

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA EKONOMICKO-SPRÁVNÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

KVĚTA WOLFOVÁ

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA EKONOMICKO - SPRÁVNÍ

HODNOCENÍ ZDRAVOTNICKÉ REFORMY Z POHLEDU
STŘEDOŠKOLSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

KVĚTA WOLFOVÁ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Univerzita Pardubice
Fakulta ekonomicko-správní
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Květa Wolfová**
Osobní číslo: **E10461**
Studijní program: **B6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Management podniku: Manažerská etika**
Název tématu: **Hodnocení zdravotnické reformy z pohledu středoškolských zdravotnických pracovníků.**
Zadávající katedra: **Ústav správních a sociálních věd**

Zásady pro vypracování:

Cílem práce je zaměřeni na deskripci programu a stavu v současné době probíhající zdravotnické reformy, včetně anketního dotazníkového průzkumu postojů u vybraného vzorku pracujících v tomto odvětví.

Zásady:

- Cíl zdravotnické reformy v ČR.
- Návrhy, úpravy, dodatky zdravotnické reformy.
- Dotazníkový výzkum vybraného vzorku pracujících ve zdravotnictví.
- Zpracování výsledku, interpretace.

Rozsah grafických prací: –
Rozsah pracovní zprávy: cca 30 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

DARMOPILOVÁ, Z., Vliv zájmových skupin na reformu zdravotnictví, Brno: Masarykova univerzita, 2010
DOSTÁL, O., KLEPÁČNÍK, V., Návrh zdravotní reformy, Praha: Cesta, 2012
DRBAL, C., Budoucnost zdraví a zdravotnictví, Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2008
MÁŠOVÁ, H., KŘÍŽOVÁ, E., SVOBODNÝ, P., České zdravotnictví víze a skutečnost: Složitě peripetie od plánů k realizaci, Praha: Karolinum, 2005
VEPŘEK J., VEPŘEK P., JANDA J., Zpráva o léčení českého zdravotnictví: aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra, Praha: Grada Publishing, 2002

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Josef Duplinský, CSc.**
Ústav správních a sociálních věd

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2013**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2014**

doc. Ing. Renžta Mýsková, Ph.D.
děkanka

I.S.

doc. Ing. Marieša Kučerová, Ph.D.
vedoucí ústavu

V Pardubicích dne 1. října 2013

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 30. 4. 2014

Květa Wolfová

PODĚKOVÁNÍ:

Tímto bych ráda poděkovala vedoucímu práce PhDr. Josefu Duplinskému, CSc., za jeho odbornou pomoc, cenné rady a poskytnuté materiály, které mi pomohly při zpracování diplomové bakalářské práce.

Ráda bych poděkovala i své rodině za pochopení a podporu ve studiu.

ANOTACE:

Bakalářská práce je zaměřena na vývoj zdravotnické reformy v ČR z pohledu středoškolských zdravotnických pracovníků. V teoretické části bude vysvětleno, proč je reforma zdravotnictví nutná, a jaké jsou cíle reformy. Historie reformy zdravotnictví v teoretické části představí nejdůležitější změny provedené reformou zdravotnictví. Dále si představíme zájmové skupiny a řídicí centrum zdravotnické reformy. V teoretické části konkretizujeme zdravotnické pracovníky, jejich složení, úlohu a zájmy na tvorbě zdravotnické reformy. V praktické části na základě odpovědí na dotazy z vytvořeného dotazníku budu analyzovat postoje k vývoji a budoucnosti zdravotnické reformy z pohledu zdravotnických pracovníků.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Reforma zdravotnictví, kolaps českého lázeňství, zájmové skupiny ve zdravotnictví, státní aktéři, sociální aktéři, političtí aktéři.

TITLE:

Evolution of health care reform from the perspective of the non-medical health professionals

ANNOTATION:

The bachelors work is focused on the development of health care reform in the Czech Republic from the perspective of secondary medical personnel. The theoretical part will explain, why health care reform is necessary, what are the objectives of the reform. The history of health care reform in the theoretical section introduces the most important changes made by health care reform. Furthermore, we introduce interest groups, which control centre of the health care reform. In the theoretical part we instantiating health workers, their composition, role and interests in the creation of health care reform. In the second part, based on the answers to the questions from the questionnaire I had created, I will analyse the attitudes to the development and future of health care reform from the perspective of the health workers.

KEY WORDS:

Health care reform, the collapse of the Czech spas, special interest groups in the health sector, actors influencing health reform

Obsah

Úvod – cíl práce:	11
1. Zdravotní reforma.....	12
1.1 Historie reformy zdravotnictví	13
1.2 Začátky tvorby zdravotnického systému.....	14
1.3 Financování zdravotnictví zdravotními pojišťovнами	15
1.4 Úsporná řešení	17
1.5. Vzdělávání středních zdravotnických pracovníků	18
1.6 Regulační poplatky	19
1.7 Zrušení nemocničních lůžek	20
1.8 Děkujeme, odcházíme	20
1.9 Kolaps českého lázeňství.....	21
1.10 Shrnutí	23
2. Zájmové skupiny ve zdravotnictví	24
2.1 Relativní vliv skupin a vyjednávací potenciál	24
2.2 Státní aktéři.....	25
2.3 Sociální aktéři	25
2.4 Političtí aktéři	26
2.5 Středoškolský zdravotnický personál ve zdravotnictví.....	26
2.6 Nutnost zastoupení nelékařských pracovníků	26
2.7 Shrnutí	28
3 Dotazníkové šetření	29
3.1 Cíl práce	29
3.2 Metoda výzkumu a zpracování.....	29
Zkoumaný vzorek	29
4 Výsledky dotazníkového šetření	31
4.1 Hodnocení odvětví.....	31
4.2 Pozitivní změny v odvětví.....	31
4.3 Otázka reformy zdravotnictví vzbuzující největší zájem.....	32

4.4 Ovlivnění pracovních podmínek reformou zdravotnictví	33
4.5 Setrvání v odvětví	33
4.6 Preference řešení otázek zdravotnickou reformou.....	34
4.7 Vedení reformy zdravotnictví.....	35
4.8 Problematika současných regulačních poplatků	35
4.9 Negativní jevy provázející reformu zdravotnictví	36
4.10 Předměty neodkladného řešení zdravotnickou reformou	36
4.11 Shrnutí zjištěných výsledků	38
4.12 Diskuse ke zjištěným výsledkům.....	39
Závěr	41
Seznam použité literatury.....	44
Příloha.....	46

Seznam tabulek

Tabulka 1 Struktura pracovníků v šetření.....	29
Tabulka 2 Věková struktura dotazovaných	30
Tabulka 3: Hodnocení odvětví	31
Tabulka 4: Pozitivní změny v odvětví.....	32
Tabulka 5: Nejsledovanější změny ve zdravotnické reformě	32
Tabulka 6: Ovlivnění pracovních podmínek reformou zdravotnictví	33
Tabulka 7 : Setrvání v odvětví	34
Tabulka 8: Preference řešení otázek reformou zdravotnictví	34
Tabulka 9: Vedení reformy zdravotnictví	35
Tabulka 10: Současné regulační poplatky	35
Tabulka 11:Negativní jevy provázející reformu zdravotnictví.....	36
Tabulka 12: Předměty neodkladného řešení zdravotnickou reformou.....	37

Seznam ilustrací

Obrázek 1: Struktura výdajů na zdravotnictví podle zdrojů financování	16
Obrázek 2: Vývoj výdajů zdravotních pojišťoven na jednotlivé segmenty zdravotní péče.....	23

Úvod – cíl práce:

„Naším hlavním smyslem v tomto životě je pomáhat druhým. A pokud jim nemůžete pomoci, alespoň jim neublížíte.“

Dalajláma

Téma bakalářské práce „Hodnocení zdravotnické reformy z pohledu středoškolských zdravotnických pracovníků“ (podle dnešní terminologie pracovníků nelékařských zdravotnických profesí) jsem si vybrala nejen jako zdravotník, ale i jako ekonom. Pracuji na Neurochirurgické klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové jako dokumentaristka na oddělení.

V bakalářské práci je provedena analýza hodnocení zdravotnické reformy středoškolskými zdravotnickými pracovníky, jak posuzují vývoj zdravotnické reformy, jaká zlepšení reforma dosud přinesla, co by měla reforma zdravotnictví řešit přednostně, jak jim zdravotní reforma pomáhá zlepšovat pracovní podmínky a co jim vadí na zdravotnické reformě nejvíce.

Po více než čtvrtstoletí se většina evropských států více či méně úspěšně potýká s reformováním svých zdravotnických systémů. Česká republika není v tomto směru výjimkou. Reforma zdravotnictví je již mnoho let jedním z neaktuálnějších problémů, který je častým předmětem veřejných diskusí na nejrůznějších platformách. Pokusy o uskutečnění jakékoliv reformy však opakovaně selhávají.[1]

Zdravotnická reforma jako proces soustavných změn je hledáním možností a východisek současných problémů, které provázejí všechny zúčastněné. Z dnešního pohledu je možné reformu zpětně hodnotit jako mnohaletou snahu o zefektivnění zdravotnictví, zlepšení účelného nakládání s vynaloženými prostředky a zvýšení přínosu zdravotnických postupů pro pacienty. Vzhledem k politickému vývoji ve státě však tato snaha byla vedena různými subjekty, zasahovaly do ní různé zájmové skupiny s často velmi rozdílnými zájmy a pohledy danými mimo jiné i rozdílným pohledem podle orientace subjektů politické reprezentace. Snad právě obtížné vypořádání s tímto nelehkým úkolem mohlo přispět k tak vysoké fluktuaci ministrů zdravotnictví. Zdravotnictví se tak stalo resortem s nejvyšším počtem úřadujících ministrů a nejkratší průměrnou dobou jejich působení v úřadu. Další příčinou mohlo být i střídání ministrů z různých politických stran, kteří měli velmi rozdílné

politické názory na priority zdravotnického systému. Rozhodnutí, která ministerstvo zdravotnictví vydá, má přitom největší dopad na pacienta a zdravotníky samotné.

Práce je zaměřena právě na nelékařský zdravotnický personál jako na nejpočetnější skupinu pracujících ve zdravotnictví. Zajímá mne, jestli v reformě zdravotnictví spatřují pozitiva, nové možnosti seberealizace a pokrok ve vztahu k pacientům. Opačným pohledem může být zdravotnická reforma v negativním smyslu, ve formě zrušení pracovních míst v souvislosti s uzavíráním nemocnic, snižováním kapacity lůžkových nemocničních oddělení, odborných léčebných ústavů a lázeňských zařízení. Práce zdravotního personálu je týmová a vybudování dobrého zdravotního týmu trvá dlouhou dobu. Zrušit zkušený zdravotnický tým je snadné, ale je nutno počítat s tím, že dříve či později bude společnosti chybět.

