovalo. Spokojenost s chováním nelékařských zdravotnických pracovníků v Jihočeském kraji projevilo 28,5 % (189), 64,5 % (428) bylo převážně spokojeno, 6,5 % (43) převážně nespokojeno a 0,6 % (4) nespokojeno. Pešek uvádí, že výzkumy prokázaly velmi citlivé vnímání samotné péče, neformálního zájmu, slušnosti i kompetencí zdravotníků pacientem. A že chování zdravotnického personálu má 15% vliv na kvalitu ve zdravotnictví (**38**).

Ovšem na otázku, zda by dotázaní změnili něco na chování lékařů v Jihočeském kraji, odpovědělo 34.6% (230) z nich „ano“. Konkrétně respondenti nejčastěji vypisovali, že by si přáli individuálnější, lidštější a vstřícnější přístup lékaře, větší komunikativnost lékaře a s tím související získávání podrobnějších informací o diagnóze nebo nadcházejících vyšetřeních. Podle jedné z publikací existuje v českém zdravotnictví dlouhodobě neuspokojivá kvalita komunikace, projevující se nízkou empatií a nedostatečnou vstřícností zdravotníků k pacientům (**22**).

Z dat Evropského výběrového šetření o zdravotním stavu v České republice vyplývá, že vždy více než polovina 1015 dotázaných respondentů vyjádřila svojí spokojenost s poskytováním zdravotnických služeb. Se službami lůžkových zařízení bylo spokojeno 66,6 % z respondentů, s dentální péčí 89,7 %, s lékaři specialisty 87,5 % a s praktickými lékaři 85,5 %. Respondenti tedy byli nejvíce spokojeni s poskytováním služeb odborníků na zubní péči, následovali lékaři specialisté spolu s praktickými lékaři. Nižší míru spokojenosti dosáhla lůžková zařízení. Celkovou spokojenost s poskytovateli zdravotní péče potvrdilo 64 % respondentů (**44**).

Zdravotní péče je součástí zdravotnictví. Z provedených výzkumů z roku 2006 vyplývá, že téměř polovina občanů České republiky vidí ve zdravotnictví řadu závažných problémů a jen 1,1 % si myslí, že je bez jakýchkoliv problémů (**30**).

Protože se hypotéza číslo 2 potvrdila, výsledkem je, že ženy vnímají zdravotní péči kritičtěji než muži. Stejně je tomu i při hodnocení zdravotnictví, které bylo

provedeno v roce 2006 Lékařským informačním centrem a agenturou INRES – SONES. Podle něj ženy významně častěji než muži shledávají zdravotnictví jako oblast, kde se vyskytuje řada velmi vážných problémů. Kritičtější pohled žen na zdravotnictví byl identifikován i v dřívějším období (**30**).

Z hlediska věkových skupin nelze v hodnocení zdravotnictví hledat významné rozdíly. Oproti tomu se významné odlišnosti nachází v případě členění dle vzdělání. Příznivější situaci ve zdravotnictví vidí občané s nižším, zejména základním vzděláním. Vysokoškolsky vzdělaní lidé si více myslí, že ve zdravotnictví existuje řada vážných problémů (**30**). V mém výzkumu vysokoškoláci zaujímali druhou nejpočetnější skupinu o 169 respondentech. Z nich 88 % (149) hodnotilo kvalitu zdravotní péče v Jihočeském kraji pozitivně. Naproti tomu z 16 mnou oslovených respondentů se základním vzděláním jich bylo 81 % (13) ve vnímání zdravotní péče pozitivních. Z toho vyplývá, že kritikou zdravotnictví oplývají spíše lidé se základním vzděláním než vysokoškoláci. Naopak podle již uvedeného výzkumu z roku 2006 tvořili lidé se základním vzděláním skupinu nejméně kritizující zdravotnictví (**30**). Tento rozpor může být zapříčiněn malým množstvím občanů se základním vzděláním v mé skupině respondentů. Roli zde také nejspíš hraje, že základně vzdělaní vidí obsah ve zdravotnictví spíše ve zdravotní péči, zatímco vysokoškoláci jsou více zainteresovaní do problematiky celého zdravotnictví, kde naráží na velké množství problémů.

Podle dotazníkového šetření si 2,1 % (14) respondentů myslí, že je lékařů v Jihočeském kraji nadbytek, pro 59 % (392) počet lékařů odpovídá potřebám a podle 38,9 % (258) je lékařů nedostatek. Většina z respondentů (59 %) hodnotí vývoj počtu lékařů v posledních pěti letech jako neměnný, 28 % jako snižující a 13 % jako rostoucí.

Dle dokumentu Zdravotnická ročenka 2008 vyplývá, že koncem roku 2008 bylo v evidenci České republiky zahrnuto 27 769 zdravotnických zařízení, z toho téměř 19 700 samostatných ordinací. Ve všech zdravotnických zařízeních pracovalo celkem v přepočtu na celé úvazky téměř 44 400 lékařů a téměř 105 300 samostatných nelékařských zdravotnických pracovníků. V České republice tedy připadalo na 1 lékaře 236 obyvatel. Ambulantní péči zajišťovalo koncem roku 2008 zhruba 71 % (31 494) všech lékařů a 51 % (53 636) všech samostatných nelékařských zdravotnických

pracovníků. 44,3 % ambulantních lékařů zajišťovalo primární péči o děti, dorost a dospělé, gynekologickou a stomatologickou péči, 55,7 % tvořili ambulantní specialisté. Na jednoho ambulantního lékaře, včetně diagnostických služeb, připadalo v průměru 332 obyvatel. Zajištění primární péče pokleslo mezi roky 2007 a 2008 o tři procentní body. Dostupnost primární péče o dospělé, děti a dorost je v jednotlivých krajích vcelku vyrovnaná. Na jednoho praktického lékaře pro dospělé připadalo koncem roku v průměru 1 626 registrovaných pacientů. Na jednoho gynekologa připadalo v průměru 3 233 registrovaných žen (**48**).

Podle prezidenta České lékařské komory MUDr. Milana Kubka sice počet lékařů v České republice roste. Ale jelikož dochází ke stárnutí populace, roste i počet seniorů, kteří využívají zdravotní péči nejvíce. Problémem je i to, že se ve věkové struktuře lékařů projevuje stárnutí (**29**). Už v roce 2008 byli nejpočetnější skupinou lékaři ve věku 50 – 54 let a se snižujícím věkem se snižoval i jejich počet (**47**). Kubek vidí příčiny snižujícího se počtu mladých lékařů v jejich nízkém příjmu za náročnou práci, ve stagnaci platů, v nadměrné pracovní zátěži, v existenční nejistotě díky privatizaci nemocnic, v rozpadu postgraduálního vzdělávání a v usnadnění migrace po vstupu do Evropské unie (**29**).

