

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**

**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**

**Institut mezioborových studií Brno**

**Senioři v domovech důchodců  
a regulační poplatky ve zdravotnictví**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Vedoucí bakalářské práce:  
JUDr. Miroslava Kejdová, CSc.

Vypracoval:  
Petr Janík

Brno 2009

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně a použil jen ty prameny, které jsem uvedl v oddílu Literatura jako součást této práce.

V Brně dne 5.dubna 2009

.....

Petr Janík

## **Poděkování**

Na prvním místě bych velice rád poděkoval vedoucí své bakalářské práce JUDr. Miroslavě Kejdové, CSc. za všechny podnětné připomínky k obsahu i formě, za její obdivuhodné názory a odborné vedení po celou dobu mého studia.

Současně děkuji všem pracovníkům a obyvatelům Domova pro seniory Kociánka v Brně, kteří mi umožnili uskutečnit průzkum tohoto prostředí.

Zvláštní poděkování patří všem, kdo mě podporovali, radili a věnovali mi své přátelství a dobrou energii.

Ocením komentáře čtenářů a upozornění na případné chyby, kterých jsem se, zajisté nerad, dopustil.

Petr Janík

# Obsah

Úvod .....	5
<b>1. Sociální stát .....</b>	<b>8</b>
1.1 Vývojové etapy sociálního státu .....	9
1.2 Příčiny krize sociálního státu .....	12
1.3 Projevy krize sociálního státu .....	14
<b>2. Situace ve zdravotnictví .....</b>	<b>15</b>
2.1 Socialistické zdravotnictví .....	16
2.2 Vývoj po roce 1989 .....	17
2.3 Reforma zdravotnictví .....	20
2.4 Poplatky ve zdravotnictví .....	22
<b>3. Stáří – třetí věk a jeho potíže .....</b>	<b>28</b>
3.1 Fyzické změny ve stáří .....	29
3.2 Psychické změny .....	30
3.3 Změny v oblasti socializace .....	31
<b>4. Domov pro seniory Kociánka .....</b>	<b>33</b>
4.1 Zázemí a služby domova .....	33
4.2 Průzkum v domově pro seniory Kociánka .....	36
<b>Závěr .....</b>	<b>55</b>
<b>Resumé .....</b>	<b>58</b>
<b>Anotace .....</b>	<b>59</b>
<b>Seznam literatury a pramenů .....</b>	<b>60</b>
<b>Seznam zkratk a příloh .....</b>	<b>63</b>
<b>Přílohy .....</b>	<b>64</b>

## Úvod

*Stáří se nevysmívej - vždyť k němu směřuješ.*

Menandros z Athén:

Mnoho pohádek a mýtů lidstva vypráví o tom, že existuje způsob, který – jako například živá voda - staré omlazuje a mrtvé oživuje. Nežijeme iluzemi. Jestliže nazveme současnou dobu, v níž právě žijeme, jako nejistou a rozkolísanou – je stáří téměř jedinou jistotou a spravedlností, které se již od svého narození přibližujeme; kterou nepotkáme jen tehdy, zemřeme-li mladí.

Výběr tématu bakalářské práce souvisí s mým přesvědčením, že seniorský věk by měl být obdobím úctyhodné a moudré sklizně plodů práce, kterou si každý člověk svým životem připravuje. Společnost jako celek by se měla snažit o spravedlivé hodnocení jednotlivých zásluh a zejména o lidský rozměr komunikace se seniory, jedná-li se o hodnotu z nejvyšších, o zdraví.

Prostředí města Brna mám rád, již delší čas tu bydlím, pracuji a studuji zde. Předpokládám, že tady budu žít i nadále a není mi lhostejná diskuse o regulačních poplatcích v českém zdravotnictví. Domnívám se, že je potřebné soustředit se na to, aby komunikace o tomto tématu byla vedena odpovědně a komplexně; věřím, že je nutné zabývat se tím, jak příslušné informace zasahují seniory a věnovat pozornost speciálně tomu prostředí, kde jsou starší lidé soustředěni ve větším množství, tj. v domovech důchodců.

### **Cíl bakalářské práce a průzkumového šetření jsem si stanovil následovně:**

Komunikací s klienty Domova pro seniory Kociánka v Brně bude zodpovězeno, jaký je aktuální vztah seniorů k situaci v českém zdravotnictví, konkrétně k opatřením ve formě regulačních poplatků. Otázky respondentům budou kladeny osobně v rozhovorech a také zprostředkovaně v rámci dotazníku.

Takto realizovaná sociální komunikace by měla vést k výslednému zjištění, jaké jsou názory a emoční vazby (sympatie, antipatie) u vybraného vzorku Brňanů seniorského věku, žijících v instituci sociální péče, vzhledem k regulačním poplatkům.

Informace pro vznik bakalářskou práci jsem postavil na své osobní zkušenosti – pečlivě připravená a v písemné formě detailně strukturovaná komunikace a kontakt s klienty Domova pro seniory Kociánka v Brně, v kombinaci s obecnými tendencemi společenského vývoje (megatrendy) a se studiem literatury a dostupných zdrojů, které uvádím v závěru práce.

Struktura bakalářské práce je následující - první kapitola se týká významného a relativně širokého celospolečenského kontextu našeho života – státu, který je spoluvytvářen občany. Vyjadřuji se k historii sociálního státu, jednotlivým etapám vývoje a rovněž cituji vybrané autority z této oblasti.

Ve druhé kapitole se zaměřuji na české zdravotnictví, které by mělo směřovat k dosažení plného zdraví ve smyslu dimenze fyzické, psychické, sociální a ekologické – tak jak je zdraví definováno společností WHO, Světové zdravotnické organizace při UNESCO. Ke zdraví patří nepochybně i zdravá komunikace – taková která umožňuje porozumění a zachovává, posiluje, v žádném případě však nedevastuje důstojnost seniorů.

Třetí kapitola se snaží o charakteristiku seniorského věku v dnešní době, vyslovuje se k jeho typickým projevům a základním potřebám starších občanů. Specifické rysy má soužití seniorů v institucích sociální péče. Finanční zajištění sféry zdravotnictví, kultury, školství a sociálních věcí je neméně důležité jako komunikace o odpovědnosti každého občana, vzájemný respekt k právům a povinnostem na straně jednotlivce i společnosti a jejích institucí. Do řešení problematiky znevýhodněných skupin – a senioři k nim patří - je vhodné zapojit jak státní organizace, tak i neziskový sektor. Projekty na podporu znevýhodněných budou úspěšné jen tehdy, budou-li komplexní a přitažlivé pro všechny zúčastněné. I tato bakalářská práce byla takto zamýšlena.

**V kapitole čtyři stručně informuji o prostředí Domova pro seniory Kociánka v Brně a definuji hypotézy původního průzkumného šetření, konkrétně:**

- 1. Průzkumným šetřením bude zjištěno, zda mají senioři v Domově pro seniory Kociánka zájem o aktuální změny v systému zdravotnictví**
- 2. Výsledky průzkumu ukáží, zda respondenti s vyšším vzděláním souhlasí se zavedením regulačních poplatků v českém zdravotnictví.**
- 3. Průzkum ukáže, jakým způsobem byli respondenti informováni, jak hodnotí množství a kvalitu informací o reformách českého zdravotnictví.**

Popisuji metodické instrumenty, které jsem využil pro získání dat – rozhovor a dotazník. Vybrané a naměřené, respektive nejen měřením získané informace, jsou v této kapitole předloženy formou slovního popisu. Tam, kde to bylo možné a vhodné, jsou také podpořeny názorným zobrazením - tabulky a grafy.

Metody využití v procesu průzkumu i finálním zpracování bakalářské práce vycházejí z vědomostí získaných studiem na Institutu mezioborových studií, a opírají se také o doporučované práce metodického charakteru.

Závěrem bakalářské práce se zamýšlím nad hledáním pravdy a harmonie mezi slovy a činy. Komentuji možnosti praktického využití výsledků tohoto bádání a také své budoucí plány.

Tato bakalářská práce je realizací mého rozhodnutí přispět k poznání současných obyvatel města Brna v seniorském věku, uskutečněním původního průzkumného šetření, které se váže k problematice regulačních poplatků v českém zdravotnictví. Cílem práce je dosažení nových poznatků, pochopení souvislostí. Komplexní pohled je totiž jediná cesta a šance pro rozvoj myšlenkového a citového bohatství člověka – jednotlivce i celé společnosti.

## 1. Sociální stát

V souvislosti s politickými transformacemi společnosti došlo v posledních dvou desetiletích k výrazným proměnám ve všech sférách života v naší republice. Tyto změny jdou ruku v ruce s globalizačními trendy, rozvojem techniky, zejména techniky počítačové. Dochází rovněž k vývoji stylu života, jeho struktury a přístupu k životu vůbec. Je možné sledovat, že ve společnosti výrazně narůstají sociální rozpory a propady.

Otázka sociálního státu je velmi často zmiňována a provokuje k diskusím. Sociální stát u nás už dávno není samozřejmostí. Přestože v Evropské unii i jinde ve světě lze pozorovat jeho prvky, a i tyto jsou předmětem neustálých polemik a zpochybňování. V demokraticky regulovaném kapitalismu jde zřejmě nejvíce o iluzi rostoucí životní úrovně ve společnosti, která žije na úkor budoucích pokolení.

Význam reorganizace důchodového a nemocenského zabezpečení není veřejnosti dostatečně sdělován. Justice jako celek podléhá politickým tlakům, není nezávislá a neslouží lidu. Došlo sice k částečným a specifickým úpravám legislativy pracovní činnosti občanů, kteří se účastní důchodového zabezpečení. (zaměstnanci, členové družstev, osoby samostatně výdělečně činné, vojáci z povolání, příslušníci Policie ČR), ale nejde o komplexní a širokou veřejností odsouhlasené změny.

Statistické údaje o tom, jak naše populace stárne, jsou neúprosné. Podíl občanů v postproduktivním věku v České republice mají tendenci nárůstu o více než 10% do roku 2020.

Kromě toho se prodlužuje střední délka života a tím je po delší dobu zatěžována sféra důchodového zabezpečení stoupá počet míst v institucích, které poskytují sociální péči (Zdroj: ČSÚ).

V domovech pro seniory se nachází významný počet občanů. Je sice zřejmé, že státní správa a jednotlivé regionální úřady vytvářejí podmínky pro ty seniory, kteří nejsou schopni se o sebe sami postarat a potřebují péči. Na druhé straně je nutné připomenout, že s přibývajícými změnami ve společnosti, týkající se převážně oblasti sociálního zabezpečení a zdravotní péče, státní správa jakoby nějak zapomněla na citlivost těchto osob na zásahy do jejich života, které veškeré změny probíhající ve společnosti pro ně představují. Změny se týkají samozřejmě všech občanů, ale senioři, zvláště senioři v domovech důchodců, kde jsou svými způsobem separováni od společenského života, mají potřebu být informováni a edukováni.



Sociální stát garantuje základní příjem pro každého jedince na úrovni životního minima, poskytuje sociální dávky umožňující překonat sociální rizika možných sociálních událostí s cílem zachovat jistou míru sociálního bezpečí a sociální suverenity a v neposlední řadě zajišťuje poskytování veřejných služeb (školství, zdravotnictví) pro všechny jedince bez ohledu na jejich sociální postavení ve společnosti. Z tohoto důvodu se budeme tomuto fenoménu v následujících řádcích věnovat.

*„Sociální stát /Welfare/ je uspořádáním, ve kterém demokraticky organizovaná moc prostřednictvím sociálního zákonodárství a činnosti státních orgánů a institucí naplňuje tyto funkce:*

*Záchranná funkce – zabraňuje propad jednotlivců či rodin pod uznanou hranici životního minima.*

*Pojišťující funkce – působí proti nepříznivým dopadům různých sociálních událostí (mateřství, invalidita, stáří)*

*Funkce aktivizující a kultivující – je zaměřena na rozvoj lidského potenciálu, zkvalitňování dispozic a sklonů lidí (Kolibová, 2007, s.79).“*

## **1.1 Vývojové etapy sociálního státu**

A) Období experimentálních počátků 80.léta 19.stol. – 1930

Etapa je navázána na chudinské zákony a podpory se snahou o vytvoření pojišťovacích schémat (pojištění úrazové, nemocenské, penzijní a v nezaměstnanosti) na základě dobrovolnosti, s postupným přechodem na povinný model. Např. Německo, Rakousko, Itálie a Velká Británie.

Výsledkem etapy bylo uznání skutečnosti, že rizika průmyslové práce jsou věcí veřejné zodpovědnosti. Byl uzákoněn osmihodinový pracovní den, objevily se první formy kolektivních smluv a zákonů na ochranu žen. Důležitým výsledkem bylo opatření v rámci vzdělávání populace, protože školství se v celé západní Evropě stalo veřejným.

## B) Období konsolidace 1930 - 2.světová válka

Hospodářská krize nastartovala obrat v sociální politice a urychlila tak přijetí opatření, která by se v jiných podmínkách prosazovala obtížněji nebo pozvolna. Příkladů je celá řada, uveďme jen některé:

- USA přijaly v roce 1933 tzv. New Deal (Nový úděl), jehož základem byla politika státního intervencionismu.

- ve Švédsku Karl Gunnar Myrdal v roce 1934 prosadil koncept sociálnědemokratického státu se zaměřením na rodinnou politiku, postupně se přešlo k institucionálnímu pojetí v oblasti státní podpory nezaměstnaným, pojištění v mateřství, nemoci.

- ve Velké Británii v roce 1934 John Maynard Keynes formuloval finanční obsah sociálního státu, když navrhl využití daní ve prospěch sociální politiky. Sociální stát v realizaci státní intervence sahal ke zvyšování počtu pracovních míst, poskytování sociálních dávek v nezaměstnanosti, podporoval kupní sílu a choval se tak pozitivně.

## C) Sociální přestavba (1945 – 1962)

Položeny základy moderních států, základy sociální legislativy a sociálních institutů. Společná poválečná historie v rámci rozdělené Evropy a podobné ekonomické podmínky v 50. a 60. letech umožnily výrazné rozšíření sociální ochrany a zavedení vysokých sociálních standardů téměř ve všech západoevropských zemích bez ohledu na to, zda byly nebo nebyly členy EHS. Ochrana jednotlivce byla realizována od kolébky do hrobu:

- zabezpečení existenčního minima (proti chudobě),
- vytvoření národní zdravotní služby hrazené z daní,
- politika plné zaměstnanosti a příspěvky v nezaměstnanosti
- rozvoj školství
- příspěvky na bydlení.

## D) Sociální expanze (1962 – 1973)

Růst životní úrovně a sociálního zabezpečení. Hovoříme o štědrém období sociálního státu, který je označován jako zlatý věk.

## E) Stagnace (1973 – 1980)

Sociální stát se stal zdrojem fiskální krize, jeho výdaje nevyhnutelně rostly v důsledku nároku obyvatel na sociální služby a požitky uzákoněné v 60. letech, které nebylo snadné omezovat – nejčastěji ve zdravotnictví, ale i zcela nových – podpora v

nezaměstnanosti. Zdroje však bylo stále obtížnější zvětšovat, protože řada věcí, jako např. ropná krize vyvolala dlouhodobou krizi. Nebyl však zaznamenán konec sociálního státu, ten se pokusil adaptovat na měnící se podmínky a pokusil se renesancí postupů.