1. Zdravotní reforma

Po roce 1989 bylo nutné řešit řadu problémů prakticky v celém hospodářství. Zdravotnická problematika nebyla výjimkou, protože se otevřením trhů nabízely nové možnosti terapie a léky, které následně bylo možné sehnat postupně prakticky ve všech lékárnách. Došlo k otevření trhu, vznikla nestátní zdravotnická zařízení, zvyšoval se počet poskytovatelů zdravotní péče, měnily se technologie za přesnější, modernější a pokrokovější, na trh se dostávaly nové léky, došlo k daleko většímu dělení lékařských i nelékařských pracovních úvazků mezi různá zdravotnická zařízení. Vzniká poptávka po kvalitní péči a vznikají informační asymetrie. Samozřejmě s těmito novými možnostmi rostly i náklady na léky, přístroje, technologie, mzdy zdravotnických pracovníků. Obecným problémem zdravotnictví se stává rozpor mezi rychle rostoucí technickou úrovní zdravotnictví a tím i rychle rostoucími výdaji, a pomaleji rostoucími zdroji pro jejich pokrytí.[6] Tento rozpor se musí určitým způsobem řešit. Zdravotnická reforma měla být nastolena jako proces zvýšení ekonomické efektivity zdravotnictví a měla zajistit pružnější fungování zdravotnických institucí. Je to proces velmi živý, ale jak se v průběhu času zdá, z různých důvodů velmi neefektivní a dochází k jejímu selhávání.

1.1 Historie reformy zdravotnictví

Zdravotnická reforma v československém zdravotnictví nebyla první reformou v historii. Starost státu o zdraví obyvatelstva je záležitost prastará. Mnoho staletí se zájem vládců upínal na zdraví občanů do té míry a v té podobě, nakolik je k tomu motivovala potřeba posilovat vojenský a hospodářský potenciál jejich zemí.[4] Pokud jde o změny koncepce ve zdravotnictví po roce 1945, změny vycházely z potřeb poválečné doby a požadavků levice, která se na dlouhou dobu dostala k moci. Rozvojové programy ve zdravotnictví byly zaměřeny především na epidemiologickou problematiku, hygienu a sociální lékařství. Kladl se důraz na dostupnost, bezplatnost a vysokou odbornou kvalitu. Další změny byly po roce 1948, kdy postupně docházelo k systematizaci zdravotnictví a politické likvidaci privátních zdravotnických zařízení. Úspěchy v léčbě nemocí zastiňoval malý zájem vlády o výzkum, financování zdravotnictví, omezený dovoz léků i technologií a nedostatečná informovanost o trendech ve zdravotnictví v rozvinutých zemích. V roce 1989 je systém zdravotnictví vedený s nízkými náklady, ale kvalita a odbornost péče až na výjimky zaostávala v důsledku nedostatečného přístrojového vybavení. Nejdostupnější ambulantní péče byla prováděna na poliklinikách.

Reforma zdravotnictví po roce 1989 se proto zaměřuje na nejvíce problematické oblasti, týkající se účastníků zdravotnického systému, ekonomiky zdravotnictví a pracovníků ve zdravotnictví. Prvními odpovědnými řešiteli těchto otázek byla Pracovní skupina Ministerstva zdravotnictví, která vznikla z programové komise Občanského fóra zdravotníků. V této době, v roce 1990, ještě není velké množství zájmových skupin, které teprve průběžně vznikají a postupně silně ovlivňují vývoj zdravotnické reformy. Není ale ani jasná koncepce, jakým směrem by se mělo zdravotnictví dále ubírat. Kritiky je toto období tvorby zdravotnické reformy hodnoceno zpětně jako chaotické, ovlivněné korupcí, a bez koncepce. Mnohé změny nebyly akceptovány a v průběhu reformy musely být změněny. Navrhované změny některých ministrů nemohly být provedeny pro jejich velmi krátká působení v resortu. Za období po roce 1989 dosud se jich vystříдалo devatenáct. V průměru vydržel každý ministr zdravotnictví ve funkci přibližně 451 dní (zhruba rok a tři měsíce). Nejdéle sloužícím byl Leoš Heger (TOP 09) ve vládě premiéra Nečase, který od jmenování až do nástupu další vlády premiéra Rusnoka zastával funkci ministra zdravotnictví po 1093 dní, tedy bezmála tři roky. Stal se tak nejdéle sloužícím ministrem zdravotnictví v období po roce 1989.[11] Naopak nejkratší dobu sloužící regulérní ministryní zdravotnictví byla Daniela Filipiová (ODS) v druhé Topolánkově vládě (23. 1.

2009 - 26. 3. 2009, kdy vláda podala demisi). Méně času už ve funkci strávili jen Zdeněk Škromach a Vladimír Špidla (oba ČSSD), kteří byli ale jen dočasnými ministry resortu. [11] Na vývoj systému velmi negativně působilo, že proces transformace zdravotnictví byl velmi silně politicky zabarven. To, jak se měnila politická pozice jednotlivých stran a jejich reprezentantů, se odráželo v procesu transformace.[6]

1.2 Začátky tvorby zdravotnického systému

Porevoluční změny ve zdravotnictví nabraly zprvu velmi rychlý obrat, protože dle názoru nové politické reprezentace bylo třeba změnit systém zdravotnictví od základu. Mnohdy bylo řešení ukvapené. Jednou z prvních změn bylo zrušení KÚNZ a OÚNZ soustředěných do poliklinik a privatizace obvodních (všeobecných, praktických) a odborných lékařů, ale i celého komplementu (biochemických a imunologických laboratoří, RTG diagnostiky, funkční diagnostiky apod.). Vznikla nestátní (rozuměj soukromá) zdravotnická zařízení. Touto privatizací přišlo o práci mnoho středoškolských pracovníků. V nově privatizovaných laboratořích byly bez jakékoliv centrální koordinace nakoupeny nové moderní analyzátoři a nebylo již potřeba tolik zaměstnanců. V návaznosti na privatizaci velkých průmyslových podniků proběhla i privatizace závodních lékařů soustředěných v průmyslových areálech, kde dříve bylo i několik ambulantních pracovišť závodních i odborných lékařů včetně zařízení komplementu. Zde také dochází k významným rozpadům zdravotnických týmů a především středoškolský personál si musí hledat novou práci. Skončila jistota pracovního místa ve zdravotnictví, na které byl zdravotnický personál zvyklý. Do té doby bylo běžné, že místo nástupu do praxe bylo často totožné s místem odchodu do penze.

Souběžně s touto pro mnohé radikální změnou v pracovní kariéře se otevírají nové možnosti pracovního uplatnění pro část zdravotnických pracovníků nově vznikající Všeobecné zdravotní pojišťovně, která je až do roku 1993 jedinou na trhu. Část zdravotnických pracovníků začíná pracovat na základě zákona č. 160 /1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Nestátním zdravotnickým zařízením (dále jen nestátní zařízení) se rozumí jiné zdravotnické zařízení, než zdravotnické zařízení vlastněné a spravované státem. Blíže lze nestátní zdravotnická zařízení vymezit podle provozovaných služeb, které je možno v nestátních zařízeních poskytovat. Je to pro

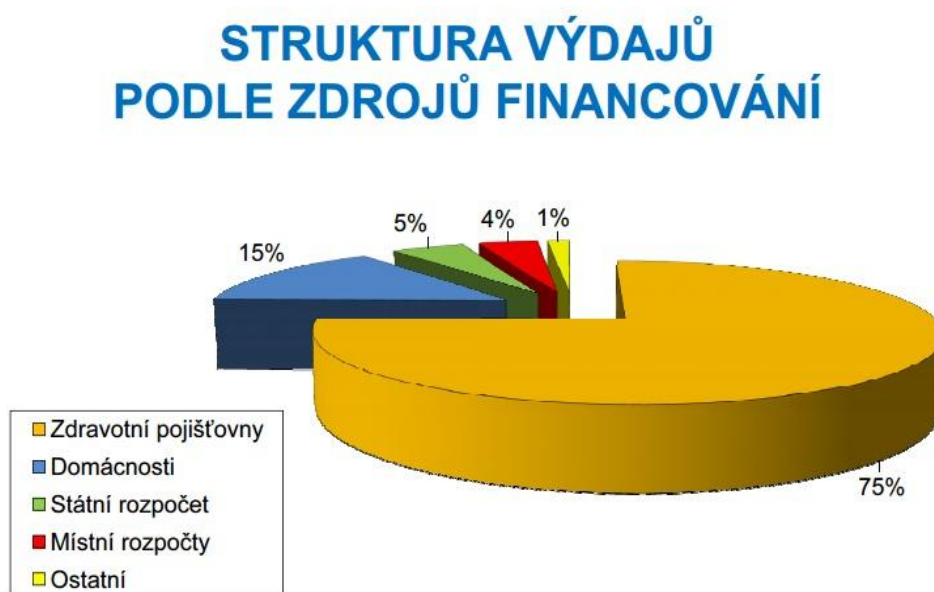
všechny nová cesta, která má pro zdravotníky mnohá úskalí co se týče legislativy podnikání, zaměstnaneckých vztahů a ekonomické stránky provozu, které do této doby nemuseli řešit.[8]

1.3 Financování zdravotnictví zdravotními pojišťovny

Přechodem na tržní hospodářství ve zdravotnictví se musel změnit i způsob jeho financování a zainteresovanost zdravotnických pracovníků na hospodářských výsledcích zdravotnických zařízení. Před rokem 1989 financování zdravotnictví zajímalo zdravotníky jen velmi okrajově. Nyní má způsob financování a ekonomická úspěšnost významný vliv na udržení zdravotnického zařízení, jeho dalším rozvoji, ale i na rozvoji nabídky zdravotnických služeb, vzdělávání a finančním ohodnocení pracovníků. Zákonem ČNR č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně (VZP), vzniká od 1.1.1992 první zdravotní pojišťovna v reformovaném zdravotnictví. Byla vytvořena samostatným zákonem, který jí vymezuje specifické povinnosti, ale dává jí též i některé výsady. Později snaha vytvořit v rámci zdravotního pojištění konkurenční prostředí a nepřipustit monopol jedné pojišťovny vedla k přijetí zákona o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Podle zákona č. 280/1992 Sb. si však VZP nadále zachovala privilegované postavení (např. za dluhy VZP ručí stát). Její podíl na počtu registrovaných pojištěnců je blízký monopolu (kolem 75%). [6] Do vedení VZP zasahuje stát, parlament ČR odvolává a dosazuje ředitele. Členy Správní rady i Dozorčí rady VZP částečně jmenuje vláda a částečně volí Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR. Významnou částí klientely VZP jsou tzv. státní pojištěnci – nezaopatřené děti, penzisté, příjemci rodičovského příspěvku, ženy na mateřské a osoby na rodičovské dovolené a osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství, uchazeči o zaměstnání, osoby závislé na péči jiné osoby ve stupni II, III, IV a osoby pečující o tyto osoby, osoby pečující o děti mladší 10 let závislé v I. stupni, invalidní důchodci ve III. stupni, osoby celodenně osobně a řádně pečující alespoň o jedno dítě do sedmi let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku nebo předdůchodci. Státních pojištěnců je přitom v systému zdravotního pojištění nejvíce. Proto každá změna platby zdravotního pojištění za státní pojištěnce výrazným způsobem ovlivňuje množství finančních prostředků v systému veřejného zdravotního pojištění.