V mém dotazníku jsem kladla 664 respondentům otázku, zda souhlasí s regulačními poplatky. Souhlas projevilo 35,1 % (233) z nich, nesouhlas 61,4 % (408) a změny v nich doporučilo 3,5 % (23). Výsledek mě překvapil, protože si myslím, že zavedení regulačních poplatků bylo správným krokem. V přecházejících letech se totiž projevila potřeba snížit počet zbytečných návštěv u lékaře. Podle bývalého ministra zdravotnictví Julínka v nadcházejícím roce, po zavedení regulačních poplatků poklesl počet návštěv u lékařů, přesto ale zůstal v České republice jako jeden z nejvyšších v Evropě. Potvrdilo se, že lidé u nás chodí k lékaři zbytečně často. Omezením počtu návštěv u lékaře došlo k ušetření finančních prostředků, které mohly být využity pro vážně nemocné pacienty. Klesl také počet dnů, strávených pacienty v nemocnici. Důsledek přinesl možnost zvýšení počtu hospitalizovaných osob. K lékařské péči se tak dostalo více občanů než v minulosti (**24**). Podle mého názoru se snížením počtu pacientů dostává více péče těm, kteří ji opravdu potřebují. Z toho by mělo vyplývat, že

se zdravotní péče zavedením regulačních poplatků zlepšuje. Hypotéza, týkající se zlepšení úrovně zdravotní péče v posledních pěti letech se ale nepotvrdila. Navíc někteří respondenti se zmínili, v polouzavřené otázce číslo 16, o nedostatku času věnovaném komunikaci mezi lékařem a pacientem. Důvodem může být rostoucí administrativa. Podle jiných otázek v dotazníku byla však většina dotazovaných spokojena s dobou, kterou jim lékař nebo nelékařský zdravotnický pracovník poskytuje. Zde tedy dochází k rozporu.

Ve výzkumu vyjádřila většina respondentů nespokojenost s čekacími lhůtami při objednání u specializovaných lékařů a s čekacími lhůtami na operační zákroky. Oproti tomu Janečková a Hnilicová ve své publikaci tvrdí, že v České republice, ve srovnání s některými zdravotnickými systémy vyspělých zemí, neexistují významnější čekací doby na diagnostické procedury typu CT vyšetření, mamografie a sonografie. Je zde i poukázáno na dostupnost kardiologie a kardiochirurgie. Také standardní ortopedická vyšetření se obejdou bez větších čekacích dob (**22**).

Jelikož se hypotéza číslo 1 *„Zdravotní péče v Jihočeském kraji je vnímána klienty zdravotnických zařízení pozitivně“* potvrdila, znamená to, že většina občanů je s péčí v Jihočeském kraji spokojena. Tomu nasvědčuje i výsledek projektu „Nemocnice České republiky 2009“, kde byla nemocnice v jihočeských Strakonicích, napříč oblastmi týkajícími se spokojenosti pacientů, spokojenosti zaměstnanců nemocnice a finanční kondice pro rok 2009, zvolena absolutním vítězem (**17**). Spokojenost také dokládá hodnocení anonymní ankety, uskutečněné nemocnicí v Českých Budějovicích, která probíhala mezi ambulantními a hospitalizovanými pacienty. V Budějovicích pacienti hodnotili otázky na stupnici 1 – 5 a nemocnice v anketě dostala v roce 2009 známku 1,02 (**35**).

6. Závěr

Diplomová práce se zabývala vnímáním zdravotní péče v Jihočeském kraji. Osloveni byli respondenti z řad široké veřejnosti.

Výzkum si kladl za cíl zmapovat spokojenost klientů se zdravotní péčí zdravotnických zařízení v Jihočeském kraji. Tento cíl byl v rámci hypotéz splněn.

Hypotéza číslo 1 *„Zdravotní péče v Jihočeském kraji je vnímána klienty zdravotnických zařízení pozitivně“* se potvrdila. Na otázku číslo 8, zda je oslovená osoba spokojena s kvalitou zdravotní péče v Jihočeském kraji, odpovědělo z celkového počtu 664 dotázaných 17,5 % (116) respondentů ano, 67,9 % (451) převážně ano, 13,3 % (88) převážně ne a 1,4 % (9) ne. I u ostatních otázek, týkajících se této hypotézy, vždy převážná většina zvolila pozitivní odpověď, kromě otázky číslo 22, která se týkala regulačních poplatků. S těmi 61,4 % respondentů nesouhlasilo. Neutrálně pak hodnotili i část otázky 26, kdy se 43,2 % respondentů vyjádřilo k informovanosti pacienta při zdravotní péči, na škále od jedné do pěti, číslem tři. Podobný výsledek přineslo i hodnocení množství financí ve zdravotnictví, kde stejné číslo 3 zvolilo 39,6 %. V části otázky číslo 28, týkající se čekací lhůty na operační zákroky, se kterou mělo zkušenosti 52 % (345) respondentů, ji pozitivně hodnotilo jen 30,7 % (106) z nich.

Hypotéza číslo 2 *„Ženy vnímají zdravotní péči v Jihočeském kraji kritičtěji než muži“* se také potvrdila. I když obě pohlaví vnímala zdravotní péči v Jihočeském kraji pozitivně, ženy ji vnímaly ve většině otázek kritičtěji a častěji volily negativní odpovědi. Nespokojeno nebo převážně nespokojeno se zdravotní péčí v Jihočeském kraji bylo v otázce číslo 8 16,3 % žen, zatímco mužů pouze 12,5 %. U ostatních otázek, týkajících se hodnocení, docházelo k obdobným výsledkům. Výjimkou byla otázka o spokojenosti s dobou, kterou respondentům věnuje lékař při poskytování zdravotní péče. Zde byli muži kritičtí v 15,2 % a ženy ve 14,7 %. Muži také častěji, v 65,2 %, nesouhlasili s regulačními poplatky ve zdravotnictví, ženy jen v 58,3 %. Poslední, negativněji hodnocenou oblastí u mužů, se staly čekací lhůty při objednání u praktického lékaře, kde nespokojenost vyjádřilo 38,7 % z nich a 34 % žen. U čekacích

lhůt, při objednání u specializovaných lékařů, došlo k nespokojenosti u 68,9 % mužů a 53,3 % žen. U čekacích lhůt na operační zákroky bylo nespokojeno 41,4 % mužů a 31,5 % žen.