#### F) Rekonceptualizace sociálního státu (1980 – dosud)

Mění se podmínky fungování moderního sociálního státu pod vlivem ekonomických, demografických, sociálních a politických změn. Nutná redukce sociálních programů vyplývala z řady okolností, např. z tzv. krize důvěry, která se objevila v 70. letech jako neochota podporovat sociální zabezpečení ostatních spoluobčanů (Kolibová, 2007, s.82 – 84).

Popsali jsme jednotlivé vývojové stádia sociálního státu z toho důvodu, abychom pochopili kořeny tohoto systému a dostáváme se tak k pojmu krize sociálního státu, z níž vychází legislativní změny v posledních letech.

Ještě než pojmenujeme příčiny krize sociálního státu, zmiňme se o třech vrstvách občanských práv, která zmiňuje britský sociolog T.H.Marshall v eseji *Citizenship and Social Class*.

Nejstarší vrstvou vystupující na scénu zejména ve Velké Británii, již od 18. století je vrstva práv občanských, která garantují svobodu individua včetně svobody slova, myšlení a víry a také volnosti uzavírat kontrakty a vlastnit majetek. Tyto svobody jsou garantovány stejným přístupem všech občanů k právu a k právní ochraně. Druhou vrstvou jsou pak práva politická, která zaručují účast na výkonu politické moci, tedy svobodu volit a být volen do reprezentativních orgánů, do parlamentu a do lokálních vlád. Práva tohoto typu byla získána rozhodující částí populace v řadě zemí v průběhu 19.století. Třetí a nejmladší vrstvou jsou práva sociální. Mezi ně zahrnul Marshall garanci spotřeby určitého rozsahu, ale také záruky jisté míry sociální jistoty pro každého, přístup ke kulturnímu dědictví prostřednictvím vzdělání a možnost „*žít životem civilizované bytosti podle standardů obvyklých v dané společnosti*“ ( Marshall, Bottomore 1992: 3-51; dle Keller, 2006, s.21).“

## 1.2 Příčiny krize sociálního státu

### Neúměrný růst nákladů

V prvních etapách sociálního státu byl dostatek práce, zatímco v dalších krizových etapách dochází k tomu, že mladí lidé několik let čekají, než se jim podaří sehnat první práci. Další rizikovou skupinou se postupně stali padesátníci a starší osoby, kteří jakoby se pro své zaměstnavatele v některých a ne ojedinělých případech stali přítěží. Takže sociální výdaje vykazovaly tendenci udržovat si svůj růst až o 5% ročně a obecně lze uvést, že je čím dál obtížnější je redukovat. U nejrozvinutějších států dosahuje celkový podíl veřejných sociálních výdajů až úroveň 60%.

### Ztráta efektivnosti sociálního státu

Sociální stát by rád nadále snižoval sociální rizika tak jak v minulosti, ale nenalézá adekvátní odpověď na rozšiřující se potřeby populace bez dostatečných zdrojů. Tak se stává málo efektivní, vykazuje složitý systém redistribucí, zaměstnává obrovský byrokratický aparát, který podle některých autorů sám o sobě spotřebuje polovinu vynakládaných prostředků. Je neprůhledný a těžkopádný.

### Ztráta sociálního konsenzu

Sociální konsenzus spočíval na akceptaci ideálu sociálního občanství, byl postavený na základě rovnosti při uspokojování sociálních práv a na sociální solidaritě. Rovnost byla překonána doplněním dávek vázající se na předchozí výdělek. Sociální stát je považován za nespravedlivý a zvýhodňuje ty, co v tom umí chodit. Hlavní kritické vedou své výtky ve směru omezování dávek nezaměstnanosti, zjednodušení podmínek pro podnikání, přičemž základní osou jejich návrhu jsou opatření, které by lidem naznačily, že se jim vyplatí pracovat.

### Demografické změny

Sociální stát může bez větších problémů fungovat jedině tehdy, když dostatečně velký počet osob zaměstnaných lidí vytváří zdroje pro zajištění dostatečně malého množství potřebných osob. Což se skutečně v praxi projevovalo v praxi po druhé světové válce. Posléze se objevil fenomén nezaměstnanosti, rizikových skupin na trhu práce, který postihuje padesátníky a absolventy, mladé lidi bez praxe, a problém nízké porodnosti (Kolibová, 2007, s.88).

U této příčiny krize sociálního státu bych se rád pozastavil. Vidovičová uvádí ve své publikaci Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti, že česká veřejnost není v tomto ohledu informována objektivně. Dochází k tzv. demografické panice

pomocí médií, která konstruuji sociální realitu, definují veřejný zájem a zároveň fungují jako potrubí ideových zájmů mocenských a politických struktur. Využívají k tomu čistě technické prostředky, např. výběr témat, jazyk či práce s titulkem jako „reklamou“ na článek. Produktem této směsi jsou mediální sdělení nesoucí více či méně latentní vzkazy rozdmýchávající paniku z demografie: „*Státu chybí peníze na penze*“, „*ČR v roce 2050: Důchodci pomřou hladu?*“, „*Stárnutí sníží životní úroveň všech*“, „*Vymíráme, varuje vládu statistika*“ apod.(Vidovičová, 2008, s.30).

Vidovičová a Sedláková uvádějí řadu příkladů mediálních sdělení věnovaných ekonomicko-politickým tématům, která se do různé míry odvolávají na demografické analýzy. Sociální vědci i sami demografové jsou si však vědomi, že objektivně jsou populační prognózy jsou velmi omezeným nástrojem pro předpovídání budoucnosti (nutno dodat, že také jediným, který máme v současnosti k dispozici). Např. pro ČR je zvyšování podílu osob nad 60let do roku 2030 a 2050 odhadováno z dnešních zhruba 19% na 32% a 41% a snižování podílu nejmladší složky obyvatel z dnešních zhruba 16% na 13% a méně (Vidovičová, Sedláková, 2005, s.30).

Jak však přiznávají sami autoři těchto prognóz, a ještě důrazněji upozorňují jejich oponenti, jsou tyto odhady budoucnosti značně omezené, a to ne proto, co zahrnují, ale především proto, co zůstává mimo jejich předpoklady.

Veřejnost z dlouhodobého hlediska hodnotí sociální politiku v oblasti zabezpečení ve stáří mnohem negativněji (72% respondentů hodnotí negativně) než více „dotovaný“ přístup ke zdravotní péči (34% negativních hodnocení). V obou případech přitom veřejnost vyžaduje téměř stejně vysokou míru odpovědnosti ze strany státu. V případě důchodového systému náklady za 16 let narostly pouze o jeden procentní bod, zatímco například u zdravotní péče o procentní body dva. Přesto však nebyl z devastace národní ekonomiky obviněn zdravotní systém, byl to právě systém penzijní. Zdravotnictví je jednou z oblastí velmi citlivých na racionalizaci nákladů, která vždy otvírá příslovečnou Pandořinu skříňku etických otázek, jak si povšimneme později. „*Nárůst počtu starších konzumentů zdravotních služeb může být kompenzován částečně poklesem mladých konzumentů a vysoké náklady na nové technologie jsou částečně kompenzovány zkrácenou dobou léčení*“ (Vidovičová, 2007, s.33).“

### 1.3 Projevy krize sociálního státu

Krize politická, krize reprezentace – vyplývá z řady skutečností, především však z té, že instituce ztratily kontakt s politicky naléhavou realitou a pozbyly schopnosti odpovídat potřebám doby. Populace propadá hledání problémů v nedostatku peněz a neschopnosti politiků.

Institucionální krize (krize nákladů a efektivnosti) – systémy sociálního zabezpečení byly postiženy ztrátou důvěry veřejnosti ve schopnost vlády přiměřeně reagovat na konkrétní problémy. Vznikla averze proti byrokratické mašinerii. Lidé vyžadují programy šité na míru a současně si přejí, aby si stát neusurpoval příliš velké pravomoci. Aby si jedinci mohli zvýšit podíl na rozhodování ve věcech, které se jich bezprostředně dotýkají – tedy ve vzdělávání, místních investicích či ve zdravotnictví.

Krize legitimacy – jedná se o podporu veřejnosti pro cíle a ambice sociálního státu. Občané jsou stále méně ochotni akceptovat financování velkých sociálních programů.

Krize finanční – ekonomické poměry plynule snižují přísun peněz do pokladny sociálního státu, zatímco efekty demografických změn a sociálního vývoje vedou vesměs plynule ke zvyšování potřeby finančních zdrojů. Dochází tak k nesouladu mezi stoupajícími náklady a stagnujícími zdroji. Systémy sociálního zabezpečení nemohou fungovat, je-li tempo ekonomického růstu podstatně nižší.

Krize solidarity - realizace sociálních opatření je náročná na ekonomické zdroje a projevuje se vysokým daňovým zatížením. To ovlivňuje nejen výši příjmu a bohatství, ale také ekonomickou aktivitu, která je vysokým zdaněním destimulována. Jedna z výtek proti sociálnímu státu je nasměrována proti garanci pohodlí sociální sítě, kdy lidé s vyšším vzděláním mají příjem jen o málo vyšší než ti, kteří své mládí netrávili dlouholetým vzdělávacím úsilím a snahou dosáhnout vyšší kvalifikační úrovně (Kolibová, 2007, s.90).

S krizí sociálního státu souvisí celý systém sociálního zabezpečení, jaké změny probíhaly po roce 1989 se podíváme v následující kapitole, kde si popíšeme převážně situaci ve zdravotnictví a přiblížíme si situaci, která předcházela daným změnám.

## 2. Situace ve zdravotnictví

Mark Twain:

*Patrně jediný způsob, jak si zachovat zdraví, je jíst, co ti nechutná, pít, co se ti oškliví a dělat, co se ti nechce.*

Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) je mezinárodní organizací, která od svého vzniku v roce 1948 podporuje programy na odstranění některých nemocí a zároveň usiluje o celkové zlepšení kvality života. Jejím hlavním cílem je dosažení co nejlepšího zdraví pro všechny.

Hlavními strategiemi WHO jsou:

- omezování úmrtnosti, nemocnosti a postižení zejména u chudých a sociálně slabých skupin populace;
- podpora zdravé životosprávy a omezení zdravotních rizik vyplývajících zejména z ekologických, ekonomických a sociálních podmínek;
- **rozvoj spravedlivějších a efektivnějších zdravotnických systémů, které budou odpovídat legitimním potřebám lidí a budou pro ně finančně únosné;**
- rozvoj odpovídajících zdravotnických strategií a institucionálního zázemí a začleňování zdravotnických aspektů do sociálních, ekonomických, ekologických a rozvojových strategií.

(dostupné z internetu < <http://www.who.cz/zaklinf.htm>> verze leden 2009)

Podle WHO: „Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti.“ (Křivohlavý, 2003, s.37).

Profesor Jaro Křivohlavý doplňuje danou definici následovně: „*Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí* (ibid., s.40).“

Aby bylo možné zdraví občanů udržovat a rozvíjet je nutné, aby fungoval složitý a komplikovaný systém – zdravotnictví. Na tomto systému se podílí velký

počet prvků a institucí, které svou vzájemnou propojeností přispívají k jeho fungování.

Ve světě existují v současnosti tři modely poskytování zdravotní péče:

- 1) založen na systému veřejného zdravotního pojištění, funguje např. v ČR, Německu, Francii
- 2) systém státního zdravotnictví financován ze státního rozpočtu např. Velká Británie
- 3) tzv. systém liberalistický, kombinuje komerční zdravotní pojištění se státními finančními garancemi např. USA

Je nutné připomenout, že čistý model neexistuje a ve všech se objevují různé prvky (Zavázalová a kol., 2008, s. 50-51).

## **2.1. Socialistické zdravotnictví**

Organizační a ideové základy soustavy zdravotnické péče, jak se s ní setkávali občané do roku 1989, byly položeny v průběhu a na konci druhé světové války. Nosnými sloupy tohoto plánu se staly následující principy:

zdraví není v novodobém státě věcí soukromou, nýbrž veřejnou;

stát se ujímá vedení a provádění veškeré zdravotnické péče;

směrodatným vodítkem veškeré zdravotnické péče se stává nový zdravotnický plán tzv. Nedvědův plán z roku 1945.

Zejména po únoru 1948 se začal nový plán realizovat a v roce 1952 byla nová soustava zdravotnictví funkčně dobudována a přes některé dílčí změny přežila prakticky až do roku 1990.

Takto budovaná soustava měla své klady zejména v tom, že umožnila velkou eliminaci zejména infekčních chorob, dále byla vytvořena rovnoměrnější síť zdravotnických zařízení, byly vytvořeny základy ojedinělého systému péče o matku a dítě s důrazem na prevenci a byl kladen důraz na propojení primární péče s činností specialistů v ambulantních nemocnicích a poliklinikách.

Zvláště od 70. let 20. století se tempo a úroveň proměn společenských, vědeckých a výrobních neustále zrychluje. Postupem času se začaly dostavovat i neočekávané negativní efekty zestátněné a centralizované zdravotnické soustavy. Zejména byrokracie a koncepční neschopnost řídicích článků se významně projevila na pracovní motivaci zdravotníků a tím i na kvalitě zdravotní péče. V 80. letech pak tuto krizi podpořila i zkosnatělost národního hospodářství, jež nebylo schopné



vytvořit pro zdravotnictví dostatečné zdroje. Platy zdravotníků beznadějně zaostávají podobně jako technické a farmaceutické zabezpečení kvalitních zdravotnických služeb (Potůček, 1999, s.118-121).

Koncem 80.let přichází změna systému a s ním také spousta nových problémů, týkajících se nejen zdravotnictví.

## **2.2. Vývoj po roce 1989**

Po listopadu roku 1989 dochází ne jednorázově, ale kontinuálně k reformě společnosti. Pro systém k němuž směřujeme je charakteristické uspořádání celé společnosti, tržní mechanismus a systém morálních hodnot. Jedná se o změnu zásadního charakteru, můžeme hovořit o základním kvalitativním zlomu. Tuto změnu ovšem nelze uskutečnit v krátkém časovém období a některé důležité změny se dostaly na pořad bohužel až v posledních letech.

Jedná se o změny, kdy vedle sebe koexistují prvky nového a starého systému, starý systém již ve své původní funkci neexistuje, ale zároveň ještě v celistvosti dostatečně nepůsobí systém nový.

Sociální politika je vždy systémem živým, který musí nutně reagovat na aktuální podmínky a úkoly ve společnosti a proto jej nikdy nelze považovat za definitivní a jediné správnou konstantu.

Připomeňme zde zákon č.100/1998 Sb. o sociálním zabezpečení a Listinu základních práv a svobod (dále jen LZPS), která je součástí ústavního pořádku České republiky.

Hlava první: Rozsah sociální péče

§ 73

*(1) Sociální péčí zajišťuje stát pomoc občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně zabezpečeny příjmy z pracovní činnosti, dávkami důchodového nebo nemocenského zabezpečení, popřípadě jinými příjmy, a občanům, kteří ji potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku, anebo kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci nebo nepříznivé životní poměry.*

*(2) V oblasti sociální péče stát zajišťuje poradenskou a výchovnou činnost, zejména výchovu k odpovědnému rodičovství, k upevňování rodinných vztahů a k vzájemné pomoci mezi občany, především pomoci občanům těžce zdravotně postiženým a starým občanům a poskytuje další dávky a služby.*

#### LZPS – článek 30

(1) *Občané mají právo na přiměřené hmotné zabezpečení ve stáří a při nezpůsobilosti k práci, jakož i při ztrátě živitele.*

(2) *Každý kdo je v hmotné nouzi, má právo na takovou pomoc, která je nezbytná pro zajištění základních životních podmínek.*

#### LZPS - článek 31

*Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotnické pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.*

Zdravotní péče poskytnutá na základě veřejného zdravotního pojištění a hrazená z prostředků tohoto pojištění zahrnuje podle zákona 48/1997 Sb. ambulantní a lůžkovou (nemocniční) péči, pohotovostní a záchrannou službu, preventivní péči, dispenzární péči, odběr tkání nebo orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi, poskytování léčebných přípravků, prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků, lázeňskou péči, péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách, závodní preventivní péči, dopravu nemocných, náhradu cestovních nákladů, posudkovou činnost (pouze do jisté míry), prohlídku zemřelého a pitvu.