Špatně fungující finanční toky do veřejného zdravotního pojištění byly způsobeny zejména dlouhodobým růstem cen a DPH a současnou stagnací plateb za tzv. státní pojištěnce. Problémy financování v systému zdravotní péče se týkají věcného rozsahu zdravotní péče, spotřeby zdravotní péče a úhrady nemocniční péče. Tato problematika se soustavně vyvíjí. Celý vývoj současného globalizujícího se světa směřuje zřejmě k tomu, že přírodní a společenské trendy a s nimi spjaté nároky na péči o zdraví a možnosti jejich naplňování si stále více budou vynucovat jejich kvalifikovanou analýzu a z ní odvozované priority a jejich pragmatická řešení.[3] K vyjádření přiměřenosti výše zdrojů vynakládaných na zdravotnictví se používá relativního ukazatele poměr výdajů na zdravotnictví k HDP.

Obrázek 1: Struktura výdajů na zdravotnictví podle zdrojů financování



zdroj .: upraveno podle [14]

Z grafu názorně vidíme zdroje financování zdravotnictví. Největší podíl plyne do zdravotnictví ze zdravotních pojišťoven 75%. Zbýlých 25% se dělí mezi domácnosti, stát a ostatní.

1.4 Úsporná řešení

Privatizace malých nemocnic v roce 1994 střední zdravotnické pracovníky omezila méně. Většina menších nemocnic, tj. okresního typu a menších, přešla do vlastnictví krajů, případně měst. V této době se významněji se nezměnila lůžková kapacita těchto zdravotnických zařízení. Protože na lůžkových odděleních je nepřetržitý provoz a na počty pracovních míst ve směnném provozu jsou vyšší nároky, nelze ani po převodu na orgány samosprávy významněji omezit počty zdravotnických pracovníků. Jen malá část těchto zařízení se později stala soukromým zdravotnickým zařízením (např. Česko-německá horská nemocnice Krkonoše s.r.o. ve Vrchlabí se stala společností s ručením omezeným od 1. 3. 1997). V určité části těchto zařízení byly provedeny změny týkající se redukce počtu lůžek a personálu, vedoucí k omezení pracovních míst především nelékařských zdravotnických pracovníků. Zavedeny byly také nové „západní“ metody vedení a řízení, kladoucí důraz na osobní zodpovědnost každého zaměstnance za vykonanou práci.[9] Problematika financování zdravotnictví, jeho zdrojů i výše příspěvků, se stala závažným problémem. Docházelo zde k názorovým střetům zájmových skupin. Návrhy reformy financování zdravotních pojišťoven nemohly být plně realizovány z důvodu střídání ministrů zdravotnictví, často s odlišnými názory, danými jejich příslušností k určité politické straně či zájmové skupině. Nedostatečné řešení reformy financování zdravotnictví se odráží v zadlužování nemocnic, které se následně projeví ve špatné mzdové politice. Nepříznivý vývoj mezd postihuje všechny zdravotnické pracovníky zaměstnané ve zdravotnických zařízeních – nemocnicích, více než lékaři však jsou postiženi nelékařští zdravotničtí pracovníci – střední a nižší zdravotnický personál, pomocní a nezdravotničtí pracovníci. K hledání úspor ve zdravotnictví měl napomoci zákon č. 320/2002 Sb. Podle tohoto zákona k datu 1. ledna 2003 zanikly funkce okresních, městských a krajských hygieniků a hygienika hlavního města Prahy a výkon státní správy v oblasti preventivních programů a hygienického dozoru převzaly krajské hygienické stanice a Hygienická stanice hlavního města Prahy.[5] Současně došlo k významnému omezení pravomocí hygienických stanic a významné redukci personálu, týkající se opět především nelékařských pracovníků. Zrušených 52 hygienických stanic se transformovalo na 14 zdravotních ústavů, které byly v roce 2011 z úsporných důvodů sloučeny a redukovány na dva. I v tomto případě docházelo na snižování stavu zaměstnanců. Mnozí měli specializace a odbornosti, které už nemohou jinde plně využít. Pokud se budete nyní chtít nechat otestovat např. na nosičství HIV, budete muset navštívit soukromou laboratoř. Stejně tak při sledování

kvality vody a znečištění ovzduší. A určitě to nebude levné! [18] Dalším problémem plynoucím z chybění těchto institucí je nedostatečné pokrytí služeb, které tyto orgány poskytovaly. Nově vzniklé instituce, které jejich funkci mají pokrýt, měly zpočátku často nedostatečné legislativní možnosti a odborné znalosti.

1.5. Vzdělávání středních zdravotnických pracovníků

Reforma zdravotnictví proběhla i ve vzdělávání zdravotnických pracovníků. Zavedením zákona č.96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Tento zákon dopadá typicky na všeobecné sestry, porodní asistentky, zdravotní laboranty, zdravotnické záchranáře a řadu dalších povolání.[15] Byl významně změněn systém vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků, především zdravotních sester. Zatímco dříve se plně kvalifikovanou zdravotní sestrou stala absolventka střední zdravotnické školy, nyní je třeba buď vyšší odborná škola nebo bakalářské či magisterské vysokoškolské vzdělání. Délka vzdělání zdravotních sester se tím významně prodloužila, bohužel však nikoliv jeho kvalita. Dřívější vzdělávací programy středních zdravotních školy byly úzce spjaty s praxí a významnou část výuky studentky trávily na hlavních odděleních nemocnic, kde získávaly pod vedením zkušených zdravotních sester praktické návyky a zkušenosti. Současné bakalářské studijní obory jsou založeny převážně na osvojování teoretických znalostí a méně již praktických dovedností. „Nová“ zdravotní sestra tak je sice vybavena velkým množstvím teoretických poznatků z oblasti nejrůznějších metod ošetřování nemocných a zraněných, které v další profesní kariéře využije pouze omezeně, bohužel často jí však chybí zažitě praktické návyky a dovednosti.

Byl zaveden systém celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků, který ukládá za určité období předložit kredity za aktivní nebo pasivní účast na vzdělávacích akcích a dále mění celoživotní vzdělávací proces nelékařského personálu. Následně však k jeho naplnění nedochází, protože je změněn novelou tohoto zákona. Zákon č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o

nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „novela“) vstoupil v platnost a nabyl účinnosti dnem 22. dubna 2011. [7] Systém vzdělávání zdravotnických pracovníků není ukončen, protože v rámci úspor ve zdravotnictví má dojít k rozšířeným kompetencím zdravotnických pracovníků. K tomu bude třeba další legislativní úprava a další povinnosti vzdělávání, které mají i své finanční a časové dopady. Je nutno dodat, že významná část vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků se stala výnosným předmětem podnikání omezené skupiny subjektů. Získávání kreditů za účast na vzdělávacích akcích je tak spojeno s významnou finanční zátěží, kterou tyto osoby de facto „povinně“ musejí podstoupit. Další náklady jsou spojené s cestováním, ubytováním v místě vzdělávání, nevýznamné není ani různě dlouhé odloučení žen – matek od rodin. Pouze někteří zaměstnavatelé jsou ochotni část těchto nákladů hradit. Ve zdravotnictví se rozšířila byrokracie, vzdělávání ať již terciární či celoživotní, je složité, finančně velmi náročné, zavedené principy úhrad celoživotního vzdělávání jsou diskriminační.[2]

1.6 Regulační poplatky

Další problematické období, které mnozí zdravotničtí pracovníci těžce nesli, nastalo od roku 2005 v souvislosti se zavedením regulačních poplatků. Zdravotničtí pracovníci se těžko smířovali, že kromě provádění odborných činností u každého pacienta při návštěvě lékaře musí natáhnout ruku a požadovat pod hrozbou ekonomických sankcí regulační poplatek. Politická reprezentace při jejich zavádění tvrdila, že jejich cílem je omezit zbytečné zneužívání zdravotní péče. Postupně se ukázalo, že tento cíl byl umělý, zástupný a nikdy nebyl naplněn. Tato neetická finanční dávka přidělala vrásky všem, kteří přišli do kontaktu s pacientem, přinesla práci i ekonomům a právníkům. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění přinesl do zdravotnictví řadu diskusí, a vzbudil většinou negativní ohlas v řadách zdravotníků i pacientů. Na základě nálezu Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 36/11 ze dne 20. 6. 2013 se s účinností od 1. ledna zrušila povinnost hradit jeden ze zavedených poplatků, který měl jakýsi smysl, a to regulační poplatek za poskytování lůžkové péče včetně lůžkové lázeňské léčebně rehabilitační péče ve výši 100 Kč podle ustanovení § 16a odst. 1 písm. f) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění účinném do 31. prosince 2013 (dále jen „zákon č 48/1997 Sb.“). Posledním dnem, kdy má poskytovatel lůžkové zdravotní péče právo (a povinnost) vybírat regulační

poplatek, je 31. prosinec 2013. Povinnost hradit ostatní regulační poplatky podle ustanovení § 16a odst. 1 písm. a) až e) zákona č. 48/1997 Sb. ve výši 30,- Kč a 90,- Kč zůstává nedotčena a i po 31. prosinci 2013 jsou proto poskytovatelé povinni od pojištěnců tyto poplatky vybírat.[12] Částečná úleva od plateb sice ulehčila práci lékařům i zdravotnickým pracovníkům a v mnoha ohledech pomohla i dlouhodobě nemocným pacientům, ale přinesla s sebou obavy o další osud administrativních pracovníků, kteří byli při zavedení poplatků přijímáni k zabezpečení jejich vybírání a administrace.