Hypotéza číslo 3 *„Klienti zdravotnických zařízení v Jihočeském kraji sledují za posledních pět let zlepšení úrovně zdravotní péče“* se nepotvrdila. Většina respondentů (53 %) hodnotí vyvíjející se počet lékařů negativně. 61,4 % respondentů také nesouhlasí s regulačními poplatky za poskytování zdravotní péče. Vývoj čekacích lhůt má dle jejich názoru negativní tendenci. To znamená, že čekací lhůty se spíše prodlužují, v lepším případě jsou stejné. Hypotézu nepotvrzuje ani to, že 55,3 % respondentů nevidí žádnou změnu v chování k pacientovi v Jihočeském kraji v posledních pěti letech. Protože se tedy hypotéza číslo 3, týkající se vývoje zdravotní péče nepotvrdila, nabízí se myšlenka, zda se zdravotnictví rozvíjí správným směrem. Proto by bylo účelné věnovat této problematice hlubší pozornost.

Výsledky této práce bude možné dále publikovat v odborném tisku. Mohou sloužit jako inspirace pro pracovníky ve zdravotnictví nebo jako zlepšení některých oblastí v oboru. Mohou též přispět k informovanosti veřejnosti o zdravotní péči a zdravotnictví v Jihočeském kraji.

7. Klíčová slova

Povinnosti zdravotnického pracovníka

Práva pacienta

Zdravotničtí pracovníci

Zdravotnická zařízení

Zdravotní péče

8. Seznam použitých zdrojů

1. BOUŠKA, I., VONDRÁČEK, L. *Základy zdravotnického práva.* 1.vyd. Praha: Karolinum, 2004. 85 s. ISBN 80-246-0882-0.
2. BRŮHA, D., TOMEK, V. *Pracovní právo ve zdravotnictví a sociálních službách*. 1. vyd. Praha: ASPI, 2005. 212 s. ISBN 80-7357-093-9.
3. BURIÁNEK, J., MALINA, A. Pracovní spokojenost zdravotních sester: Stabilizace a pracovní podmínky zdravotnického personálu. *Zdravotnictví v České republice.* Září 2009, roč. 12, č. 3, s. 82-89. ISSN 1213-6050.
4. CABRNOCH, M., JULÍNEK, T., HROBON, P. *Zdravotní politika.* [online]. 2005. [cit. 2009-12-20]. Dostupné z: <http://www.cabrnoch.cz/media/zdravotnictvi_web.pdf>.
5. *CzechMed. Příručka pacienta: Průvodce pacientskými právy.* Praha: CzechMed, 2006. 18 s. ISBN neuvedeno.
6. Česká lékařská komora. *Úmluva o lidských právech a biomedicíně.* [online]. [cit. 2010-06-25]. Dostupné z: < http://www.lkcr.cz/document3.php?param=dokumenty_file,DOKUMENTY_FILE_ID,,TYPE,NAME,DATE_AKT&id=71382 >.
7. Česká rada dětí a mládeže. *Úmluva o právech dítěte.* [online]. [cit. 2010-06-20]. Dostupné z: < http://www.lkcr.cz/document3.php?param=dokumenty_file,DOKUMENTY_FILE_ID,,TYPE,NAME,DATE_AKT&id=71382 >.
8. Český statistický úřad. *Sčítání lidu 2001 - struktura obyvatelstva podle okresů, krajů, pohlaví a pětiletých věkových skupin.* [online]. 2003. [cit. 2009-7-7]. Dostupné z: < http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/publ/4109-03->.
9. Český statistický úřad. *Územní rozdíly v úrovni vzdělanosti obyvatelstva ČR.* [online]. 2003. [cit. 2009-7-7]. Dostupné z: < http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/F6002B5D08/$File/411303a4.pdf>.
10. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele.* 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 376 s. ISBN 80-246-0139-7.

11. DOBIÁŠOVÁ, K. a kol. *Průvodce systémem zdravotní péče České republiky.* [online]. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. 4. vyd. [cit. 2010-05-10]. Dostupné z: <http://www.cizinci.cz/files/clanky/98/Prirucka_zdravotni_pece_2004.pdf>.
12. EPojistovny.com. Seznam zdravotních pojišťoven. [online]. [cit. 2010-7-7]. Dostupné z: < http://epojistovny.com/seznam-zdravotnich-pojistoven>.
13. Encyklopedie zdravotní sestry. *Zdraví.* [online]. 2007. [cit. 2009-12-20]. Dostupné z: <http://sestra.org/Zdrav%C3%AD>.
14. FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši.* 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 256 s. ISBN 80-7178-367-6.
15. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas:. Proč a jak?* 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.
16. HÁVA, P., MAŠKOVÁ-HANUŠOVÁ, P. Zdravotní politika visegrádských zemí (2). *Zdravotnictví v České republice.* Červen 2009, roč. 12, č. 2, s. 70-78. ISSN 1213-6050.
17. HealthCare Institute. *Nemocnice České republiky 2009.* [online]. 2009. [cit. 2009-7-7]. Dostupné z: <http://www.hc-institute.org/userfiles/file/2009/souhrnna-zprava-nemocnice-cr-2009.pdf>.
18. HOLČÍK, J. Priority evropské zdravotní politiky. *Zdravotnictví v České republice.* Březen 2009, roč. 12, č. 1, s. 2-6. ISSN 1213-6050.
19. HOLČÍK, J., KAŇOVÁ, P., PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví (východiska, základní pojmy a perspektivy).* 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-417-8.
20. *Jakost ve zdravotnictví.* [online]. 2008, [cit. 2010-2-19]. Dostupné z: < http://www.aaqm.cz/jakost-ve-zdravotnictvi.html>.
21. JANÁČKOVÁ, L. – WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vydání. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
22. JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví.* 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