Důležitou součástí legislativního ukotvení českého systému zdravotnictví jsou také mezinárodní smlouvy. Podle článku 10 Ústavy České republiky jsou vyhlášené mezinárodní smlouvy, k jejichž ratifikaci dal Parlament souhlas a jimiž je Česká republika vázána, součástí právního řádu a stanoví-li mezinárodní smlouva něco jiného než zákon, použije se mezinárodní smlouva.

Jedním z ratifikovaných lidsko-právních pramenů mezinárodního práva je evropská Úmluva na ochranu lidských práv a základních svobod z roku 1951, ke které se Česká republika připojila v roce 1992 a která zakotvuje právo na život a dotýká se také ochrany zdraví. Dalším významným aktem je Evropská sociální charta Rady Evropy, která obsahuje právo na ochranu zdraví (článek 11) a právo na sociální a lékařskou pomoc (článek 13). Podle článku 11 této Charty se smluvní strany zavázaly „...bud' přímo nebo ve spolupráci s veřejnými a soukromými organizacemi přijímat opatření zaměřená zejména na odstranění příčin nemocí v co

*nejvyšší možné míře, poskytování poradenských a vzdělávacích služeb na podporu zdraví a zvýšení odpovědnosti jednotlivce v záležitostech zdraví, co největší prevenci epidemických, endemických a jiných nemocí.“ V článku 13 se smluvní strany zavázaly „...zajistit, že každé osobě, která je bez přiměřených prostředků a která není schopná si takové prostředky zajistit buď sama nebo je získat z jiných zdrojů, zejména prostřednictvím dávek ze systému sociálního zabezpečení, bude poskytnuta přiměřená pomoc, a v případě nemoci i péče nezbytná podle jejího stavu.“*

Tyto zákony zde uvádím z toho důvodu, že by podle mého názoru měly vytvářet základ při změnách, ke kterým došlo v poslední době ve zdravotnictví zejména v souvislosti se seniory a regulačními poplatky. Ještě než si popíšeme novou situaci, vraťme se ke snahám o reformu ve zdravotnictví po roce 1989.

Základem pro velmi složitou reformu zdravotnictví se staly Teze k programu zdraví (leden 1990), které zformulovala skupina zainteresovaných na půdě Programové komise Občanského fóra zdravotníků. Z tohoto základu se pak v květnu roku 1990 zrodil Návrh reformy péče o zdraví, tento materiál byl předložen veřejnosti a k mezirezortnímu připomínkovému řízení v říjnu roku 1990 a v konečné verzi byl přijat formou závazného usnesení vlády ČR ze dne 12.12.1990 pod názvem Návrh nového systému zdravotní péče.

Vládou schválený nový systém zdravotní péče však naráží na spoustu potíží a daří se jej realizovat částečně. Jedním z hlavních změn je systém zavedení zdravotního pojištění (Zákon č.592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění), které je zavedeno od počátku roku 1993 a stát se zaručuje, že pojištěným občanům bude poskytnuta přiměřená zdravotní péče. Občané mohou svobodně volit lékaře i zdravotnická zařízení, která již nejsou všechna spravována centrálně. Většina ambulantních praxí je soukromá, zatímco většinu nemocnic má na starosti stát. Zdravotní pojištění je povinné, přispívá na ně zaměstnanec i zaměstnavatel, na úhradě pojištění se analogicky podílejí i osoby samostatně výdělečně činné a za nevýdělečně činné osoby hradí pojištění stát.

Stát i obce přispívají ze svých zdrojů na realizaci vybraných investičních akcí i na zakoupení nákladnějších přístrojů. Podíl zdravotní péče hrazené přímo občany není veliký, nicméně plynule roste. U některých léků byl zaveden systém spoluúčasti pacientů.

Další předpoklady a záměry reformy nebyly uskutečněny z mnoha důvodů, především díky zpoždění při vytváření legislativních podmínek pro vznik neziskových zdravotnických zařízení, dále pak díky odložení regionální reformy veřejné správy, liknavostí Ministerstva zdravotnictví při prosazování nového informačního systému zdravotní péče do nových zákonů o zdravotním pojištění a také díky řadě střetů, vyjednávání a rozhodování politické reprezentace státu (Potůček, 1999, s.121-131).

Je nesmírně složité reformovat systém zdravotnictví, zvláště při nechuť politiků jednat o jednotlivých krocích i o celém konceptu reformy. Naráží se zde na zcela zásadní problém, jak lidem vyložit podstatu problémů a komplikovaných souvislostí tak, aby mohli sami šanci formulovat své kvalifikované připomínky a stanoviska. Veřejný diskurs, důrazně podpořen ústavním závazkem poskytovat zdravotní péči zdarma, pak v mnoha případech sklouzne k probírání jednotlivostí a nesoustředí se na pojetí reformy v komplexním pohledu.

V červnu roku 2004 bylo založeno občanské sdružení Reforma zdravotnictví-forum.cz, jejímž společným cílem je příprava návrhu reformy systému ve zdravotnictví, realizace této reformy a další zvyšování efektivity a kvality českého zdravotnictví. V září roku 2005 vydávají publikaci Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21.století, která tvoří páteř nynější prováděné reformy. Jedním z členů správní rady občanského sdružení je i MUDr. Tomáš Julínek, pozdější ministr zdravotnictví, jehož působením v rezortu je tato reforma nastartována.

### **2.3. Reforma zdravotnictví**

Reforma počítá s vytvořením průhledného prostředí, ve kterém mají soutěžit poskytovatelé zdravotní péče i zdravotní pojišťovny v nabídce kvality i ceny svých služeb. Stát má v tomto směru zajišťovat finanční dostupnost pro všechny občany, ochranu veřejného zdraví, zajistit dostupné a srozumitelné informace o kvalitě péče a samozřejmě určit pravidla pro činnost zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení včetně dohledu nad jejich dodržováním.

Projekt Kulatého stolu k budoucnosti financování českého zdravotnictví byl vládou ČR iniciován 11.června 2007 na základě usnesení č. 632 a ukončen v únoru 2009. Reaguje na společenské a medicínské změny, které se odehrávají v posledních

letech. Lze předpokládat, že tyto změny budou českou společnost ovlivňovat i v letech následujících, a že jejich míra závažnosti bude s časem přibývat. Tyto změny, například stárnutí populace a technologický rozvoj, bezprostředně ovlivňují financování zdravotnického systému a mohou způsobit, že celý systém bude v rámci několika let finančně neudržitelný (Mátl et al., 2009, s.3-48, dostupné z internetu: [http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava\\_celek.pdf](http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava_celek.pdf), verze leden 2009).

V novém návrhu je občan postaven do role nakupujícího pomocí pojišťovny, která je v tomto případě prostředníkem, mezi zdravotnickým zařízením a nemocným občanem. Je tedy na občanovi, zda si službu zakoupí nebo půjde hledat jiné zařízení, popřípadě jiného prostředníka. Lékaři jsou zde postaveni do role obchodníků, kteří službu léčby, tím nebo jiným způsobem nabízejí. Samozřejmě hovoříme o návrhu, ovšem není zdaleka zřejmé, jak by k jeho realizaci došlo, jak by zareagovali občané a jak by bylo postaráno o občany v postproduktivním věku.

Návrh je tedy založen na vytvoření regulovaného trhu zdravotního pojištění a zdravotních služeb a na zajištění suverenity spotřebitele – pojištěnce a pacienta.

V rámci reformy má dojít k vytvoření osobního zdravotního účtu občana, který nebude rozhodovat jen o svých soukromých financích, ale i o části veřejných peněz určených na zdravotnictví. Tímto způsobem se má zabránit důsledkům stárnutí obyvatelstva České republiky. V návrhu se ovšem nehovoří o tom, jakým konkrétním způsobem se mají občané o své soukromé účty starat, ovšem podstatnější otázkou zůstává, jak by bylo možné tyto účty vytvořit pro občany, kteří dnes již spadají do neaktivní části populace, nikoho nemají a jsou odkázáni na pomoc druhých.

Samozřejmě je počítáno s legislativní změnou pro pojišťovny a jejich přechod na akciové společnosti, aby byly schopné se na trhu se zdravím pohybovat. Zdravotní pojišťovny ve vzájemné konkurenci pak mají neustálý zájem na zlepšování svých služeb a rozšiřování palety svých produktů, neboť jsou pod stálým tlakem svých klientů, kteří mohou odejít ke konkurenci.

Nově se pohlíží i na postavení poskytovatelů zdravotnické péče, podle reformy se mají zaměřit na takové služby, po kterých je poptávka a které je dané zařízení poskytovat kvalitně a efektivně. Součástí reformy je také změna právní formy nemocnic vlastněných kraji na akciové společnosti.

Zákonem č.261/2007 O stabilizaci veřejných rozpočtů, který ve své čtyřicáté části hovoří o zavedení regulačních poplatků, byla spuštěna smršť diskuzí o jejich oprávněnosti, která byla řešena dokonce před Ústavním soudem. Tato konkrétní

změna, kterou s sebou zákon nese, je citelným zásahem do rozpočtu mnoha osob a rodin. Zvláště pak do osobních rozpočtů seniorů v domovech důchodců.

## 2.4. Poplatky ve zdravotnictví

Hlavním požadavkem v rozvoji zdravotní péče je zajištění dostupné a kvalitní péče spolu se spravedlivým přístupem ke zdravotnickým službám. V souvislosti s reformou je finanční spoluúčast pacientů využívána jako možná regulace objemu zdravotní péče, kdy je nutno zvážit možnosti sociálně slabého obyvatelstva, aby nedošlo k jeho diskriminaci při poskytování zdravotní péče (Zavázalová a kol., 2008, s.53).

Zajímavý je v tomto směru výzkum uskutečněný bezprostředně po zavedení regulačních poplatků Národní radou osob se zdravotním postižením (dále jen NRZP), který provedla v 72 domovech pro seniory - odpovídalo 889 seniorů o své finanční situaci (viz. Příloha 2).

Poplatky zavádí s účinností od 1.1.2008 zákon č.261/2007 část čtyřicátá, článek 64, § 16a:

*(1) Pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce, je povinen v souvislosti s poskytováním hrazené péče hradit zdravotnickému zařízení, které zdravotní péči uvedenou v písmenech a) až f) poskytlo regulační poplatek ve výši*

*a) 30 Kč za*

*návštěvu při které bylo provedeno klinické vyšetření (dále jen „návštěva“) u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, nebo za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře,*

*návštěvu u lékaře poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči, ´*

*návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost (§ 20 odst. 3),*

*b) 30 Kč za návštěvu u klinického psychologa,*

*c) 30 Kč za návštěvu u klinického logopeda, .....´*

.....f) 60 Kč za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče (§ 23), komplexní lázeňská péče (§ 33 odst. 4) nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách (§ 34), přičemž se den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování takové péče, a den, ve kterém bylo poskytování takové péče ukončeno, počítá jako jeden den; to platí i pro pobyt průvodce dítěte, je-li podle §25 hrazen ze zdravotního pojištění.

*Povinnosti vyplývající z jiných zákonů tím nejsou dotčeny.*

*(2) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) až f) se neplatí .....*

*..... (3) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) se neplatí, jde-li o*

*a) preventivní prohlídku (§29, 30 a 35),*

*b) dispenzární péči poskytovanou osobám uvedeným v § 31 odst. 1 písm. b) a d),*

*c) hemodialýzu,*

*d) laboratorní nebo diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem, pokud není zároveň provedeno klinické vyšetření,*

*e) vyšetření lékařem transfúzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně.*

*(4) Regulační poplatek je příjmem zdravotnického zařízení, které regulační poplatek vybralo.*

*(5) Regulační poplatek podle odst. 1 písm. a) až e) se platí zdravotnickému zařízení v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.. Regulační poplatek podle odst. 1 písm. f) se platí zdravotnickému zařízení nejdéle do 8 kalendářních dnů po propuštění z ústavní péče, s výjimkou případů, kdy je pojištěnec umístěn ve zdravotnickém zařízení po dobu delší než 30 dní; v takovém případě se regulační poplatek hradí vždy k poslednímu dni kalendářního měsíce. Zdravotnické zařízení je povinno vystavit pojištěnci nebo jeho zákonnému*

*zástupci na jeho žádost doklad o zaplacení poplatku s uvedením čísla pojištění (§ 40 odst. 3), výše regulačního poplatku, dne jeho vystavení, otiskem razítka zdravotnického zařízení a podpisem osoby, která regulační poplatek přijala, a jde-li o zařízení lékárenské péče, též s uvedením názvu léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výše doplatku, který se započítává do limitu podle § 16b odst. 1.*

*(6) Zdravotnické zařízení je povinno sdělovat zdravotním pojišťovnám v rámci vyúčtování poskytnuté zdravotní péče za příslušný kalendářní měsíc, nebo za příslušné kalendářní čtvrtletí, informace o regulačních poplatcích vybraných podle odstavce 1, s uvedením čísla pojištění, ke kterému se regulační poplatek váže, výše zaplaceného regulačního poplatku a dne, ke kterému se regulační poplatek váže.*

*(7) Zařízení lékárenské péče je povinno sdělovat zdravotním pojišťovnám současně s vyúčtováním za příslušné období informace o regulačních poplatcích vybraných podle odstavce 1 písm. d), s uvedením čísla pojištění, ke kterému se regulační poplatek váže, výše zaplaceného regulačního poplatku, dne vydání plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výše poplatku, který se započítává do limitu podle odstavce 1.*

*(8) Zdravotnické zařízení je povinno regulační poplatek uvedený v odstavci 1 od pojištění nebo jeho zákonného zástupce vybrat, pokud nejde o výjimku z placení regulačního poplatku podle odstavce 2 nebo 3. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 50 000 Kč. Pokutu je možno uložit i opakovaně. Při ukládání pokuty zdravotní pojišťovna přihlíží k závažnosti porušení, k míře zavinění a k okolnostem, za nichž k porušení povinnosti došlo. Pokutu lze uložit do jednoho roku ode dne, kdy zdravotní pojišťovna zjistila porušení nebo nesplnění povinnosti, nejdéle však do 3 let ode dne, kdy k porušení nebo nesplnění povinnosti došlo. Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila.*



Uvedenou část zákona cituji jednak z toho důvodu, že se týká všech občanů České republiky a jednak, aby si každý čtenář uvědomil, jak je litera zákona složitá, zvláště pokud s ní denně nepracuje a dále z toho důvodu, aby se čtenář pokusil představit velkou bariéru, která se vytvoří mezi čtenářem v seniorském věku po přečtení daného zákona, pokud je vůbec ochoten se s přesným zněním seznámit.

Během 18 měsíců účinnosti zákona č.261/2007, kterým se poplatky zavedly, došlo k těmto změnám :

Od 1.8.2008 se ruší poplatek 60,-Kč za novorozence v porodnici, občané nebudou platit za pobyt v léčebně, pokud jim ji nenařídil soud, dárci orgánů už nebudou přispívat na vyšetření a odběr orgánů.