1.7 Zrušení nemocničních lůžek

Zákon č. 245/2006 Sb., o neziskových nemocnicích, byl zrušen v roce 2011. Pokud by byl v platnosti po další období, jistě by měl velmi tvrdý dopad i na skupinu nelékařských pracovníků. Následně dochází k zadlužování malých nemocnic a uzavírání podstatné části z nich. Dochází také ke snižování počtu nemocničních lůžek. Rozhodnutím managementu nemocnic, které má vést k úsporám, je další propouštění zdravotnických pracovníků nebo dokonce celých zdravotnických týmů. Mnozí zdravotníci jsou trpěliví a hledají i nadále práci v odvětví, pro které mají kvalifikaci, a to i za cenu delšího dojíždění a dalších komplikací. Česká asociace nemocnic ve svých návrzích na obhajobu nemocnic ve většině případů neuspěla. Problémem je, že Ministerstvo zdravotnictví řeší finanční a personální problémy českého zdravotnictví v tomto období na úkor regionálních a krajských nemocnic. AČMN na tuto situaci již delší dobu upozorňuje. Opravdu chceme na zdravotnictví dávat ještě méně finančních prostředků? Země EU vydávají průměrně 8 – 10 % svého HDP. Česká republika 6,9 %, přitom srovnatelné Portugalsko 10,1 %.[13]

1.8 Děkujeme, odcházíme

Tato akce lékařů nespokojených se svými platovými a pracovními podmínkami měla demonstrativně upozornit na špatný stav zdravotnictví a jeho nejasnou koncepci. Akce Lékařského odborového klubu podpořená Českou lékařskou komorou byla úspěšná a ministr zdravotnictví přislíbil nápravu. Nelékařští zdravotničtí pracovníci v této akci byli svým spolupracovníkům lékařům oporou. Akci LOK podpořili, a přestože jejich podmínky práce byly ještě horší, zachovali se k ministerstvu zdravotnictví „loajálně“ a nevznesli své

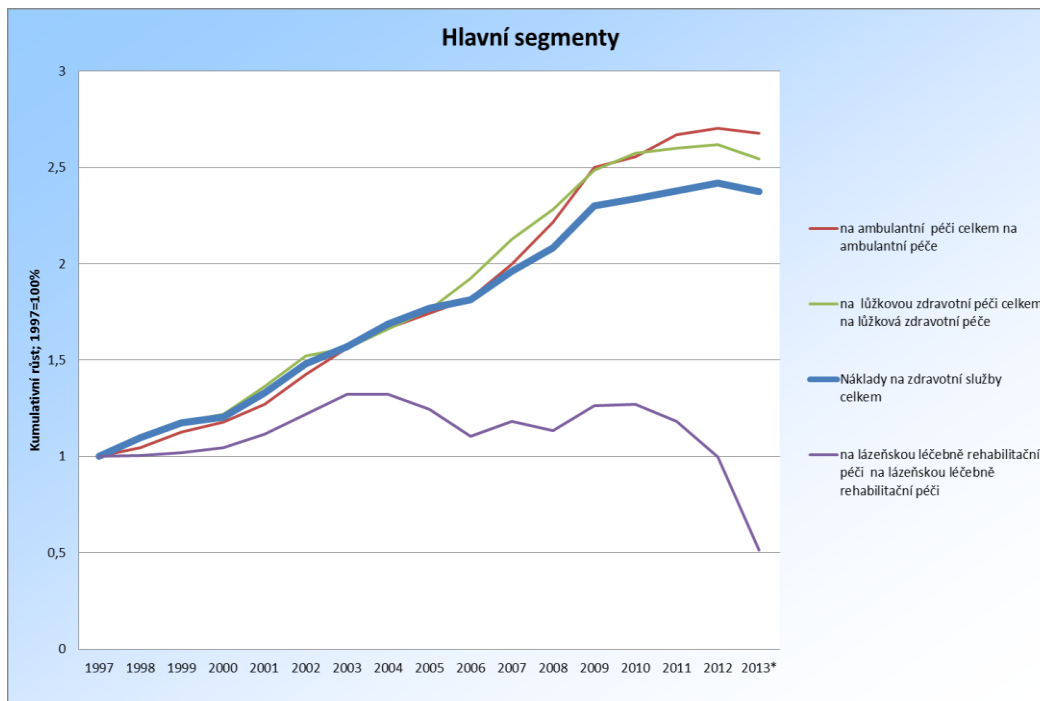
vlastní požadavky. Viděli svou práci jako poslání, nikoliv jako obchod. Většinu práce ve zdravotnictví zastávají právě oni, ale jen málo změn ve zdravotnictví je jim nakloněno. V současné době velice stoupá hodnota lékařů na evropském pracovním trhu a to je zásadní rozdíl proti době třeba před 10 lety. Myslím, že v současnosti není žádanější profese v Evropě. Prakticky všude je lékařů nedostatek.[10] Pokud se lékař rozhodne pracovat ve zdravotnickém zařízení v zahraničí, je alespoň průměrně jazykově vybaven a ochoten buď dojíždět nebo se za prací odstěhovat, obvykle najde odpovídající pracovní uplatnění v některé ze zemí EU s vyšším životním standardem a tedy i s lepším finančním ohodnocením své práce. Pro nelékařské zdravotnické pracovníky platí tato skutečnost pouze omezeně. Jejich handicapem může být horší jazykové vybavení, ale často i vyšší vazba na domácí prostředí. Velkou částí nelékařských zdravotnických pracovníků jsou ženy, které mají kromě pracovních povinností i další povinnosti rodinné, které jim ne vždy umožňují odejít na vzdálenější pracoviště nebo se odstěhovat do vzdálenějšího zahraničí. Nezanedbatelné jsou i další vazby, které nelze zpřetrhat, např. péče o stárnoucí rodiče, školou povinné děti nebo pomoc už dospělým dětem s vnoučaty.

1.9 Kolaps českého lázeňství

Další úsporné opatřením ministerstva zdravotnictví mělo oporu ve vyhlášce č.267/2012 Sb. o stanovení Indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně-rehabilitační péči. Touto vyhláškou je lázeňská péče omezena na vybrané diagnózy po náročných operacích nebo onemocněních, kde lázeňská péče přispívá k lepším terapeutickým výsledkům. Výčet těchto onemocnění byl snížen nejen v počtech diagnóz, ale i době léčby, po kterou je nemocný rehabilitován a léčen, a možnostech jejího opakování. Tato opatření vedla k uzavření některých českých lázní. Část zaměstnanců byla propuštěna, některé zadlužené lázně byly uzavřeny. Intervence odborů na ministerstvu neuspěla. Problematika těchto kroků je daleko hlubší. V případě zániku mnohých českých lázní reálně hrozí situace, kdy i pacienti s nárokem na lázeňský pobyt nenajdou vhodné zařízení. Jedinou alternativou pak bude lázeňská péče s nepříjemně vysokou spoluúčastí pacientů. Je nepříjemné, aby lázně byly dostupné jen pro movité klienty. Další úsporné opatřením ministerstva zdravotnictví mělo oporu ve vyhlášce č.267/2012 Sb., o stanovení Indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně-rehabilitační péči. Touto vyhláškou byla především komplexní lázeňská péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění silně zredukována, rozhodnutím ministerských úředníků od stolu, bez hlubších konzultací s odbornými lékařskými společnostmi byla

omezena pouze na vybrané diagnózy po náročných operacích nebo onemocněních, kde lázeňská péče přispívá k lepším terapeutickým výsledkům. Výčet těchto onemocnění byl snížen nejen v počtech diagnóz, ale i době léčby, po kterou je nemocný rehabilitován a léčen, a možnostech jejího opakování. Ministerstvo lázním doporučilo nahradit komplexní lázeňskou léčbu hrazenou nebo přispívanou z veřejného zdravotního pojištění péčí hrazenou především zahraničními, ale i domácími samoplátcí, rozšiřováním komerčních aktivit, jako jsou wellness pobyty apod. Komerční lázeňské pobyty si ovšem může dovolit pouze omezený segment obyvatelstva, zahraniční klienti rovněž tvoří pouze určitou část klientely, kterou již nelze významněji zvětšovat. Tato opatření ministerstva zdravotnictví vedla ke značnému ekonomickému propadu všech léčebných lázní, omezení jejich provozu a dokonce k uzavření některých českých lázní (v našem regionu např. velmi kvalitní Lázně Velichovky). Část zaměstnanců byla propuštěna, některé zadlužené lázně byly uzavřeny. Intervence odborů na ministerstvu neuspěla. Problematika těchto kroků je daleko hlubší. V případě zániku některých významnějších českých lázní reálně hrozí situace, kdy i pacienti s nárokem na lázeňský pobyt nenajdou vhodné zařízení, které je specializované na jejich zdravotní obtíže. Jednou z alternativ, jak přispět ke zlepšení svého zdravotního stavu u některých nemocných, tak bude lázeňská péče s nepříjemně vysokou spoluúčastí pacientů. Z celospolečenského hlediska je ovšem nepřijatelné, aby lázně byly dostupné jen pro movité klienty. Osoby se zdravotním postižením nesmí být vyloučeny z lázeňské péče, což se dnes již mnohdy děje!^[16] Zaniká nejen české lázeňství, ale jsou propouštěni erudovaní zaměstnanci s dlouholetou zkušeností v oboru, v největší míře právě nelékařští zdravotničtí pracovníci.

Obrázek 2: graf vývoje výdajů zdravotních pojišťoven na jednotlivé segmenty zdravotní péče



Zdroj: upraveno podle [19]

Výše uvedený graf (obr. 1) znázorňuje výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotnictví od roku 1997 do roku 2013. Výdaje na ambulantní a lůžkovou péči rostou, stejně tak rostou o něco méně náklady na zdravotní služby. Výdaje na lázeňskou péči naopak rostou málo a od roku 2009 klesají. V roce 2013 vidíme pokles výdajů nižší o 50% než v roce 1997. Tento propad ve financování lázeňské a rehabilitační péče bude mít dalekosáhlé negativní důsledky pro pacienty, zdravotníky a následně i zdravotnictví ČR.

1.10 Shrnutí

Zdravotnická reforma již od roku 1989 je provázána neustálou kritikou. V uvedeném výčtu je především poukazováno na neuvážené a nekoncepční úsporné kroky, které ministerstvo zdravotnictví činí ve snaze o docílení maximálních úspor. Téměř každé rozhodnutí jednoho ministra je rušeno ministrem následujícím. Mnohá neuvážená rozhodnutí vedla ke krizi ve zdravotnictví. Je věcí státu a politické reprezentace, jaký bude pro zdravotní politiku vytvářen legislativní rámec a v jakém směru bude „navigován“ další vývoj etického, ekonomického, sociálního i zdravotního a odborného prostředí. To znamená, že stát musí vymezit jasné parametry a kritéria pro obecně garantovanou a z veřejných prostředků hrazenou péči, a to v rozsahu a kvalitě, které respektují reálné podmínky a rozvojové možnosti společnosti a které odpovídají prioritám, pramenícím a odvozeným ze zdravotního stavu naší populace a jeho vývojových tendencí.[3]

2. Zájmové skupiny ve zdravotnictví

Zdravotnická reforma je především politickým procesem. Její vývoj, směřování zdravotnické politiky ministerstva zdravotnictví a zásahy MZ do rozvoje zdravotnictví ovlivňují nejrůznější skupiny osob často s velmi rozdílnými zájmy. Hlavní a nejpočetnější skupinou účastníků zdravotní reformy od prvních kroků jsou pacienti, což jsou z ekonomického hlediska spotřebitelé, poptávající služby. Tyto služby jim poskytují zdravotničtí pracovníci, lékaři a ostatní poskytovatelé zdravotnické péče. Další skupinou jsou plátcí zdravotnických služeb. Mají povinnosti jak k poskytovatelům, kterým platí za služby na základě smluv, tak i k pojištěncům, kteří jim platí pojistné. Poslední skupinou jsou ti, kteří svými službami podporují fungování tohoto trhu. Do této skupiny patří politické strany, výrobci a dodavatelé léčiv, zdravotnických přístrojů a zařízení, ale i dalších služeb pro zdravotnictví, samosprávné orgány, ministerstvo zdravotnictví a další. Skupin je opravdu mnoho, ale ne každá má stejnou sílu ve vyjednávání a disponuje stejným vlivem. Skupiny se mohou organizovat a spojovat, aby získaly větší vliv a vyjednávací potenciál.

