

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1 . LÉKAŘSKÁ FAKULTA

**Univerzita Karlova v Praze**

**1 . lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



**Jana Sovová**

Spokojenost sester se současným stavem českého zdravotnictví

*Nurses Satisfaction with the Current Situation in the Czech Healthcare System*

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Eva Prošková

Praha, 2014

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne 8. 12. 2014

.....

## Identifikační záznam

SOVOVÁ, Jana. [Spokojenost sester se současným stavem českého zdravotnictví.](#) [*Nurses Satisfaction with the Current Situation in the Czech Healthcare System*]. Praha, 2014. 46 str. 1 příl. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí závěrečné práce Prošková, Eva.

### **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. et Mgr. Evě Proškové za odborné vedení, cenné rady a pomoc při zpracování této práce.

## **Anotace**

Cílem této práce je zjistit, jestli jsou všeobecné sestry spokojené se systémem poskytování zdravotní péče v ČR, jak hodnotí kvalitu poskytované péče, vybraná reformní opatření a jak se jejich hodnocení odlišuje od hodnocení laické veřejnosti. Data ke zjištění zmíněných otázek byla sebrána formou kvantitativního výzkumného šetření, konkrétně pomocí elektronických a papírových dotazníků. Následně byly výsledky tohoto šetření porovnány s výsledky šetření na stejné téma mezi občany ČR. Výzkum mezi veřejností každoročně probíhá v rámci výzkumu Naše společnost realizovaném Centrem pro výzkum veřejného mínění. Provedeným výzkumem bylo zjištěno, že všeobecné sestry jsou ve svém hodnocení velmi kritické, hodnotí systém poskytování zdravotní péče i její kvalitu záporněji než veřejnost a k většině reformních opatření se staví spíše odmítavě.

**Klíčová slova:** Zdravotnictví, zdravotní péče, kvalita, spokojenost, reformní opatření, všeobecná sestra

## **Annotation**

The aim of this work is to determine if nurses are satisfied with the healthcare system in the Czech Republic, how they evaluate the healthcare quality, selected reform measures and how their evaluation differs from the general public's evaluation. Research data were collected through quantitative research methods, specifically through online and paper questionnaires. The obtained data were compared with the data from the survey concerning the same topic among the Czech citizens. This survey among the public is part of the research project called Our Society carried out annually by the Public Opinion Research Center. We found that the nurses evaluated the healthcare system very critically. In comparison with the public opinion, their evaluation of the healthcare quality is more negative and they disapprove of the majority of the reform measures.

**Keywords:** public health , health care, quality, satisfaction, reform measures, nurse



# Obsah

Úvod	9
I Teoretická část	10
1 Zdravotní politika	10
2 Zdravotní systém	11
3 Dotazované oblasti zdravotnictví	12
3.1 Kvalita zdravotní péče	13
3.2 Zdravotní pojištění v ČR	14
3.3 Zdravotnictví a vztah k EU	17
3.4 Financování zdravotní péče	17
3.5 Dostupnost zdravotní péče	19
3.6 Regulace poskytování zdravotní péče	21
3.7 Hospodaření v oblasti léků	23
3.8 Kontrola fungování zdravotních pojišťoven	24
3.9 Vztah lékař / pacient	24
II Empirická část	26
4 Úvodní slovo	26
4.1 Cíle a hypotézy empirického šetření	26
4.2 Charakteristika výzkumného vzorku	26
4.3 Metodika empirického šetření	28
4.4 Průběh empirického šetření	28
4.5 Vyhodnocení empirického šetření	29
5 Diskuze	41
Závěr	46
Použitá literatura	47
Seznam použitých zkratk	51
Seznam tabulek a grafů	52
Seznam příloh	53



## Úvod

Ve zdravotnictví pracuji jako všeobecná sestra osm let, za tuto dobu jsem slyšela o stavu českého zdravotnictví nespočet poznámek a komentářů, kritik i slov pochvaly, a to z úst svých pacientů, kolegů, rodiny i přátel. Zdravotnictví je sféra, která se bezprostředně dotýká každého z nás, a proto je společností velmi bedlivě a kriticky sledována. Prvky, jako je například kvalita poskytované péče a s ní související spokojenost pacientů, bývají předmětem každoročních anket a průzkumů, což tomuto tématu zajišťuje stálou aktuálnost. Zatímco výsledky hodnocení společnosti, pacientů a laiků jsou díky zmíněným anketám a šetřením dobře dohledatelné, samotná hodnocení zdravotnickými pracovníky jsou neznámá. Tato skutečnost mě zaujala natolik, že jsem se rozhodla věnovat se jí ve své bakalářské práci.

Pro zdravotníka je zdravotnictví zdrojem vzdělání, práce, ekonomického zabezpečení a každodenní rutinou. Zdravotník, konkrétně všeobecná sestra, je očitým svědkem a přímým účastníkem poskytování zdravotní péče pacientovi, bývá prostředníkem mezi pacientem a lékařem a denně komunikuje s nemocnými a jejich blízkými. Díky svému vzdělání a zkušenostem si získává statut odborníka. Proto předpokládám, že sestra bude pravděpodobně ze svého pohledu hodnotit zdravotnictví jinak než její pacient. Hlavním cílem této práce je dále zjistit, jak všeobecné sestry hodnotí zdravotnický systém v ČR a jakým způsobem se jejich hodnocení liší od hodnocení společnosti. Práce sama je pak zaměřena především na systém poskytování zdravotní péče. Celkový pohled na hodnocení zdravotnictví je sám o sobě pojem tak široký, že by bylo nemožné obsáhnout ho v rámci této práce, proto jsem se rozhodla věnovat se tomuto konkrétnímu okruhu.

K dosažení mého cíle mě inspiroval a značně mi pomohl výzkumný projekt Centra pro výzkum veřejného mínění, Naše společnost. Ten mi byl nejen zdrojem inspirací při tvorbě otázek pro dotazníkové šetření, ale zároveň pramenem již verifikovaných dat k výslednému porovnání smýšlení sester a laiků v empirické části. Při tvorbě teoretické části, která má za úkol stručně načrtnout systém poskytování zdravotní péče v ČR, jsem nejvíce využívala knihu *Management ve zdravotnictví* od Ing. Gladkého. Dalším výrazným pomocníkem při zpracování této práce mi byly publikace autorky Durdisové, *Ekonomika zdraví a Úvod do teorie zdravotní politiky*. Všechny tyto publikace nabízejí velice ucelený přehled vlastností zdravotnického systému v České republice.

# I Teoretická část

Úkolem teoretické části je nejprve definovat základní pojmy a dále pak nastínit základní obraz zdravotní politiky a systému poskytování zdravotní péče v České republice. Podstatnou součástí teoretického celku je také popis tematických okruhů, které jsou v praktické části předmětem otázek v dotazníku předloženém všeobecným sestrám.

## 1 Zdravotní politika

Politika je výraz pocházející z řečtiny (polis – město, politiké – správa obce), který se obvykle používá k označení činností spojených s vládnutím, s hledáním společenské rovnováhy, řízením státu a jeho institucí. Politickým prostředkem je obvykle moc, kterou lze získat demokratickým způsobem, ale bohužel i diktaturou a násilím. Politika může mít celou řadu směrů, jimiž se může ubírat, např. hospodářství, bezpečnost, životní prostředí či sociální sféra. (Dočekalová, 2010)

Předmětem zájmu této práce je politika zdravotní, která je součástí veřejné sociální politiky. *„Zdravotní politika představuje souhrn politických aktivit, které mají vliv na zdraví, kvalitu života lidí a společenských skupin. Obsahuje směry činností, jež působí na řadu institucí, služeb a podpůrných zařízení, na způsoby úhrady systému zdravotní péče.“* (Gladkij, 2003, str. 11) To znamená, že zdravotní politika svým socioekonomickým působením určuje, jaký bude systém poskytování zdravotní péče v daném státě, čímž ovlivňuje nejen společenské podmínky, ale i celkový zdravotní stav obyvatelstva.

První zmínky o politických zdravotnických opatřeních je možné nalézt již ve středověku, avšak rozvoj zdravotní politiky v dnešní podobě přišel až v období po druhé světové válce. V této době bylo třeba zlepšit kritický zdravotní stav obyvatelstva. Výjimku tvořil bývalý Sovětský svaz, kde byl již ve dvacátých letech dvacátého století zaveden na tehdejší dobu velice pokročilý a ucelený zdravotnický systém, pojmenovaný podle tehdejšího ministra zdravotnictví Semaška. Semaškův model zdravotnictví se v totalitních státech včetně tehdejšího Československa udržel až do rozpadu Sovětského svazu. Po stabilizaci poválečného zdravotního stavu obyvatel však s rozmachem medicínských technologií přicházely další nové problémy. Především v podobě civilizačních onemocnění, drogových závislostí či AIDS. V současnosti se zdravotní politika po celém světě potýká s rostoucími náklady na zdravotní péči. Důvodem je stárnutí populace, neustálý nárůst chronických onemocnění při neustávajícím technickém vývoji nových a drahých medicínských technologií, které ještě více umocňují očekávání veřejnosti. (Gladkij, 2003)

Všeobecně je v soudobé zdravotní politice významným trendem řešit zejména otázky ohledně zdravotního stavu společnosti, priorit v péči o zdraví, vztahů mezi prevencí a kurativou, financování zdravotní péče, pojištění a zdravotní odpovědnosti občanů. (Gladkij, 2003) Každá země má svoji charakteristickou zdravotní politiku. Způsob řešení

specifických problémů se může lišit, ale snaha o zachování základních cílů v podobě vysoké kvality zdravotní péče, rovnocenné dostupnosti a hospodárnosti by měla být samozřejmá. K dosažení těchto nelehkých záměrů má zdravotnictví k dispozici systém zákonů, norem a standardů, instituce, finanční prostředky a kvalifikované pracovníky. (Durdisová, 2001)

## **2 Zdravotní systém**

*„Systém je agregací podobných nebo alespoň vzájemně souvisejících jevů, věcí, procesů a souboru pravidel pro jejich fungování“.* (1968) Takto definuje výraz „systém“ Ludwig von Bertalanffy, vídeňský profesor a zakladatel Společnosti pro obecný rozvoj teorie systémů. Teorie systémů je samostatná vědní disciplína, jejíchž poznatků se využívá při řešení nejrůznějších interdisciplinárních problémů. Každý systém se vyznačuje svými charakteristickými znaky, mezi ty obecné patří zejména tyto:

- Systém se skládá z určité množiny prvků, prvky jsou části, na které je možné systém dělit.
- Systém je možné členit na subsystémy a každý systém je součástí vyššího systému
- Systém má svoji dynamiku, neustále reaguje na okolí, se kterým je propojen
- Systém vyjadřuje vztahy mezi prvky
- Systém může existovat samostatně, bez vztahu k jinému systému (Gladkij, 2003)

Zdravotnický systém je systémem významně specifickým. Od běžných průmyslových či hospodářských podniků se odlišuje řadou znaků. Je řazen do megasystému socioekonomického a kulturně-politického uspořádání společnosti, konkrétně je subsystémem systému péče o zdraví. *„Systém péče o zdraví je souhrn všech aktivit, které společnost vykonává k prevenci, léčení nemocí, zachování a rozvoji fyzické a duševní zdatnosti, pracovní schopnosti, prodloužení života a zabezpečení zdravého vývoje nových generací.“* (Gladkij, 2003, str. 26)

Z organizačního pohledu je možné charakterizovat zdravotnický systém jako souhrn zdravotnických zařízení a institucí s vymezenými kompetencemi, s vertikálním a horizontálním systémem vazeb. (Gladkij, 2003) Každé státní zřízení má svůj originální systém péče o zdraví svých občanů, který je možné charakterizovat dle určitých vlastností a znaků. Mezi vlastnosti určující typ zdravotnického systému patří především:

- Strategie v prevenci, rozvíjení a ochraně zdraví.
- Dostupnost zdravotní péče pro obyvatelstvo (časová, místní, finanční)
- Způsob financování zdravotní péče.
- Podíl státu na řízení a vlastnictví zdravotnických zařízení.

- Vztahy mezi účastníky procesu poskytování zdravotní péče. (Pojišťovny a jejich pojištěnci – spotřebitelé péče/pacienti, stát, provozovatelé zdravotnických zařízení, zaměstnavatelé, profesní a odborové organizace dodavatelé léků, výchovné a výzkumné instituce.  
Všechny tyto prvky jsou spolu vzájemně spjaty.

Jak již bylo zmíněno, je zdravotnický systém jedinečný nejen díky výše uvedeným specifikům, ale oproti jiným systémům vykazuje i tyto odlišnosti:

- Hodnocení a měření výsledků kurativní a preventivní činnosti je velmi obtížné díky nevyhovující definici pojmu "zdraví".
- Reálná spotřeba zdravotní péče se špatně zjišťuje a neustále se mění.
- Spotřeba péče u týchž chorob je značně individuální.
- Velká část činností ve zdravotnictví má neodkladný charakter.
- Práce klade vysoké nároky na přesnost a spolehlivost.
- Pracovní aktivity jsou velmi specializované.
- Pacienti ve většině případů nejsou díky neznalosti schopni posoudit účelnost a užitečnost léčby.
- Výsledky léčby řady nemocí i přes vysokou profesionalitu zdravotníků nemusí být úspěšné (AIDS, nádorová onemocnění).
- Existence dvojí podřízenosti některých pracovníků (koordinační problémy).
- Poruchy ve fungování systému jsou společností bedlivě hlídány a citlivě vnímány. (Gladkij, 2003)

Systémové pojetí péče o zdraví je stále aktuálním tématem odborných a politických diskuzí, obzvláště díky snahám o proklamované zdravotní reformy. Navzdory všem pokusům o více či méně úspěšné reformy zdravotnictví zůstává systém péče o zdraví v České republice založen na těchto principech:

- Financování s převažujícím podílem veřejného zdravotního pojištění
- Vysoký podíl samosprávy
- Svobodná volba lékaře
- Volba zdravotnického zařízení a pojišťovny
- Ekvita v dostupnosti zdravotní péče

### **3 Dotazované oblasti zdravotnictví**

Následující kapitoly mají za úkol osvětlit problematiku, která je obsahem dotazníkového šetření. Spokojenost či případná nespokojenost s těmito významnými dimenzemi zdravotnického systému má vypovídající hodnotu o tom, jak společnost hodnotí české zdravotnictví.

### 3 . 1 Kvalita zdravotní péče

Za původce slova „kvalita“ je označován starořecký filozof Aristoteles, který při hledání odpovědi na otázku „Jaký?“ užíval latinské tázací zájmeno „Qualis?“. Z tohoto slova je v českém jazyce „kvalita“ dovozena. Jako synonymum výrazu kvalita bývá uváděna např. jakost či hodnota. (Salavcová, 2011) Tento pojem, který nabývá smyslu pouze ve spojení s dalším pojmem (vždy mluvíme o kvalitě něčeho, nějakého konkrétního předmětu, subjektu, služby), lze definovat dle mnoha autorů. Joseph M. Juran definuje kvalitu jako způsobilost k užití<sup>1</sup> (1998, str. 56), Philip B. Crosby jako soulad s požadavky<sup>2</sup> (1997, str. 21), Norma ISO 9001 formuluje kvalitu jako „*stupeň splnění požadavků souborem obsažených znaků.*“ (Managementmania, 2013) Obecně lze říci, že tento výraz vyjadřuje lidmi žádané a očekávané či normou povinné pozitivní vlastnosti výrobku nebo služby.

Pojem kvalita zdravotnictví byl definován mnoha subjekty. Například WHO tento pojem definuje jako „*souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, které jsou určeny potřebami obyvatelstva na základě poznatků lékařských věd a praxe.*“ (1966) Později Světová zdravotnická organizace označuje koncept kvality zdravotnictví za „*stupeň dokonalosti poskytované péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje.*“ (1982) Gladkij nabízí komplexnější definici, když uvádí, že kvalita zdravotní péče může být definovaná jako „*stupeň, v němž péče poskytovaná zdravotnickými institucemi jednotlivcům nebo specifickým populacím zvyšuje pravděpodobnost žádoucích zdravotních výsledků, je konzistentní se současnými odbornými znalostmi a současně přináší spokojenost pacientů i zdravotnických pracovníků.*“ (2003, str. 292) Kvalitní zdravotní péče by se měla vyznačovat přítomností charakteristických prvků, jakými jsou: účinnost, dostupnost a včasnost, bezpečnost, soustavnost a návaznost, měla by být přiměřená zdravotnímu stavu pacienta a být pro něj přijatelná. V neposlední řadě nelze opomenout nutnost ekonomické efektivnosti a racionality. (Janečková, 2009)

Kvalita zdravotní péče není sama o sobě dána, je třeba ji systematicky a explicitně sledovat, aby byla dosažena její standardní úroveň, kterou je třeba následně zajišťovat a průběžně zvyšovat. (Janečková, 2009) Ke kontrole a zvyšování kvality jsou k dispozici tři základní druhy intervencí:

- Prevence nesprávných postupů: Tvorba standardů kvality v jednotlivých

---

1

Z AJ Fitness for use

2

Z AJ Conformance to requirements

medicínských oborech, udělování licencí a registrací zdravotnickým zařízením a pracovníkům a v neposlední řadě akreditace zdravotnických zařízení.