Po volbách do krajských zastupitelstev v říjnu 2008, kdy vyhrála ČSSD ve všech krajích, došlo v některých krajských zařízeních k úlevě placení poplatků, ve formě podepisování darovacích smluv na 30,-Kč a tím k jistému znevýhodnění občanů, kteří mají krajská zdravotnická zařízení ve větší vzdálenosti, popř. se vzhledem ke svému věku již nejsou schopni se do těchto zařízení dopravit.

Od 1.4.2009 se ruší poplatek 30 korun u lékaře, jde-li o děti do dovršení 18. roku věku včetně tohoto dne (pozor: poplatky 60 Kč za den pobytu v nemocnici, léčebně apod., 90 Kč za pohotovost a 30 Kč za položku na receptu zůstávají.)

- snížení ochranného limitu na 2500 Kč z 5000 Kč u dětí mladších 18 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršily 18. rok věku

Senioři nad 65 let

- snížení ochranného limitu na 2500 Kč z 5000 Kč u pojištěnců starších 65 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 65. rok věku

- do limitu se nově započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě předepsané na recept pojištěncům starším 65 let (včetně dne, ve kterém dovršili 65. rok věku)

Osvobození od poplatků

Ke skupinám osob již dříve zákonem vyjmenovaným, které neplatí žádné regulační poplatky, se doplňují

- děti umístěné na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc nebo svěřené do pěstounské péče

- osoby, kterým jsou poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech se zvláštním režimem, domovech pro seniory nebo ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, pokud jim po úhradě za ubytování a stravu zbude méně než 800 Kč nebo pokud nemají žádný příjem (potvrzení o této skutečnosti jim vydá příslušný poskytovatel sociálních služeb).

Poplatek 30 korun za položku na receptu se platí nadále, ale doplatek pacienta za položku na receptu bude snížen o zaplacený regulační poplatek nebo jeho příslušnou část tak, aby částka za doplatek a regulační poplatek činila nejméně 30 Kč. To znamená, že u léků, které jsou plně nebo částečně hrazené ze zdravotního pojištění, se vždy hradí regulační poplatek. U částečně hrazených léků se doplatek na lék snižuje o zaplacený regulační poplatek. Doplatek a regulační poplatek musí činit vždy nejméně 30 Kč.

#### Použití vybraných poplatků

Vybrané poplatky musí být použity na provoz a modernizaci zdravotnického zařízení.

#### Výše ochranných ročních limitů

limit 5000 Kč - týká se dospělých ve věku od 18 do 65 let

- limit 2500 Kč - týká se jen dětí do 18 let a seniorů nad 65 let

#### Do limitu se nezapočítává

- poplatek 60 korun za každý den ústavní péče v nemocnici, v léčebně dlouhodobě nemocných, odborných léčebných ústavech včetně psychiatrických, dětské odborné léčebně a ozdravovně, lázních nebo za den komplexní lázeňské péče

- poplatek 90 korun za návštěvu pohotovosti (lékařské služby první pomoci nebo ústavní pohotovostní služby)

#### Do limitu se započítává

- poplatek u lékaře ve výši 30 korun (za návštěvu u lékaře, při které bylo provedeno klinické vyšetření, za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost, za návštěvu u klinického psychologa či klinického logopeda)

- poplatek 30 korun za položku na receptu (za vydání každého ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení)

· doplatek za léčivé přípravky částečně hrazené pojišťovnou, ale pouze ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupný léčivý přípravek s obsahem stejné léčivé látky a se stejnou cestou podání. To neplatí v případě, že předepisující lékař na receptu vyznačil, že lék nelze nahradit - pak se doplatek započítává v plné výši. Do limitu se nově započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě, předepsané na recept pojištěncům starším 65 let ( Úprava poplatků a doplatků od 1. dubna 2009, zdroj VZP, dostupné z: <http://www.nrzp.cz/novy-clanek-935-935/>, verze duben 2009).

Tato poslední změna provedená novelou zákona č.48/1997 o veřejném zdravotním pojištění již nebyla do našeho průzkumu v konkrétním domově pro seniory zahrnuta.

Z těchto rozporuplných změn je možné vycítit špatnou koncepci reforem, která by měla vycházet z politické dohody a ne se měnit po každých volbách.

Dříve než se zaměříme na to, jak se regulační poplatky s účinností od 1.1.2008 dotýkají osob v poproduktivním věku v konkrétním domově pro seniory, všimněme si jednotlivých prvků, které s sebou pokročilý věk nese.

### 3. Stáří – třetí věk a jeho potíže

Stáří je z hlediska vývojové psychologie posledním obdobím života člověka. Převážně se dělí na období raného stáří 60-75 let a období pravého stáří 75 let a více. Nese s sebou nadhled a moudrost prožitého života, pocit naplnění, ale také úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti, která směřuje ke svému konci. Je obdobím relativní svobody, kdy si člověk může organizovat svůj čas podle sebe, ovšem na druhé straně je také obdobím ztrát ve všech oblastech.

Podle teorie psychosociálního vývoje E.H.Eriksona je hlavním vývojovým úkolem stáří dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Tato integrita se projevuje přijetím svého života jako celku, člověk potřebuje hodnotit svůj život pozitivně, aby mohl přijmout i jeho konec. „*Vyrovnaní s vlastním životem usnadňuje i přijetí smrti jako nevyhnutelného důsledku* (Vágnerová, 2007, s.299).“

Starší člověk se musí neustále přizpůsobovat novým problémům a změnám a musí tak činit i přestože jeho schopnosti jsou vlivem stáří nebo i nemocí více či méně omezeny. Mezi tyto kritické změny mohou patřit např. odchod do důchodu, smrt partnera, umístění do nemocnice nebo do domova pro seniory, ztráta soukromí vlastního bytu a jiné další skutečnosti. Zkušenosti uplynulého života nejsou v těchto případech použitelné a jsou pro seniory nové, nemohou se proti nim účinně bránit a proto mnohdy reagují méně účelně.

Naše česká společnost bohužel nevytváří žádný model pokojného a obecně akceptovatelného stáří. Mnozí senioři zůstávají osamoceni, neboť jejich rodinní příslušníci jsou mnohdy sami zahlceni povinnostmi a tlakem doby, které sebou současnost nese. A tak zůstává na nich samotných tíha dnešního složitého světa.

Spíše je společností prosazován model mládí, jako bychom si ani neuvědomovali, že nebýt generací předchozích, jejich práce a pracovního nasazení, pravděpodobně bychom zde nebyli. Zapomínáme na kontinuitu vývoje společnosti a bohužel se dnes stále častěji setkáváme s tím, že i lidé v produktivním věku jsou mnohdy vystavováni diskriminačnímu tlaku v souvislosti se ztrátou zaměstnání, zejména v období celosvětové finanční krize. Zapomínáme na zkušenosti předchozích generací a množství potenciálu, který můžeme z jejich moudrosti čerpat. Nestavme mezigenerační bariéry, neboť čas plyne rychle a i my zestárneme.

### 3.1 Fyzické změny ve stáří

Zhoršení zdravotního stavu je typickým projevem stáří spojený s dalším úbytkem různých schopností. Zvýšení nemocnosti má individuální charakter, staří lidé obyčejně trpí polymorbiditou, což je současný výskyt několika chorob. Průběh chorob je komplikovaný a většinou chronický, protože organismus už nemá sílu dostatečně zvládat i běžné nemoci. Ve věku nad 70 let trpí nějakým chronickým onemocněním až 87% lidí, po 85.roku jsou takto postiženi prakticky všichni (Zavázalová et al., 2001, s.17).

Důležitá pro kvalitu života starého člověka není samotná choroba, ale spíše stupeň omezení, které sebou choroba nese. Zdraví není v tomto věku chápáno jako neexistence žádné nemoci, spíše jde o zachování soběstačnosti a pocitu pohody. Snížení soběstačnosti může vést až k závislosti na pomoci jiných lidí nebo k umístění do instituce. Uvědomování si ztráty soběstačnosti vede velmi často k psychickému rozladění a celkovému pocitu nepohody. Soběstačnost je závislá na typu a stupni závažnosti onemocnění.

Mezi nejčastější chronická onemocnění patří chronická onemocnění oběhové soustavy, které omezují významným způsobem kvalitu života, výrazně omezují fyzickou výkonnost, ale může s ním souviset i kolísání emočního ladění, úzkostnost, zvýšená citlivost k zátěžím, nevykonnost a unavitelnost.

Vysoká četnost cévních mozkových příhod u starších lidí má nepříznivé důsledky zejména v psychické oblasti. Tito lidé bývají emočně labilní a dráždiví, či naopak reagují pomalu a velmi těžce se soustředí. V závislosti na lokalizaci mozkové příhody, může dojít k poruchám řeči, takto postižený člověk, pak obtížně hledá slova, nedovede se vyjádřit a v některých případech přestává komunikovat. Soběstačnost v běžném životě narušuje i ztráta motorických dovedností, kdy se u člověka vytrácí naučené dovednosti, např. si nedokáže vyčistit zuby, obout si boty, obléci se.

Častým problémem stáří je demence, která může starého člověka zcela zbavit soběstačnosti a učinit jej závislým na pomoci druhých lidí. Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova choroba, méně častá je demence vaskulárního typu. Prvním signálem je nápadné zhoršení paměti, které vede k velké poruše paměťových funkcí a člověk si nedokáže vybavit ani jednoduché, dostatečně zafixované funkce.

Toto vede k dezorientaci ve známém prostředí a nemocný si mnohdy nepamatuje ani kdo je on sám a vede to k celkové deformaci sebepojetí. V důsledku toho si nemocný nepamatuje, kde byl, co dělal apod. Postupem demence upadá myšlení a ztrácí se kritičnost. Postižený není o sobě schopen uvažovat standardním způsobem. Typickým projevem pokračující demence je bradypsychismus, čili ztráta schopnosti logicky uvažovat a z tohoto vyplývá i porucha soudnosti. Relativně brzy dochází ke zhoršení v oblasti emocionálního a sociálního chování jedince. Nemocní bývají citově labilní, velmi podráždění, ale mohou být i depresivní až apatičtí. V rámci postupující demence dochází také k osobnostním změnám a člověk se může stát sobeckým a bezohledným, ačkoliv nikdy předtím takový nebyl. Nemocní trpící touto nemocí ztrácejí své sociální návyky a tyto okolnosti vedou mnohdy ke změně chování rodinných příslušníků, který vede nejčastěji k tendenci minimalizovat s nemocným kontakt (Vágnerová, 2007, s.398-405).

Velmi časté jsou ve stáří nemoci pohybového aparátu, jež postihuje přibližně 40% lidí starších 60 let (Zavázalová et al., 2001, s.23). Důsledkem toho dochází ke snížení aktivní pohyblivosti starších spoluobčanů a tím také k jejich sociální izolaci a snižování soběstačnosti. Horší pohyblivost vede ke strachu z pádu, obav při pohybu v dopravním prostředku nebo při nákupu. Zvyšování úzkosti a strachu pak vede starší lidi k rezignaci a často k setrvávání v blízkosti bytu nebo v jeho nejbližším okolí.

Jednou z dalších příznačných změn jsou deprese, kterými trpí ve stáří 3-13 % lidí. Vymezení správného počtu takto nemocných seniorů je zvlášť složité, neboť nejsou vždy správně diagnostikovány. Depresivní rozladění může být reakcí na souhrn různých stresových situací, typických pro období stáří, nebo jsou spojené se strachy z budoucnosti, s úzkostí a strachem a vyplývajícími pocity bezmocnosti.

### **3.2 Psychické změny**

Ve stáří dochází také ke zpomalování a úbytku přesnosti při ukládání, zpracování a zaznamenávání informací. Je způsobeno také zhoršováním zrakových a sluchových funkcí, které ztěžují orientaci v prostředí a rovněž v oblasti mezilidských vztahů. Člověk se závažnější poruchou paměti může mít obtíže i při běžném typu života. Problémy s vybavováním starších informací, ale i nových informací, může mít zásadní vliv na kvalitu komunikace s okolím. „*V pozdním stáří je zřejmý úbytek všech funkcí, i když jejich pokles může mít rozdílné tempo. Slovní*

*porozumění se udržuje na relativně dobré úrovni až do 80 let, ale pak rychle klesá. Slovní plynulost, tj. vybavování verbálních výrazů se zhoršuje již dříve, v průběhu 7. decennia (Vágnerová, 2007, s.407).“*

Dále dochází ke zhoršení časového odhadu, jež má několik důvodů. Jedním z mnoha je zpomalení psychických procesů. Uplynulý rok je pro starého člověka jen malou částí jeho života a tudíž se mu zdá relativně krátký. Také proto, že bývá v mnoha případech chudší na zážitky, než roky předešlé. V životě seniorů převažuje rutina a stereotyp s omezenými podněty a význačnými událostmi, které si mnohdy ani nepamatují. Zhoršení odhadu trvání jakékoliv činnosti může vést ke komplikacím nervozitě a stresu.

Pro seniory ve fázi pozdního stáří je nesmírně důležité zachování nezávislosti a soběstačnosti v běžném životě. Jak lidé stárnou jejich schopnosti ubývají a oni se musí přizpůsobovat změněným podmínkám a běžné každodenní úkoly zvládat jiným způsobem než dosud, případně si upravují domácnost podle svých potřeb. Úbytek rozumových schopností často odhalí právě chování seniorů v méně obvyklé situaci, kterou najednou překvapivě nejsou schopni zvládnout. Staří lidé si úbytek svých schopností velmi často nejsou schopni plně uvědomit.

### **3.3 Změny v oblasti socializace**

Území, kde se odehrává život seniorů se postupem času stále více zužuje a nakonec může zahrnovat jen velmi omezený prostor v rámci bytu nebo instituce. S redukcí teritoria souvisí taktéž redukce sociálních kontaktů, kdy dochází ke ztrátě blízkých vrstevníků a známých, s nimiž je mnohdy jedinec velmi citově vázán. Z těchto ztrát vyplývá osamělost, která je významným problémem pozdního stáří. Pocit osamělosti může být dán nejen izolací od společnosti, ale i změnami v okolním světě, které mohou připadat starému člověku jako cizí.

Senioři volí různé způsoby zvládnání opuštěnosti. Značný význam zde sehrávají lidé ze sousedství, kteří jsou součástí jejich sociální sítě a proto je pro staré lidi velmi stresující měnit bydliště. Dalším významným prostředkem zvládnání samoty je telefon, který umožňuje udržovat kontakt s osobami vzdálenými a posiluje pocit bezpečí a jistoty, že je možné v případě potřeby někomu zavolat. Jedním z dalších prostředků mohou být média a v neposlední řadě je třeba připomenout zvířata, která plní roli náhradních společníků a jejich prostřednictvím je možné navazovat sociální kontakty. Televize pak nabízí náhradní společnost, kdy jsou

senioři schopni velmi intenzivně prožívat role seriálových a filmových postav (Vágnerová, 2007, s.410-416).

Komunikace starých lidí mívá své některé charakteristické znaky, které se vyskytují zpravidla po 70. roku života. Je poznamenána zvláště zhoršováním sluchu, úbytkem paměti, změnou poznávacích procesů a jinými faktory. Problémy se vyskytují jednak v oblasti porozumění, ale také v oblasti vyjadřování. „*Starí lidé, kteří hůře slyší, mají zhoršenou krátkodobou paměť a pomaleji uvažují, neporozumí vždycky snadno ani běžnému sdělení a ještě větší potíže vznikají, pokud by toto sdělení bylo příliš dlouhé a složité* (ibid., s.416).“



## **4. Domov pro seniory Kociánka**

### **4.1. Zázemí a služby domova**

Statutární město Brno finančně podporuje příspěvkovou organizaci Domov pro seniory Kociánka a je jejím zřizovatelem.