23. Joint Commission International, *Mezinárodní základy kvality a bezpečí ve zdravotnictví*. [online]. 2008, [cit. 2010-7-2]. Dostupné z: <http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/8-Akreditace-zdravotnickych-zarizeni.html>.
24. JULÍNEK, T. *Několik grafů dokazujících fungování regulačních poplatků* [online]. Praha: iDNES.cz, 2009, [cit. 2010-7-7]. Dostupné z: <http://julinek.blog.idnes.cz/c/77656/Nekolik-grafu-dokazujicich-fungovaniregulacnich-poplatku.html>
25. JULÍNEK, T. a kol. *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21*. století. [online]. Praha: Občanské sdružení Reforma zdravotnictví - forum.cz, 2005, [cit. 2009-12-10]. Dostupné z: <http://www.reformazdravotnictvi.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/CZ_publikace.pdf>.
26. KAHOUN, V. *Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly.* 1. vyd. Praha: TRITON, 2009. 448s. ISBN 978-80-7387-346-2.
27. KRÁLOVÁ, J., HANSMANOVÁ, L., PAPEŠ, Z. Preventivní strategie v přípravě lékařů. *Zdravotnictví v České republice.* Září 2009, roč. 12, č. 3, s. 102-106. ISSN 1213-6050.
28. KRŮTILOVÁ, V. Dopady regulačních poplatků na domácnosti: Regulační poplatky jako nový výdaj na zdraví pro české domácnosti. *Zdravotnictví v České republice.* Březen 2010, roč. 13, č. 1, s. 168-172. ISSN 1213-6050.
29. KUBEK, M. *Nedostatek lékařů v ČR již ohrožuje kvalitu zdravotní péče: Prezentace na schůzi Výboru pro zdravotnictví.* [online]. 2009, [cit. 2010-7-10]. Dostupné z: <http://umlaufoviny.com/www/res_publica/reportaze/zdravotnictvi/archiv/Kubek_nedostatek_lekaru_v_CR_ohrozuje_kvalitu_zdravotni_pece_PS_250209.pdf>.
30. Lékařské informační centrum ve spolupráci s agenturou INRES – SONES. *Výzkum názorů občanů ČR na problematiku zdravotnictví.* [online]. 2005, [cit. 2010-7-10]. Dostupné z: <http://www.help-lic.cz/vyzkumy/vyzkumy_view.asp?cookie=&zprava_view=20>.

31. MACH, J. a kol. *Zdravotnictví a právo.* 1. vyd. Praha: Orac, 2003. 352 s. ISBN 80-86199-50-9.
32. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Specializační vzdělávání.* [online]. 2010, [cit. 2010-06-23]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/specializacni-vzdelavani_1765_935_3.html>.
33. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Zdravotnické povolání a odborná výchova*. [online]. 2008, [cit. 2009-8-7]. Dostupné z: < http://legislativa.mzcr.cz/Pages/36-zdravotnicke-povolani-a-odborna-vychova.html>.
34. Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí.
35. Nemocnice České Budějovice. *Výroční zpráva 2009.* [online]. 2010, [cit. 2009-7-7]. Dostupné z: < http://www.nemcb.cz/_data/files/vz-09.pdf>.
36. Odbor 22. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Práva pacientů ČR.* [online]. 2005, [cit. 2009-12-19]. Dostupné z: < http://www.mpsv.cz/cs/840>.
37. Organisation for Economic Co-operation and Development. *OECD Health Data 2010: How Does the Czech Republic Compare*. [online]. 2010, [cit. 2009-8-7]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/dataoecd/42/43/40904906.pdf>.
38. PEŠEK, J. *Tvorba systému jakosti: ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 112 s. ISBN 80-274-0551-6.
39. RAITER, T., STEM/MARK. *Kvalita očima pacientů.* [online]. 2007, [cit. 2009-7-7]. Dostupné z: <http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/91-Kvalita-Ocima-Pacientu-2006---Zdravotnicka-zarizeni-primo-rizena-MZCR.html>.
40. ŠOLTÉS, L., PULLMANN, R. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky.* 1. vyd. Martin: Osveta, 2008. 258 s. ISBN 978-80-8063-287-8.
41. TUZA, T. Základní práva pacientů. *Pacientské listy.* Leden 2010, roč. neuveden, č. 1, s. 18-19. ISSN neuvedeno.
42. UHEREK, P. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků.* 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 184 s. ISBN 978-80-247-2658-8.

43. Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., usnesení předsednictva České národní rady ze dne 16. prosince 1992 o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku ČR, v platném znění.
44. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. *Aktuální informace č. 11/2010: Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR - EHIS CR: Spokojenost se zdravotní péčí.* [online]. 2010, [cit. 2010-7-2]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=his%20cr&region=100&kind=21&mnu_id=6200>.
45. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Aktuální informace č. 28/2009: Činnost praktických lékařů pro dospělé v roce 2008.* [online]. 2009, [cit. 2010-7-1]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=prakti&region=100&kind=21>.
46. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. *Aktuální informace č. 64/2009: Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR - EHIS CR: Ambulantní péče.* [online]. 2009, [cit. 2010-7-2]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=his%20cr&region=100&kind=21&mnu_id=6200>.
47. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti 2008.* [online]. 2010, [cit. 2010-7-1]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&mnu_id=5300>.
48. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. *Zdravotnická ročenka České republiky 2008.* [online]. 2009, [cit. 2010-7-7]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=ro%E8enk&region=100&mnu_id=5300>.
49. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotnická ročenka Jihočeského kraje 2008.* [online]. 2009, [cit. 2010-7-1]. Dostupné z: <www.uzis.cz/download_file.php?file=3655>.
50. Vláda České republiky. *Úmluva o právech dítěte*. [online]. 2009, [cit. 2009-12-20]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-

vlady/rlp/dokumenty/zpravy-plneni-mezin-umluv/umluva-o-pravech-ditete-42656/>.

51. VONDRÁČEK, L. DVOŘÁKOVÁ, V. *Pochybení a sankce při poskytování lékařské péče.* 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 76 s. ISBN 978-80-247-2181-1.
52. VONDRÁČEK, L. WIRTHOVÁ, V. *Právní minimum pro sestry.* 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.
53. VURM, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví.* 1.vyd. Praha: MANUS, 2004. 100 s. ISBN 80-86571-07-6.
54. VZP. *Regulační poplatky*. [online]. 2009, [cit. 2009-12-10]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Pages/784-jak-to-bude-od-1-dubna-2009-s-regulacnimi-poplatky.html>.
55. VZP. *Úpravy poplatků a doplatků platné od 1. 4. 2009*. [online]. 2009, [cit. 2009-12-10]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/Aktuality/novela-poplatky>.
56. WAN, T. T. H. *Analýza a vyhodnocování systému zdravotní péče: Integrovaný přístup k manažerskému rozhodování*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1995. 254 s. ISBN 80-7067-834-8.
57. Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, v platném znění.
58. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění.
59. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění.
60. Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, v platném znění.
61. Zákon č. 387/2007 Sb., o léčivech, v platném znění.
62. ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Inovované dodatky k vybraným kapitolám ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví.* 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2008. 82 s. ISBN 978-80-246-1569-1.