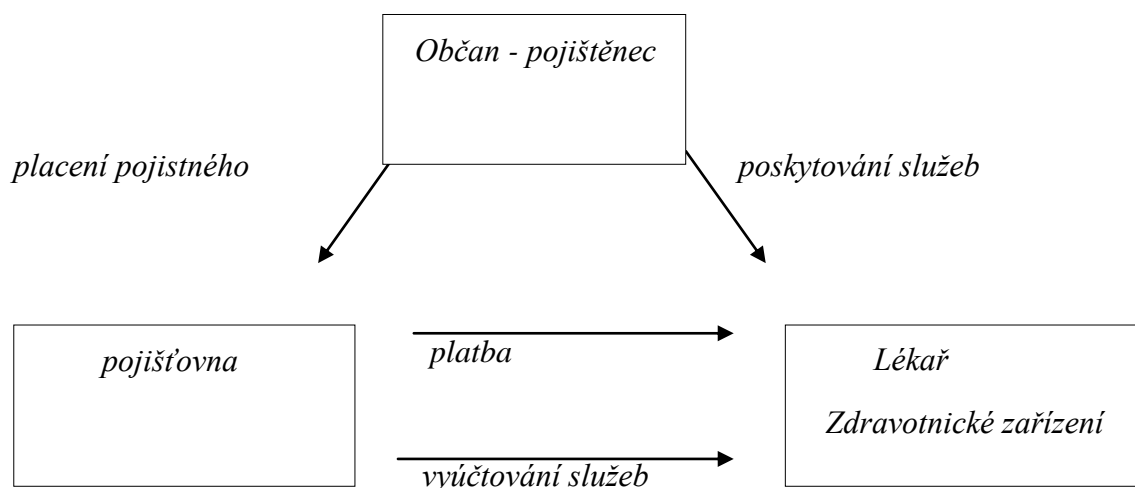
- Hledání a identifikace pochybení: Soustavná kontrola pracovních postupů a následných výsledků zdravotní péče. Velmi populární metodou identifikace pochybení je v současnosti klinický audit, což je systematická a pravidelná kontrola procesů a výsledků léčebné péče na určitém oddělení či v nemocnici, který může mít jak interní, tak externí formu. (Janečková, 2009)
- Odstraňování zjištěných chyb a nesprávných postupů. Nápravu by měla zajistit pravidelná povinná školení, doplnění znalostí v oboru, práce pod dohledem. Je zde i možnost omezení kompetencí a v případě závažných chyb potrestání sankčním postihem až výpovědí z práce.

Trend sledování a zvyšování kvality zdravotní péče také vyplývá z řady doporučení WHO i Rady Evropské unie. Hlavním příkladem může být dokument Lublaňská charta o reformě zdravotní péče nebo současný strategický program WHO „Zdraví pro všechny v 21. století“. V České republice je otázka sledování kvality řešena Zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a jejich poskytování, konkrétně vyhláškou č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, která nabyla účinnosti 1. dubna 2012.

### **3. 2 Zdravotní pojištění v ČR**

Listina základních práv a svobod, která je zakotvena i v Ústavě ČR, zaručuje každému člověku právo na bezplatnou zdravotní péči za podmínek stanovených zákonem. Tento příslib je v našem státě plněn povinným zdravotním pojištěním, které stanovuje Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Tento zákon definuje nejen přesný rozsah hrazené zdravotní péče, ale i práva a povinnosti plátců a pojištěnců nebo působnost zdravotních pojišťoven.

Na základě zdravotního pojištění je pojištěncům hrazena zdravotní péče poskytnutá za účelem zlepšit zdravotní stav či zmírnit utrpení. Povinnost být pojištěn se vztahuje na všechny osoby mající trvalý pobyt na území České republiky, nebo jsou zaměstnány u zaměstnavatele, jehož sídlo se nachází v našem státě. Lze tedy říci, že zdravotní pojištění vzniká narozením, nástupem do zaměstnání či získáním povolení k pobytu. Plátcem pojistného je pojištěnec, zaměstnavatel a stát. (Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů)



### Schéma vztahů ve zdravotním pojištění

**Zdroj: Nahodil, F. (2009), s. 93.**

Výše pojistného je stanovena na 13,5 % z vyměřovacího mzdového základu. O tuto část se dělí zaměstnavatel se svým zaměstnancem, jedna třetina je sražena ze zaměstnancova platu a zbývající dvě třetiny hradí zaměstnavatel ze svých prostředků. Osoby samostatně výdělečně činné a osoby bez zdanitelných příjmů odvádí pojistné samostatně, takovým způsobem a v takové výši, jaké stanovuje zákon, konkrétně Zákon č. 592/1992 Sb., České národní rady o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění. Za nemalou část obyvatelstva je plátcem pojistného stát. Jedná se zejména o nezaopatřené děti, poživatele důchodů, ženy na mateřské nebo rodičovské dovolené, osoby pečující celodenně a osobně alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku, příjemce rodičovského příspěvku, uchazeče o zaměstnání, osoby pobírající dávky sociální péče z důvodu sociální potřeby, osoby převážně nebo úplně bezmocné a osoby o ně pečující, osoby pečující o dlouhodobě těžce zdravotně postižené děti nebo částečně bezmocné rodinné příslušníky starší 80 let, osoby ve vazbě nebo výkonu trestu, mladistvé umístěné ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy. (Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů).

Samostatnou kapitolu tvoří osoby, jež nepodléhají povinnému veřejnému zdravotnímu pojištění. Jedná se především o cizince, kteří v ČR pobývají dočasně jako turisté, studující studenty nebo např. pracující na živnostenský list. Zde je třeba rozlišit, zda se jedná o osobu z členského státu EU, či nikoliv. Osoby z členských států jsou členy pojišťovacího systému domovské země. Po prokázání se evropským průkazem zdravotního pojištění je v případě potřeby lékařského ošetření (ve státech EU) těmto lidem poskytnuta lékařská péče (včetně proplacení případných nákladů) za stejných podmínek jako obyvatelům země,

ve které se nachází. Je-li tedy pro obyvatele dané země např. pohotovostní ošetření zdarma, bude bezplatné i pro cizince. Je třeba zdůraznit, že se jedná o péči neplánovanou a nezbytnou, nikoliv veškerou. (Europa.eu, 2013) Osoby, které přichází z nečlenských států, by při cestě do ČR měly uzavřít komerční zdravotní pojištění, pokud ho nemají, je úhrada za poskytnutou zdravotní péči vymáhána poskytovatelem.

Vybrané pojistné je shromážděno na speciálním fondu a následně je, podle Zákona č. 592/1992 Sb., České národní rady o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, přerozděleno. Tím pádem nezáleží na tom, jakou sumou kdo do systému přispěl. Princip přerozdělování finančních prostředků je založen na solidaritě zdravých s nemocnými a bohatých s chudými. Přerozdělování je prováděno jednak podle nákladovosti věkových skupin a pohlaví, jednak podle pojištěnců, jejichž léčba je velmi drahá. (VZP, 2014) Celkové výdaje na zdravotnictví představovaly v letech 2010–2013 průměrně 7, 5% HDP. (Obr. 1) Konkrétní suma se v roce 2013 vyšplhala na cca 290 943 mil. Kč. Podíl zdravotních pojišťoven na financování zdravotnictví činil 79,0 %, soukromé výdaje představovaly celkem 15,3 % z celkových výdajů na zdravotnictví. V přepočtu na 1 obyvatele bylo celkem ve zdravotnictví vynaloženo 27 681 Kč, z toho náklady z veřejného zdravotního pojištění činily 22 095 Kč. (předběžné údaje, ÚZIS, 2014)

Rok	Výdaje v milionech Kč			Výdaje na 1 obyv. v Kč	Podíl výdajů na HDP <sup>3)</sup> v %
	celkem	v tom			
		veřejné <sup>1)</sup>	soukromé <sup>2)</sup>		
1995	102 664	93 309	9 355	9 938	6,69
2000	146 835	132 962	13 873	14 294	6,47
2005	218 774	191 356	27 418	21 377	7,02
2006	226 810	197 027	29 783	22 092	6,77
2007	241 935	206 565	35 370	23 437	6,61
2008	264 520	218 719	45 801	25 362	6,87
2009	292 708	244 754	47 954	27 900	7,79
2010	289 035	243 281	45 754	27 482	7,62
2011	287 768	242 410	45 358	27 415	7,53
2012	293 306	246 918	46 388	27 909	7,63
2013 <sup>4)</sup>	290 943	246 562	44 381	27 681	7,50

<sup>1)</sup> 1995–2009 dle ČSÚ, 2010–2013 dle Ministerstva financí ČR

<sup>2)</sup> 1995–2012 dle ČSÚ, 2013 - odhad ÚZIS ČR

<sup>3)</sup> HDP dle národních účtů ČSÚ zveřejněných do 30.6.2014

<sup>4)</sup> předběžné údaje

**Obrázek 1: Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví Zdroj: ÚZIS, Zdravotnictví České republiky ve statistických údajích 2013**



### 3. 3 Zdravotnictví a vztah k EU

Zdravotnictví patří mezi tzv. doplňkové politiky EU. Zdravotní systémy členských států (organizace, financování a poskytování zdravotních služeb a lékařské péče) jsou primárně v kompetenci členských států. Tento princip vychází z ustanovení v článku 152 Smlouvy o založení Evropského společenství, který uvádí, že činnost společenství v oblasti veřejného zdraví musí plně respektovat odpovědnost členských států za organizaci a poskytování zdravotních služeb a lékařské péče. EU se angažuje především v oblastech ochrany veřejného zdraví, prevence nemocí či spotřebě návykových látek. Ačkoliv jsou členské státy primárně odpovědné za zdravotní služby, musí zároveň uznávat rozhodnutí Soudního dvora Evropské unie. Poskytování zdravotních služeb by mělo být v souladu s komunitárním právem a se čtyřmi svobodami vnitřního trhu: svobodou pohybu zboží, služeb, osob a kapitálu. (Euroskop, 2012)

### 3. 4 Financování zdravotní péče

V České republice je zdravotní péče hrazena z více finančních zdrojů, které jsou rozděleny následovně:

- Státní rozpočet – část daňových výnosů
- Výnosy z příspěvků na zdravotní pojištění od pojištěnců a zaměstnavatelů
- Přímé platby od ošetřených pacientů - vztahují se jen na úzkou oblast zdravotních výkonů, např. ve stomatologické péči nebo estetické chirurgii, aj. Podstatnější součástí přímých plateb zaujímají prvky lékové politiky, platby za léky, zdravotní prostředky, doplňky a pomůcky. Do této kategorie se řadí i regulační poplatky. Více o poplatcích v kapitole regulace zdravotní péče.
- Dary a dotace včetně dotací ze strukturálních fondů EU
- Kombinace zdrojů (Nahodil, 2009, s. 90)

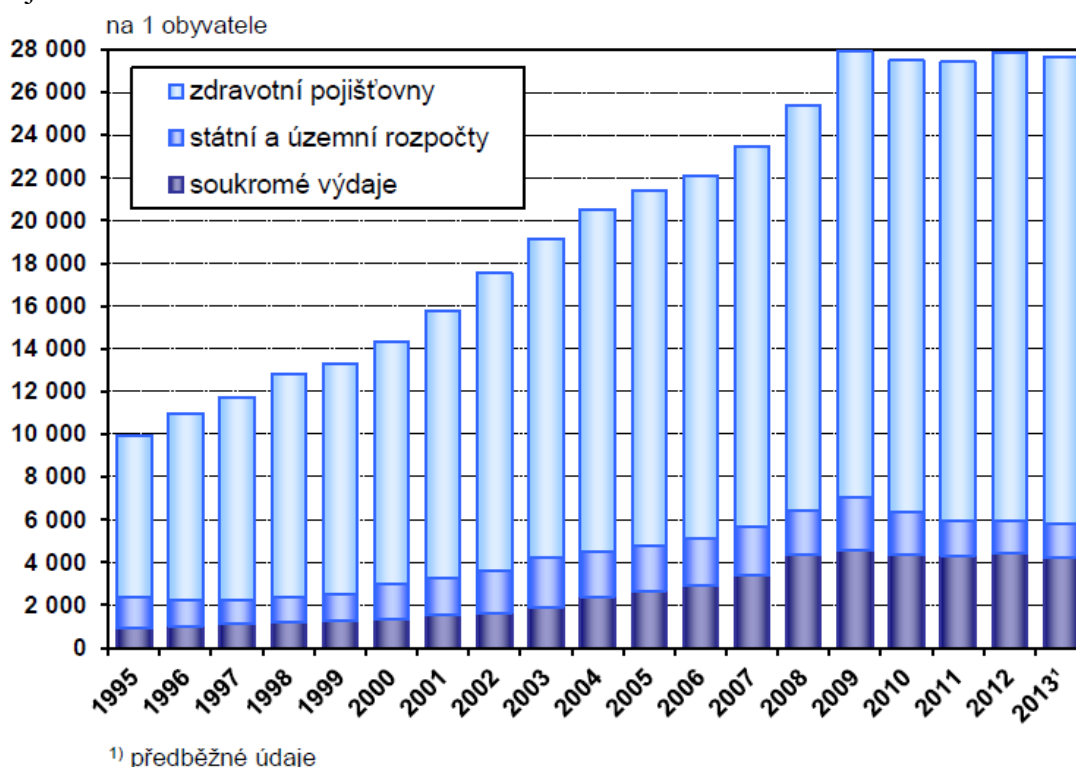
Vzhledem k většinové převaze úhrad z veřejného zdravotního pojištění (ÚZIS, 2014 [ obr. 2 ]) se tento tematický celek bude zabývat především financováním ze zmíněného veřejného zdravotního pojištění. Výdaje a způsob financování zdravotní péče a konkrétních úkonů v ČR v této době upravuje Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, vyhláška č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezeních pro rok 2014<sup>3</sup>. Dále tuto oblast ovlivňuje vyhláška č. 134/1998 Sb., Ministerstva zdravotnictví,

---

<sup>3</sup> Úhradová vyhláška stanovuje hodnotu bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení vždy pro následující kalendářní rok. Návrh této vyhlášky vychází z dohodovacího řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a ostatních zdravotních pojišťoven a dále příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb jako zástupců smluvních poskytovatelů.

kteřou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a vyhláškou č. 418/2003 Sb., kteřou se stanoví podrobnější vymezení okruhů a výše příjmů a výdajů fondu veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu.

Každá oblast zdravotnictví je v ČR financována rozdílně, následující kapitoly osvětlují financování hlavních zdravotnických subjektů.



**Obrázek 2: Vývoj výdajů na zdravotní péči. Zdroj UZIS, Zdravotnictví české republiky ve statistických údajích 2013**

### 3. 4. 1 Financování zdravotní péče v ambulantní péči

#### A. Praktičtí lékaři

V současné době je zdravotní péče praktickým lékařům hrazena zdravotními pojišťovnami formou kapitačně výkonové platby, tzn., že lékař dostává paušální příspěvek za každého pacienta, pojištěnce dané pojišťovny, který je u něj zaregistrován. Výše tohoto příspěvku je závislá na věku pacienta, který určuje tzv. kapitační jednotku. Odměnu pobírá lékař bez

ohledu na to, zda ho pacient v daném období navštívil, či nikoliv. Druhou část platby tvoří úhrada za provedené výkony, lékař následně vykazuje výkony zdravotním pojišťovnám dle soupisu, kde je stanoven typ, rozsah a bodová hodnota konkrétních výkonů. Hodnota bodu je pevně stanovena úhradovou vyhláškou na daný rok. (Gladkij, 2003), (Zlámal 2013)

### **B. Ambulantní specialisté**

Financování této skupiny lékařů je založeno na platbě za provedené výkony. Výkony odborní lékaři vykazují, dle sazebníku zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, pojišťovnám, se kterými mají uzavřenou smlouvu. Hodnotu bodu, způsob vykazování a regulační opatření opět upravuje úhradová vyhláška na daný rok.

### **3. 4. 2 Financování zdravotní péče v akutní, plánované či dlouhodobé lůžkové péči**

Lůžková péče je institucím, jako jsou nemocnice či léčebny, hrazena více způsoby. Jsou to paušální platby, financování systémem DRG (bude vysvětleno dále) a platby za nakoupené plánované výkony, což v praxi znamená, že si pojišťovny od nemocnice nakoupí určitý počet služeb v závislosti na jejich kvalitě a ceně, obvykle se jedná o léčbu náročných pacientů ve specializovaných centrech. Paušální platbou se rozumí určitý rozpočet, jehož výše byla stanovena na základě kalkulací dle minulých rozpočtových období.

DRG je zkratka anglického názvu Diagnosis Related Group, což lze volně přeložit jako „skupiny vztažené k diagnóze“. Tento způsob platby je položen na principu platby za diagnózu. Předpokládá se, že určité příbuzné diagnózy, které tvoří klasifikační skupiny, spotřebují srovnatelné množství nákladů. Pacient je tedy podle své primární a sekundární diagnózy, věku, pohlaví, způsobu léčby (konzervativní/operační) a možných komplikací zařazen do určité skupiny, k níž je přiřazena cena péče. Systém platbou DRG byl částečně adaptován na podmínky českého zdravotnictví a poprvé v ČR plošně uplatněn v roce 2007. Pravidla pro využití systému DRG jsou obvykle stanovena úhradovou vyhláškou a metodickými materiály MZČR. (Šedo, 2012) Současný ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček by chtěl systém DRG dále rozvíjet a kultivovat. (redakce Zdravotnictví a medicína, 2014)

### **3. 5 Dostupnost zdravotní péče**

Existuje několik více či méně složitých definic dostupnosti zdravotní péče, WHO tento pojem vymezuje jako „*možnost dostat zdravotní péči v případě, kdy ji člověk potřebuje*“. Durdisová pro změnu vysvětluje že, „*Dostupnost zdravotní péče vyjadřuje překážky, které pacient má či nemá při čerpání zdravotní péče.*“ (2005, str. 110) Dobrá dostupnost zdravotní péče občanům je jedním z nejdůležitějších cílů zdravotní politiky a znakem kvality zdravotnického systému. Dostupnost zdravotní péče lze dělit dle několika hledisek na finanční, místní, časovou a sociální.

Lidé by měli být schopní zajistit si zdravotní péči svým příjmem. Dovolit si návštěvu lékaře či pobyt v nemocnici by mělo být v jejich finančních možnostech, tedy finančně dostupné. Finanční dostupnost je podmíněná např. typem pojištění či mírou spoluúčasti.

Dalším žádoucím hlediskem je geografická vzdálenost zdravotní péče. Zdravotnické zařízení by mělo být v akceptovatelné vzdálenosti od klientova místa bydliště a v přesně stanovené dojezdové vzdálenosti.

Člověk by neměl v případě potřeby zdravotní péče čekat na ošetření neúměrně dlouhou dobu. Časová složka dostupnosti zahrnuje i přiměřené čekací lhůty na plánované operace či specializovaná vyšetření.