Domov pro seniory Kociánka, příspěvková organizace se sídlem v Brně, Kociánka 1/8 ( dále jen DS Kociánka ) se při své činnosti řídí obecně platnými zákonnými normami a předpisy, zejména pak zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění a vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a dále Zřizovací listinou schválenou zřizovatelem - Statutárním městem Brnem.

Objekt na ulici Kociánka se nachází na rozhraní katastrálního území Králova Pole a Sadová na adrese Kociánka 1/8, 612 00 Brno. Na této adrese sídlí také správa společnosti. Objekt je dostupný městskou hromadnou dopravou autobusem č. 84 nebo č. 43 od vlakového nádraží Královo Pole. Je situován v 5,5 ha lesoparku a je plně bezbariérový. Většina pokojů je orientována na jih s výhledem na Brno a hrad Špilberk. Umístění domova do lesoparku nabízí od jara do podzimu možnost odpočinku a procházek. Součástí objektu jsou pobytové terasy, bufet s televizí, společenské odpočinkové místnosti s televizí a videem atd..

Služby v objektu jsou specificky odborně zaměřeny na ošetrovatelsko-zdravotnickou péči o klienty se sníženou mobilitou. Personál je speciálně vyškolen pro tuto práci.

#### **Ubytování**

DS Kociánka je schopno při plném vytížení nabídnout své služby 394 klientům, z toho pro službu "domov pro seniory" - 346 lůžek a pro službu " domov se zvláštním režimem" - 48 lůžek.

- kapacita objektu Kociánka je 331 lůžek, 1 jednolůžkový pokoj a 165 dvoulůžkových pokojů, zbývající kapacitu doplňuje zařízení na Štefánikově ulici, kde jsou pokoje tří až pětilůžkové.

#### **Vybavení pokoje**

Pokoje jsou vybaveny nábytkem příspěvkové organizace a z důvodu velikosti je nelze doplňovat vlastním nábytkem. Na každém pokoji je hygienický kout

s umyvadlem. Koupelny s vanou, sprchovým koutem a WC jsou společné na chodbě vždy pro více pokojů.

DS Kociánka v Brně podporuje kvalitní a důstojný život seniorů ve stáří. Služba je poskytována odborně a bezpečně, vychází z individuálních potřeb uživatelů a podporuje je v zachování a rozvíjení soběstačnosti a nezávislosti.

Organizace zajišťuje služby těmito způsoby:

ubytování

stravování

pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu

nepřetržitou ošetrovatelskou péči

podmínky a pomoc při osobní hygieně

zprostředkování kontaktů se společenským prostředím

sociálně terapeutické činnosti (zabezpečení kontaktu se společenským prostředím, podpora duchovních, psychických, sociálních a společenských potřeb)

aktivizační činnosti

pomoc při uplatňování práv, zájmů a obstarávání osobních záležitostí

rehabilitační péči

Organizace zprostředkovává:

péči praktického lékaře v ordinálních hodinách

psychologickou péči v ordinálních hodinách

specializovanou lékařskou péči

další služby - kadeřnictví, pedikúra

Úhrady za služby

Úhrada za poskytnuté služby a pobyt platná od 1. 2. 2009:

ubytování ve výši 160,- Kč až 167,- Kč denně podle počtu lůžek na pokoji

stravování ve výši 107,- Kč denně

Výše úhrady za ubytování a stravu stanovená na jeden kalendářní den je 267,- Kč až 273,- Kč podle počtu lůžek na pokoji.

Výše úhrady za ubytování a stravu je stanovená dle počtu dnů v měsíci. V souladu s ustanovením §73 odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách musí uživatelé po úhradě za ubytování a stravování zůstat minimálně 15% z jeho příjmů ( DS Kociánka, dostupné z: <http://www.koc.brno.cz/index.php?nav01=7923&nav02=7997>).

Je důležité zdůraznit, že za poskytovanou sociální službu dále náleží ze zákona poskytovateli příspěvek na péči v aktuální přiznané výši uživateli (od 2000,- do 11000,- podle stupně potřebné pomoci) a to ode dne, kdy vznikl uživateli nárok na jeho výplatu a byly mu poskytovány sociální služby poskytovatelem.

Každý měsíc obdrží obyvatel domova výpis, kde jsou zmíněny jednotlivé položky jeho příjmů - starobní nebo vdovský důchod a odpočty za léky, případně hygienické potřeby, pobyt v nemocnici a jiné služby spojené s ubytováním. Klienti tak mají přehled o svých finančních prostředcích, které jim zůstaly k dispozici na následující měsíc. Tyto finanční prostředky však nebývají velké.

#### Aktivizační služby

Senioři mají k dispozici několik dílen, kde probíhají pod odborným dohledem různé terapie. Probíhají buď terapie v malých skupinkách 4-6 lidí, přímo na jednotlivých odděleních, dále je možná terapie ve velké dílně, kde je možné připojení k internetu, které zajistilo a zřídilo v tomto zařízení partnerské město Brna – Stuttgart.

Ve velké dílně probíhají terapie převážně rukodělné - šití, pletení, keramika a další, zaměřené převážně na udržení motorické zdatnosti seniorů. Dále je možná muzikoterapie, která je převážně pasivní, čili spočívá v poslechu hudby. V odpoledních hodinách všedních dnů je pak seniorům k dispozici terapie spojená s pečením a vařením, kdy mohou tvořit jídla podle svých chutí. V týdnu je možné podle zájmu promítat filmy, navštívit divadelní představení v Brně, o víkendu pak probíhá canisterapie.

Volný čas mohou senioři trávit také formou výletů, kdy jedenkrát měsíčně je pořádán výlet do okolí Brna, kdy jsou převážně navštěvovány místa, kde klienti trávili svůj život v mladším věku a chtějí sledovat změny, které ve městě probíhají. Pořádají se však výlety nejen po Brně, ale i mimo něj. Převážně senioři navštěvují místa blízka Brnu, aby pro ně nebylo cestování autobusem příliš únavné. V loňském roce navštívili Křtiny, Sloup, Rájec Jestřebí, Hrad Veveří, Moravský Kras a jiné oblasti, které nabízí kulturní nebo přírodní památky v blízkosti Brna. Jak podotýkají ergoterapeuti, senioři mají tyto aktivity velmi rádi, bohužel je téměř u každého výletu potíží se zajištěním stravování pro seniory. Ne každá restaurace je ochotna vyjít seniorům vstříc a nabídnout jim své služby v oblasti stravování.

Mezi velmi oblíbené činnosti pak mezi seniory patří zahradní slavnosti pořádané 4x ročně za účasti dětí z mateřských školek, dále pak jednou ročně probíhá

módní přehlídka, kdy sami senioři předvádí módní modely a jednou ročně se odehrávají sportovní hry, kdy si mohou změřit své síly v petangue, v chytání rybiček v kašně, kuželkách, hodu na cíl a kopání míče na branku.

Všechny tyto činnosti napomáhají seniorům v jejich adaptaci, rehabilitaci, vzájemné komunikaci a všeobecně k psychické a fyzické pohodě.

#### **4.2. Průzkum v domově pro seniory Kociánka**

Co se týká zavedených regulačních poplatků, představují pro mnohé seniory zátěž nejenom finanční, ale také psychickou, neboť pro mnohé z nich po zaplacení ubytování a stravy v domově, jim zůstává jen 15 % příjmů na celý měsíc a jsou i takové případy, že regulační poplatky za seniory hradí zařízení ze svého rozpočtu, neboť seniorům na poplatky nezbývají finanční prostředky. Jak se tedy senioři staví k poplatkům, se pokusím přiblížit v praktické části své práce.

Cílem průzkumu v rámci bakalářské práce je zjistit, zda senioři mají zájem o reformy prováděné v systému zdravotnictví, jak tyto reformy vnímají, zda je někdo informuje a zda s reformami souhlasí.

Pro ověření stanovených hypotéz je použito kvantitativního výzkumu pomocí metody dotazníku (viz. Příloha 1) a nestandardizovaných rozhovorů se seniory a pracovníky domova, za účelem doplnění informací. Dotazník je tvořen převážně otázkami uzavřenými, které mimo základních údajů mají pomoci při verifikaci stanovených hypotéz. Otevřená otázka má pak směřovat k vytvoření obrazu, jak vnímá situaci ve zdravotnictví oslovený vzorek respondentů. Místem pro šetření byl zvolen Domov pro seniory Kociánka, Kociánka 8, Brno - Královo Pole.

##### **Stanovené hypotézy :**

- 1. Průzkumným šetřením bude zjištěno, zda mají senioři v Domově pro seniory Kociánka zájem o aktuální změny v systému zdravotnictví.**
- 2. Výsledky průzkumu ukáží, zda respondenti s vyšším vzděláním souhlasí se zavedením regulačních poplatků v českém zdravotnictví.**
- 3. Průzkum ukáže, jakým způsobem byli respondenti informováni, jak hodnotí množství a kvalitu informací o reformách českého zdravotnictví.**

### Vlastní průzkumné šetření

Vlastní šetření probíhalo formou dotazníku spojeného s doplňujícím rozhovorem, pokud by některý respondent neporozuměl zadané otázce. Osloveno bylo 80 respondentů, z toho 18 respondentů zásadně odmítlo se k situaci ve zdravotnictví vyjadřovat. Zbývajících 52 respondentů na otázky odpovědělo a z nich vychází i výsledky průzkumu.

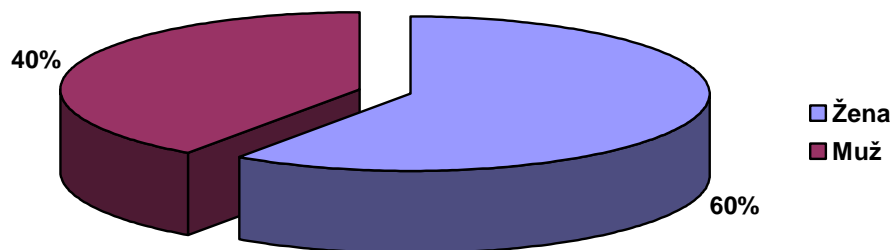
### Základní údaje šetření:

1. Jakého jste pohlaví?

Tabulka 1 Pohlaví

	Počet	Procent
Žena	31	60%
Muž	21	40%

Graf 1 Pohlaví



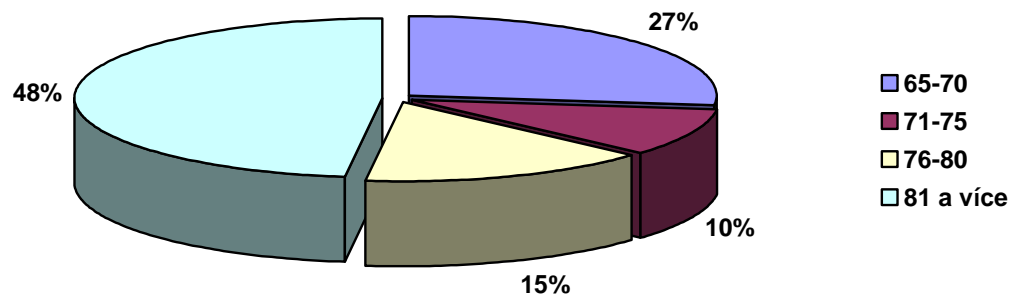
Z dotazníkového průzkumu vyplynulo, že z 52 dotazovaných respondentů bylo 21 mužů, tj. 40% a 31 žen, tj. 60%.

## 2. Kolik je Vám let?

Tabulka 2 Věk

	Počet	Procent
65 - 70	14	27%
71 - 75	5	10%
76 - 80	8	15%
81 a více	25	48%

Graf 2 Věk



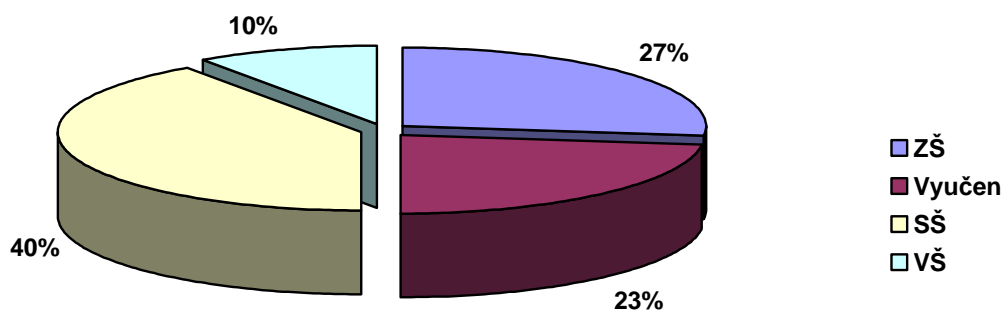
Z dotazníkového průzkumu vyplynulo, že věkové rozložení oslovených respondentů je následující. 14 osob je ve věku 65 až 70 let, tj. 27%, 5 osob je ve věku 71 až 75 let, tj. 10%, 8 osob je ve věku 76 až 80 let, tj. 15% a 25 osob z oslovených respondentů má věk vyšší než 81 let, což činí 48% z celkového počtu 52.

### 3. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

Tabulka 3 Dosažené vzdělání

	Počet	Procent
ZŠ	14	27%
Vyučen (a)	12	23%
SŠ	21	40%
VŠ	5	10%

Graf 3 Dosažené vzdělání



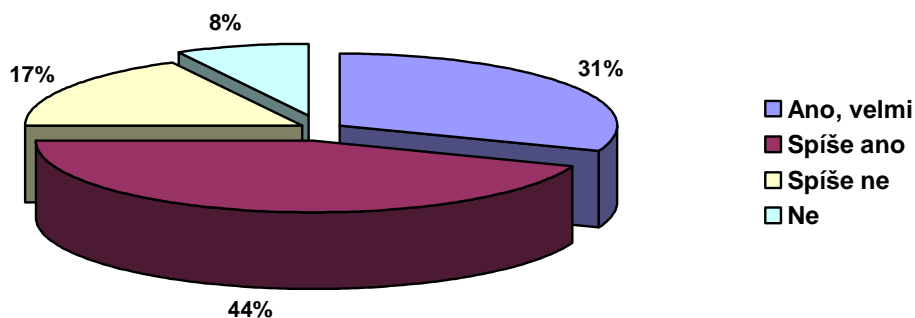
Z dotazníkového šetření vyplynulo, že z celkového počtu 52 respondentů má základní vzdělání 14 osob, což je 27%, 12 osob je vyučeno, což je 23%, středoškolské vzdělání má 21 respondentů, což je 40% a vysokoškolsky vzdělaných je 5 osob, což je 10% z celkového počtu 52 respondentů.

4. Zajímá vás situace ve zdravotnictví v souvislosti se zavedením regulačních poplatků?

Tabulka 4 Zájem o situaci ve zdravotnictví

	Počet	Procent
Ano, velmi	16	31%
Spíše ano	23	44%
Spíše ne	9	17%
Ne	4	8%

Graf 4 Zájem o situaci ve zdravotnictví



Z dotazníkového průzkumu vyplynulo, že z 52 dotazovaných respondentů se o situaci ve zdravotnictví v souvislosti se zavedením regulačních poplatků zajímá 39 osob, což je 75%, na uvedenou otázku odpověděli ano nebo spíše ano. 13 osob, tj. 25% se o situaci spojené s regulačními poplatky ve zdravotnictví nezajímá a odpovědělo na otázku ne nebo spíše ne.

