

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav zdravotnického managementu a ochrany veřejného zdraví

Bc. Veronika Janošíková

Zdravotní politika a reforma primární péče

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Martina Kovalová, Ph.D.

Olomouc 2023

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 5. 5. 2023

Bc. Veronika Janošíková

Mé poděkování patří především vedoucí mé diplomové práce Mgr. Martině Kovalové, Ph.D. za cenné rady, za připomínky a za vstřícnost během celého procesu tvorby této práce. Dále děkuji mé rodině za podporu po celou dobu mého studia.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Zdravotní politika a reforma primární péče

Název práce: Zdravotní politika a reforma primární péče

Název práce v AJ: Health policy and primary care reform

Datum zadání: 2022-01-31

Datum odevzdání: 2023-05-05

Vysoká škola, fakulta, ústav:

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav zdravotnického managementu a ochrany veřejného zdraví

Autor práce: Bc. Janošíková Veronika

Vedoucí práce: Mgr. Martina Kovalová, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Úvod: Diplomová práce se zabývá poskytováním primární péče v oblasti péče všeobecných praktických lékařů a s tím související reformou v této oblasti. Cílem je sumarizovat poznatky týkající se celkové koncepce primární péče. Blíže jsou specifikovány kompetence, dostupnost, financování a vzdělávání všeobecných praktických lékařů. Součástí je i návaznost primární péče na sekundární sféru zdravotnického systému.

Metodika: Formou dotazníkového šetření byl proveden výzkum, který probíhal od října do prosince 2023, a to papírovou a také on-line na platformě Survio.com. V dotazníku respondenti zodpovídali na otázky týkající se především dostupnosti jejich registrujících praktických lékařů, četnosti návštěv praktického lékaře, respektive ambulantního specialisty, přístrojového vybavení, kterým jejich registrující praktický lékař disponuje, dále bylo také zkoumáno, zda v určitých situacích respondenti preferují spíše praktického lékaře nebo ambulantního specialistu.

Výsledky: Bylo zjištěno, že existuje statisticky významný rozdíl ve věku registrujících praktických lékařů ($p = 0,008$) a v dojezdové vzdálenosti ($p = 0,005$) mezi respondenty, kteří žijí v obcích s méně než 5 000 obyvateli a v obcích s více než 5 000 obyvateli. Dále byl prokázán statisticky významný rozdíl v preferencích výběru praktického lékaře, nebo ambulantního specialisty mezi pohlavími v případě, že respondenti trpí zánětem močových cest ($p = 0,033$) a depresivními stavy ($p < 0,001$).

Závěr: Dotazníkové šetření spolu se Strategickým rámcem 2030 tvořilo podklad pro tvorbu návrhu reformy primární péče. Je navrhováno zlepšit dostupnost všeobecných praktických lékařů, rozšířit povinné přístrojové vybavení v praxích praktických lékařů, motivovat absolventy pro výběr specializace všeobecného praktického lékaře, regulovat chování pacientů v systému primární péče a v neposlední řadě edukovat obyvatelstvo o kompetencích všeobecných praktických lékařů.

Abstrakt v AJ:

Introduction: The diploma thesis is focused on providing primary care by general practitioners and related reformation of primary care. The aim is to summarize findings regarding the overall concept of primary care. The competence, availability, financing and education of general practitioners are specified in more details. It also includes the continuity of the primary care with the secondary sphere of the healthcare system.

Methodology: A questionnaire research was realized from October to November 2023 in paper form and also on-line on the Survio.com platform. Respondents filled paper and on-line on the Survio platform questionnaire. In the questionnaire, the respondents answered questions regarding mainly the availability of their general practitioner, the frequency of visits of general practitioners and outpatient specialists and the available equipment to their registering general practitioner. It was also investigated whether in certain situations respondents prefer visiting general practitioners or outpatient specialists.