V neposlední řadě je třeba zmínit i dostupnost sociální, která zahrnuje přístup ke zdravotní péči pro všechny sociální vrstvy a skupiny obyvatelstva. Sociokulturní dostupnost je též spojena se stupněm vzdělání, etnickou příslušností a případnou jazykovou bariérou. (Durdisová, 2005)

### **3. 5. 1 Finanční dostupnost**

Finanční dostupnost je dána způsobem úhrady nákladů za poskytnutou zdravotní péči, obvykle je zajištěna financováním ze státního rozpočtu, veřejným pojištěním a jistou spoluúčastí pacienta. V České republice je zajišťována pomocí zákonného veřejného pojištění. Vybrané pojistné je následně přerozděleno zdravotním pojišťovnám, které z něj hradí zdravotní péči pojištěncům, kteří ji aktuálně potřebují. Není brán zřetel na množství peněz, kterými individuální pojištěnec přispěl do systému. Pacienti v ČR se podílí na financování formou regulačních poplatků, které prošly během své krátké historie několika změnami a úpravami (viz kapitola Regulační poplatky).

### **3. 5. 2 Geografická dostupnost**

Otázka geografické dostupnosti zdravotní péče byla do nedávné doby v českém právu řešena pouze Zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který ukládal zdravotním pojišťovnám povinnost zajišťovat občanům dostupnou zdravotní péči. Zlom nastal v lednu 2013, kdy nabylo účinnosti nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotní péče. Tento dokument, který provádí výše zmíněný Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, specifikuje nárok pacienta na místní a časovou dostupnost, tzn. povinnost pojišťovny tuto dostupnost pacientovi zaručit, stanovuje přesnou dojezdovou dobu (čas potřebný pro přesun pacienta k lékaři) a čekací lhůty na některé plánované zdravotní služby.

### **3. 5. 3 Sociální dostupnost**

Sociální oblast zdravotní dostupnosti je řešena tak, že zdravotní pojišťovny mají povinnost pojistit každého pojištěnce, který se k nim přihlásí a má být ze zákona pojištěn. Okruh

osob využívající veřejné zdravotní pojištění je celkem široký a nepředpokládá se rozdílné chování k různým sociálním vrstvám pojištěnců. Ochranu proti diskriminaci v přístupu ke zdravotní péči a jejího poskytování z důvodu rasy, etnického původu, národnosti, pohlaví, sexuální orientace, věku, zdravotního postižení, náboženského vyznání či víry garantuje přijetí Zákona č 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (tzv. antidiskriminační zákon). Tento zákon má základ v Listině základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky.

### **3. 6 Regulace poskytování zdravotní péče**

Poskytování zdravotní péče se od roku 2012 řídí zákonem o zdravotních službách, který definuje nejen pojem zdravotní péče, ale stanovuje i její formy, druhy a především podmínky pro její poskytování. Zdravotní péče je soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem:

1. předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu,
2. udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu,
3. udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení,
4. pomoci při reprodukci a porodu,
5. posuzování zdravotního stavu. (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování)

Poskytování zdravotní péče v ČR je regulováno, což znamená, že na základě právních předpisů je přesně stanoveno kdo, kde a za jakých podmínek může tuto péči poskytovat. Při porušení některé z podmínek stanovených zákonem, je toto jednání zákonem potrestáno.

Zdravotní služby může v ČR poskytovat pouze fyzická či právnická osoba, která získala oprávnění k poskytování zdravotních služeb, pouze ve zdravotnickém zařízení, prostřednictvím zdravotnických pracovníků. Všechny tyto pojmy definuje zákon o zdravotních službách, který též přesně stanovuje konkrétní požadavky, včetně různých výjimek, na každý z jmenovaných subjektů. (Prošková, 2012)

#### **3.6.1 Regulační poplatky**

Objem poskytované zdravotní péče je mimo jiné v ČR regulován od 1. ledna 2008, formou regulačních poplatků. Tuto revoluční změnu se podařilo prosadit prostřednictvím přijetí zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, který je novelou zákona č. 48/1997 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění.

Hlavní myšlenkou regulačních poplatků, prezentovanou veřejnosti bylo omezení plýtvání

a zneužívání zdravotních služeb a zároveň zlepšení kvality služeb nemocnic. Vybrané poplatky patří do příjmů daného zdravotnického zařízení, které si může libovolně vybrat způsob výběru od pacientů. V roce 2008 byly stanoveny čtyři druhy poplatků:

30 Kč - za návštěvu praktického lékaře, gynekologa, klinického logopeda, psychologa a lékaře pro děti a dorost, zubního lékaře a lékaře poskytujícího specializované ambulantní služby

30 Kč - za vydání léčivého přípravku předepsaného na receptu. (Pouze léky částečně či plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění)

60 Kč - za každý den poskytované ústavní péče

90 Kč - za ošetření pohotovostní službou

Tyto poplatky platili pojištěnci, za dítě jeho zákonný zástupce. Zároveň byl stanoven ochranný limit 5000 Kč, který však platil pouze pro třicetikorunové poplatky. Podoby regulačních poplatků prošly v průběhu let 2008 - 2014 několika změnami. Od placení poplatků za pobyt byli osvobozeni novorozenci ode dne porodu po opuštění porodnice. Platit žádné poplatky nemusí osoby umístěné k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením, pojištěnci v ústavní péči, kteří do ní byli umístěni bez svého souhlasu. Platit třicetikorunový poplatek za návštěvu u lékaře nemusí ani děti a dospělí, pokud jim nebylo provedeno klinické vyšetření. Dále se upravila výše ochranného limitu na 2500 Kč pro děti do 18. let a pro osoby starší 65 let. Ode dne 1. 12. 2011 se zvýšil poplatek za den ústavní péče z 60 Kč na 100 Kč. O rok později se zrušila platba za položku na receptu a zavedla se platba za recept ve výši 30 Kč. Další změna přišla dne 1. 1. 2014, kdy se zrušila povinnost platit 100 Kč za pobyt v ústavní péči. Kruh rušení poplatků se prozatím uzavřel dne 2. 7. 2014, kdy vláda České republiky schválila novelu zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která ruší všechny regulační poplatky s výjimkou devadesátikorunového poplatku za využití lékařské a zubní pohotovosti. (MZCR, 2014)

### **3. 6. 2 Ústavní soud k poplatkům**

Ústavní soud se k regulačním poplatkům vyjádřil prvně již před šesti lety 20. 5. 2008. Uvedl, že poplatky nejsou v rozporu s Ústavou ČR a šedesátikorunový poplatek obstojí v testu racionality. (Nález Ústavního soudu ze dne 20. 5. 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1 /08) Po přezkoumání nových skutečností – zvýšení regulačního poplatku za pobyt v nemocnici na 100kč, 20. 6. 2013 poplatek za ústavní péči úplně zrušil. Důvodem ke zrušení podle něj byla nediferencovanost při jeho ukládání. Zároveň poplatek navýšený na 100 Kč může vyvolat neúnosně vysokou finanční zátěž pro chudé skupiny obyvatel. (Nález ústavního soudu ze dne 20. 6. 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11) Regulační poplatky budou vždy znamenat finanční zátěž pro nejchudší vrstvy obyvatel a mohou tak omezit finanční dostupnost

zdravotní péče.

### **3. 7 Hospodaření v oblasti léků**

Hospodaření v oblasti léků je jedna z klíčových součástí lékové politiky každého státu. Léková politika je součástí zdravotní politiky a má nesporný vliv na efektivitu zdravotnického systému. Základním stěžejním cílem lékové politiky by mělo být zajištění bezpečných, účinných a kvalitních léčiv za limitovaný objem financí. Zabezpečit maximální objem péče, od které lze očekávat zvyšování kvality života lidí, a poskytnout tuto péči těm, kteří ji potřebují. Spotřeba léků by tedy měla být taková, aby pozitivně ovlivňovala zdravotní stav obyvatelstva, ale zároveň by nemělo docházet ke zbytečnému plýtvání léky. K plnění těchto cílů disponuje léková politika složkou regulačních opatření, která mají za cíl regulovat ceny léků a výdaje za ně. Mezi základní nástroje regulačních opatření patří tvorba pozitivních listů, referenční ceny léčiv nebo podpora užívání levnějších generik. (Prokeš, 2010)

V našem státě je financování léků zabezpečeno ze zdravotního pojištění a plateb pacientů, které tvoří doplatky na léky a regulační poplatky za recept. Pojišťovna každému pacientovi přispívá na lék určitou částkou, tzv. úhradou. Pokud tato úhrada nepokryje celou cenu léku (lék není pojišťovnou plně hrazený), pacient ve formě doplatku tento rozdíl do konečné ceny léku uhradí.

Stanovení výše úhrad ze systému zdravotního pojištění je velmi složitý proces, kdy se určité léčivo po registraci Státním ústavem pro kontrolu léčiv zařadí do tzv. referenční skupiny (skupina terapeuticky zaměnitelných léčiv). Každá referenční skupina má přiřazenu svou výši úhrady za obvyklou denní dávku. Výše úhrady referenční skupiny je určena na principu vnitřní a vnější cenové reference. Vnější cenová reference znamená proces, kdy se provede srovnání cen léčiv v dané skupině ve všech 27 státech EU. Cena, která je za určitý přípravek v přepočtu na denní dávku léku nejlevnější, tvoří úhradu dané skupiny léčiv. U některých skupin léčiv zákon stanovuje povinnou přítomnost alespoň jednoho plně hrazeného léku, tyto léky jsou uvedeny na zvláštním seznamu, kde jsou i rozřazeny do administrativních skupin, které mnohokrát nejde skloubit s referenčními terapeutickými skupinami. Cena se pak nemůže řídit podle cen zahraničních, ale stanovuje podle nejlevnějšího přípravku v ČR, to znamená dle vnitřní cenové reference. Finanční obnos, který pacient zaplatí ve formě doplatku, je složkou, která též podléhá cenové regulaci. Je třeba zmínit, že této cenové regulaci nepodléhají léky, na které pojišťovna nepřispívá formou výše zmíněných úhrad. Konečnou cenu léku v lékárně určuje součet ceny výrobce, obchodní přírážky (procentuální podíl z ceny výrobce, o který může být cena léku navýšena, o tento podíl se dělí lékárny a distributoři léku) a daně z přidané hodnoty. Cena výrobce i obchodní přírážka je regulovaná stanovením maximální ceny, kterou nesmí subjekt navýšit při prodeji léku další osobě. Zatímco výše obchodní přírážky

je regulovaná vždy, výše ceny výrobce podléhá regulaci jen v případě, že léčivá látka nemá na trhu dostatečnou konkurenci v podobě nejméně čtyř léčiv od čtyř výrobců. Pokud má látka dostatečnou konkurenci reguluje cenu výrobce „neviditelná ruka trhu“. (MZCR, 2012)

### **3. 8 Kontrola fungování zdravotních pojišťoven**

V současné době je kontrolní činnost nad zdravotními pojišťovny prováděna dvěma hlavními kontrolními orgány, Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem financí. Úzká spolupráce mezi těmito subjekty zajišťuje nejen kontrolu hospodaření pojišťoven, ale i udělování povolení k činnosti či k splnutí dvou pojišťoven. Práva a povinnosti obou ministerstev v oblasti kontrolní činnosti stanovuje Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky a Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Z důvodu nedostatečné politické nestrannosti a nejasně definovaných kompetencí mezi součinnými ministerstvy byl v roce 2008, ministrem zdravotnictví Tomášem Julínkem, zveřejněn záměr založit speciální úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovny. S tímto návrhem však neuspěl. (lékaři pro reformu, 2008) Podobnou prioritu má i současná vláda, která by chtěla posílit státní dozor nad fungováním zdravotních pojišťoven a nad toky zdravotního pojištění. (Citores, 2014)

### **3. 9 Vztah lékař / pacient**

Způsob, jakým se chovají lidé k sobě navzájem, vždy odráží určitý stupeň kulturní, inteligenční a etické vyspělosti společnosti. Chování lidí obecně je regulováno etickými a zákonnými normami. Stejní činitelé – zákon a etika upravují i vztahy mezi lékaři a jejich pacienty. Mezi základní právní normy, které upravují tento vztah, řadíme Úmluvu o lidských právech a biomedicíně, Listinu základních práv a svobod a systém zákonů a vyhlášek. Etickou stránku chování lékaře upravuje nejen např. Hippokratova přísaha, etický kodex české lékařské komory, ale také mnoho osobních faktorů jedince, jako je např. svědomí či čest. Etické a morální normy, které působí na velmi širokou oblast vztahu mezi lékařem a pacientem, se zákonným, morálním minimem často překrývají. Ovšem situace, kdy se tyto dvě síly (právní a etická) dostanou do rozporu, není též neobvyklá. Stejným způsobem, jakým se vyvíjely již zmíněné zákonné normy, se vyvíjel i vztah mezi lékařem a pacientem.

První dochované právní úpravy mezi lékařem a pacientem lze najít v Chammurapiho zákoníku, vydaném přibližně v roce 1686 př. n. l. v Babylonii. V zákoníku je např. přesně stanoveno, kolik stříbra zaplatí pacient lékaři za léčbu svou či svého otroka. Ve starověkém Řecku a Římě se medicína zformovala do základních etických a formálních norem, které jsou více či méně zachovány do současnosti. Medicína byla v té době velmi ovlivněna náboženstvím a vztah mezi lékařem a nemocným byl především smluvní. (Doležal 2012) Za jednoho z nejvýznamnějších lékařů této doby je považován



Hippokrates, kterému je připisováno autorství již zmíněné Hippokratovi přísahy, která se stala pilířem lékařské etiky.

Tisíce let vývoje vztahu mezi lékařem a pacientem ovlivnily roli lékaře, která získala typicky nadřazený charakter. Autoritativní postavení lékaře vycházelo nejen z rozdílu ve vzdělání, ale i z jisté tajemnosti lékařské profese připisované. Tyto a mnohé další okolnosti podpořily vznik paternalistického přístupu lékaře k pacientovi. Paternalistický přístup vykazuje absenci otevřené komunikace a nadřazenou a ochránářskou pozici lékaře, který „ví, co je pro nemocného nejlepší“. V současné době je trendem tento typ vztahu postupně nahrazovat profesionálním partnerstvím, kde je kladen větší důraz na pacientovu autonomii.

Nutná změna pojetí tohoto postoje vyvěrá z rozvoje a pokroku v medicínských a diagnostických technologiích, z dostupnějších informací a vyšší vzdělanosti pacientů. Dalším důvodem změny je i proměna hierarchie hodnot. V popředí stojí zájem o vůli pacienta a jeho důstojnost, až za ním nalézáme zájem o ochranu jeho zdraví a života. Tento zájem je v ČR představován prostřednictvím institutu tzv. informovaného souhlasu. Tento institut byl vtělen do našeho právního řádu v roce 2001 po přijetí Úmluvy o lidských právech a biomedicině. (Doležal, 2011) Vztah lékaře a pacienta je jeden z nejkomplicovanějších společenských i právních vztahů. Obsáhnout celé téma zmiňovaného vztahu by bylo v rámci této bakalářské práce nemožné. Autorka této práce se domnívá, že nejnvýstižněji shrnuje tento vztah Doležal: *„Nejpodstatnější v tomto vztahu je, aby obě strany měly k sobě navzájem respekt a důvěru – tj., aby pacient byl ze strany lékaře vnímán jako člověk, který potřebuje pomoci, ale současně má vlastní vůli a lékař byl pacientem vnímán jako odborník, který se mu snaží pomoci, nikoliv ho poškodit.“* (2011)

## **II Empirická část**

### **4 Úvodní slovo**

Tato část je věnovaná vlastnímu výzkumnému šetření. Popisuje jeho cíle, průběh a následně demonstruje získané výsledky a porovnává je s šetřením Akademie věd České republiky.

#### **4. 1 Cíle a hypotézy empirického šetření**

Cíl 1 : Zjistit spokojenost všeobecných sester se systémem zdravotní péče v ČR.

H1: Podíl spokojených sester převyšuje podíl nespokojených.

H2: Sestry vyjadřují nejvyšší nespokojenost v oblasti financování veřejného zdravotnictví.

Cíl 2 : Porovnat spokojenost sester a veřejnosti se současným systémem zdravotní péče v ČR.

H3 : Veřejnost vyjadřuje nižší spokojenost se zdravotním systémem než sestry.

Cíl 3 : Zmapovat názory sester na kvalitu zdravotní péče.

H4: Nejvyšší podíl sester uvádí, že kvalita zdravotní péče se v posledním roce nezměnila.

H4: Většina sester je názoru, že pacienti ČR by se rozhodně měli podílet na rozhodování o léčbě své nemoci.

Cíl 4 : Zmapovat postoje sester k reformním opatřením ve zdravotnictví.

H5: Všeobecné sestry se budou vyjadřovat nejkladněji k návrhu zvýšit zdravotní pojištění rizikovým skupinám pacientů.

#### **4. 2 Charakteristika výzkumného vzorku**

Výzkumný vzorek tvořilo celkem 268 respondentů z řad všeobecných sester a zdravotnických asistentů. Vzhledem k typicky ženskému povolání byl dle očekávání počet žen ve výrazné převaze oproti mužům, v poměru 255 : 13. Nejčastějšími účastníky byly středoškolsky a vysokoškolsky vzdělané všeobecné sestry. Největší skupinou respondentů byly mladé sestry ve věku 26 až 35 let. Konkrétní zastoupení výzkumného vzorku nabízí tabulka č. 1 níže.

**Tabulka 1 výzkumný vzorek**

Typ vzdělání	SŠ zdrav. as.	SŠ všeob, s .	VOŠ	VŠ	celkem	
počet respondentů	20	100	59	89	268	
počet respondentů v %	7 %	37 %	22 %	34 %	100 %	
Pracoviště	ARO/JIP	standard. odd.	ambulance	celkem		
počet respondentů	105	127	36	268		
počet respondentů v %	39 %	48 %	13 %	100 %		
Délka praxe	Do 5ti let	5 – 10 let	11 – 15 let	16 -20 let	20 let a více	celkem
počet respondentů	64	61	46	29	68	268
počet respondentů v %	24 %	23 %	17 %	11 %	25 %	100 %
Věk	Do 25 ti let	26 – 35 let	36 – 45 let	46 – 55 let	56 let a více	celkem
počet respondentů	47	114	70	31	6	268
počet respondentů v %	17 %	43 %	26 %	12 %	2 %	100 %

Výzkumného šetření CVVM, se kterým je autorčino šetření srovnáváno, se zúčastnilo celkem 987 respondentů starších osmnácti let. Je třeba uvést, že zatímco šetření CVVM probíhalo v prosinci 2013, výzkum mezi zdravotními sestrami byl uskutečněn v průběhu ledna až března 2014.