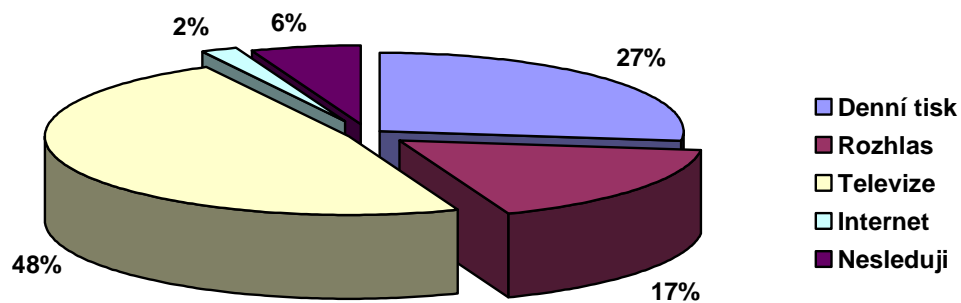


5. Jakým způsobem sledujete informace týkající se změn ve zdravotnickém systému?

Tabulka 5 Sledování informací o zdravotnictví

	Počet	Procent
Denní tisk	14	27%
Rozhlas	9	17%
Televize	25	48%
Internet	1	2%
Nesledují	3	6%
Kombinace médií	16	

Graf 5 Sledování informací o zdravotnictví



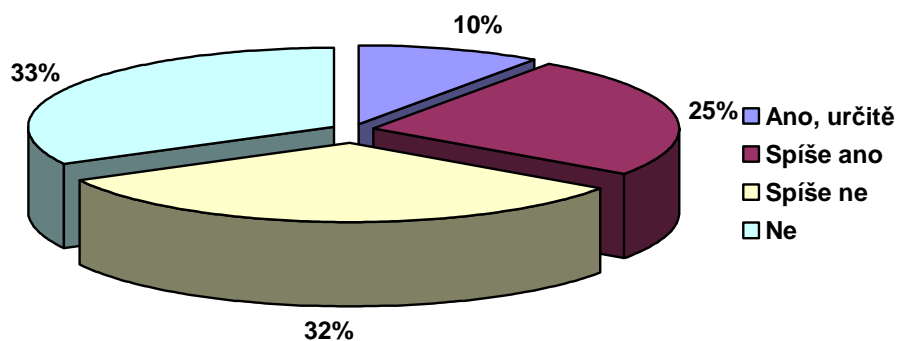
Z dotazníkového šetření nám vyplynulo, že z celkového počtu 52 respondentů 14 osob sleduje informace v denním tisku, tj. 27%, 9 osob poslouchá rozhlas, což je 17%, 25 osob sleduje informace pomocí televize, tj. 48%. Jeden respondent, což jsou 2% sleduje informace na internetu. 3 osoby nesledují situaci ve zdravotnictví v souvislosti se zavedením poplatků vůbec, což je 6% z celkového počtu. 16 respondentů uvedlo kombinaci médií a to kombinaci televize a denního tisku.

6. Souhlasíte se zavedením regulačních poplatků ve zdravotnictví?

Tabulka 6 Souhlas se zavedením regulačních poplatků ve zdravotnictví

	Počet	Procent
Ano, určitě	5	10%
Spíše ano	13	25%
Spíše ne	17	32%
Ne	17	33%

Graf 6 Souhlas se zavedením regulačních poplatků ve zdravotnictví



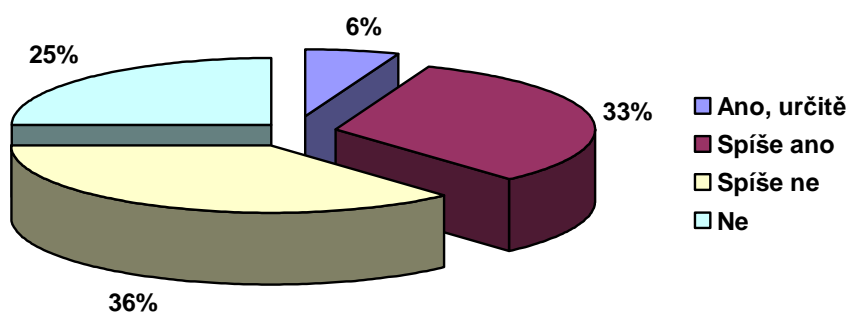
Z dotazníkového průzkumu vyplynulo, že se zavedením poplatků souhlasí z celkového počtu 52 osob 18 osob, které odpověděly ano, nebo spíše ano a to činí 35%. Ne nebo spíše ne, odpovědělo 34 osob, což je 65% z celkového počtu.

7. Domníváte se, že státní instituce dostatečně informují o změnách v systému zdravotnictví?

Tabulka 7 Informace ze strany státních institucí

	Počet	Procent
Ano, určitě	3	6%
Spíše ano	17	33%
Spíše ne	19	36%
Ne	13	25%

Graf 7 Informace ze strany státních institucí



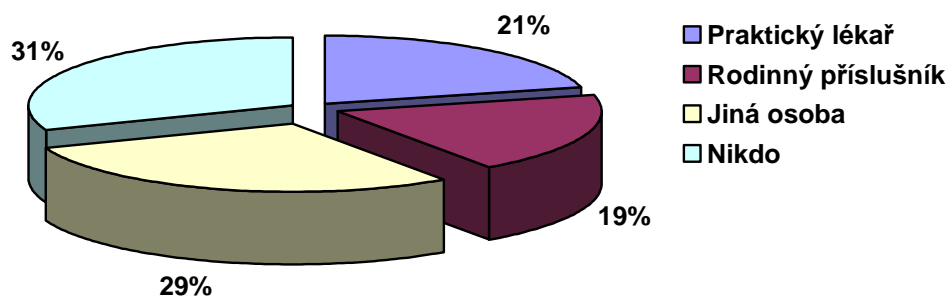
Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 20 osob, tj. 39% se domnívá, že státní instituce informují občany dostatečně o změnách probíhajících v systému zdravotnictví, tito odpověděli na otázku ano nebo spíše ano. 32 osob, tj. 61% z celkového počtu 52 osob se domnívá, že státní instituce občany informují nedostatečně. Tito respondenti odpověděli ne nebo spíše ne.

8. Kdo vás informoval o změnách, které proběhly v souvislosti se zavedením regulačních poplatků?

Tabulka 8 Osoby informující o regulačních poplatcích

	Počet	Procent
Praktický lékař	11	21%
Rodinný příslušník	10	19%
Jiná osoba	15	29%
Nikdo	16	31%

Graf 8 Osoby informující o regulačních poplatcích



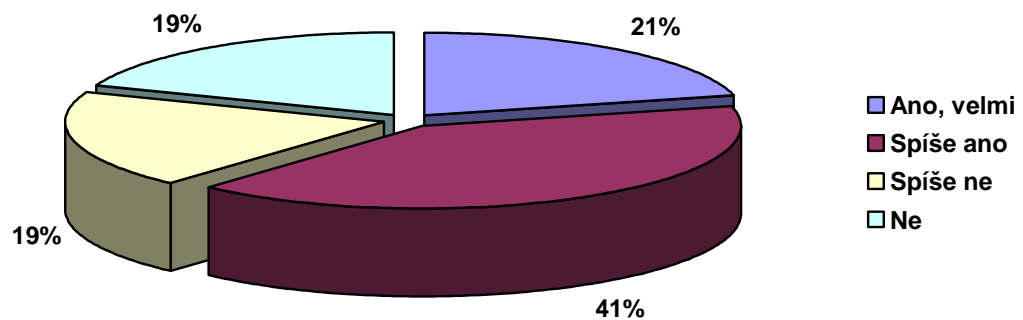
Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 11 odpovídajících seniorů, což je 21% informoval o změnách v souvislosti se zavedením poplatků lékař, 10 seniorů, což je 19% bylo informováno rodinným příslušníkem, 15 seniorů, což je 29% informovala o zavedení poplatků jiná osoba a 16 osob, což je 31% neinformoval nikdo. Jako jiné osoby byly uvedeny nejčastěji zdravotní sestry z oddělení a to v osmi případech, 7 osob jako jiné osoby uvádí nejčastěji někoho z obyvatel domova pro seniory.

9. Uvítali byste, pokud by vám někdo vysvětlil změny ve financování zdravotního systému?

Tabulka 9 Vysvětlení změn ve zdravotnickém systému

	Počet	Procent
Ano, velmi	11	21%
Spíše ano	21	41%
Spíše ne	10	19%
Ne	10	19%

Graf 9 Vysvětlení změn ve zdravotnickém systému



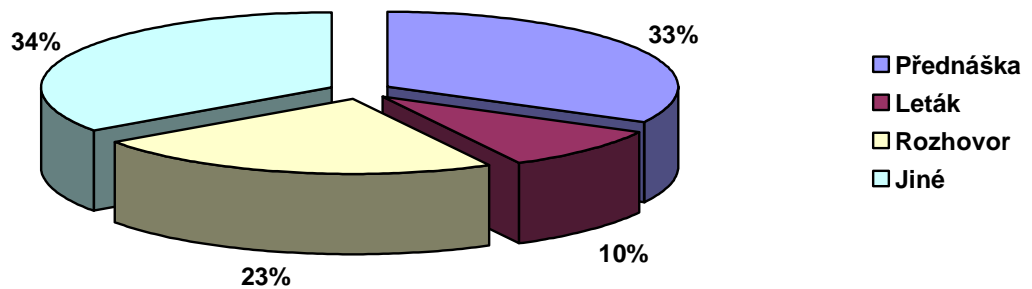
Jak vyplynulo z dotazníkového šetření 32 seniorů, což je 62% z celkového počtu, by uvítalo vysvětlení nutnosti změn ve financování zdravotního systému, tito na otázku odpověděli ano velmi nebo spíše ano. 20 dotázaných seniorů, tj. 38% z 52 respondentů, by vysvětlení změn ve financování zdravotnictví neuvítalo.

## 10. Jakou formu informací byste uvítali?

Tabulka 10 Forma informací o změnách

	Počet	Procent
Přednášku	17	33%
Leták	5	10%
Rozhovor o problematice	12	23%
Jinou formu	18	34%

Graf 10 Forma informací o změnách



Z dotazníkového průzkumu nám vyplynulo, že z celkového počtu 52 respondentů by informace o změnách uvítalo formou přednášky 17 osob, tj. 33%, formou letáku 5 osob, tj. 10%, formou rozhovoru o problematice 12 osob, což je 23% a 18 osob, což je 34% vysvětlení nepožaduje - tyto respondenti uvedli do řádku pro jinou formu vysvětlení slovo „žádnou“.

11. Předepíše vám váš praktický lékař pravidelně léky?

Tabulky 11, 12, 13 Pravidelné lékařské předpisy, Poplatky za předpisy a Podání stížnosti při neoprávněném výběru poplatků

	Počet	Procent
Ano	44	85%
Ne	8	15%

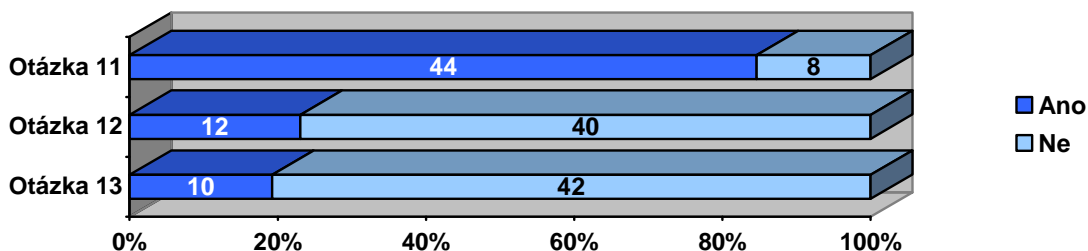
12. Víte, že při předepsání léků, které není spojeno s vyšetřením, nemusíte zaplatit regulační poplatek ?

	Počet	Procent
Ano	12	23%
Ne	40	77%

13. Byli byste schopni podat stížnost na zdravotnické zařízení, pokud byste zjistili, že od Vás neoprávněně vybralo regulační poplatek ?

	Počet	Procent
Ano	10	19%
Ne	42	81%

Graf 11 Lékařské předpisy, poplatky a podání stížnosti



Poslední tři otázky byly spojeny do jednoho grafu, protože spolu souvisí. Z celkového počtu 52 respondentů odpovědělo 44, tj. 85% ano na otázku, zda jsou jim pravidelně předepisovány léky, 8 osobám, tj. 15% lékař léky pravidelně nepředepisuje. 12 osob, což je 23%, ví, že při předepisování léků, které není spojeno s vyšetřením nemusí hradit regulační poplatek. Oproti tomu 40 dotázaných seniorů, což je 77% o této skutečnosti neví.

V souvislosti s neoprávněným výběrem poplatků a stížností na subjekt, který tento vybral odpověděli dotazovaní senioři takto: 10 osob, což je 19% by si bylo schopno stěžovat naproti tomu 42 osob, tj. 81% by si v souvislosti s neoprávněným výběrem poplatku nestěžovalo a uhradili by jej.

14. Je něco, co by jste mi chtěli v souvislosti se změnami ve zdravotnickém systému a zavedením regulačních poplatků dále sdělit?