Results: It was found that there was a statistically significant difference in the age of the GPs registering ($p = 0.008$) and in the commuting distance ($p = 0.005$) between respondents living in municipalities with less than 5,000 inhabitants and those with more than 5,000 inhabitants. Furthermore, a statistically significant difference in preferences for choosing a general practitioner or ambulatory specialist between genders was demonstrated in the case of respondents suffering from urinary tract inflammation ($p = 0.033$) and depressive states ($p = <0.001$).

Conclusion: The primary care reform proposal were formed thanks to the questionnaire research and the Czech Agenda 2030. It is proposed to improve the availability of general practitioners, to expand mandatory equipment in general practitioners' practices, to motivate graduates to choose the specialization of general practitioners, to regulate the behavior of patients in the primary care system and to educate the population about the competencies of general practitioners.

Klíčová slova v ČJ: primární péče, všeobecní praktičtí lékaři, ambulantní specialisté, reforma primární péče

Klíčová slova v AJ: primary care, general practitioners, outpatient specialists, reformation of primary care

Rozsah: 86 stran, příloh

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 ZDRAVOTNÍ POLITIKA PRIMÁRNÍ PÉČE	11
1.1 Zdravotní politika v České republice.....	11
1.2 Zdravotní politika dle legislativy	13
1.3 Poskytování primární péče v České republice.....	14
1.3.1 Koncepce oboru všeobecného praktického lékařství.....	15
1.3.2 Dostupnost primární péče v České republice	19
1.3.3 Financování primární péče v České republice.....	23
1.3.4 Vzdělávání všeobecných praktických lékařů	26
1.3.5 Prostorové a přístrojové vybavení praxe všeobecného praktického lékaře.....	28
1.3.6 Odesílání pacientů do sekundární péče	29
1.3.7 Primární péče v závislosti na reformě Zdraví 2030.....	30
2METODIKA VÝZKUMU V OBLASTI PÉČE VŠEOBECNÝCH PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ	33
2.1 Výzkumné cíle a hypotézy	33
2.2 Charakteristika výzkumného souboru	33
2.3 Metodika sběru dat	33
2.4 Realizace výzkumu.....	34
2.5 Metody zpracování dat	35
3VÝSLEDKY	36
3.1 Základní sociodemografické údaje výzkumného souboru	36
3.2 Interpretace výsledků dotazníkového šetření	38
3.2.1 Interpretace výsledků výzkumu ve vztahu k dílčím cílům práce	42
DISKUZE	54

ZÁVĚR.....	59
REFERENČNÍ SEZNAM.....	60
SEZNAM ZKRATEK.....	66
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	67
SEZNAM TABULEK.....	68
SEZNAM GRAFŮ.....	69
SEZNAM PŘÍLOH.....	70
PŘÍLOHY.....	71

ÚVOD

Primární péče v systému českého zdravotnictví je poskytována všeobecnými praktickými lékaři, praktickými lékaři pro děti a dorost, praktickými zubními lékaři a praktickými lékaři gynekology (Národní zdravotnický informační portál, Lékař primární péče). Praxe všeobecných praktických lékařů by měla být prvním místem kontaktu pacientů se systémem poskytování zdravotní péče. Praktický lékař by měl svého pacienta vnímat nejen po zdravotní stránce, ale měl by dbát také na psychickou a duševní spokojenost pacienta, proto by měl být v primární péči kladen zvláštní důraz na komunikaci (Národní zdravotnický informační portál, Všeobecný praktický lékař).

V rámci Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 neboli Zdraví 2030 byl definován strategický cíl související s primární péčí. Konkrétně jde o reformu primární péče. Výsledkem této změny by mělo být poskytování nejkvalitnější možné péče v maximálním možném rozsahu. Přestože je reforma zaměřena na primární péči, změna by významně ovlivnila i sekundární a terciální úroveň poskytované péče. Především by došlo k uvolnění kapacit ambulantních specialistů. Průměrný pacient navštíví ambulantního specialistu 7,5krát ročně, zatímco svého registrujícího praktického lékaře pouze 3,1krát za rok. Návštěvnost ambulantních specialistů je ve srovnání s jinými národy nadprůměrná. Z uvedených hodnot tedy vyplývá, že potenciál primární péče v České republice není dostatečně naplněn (Ministerstvo zdravotnictví ČR, Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030). Mezi změny navrhované v rámci reformy primární péče patří především posílení kompetencí, standardizace vybavení v praxích praktických lékařů a zvýšení dostupnosti primární péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, Implementační plán č. 1.1).