### **4. 3 Metodika empirického šetření**

Autorka se rozhodla pro své výzkumné šetření zvolit kvantitativní metodu sběru dat, formou standardizovaného dotazníku, a to v elektronické i tradiční papírové podobě. Tato metoda je velice efektivní díky možnosti oslovení velkého množství respondentů, při relativně nízké časové a finanční náročnosti a anonymitě dotazovaných. Negativa, která se často pojí s touto metodou, jsou nejistá návratnost a snadná ztráta reprezentativnosti z důvodu nesprávného vyplnění dotazníku. Konečná forma dotazníku obsahovala celkem třináct otázek. Osm uzavřených dotazů týkajících se přímo řešené problematiky a pět segmentačních dotazů pro specifikaci výzkumného vzorku. Otázky v dotazníku jsou výběrem otázek zaměřených na problematiku poskytování zdravotní péče a kvalitu zdravotnictví z rozsáhlého výzkumného projektu „Naše společnost“, který každoročně probíhá jako soubor desítky šetření zaměřených na politická, socioekonomická nebo kulturní témata. Tento zajímavý a ojedinělý projekt je veden Centrem pro výzkum veřejného mínění, což je výzkumné oddělení Sociologického ústavu AV ČR, v. v. i.

### **4. 4 Průběh empirického šetření**

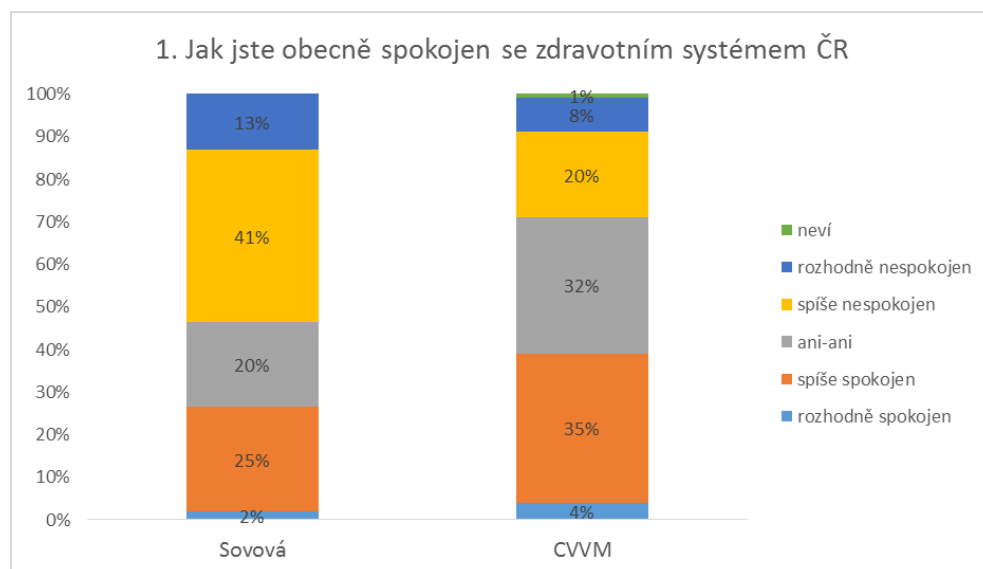
Dotazník ve své elektronické podobě autorka sestavila na internetových stránkách [vyplnito.cz](http://vyplnito.cz), kde byl pod názvem „Spokojenost sester se zdravotnictvím“ volně přístupný k vyplnění ve dnech 15. - 30. 1. 2014. V úvodní části bylo jasně uvedeno, že dotazník je určen výhradně všeobecným sestrám a zdravotnickým asistentům. K získání dostatečného počtu respondentů autorka využila v současnosti populární sociální sítě. Po schválení správců portálu [Ošetřovatelství.info](http://Osetřovatelství.info) umístila odkaz na svůj dotazník spolu se stručnou charakteristikou a prosbou o vyplnění na tento portál, který se zabývá nejen aktuálními tématy z oblasti ošetřovatelství, ale i situací v českém zdravotnictví všeobecně. V současnosti tato skupina určená pracovníkům ve zdravotnictví čítá přes 18 000 lidí. Jako další zdroj získání dotazovaných autorka vybrala internetové stránky časopisu Florence a oslovila jeho redakci s prosbou o zveřejnění dotazníku na jejich stránkách. Reakce vedoucí redaktorky byla velice příznivá, po představení výzkumného šetření vyšla autorce vstříc a vyjádřila zájem o spolupráci při případném publikování zjištěných výsledků ve zmíněném časopise. Díky těmto zviditelněním elektronický dotazník vyplnilo celkem 143 respondentů.

Průběh shromažďování dat formou distribuce papírových dotazníků a následného sběru měl zdlouhavější a svízelnější charakter. Autorka oslovila celkem pět klinik Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a tři kliniky Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. V současnosti vedení nemocnic standardně vyžaduje souhlasné vyjádření vrchní sestry kliniky, na níž chce zadavatel výzkumné šetření provádět. Po získání souhlasu je nutné dodat tyto dokumenty spolu s ukázkovým dotazníkem a další žádostí náměstkyni ošetřovatelské péče, která dle svého uvážení učiní klíčové rozhodnutí. Dotazníkové šetření

bylo schváleno na obou úrovních ošetrovatelského managementu dvou zmiňovaných nemocnic a následně bylo rozdáno celkem 170 papírových dotazníků. Cesta od oslovení vrchních sester po rozdáání dotazníků trvala skoro dva měsíce. Bylo nutné se potýkat s neefektivní komunikací a dlouhými časovými prodlevami způsobenými zaneprázdněností nebo obdobími zimních dovolených. Dalším nepříjemným faktorem byla časová vytiženost všeobecných sester, které jsou při své práci v současnosti doslova zavaleny nejrůznějšími dotazníky studujících kolegyň. Ochota k vyplňování je touto skutečností silně ovlivněna. Přesto pokládám za úspěch, že se ze 170 rozdaných dotazníků podařilo vybrat 120 správně vyplněných.

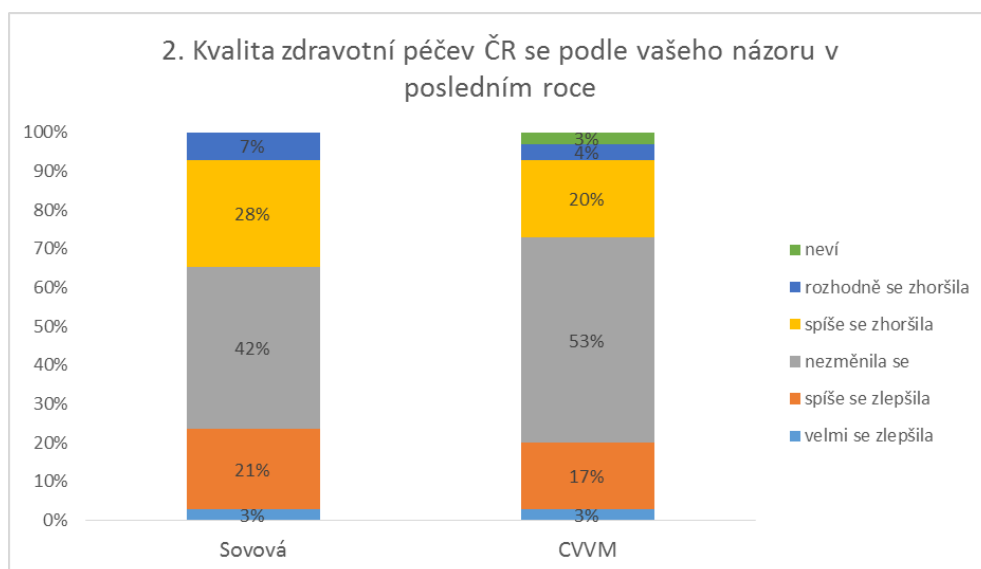
#### 4 . 5 Vyhodnocení empirického šetření

Vyhodnocení dotazníkového šetření (celý dotazník viz příloha 1 ), s porovnáním výsledků šetření CVVM.



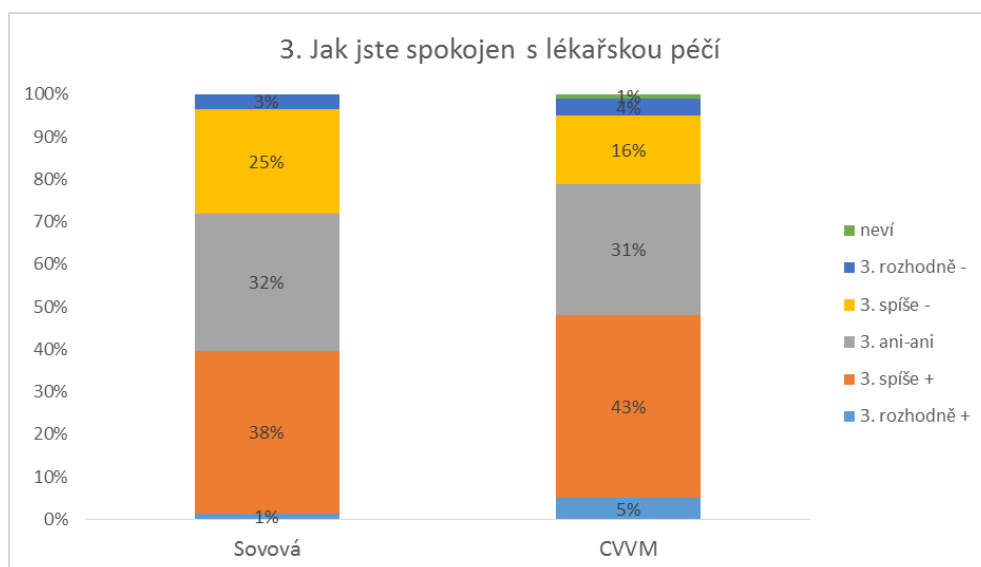
**Obrázek 3: Srovnání spokojenosti sester a občanů se zdravotním systémem ČR**

Zatímco více než třetina respondentů z řad laiků vyjadřuje spokojenost se zdravotním systémem ČR (39 %), všeobecné sestry se naopak vyjadřují spíše negativně. Celkem 41 % sester uvedlo, že je spíše nespokojeno, nezanedbatelných 13 % vyjadřuje dokonce silnou nespokojenost.



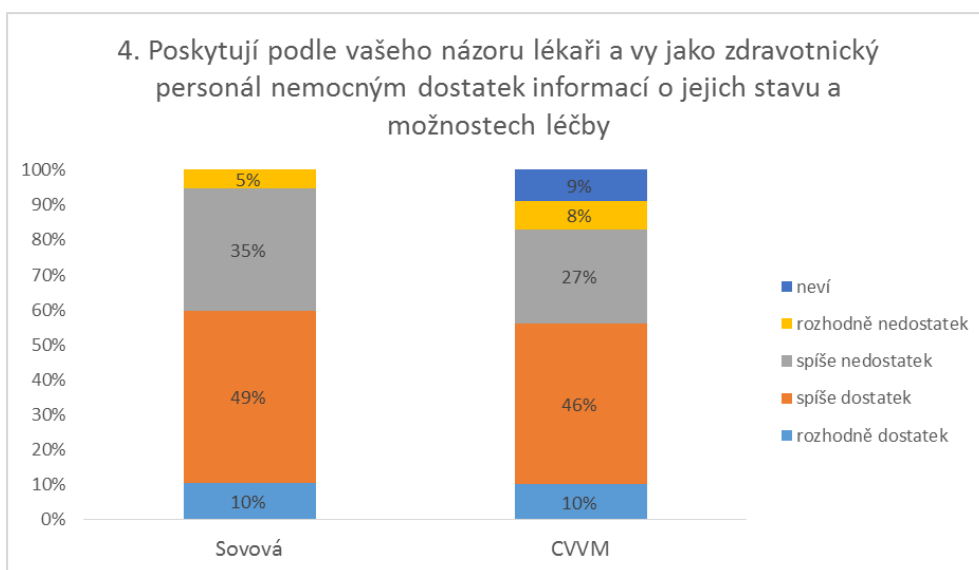
**Obrázek 4: Názory na vývoj kvality zdravotní péče**

V názorech na vývoj kvality zdravotní péče v uplynulém roce nepanuje mezi veřejností a všeobecnými sestrami výrazný rozkol. V obou grafech převládá názor, že kvalita péče se nezměnila. Všeobecné sestry zastávají mínění, že kvalita zdravotní péče se zhoršila ve větším zastoupení (35 %) než veřejnost (24 %). Zlepšení kvality udává o 4 % více sester než občanů.



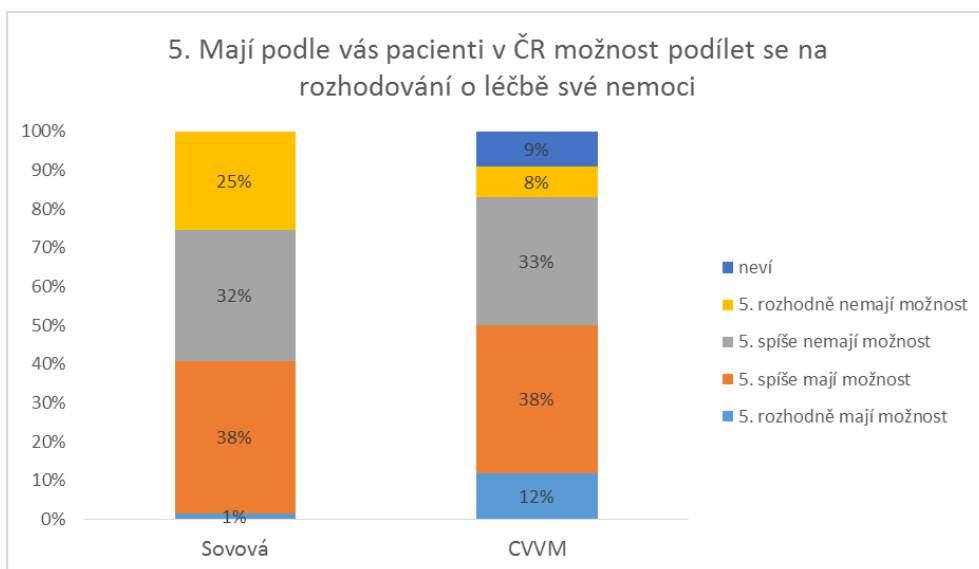
**Obrázek 5: Spokojenost s lékařskou péčí**

V české populaci převládá spokojenost s lékařskou péčí (48 %) nad nespokojeností (20 %). Necelá třetina dotázaných občanů se k této otázce vyjadřuje neutrálně (31 %), není spokojena, ani nespokojena. Názor všeobecných sester je však poněkud odlišný, kdy spokojenost dává najevo pouze 39 %, zatímco nespokojenost vyjadřuje 28 % sester.



**Obrázek 6: Poskytování informací pacientům**

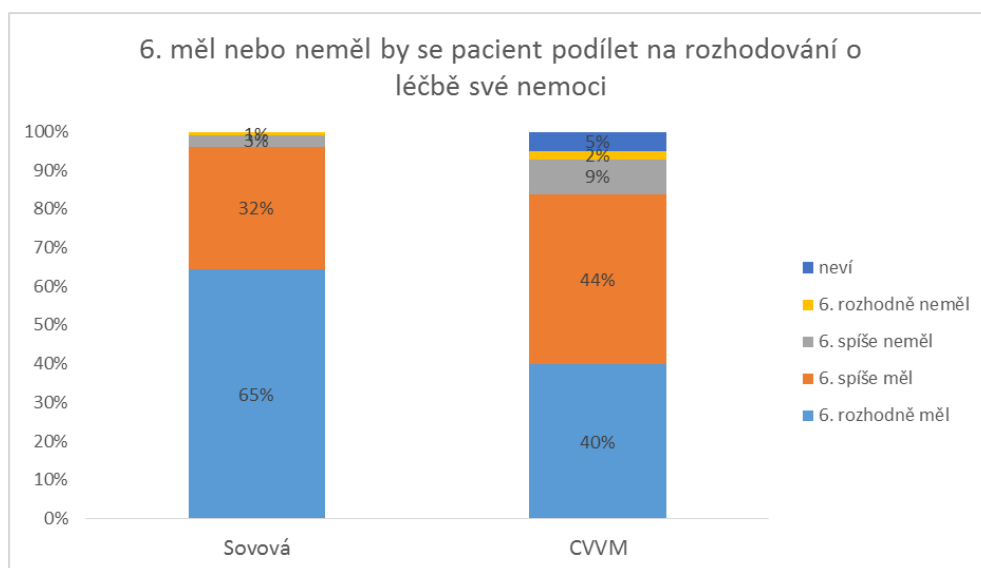
K této otázce se společnost i dotazované sestry staví velmi podobně, shodných 10 % získalo mínění, že nemocní dostávají rozhodně dostatek informací. Necelá polovina obou stran (sestry 49 %, veřejnost 46 %) udává zdrženlivější názor, že nemocní dostávají spíše dostatek informací. Zbývající procentuální body patří zápornému názoru.