*„Zažila jsem hodně proměn a myslím si, že situace ve zdravotnictví je dobrá.“*

*„Aby se poplatky netýkaly důchodců a malých dětí.“*

*„To na tom to zdravotnictví musí být hodně mizerně, dříve se nevybíralo a šlo to, najednou se za vše platí a žádná rapidní změna není poznat!!“*

*„Lidský věk se prodlužuje, zdravotnictví se zlepšuje. Jsem dvakrát po operaci páteře.“*

*„Zažila jsem hodně proměn, myslím si, že je situace dobrá.“*

*„Pořád je to stejné.“*

*„Beru pravidelně hodně léků, navštěvuji kožní a interní oddělení, měsíčně platím za léky 1.600,- což je finančně hodně náročné. Změny nedokážu posoudit, ale úroveň lékařů je báječná, nemohu si stěžovat.“*

*„Je to pořád stejný.“*

*„Situace je stále stejná.“*

*„Situace ve zdravotnictví se zlepšila, bohužel obyčejný člověk do dané situace tak nevidí.“*



*„42 let jsem platil, teď v době důchodu chtějí peníze, což je nesprávné. Peníze byly do systému vloženy. Když jsem byl mladý, vůbec jsem zdravotní služby nevyužíval.“*

*„Dlouho jsem zdravotnické služby nevyužil, nedokážu posoudit změnu. Ještě před zavedením poplatků jsem v Bohunické nemocnici zažil velké zmatky při své operaci.“*

*Jsem po deseti operacích a všude jsem se setkal s pochopením, co jsem potřeboval, jsem dostal, změnu nepociťuji.“*

*„Chodím zde k praktickému lékaři a jsem spokojená.“*

*„Nesouhlasím s poplatky, platil jsem celý život, na stáří je to zbytečné.“*

*„Zdravotnictví je velmi náročné a pořád se vyvíjí k lepšímu. Doufám, že za nějaká léta bude vše lépe fungovat, i léčení. Já to právě teď potřebuji.“*

*„Se vším souhlasím.“*

*„Současný systém je založený na penězích, dříve to bylo lepší.“*

*„Sociální jistoty byly dříve větší a dnes je vše jen o penězích a bohužel i zdravotnictví.“*

*„Lékaři jsou lhostejní, čekají jen na peníze. Situace se zhoršila a zhoršuje.“*

*„Jsem spokojená, situace se zlepšila.“*

*„Situace se zlepšila, lidé se starají více o své zdraví.“*

*„Myslím si, že se situace zhoršuje. Sociální situace je horší pro všechny, nejsou jistoty.“*

*„Stejná úroveň, jsem celkem spokojen.“*

*„Situace je stejná i po zavedení poplatků.“*

*„Po zavedení poplatků nevidím žádnou změnu.“*

*„Změny nemohu posoudit.“*

*„Myslím, že situace je dobrá, pokud něco potřebuji, vždy se mi vyhoví.“*

*„Mám dojem, že situace ve zdravotnictví se po zavedení poplatků nezměnila.“*

*„Jsem tělesně postižená od narození, používám berle a gumové punčochy na trombózu. Dneska jsou tyto pomůcky velmi těžce dostupné a dosažitelné, na rozdíl od předchozích let. Myslím, že se tedy v tomto směru situace zhoršuje!“*

*„Dříve se poplatky neplatily, spoustu a spoustu let se neplatilo nic. Jako mladí jsme platili, teď už platit nechceme!“*

*„Stejně, bez ohledu na poplatky.“*

*„Chtěla bych, aby se zvýšila osobní odpovědnost lékařů, po zavedení poplatků se nic nezměnilo.“*

*„Uznávám nutnost změn.“*

*„Bylo by dobré, aby ministrem byl lékař. Jsem pro zrušení poplatků pro děti. Dcera má tři děti a finanční situace je pro ni z mateřské dovolené neúnosná.“*

*„Myslím si, že se situace ve zdravotnictví zlepšila díky technice, jinak je situace stále stejná.“*

*„Pro lidi se nic nezměnilo, jenom zdravotníci jsou spokojenější, méně lékařů a lékárníky. Jsem pro poplatky u lékařů, v každém případě bych zrušila poplatky v lékárnách!“*

V poslední otázce, která je otevřená, měli dotazovaní libovolně vyjádřit svůj názor v souvislosti se zavedením poplatků a k nynější situaci ve zdravotnictví. Na tuto otázku odpovědělo 38 respondentů z celkového počtu 52 osob.

Každý z nich, většinou vyjádřil svůj názor, především na základě svých zkušeností se zdravotnickým systémem. Někteří uvádí i počet operací a nemoci, které jejich stáří provází. 9 osob se vyjádřilo ve smyslu, že po zavedení regulačních poplatků se nic nezměnilo nebo, že je úroveň zdravotnictví stále stejná. 5 osob vyjádřilo zcela jasně svůj nesouhlas oproti tomu 2 osoby vyjádřili svůj souhlas s poplatky. Změny ve zdravotnictví nedokáže posoudit 5 osob, neboť se necítí dostatečně kompetentní. 3 osoby vyjádřili se zdravotnictvím spokojenost, 3 osoby hodnotí zdravotnictví jako lepší a 3 osoby vidí situaci jako horší, než byly zavedeny poplatky.

### **Analýza průzkumu**

Cílem našeho průzkumu bylo zjistit, jak se oslovení senioři dívají na provedené změny ve zdravotnictví, zejména v souvislosti se zavedením poplatků, zda situaci ve zdravotnictví sledují, zda je zajímavá a zda byli státem informováni o tom, proč je nutné tyto změny dělat.

#### **Hypotéza 1 :**

**Průzkumným šetřením bude zjištěno, zda mají senioři v Domově pro seniory Kociánka zájem o aktuální změny v systému zdravotnictví**

K této hypotéze se vztahuje otázka číslo 4:

Z dotazníkového průzkumu plyne, že se o situaci ve zdravotnictví se zajímá 39 osob, což je 75%, na uvedenou otázku odpověděli kladně. 13 osob, tj. 25% se o situaci ve zdravotnictví nezajímá a odpovědělo záporně.

**Hypotéza byly verifikována pro náš soubor respondentů.**

### **Hypotéza 2 :**

**Výsledky průzkumu ukáží, zda respondenti s vyšším vzděláním souhlasí se zavedením regulačních poplatků v českém zdravotnictví.**

K této otázce se vztahuje otázka číslo 3 a 6:

Za vyšší vzdělání považujeme vzdělání středoškolské a vysokoškolské. Z dotazníkového průzkumu vyplynulo, že 26 osob má vzdělání střední nebo vysokoškolské, což je 50% respondentů z celkového počtu 52. Na otázku zda souhlasí se zavedením poplatků odpovědělo kladně 18 osob, což je 69% z celkového počtu 26 osob s vyšším vzděláním. 8 osob odpovědělo na otázku zavedení poplatků negativně, což činí 31% z celkového počtu respondentů s vyšším vzděláním.

**Hypotéza byly verifikována pro náš soubor respondentů.**

### **Hypotéza 3 :**

**Průzkum ukáže, jakým způsobem byli respondenti informováni, jak hodnotí množství a kvalitu informací o reformách českého zdravotnictví.**

K této otázce se vztahuje otázka číslo 7 a 12:

Z dotazníkového průzkumu vyplynulo, že 32 osob, tj. 61% z celkového počtu 52 osob se domnívá, že státní instituce občany informují nedostatečně. Tito respondenti odpověděli ne nebo spíše ne.

12 osob, což je 23%, ví, že při předepisování léků, které není spojeno s vyšetřením nemusí hradit regulační poplatek. Oproti tomu 40 dotázaných seniorů, což je 77% o této skutečnosti neví.

61% oslovených respondentů se domnívá, že byli státem nedostatečně o změnách ve zdravotnictví informováni. O tom se můžeme přesvědčit u konkrétní odpovědi na otázku číslo 12, zda senioři ví o tom, že při předepsání léku bez vyšetření, nemusí regulační poplatek hradit. O této skutečnosti neví, dle výsledků průzkumu 77% oslovených respondentů.

**Hypotéza byly verifikována pro náš soubor respondentů.**

## **Shrnutí poznatků šetření doplněné průzkumem NRZP a posledními změnami:**

Průzkumné šetření v DS Kociánka ukázalo následující poznatky:

O situaci ve zdravotnictví se v souvislosti s regulačními poplatky se zajímá 75% dotázaných respondentů, informace sledují senioři převážně z televizního vysílání. Se zavedením poplatků nesouhlasí 65% dotazovaných a kvalitu informací ze strany státu považují senioři za nedostačující v 61%.

Respondenti by uvítali zprostředkování informací o změnách v systému zdravotnictví, nejčastěji formou přednášky (33%) popř. individuálním rozhovorem (23%), kdy je možné aktivně reagovat, pokud posluchač nějaké informaci neporozumí.

85% dotazovaných pravidelně lékař předepisuje léčiva. 77% dotázaných pak neví o skutečnosti, že poplatek se neplatí, pokud není spojen s vyšetřením. Ke stížnosti by při neoprávněném výběru poplatku přistoupilo 19% z celkového počtu 52 dotázaných seniorů.

Skutečnost, že poplatky činí potíže dokládá také průzkum NRZP uskutečněný v únoru 2008 (viz. Příloha č.2). V tomto průzkumu bylo osloveno 889 seniorů ze 72 domovů pro seniory v České republice. Tento výzkum se soustřeďuje zejména na finanční dopady pro seniory a je jistou podporou našeho výzkumu v DS Kociánka, jež ukazuje vliv změn, zejména po stránce nutnosti seniory o těchto informovat. Výzkumem NRZP bylo prokázáno, že 20% dotázaných seniorů nemá na poplatky finanční prostředky.

Jak vyplynulo z našeho šetření v DS Kociánka je zavedení poplatků nejen zátěží finanční, ale také informační, kdy senioři sami, v případě jejich zájmu, musí vyvíjet iniciativu, aby se k informacím dostali. Toto dle mého názoru způsobuje zátěž psychickou, zvláště v tom případě, kdy zákonná úprava prodělala v průběhu 18 měsíců dvě úpravy-novelizace zákona č.48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění (srpen 2008, duben 2009).

Poslední úprava přinesla některým seniorům v domovech pro seniory úlevu finanční v tom smyslu, že ti, kterým zbývá kapesné nižší než 800,- korun na měsíc, jsou povinni platit poplatek zproštění. Ochranný limit, který sčítá poplatky jednotlivce zaplacené na regulačních poplatcích a doplácích na léčích, byl seniorům nad 65 let snížen z 5000,- na 2500,- korun za rok. Tato úprava však s sebou nese i zvýšení zátěže administrativní, protože senior musí doložit výši svého kapesného,

kteřou mu vydá provozovatel domova. Další administrativní zátěž jistě způsobuje i hlídání ochranného limitu pro jednotlivce, stejně jako vydávání darovacích smluv v některých krajských nemocnicích a lékárnách pro ty, kteří nechtějí poplatek hradit, po volbách do krajských zastupitelstev v říjnu 2008 (Běhounek, J., Kompenzace regulačních poplatků v krajských nemocnicích bez větších problémů. Dostupné z <http://www.kr-vysocina.cz> ).

Vedení administrativy jistě spotřebovává finanční prostředky a snižuje efektivitu celé reformy. Tyto prostředky by jistě bylo vhodné ušetřit, popř. investovat do lepší informovanosti seniorů a komunikace s nimi ve věcech týkajících se změn ve zdravotnictví.

Zjednodušení v systému regulačních poplatků by jistě přineslo odstranění administrativní zátěže úřadům, zajistilo by přehlednost pro seniory, snížení finančních nákladů reformy a tím její zefektivnění.

Cílem mého šetření bylo studiem dostupných materiálů, metodou dotazníku a rozhovoru, zjištění nových poznatků o obyvatelích města Brna v seniorském věku a jejich postoje ke změnám ve zdravotnictví. Úpravy, které s sebou nesou zvláště poslední změny reformy, jistě vyvolávají u seniorů další psychický tlak, zejména v oblasti informovanosti. Tyto úpravy znamenají i zátěž v oblasti administrativy státní správy, která spotřebovává nemalé prostředky a bylo by výhodné je použít pro zabezpečení lepší komunikace se seniory při objasnění důvodů reformy v oblasti zdravotnictví nebo je ušetřit.

## Závěr

*Kdo chce dožít stáří, musí s tím začít už v mládí.*

Anglické přísloví

Domov pro seniory Kociánka patří ke 48 domovům v Jihomoravském kraji (Statistická ročenka České republiky 2008, s.712). V této oáze klidu může žít 331 seniorů. Vedení stejně jako personál domova přistupuje ke svým obyvatelům s osobním a komplexním nasazením. Obyvatelům je k dispozici psycholog, lékař, zdravotní a sociální pracovníci, specialisté ergoterapie, muzikoterapie, fyzioterapie, pohybové terapie a pastorační péče.

Komunikací s klienty domova pro seniory Kociánka jsem dostal příležitost nahlédnout do jejich vnitřních pocitů v souvislosti se změnami které probíhají. Senioři všeobecně vnímají změny negativně (Dopady reformy veřejných financí, Faktum Invenio: tisková zpráva, s.3, dostupné z: <http://www.factum.cz/tz275>), a z jejich gest bylo možné vypočítat spíše obavy o to, co bude s jejich dětmi a blízkými, než nějaký výrazný odpor. Aktivní zájem o změny v systému je možné vysvětlit polymorbiditou, která je spojena s vyšším věkem seniorů, ale také s jejich angažovaným přístupem k životu jako takovému a obavami o nastupující generace.

Uplatněním metody dotazníku jsem se pokusil o objasnění vnímání změn ve zdravotnictví klienty konkrétního Domova pro seniory Kociánka. Kombinací dotazníku a rozhovorů jsem došel k upřesnění dat. Východiskem pro mou práci jsou informace z odborné literatury o sociálním státu, zdravotnické péči, problematice stáří a samozřejmě také studijní znalosti získané v průběhu studia na Institutu mezioborových studií v Brně.

Při osobním kontaktu se seniory jsem respektoval obecně platné zásady slušného a korektního vystupování, abych vyloučil u seniorů nervozitu v průběhu jednání a nevystavoval je tak nejistotě. Snažil jsem se vždy projevovat dostatek respektu, úcty ke stáří a trpělivosti, aby měli respondenti dostatek času při hledání

správného výrazu či celé odpovědi. V některých případech bylo nutno zvolit jednodušší formulaci otázky pro usnadnění komunikace.

Výsledkem této komunikace pak byly příjemné rozhovory v nichž senioři vyjádřili své osobní postoje ke změnám ve zdravotnictví. Z průzkumného šetření vyplynulo, že senioři se zajímají o situaci ve zdravotnictví a tuto sledují v médiích, nejčastěji v televizním vysílání. Zde jsou však mnohdy předkládány takovou formou a rychlostí, že zůstávají mnohými nepochopeny a informace tak vyzní naprázdno.

Dále vyplynulo, že většina dotázaných seniorů si myslí, že je stát nedostatečně informoval o změnách ve zdravotnictví v souvislosti se zavedením regulačních poplatků a to jak po stránce kvalitativní, tak co do množství informací. Toto je možné postřehnout také z konkrétní odpovědi na možnost neplatit u lékaře regulační poplatek. Z možností jak by měly státní instituce o změnách informovat, vybraný vzorek respondentů zvolil nejčastěji metodu přednášky a rozhovoru, kdy by mohli respondenti živě reagovat a pokládat otázky, pokud by odbornému vysvětlování neporozuměli.

Na zabezpečení tohoto způsobu předávání informací by se mohli podílet sociální pracovníci domova pro seniory, zaměstnanci odboru sociální péče místně příslušného úřadu popř. vyškolení dobrovolníci z odborné veřejnosti, k tomuto účelu proškolení ministerstvem zdravotnictví. V tomto směru se otevírá široký prostor pro sociální pedagogy, kteří se jako odborníci soustřeďují na otázky pomoci a utváření životního způsobu jednotlivců, na usnadňování procesu socializace a řešení forem a zdrojů konfliktních interakcí mezi jedincem či sociální skupinou a společností.

Jisté doporučení z mé strany se týká také celé, koncepce reforem ve zdravotnictví, kdy by bylo třeba dosáhnout obecného konsenzu na straně politické reprezentace v tom smyslu, že zaváděné změny budou platit i v následujícím volebním období, bez ohledu na to zda strana, která změny provedla bude opět ve vedoucí pozici.

Další z doporučení se týká mediální stránky věci, kdy zejména v televizním, ale také v rozhlasovém vysílání, by mohly probíhat diskusní pořady na aktuální



témata, jejímiž hlavními aktéry by byly převážně senioři. Tyto projekty by nepochybně měly u seniorů ohlas, mohli by se tak aktivněji podílet na změnách a rozhodně by stálo za pokus, zjistit tento zájem podrobněji formou dalšího průzkumu.

Okamžikem zrození se člověk pomalu ale jistě, postupně dostává do stadia dospělosti a posléze stáří. Lidský život je konečný. Jistě lze procesy stárnutí ovlivnit komplexní péčí, pomocí a podporou jedince. Vzhledem ke stále se zvyšující preventivní a zdravotní péči v našem státě lze předpokládat, že se většina z nás seniorského věku dožije. Základem podpory starého člověka by měla být pomoc, aby zůstal sám sebou, nebyla zničena jeho autonomie a byla zachována životní smysluplnost včetně začlenění do společnosti. Snažme se tedy pomocí citlivé sociální interakce prosazovat na základě dosažených vědeckých poznatků takové změny, které nás povedou životem k vzájemnému generačnímu propojení a umožní i nám samotným dospět ke klidnému a spokojenému závěru života.