2.1 Relativní vliv skupin a vyjednávací potenciál

Relativní vliv zájmové skupiny je vyvozován z názorů a hodnocení ostatních aktérů. Jinými slovy, skupina je tak vlivná, za jak vlivnou je považována. Vyjednávací potenciál je vyvozován z četnosti, s jakou je určitá organizace či zájmová skupina uváděna jako partner pro vyjednávání, tedy jak často s ní ostatní aktéři jednají. Posledním faktorem je pak potenciál aktéra působit jako broker. Brokerem bývá dobře organizovaná skupina, která se vyznačuje vysokou schopností komunikovat a působit jako prostředník mezi antagonistickými zájmy jednotlivých aktérů.[1] Podle Darmopilové se rozlišují tři základní skupiny aktérů. Státní aktéři, sociální aktéři a političtí aktéři jsou skupiny, které ovlivňují vývoj zdravotnické reformy.

2.2 Státní aktéři

Skupina s nejvyšší právní mocí zahrnuje vládu ČR, parlament ČR, ministerstvo zdravotnictví a další ministerstva, samosprávné orgány, a ostatní instituce. Tato skupina aktérů je na sobě navzájem závislá a má na vývoj reformy největší vliv. Zájmy této skupiny jsou závislé na výsledku voleb. Samotný ministr zdravotnictví by měl být osobností vybavenou politickým kapitálem, který obsahuje důvěru občanů, vysoké hodnocení v jeho politické straně a ostatních koaličních stranách. Dále by měl být nositelem směru, kterým se zdravotnická reforma bude ubírat. Pokud ministr zdravotnictví nemá politickou podporu vlády a své politické strany, nemá možnost prosadit jakoukoliv reformní politiku.[1] Pozice ministra zdravotnictví je přitom nesmírně složitá. V naší vládě s každou změnou ministra zdravotnictví (což nastává poměrně často) dochází k nastolení nové koncepce, zrušení podstatné části předešlé legislativy, tvrdé kritice minulého vedení. Pokud to za krátkou dobu svého působení stihne, navrhne ministr novou legislativu, kterou bohužel často zase čeká podobný osud, jakým prošel jeho předchůdce. Tato skupina aktérů by měla mít jasnou a stálou koncepci rozvoje zdravotnictví, z velké části nezávislou na momentální politické reprezentaci, a měla by v základních rysech řídit zdravotnickou reformu. V současné době však i management velkých zdravotnických zařízení přiznává, že ministerstvo zdravotnictví v této oblasti zcela selhává a je nefunkční. Způsob vedení zdravotnictví je v současné době smutným obrazem rozvoje naší zkorumpované společnosti.

2.3 Sociální aktéři

V této skupině se nacházejí zdravotní pojišťovny, farmaceutické firmy, zaměstnanci zdravotnických zařízení a zaměstnanci různých jiných firem a organizací. V této skupině mají podstatný vliv pouze zdravotní pojišťovny a farmaceutické firmy. Každý aktér z této skupiny hájí své zájmy. Všeobecná zdravotní pojišťovna je ostatními aktéry považována za jednoho z klíčových aktérů ovlivňujících směr české politiky, a to i přes fakt, že je velmi ovládaná stávající politickou reprezentací a ministerstvem zdravotnictví.[1] Její zájmy jsou především ekonomické, ale projevuje se i snaha o nezávislost na politické moci a individualizace pojistného vztahu mezi pojištěncem a pojišťovnou. Farmaceutické firmy

mají jediný zájem na trhu. Chtějí prodejem svých nízkonákladových léků zvyšovat zisky prostřednictvím ovlivňování lékařů. Do zdravotní politiky vstupují nepřímo.

2.4 Političtí aktéři

Tato skupina je velmi různorodá. Jsou v ní zastoupena organizovaná zájmová sdružení Česká lékařská komora, Česká stomatologická komora a Česká lékárenská komora. Tato sdružení prokázala svou sílu v krizových situacích a zastala se svých členů. Oficiálně prezentovaným zájmem těchto komor je sdružovat lékaře, dbát na jejich odbornost a chránit jejich zájmy. Z akcí těchto sdružení však vyplývá i snaha o větší vliv na politické směřování zdravotnictví. Postavila se za své členy v akci Děkujeme, odcházíme. Dosud poměrně málo významnou roli hrají zájmová sdružení nelékařských zdravotnických pracovníků, např. Česká asociace sester. Politickými aktéry jsou dále veřejnost, patientské organizace a další skupiny, které ale mají také jen velmi malý vliv na vývoj zdravotnické reformy.

2.5 Středoškolský zdravotnický personál ve zdravotnictví

Středoškolským zdravotnickým personálem se rozumí zdravotní sestry, dětské sestry, ergoterapeutky, radiologické laborantky, zdravotní laborantky, stomatologické laborantky, radiologické laborantky, fyzioterapeutky, porodní asistentky, zdravotně sociální pracovníci a další nelékařští zdravotničtí pracovníci. Je to největší skupina pracujících ve zdravotnictví. Ve smyslu zákona č. 96/2004 Sb., se jedná o nelékařská zdravotnická povolání. Jejich zastupující organizací je Česká asociace sester, o.s.

2.6 Nutnost zastoupení nelékařských pracovníků

V praxi jsou na tom ve zdravotnictví nelékařští pracovníci podstatně hůř, než lékaři. To je dáno jednak jejich nejednotností, danou širokým spektrem profesí, které je touto skupinou zahrnuto, ale i strukturou a vedením organizace, která je zastupuje. ČAS je

organizace, která se stará převážně o vzdělávání svých členů, tato organizace zahrnuje ve svém názvu slovo sestra, a to může vadit některým nelékařským zdravotníkům jiných odborností. Problematické je, pokud tato organizace bude chtít ovlivnit zdravotnickou reformu ve větší míře. Ani tady příliš možností není. Vyšší pravomoci ve zdravotnictví má vždy lékař. Nelékařský zdravotnický pracovník je výkonnou složkou lékaře. Lékař je ten, kdo ordinuje léky, vyšetření a řídí postup ošetřování. Jeho vzdělání je, bylo a bude vždy oprávněně hodnoceno nejvyš.

Tuto skutečnost si nelékařští pracovníci uvědomují. Proto byl 12.3.2012 schválen Přípravný výbor České komory zdravotnických pracovníků. Účelem PV ČKZP je spolupracovat v zájmu profesí sdružených v PV ČKZP na přípravě vzniku komory zdravotnických povolání dle zákona č.96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákon (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) ve znění pozdějších předpisů a jejím plnohodnotným začleněním do zákonné normy v legislativním řádu ČR. Za tímto účelem PV ČKZP vytváří uskupení pro efektivní koordinaci činností členů sdružení, pro vzájemnou spolupráci, vzájemné konzultace a předávání informací v oblasti zdravotnických povolání dle zákona č.96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. PV ČKZP poskytne trvalý prostor pro komunikaci mezi členy PV ČKZP a je platformou pro komunikaci a spolupráci s orgány veřejné správy, samosprávy, dalšími neziskovými organizacemi a jinými subjekty.[17] Zakladatelkou a představitelkou nelékařské komory je Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA. Vznikem komory nelékařských zdravotníků se přiblížíme Evropě, tyto komory již fungují v jiných zemích a my jsme jednou z posledních, kde se tato organizace teprve tvoří.

2.7 Shrnutí

Z výše uvedeného rozboru skupin ovlivňujících reformu zdravotnictví vyplývá, že nejmenší vliv na zdravotní reformu mají nepoččetnější skupiny. Jsou to pacienti jako spotřebitelé zdravotnických služeb a nelékařský zdravotnický personál. V současné době jsou možnosti ovlivňování vývoje zdravotnictví v ČR nelékařskými zdravotními pracovníky minimální z několika důvodů. Tato skupina nemá odpovídající zastoupení v politice ani na veřejnosti. Zatímco zastoupení lékařů v Parlamentu ČR je velmi významné, zastoupení nelékařských zdravotnických pracovníků je mizivé. Současná Česká asociace sester je organizací, věnující se pouze vzdělávání zdravotnických pracovníků. Nehájí zájmy svých pracovníků. Tuto funkci by měla plnit Česká komora nelékařských pracovníků, která je teprve ve stadiu zrodu. V současné době do určité míry hájí zájmy nelékařských pracovníků Ministerstvo zdravotnictví, ale jak se ukazuje ve vývoji reformy, obhajoba je pouze okrajová a není vždy plnohodnotná. Největší vliv na vývoj zdravotnictví má Ministerstvo zdravotnictví následované Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR, Českou lékařskou komorou a farmaceutickými firmami.[1] V pokusech o uskutečnění zdravotní reformy je problematika zájmových skupin opomíjena. Chybějící jasná koncepce a časté střídání politických stran vývoj reformy poškozují.

Nelékařští pracovníci ve zdravotnictví budou mít velký problém při sjednocování svých zájmů, protože se jedná o početnou různorodou skupinu. Pokud Komora Českých nelékařských pracovníků bude někdy plnit očekávanou funkci, bude muset získat početnou základnu a podstatně významnější politický vliv. O její současné působnosti není známo téměř nic, zatím nebyla ze strany komory vyvinuta žádná aktivita, která by naznačovala její snahu o ovlivnění směřování zdravotnictví.

3 Dotazníkové šetření

3.1 Cíl práce

Cílem práce je realizace menšího výzkumného šetření zaměřeného na hodnocení zdravotnické reformy z pohledu středoškolských zdravotnických pracovníků. Dotazovaní pracovníci jsou zaměstnanci pracující ve zdravotnictví.

3.2 Metoda výzkumu a zpracování

Dotazovaným osobám byl individuálně předložen dotazník týkající se hodnocení zdravotnické reformy. Tento dotazník byl vytvořen speciálně pro účely této práce, tak abychom získali názory nelékařských zdravotnických pracovníků na spokojenost s průběhem reformy zdravotnictví, a bylo možné je vyhodnotit. V dotazníku bylo položeno deset otázek. Čtyři otázky byly uzavřené, dvě polootevřené, čtyři otevřené.

Zkoumaný vzorek

Dotazníkového výzkumu se účastnilo celkem 50 osob pracujících ve zdravotnictví, žen, které byly ochotné dotazník vyplnit. Tabulka č. 1 přehledně uvádí složení respondentek. Jsou to převážně zdravotní sestry z lůžkových oddělení, sálové sestry a fyzioterapeutky. Muži v tomto šetření nejsou proto, že v daných oborech se vyskytují minimálně.

profese	absolutní četnost	vyjádření v %
zdravotní sestry	25	50
sálové sestry	17	34
fyzioterapeutky	8	16

Tabulka 1 Struktura pracovníků v šetření

Zdroj: vlastní zpracování

Věková struktura dotazovaných tabulce č. 2 je pestrá, převažují ženy do 35 let. Práce zdravotnických pracovníků je převážně ve směnném provozu u zdravotních sester a sálových sester. Fyzioterapeutky mají jednosměnnou pracovní dobu.

věk	absolutní četnost	vyjádření v %
do 25	10	20%
(25;35>	27	54%
(35;45>	8	16%
nad 45	5	10%

Tabulka 2 Věková struktura dotazovaných

Zdroj: vlastní zpracování

4 Výsledky dotazníkového šetření

4.1 Hodnocení odvětví

V šetření jsme zjišťovali názor respondentek na hodnocení odvětví širokou laickou veřejností.

hodnocení	absolutní četnost	vyjádření v %
opomíjené	8	16%
upadající	37	74%
funkční	5	10%

Tabulka 3: Hodnocení odvětví

Zdroj: vlastní zpracování

V tabulce č. 3 vidíme, že 16% (8 osob) respondentů – zdravotnických pracovníků hodnotí zdravotnictví jako opomíjené, 74% (37 osob) dotazovaných hodnotí zdravotnictví jako upadající a pouhých 10% (5 osob) zdravotníků hodnotí zdravotnictví jako funkční. Naprostá většina dotazovaných zdravotníků hodnotí zdravotnictví jako upadající odvětví.