**Obrázek 7: Možnost pacientů podílet se na rozhodování o léčbě**

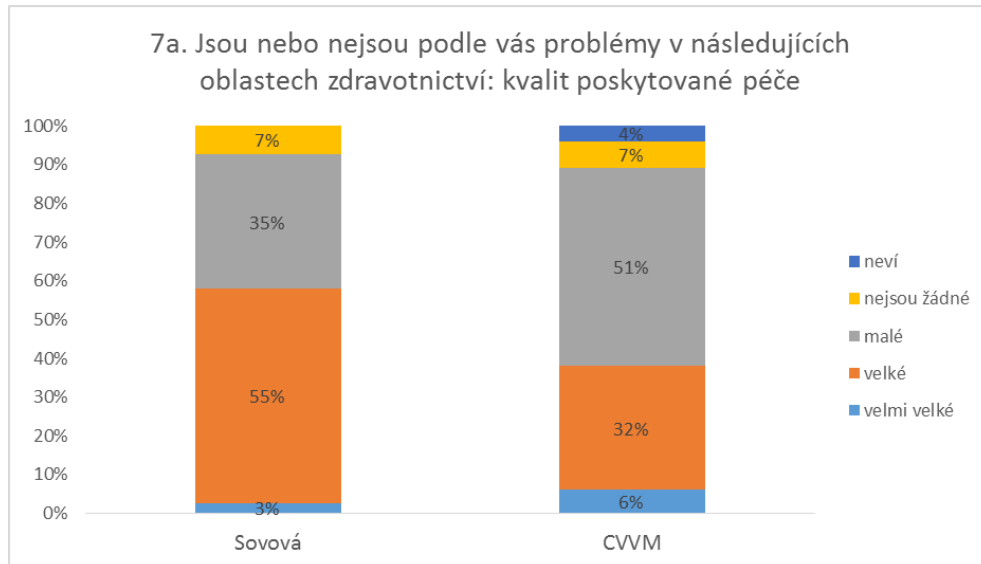
Celá polovina respondentů z řad veřejnosti se domnívá, že pacienti v ČR mají možnost podílet se na rozhodování o své léčbě, stejný názor zastává ale jen 39 % sester. Opačného, záporného mínění je 41 % občanů a překvapivě více než polovina dotázaných všeobecných

sester.



**Obrázek 8: Názory na možnost pacientů rozhodovat o své léčbě**

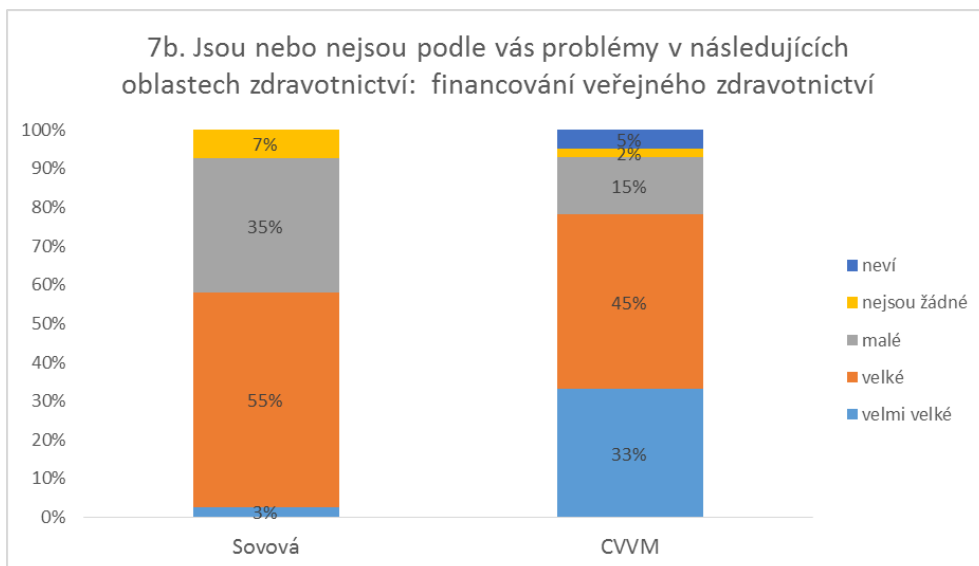
V otázce č. 6 mezi občany (84 %) i sestrami (97 %) jasně převládá názor, že pacient by se měl podílet na rozhodování o léčbě své nemoci. Dotazované všeobecné sestry však vyjadřují tento názor mnohem rezolutněji (65 %) než občané (40 %).



**Obrázek 9: Problémy v kvalitě poskytované péče**

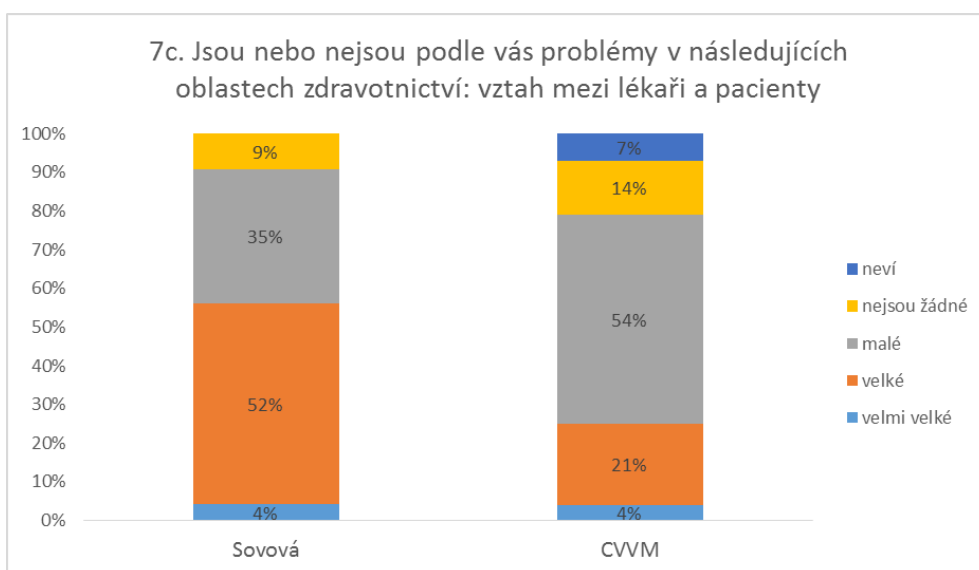
Více než polovina dotazovaných sester (58 %) deklaruje v otázce kvality zdravotní péče velké problémy a více než třetina (35 %) problémy malé. Na rozdíl od veřejnosti, podle níž převládají v této oblasti problémy malé (51 %). Shodných 7 % patří názoru, že v této oblasti žádné nejsou.





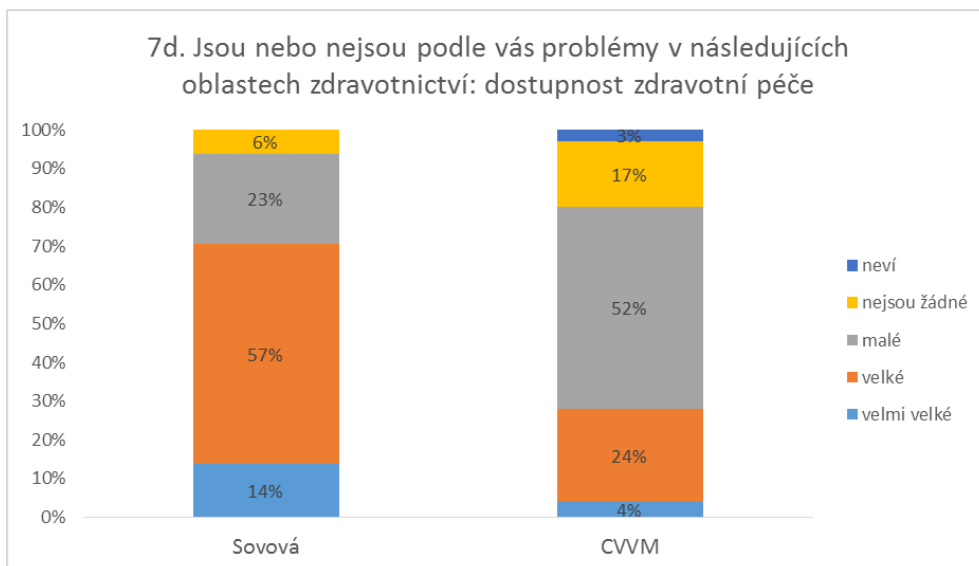
**Obrázek 10: Problémy ve financování veřejného zdravotnictví**

Více než 90 % dotazovaných sester deklaruje názor, že ve financování veřejného zdravotnictví jsou problémy, více než polovina z nich (55 %) tyto problémy označuje za velké a pouze 3 % za velmi velké. Občané jsou ve svém mínění mnohem kritičtější, problémy za velmi velké označuje celá třetina z nich (33 %).



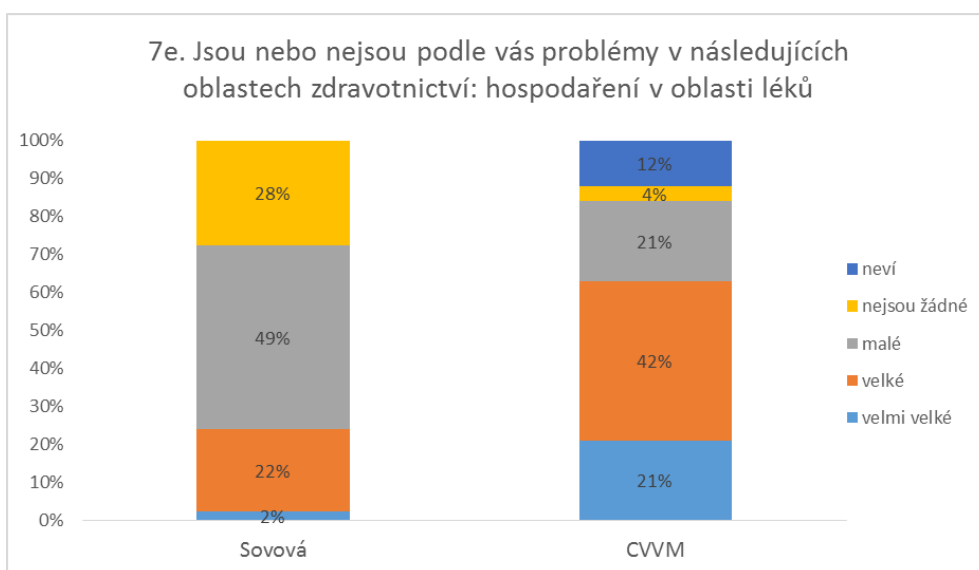
**Obrázek 11: Problémy ve vztahu mezi lékaři a pacienty**

V této otázce je velmi snadno viditelný rozpor mezi názorem veřejnosti, která většinou shledává problémy ve vztahu lékař – pacient jako malé (54 %) a všeobecných sester, které problémy hodnotí jako velké (56 %).



**Obrázek 12: Problémy v dostupnosti zdravotní péče**

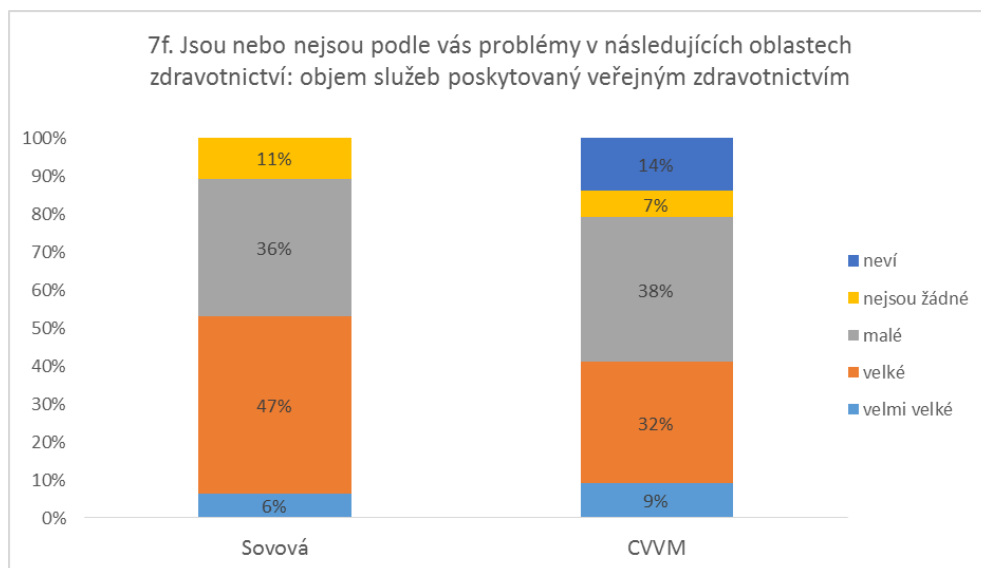
Dostupnost zdravotní péče hodnotí všeobecné sestry rozhodně hůře než společnost. Více než polovina sester (57 %) si myslí, že v této oblasti jsou velké problémy, společnost naopak zastává mínění (52 %), že tyto problémy jsou spíše malé a 17 % občanů má pocit, že v této oblasti nejsou problémy žádné.



**Obrázek 13: Problémy v hospodaření v oblasti léků**

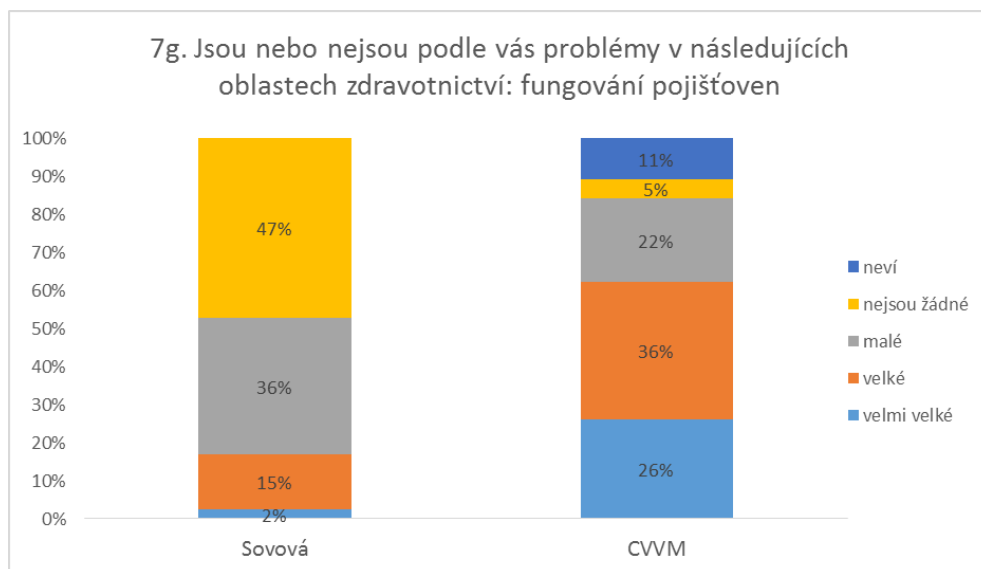
Hospodaření v oblasti léků je českou populací hodnoceno převážně negativně. Téměř čtvrtina občanů (21 %) je toho názoru, že potíže v tomto sektoru jsou velmi velké, 42 % obyvatel je označuje dokonce za velké. Všeobecné sestry jsou úplně jiného mínění, téměř třetina z nich (28 %) v této oblasti nevidí problémy žádné a skoro polovina (49 %) udává,

že problémy zde jsou, ale jen malé.



**Obrázek 14: Problémy v objemu služeb poskytovaných veřejným zdravotnictvím**

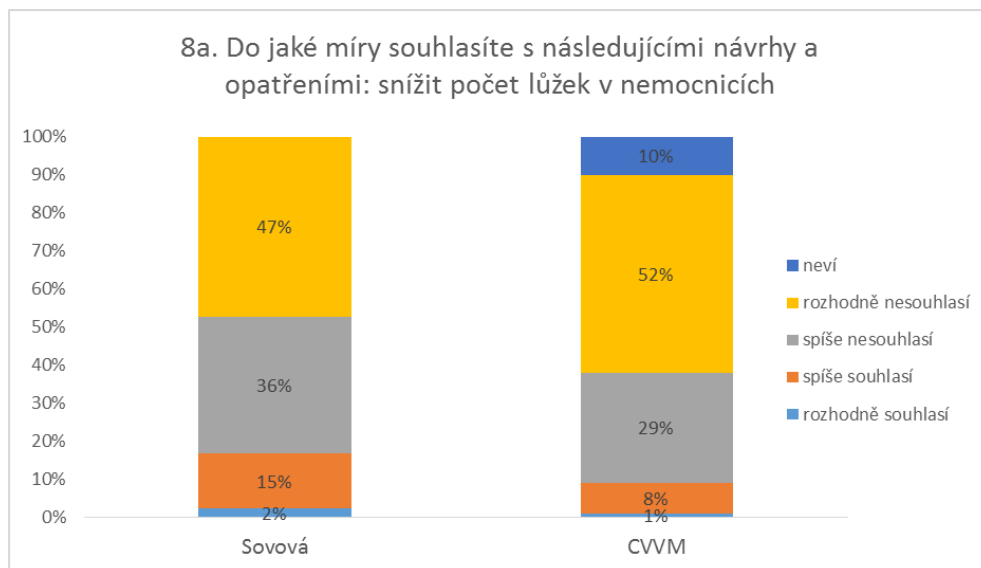
Objem poskytovaných služeb veřejným zdravotnictvím se zdá být pro většinu sester (89 %) problematický, téměř polovina z nich (47 %) udává v tomto sektoru velké problémy a více než třetina (36 %) problémy označuje za malé. Veřejnost nejčastěji této oblasti přisuzuje malé problémy (38 %). Pouze 7 % dotazovaných občanů neguje výskyt jakýchkoliv problémů.