V této diplomové práci jsou zpracovány poznatky související s poskytováním primární péče a s tím související reformou této oblasti. Teoretická část sumarizuje problematiku poskytování primární péče v České republice. Zabývá se nejen kompetencemi praktických lékařů, jejich dostupností a způsobem financování, ale je také zaměřena například na návaznost primární péče na další sféry zdravotního systému. Praktická část zpracovává výsledky provedeného dotazníkového šetření, jehož cílem bylo na základě výsledků vytvořit návrh pro reformu primární péče.

Cíle diplomové práce:

1. Sumarizace poznatků o problematice poskytování primární péče v České republice v oblasti péče všeobecných praktických lékařů.

2. Vytvoření návrhu pro reformu primární péče v oblasti péče všeobecných praktických lékařů vycházející ze strategického cíle Zdraví 2030 a provedeného dotazníkového šetření.

1 ZDRAVOTNÍ POLITIKA PRIMÁRNÍ PÉČE

1.1 Zdravotní politika v České republice

Pojem zdravotní politika je možné definovat jako souhrn politických plánů, rozhodnutí a jednání, které jsou přijímány k dosažení konkrétních cílů v oblasti zdravotní péče ve společnosti. Zdravotní politika má vliv na zdraví společenských skupin nebo národů. Zabývá se poskytováním zdravotní péče a také osobními, environmentálními i socioekonomickými účinky na lidské zdraví. Rozvoj zdravotní politiky je úzce spjatý s vývojem medicínských technologií a s růstem nákladů ve zdravotnictví. Mezi nástroje zdravotní politiky jsou řazeny legislativní procesy, financování zdravotnictví a alokace finančních zdrojů, vyjednávání s aktéry procesu poskytování péče a tvorba sítě zdravotnických zařízení (Gladkij et al., 2002, s. 7, 9).

Ústředním orgánem zdravotní politiky je Ministerstvo zdravotnictví České republiky, které je zodpovědné za ochranu a podporu veřejného zdraví, podporuje vědecké výzkumy v oblasti zdravotnictví, zastřešuje vzdělávání zdravotníků, dále spravuje některá zdravotnická zařízení, která jsou v jeho vlastnictví. Ministerstvo zdravotnictví také zajišťuje dostupnost léčiv a zdravotnického vybavení nutného k prevenci, diagnostice a léčbě onemocnění. Pod správu Ministerstva zdravotnictví spadají dvě instituce, které hrají nejvýznamnější roli v českém systému veřejného zdravotnictví, jedná se o Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) a Státní zdravotní ústav (SZÚ). V neposlední řadě toto ministerstvo spravuje Národní zdravotnický informační systém (NZIS). Ministerstvo zdravotnictví spolu s Ministerstvem financí kontrolují fondy zdravotních pojišťoven (Alexa et al., 2015, s. 21–22).

Úkolem státu je určit prioritní zaměření zdravotní politiky. K tomu je třeba vyhodnotit, jaká jsou aktuální rizika ohrožující zdraví. Tvůrci zdravotní politiky vychází ze zdravotního stavu populace, z poptávky po jednotlivých zdravotnických službách, z potřebných finančních zdrojů, ze změn, které je nutné realizovat, a také ze spokojenosti obyvatelstva. Aby bylo možné řešení problémů uplatnit, musí být nejdříve přesně stanoveno, jaký je zdravotní stav obyvatelstva, jaká je úroveň zdravotních a sociálních služeb a jaké jsou finanční, materiálové a personální možnosti v poskytování adekvátní zdravotní péče. Na základě těchto dat jsou vytvářeny jednotlivé strategické cíle zdravotní politiky, které jsou vytyčeny ve vládních programech (Gladkij et al., 2002, s. 10–11).