9. Přílohy

Příloha 1: Požadavky pacientů na služby zdravotnického zařízení

Příloha 2: Jednotlivé komponenty péče o pacienta ve zdravotnickém zařízení

Příloha 3: Počet registrovaných pacientů na 1 praktického lékaře pro dospělé v roce 2008

Příloha 4: Celkový přehled zdravotnických zařízení v Jihočeském kraji v roce 2008

Příloha 5: Příspěvek domácnosti na zdraví v letech 2007 a 2008

Příloha 6: Struktura výdajů na zdraví (v Kč na osobu a měsíc)

Příloha 7: Nárůst výdajů na zdraví a regulační poplatky v roce 2008 (průměr na osobu a měsíc v Kč)

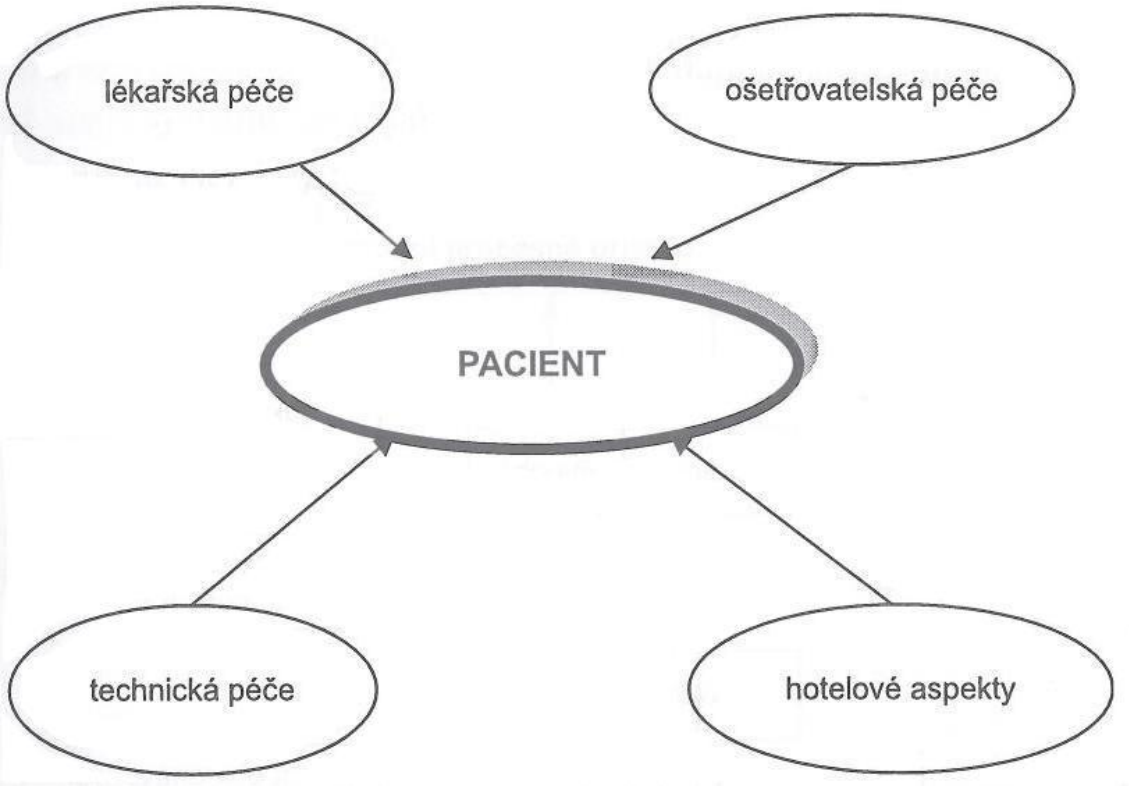
Příloha 8: Struktura regulačních poplatků v roce 2008

Příloha 9: Dotazník

Příloha 1: Požadavky pacientů na služby zdravotnického zařízení

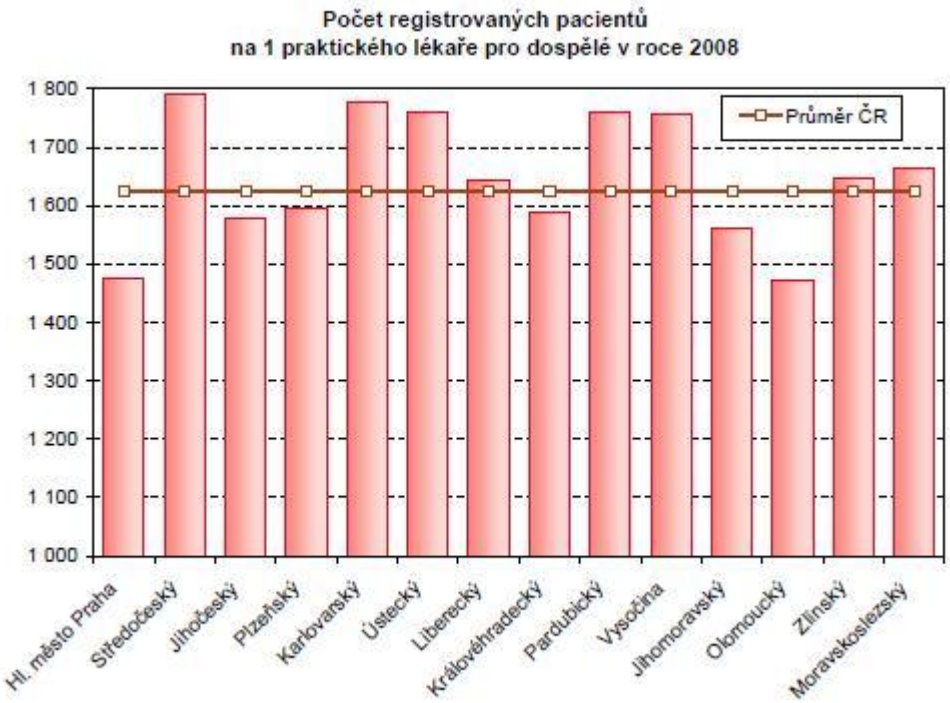
Zdroj: Jaromír Pešek

Příloha 2: Jednotlivé komponenty péče o pacienta ve zdravotnickém zařízení



Zdroj: Jaromír Pešek

Příloha 3: Počet registrovaných pacientů na 1 praktického lékaře pro dospělé v roce 2008



Zdroj: ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 28/2009

Příloha 4: Celkový přehled zdravotnických zařízení v Jihočeském kraji v roce 2008