4.2 Pozitivní změny v odvětví

V názorech na zlepšení ve zdravotnictví se nejvíce dotazovaných domnívá, že ve zdravotnictví nedošlo prakticky k žádným pozitivním změnám 64% (32 osob) V dotazu zjišťujícím názory na zlepšení situace ve zdravotnictví vlivem probíhající zdravotnické reformy se nejvíce zdravotníků domnívá, že ve zdravotnictví nedošlo prakticky k žádným pozitivním změnám 64% (32 osob).

hodnocení	absolutní četnost	vyjádření v %
prakticky žádné změny	32	64%
management	0	0%
přístup k pacientovi	8	16%
technika a metodika	5	10%
finanční ohodnocení pracovníků (lékařů i nelékařů)	5	10%

Tabulka 4: Pozitivní změny v odvětví

Zdroj: vlastní zpracování

Management ve zdravotnictví nedocílil žádné pozitivní změny 0% (žádný respondent). Pozitivní změnu v zlepšení přístupu k pacientovi ocenilo 16% (8 osob). Názor, že v poslední době došlo ke zlepšení techniky a metodiky ve zdravotnictví zastává 10% dotazovaných (5 osob), stejné množství 10% zdravotníků (5 osob) pozitivně hodnotí vývoj finančního ohodnocení lékařů i nelékařů, jak je vidět výše v tabulce č. 4.

4.3 Otázka reformy zdravotnictví vzbuzující největší zájem

Tabulka č. 5 uvádí názory na reformní změny, které upoutaly jejich pozornost. Nejvíce respondentů – zdravotnických pracovníků, 48% (24 osob), uvádí, že na reformě zdravotnictví neshledali nic, co by je zaujalo. Otázka platů lékařů upoutala 12% dotazovaných (6 osob) a téma financování zdravotními pojišťovnami také 12% dotazovaných zdravotníků (6 osob). Rychlé změny v odvětví zaujaly 8% (4 osoby) a nárůst administrativy 20% respondentů (10 osob).

hodnocení	absolutní četnost	vyjádření v %
nic	24	48%
platy lékařů	6	12%
financování zdravotními pojišťovnami	6	12%
rychlé změny v odvětví	4	8%
nárůst administrativy	10	20%

Tabulka 5: Nejsledovanější změny ve zdravotnické reformě

4.4 Ovlivnění pracovních podmínek reformou zdravotnictví

Tabulka č. 6 uvádí názory zdravotnických pracovníků na změny pracovních podmínek ovlivněné reformou zdravotnictví.

hodnocení	absolutní četnost	vyjádření v %
zlepšení - zrušením regulačních poplatků	3	6%
zhoršení - složitá administrativa	20	40%
zhoršení - snížení pracovních možností	10	20%
zhoršení - špatné finanční ohodnocení	12	24%
zhoršení - snížení dostupnosti zdravotní péče	5	10%

Tabulka 6: Ovlivnění pracovních podmínek reformou zdravotnictví

Zdroj: vlastní zpracování

Nejvíce zdravotnických pracovníků uvádí jako projev osobní zkušenosti s vlivem reformy zdravotnictví zhoršení pracovních podmínek. Zhoršení pracovních podmínek je podle 40% respondentů (20 osob) způsobeno v prvním pořadí nárůstem a složitostí administrativních úkonů. Zhoršení pracovních podmínek snížením pracovních míst uvádí 20% (10 osob), špatné finanční ohodnocení 24% zdravotníků (12 osob). Snížení dostupnosti zdravotní péče negativně ovlivňuje pracovní podmínky z pohledu 10% respondentů (5 osob). Pouhých 6% osob (3 dotazovaní) uvádí zlepšení pracovních podmínek zrušením regulačních poplatků.

4.5 Setrvání v odvětví

Tabulka č. 7 uvádí výsledky úvah zdravotníků týkajících se opuštění odvětví zdravotnictví vlivem reformních změn. Nikdy by neopustilo svou profesi 50% dotazovaných (25 osob), protože ji mají rády, 24% zdravotníků (12 osob) uvažuje o odchodu ze zdravotnictví z důvodu špatného finančního ohodnocení. Naopak 14%

respondentů (7 osob) by nikdy svou profesi neopustilo z důvodu finančního ohodnocení. Pouze 12% pracovníků ve zdravotnictví (6 osob) uvažuje o odchodu z důvodu špatného managementu.

hodnocení	absolutní četnost	vyjádření v %
uvažuji opustit odvětví – špatné finanční ohodnocení	12	24%
uvažuji opustit odvětví – špatný management	6	12%
nikdy by tuto práci neopustila - má ráda svou práci	25	50%
nikdy by tuto práci neopustila – finanční důvody	7	14%

Tabulka 7 : Setrvání v odvětví

Zdroj: vlastní zpracování

4.6 Preference řešení otázek zdravotnickou reformou

Výsledek názoru respondentů – zdravotnických pracovníků na nutnost přednostního řešení nejpálčivějších problémů současného zdravotnictví ve zdravotnické reformě je prezentován v tabulce č.8. 44% dotazovaných (22 žen) preferuje řešení finančního ohodnocení nelékařských zdravotnických pracovníků. 20% dotazovaných osob (10 žen) upřednostňuje řešení systému zdravotních pojišťoven a 16 % respondentů (8 žen) vidí jako prioritu k řešení stabilizaci pracovních míst nelékařských zdravotnických pracovníků. Kompetence sester jako zásadní problém uvádí 10% zdravotníků (5 žen) a výchovu k aktivnímu zdraví obyvatelstva by přednostně řešilo 10% dotazovaných (5 žen).

hodnocení	absolutní četnost	vyjádření v %
výchovu k aktivnímu zdraví	5	10%
pravomoce sester	5	10%
pracovní místa zdravotníků nelékařů	8	16%
systém zdravotních pojišťoven	10	20%
finanční ohodnocení pracovníků nelékařů	22	44%

Tabulka 8: Preference řešení otázek reformou zdravotnictví

4.7 Vedení reformy zdravotnictví

Další otázka dotazníku zjišťovala, kdo by podle dotazovaných měl tvořit vedoucí složku v tvorbě a prosazování reformy zdravotnictví. Výsledky odpovědí na tento dotaz jsou prezentovány v tabulce č. 9.

hodnocení	absolutní četnost	vyjádření v %
ministr	9	18%
tým pracovníků lékařů a zdravotníků nelékařských profesí	33	66%
ekonomové a právníci	8	16%

Tabulka 9: Vedení reformy zdravotnictví

Zdroj: vlastní zpracování

Nejmenší podíl 16% zdravotníků (8 osob) vidí jako nejvýznamnější profese, které by měly být ve vedení reformy, ekonomy a právníky. 18% pracovníků ve zdravotnictví (9 osob) upřednostňuje do čela vedení reformy ministra, 66% respondentů (33 osob) preferuje tým zdravotnických pracovníků složený ze zástupců lékařů i nelékařských profesí. Taková je tedy představa o řízení zdravotnické reformy zdravotnickými pracovníky nelékařských profesí

4.8 Problematika současných regulačních poplatků

Tabulka č. 10 ukazuje vyhodnocení názoru na výběr regulačních poplatků v ambulancích, lékárnách a pohotovostní službě. 12% osob (6 dotazovaných) nemá jasný názor na otázku vybírání regulačních poplatků v lékárnách a ambulancích. 40% zdravotníků (20 osob) uvádí vybírání regulačních poplatků jako nesprávné a 48% (24 osob) se domnívá, že je tento postup správný.

hodnocení	absolutní četnost	vyjádření v %
správné	24	48%
nesprávné	20	40%
nemám jasný názor	6	12%

Tabulka 10: Současné regulační poplatky

4.9 Negativní jevy provázející reformu zdravotnictví

Hlavní negativní jevy provázející reformní změny jsou prezentované v tabulce č. 11. 30% dotazovaných zdravotníků (15 osob) přiřadilo jako hlavní negativní jev spojený se zdravotnickou reformou nárůst zdravotnické dokumentace. Systém vzdělávání zdravotnických nelékařských profesí považuje za negativní důsledek reformy zdravotnictví 24% dotazovaných (12 osob), systém financování zdravotními pojišťovnami 14% oslovených zdravotníků (7 osob), systém nákladné až zbytečné akreditace 14% respondentů (7 osob) a špatné pracovní podmínky jako negativní jev uvádí 12% osob (6 dotazovaných). 4% dotazovaných (8 osob) uvádí nejistotu práce jako další negativní jev a 2% (1 osoba) uvádí špatné finanční ohodnocení.

hodnocení	absolutní četnost	vyjádření v %
špatné pracovní podmínky	6	12%
nárůst zdravotnické dokumentace	15	30%
systém vzdělávání zdravotnických nelékařských profesí	12	24%
systém financování zdravotními pojišťovnami	7	14%
systém nákladné až zbytečné akreditace	7	14%
nejistota práce	2	4%
špatné finanční ohodnocení	1	2%

Tabulka 11: Negativní jevy provázející reformu zdravotnictví

Zdroj: vlastní zpracování

4.10 Předměty neodkladného řešení zdravotnickou reformou

Přehledně jsou v tabulce č. 12 uvedeny názory zdravotníků na oblasti, které by si dle jejich mínění zasloužily neodkladného řešení ze strany vedení ministerstva zdravotnictví.

hodnocení	absolutní četnost	vyjádření v %
větší dostupnost lékařské péče	2	4%
změna způsobu financování zdravotnictví	25	50%
zlepšit podmínky pracovníků ve zdravotnictví	23	46%

Tabulka 12: Předměty neodkladného řešení zdravotnickou reformou

Zdroj: vlastní zpracování

Rychlé řešení změny způsobu financování zdravotnictví uvádí 50% zdravotnických pracovníků (25 osob), zlepšení podmínek pracovníků ve zdravotnictví upřednostňuje 46% osob (23 dotazovaných) a 4% osob (2 respondentky) upřednostňuje neodkladné řešení větší dostupnosti lékařské péče.