Mezi jednu z činností prováděnou v rámci zdravotní politiky také patří tvorba zdravotních programů. Zdravotním programem je označen státem vytvořený řetězec aktivit, pomocí kterého

je možné dosáhnout lepšího zdravotního stavu obyvatelstva. Každý zdravotní program by měl obsahovat hlavní cíle a na základě nich stanovené dosažitelné výsledky. Dále by měl být součástí odhad finančních prostředků, potřebné technologické vybavení, pracovníci, časový harmonogram a vzájemná spolupráce všech uvedených složek programu (Gladkij et al., 2002, s. 8–9).

Jsou rozlišovány 4 základní zdravotnické systémy. V České republice, stejně jako ve všech sousedních státech, ale i například ve Francii, je uplatňován Bismarckovský systém. Tento systém je založený na veřejném (povinném) zdravotním pojištění. Všichni občané musí odvádět zdravotní pojištění, které je nutno odvádět nezávisle na tom, v jaké míře budou v budoucnu využívat péči ve zdravotnictví. Významnou roli hraje v tomto systému solidarita, každý odvádí pojištění ve výši 13,5 % z hrubého měsíčního příjmu, ale čerpá zdravotní péči v potřebné míře. V tomto zdravotním systému ručí za zdravotní péči stát, který zároveň platí významnou část investic v nemocniční péči. Kontrolní funkci mají na starost zdravotní pojišťovny, do jejichž fondů je zdravotní pojištění odváděno (Janečková et al., 2009, s. 90–91). Mezi výhody Bismarckovského systému patří vysoká dostupnost a široká síť zdravotní péče, pestrost zdravotních služeb a kvalita poskytované péče. Naopak vysoké náklady na činnost zdravotních pojišťoven a administrativu, složitost vztahů mezi zdravotní pojišťovnou, klientem a poskytovatelem zdravotní péče jsou označovány jako nevýhody tohoto zdravotnického systému (Gladkij et al., 2002, s. 18).

V České republice je uplatňován model veřejného zdravotního pojištění fungující na základě toho, že je každý občan povinen platit zdravotní pojištění, které odpovídá výše zmíněnému podílu z příjmu. Toto zdravotní pojištění je povinné, musí ho tedy platit každý občan bez výjimky, za ekonomicky neaktivní obyvatele jej platí stát. Většina poskytovatelů zdravotních služeb má uzavřené smlouvy se zdravotními pojišťovnami, poskytují tak klientům nasmlouvaných pojišťoven péči, kterou pacienti hradí nepřímě. Část zdravotní péče je hrazena přímo ze státního rozpočtu. Jedná se o dozor v oblasti hygieny a ochrany veřejného zdraví, zmíněné zdravotní i očkovací programy, zdravotní pojištění za státní pojištěnce a další. Soukromý sektor a s tím související přímé úhrady pacientů mají v systému poskytování zdravotní péče značný význam. Tímto způsobem hrazenou zdravotní péči neposkytují zdravotnická zařízení na základě uzavřených smluv se zdravotními pojišťovnami. Jedná se především o péči v oblasti stomatologie, o estetické zákroky a o oční operace pomocí laseru (Janečková et al., 2009, s. 125–126). V roce 2019 byla zdravotní péče v České republice hrazena z 82,8 % z veřejného sektoru. Podíl přímých plateb domácností v roce 2019 tvořil 13,4 %, průměrně se jedná o 5 973 Kč na 1 obyvatele. Zbylých 3,8 % bylo financováno

ostatními soukromými zdroji – neziskovými organizacemi, cestovním pojištěním a podnikovou preventivní péčí (Český statistický úřad, 2021, s.3).