3.1 Celkový přehled zdravotnických zařízení
General survey of health establishments

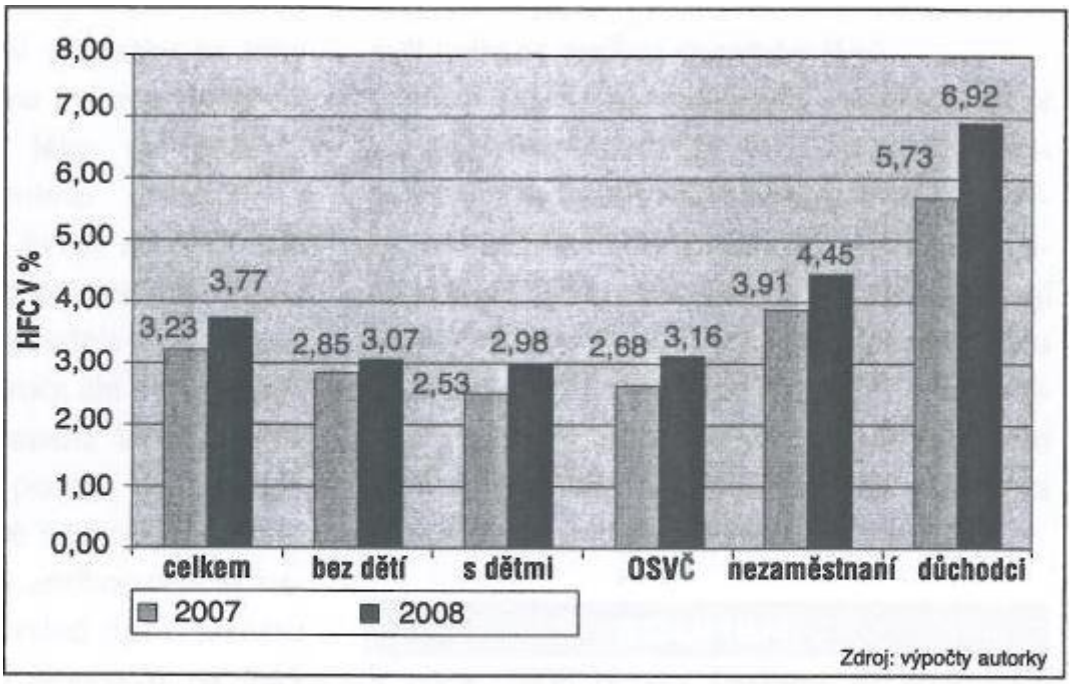
Druh zařízení *Type of establishment*	Počet zařízení *Establish-ments*	Lékaři [1] (přep. počet) *Physicians [1] (FTE)*	ZPBD (přep. počet) *PWPQ (FTE)*	Lůžka *Beds*	Místa *Places*
	Jihočeský kraj				
Nemocnice (lůžková a ambulantní část)	9	999,11	3 028,41	3 569	64
z toho nemocnice následné péče	1	13,00	37,90	80	-
Odborné léčebné ústavy	10	41,57	264,00	946	-
léčebny pro dlouhodobě nemocné	4	21,88	126,60	415	-
léčebny TBC a respir. nemocí pro dospělé	1	2,00	12,00	50	-
psychiatrické léčebny pro dospělé	2	10,33	48,80	173	-
rehabilitační ústavy pro dospělé	-	-	-	-	-
ostatní odborné léčebné ústavy pro dospělé	-	-	-	-	-
dětské psychiatrické léčebny	1	5,44	55,13	180	-
ostatní dětské odborné léčebné ústavy	-	-	-	-	-
ozdravovny	1	1,00	10,00	98	-
hospice	1	0,92	11,47	30	-
další lůžková zařízení	-	-	-	-	-
Lázeňské léčebny	5	17,06	52,44	1 469	-
lázeňské léčebny pro dospělé	5	17,06	52,44	1 469	-
dětské lázeňské léčebny	-	-	-	-	-
Samostatná ambulantní zařízení	1 465	1 309,06	1 872,16	x	-
polikliniky, sdružená ambulantní zařízení	14	71,69	107,16	x	-
zdravotnická střediska	4	18,00	23,00	x	-
primární péče - samostatné ordinace	823	849,37	892,10	x	-
praktického lékaře pro dospělé	290	291,50	283,29	x	-
praktického lékaře pro děti a dorost	128	129,05	119,24	x	-
zubního lékaře	323	351,21	396,95	x	-
ženského lékaře	82	77,61	92,62	x	-
samostatné ordinace lékaře specialisty	368	341,38	363,88	x	-
ostatní ambulantní zařízení	256	28,62	486,02	x	-
Zvláštní zdravotnická zařízení	20	92,88	254,34	x	149
kojenecké ústavy a dětské domovy	-	-	-	x	-
dětské stacionáře a dětská centra	-	-	-	x	-
jesle a další dětská zařízení	^	^	^	x	^
stacionáře pro dospělé	1	0,20	3,00	x	5
dopravní a záchranná zdravotnická služba	15	90,48	228,84	x	-
ostatní	2	2,20	4,00	x	9
Zařízení lékárenské péče	199	0,20	296,64	x	x
lékárny vč. odloučených odd. výdeje léčiv	182	-	277,47	x	x
výdejny zdravotnických prostředků [2]	17	0,20	19,17	x	x
ostatní	-	-	-	x	x
Orgány ochrany veřejného zdraví	2	2,00	21,00	x	x
Ostatní	4	3,15	3,25	x	x
Zdravotnická zařízení celkem	1 714	2 465,03	5 792,24	5 984	213

[1] Včetně zubních lékařů

[2] Včetně odloučených pracovišť

Zdroj: ÚZIS ČR, Zdravotnická ročenka Jihočeského kraje 2008

Příloha 5: Příspěvek domácnosti na zdraví v letech 2007 a 2008



Graf I: Příspěvek domácnosti na zdraví v letech 2007 a 2008

Zdroj: Veronika Krůtilová

Příloha 6: Struktura výdajů na zdraví (v Kč na osobu a měsíc)