4.11 Shrnutí zjištěných výsledků

Z výsledků šetření vyplývá nespokojenost zdravotníků nelékařských profesí s vývojem zdravotnické reformy. Zdravotnictví vidí jako odvětví upadající v očích veřejnosti (74% respondentů), pozitivní změny v odvětví nenastaly dle jejich názoru prakticky žádné (64% respondentů). Z reformy zdravotnictví je nezaujalo nic (48% dotazovaných). Velmi negativně také vidí otázku zlepšování pracovních podmínek. Zde uvádějí zhoršení v důsledku velkého nárůstu zdravotnické dokumentace (40% zdravotníků), špatné finanční ohodnocení (24% dotazovaných) a snížení počtu pracovních míst (20% respondentů). Pokud by zdravotničtí pracovníci opouštěli odvětví, tak z důvodu špatného finančního ohodnocení (24% dotazovaných), určitá část vidí významný problém i v špatném managementu a nedostacích v řízení (12% dotazovaných). Velká část dotazovaných preferuje přednostní řešení finančního ohodnocení zdravotnických pracovníků reformou zdravotnictví (44% respondentů) a řešení systému zdravotních pojišťoven (20% dotazovaných). Současný způsob řízení reformy zdravotnictví ministrem považuje za optimální pouze malá část dotazovaných (18%), většina respondentů se přiklonila k variantě nahrazení tohoto způsobu pracovním týmem složených z lékařů a zdravotníků nelékařských profesí (66% dotazovaných). Placení regulačních poplatků v lékárnách a ambulancích, které nebylo zrušeno, považuje za správné téměř polovina dotazovaných (48% respondentů). Na reformě zdravotnictví vadí dotazovaným zdravotníkům nejvíce nárůst zdravotnické dokumentace (30% dotazovaných) a systém vzdělávání zdravotnických nelékařských profesí (24% respondentů). Se systémem financování zdravotními pojišťovnami není spokojena další část dotazovaných (14% dotazovaných) a systém nákladné až zbytečné akreditace považuje za negativní důsledek reformy zdravotnictví 14% zdravotníků. Části osob vadí špatné pracovní podmínky vlivem reformy zdravotnictví (12% dotazovaných osob). Primární řešení zdravotní reformy vidí polovina zdravotnických pracovníků ve změně způsobu financování (50%), další skupina upřednostňuje zlepšení pracovních podmínek ve zdravotnictví (46% respondentů). Zlepšení dostupnosti lékařské péče upřednostňuje pouze malá část dotazovaných (4%).

K pozitivním vlivům zdravotnické reformy ve zdravotnictví patří funkční zdravotnictví viděné očima veřejnosti (10% dotazovaných), zlepšení přístupu k pacientům (16% oslovených zdravotníků), zlepšení techniky a metodiky práce (10% respondentů), finanční ohodnocení lékařů i zdravotníků nelékařských profesí (10% osob). Příznivé je, že u zdravotníků zůstává v popředí zájem o jejich profesi, protože se jim líbí (50%

dotazovaných osob). S finančním ohodnocením je však spokojena pouze malá část (15%) respondentů.

V otevřených otázkách byla prezentována zajímavá hodnocení. 8% respondentů zaujaly na zdravotnické reformě rychlé změny ve zdravotnictví. V dotazu na zlepšení pracovních podmínek odpovídají zdravotničtí pracovníci v 10% negativně, především z důvodu zhoršení dostupnosti zdravotní péče. 12% dotázaných uvažuje o opuštění odvětví zdravotnictví z důvodu špatného managementu. 10% osob vidí jako prioritu v řešení problematiky zdravotnictví zdravotní reformou výchovu veřejnosti k aktivnímu zdraví. Odpovědi jsou v nízkých procentech, ale neměly by se přehlížet.

4.12 Diskuse ke zjištěným výsledkům

Prezentované dotazníkové šetření ukázalo, že převážná část osob ze skupiny středních (nelékařských) zdravotnických pracovníků je nespokojena s průběhem zdravotnické reformy, protože se podle nich prakticky nic nezlepšilo (64%). Domnívají se, že veřejnost vidí zdravotnictví jako upadající odvětví (80%). Reforma zdravotnictví jim nepomáhá zlepšit jejich pracovní podmínky (96%). Pesimismus dotazovaných může být v současné době ovlivněn obtížnou ekonomickou situací nemocnice, která se v době, kdy bylo dotazníkové šetření prováděno, intenzivně připravuje na reakreditaci. Na odděleních dochází k rychlému novelizování nedávno přijatých zásad vedení zdravotnické dokumentace, protože byly zjištěny nedostatky plynoucí ze spěšného používání doporučených postupů. Neustále jsou vydávány nové vnitřní směrnice, se kterými se personál musí seznamovat. Nejnížší management vyvíjí na zdravotnický personál psychický nátlak z obavy, aby byla reakreditace úspěšná. Tyto činnosti, které nesouvisejí s procesem léčení a ošetřování pacientů, snižují čas potřebný na vlastní ošetřovatelský proces a odvádějí pozornost personálu od pacientů. To mnohé zdravotníky znechucuje. Management jim vychází jen velmi málo vstříc, protože si je vědom, že především pro střední a nižší zdravotnický personál je obtížné sehnat stejně finančně ohodnocená zaměstnání jinde. To jsou negativní důsledky zdravotní reformy v nemocnici, kde respondentky pracují.

Co by zdravotnická reforma měla přednostně řešit, je způsob financování zdravotnictví (50%) a zlepšení pracovních podmínek ve zdravotnictví (46%). Zavedení opatření MZ ve

smyslu snížení lůžek na odděleních se míjejí účinkem. Snížily se pracovní úvazky připadající na počet lůžek, ale tlak na lůžka zůstává, a mnohdy se řeší přistýlkami na pokojích pacientů. Je to problém, který trápí zdravotnický personál. Efektivní úsporná řešení by zdravotnický personál viděl jinde.

Zdravotničtí pracovníci z našeho výběrového souboru si v převážné míře myslí, že reformu zdravotnictví by měl vést zkušený tým lékařů a zdravotníků nelékařských profesí (67%). Důvěra zdravotníků v opatření přijímaná ministerstvem zdravotnictví nikdy nebyla příliš vysoká. Jeden z posledních, nejdéle působící ministr zdravotnictví Doc. MUDr. Leoš Heger, CSc. byl velkou nadějí mnohých zdravotníků na zlepšení situace v odvětví (18% dotazovaných). Domnívali se, že to bude ministr, díky němuž bude zdravotnictví vzkvétat. Tento ministr však ztratil důvěru zdravotníků díky svým úsporným opatřením, která jsou pro zdravotníky značným zklamáním. Jeho jméno je spojováno se zrušením některých nemocnic, omezováním lůžkové kapacity nemocnic, snížením dostupnosti lékařské péče, praktickou likvidací části českého lázeňství. S touto smutnou bilancí se zdravotnictví bude potýkat dlouho.

Výběr regulačních poplatků byl jediným pozitivem ve zlepšení pracovních podmínek zdravotnických pracovníků pro 6% respondentů. I toto zlepšení je diskutabilní. Regulační poplatky byly zavedeny právě reformou zdravotnictví od 1.1.2008. Bylo zavedeno několik různých druhů regulačních poplatků (u praktického a některých odborných lékařů, při výdeji léků na lékařský předpis, za ošetření lékařskou pohotovostní službou, za pobyt na lůžkovém zdravotnickém zařízení). Některé poplatky byly průběžně měněny, lékařský poplatek za pobyt v lůžkovém zdravotnickém zařízení byl zrušen. Je diskutabilní, zda regulační poplatky vybírané praktickými a odbornými lékaři vedly k omezení často zbytečných vyšetření. Tyto poplatky však zůstaly zachovány. Rovněž lékárny ve výběrech regulačních poplatků připočítávaných k často nemalé spoluúčasti pacientů za léky pokračují. Oproti tomu regulační poplatky za pobyt v lůžkových zdravotnických zařízeních označil nejvyšší soud za protiústavní a byly zrušeny. Přitom evidentně právě v nemocnicích je značná část nákladů spojena např. se stravováním pacientů, zajištěním prádla a lůžkovin nebo s dalšími činnostmi, které by pacient musel hradit i kdyby nebyl hospitalizován. O vybírání regulačních poplatků se téměř polovina dotázaných (48%) domnívá, že je správný. Nesprávnost výběru poplatku (40%) mohou zdravotničtí pracovníci vidět v tom, že buď nebyly zrušeny veškeré regulační poplatky, nebo že byly zrušeny nelogicky pouze ty z jejich hlediska „smysluplné“. Vznikl nemalý výpadek

v příjmu finančních prostředků pro už nyní podfinancované nemocnice, které se sice vláda zavázala uhradit, dosud ale neuvedla v jaké výši ani jakým způsobem. Také transparentnost použití vybraných finančních prostředků se zcela vytratila.

Z dotazníkového šetření je velmi pozitivní zjištění, že existuje velká část zdravotníků, kteří by zdravotnictví neopustili (64% dotazovaných). Velká část z těchto osob považuje své povolání za poslání, práce se jim líbí a mají ji rády (50% dotazovaných). Ženy ve zdravotnictví musejí být silné osobnosti, práce ve směnných provozech a na náročných odděleních nemocnic je fyzicky i psychicky velmi vyčerpávající. Jejich práce pro ně musí být posláním. Část dotázaných (14% osob) uvádí finanční důvody, které je ve zdravotnictví drží. Zdravotnictví stále zůstává i přes všechny ekonomické a personální změny odvětvím, kde zaměstnanci mají jistotu, že za odvedenou práci dostanou zapláceno. I to je v dnešní tržní době dobrá vizitka. Mnohé ženy mají svou rodinu, jiné se ji chystají založit. Finanční prostředky jsou důležitým kritériem, které se dostává do popředí hodnocení všech odvětví a není výjimkou i zdravotnictví.

Závěr

V teoretické části jsem vysvětlila, proč byla zdravotní reforma po roce 1989 nutná. Důležitým okamžikem bylo otevření trhů, demografické změny, nové technologie a s tím související nárůst nákladů. Reforma v odvětví měla vést k ekonomické efektivnosti, měla řešit pružnější fungování zdravotnických institucí. Řešení však byla rychlá, někdy nekompetentní a často ukvapená. Prvními změnami byla privatizace ambulantních zařízení a zrušení poliklinik. S tím souvisel i vznik zdravotních pojišťoven, jako zprostředkovatelů plateb za služby. Nejvýznamnější pojišťovnou je VZP. Má největší počet klientů a má privilegované postavení dané legislativou. K dalším úsporným opatřením má pomoci privatizace nemocnic, velkou úsporu představovalo zrušení hygienických stanic následně přetransformovaných do zdravotních ústavů a omezení státního zdravotního dozoru. Z důvodu úspor byly i tyto ústavy později prakticky zrušeny. Reforma zdravotnictví proběhla i ve vzdělávání zdravotnických pracovníků. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních ukládá pracovníkům ve zdravotnictví doložit kredity za vzdělávání. Z důvodu úspor a požadavku rozšířených kompetencí nelékařských profesí bude potřeba další legislativa. Pacientů se reforma zdravotnictví dotkla např. v podobě regulačních poplatků. Tento sporný výběr finančních prostředků byl velmi diskutovaný

právníky, zdravotníky i ekonomy, měl výrazný vliv i na volební výsledky některých politických stran. Zrušení nemocničních lůžek zasáhlo zdravotníky i pacienty. S celým zdravotnickým systémem a úsporami ve zdravotnictví nebyli spokojeni lékaři. Nelékařští pracovníci byli v této akci oporou, byť podmínky těchto zaměstnanců jsou mnohdy ještě náročnější. Vyhláška č.267/2012Sb. o stanovení Indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně-rehabilitační péči vedla k uzavření některých lázní, propouštění zdravotnických týmů a další nežádoucí sociálně ekonomické dopady.