1.2 Zdravotní politika dle legislativy

Primárním zákonem, kterým se musí zdravotní péče řídit, je Ústava České republiky (zákon č. 1/1993 Sb.), a dále také Listina základních práv a svobod (zákon č. 2/1993 Sb.). Tyto dva zákony přiznávají právo každého občana na ochranu zdraví a nárok na poskytnutí neodkladné zdravotní péče v situacích, kdy je ohroženo zdraví nebo život. Dle těchto zákonů má také každý občan nárok na zdravotní péči, která je bezplatná. Podmínky poskytování takové zdravotní péče jsou ukotveny v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění později platných předpisů. V roce 2008 byla schválena novela tohoto zákona a byly zavedeny regulační poplatky, pacienti se tak museli účastnit na spolufinancování zdravotní péče. Maximální výše regulačních poplatků činila pro jednoho občana 5 000 Kč ročně (Janečková et al., 2009, s. 123–124). Tyto poplatky ale byly zrušeny k 1. lednu 2015. Momentálně jsou hrazeny pouze regulační poplatky za využití pohotovostní lékařské služby nebo stomatologické pohotovostní služby. Tento poplatek činí 90 korun (Všeobecná zdravotní pojišťovna, Regulační poplatky). Dále je zdravotní péče upravována zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon garantuje občanům právo na svobodnou volbu lékaře a zdravotnického zařízení. Občané mají právo si vybrat svého praktického lékaře, lékaře působícího ve specializovaných ambulancích, zdravotní zařízení i zdravotní pojišťovnu. Pacient má právo dozvědět se informace o jeho onemocnění a vyjádřit souhlas s poskytovanou léčbou. Dle zákona musí zdravotník při léčbě postupovat *lege artis*. V neposlední řadě je součástí zákona zajištění přístupu pacienta ke své vlastní zdravotnické dokumentaci. Pacient má také právo stanovit osobu jemu blízkou, která má přístup k informacím a také k zdravotnické dokumentaci (Zákon č. 372/2011 Sb.). Ochrana zdraví je zabezpečena státem podle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění později platných předpisů. Tento zákon mimo jiné určuje, jaké musí být zdravotní i pracovní podmínky a jak musí být zabráněno šíření infekcí a hromadně se vyskytujících onemocnění (Zákon č. 258/2000 Sb.). Všem výše zmíněným zákonům je nadřazena mezinárodní Úmluva o lidských právech a biomedicíně z roku 1997. Všechny právní předpisy musí být v souladu s touto Úmluvou (Janečková et al., 2009, s. 125).

1.3 Poskytování primární péče v České republice

System poskytování zdravotní péče je v České republice rozdělen do 3 úrovní – primární, sekundární a terciální. Primární péče je poskytována všeobecnými praktickými lékaři (zdravotní odbornost 001), praktickými lékaři pro děti a dorost (odbornost 002), gynekology (odbornost 603) a zubními lékaři (odbornost 014). Primární péči mohou pacienti využít bez předchozího doporučení. Každý občan má právo zvolit si svého praktického lékaře, u kterého je následně zaregistrován. Sekundární péče je poskytována lékaři, kteří působí v privátních ambulancích nebo v ambulancích, které jsou součástí nemocničního zařízení. Pacienti přicházejí do ordinací ambulantních specialistů na základě doporučení praktických lékařů, nebo i bez něj. V České republice není tato situace nijak regulována. Mezi sekundární péči je také řazena zvláštní ambulantní péče, kterou využívají pacienti závislí na cizí pomoci. Tato péče je jim poskytována v jejich sociálním prostředí. V neposlední řadě je součástí sekundární úrovně lůžková péče v okresních nemocnicích. Nejvyšším stupněm v systému poskytování zdravotní péče je terciální úroveň. Jedná se o zdravotní péči na vysoké odborné diagnostické a léčebné úrovni. Mezi představitele patří krajské a fakultní nemocnice a některé odborné vědecko-výzkumné instituce, například Institut Klinické a Experimentální Medicíny (IKEM) nebo Masarykův onkologický ústav (Janečková et al., 2009, s. 148–157).