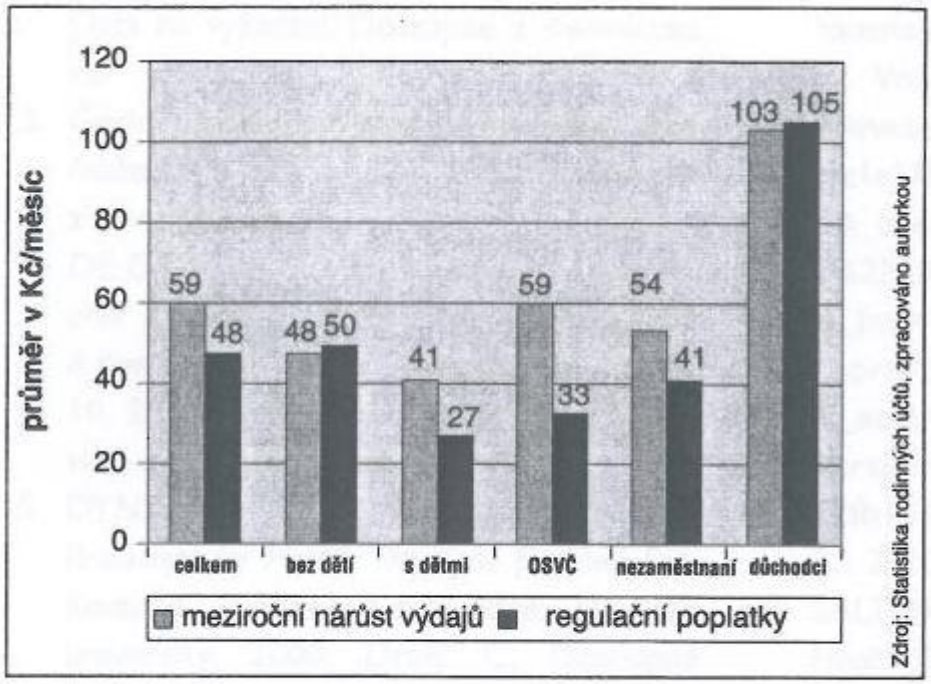
Tabulka 1: Struktura výdajů na zdraví (v Kč na osobu a měsíc)

Položka	domácnosti				OSVČ		nezaměstna-ných		důchodců bez EA členů	
	bez dětí		s dětmi							
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Výdaje na zdraví celkem	258	306	133	174	171	230	129	183	296	399
Léky předepsané lékařem	55	61	29	40	35	41	39	48	122	114
Regulační poplatky za léky	x	18	x	8	x	10	x	13	x	47
Léky bez receptu a další léčiva	80	76	48	45	59	57	41	43	91	83
Ostatní zdravotnické výrobky	5	5	3	4	4	4	2	2	4	3
Ortopedické a terapeutické pomůcky	51	48	22	25	24	30	17	23	32	37
Lékařská péče	13	15	11	11	17	15	7	3	5	6
Regulační poplatky u lékaře	x	16	x	11	x	12	x	14	x	27
Stomatologická péče	41	41	15	1	2	3	1	1	2	29
Regulační poplatky u stomatologa	x	5	x	3	x	3	x	3	x	6
Ambulantní zdravotní péče ostatní	3	5	2	3	3	4	1	5	4	4
Ústavní zdravotní péče	10	5	3	1	6	9	7	4	16	18
Regulační poplatky v lůžkových zařízeních	x	11	x	5	x	8	x	11	x	25

Zdroj: Statistika rodinných účtů 2007, 2008

Zdroj: Statistika rodinných účtů, in Veronika Krůtilová

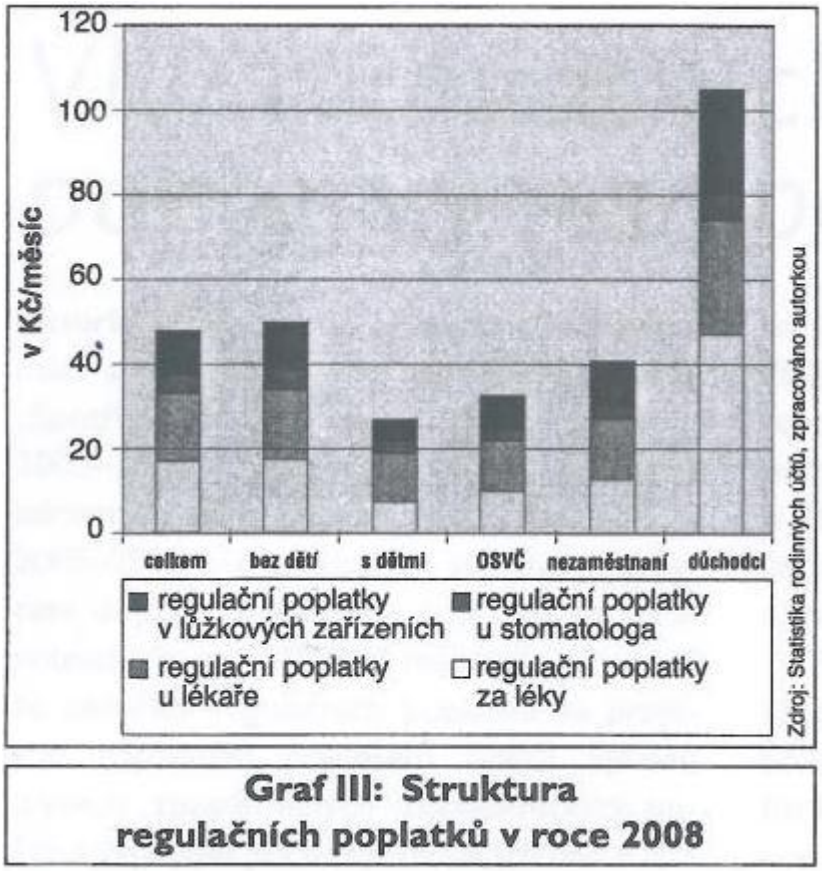
Příloha 7: Nárůst výdajů na zdraví a regulační poplatky v roce 2008 (průměr na osobu a měsíc v Kč)



Graf II: Nárůst výdajů na zdraví a regulační poplatky v roce 2008 (průměr na osobu a měsíc v Kč)

Zdroj: Statistika rodinných účtů, in Veronika Krůtilová

Příloha 8: Struktura regulačních poplatků v roce 2008



Graf III: Struktura regulačních poplatků v roce 2008

Zdroj: Statistika rodinných účtů, in Veronika Krůtilová

Příloha 9: Dotazník

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Edita Krátká a jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studia oboru Rehabilitační-psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Tento dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky budou použity pouze ke zpracování mé diplomové práce na téma „Vnímání zdravotní péče v Jihočeském kraji".

Prosím, přečtěte si otázky a u každé zakroužkujte jednu vámi zvolenou odpověď (není-li uvedeno jinak).