**Obrázek 15: Problémy ve fungování pojišťoven**

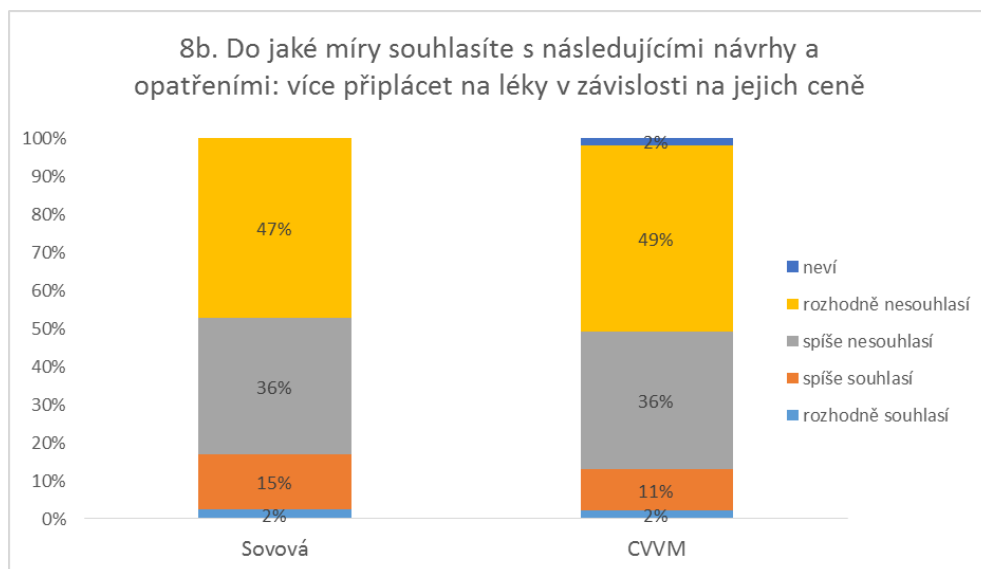
Tento graf pěkně demonstruje překvapivý fakt, že téměř polovina dotazovaných sester (47 %) udává, že ve fungování pojišťoven nevidí žádné problémy a více než třetina udává

problémy pouze malé. Zatímco občané nejčastěji přisuzují tomuto okruhu zájmu velké potíže (36 %), a 26 % obyvatel dokonce velmi velké potíže. Pouze 5 % dotazovaných občanů si myslí, že v této oblasti potíže nejsou.



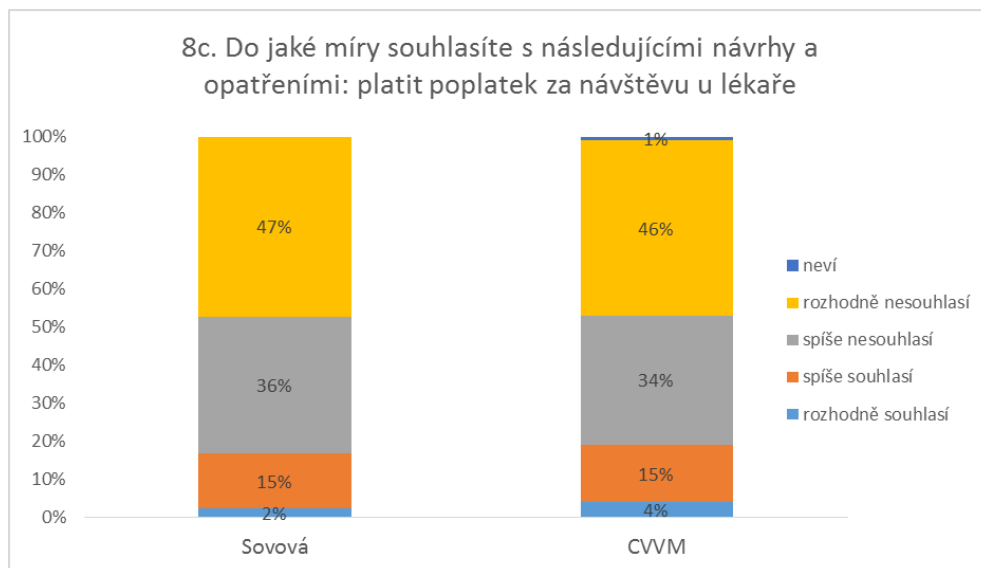
**Obrázek 16: Souhlas se snížením počtu lůžek v nemocnici**

Většina sester (83 %) nesouhlasí s návrhem snížit počet lůžek v nemocnici, 47 % sester zvolilo možnost „rozhodně nesouhlasím“. Tento návrh se potýká i s nevolí ve společnosti, kde silný nesouhlas sdílí 52 % občanů. Nezanedbatelných 17 % sester a pouze 9 % občanů vyjadřuje souhlas s tímto omezením.



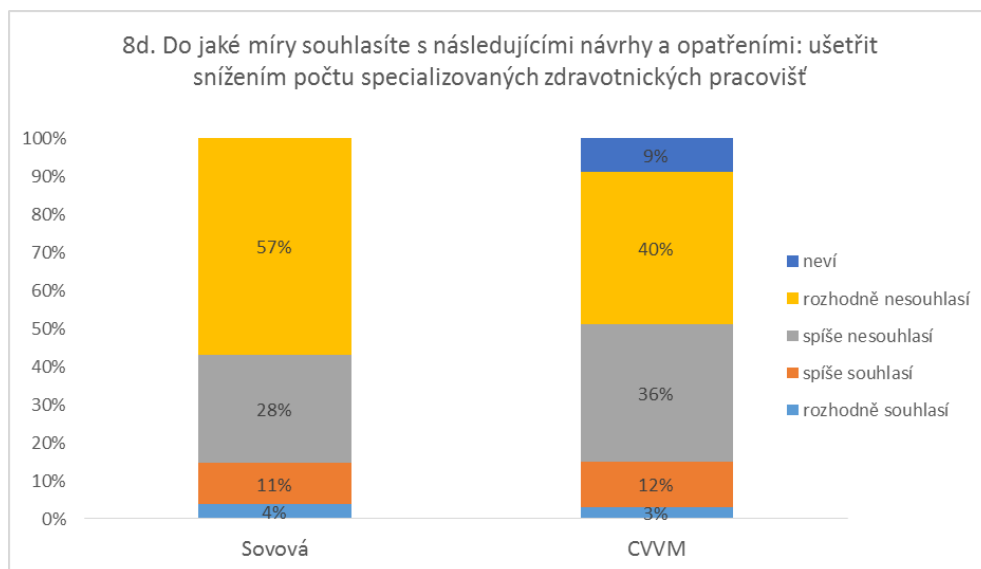
**Obrázek 17: Souhlas s připlácením na léky**

K tomuto tématu se staví obě dotazované strany poměrně stejně. Skoro polovina obou stran rozhodně nesouhlasí s návrhem více připlácet na léky. Shodných 36 % sester i občanů s tímto návrhem též nesouhlasí.



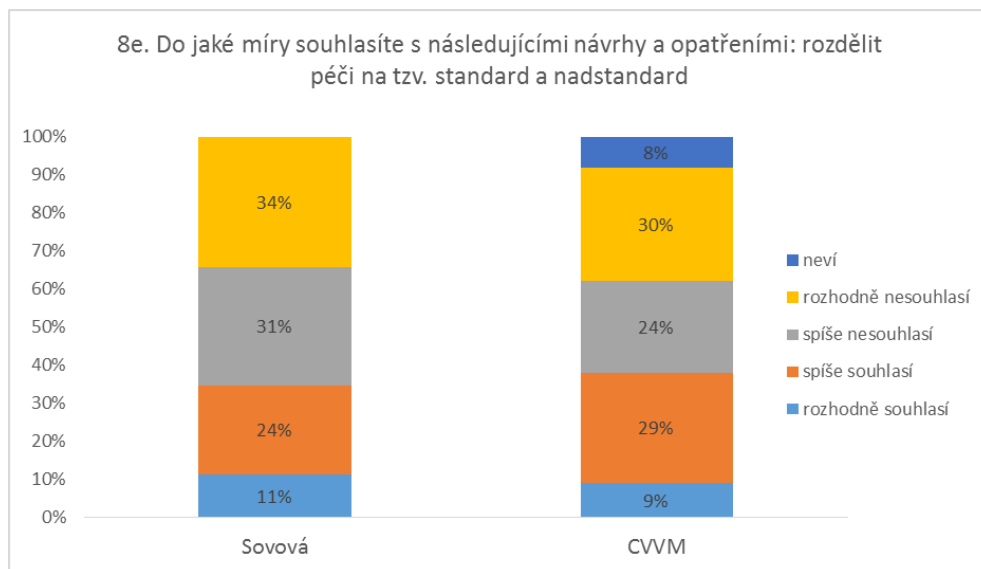
**Obrázek 18: Souhlas s platbou za návštěvu lékaře**

V tomto grafu je jasně vidět, že dotazované sestry i občané jsou podobného mínění a s poplatky za návštěvu lékaře nesouhlasí. Téměř polovina obou skupin udává zesílený zápor, že rozhodně nesouhlasí. S platbou za návštěvu lékaře souhlasí pouze 17 % sester a 19 % občanů.



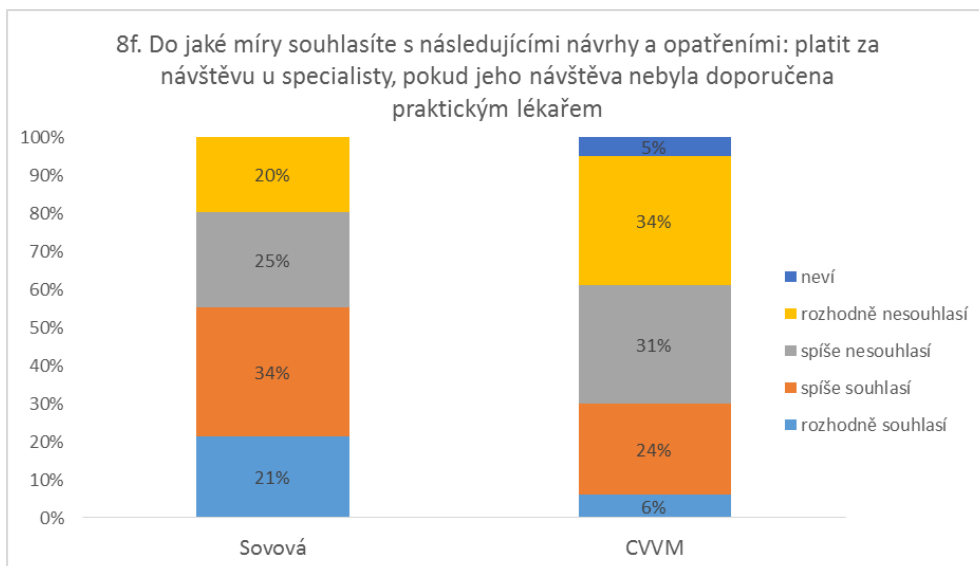
**Obrázek 19: Souhlas se snížením počtu specializovaných pracovišť**

Mezi občany ČR a dotazovanými sestrami panuje vzájemná shoda v názoru na návrh ušetřit snížením počtu specializovaných lůžek. Obě strany s návrhem většinou nesouhlasí, sestry se však k tomuto tématu staví více razantně, 57 % rozhodně nesouhlasí. Ve společnosti sdílí stejně razantní postoj 40 % respondentů.



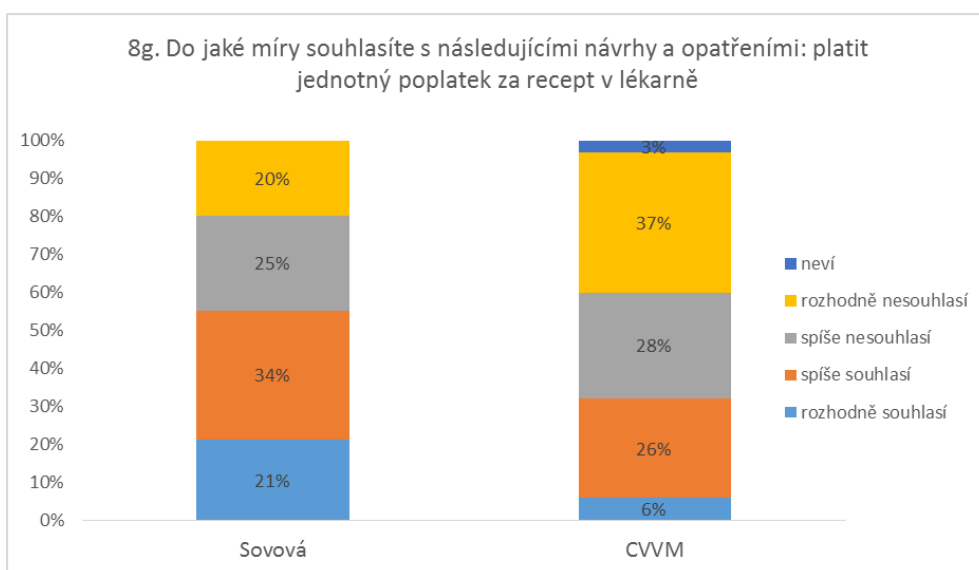
**Obrázek 20: Souhlas s rozdělením péče na standard a nadstandard**

V této otázce není možné nalézt nijak výrazné rozpory mezi míněním sester a společnosti. Sestry se nejčastěji vyjadřovaly míněním, že rozhodně nesouhlasí s rozdělením péče na standard a nadstandard (34 %), necelá třetina udává, že spíše nesouhlasí (31 %). Pozitivní, souhlasný názor udává zbylých 35 % sester. Negativní odezvu si tento návrh získal u více než poloviny respondentů (54 %) z řad občanů ČR.



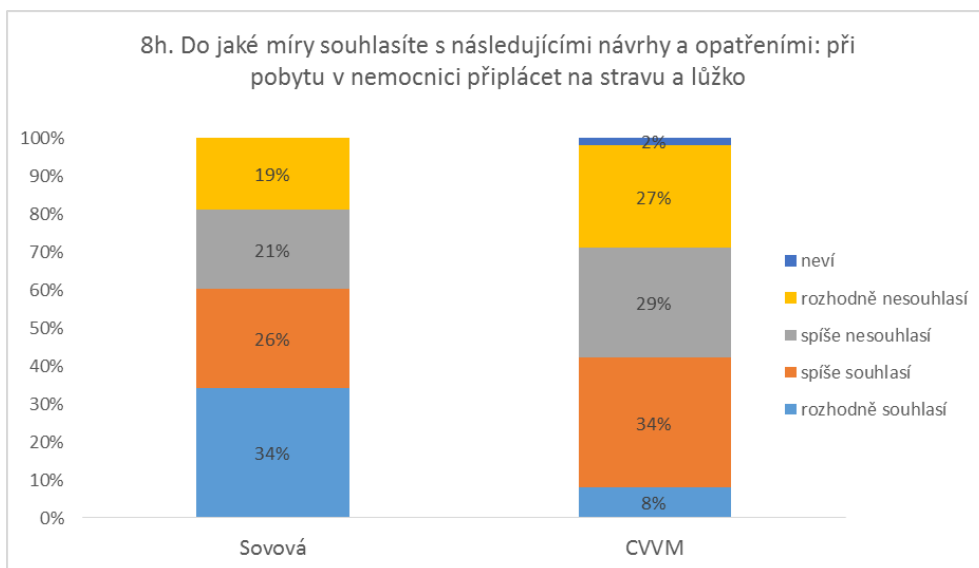
**Obrázek 21: Souhlas s platbou za návštěvu specialisty**

Zatímco společnost se k tomuto návrhu staví spíše negativně, 65 % respondentů nesouhlasí, všeobecné sestry jsou trochu jiného názoru. Více než polovina sester (55 %) se vyjadřuje souhlasně, čtvrtina (25 %) spíše nesouhlasí a zbylých 20 % udává zesílený nesouhlas.



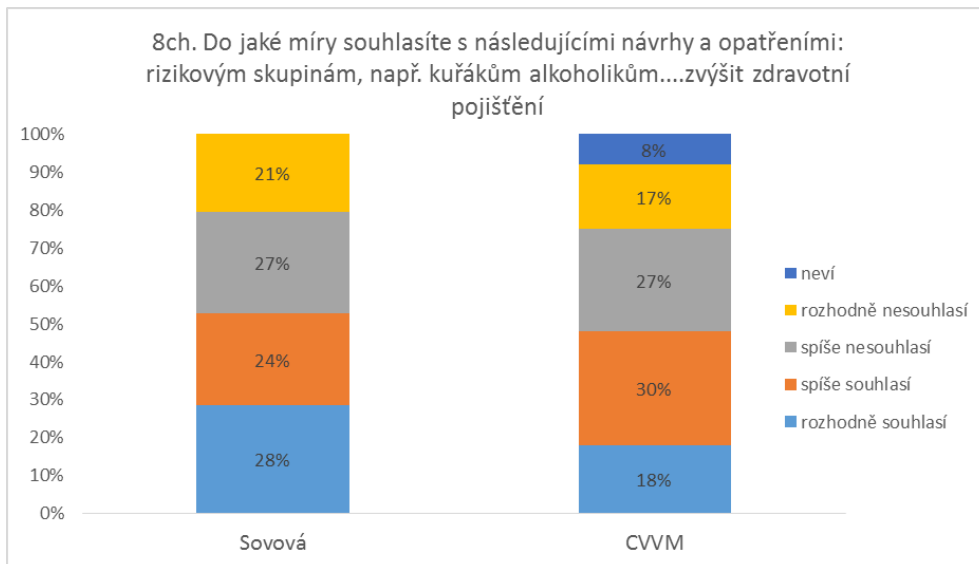
**Obrázek 22: Souhlas s poplatkem za recept**

K placení poplatku za recept se souhlasně vyjádřilo 55 % sester, 21 % dokonce uvedlo, že rozhodně souhlasí. Skoro stejný procentuální podíl (20 %) sester se naopak postavil rezolutně proti tomuto návrhu. Dotazovaní občané vnímají tento návrh více negativně. Souhlasné odpovědi obyvatel ČR si získaly pouze 31 %, ve prospěch nesouhlasu (65 %).