Zdravotní odbornosti jsou rozděleny do 10 skupin. Většina zdravotní péče poskytované v rámci primární péče je řazena do skupiny 0. Kromě všeobecného praktického lékařství, praktického lékaře pro děti a dorost a stomatology patří do této skupiny také nemocniční lékárenství (odbornost 005), klinická farmacie (odbornost 006) i ortodoncie (odbornost 015). Gynekologie je řazena do skupiny 6, do této skupiny také patří například dětská gynekologie (odbornost 604) nebo ortopedie (odbornost 606). Primární péče není součástí jiných skupin zdravotních odborností (Ministerstvo zdravotnictví ČR, Číselník odborností).

Primární péče musí být poskytována koordinovaně a komplexně. Měla by fungovat na základě prvotního kontaktu pacienta se zdravotním systémem. To znamená, že pacient by při obtížích měl nejdříve navštívit svého registrujícího lékaře, který by měl vyhodnotit jeho zdravotní stav a až následně na doporučení lékaře primární péče navštívit zdravotnické zařízení sekundární nebo terciální úrovně. Primární péče by také měla být postavena na principu kontinuálního přístupu k pacientovi (Národní zdravotnický informační portál, Primární péče). V kompetenci všeobecného praktického lékaře (VPL) je předcházet chorobám, v případě existence je léčit i diagnostikovat. Zahrnuje také provádění preventivních prohlídek, očkování, posudkovou péči a konzultace. Primární péče by měla navazovat na zdravotní péči jiných

poskytovatelů. Její součástí musí být návštěvní služba (Ministerstvo zdravotnictví ČR, Druhy zdravotní péče). Poskytovatel všeobecného praktického lékařství je povinen při přijetí pacienta do své péče vystavit vyplněný registrační list, který mu pacient podepíše. V případě, že v daném zdravotnickém zařízení je primární péče poskytována více lékaři, musí být pacient vždy zapsán pouze k jednomu konkrétnímu (Zákon č. 372/2011 Sb.).

1.3.1 Koncepce oboru všeobecného praktického lékařství

Základním cílem všeobecných praktických lékařů je poskytovat zdravotní péči buď svými schopnostmi a prostředky v rámci primární péče, nebo využitím návaznosti sekundární a terciální péče na primární stupeň. Praktičtí lékaři musí poskytovat péči, která odpovídá nejnovějším vědeckým poznatkům a je v souladu s kulturní zralostí společnosti. Praxe praktických lékařů jsou ve vysoké míře schopny ovlivnit, jak kvalitní a efektivní je systém poskytování péče. Zdraví společnosti je v současnosti ovlivněno zvyšující se prevalencí nezdravého životního stylu i střední délky života, dále také snižující se porodností a úmrtností. Narůstá počet civilizačních chorob a osob s chronickým onemocněním, s tím souvisí zvyšující se požadavky na finance, management a poskytování zdravotní péče. Komplexní a kvalitní primární péče, která by byla zaměřena na pacienty ve vlastním sociálním prostředí, by mohla snížit náklady na zdravotní péči a zvýšit spokojenost pacientů. Všeobecní praktičtí lékaři mají významný vliv na hospodárnou udržitelnost zdravotního systému a zdraví celé populace. V České republice je praktický lékař schopen vyřešit v průměru 80 % problémů pacientů, zbylých 20 % je odesláno do zdravotních zařízení sekundární nebo terciální péče. Necelých 6 % prostředků veřejného zdravotnictví je spotřebováno v sektoru primární péče (Společnost všeobecného praktického lékařství ČLS JEP, Koncepce oboru všeobecného praktického lékařství 2018).