Vývoj reformy zdravotnictví je především politický proces. Ovlivňovat vývoj se snaží různé skupiny osob s často rozdílnými zájmy. Nejpočetnější skupinou jsou spotřebitelé, poptávající služby a zdravotničtí pracovníci, lékaři a další poskytovatelé služeb. Důležitou skupinou jsou podporovatelé trhu. Sem patří politické strany, samosprávné orgány, ministerstvo, výrobci léčiv. Skupin je mnoho, a každá má jinou sílu vyjednávání. Největší vyjednávací potenciál má dobře organizovaná skupina, vysoce komunikativní, působící mezi antagonistickými zájmy jednotlivých aktérů jako prostředník. Skupina s nejvyšší právní mocí, státní aktéři, má na vývoj reformy největší vliv. Tato skupina je závislá na výsledcích voleb. Ministr zdravotnictví je hlavním nositelem směru reformy zdravotnictví. Sociální aktéři jsou skupinou, která zahrnuje i zdravotnické pracovníky, ale podstatný vliv v této skupině mají pouze zdravotní pojišťovny. Další skupinou jsou političtí aktéři. Další velmi různorodá skupina je zastoupena zájmovými sdruženími, veřejností a patientskými organizacemi, patří sem i Česká asociace sester. ČAS zastupuje největší skupinu zdravotnických pracovníků nelékařských profesí ve zdravotnictví. V ovlivňování reformy zdravotnictví však jsou na tom nejhůř. ČAS je organizací starající se převážně o vzdělávání pracovníků, nevystupuje navenek a nehájí zájmy svých členů. To by měla v budoucnu řešit vznikající Česká komora zdravotnických pracovníků.

Vývoj zdravotnické reformy se ubírá směrem, který neuspokojuje zdravotnické pracovníky. Vidí řadu nedostatků nejen jako zaměstnanci pracující v odvětví, ale i jako pacienti. Jsou velmi kritičtí i k tvůrcům reformy. Neustálé změny vedou ve zdravotnictví ke snižování nemocničních nákladů a úsporám i na mzdových nákladech zdravotnických pracovníků. Nároky na vzdělávání zdravotnických pracovníků rostou, rozšiřuje se administrativa a značnou část finančních prostředků investuje nemocnice do nákladné akreditace. Snižováním pracovních míst se zhoršují i pracovní podmínky, projevující se větším tlakem na zaměstnance. Primárně je nutné řešit špatný způsob financování zdravotnictví. Velkým pozitivem pro veřejnost je změna přístupu k pacientům a jejich

informovanosti, dále pak moderní způsoby léčby, které usnadňují a zkracují dříve náročnou terapii. Nejvíce potěšující je zjištění, že přetrvává láska k profesi zdravotníků a snaha vytrvat i do budoucna.

Původní problematika reformy zdravotnictví v otázce financování nebude v nejbližší době vyřešena. Je to globální problém, se kterým se potýkají i další státy, včetně nejrozvinutějších světových velmocí. Otázka zlepšení vztahu k pacientům se řeší nejen legislativně, ale i změnou celkového přístupu zdravotnického personálu a lékařů. Vstup moderních technologií do zdravotnictví urychluje a zlepšuje léčbu nemocí. Problematika informačních technologií zůstává v jejich používání. Jsou všichni zdravotničtí pracovníci schopni přejít na počítačovou dokumentaci? Proč roste administrativní zátěž zdravotníků, když jsou počítače a jiná moderní technika, která v jiných odvětvích dokáže pomoci řešit i tyto problémy? Zdravotní služby se rozšiřují, ale je na pojišťovnách, s kterým zdravotnickým zařízením uzavřou smlouvu a jaké služby budou proplácet pro své klienty. V průběhu řešení problematiky zdravotnictví neustále vznikají nové aktuální problémy, které bude muset zdravotnická reforma řešit.

Seznam použité literatury

- [1] DARMOPILOVÁ, Zuzana. *Vliv zájmových skupin na reformu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 9788021054066.
- [2] DOSTÁL, Ondřej. *Návrh zdravotní reformy*. Vyd. 1. Praha: CESTA - Centrum pro sociálně-tržní ekonomiku a otevřenou demokracii, 2012, 17 s. Analýzy (CESTA - Centrum pro sociálně-tržní ekonomiku a otevřenou demokracii). ISBN 978-80-905134-1-9.
- [3] DRBAL, Ctibor. *Budoucnost zdraví a zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2008. Studie (Národohospodářský ústav Josefa Hlávky). ISBN 978-80-86729-39-8.
- [4] MÁŠOVÁ, Hana, KŘÍŽOVÁ, Eva, SOBODNÝ Petr. *České zdravotnictví: vize a skutečnost*. ISBN 80-246-0944-4.
- [5] TUČEK, Milan, CIKRT, Miroslav, PELCLOVÁ Daniela. *Pracovní lékařství pro praxi: příručka s doporučenými standardy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 327 s., [15] s. obr. příl. ISBN 80-247-0927-9.
- [6] VEPŘEK, Jaromír, VEPŘEK, Pavel, JANDA Jaroslav. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví, aneb, Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 229 s. ISBN 80-247-0347-5.
- [7] „Malá novela“ zákona č. 96/2004 Sb. Sestra. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/mala-novela-zakona-c-96-2004-sb-460336>
- [8] 15531. REGISTRACE NESTÁTNÍCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ. Epravo.cz: REGISTRACE NESTÁTNÍCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ. 11.12.2001. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/registrace-nestatnich-zdravotnickych-zarizeni-15531.html>
- [9] Česko-německá horská nemocnice Krkonoše s.r.o. Česko-německá horská nemocnice Krkonoše s.r.o. Dostupné z: <http://www.nemocnice.vrchlabi.cz/hn.php>
- [10] Děkujeme odcházíme. Mt.pediatr. Dostupné z: <http://mtoms.blogspot.cz/2011/01/dekujeme-odchazime-muj-uhel-pohledu.html>
- [11] Ihned.cz: <http://zpravy.ihned.cz/c1-61629740-ministerstvo-zdravotnictvi-nejvic-ministru> [online]. [cit. 2014-06-09].

- [12] Informace o zrušení povinnosti platit regulační poplatek za poskytování lůžkové péče od 1. 1. 2014. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Dostupné z:
http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-o-zruseni-povinnosti-platit-regulacni-poplatek-za-poskytovani-luzkove-8538_1.html
- [13] Je důvod v ČR rušit nemocnice?. Umlaufoviny. Dostupné z:
http://www.umlaufoviny.com/www/res_publica/reportaze/zdravotnictvi/
- [14] Kdo všechno je eHealth? Rozhodně nejen nemocnice.... DOI: ISSN 1805-7535. Dostupné z: <http://www.ezdrav.cz/kdo-vsechno-je-ehealth-rozhodne-nejen-nemocnice/>
- [15] Prohlubování a zvyšování kvalifikace zdravotnických pracovníků. Mzdová praxe. Dostupné z: [http://www.mzdovapraxe.cz/archiv/dokument/doc-d2375v3132-prohlubovani-a-zvysovani-kvalifikace-zdravotnickych-pracovni/?search_query=\\$index=305](http://www.mzdovapraxe.cz/archiv/dokument/doc-d2375v3132-prohlubovani-a-zvysovani-kvalifikace-zdravotnickych-pracovni/?search_query=$index=305)
- [16] Přežije české lázeňství. Dostupné z: <http://www.c-m-t.cz/clanky/379.pdf>
- [17] Přípravný výbor České komory zdravotnických pracovníků. Česká komora zdravotnických pracovníků. Dostupné z: <http://www.ckzp.cz/>
- [18] Umlaufoviny: Rušení zdravotních ústavů. Dostupné z:
http://www.umlaufoviny.com/www/res_publica/reportaze/zdravotnictvi/
- [19] Vývoj růstu nákladů na jednotlivé segmenty zdravotních služeb 1997 – 2013. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/odbornik/obsah/vyvoj-rustu-nakladu-na-jednotlive-segmenty-zdravotnich-sluzeb-1997-2013_3007_3.html

Příloha

Dotazník — Názory středních zdravotnických pracovníků nelékařských profesí na vývoj reformy zdravotnictví

Dobrý den, dovoluji mi několik otázek týkajících se zdravotnické reformy.

1. Je podle Vás zdravotnictví v očích veřejnosti (vyberte jednu možnost)
 - a) opomíjené
 - b) upadající
 - c) funkční

2. Co se podle Vás ve zdravotnictví zlepšilo?
 - a) prakticky nic
 - b) management
 - c) přístup k pacientovi (klientovi)
 - d) finanční ohodnocení lékařů i nelékařských pracovníků
 - e) jiné

3. Co vás nejvíce zaujalo na zdravotnické reformě?
.....

4. Myslíte, že Vám zdravotnická reforma pomohla zlepšit pracovní podmínky?
 - a) ano a v čem (prosím doplňte).....
.....
 - b) ne a proč (prosím doplňte)
.....

5. Je na reformě zdravotnictví něco, co vás vedlo k úvaze opustit toto odvětví?
 - a) ano (prosím doplňte).....
.....
 - b) nikdy bych tuto práci neopustil(a) - proč (prosím doplňte).....
.....
 - c) uvažuji o tom (napíšte důvod)
.....

6. Co by měla reforma zdravotnictví řešit přednostně? (doplňte)

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

7. Kdo by podle Vás měl řídit reformu zdravotnictví?

- a) ministr
- b) tým pracovníků lékařů a zdravotníků nelékařských profesí
- c) ekonomové a právníci

8. Pokládáte vybírání regulačních poplatků v lékárnách a ambulancích

- a) správné
- b) nesprávné
- c) nemám jasný názor

9. Co Vám vadí na zdravotnické reformě? (vyberte 2-3 možnosti)

- a) špatné pracovní podmínky
- b) nárůst zdravotnické dokumentace v důsledku legislativních změn
- c) systém vzdělávání zdravotnických nelékařských profesí
- d) systém financování zdravotními pojišťovnami
- e) systém nákladné až zbytečné akreditace
- f) nejistota práce
- g) jiné

10. Co by měla zdravotní reforma řešit přednostně?

- a) větší dostupnost lékařské péče
- b) měla by změnit způsob financování
- c) zlepšit pracovní podmínky pracovníků ve zdravotnictví

Děkuji Vám za laskavé vyplnění dotazníku k bakalářské práci.