**Obrázek 23: Souhlas s příplatkem za stravu a lůžko v nemocnici**

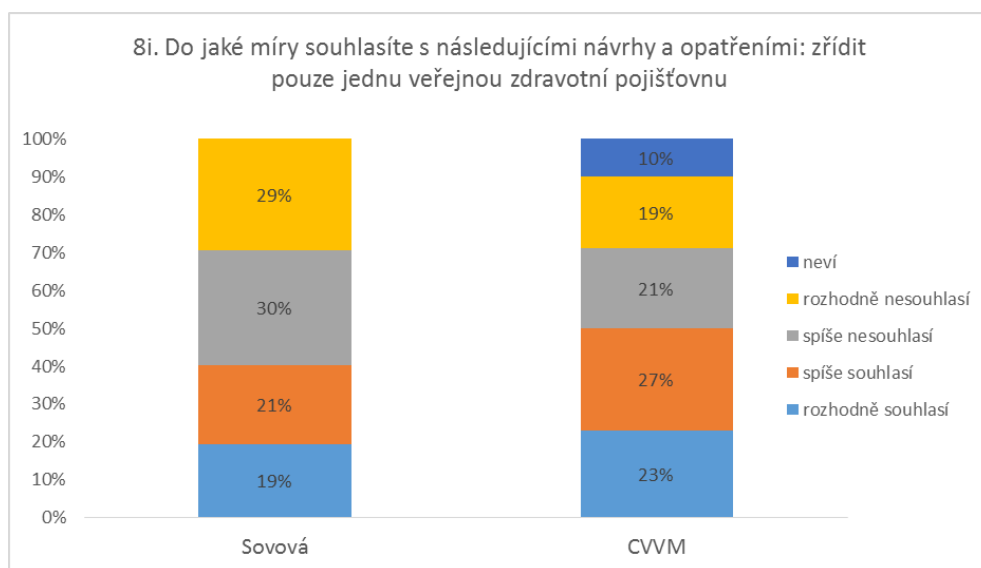
Na tomto grafu je zajímavé srovnat zcela kladný pól odpovědí obou sloupců. Více než třetina sester s připlácením na stravu a lůžko rezolutně souhlasí (34 %), mezi dotazovanými občany sdílí tento názor pouhých 8 %.



**Obrázek 24: Souhlas se zvýšením pojistného rizikovým skupinám**

K této otázce se všeobecné sestry staví celkem vyrovnaně, názor sester ve všech jeho variantách téměř koreluje s názory veřejnosti. Ve společnosti byla nejčastější odpověď „spíše souhlasím“, a to ve 30 %.





**Obrázek 25: Souhlas zřídit jednu zdravotní pojišťovnu**

Na návrh zřídit pouze jednu zdravotní pojišťovnu reagovala více než polovina dotazovaných všeobecných sester (59 %) záporně, 19 % tento návrh rozhodně podporuje a zbylých 21% se vyjadřuje trochu zdrženlivěji, ale souhlasně. Respondenti z řad občanů ČR se vyjadřují v polovině případů souhlasně (50 %), 40 % je proti a zbylých 10 % se nepřiklání ani k jedné straně.

## 5 Diskuze

Výzkumné šetření mezi zdravotními sestrami bylo provedeno s cílem zjistit jejich spokojenost se současným systémem zdravotní péče v ČR, jejich názory na kvalitu poskytované péče a v neposlední řadě na jejich postoje k reformním opatřením. Po sběru, zpracování a vyhodnocení potřebných dat byly zmíněné názory porovnány s míněním veřejnosti.

Spokojenost sester se zdravotním systémem byla dotazována otázkou č. 1 a dále pak blokem otázek č. 7, který se přímo soustředil na vyjádření mínění k problémům ve vybraných oblastech systému. Se spokojeností zároveň souvisela Hypotéza 1. (H1: Podíl spokojených sester převyšuje podíl nespokojených.) Z výsledků sebraných dat však vyplývá skutečnost, že zdravotní sestry vnímají zdravotní systém ČR spíše negativně. Celkem 54 % sester se kloní k jeho zápornému hodnocení a pouze 27 % sester se k jeho hodnocení vyjadřuje kladně. Tento fakt hypotézu 1 jednoznačně vyvrací. Při porovnání s míněním veřejnosti je zřetelné, že respondenti z řad občanů ČR hodnotí zdravotní systém ČR podstatně lépe. Více než třetina dotazovaných (39 %) je spokojena, 28 % spokojena není a 32 % z nich se vyjadřuje neutrálně.

První z bloku otázek, které se váží k problémům v systému, se věnuje kvalitě poskytované péče. Drtivá většina sester (93 %) si myslí, že v této oblasti jsou problémy, 58 % udává dokonce velké problémy. Domnívám se, že je překvapivé, že při současné snaze o neustálé zvyšování kvality poskytované péče sestry hodnotí tuto oblast takto záporně. Zároveň je třeba podotknout, že touto otázkou v podstatě mohou sestry částečně hodnotit i svou práci, i když v otázce není přímo specifikovaná péče ošetrovatelská. Autorka věří, že pokud sestra provádí svou práci *lege artis*, může tuto péči označit za kvalitní a tím se podílet na celkovém z kvalitnění zdravotní péče poskytované pacientovi. K této otázce je možné doplnit zajímavý fakt, že v době sběru dat v obou velkých pražských nemocnicích probíhala příprava na akreditaci Spojenou akreditační komisí. Data CVVM dokazují, že i většina veřejnosti vidí v této oblasti problémy. Rozdíl v mínění občanů a sester je v hodnocení závažnosti problémů, zatímco 58 % sester je označuje za velké, 51 % občanů si myslí, že jsou pouze malé.

Další z otázek mířila na potíže ve financování zdravotní péče. Autorka předpokládala, že v této oblasti budou všeobecné sestry udávat nejvyšší nespokojenost, proto si stanovila hypotézu 2 (H2: Sestry vyjadřují nejvyšší nespokojenost v oblasti financování veřejného zdravotnictví). Nespokojenost s tímto sektorem byla u zdravotních sester vsutku vysoká. 93 % všeobecných sester vidí v této oblasti problémy, 55 % respondentek je považuje za velké. Občané ČR jsou v tomto hodnocení kritičtější a problémy spjaté s financováním českého zdravotnictví vidí téměř třetina z nich (33 %). Potvrzení či vyvrácení hypotézy 2, je nsnadno hodnotitelné. Všeobecné sestry vyjadřují procentuálně nejvyšší nespokojenost v oblasti dostupnosti zdravotní péče. 94 % z nich není s touto oblastí spokojeno, tato nespokojenost je ale pouze o 1 % vyšší než v oblasti financování zdravotní péče nebo kvality péče. Je tedy nasnadě, že celkově vysoká nespokojenost dosahuje ve všech dotazovaných oblastech vyrovnaných hodnot. Jediná oblast, kde se sestry vyvarovaly tak kritického hodnocení, je oblast fungování zdravotních pojišťoven. Autorka je toho názoru, že H2 se nepodařilo vzhledem k vyrovnaným výsledkům průzkumu vyvrátit ani potvrdit, dále autorka přiznává možnost, že hypotéza byla špatně stanovena. Pokud by bylo výzkumné šetření této dimenze hodnocené z hlediska síly nespokojenosti, pak by nejnegativněji hodnocená byla opět otázka dostupnosti zdravotní péče, kde nejvyšší podíl sester udává velké (57 %) až velmi velké (14 %) problémy. V těsném závěsu za touto otázkou pak zůstává kvalita (velké problémy 55 %, velmi velké problémy 3 %) a financování (velké problémy 55 %, velmi velké problémy 3 %) zdravotní péče. Proč a jaký druh dostupnosti je pro pacienta dle sester nejproblematictější, je otázka, která by si zasloužila další, specificky zaměřené, výzkumné šetření.

Dalším bodem k hodnocení byl vztah lékař/pacient, který si opět získal negativnější hodnocení sester než veřejnosti. Více než polovina sester shledává v tomto vztahu velké problémy (56 %), téměř stejný počet občanů (54 %) označuje tyto problémy pouze jako

malé. Pozitivní hodnocení tohoto vztahu se vyšplhalo na skromných 9 % mezi sestrami a 14 % u veřejnosti.

Hospodaření v oblasti léků je jedna z mála otázek, která získala u sester pozitivnější hodnocení než u veřejnosti. Tato otázka byla respondenty z řad laiků hodnocena převážně negativně. Téměř čtvrtina občanů (21 %) je toho názoru, že potíže v tomto sektoru jsou velmi velké, 42 % obyvatel je označuje za velké. Všeobecné sestry jsou úplně jiného mínění, téměř třetina z nich v této oblasti nevidí problémy žádné a skoro polovina udává, že problémy zde jsou, ale jen malé. Hospodaření v oblasti léků a léková politika všeobecně jsou aktuálně jedny z prioritních oblastí, ve kterých by současný ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček rád uspořil resortní peníze a zároveň zajistil lepší dostupnost léků občanům. (Citores, 2014) Podle časopisu Zdravotnictví a medicína se opravdu revizní činností Státního ústavu pro kontrolu léčiv podařilo uspořit miliardu korun. (Klusáková, 2014) Budou v budoucnu i občané tento sektor hodnotit lépe?

Předposledním bodem z bloku otázek mířených na spokojenost byl objem poskytovaných služeb veřejným zdravotnictvím. V této otázce se hodnocení obou stran téměř shoduje a zdá se být pro většinu respondentů obou stran problematický. Rozdíl je pouze ve vyjadřování závažnosti problémů, viz obr. 15.

Jak již bylo řečeno, oblast fungování pojišťoven se všeobecným sestrami jeví jako nejméně problematická část zdravotního systému ČR. V této oblasti je také jeden z nejpatrnějších rozdílů v názorech sester a veřejnosti. Necelá polovina sester (47 %) míní, že ve fungování pojišťoven nejsou žádné problémy, mezi občany tento názor sdílí jen 5 %. Naopak 26 % veřejnosti popisuje problémy v této oblasti jako velmi velké, procentuální podíl sester stejného mínění jsou pouhá 2 %. Dalším cílem práce bylo zmapovat názory sester na kvalitu zdravotní péče. Kvalita péče byla hodnocena nejen v otázce 7a, která byla rozebrána výše. Byla též poptávána otázkou č. 2, která se týkala změny kvality péče v posledním roce a otázkami 3 – 6, jež se dotýkaly tématu lékařské péče a autonomie pacienta. V názorech na vývoj kvality zdravotní péče v uplynulém roce převládá názor, že kvalita péče se nezměnila. (sestry 42 %, občané 53 %). Tento názor většinově sdílí obě strany, tedy jak sestry, tak občané. Tímto výsledkem se potvrzuje hypotéza 3: Nejvyšší podíl sester uvádí, že kvalita zdravotní péče se v posledním roce nezměnila. Dále byla hodnocena lékařská péče, na straně sester i občanů převládá spokojenost s lékařskou péčí nad nespokojeností. Viz obr. 6. Zmíněné autonomie pacienta se týkaly otázky na poskytování informací a na možnosti nemocného rozhodovat o své léčbě. Dotazované sestry si v 60 % myslí, že pacienti dostávají dostatek informací, 40 % z nich je opačného, záporného názoru. Podobný názor mají i občané/potenciální pacienti, 56 % z nich zastává názor, že pacienti jsou informováni dostatečně, 35 % je názoru, že pacienti jsou informováni méně, než by bylo třeba. Na otázku: zdali by se pacient měl podílet na

rozhodování o léčbě své nemoci, všeobecné sestry s absolutní převahou (97 %) uvedly, že měl, ale pouze 39 % sester si myslí, že tuto možnost pacient v ČR skutečně má. Naopak více než polovina sester (57 %) je mínění, že pacienti se na rozhodování o své terapii podílet nemohou. Veřejnost též většinou sympatizuje s možností pacienta rozhodovat o své léčbě a polovina respondentů z řad občanů si myslí, že nemocní tuto šanci opravdu mají. Hypotéza 4 : Většina sester je názoru, že pacienti ČR by se rozhodně měli podílet na rozhodování o léčbě své nemoci, byla jasně potvrzena.

Poslední tematický okruh této práce se týká reformních opatření ve zdravotnictví. Všeobecné sestry vyjadřovaly míru souhlasu s těmito návrhy: snížit počet lůžek v nemocnicích, více připlácet na léky dle jejich ceny, platit poplatek za návštěvu lékaře, ušetřit snížením počtu specializovaných pracovišť, rozdělit péči na tzv. standard a nadstandard, platit za návštěvu specialisty, pokud nebyla doporučena praktickým lékařem, platit jednotný poplatek za recept v lékárně, připlácet při pobytu v nemocnici za stravu a lůžko, rizikovým skupinám zvýšit zdravotní pojištění, zřídit pouze jednu zdravotní pojišťovnu. Nejvyšší nesouhlas všeobecné sestry vyjadřovaly s návrhem ušetřit snížením počtu specializovaných pracovišť, 85 % z nich se vyjádřilo nesouhlasně, a téměř 60 % sester dokonce zvolilo odpověď „rozhodně nesouhlasím“. Na druhém místě z hlediska nesouhlasu se shodnými 83 % umístila opatření snížit počet lůžek v nemocnici, více připlácet na léky v závislosti na jejich ceně a platit poplatek za návštěvu u lékaře. Vysoká míra nesouhlasu k opatřením rušit lůžka, ať již standardní či specializovaná, je pochopitelná. Snížení počtu lůžek má za následek redukci personálu, pro všeobecné sestry je to riziko ztráty práce. Dalším argumentem proti tomuto postoji je fakt, že tato opatření mohou omezit dostupnost specializované péče pacientům, což může mít za následek rozpor mezi snahou ušetřit a zároveň poskytovat kvalitní zdravotní péči.

Je celkem zajímavé, že zatímco s poplatkem za návštěvu lékaře všeobecné sestry většinou nesouhlasí, s návrhem připlácet při pobytu v nemocnici na stravu a lůžko souhlasí 60 % z nich. Toto opatření si mezi sestrami získalo zmíněnými 60 % nejvyšší podporu. Rovněž opatření platit jednotný poplatek za recept v lékárně si získal mezi sestrami celkem vysokou náklonnost, 55 % se vyjádřilo kladně, což znamená, že všeobecné sestry by raději platily poplatek za recept, než si připlácely více na samotné léky. Otázka ekonomické udržitelnosti zdravotnictví a přímé spoluúčasti pacienta na platbách za zdravotní služby je díky stárnutí populace a neustálému nárůstu civilizačních onemocnění celosvětový problém napříč různými typy zdravotnických systémů. Přičemž *„poplatek za návštěvu praktického lékaře je zaveden ve dvou třetinách západních zemích, v polovině pak nemocní platí i za hospitalizaci.“* (Daily Mail, 2014) O poplatku za návštěvu lékaře nedávno hlasovala i profesní organizace Royal College of Nursing, která ve Velké Británii zaštiťuje ošetrovatelský personál. Zatímco angličtí lékaři se k poplatkům vyjádřili kladně, zdravotní sestry hlasovaly jednoznačně proti tomuto návrhu. (Guardian, Daily Mail, 2014)

Další opatření hodnocená v průzkumu se týkala rozdělení péče na standard a nadstandard, toto opatření si rovněž získalo mezi sestrami spíše negativní hodnocení. Celkem 65 % sester se vyjadřovalo proti tomuto návrhu, souhlas podpořilo 35 % z nich.

Návrhy platit za návštěvu specialisty, pokud nebyla doporučena praktickým lékařem, a zvýšit pojištění rizikovým skupinám obyvatel si získaly celkem vyrovnané hodnocení. S těmito návrhy souhlasí o něco více než polovina dotazovaných všeobecných sester.

Poslední dotaz měl za cíl zjistit, zdali by sestry souhlasily se zavedením pouze jedné zdravotní pojišťovny. Data ukazují, že 60 % sester se k tomuto návrhu staví záporně, podporu si naopak získal u 40 % z nich. Zatímco v našem státě se k tomuto návrhu dotazované sestry staví záporně a občané spíše neutrálně, viz obr. 26, pacientské organizace a sdružení lékařů, lékárníků a ošetrovatelského personálu ve Švýcarsku záměr zřídit jednu zdravotní pojišťovnu podporují. (Bošková, 2014)

V souvislosti s reformními opatřeními si autorka stanovila hypotézu 5 : Všeobecné sestry se budou nejlépe vyjadřovat k opatření zvýšit zdravotní pojištění rizikovým skupinám obyvatelstva. Tato hypotéza se nepotvrdila, neboť všeobecné sestry se nejlépe vyjadřovaly k návrhu: v případě hospitalizace připlácet na stravu a lůžko.

Výsledné porovnání dat průzkumu mezi sestrami a veřejností odhalilo velice zajímavé a mnohdy překvapivé informace o postojích a smýšlení zdravotních sester. Též poukazuje na rozdílné mínění obyvatel ČR a specifické skupiny respondentů, kteří jsou se zdravotnictvím spjatí jinak než běžní občané, potenciální pacienti. Je také nutno podotknout, že by bylo dost odvážné získané výsledky příliš zobecňovat a považovat je za všeobecné mínění sester České republiky, neboť počet a výběr respondentů byl naprosto náhodný a nepodléhal žádným statistickým metodám. Jistě by ale bylo jedinečné výzkum na podobné téma rozšířit a následně provést např. mezinárodní srovnání.

## Závěr

Bakalářská práce pojednává o vybraných segmentech systému poskytování zdravotní péče v České republice a přináší jejich hodnocení všeobecnými sestrami. Toto téma je díky všeobecnému zájmu o oblast zdravotnictví stále aktuální a živé. Z důvodu, že tato problematika zatím nebyla mezi všeobecnými sestrami řešena, nabízí toto téma celkem široké pole působnosti při získávání nových poznatků.

Mou snahou byla nejprve specifikace a stručný popis systému poskytování zdravotní péče v ČR včetně načrtnutí základních požadavků na její kvalitu. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit spokojenost sester se zmíněným systémem, zmapovat jejich názory na kvalitu poskytované zdravotní péče a jejich postoje k reformním opatřením. Dalším cílem bylo názory a postoje všeobecných sester porovnat s názory veřejnosti.

Z výsledků výzkumného šetření lze vyčíst, že nejenže všeobecné sestry spíše nejsou spokojeny se systémem poskytování zdravotní péče, ale jsou zároveň ve svém hodnocení často mnohem kritičtější než respondenti z řad veřejnosti. Námět kvality poskytované péče byl též drtivou většinou sester hodnocen velmi negativně. Po shrnutí informací a sebraných dat k tématu tolik diskutovaných reformních opatření jsem došla k závěru, že dotazované sestry se k těmto opatřením staví spíše zdrženlivě a většinu z dotazovaných návrhů odmítají. Neoddělitelnou součástí a zároveň jedním z cílů této práce, bylo porovnat smýšlení sester a veřejnosti, což se mi díky mnohokrát zmiňovanému šetření Akademie věd ČR podařilo u každé z položených otázek.