Primární péče je koordinovaná a komplexní zdravotně-sociální péče, která je poskytována na úrovni prvotního kontaktu pacienta se zdravotním systémem a také na úrovni dlouhodobého kontinuálního přístupu k jednotlivým pacientům. Díky dostupnosti primární péče a orientaci na předcházení onemocnění ovlivňuje péče praktických lékařů zdravotní stav obyvatelstva. Může výrazně přispět k řešení nejvýznamnějších problémů ve zdravotnictví – zvyšující se věkový průměr populace, udržitelnost zdravého životního stylu obyvatelstva a neustálý růst pacientů s větším množstvím chronických onemocnění. Všeobecné praktické lékařství se zabývá všemi kategoriemi zdravotních problémů. Praktičtí lékaři musí mít znalosti ve svém vlastním oboru, tedy v oboru Všeobecného praktického lékařství, a také v dalších

lékařských oborech a specializacích. Poskytují kontinuální a dlouhodobou zdravotní péči pacientům, které registrují ve své praxi. V akutních situacích musí poskytnout zdravotní péči všem pacientům. V kompetenci praktických lékařů je provádět vyšetření, ošetření, diagnostiku, léčbu, prevenci a posudkovou činnost. Primární péče je obvykle poskytována ve všeobecných praxích praktických lékařů nebo v místě bydliště pacienta. V kompetenci praktického lékaře je také vyhodnotit, kdy může léčbu provádět sám, kdy je nutné konzilium, kdy je třeba odeslat pacienta k ambulantnímu specialistovi a kdy je nutná hospitalizace. Následně také zajišťuje zdravotní péči o pacienta po ukončení hospitalizace. V neposlední řadě praktický lékař hraje významnou roli při edukaci a rozšiřování povědomí o jednotlivých problémech ve zdravotnictví (Společnost všeobecného praktického lékařství ČLS JEP, Koncepce oboru všeobecného praktického lékařství 2018).

Díky široké nabídce volně dostupných léčiv, velkému množství informací přístupných na internetu, strachu nebo nedůvěře ve zdravotní systém řeší velké množství pacientů své zdravotní problémy formou sebezpeče. V ordinacích všeobecných praktických lékařů tak ubývá počet pacientů s akutními problémy. Naopak svého praktika vyhledává stále více pacientů s chronickým onemocněním vyžadujících dlouhodobou, paliativní a preventivní péči. V České republice má jedna všeobecná praxe zaregistrovaných průměrně 1 615 osob starších 19 let. Během jednoho roku svého praktického lékaře navštíví asi polovina až tři čtvrtiny pacientů. Častěji svého praktického lékaře navštěvují ženy a osoby vyšších věkových kategorií. Pacienti zaregistrovaní u jednoho praktického lékaře představují široké spektrum možných anamnéz, zdravotních problémů a přístupů ke zdraví a nemoci. Naopak jsou ale společně vázáni například charakterem zaměstnání, místní infrastrukturou a dostupností specializované péče. Každý den do ordinace praktických lékařů volá velké množství pacientů, kteří potřebují konzultaci, objednat se k vyšetření, zeptat se na výsledky nebo předepsat léčiva. Tato telefonická agenda by měla narušovat klinické konzultace co nejméně. V některých praxích je možné využít objednávací systém, ale kvůli množství akutních pacientů jej není možno plně používat. Počet návštěv pacientů v ordinaci je ovlivněn mnoha faktory, jako je aktuální epidemiologická situace, využívání telefonních a internetových komunikačních kanálů, organizační úroveň praxe a také chování personálu (Seifert et al., 2019, s. 66–67).

Tabulka 1 Profil práce všeobecných praktických lékařů dle primárního důvodu pacientovy návštěvy (Seifert et al., 2019, s. 66–67).

Celkový počet pacientů týdně	Klinický problém			Prevence	Administrativní výkon	
	Akutní	Kontrola	Chronický		Malý	Velký
199	47	31	78	21	14	8
100 %	23 %	16 %	39 %	11 %	7 %	4 %

Tabulka 2 Příklad: věková struktura pacientů v městské praxi. Počet registrovaných pacientů: 2 000 (Seifert et al., 2019, s. 66–67).