1. Pohlaví:
   a) Žena
   b) Muž

2. Věk:
   a) 18-29 let
   b) 30-39 let
   c) 40-49 let
   d) 50-59 let
   e) 60 let a více

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:
   a) základní
   b) vyučen/a
   c) vyučen/a s maturitou
   d) středoškolské
   e) vyšší odborné
   f) vysokoškolské

4. Navštěvujete zdravotnická zařízení v Jihočeském kraji?
   a) Ano.
   b) Ne.

Jestliže jste zvolili odpověď a), prosím, vyplňte následující otázku.

5. Jak často navštěvujete zdravotnická zařízení v Jihočeském kraji?
   a) Každý týden.
   b) Každý měsíc.
   c) Jen několikrát do roka.
   d) Výjimečně.

6. Navštěvujete zdravotnická zařízení v jiném kraji než Jihočeském?
   a) Ano.
   b) Ne.

7. Jak daleko od Vašeho bydliště se nachází nejbližší ordinace praktického lékaře?
   a) Je přímo v obci mého trvalého bydliště.
   b) Dojíždím maximálně 10 km.
   c) Dojíždím více než 10 km.

8. Jste spokojen/a s kvalitou zdravotní péče v Jihočeském kraji?
   a) Ano.
   b) Převážně ano.
   c) Převážně ne.
   d) Ne.

9. Jste spokojen/a s dobou, kterou Vám věnuje lékař při poskytování zdravotní péče v Jihočeském kraji?
   a) Ano.
   b) Převážně ano.
   c) Převážně ne.
   d) Ne.

10. Jste spokojen/a s dobou, kterou Vám věnuje nelékařský zdravotnický pracovník (zdravotní sestra, rehabilitační pracovník,…) při poskytování zdravotní péče v Jihočeském kraji?
   a) Ano.
   b) Převážně ano.
   c) Převážně ne.
   d) Ne.

11. Myslíte si, že je v dnešní době v Jihočeském kraji dostatek lékařů?
   a) Lékařů je nadbytečné množství.
   b) Počet lékařů odpovídá potřebám.
   c) Lékařů je nedostatek.

12. Podle Vašeho mínění v posledních pěti letech v Jihočeském kraji počet lékařů:
   a) se zvýšil
   b) je stále stejný
   c) se snížil

13. Tuto tendenci vnímáte jako:
    (tendencí je myšlen vývoj počtu lékařů, který jste označil/a v předchozí otázce)
    a) pozitivní
    b) negativní

14. Vyhovuje Vám chování praktického lékaře v Jihočeském kraji k Vaší osobě?
    a) Ano.
    b) Převážně ano.
    c) Převážně ne.
    d) Ne.

15. Vyhovuje Vám chování odborných lékařů (stomatolog, gynekolog,…) v Jihočeském kraji k Vaší osobě?
    a) Ano.
    b) Převážně ano.
    c) Převážně ne.
    d) Ne.

16. Změnil/a byste něco na chování lékařů v Jihočeském kraji? *(napište vlastními slovy)*
    a) Ano. *(napište vlastními slovy co)*……
    ……
    ……
    b) Ne.

17. Vyhovuje Vám chování nelékařských zdravotnických pracovníků v Jihočeském kraji (zdravotní sestra, rehabilitační pracovník,…) k Vaší osobě?
    a) Ano.
    b) Převážně ano.
    c) Převážně ne.
    d) Ne.

18. Myslíte si, že odbornost lékařů v Jihočeském kraji je dostatečná?
    a) Ano.
    b) Převážně ano.
    c) Převážně ne.
    d) Ne.

19. Myslíte si, že odbornost nelékařských zdravotnických pracovníků (zdravotní sestra, rehabilitační pracovník,…) v Jihočeském kraji je dostatečná?
    a) Ano.
    b) Převážně ano.
    c) Převážně ne.
    d) Ne.

20. Jste spokojen s přístrojovým vybavením ve zdravotnických zařízeních v Jihočeském kraji?
    a) Ano.
    b) Převážně ano.
    c) Převážně ne.
    d) Ne.

21. Myslíte si, že se vybavenost ordinací v Jihočeském kraji v posledních pěti letech:
    a) zlepšuje
    b) je na stejné úrovni
    c) zhoršuje
    d) nevím

22. Jaký názor máte na regulační poplatky ve zdravotnictví?
    a) Souhlasím s nimi.
    b) Nesouhlasím s nimi.
    c) Doporučuji tyto změny týkající se regulačních poplatků *(doplňte)*:
       ……
       ……
       ……

23. Myslíte si, že regulační poplatky ve zdravotnictví změnily kvalitu zdravotní péče v Jihočeském kraji?
    a) Ano.
    b) Ne.
    c) Nevím.

24. Myslíte si, že chování lékařů k pacientovi v Jihočeském kraji v posledních pěti letech:
    a) se zlepšuje
    b) je stále stejné
    c) se zhoršuje
    d) nevím

25. Myslíte si, že finance vyčleněné na zdravotní péči v Jihočeském kraji ovlivňují její kvalitu?
    a) Ano.
    b) Ne.
    c) Nevím.

26. Bodově ohodnoťte od 1 do 5 jednotlivé složky zdravotní péče v Jihočeském kraji, přičemž hodnocení je jako ve škole (1= nejlépe hodnotím, 5= nejhůře hodnotím).

Informovanost pacienta při zdravotní péči 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Vybavenost zdravotnických zařízení 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Odbornost lékařů 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Odbornost nelékařských zdravotnických pracovníků
(zdravotní sestra, rehabilitační pracovník,…) 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Chování lékařů k pacientovi 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Chování nelékařských zdravotnických pracovníků
(zdravotní sestra, rehabilitační pracovník,…) k pacientovi 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Množství financí ve zdravotnictví 1 - 2 - 3 - 4 - 5

27. Změnil/a jste někdy svého praktického lékaře v Jihočeském kraji z důvodu nespokojenosti s kvalitou zdravotní péče?
    a) Ano. (napište kolikrát…..)
    b) Ne.

28. Jste v Jihočeském kraji spokojen/a s:

	ano	ne	nevím
Čekací lhůtou při objednání u praktického lékaře			
Čekací lhůtou při objednání u specializovaných lékařů (stomatolog, gynekolog,…)			
Čekací lhůtou na operační zákroky			

29. Ohodnoťte vývoj v Jihočeském kraji v posledních pěti letech:

	se prodlužuje	je stále stejná	se zkracuje	nevím
Čekací lhůta při objednání u praktického lékaře				
Čekací lhůta při objednání u specializovaných lékařů (stomatolog, gynekolog,…)				
Čekací lhůta na operační zákroky				

Děkuji za vyplnění dotazníku