Jak jsem již zmínila výše, výsledky mého šetření nelze zobecňovat a považovat je za všeobecné názory sester České republiky, ale i tak tyto výsledky přinášejí zajímavý podnět pro rozšíření či konkretizaci průzkumu. V budoucnu bych v případném rozšíření tohoto výzkumu ráda pokračovala např. v rámci diplomové práce se specifickým zaměřením na dostupnost zdravotní péče.

## Použitá literatura

### Oborné publikace

- Bertalanffy, L. (1968/2013). General System Theory: Foundations, Development, Applications (Revised Edition) New York: George Braziller
- Brůha, D., Prošková, E. (2011). Zdravotnická povolání. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s.
- Crosby, P. B. (1997). Quality is free: The art of making quality certain. New York: McGraw-Hill
- Dočekalová, P., Švec, K. (2010). Úvod do politologie. Praha: Grada
- Doležal, T. (2012). Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva. Praha: Leges
- Durdisová, J. (2005). Ekonomika zdraví. Praha: Oeconomica
- Durdisová, J., Langhamerová, J. (2001). Úvod do teorie zdravotní politiky. Praha: Vysoká škola ekonomická
- Gladkij, I., Ivanová, K., Koldanová, Z., Králová, J., Strnad, L., & Zlámal, J. (2003). Management ve zdravotnictví. Brno: ComputerPress, a.s.
- Juran, J. M. (1998). Juran's quality handbook. (5th ed.). New York: McGraw-Hill
- Nahodil, F. a kol. (2009). Veřejné finance v České republice. Plzeň: Aleš Čeněk
- Prošková, E. (2012). Základy práva pro zdravotnické pracovníky. Opava: Slezská univerzita v Opavě
- Šedo, J. (2012). DRG v praxi. Praha: Galén
- Zlámal, J., Bellová, J., (2013). Ekonomika zdravotnictví. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Ekonomické informace ve zdravotnictví 2012. (2012). Praha: Ústav zdravotnických informací
- Ministerstvo zdravotnictví ČR, Světová zdravotnická organizace. (2000). Zdraví 21-21 cílů pro 21. století. Praha: MZČR
- WHO. (2006). Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO Press
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Zákon č . 592/1992 Sb., České národní rady o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

Zákon č . 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů

Vyhláška č . 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče

Vyhláška č . 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014

Vyhláška č . 134/1998 Sb., Ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

Vyhláškou č . 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhů a výše příjmů a výdajů fondu veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu

### **Odborné časopisy**

Bošková, V . (2014). Švýcarsko: Boj za jednu pojišťovnu nekončí. Zdravotnictví a medicína, 11, 10.

Citores, F . (2014). Se zdravotnictvím vládě možná pomůže i opozice. Zdravotnictví a medicína, 4 , 1 -3 .

Klusáková, P . (2014). Úspory v lékové politice dosáhly jedné miliardy. Zdravotnictví a medicína, 12, 2 -3 .

Kha (2014). Velká Británie znovu debatovala o poplatku za návštěvu lékaře. Zdravotnictví a medicína, 13, 11.

Zámečník, M . (2014). Priority resortu zdravotnictví-včera bylo pozdě. Zdravotnictví a medicína, 14,6 -7 .

### **Internetové zdroje**

Cenová regulace léčiv (2012). Ministerstvo zdravotnictví České republiky [on line].

Dostupné z [http://www.mzcr.cz/obsah/jak-se-regulují-ceny-leciv\\_2516\\_1.html](http://www.mzcr.cz/obsah/jak-se-regulují-ceny-leciv_2516_1.html)

Doležal, T. (2011) Problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta zejména s ohledem na institut tzv. informovaného souhlasu. [on line]. Dostupné z

<http://ilaw.cas.cz/medlawjournal/index.php/medlawjournal/article/view/1/pdf>

Informace o mezinárodní normě ISO 9001. (2008). Info-iso [on line]. Dostupné z

[http://www.info-iso.cz/iso\\_9001\\_informace/](http://www.info-iso.cz/iso_9001_informace/)



- Informace o zrušení povinnosti platit regulační poplatek za poskytování lůžkové péče od 1.1. 2014 (2014). Ministerstvo zdravotnictví České republiky[on line]. Dostupné z [http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-o-zruseni-povinnosti-platit-regulacni-poplatek-za-poskytovani-luzkove-8619\\_114\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-o-zruseni-povinnosti-platit-regulacni-poplatek-za-poskytovani-luzkove-8619_114_1.html)
- Janda, J., (2001). Historie a současnost DRG. Zdraví E15 [on line]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/historie-a-soucasnost-drg-132630>
- Janda, Z., (2012). Úvod do kvality: Pokračování. Ikvalita.cz [on line]. Dostupné z <http://.ikvalita.cz/tools.php?ID=76>
- Kandilaki, D., (2013) Poplatky ve zdravotnictví v ČR. Health policy institute [on line]. Dostupné z <http://www.hpi.sk/hpi/sk/view/9724/poplatky-ve-zdravotnictvi-v-cr.html>
- Kvalita(jakost) (2013). Managementmania[on line]. Dostupné z <https://managementmania.com/cs/kvalita-jakost>
- MZ informuje o stěžejních změnách a novinkách ve zdravotnictví v roce 2014. (2013). Ministerstvo zdravotnictví České republiky[on line]. Dostupné z [http://www.mzcr.cz/dokumenty/mz-informuje-o-stezejnich-zmenach-a-novinkach-ve-zdravotnictvi-v-roce-2014-8582\\_2778\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/mz-informuje-o-stezejnich-zmenach-a-novinkach-ve-zdravotnictvi-v-roce-2014-8582_2778_1.html)
- Návrh zákona o úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovny (2008). Lekari pro reformu [on line]. Dostupné z <http://www.lekariproreformu.cz/cz/info/76-navrh-zakona-o-uradu-pro-dohled-nad-zp.html>
- Neplánovaná zdravotní péče. (2013). Europa.eu [on line]. Dostupné z [http://europa.eu/youreurope/citizens/health/planned-healthcare/right-to-treatment/index\\_cs.htm](http://europa.eu/youreurope/citizens/health/planned-healthcare/right-to-treatment/index_cs.htm)
- Nováková, J. (2014) Česká veřejnost o zdravotnictví-prosinec 2013. Cvvm [on line]. Dostupné z <http://cvvm.soc.cas.cz/zdravi-volny-cas/ceska-verejnost-o-zdravotnictvi-2>
- Novotná, L., (2010). Koncepce zajištění dostupnosti zdravotní péče v České republice. hpi.sk [on line]. Dostupné z <http://www.hpi.sk/hpi/sk/view/3821/koncepce-zajisteni-dostupnosti-zdravotni-pece-v-nbsp-ceske-republice.html>
- Ondřejek, P., (2013) Ústavní soud zrušil nálezem sp. zn. Pl. ÚS 36/11 ze dne 2. července

2013 část zákona o veřejném zdravotním pojištění. Výzkumné centrum pro lidská práva [on line]. Dostupné z <http://www.vclp.cz/news/ustavni-soud-zrusil-nalezem-sp-zn-pl-us-36-11-ze-dne-2-cervence-2013-cast-zakona-o-verejnem-zdravotnim-pojisteni/>

Palán, Z., Systém. Andromedia [on line]. Dostupné z <http://www.andromedia.cz/andragogicky-slovník/system>

Plátcí pojistného na zdravotní pojištění. (2014). Všeobecná zdravotní pojišťovna [on line]. Dostupné z <http://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/2-1-platci-pojistneho-na-zdravotni-pojisteni>

Prokeš, M., (2010). Léková politika pro každého. Zdraví E15 [on line]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/lekova-politika-pro-kazdeho-451191>

Přerozdělování pojistného. (2014). Všeobecná zdravotní pojišťovna [on line]. Dostupné z <http://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/stat/prerozdelovani-pojistneho>

Salavcová, M., (2011). Kvalita: Výklad hesla. Metodický portál [on line]. Dostupné z [http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogicky\\_lexikon/K/Kvalita](http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogicky_lexikon/K/Kvalita)

Systém zdravotního pojištění v ČR. (2014) české zdravotnické forum [on line]. Dostupné z <http://www.czf.cz/clanek/znz-system>

Tlustá, E., (2007). Léková politika- výzva současnosti, nástroj budoucnosti. Remedia [on line]. Dostupné z <http://www.remédia.cz/Clanky/Veni-Vidi/Lekova-politika-vyzva-soucasnosti-nastroj-budoucnosti/6-K-il.magarticle.aspx>

Tuček, M. (2014). Názory obyvatel na poplatky ve zdravotnictví a jiná vybraná opatření-prosinec 2013. Cvvm [on line]. Dostupné z <http://cvvm.soc.cas.cz/zdravi-volny-cas/nazory-obyvatel-na-poplatky-ve-zdravotnictvi-a-jina-vybrana-opatreni-prosinec-2013>

Tuček, M. (2014). Názory obyvatel na zdravotní péči v ČR-prosinec 2013. Cvvm [on line]. Dostupné z <http://cvvm.soc.cas.cz/zdravi-volny-cas/nazory-obcanu-na-zdravotni-peci-v-cr-prosinec-2013>

Úhradová regulace léčiv (2012). Ministerstvo zdravotnictví České republiky [on line]. Dostupné z [http://www.mzcr.cz/obsah/jak-se-reguluji-uhrady-leciv\\_2517\\_1.html](http://www.mzcr.cz/obsah/jak-se-reguluji-uhrady-leciv_2517_1.html)

Úvod do problematiky DRG. (2008). Podpora kontrakce DRG [on line]. Dostupné z <http://drg.nrc.cz/uvoddrg.html>

Vláda zrušila poplatky za návštěvu lékaře a za recept v lékárnách. (2014). Ministerstvo zdravotnictví České republiky [on line]. Dostupné z [http://www.mzcr.cz/dokumenty/vlada-zrusila-poplatky-za-navstevu-lekare-a-za-recept-v-lekarnach-9289\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/vlada-zrusila-poplatky-za-navstevu-lekare-a-za-recept-v-lekarnach-9289_1.html)

Základní parametry úhradové vyhlášky pro rok 2014. (2013). Ministerstvo zdravotnictví České republiky [on line]. Dostupné z [http://www.mzcr.cz/dokumenty/zakladni-parametry-uhradove-vyhlasky-pro-rok-2014-8427\\_2778\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/zakladni-parametry-uhradove-vyhlasky-pro-rok-2014-8427_2778_1.html)

Zavádění a udržování kvality a bezpečí zdravotní péče v zařízeních nemocničního typu na území ČR. (2012). sakcr.cz [on line]. Dostupné z <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2012/zavadeni-a-udrzovani-kvality-a-bezpecni-zdravotni-pecce-v-zarizenich-nemocnicniho-typu-na-uzemi-cr-.547/>

Zenker, P., (2012). Zdravotnictví. Euroskop.eu [on line]. Dostupné z [on line]. Dostupné z <https://www.euroskop.cz/672/sekce/zdravotnictvi/>

## **Seznam použitých zkratk**

AVČR: Akademie věd

CVVM: Centrum pro výzkum veřejného mínění

ČR: Česká republika

DRG: Diagnosis Related Groups

EU: Evropská Unie

HDP: Hrubý domácí produkt

MZCR: Ministerstvo zdravotnictví České republiky

OECD: Organization for Economics Co-operation and Development

WHO: World Health Organization

## Seznam tabulek a grafů

Obrázek 1 : Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví Zdroj: UZIS, Zdravotnictví České republiky ve statistických údajích 2013	16
Obrázek 2 : Vývoj výdajů na zdravotní péči. Zdroj UZIS, Zdravotnictví české republiky ve statistických údajích 2013	18
Obrázek 3 : Srovnání spokojenosti sester a občanů se zdravotním systémem ČR	29
Obrázek 4 : Názory na vývoj kvality zdravotní péče	30
Obrázek 5 : Spokojenost s lékařskou péčí	30
Obrázek 6 : Poskytování informací pacientům	31
Obrázek 7 : Možnost pacientů podílet se na rozhodování o léčbě	31
Obrázek 8 : Názory na možnost pacientů rozhodovat o své léčbě	32
Obrázek 9 : Problémy v kvalitě poskytované péče	32
Obrázek 10: Problémy ve financování veřejného zdravotnictví	33
Obrázek 11: Problémy ve vztahu mezi lékaři a pacienty	33
Obrázek 12: Problémy v dostupnosti zdravotní péče	34
Obrázek 13: Problémy v hospodaření v oblasti léků	34
Obrázek 14: Problémy v objemu služeb poskytovaných veřejným zdravotnictvím	35
Obrázek 15: Problémy ve fungování pojišťoven	35
Obrázek 16: Souhlas se snížením počtu lůžek v nemocnici	36
Obrázek 17: Souhlas s příplácením na léky	36
Obrázek 18: Souhlas s platbou za návštěvu lékaře	37
Obrázek 19: Souhlas se snížením počtu specializovaných pracovišť	37
Obrázek 20: Souhlas s rozdělením péče na standard a nadstandard	38
Obrázek 21: Souhlas s platbou za návštěvu specialisty	39
Obrázek 22: Souhlas s poplatkem za recept	39
Obrázek 23: Souhlas s příplatkem za stravu a lůžko v nemocnici	40
Obrázek 24: Souhlas se zvýšením pojistného rizikovým skupinám	40
Obrázek 25: Souhlas zřít jednu zdravotní pojišťovnu	41

## **Seznam příloh**

Příloha č . 1 Dotazník

## **Příloha č . 1 Dotazník**

# **Spokojenost sester se současným stavem zdravotnictví ČR**

### **Dotazník**

Dobrý den,

mé jméno je Jana Sovová, jsem studentkou kombinované formy bakalářského oboru všeobecná sestra 1 . lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

Ráda bych Vás tímto oslovila s prosbou o vyplnění krátkého dotazníku, týkajícího se spokojenosti s českým zdravotnictvím. Dotazník je určen pro všeobecné sestry a zdravotnické asistenty, jeho cílem je zjistit Vaše názory a postoje k vybraným problematickým dimenzím českého zdravotnictví a následně je srovnat s názory laické veřejnosti. Dotazník je anonymní a sebraná data budou použity v mé bakalářské práci.

Předem Vám děkuji za chvilku z vašeho náročného pracovního programu, věnovanou mému dotazníku.

#### **1. Jak jste obecně spokojen/a se zdravotním systémem ČR? Jste:**

rozhodně spokojen

spíše spokojen

ani spokojen, ani nespokojen

spíše nespokojen

rozhodně nespokojen

#### **2. Kvalita zdravotní péče v České republice se podle Vašeho názoru v posledním roce..**

velmi se zlepšila

spíše se zlepšila

nezměnila se

spíše se zhoršila

velmi se zhoršila

**3. Jak jste spokojen/a s lékařskou péčí?**

rozhodně spokojen

spíše spokojen

ani spokojen, ani nespokojen

spíše nespokojen

rozhodně nespokojen

**4. Poskytují podle Vás lékaři a Vy jako zdravotnický personál nemocným dostatek nebo nedostatek informací o jejich zdravotním stavu a možnostech léčby?**

rozhodně dostatek

spíše dostatek

spíše nedostatek

rozhodně nedostatek

**5. Mají nebo nemají podle Vás pacienti v České republice možnost podílet se na rozhodování o léčbě své nemoci?**

rozhodně mají možnost

spíše mají možnost

spíše nemají možnost

rozhodně nemají možnost

**6. Měl nebo neměl by se pacient podílet na rozhodování o léčbě své nemoci?**

rozhodně měl

spíše měl

spíše neměl

rozhodně neměl

**7. Jsou nebo nejsou podle Vás problémy v následujících vybraných oblastech zdravotnictví?**

Zaškrtněte prosím možnost dle následujícího pravidla:

- A ) žádné problémy v této oblasti nejsou
- B ) problémy v této oblasti jsou malé
- C ) ano v této oblasti jsou velké problémy
- D ) ano v této oblasti jsou velmi velké problémy

**Kvalita poskytované zdravotní péče (A ,B ,C ,D )**

**Financování veřejného zdravotnictví (A ,B ,C ,D )**

**Vztah mezi lékaři a pacienty (A ,B ,C ,D )**

**Dostupnost zdravotní péče (A ,B ,C ,D )**

**Hospodaření v oblasti léků (A ,B ,C ,D )**

**Objem služeb poskytovaný veřejným zdravotnictvím (A ,B ,C ,D )**

**Fungování pojišťoven (A ,B ,C ,D )**

**8. Do jaké míry souhlasíte s následujícími návrhy a opatřeními?**

Zaškrtněte prosím možnost dle následujícího pravidla:

- A ) rozhodně souhlasím
- B ) spíše souhlasím
- C ) spíše nesouhlasím
- D ) rozhodně nesouhlasím

**Snížit počet lůžek v nemocnicích (A ,B ,C ,D )**

**Více připlácet na léky v závislosti na jejich ceně (A ,B ,C ,D )**

**Platit poplatek za návštěvu u lékaře (A ,B ,C ,D )**

**Ušetřit snížením počtu specializovaných zdravotnických pracovišť (A ,B ,C ,D )**

**Rozdělit péči na tzv. standard a nadstandard (A ,B ,C ,D )**



**Platit za návštěvu u specialisty, pokud jeho návštěva nebyla doporučena praktickým lékařem (A ,B ,C ,D )**

**Platit jednotný poplatek za recept v lékárně (A ,B ,C ,D )**

**Při pobytu v nemocnici připlácet na stravu a lůžko (A ,B ,C ,D )**

**Rizikovým skupinám např. kuřákům, alkoholikům, lidem s výraznou nadváhou zvýšit zdravotní pojištění (A ,B ,C ,D )**

**Zřídít pouze jednu zdravotní pojišťovnu (A ,B ,C ,D )**

**9. Jste..**

Žena

Muž

**10. Do jaké věkové kategorie patříte?**

Do 25 let

26 – 35 let

36 – 45 let

46 – 55 let

56 let a více

**11. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

SŠ zdravotnický asistent

SŠ všeobecná sestra

VOŠ

VŠ

**12. V jakém typu provozu pracujete?**

ARO/JIP

Standardní oddělení

Ambulantní péče

**13. Jaká je délka Vaší praxe?**

Do 5 let

5 – 10 let

11 – 15 let

16 – 20 let

20 let a více