*Stupeň úcty ke stáří udává stupeň ušlechtilosti a pravé ceny u všech národů a kultur.*

Ladislav Klíma

## Resumé

Předložená bakalářská práce se zabývá aktuálním tématem reformy zdravotnictví v souvislosti s občany žijícími v domovech pro seniory. Práce je členěna do čtyř kapitol. Autor se v první části věnuje sociálnímu státu jako garantu práv občanů, všímá si jeho vývojových etap až po dnešní krizi. V druhé kapitole se soustředí na zdravotnictví ČR z pohledu definice zdraví Světové zdravotnické organizace, popisuje vývoj zdravotnictví až k dnešním reformám, a uvádí některé z pilířů sociálních práv. Třetí kapitola popisuje typické projevy stáří a jeho problémy. Čtvrtá kapitola je věnována DS Kociánka v Brně a jeho obyvatelům. Autor se pomocí experimentální metody snaží o zaznamenání postojů a pocitů seniorů vzhledem k probíhajícím reformám ve zdravotnictví a hledá tak východiska a řešení ke zlepšení komunikace a kvality života seniorů v České republice.

## **Anotace**

Bakalářská práce *Senioři v domovech důchodců a regulační poplatky* ve zdravotnictví se zabývá aktuálním tématem zavedení poplatků ve zdravotnictví v České republice. Autor pojednává o sociálním státu jako garantu jistých práv všech občanů, o jeho vývoji a současné krizi; věnuje se popisu zdravotnictví v období socialismu a snahám o reformy po roce 1989 až po zavedení regulačních poplatků. Dále autor prezentuje provedený výzkum a výsledná zjištění z konkrétního Domova pro seniory Kociánka, analyzuje reakce jeho klientů, které se týkají aktuálních změn ve zdravotnictví.

## **Klíčová slova**

sociální stát, zdraví, reforma zdravotnictví, regulační poplatky, staří lidé, stárnutí, problémy ve stáří, reakce klientů - seniorů na reformy.

## **Annotation**

This bachelor work is concerned with the elderly in retirement homes and regulated charges in the healthcare system for people in the Czech Republic. The author deals with guaranteed legal rights of citizens, especially the retired and their relationship with the current crisis of the social healthcare system. The author focuses on the characteristics of the healthcare system under socialism and attempts at reforms after the year 1989 up until the current implementation of regulated charges. Further the author describes the research and its results featuring life in the retirement home for seniors named Kocianka, analyzing clients reactions toward the changes in the current healthcare system.

## **Keywords**

social state, health, health care reform, regulated charges, the elderly, ageing, problems with ageing, reactions of clients – the elderly toward the healthcare reform

## Seznam literatury a pramenů

ÚSTAVA ČESKÉ REPUBLIKY, LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD. Olomouc: Nakladatelství Olomouc 2005, 263 s. ISBN 80-7182-200-0.

Evropská sociální charta Rady Evropy z roku 1961, V ČR vstoupila v platnost 3. prosince 1999.

Zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů č.261/2007 ze dne 19.září 2007. Tento zákon nabyl účinnosti dnem 1. ledna 2008.

Zákon o sociálních službách č.108/2006 ze dne 14. března 2006. Tento zákon nabyl účinnosti dnem 1. ledna 2007.

Zákon č. 100/1988 Sb., O sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č.48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č.592/1992 Sb. O pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška MPSV ČR č.505 ze dne 15.listopadu 2006 o sociálních službách. Tato vyhláška nabyla účinnosti dnem 1. ledna 2007.

HAUSER, M., Sociální stát a kapitalismus. Praha: Nakladatelství Svoboda 2007, 306 s. ISBN 978-80-86320-48-9.

KELLER, J., Soumrak sociálního státu. Praha: Nakladatelství Slon 2006, 158 s. ISBN 80-86429-41-5.

KOLIBOVÁ, H., Sociální politika 1. Opava: Nakladatelství Optys 2007, 131 s. ISBN 978-80-85819-62-5.

KRAUS, B., Člověk-prostředí-výchova: k otázkám sociální pedagogiky. Brno: Paido, 2001, 199 s. ISBN 80-7315-004-2.

KŘIVOHLAVÝ, J., Psychologie zdraví. Praha: Portál 2003, 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

KŘÍŽOVÁ, E., Proměny lékařské profese. Nakladatelství Slon 2006, 142 s. ISBN 80-86429-57-1.

MÁTTL, O. a kol., Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR. Praha: 2009, 48 s. ISBN 978-80-85047-36-3. Dostupné z: [http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava\\_cek.pdf](http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava_cek.pdf)

MÁTTL, O. a kol., Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví ČR. Praha: 2008, 300 s. ISBN 13 978-80-85047-35-6. Dostupné z: [http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava+o+stavu\\_WEB.pdf](http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava+o+stavu_WEB.pdf)

MÁTĽ, O. a kol., České zdravotnictví v roce 2050. Praha: 2009, 86 s. ISBN 978-80-85047-38-7. Dostupné z: [http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zdravotnictvi+v+roce+2050\\_FINAL\\_3.pdf](http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zdravotnictvi+v+roce+2050_FINAL_3.pdf)

MÚHLPACHR, P., Gerontopedagogika. Brno: MU, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.

POKORNÝ, J., Úspěšnost zaručena. Jak efektivně zpracovat a obhájit diplomovou práci. Olomoučany: Akademické nakladatelství CERM, 2004, 207 s. ISBN 80-7204-348-X.

POTŮČEK, M., Křižovatky české sociální reformy. Praha: SLON 1999, 317 s. ISBN 80-85850-70-2.

POTŮČEK, M., a kol.: Sociální politika v Čechách a na Slovensku po roce 1989. Sborník. Praha: Karolinum 1998. 329 s. ISBN 80-7184-622-8.

RADVAN, E., Poznámky k vypracování odborného textu. Brno: Institut mezioborových studií 2008, 23 s.

VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II. Praha: Karolinum 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VIDOVIČOVÁ, L. Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti. Brno: MU, 2008, 233 s. ISBN 978-80-210-4627-6.

VIDOVIČOVÁ, L., SEDLÁKOVÁ, R. 2005. Mediální analýza obrazu seniorů. [Online]. Walmark, a.s., Diakonie ČCE. Dostupné z: <http://www.spvg.cz/doc/maos.pdf>.

ZAVÁZALOVÁ, H. a kol.: Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum 2001, 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

ZAVÁZALOVÁ, H. a kol.: Inovované dodatky k vybraným kapitolám ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví. Praha: Karolinum 2008, 80 s. ISBN 978-80-246-1569-1.

#### **Další prameny:**

STATISTICKÁ ROČENKA ČESKÉ REPUBLIKY 2008. Praha: Scientia 2007, 795 s. ISBN 978-80-250-1515-5.

Rezidenční péče, Vydavatel: MARCOM spol. s r.o., č.1, Praha, 2009, 24 s. ISSN 1801-8718.

**Internetové odkazy:**

[http://zpravy.idnes.cz/prehledne-od-dubna-plati-v-ordinacich-nova-pravidla-f87-/prilohy.asp?c=A090327\\_134411\\_prilohy\\_itu](http://zpravy.idnes.cz/prehledne-od-dubna-plati-v-ordinacich-nova-pravidla-f87-/prilohy.asp?c=A090327_134411_prilohy_itu)

<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/regulacni-poplatky/>

<http://www.mesec.cz/clanky/duchodci-v-cenovych-klestich/>

<http://www.factum.cz/tz275>

<http://www.stem.cz/clanek/1434>

<http://www.kulatystul.cz/>

<http://aktualne.centrum.cz/domaci/spolecnost/clanek.phtml?id=606003>

<http://www.kr-vysocina.cz>

<http://www.mzcr.cz>

<http://www.portal.gov.cz>

<http://www.aktualne.cz>

<http://www.nrzp.cz>

<http://www.rezidencnipece.cz>

## Seznam zkratk a příloh

### Seznam zkratk:

DS Kociánka – Domov pro seniory Kociánka

LZPS – Listina základních práv a svobod

NRZP – Národní rada zdravotně postižených České republiky

UNESCO – Organizace pro vědu, výchovu a kulturu

WHO – Světová zdravotnická organizace

### Seznam příloh:

Příloha č. 1: Dotazník

**Příloha č. 2: Výsledky šetření NRZP ČR**

## Přílohy

### Příloha č.1 - DOTAZNÍK

Vážení,

obracím se na Vás se žádostí o vyplnění anonymního dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Dotazník by měl pomoci při objasnění Vašeho zájmu o situaci ve zdravotnictví a Vašimi zkušenostmi s informacemi od státních institucí v souvislosti s těmito změnami.

Děkuji Vám za Vaši vstřícnost, ochotu a Váš čas.

Petr Janík

Odpovědi, prosím, označte křížkem nebo vypište

1. Jakého jste pohlaví?

- žena
- muž

2. Kolik je Vám let?

- 65 – 70
- 71 – 75
- 76 – 80
- 81 a více

3. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

- ZŠ
- vyučen (a)
- SŠ
- VŠ



4. Zajímá Vás situace ve zdravotnictví v souvislosti se zavedením regulačních poplatků?

- ano velmi
- spíše ano
- spíše ne
- ne

5. Jakým způsobem sledujete informace týkající se změn ve zdravotnickém systému?

- denní tisk
- rozhlas
- televize
- internet

6. Souhlasíte se zavedením regulačních poplatků ve zdravotnictví?

- ano určitě
- spíše ano
- spíše ne
- ne

7. Domníváte se, že státní instituce dostatečně informují o změnách v systému zdravotnictví?

- ano určitě
- spíše ano
- spíše ne
- ne

8. Kdo Vás informoval o změnách, které proběhly v souvislosti se zavedením regulačních poplatků?

- praktický lékař
- rodinný příslušník
- jiná osoba, jaká .....
- nikdo

9. Uvítali by jste, pokud by Vám někdo vysvětlil, změny ve financování zdravotního systému?

- ano velmi
- spíše ano
- spíše ne
- ne

10. Jakou formu informací by jste uvítali?

- přednášku
- leták
- rozhovor o problematice
- jinou formu,  
jakou.....

11. Předepisuje Vám Váš praktický lékař pravidelně léky?

- ano
- ne

12. Víte, že při předepsání léků, které není spojeno s vyšetřením, nemusíte zaplatit regulační poplatek?

- ano
- ne

13. Byli by jste schopni podat stížnost na lékařské zařízení, pokud by jste zjistili, že od Vás neoprávněně vybralo regulační poplatek?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

14. Je něco, co by jste mi chtěli v souvislosti se změnami ve zdravotnickém systému a zavedením regulačních poplatků dále sdělit? Za tuto odpověď vám velmi pěkně děkuji.

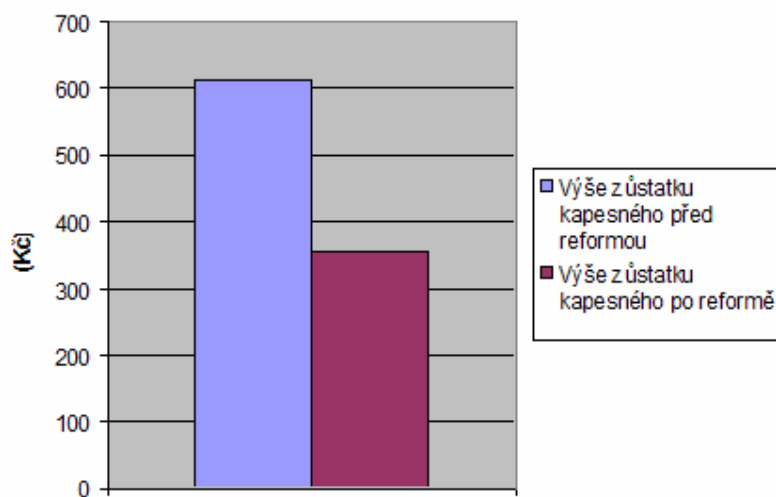
.....  
.....  
.....  
.....

## Příloha č.2 – VÝSLEDKY ŠETŘENÍ NRZP ČR

### Šetření dopadů zavedení poplatků ve zdravotnictví v domovech pro seniory

19. únor 2008

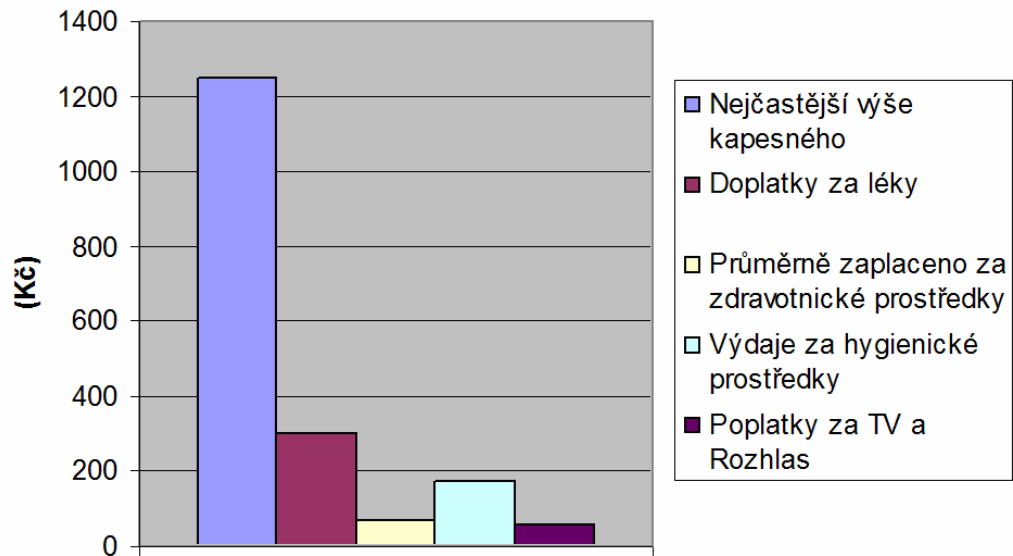
Graf 1 Výše kapesného seniorů



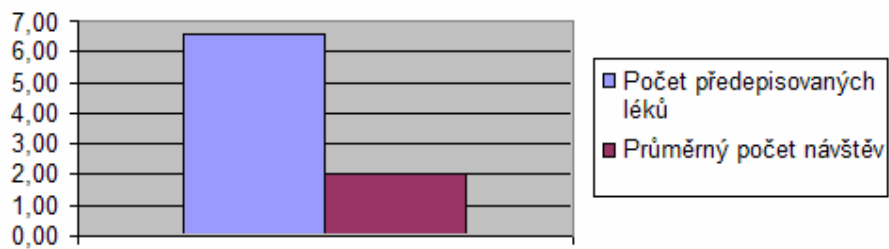
Graf znázorňuje výši kapesného (po odečtení všech nákladů viz. graf 2), které seniorům zůstává před a po reformě ve zdravotnictví. Z průzkumu vyplývá, že se významně sníží (z 614 Kč na 356 Kč).

Graf 2 Struktura výdajů

Struktura výdajů z kapesného bez nově zavedených poplatků ve zdravotnictví.



Graf 3 Průměrný počet položek



Průměrný počet předepisovaných léků a průměrný počet návštěv u lékaře. Každá položka znamená náklad 30 Kč.

Graf 4 Procentuální vyjádření poměru seniorů vzhledem k poplatkům



Poslední graf znázorňuje alarmující zjištění, že 20% seniorů nemá na zaplacení nově zavedených poplatků ve zdravotnictví.