Věková skupina	Muži	Ženy	Celkem	V procentech
15–50 let	645	661	1 306	66 %
50–75 let	267	280	547	27 %
>75 let	57	90	147	7 %
Celkem	969	1 031	2 000	100 %

Praktičtí lékaři ve velkých městech mohou oproti těm na venkově využívat lepší dostupnosti specializované péče, zastupitelnosti a snazšího kontaktu s lékaři jiných odborností. Naopak pacienti registrovaní v praxích na venkově nenadužívají specializované péče, častěji se obracují na svého praktického lékaře a zbytečně nepřehlcují zdravotní systém. Všeobecný praktický lékař na venkově má možnost větší seberealizace a naplnění lékařského poslání, protože horší dostupnost specialistů umožňuje praktikům provádět některé specializované výkony, například drobné chirurgické zákroky. Nevýhodou venkovských praxí je separace od dalších poskytovatelů péče, horší zastupitelnost, nižší možnost přístupu ke vzdělávacím akcím a vyšší riziko vzniku syndromu vyhoření (Seifert et al., 2019, s. 67).

Součástí práce VPL je poskytování preventivní péče. Tato oblast je regulována vyhláškou č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách. V oboru všeobecného lékařství jsou preventivní prohlídky prováděny registrujícím všeobecným praktickým lékařem. Všeobecná preventivní prohlídka je prováděna 1krát za dva roky, obvykle po uplynutí lhůty 23 měsíců od poslední prohlídky. Součástí je aktualizace anamnézy. Na základě osobní, rodinné a pracovní anamnézy jsou zhodnoceny možné rizikové faktory ovlivňující zdraví pacienta. V rámci rodinné anamnézy se praktický lékař zaměřuje především na dědičné kardiovaskulární a plicní choroby, onkologická onemocnění, poruchy metabolismu tuků a diabetes mellitus. Dále kontroluje provedení očkování a případně provádí přeočkování. Součástí preventivní prohlídky je kompletní fyzikální vyšetření, jehož součástí je měření krevního tlaku, určení indexu tělesné hmotnosti, vyšetření kůže a rámcová kontrola zraku a sluchu. U mužů je provedeno vyšetření varlat v případě pozitivní rodinné anamnézy nebo při existenci rizikových faktorů. Ženy nad 25

let absolvují vyšetření prsu spolu s edukací o samovyšetření. Pacientům mezi 45 a 61 lety je doporučena pravidelná návštěva oftalmologa ve čtyřletých intervalech, kde podstupují preventivní vyšetření zraku. Během všeobecné preventivní prohlídky praktickým lékařem je pacientovi také provedeno pomocí diagnostického papírku vyšetření moči. V neposlední řadě pacient absolvuje laboratorní vyšetření koncentrace celkového cholesterolu, HDL-cholesterolu, LDL-cholesterolu a triglycerolů. Toto vyšetření je prováděno vždy při vstupní prohlídce po ukončení péče u praktického lékaře pro děti a dorost a dále v 30, 40, 50 a 60 letech. Vyšetření hladiny glykémie pacient absolvuje také po ukončení péče u praktického lékaře pro děti a dorost (PLDD), ve 30 letech a od 40 let v pravidelných dvouletých intervalech. EKG vyšetření se stává součástí preventivní prohlídky od 40 let života pacienta a poté každé 4 roky. U pacientů s diagnostikovaným diabetem, hypertenzí a kardiovaskulárním onemocněním je ve věku 50 let a dále každé 4 roky provedeno vyšetření sérového kreatininu a glomerulární filtrace (Vyhláška č. 70/2012 Sb.).

Stárnutí obyvatelstva a rozvoj medicíny souvisí s rostoucím počtem pacientů s chronickým onemocněním. Všeobecný praktický lékař koordinuje péči o tyto pacienty, kteří často trpí více než jednou chronickou nemocí. Nejvýznamnější je soulad lékových interakcí, které jsou hrozbou především u seniorů. Praktický lékař hraje klíčovou roli u koordinace péče a její optimalizaci k pacientovi tak, aby nemusel zbytečně podstupovat opakovaná vyšetření. Praktický lékař by měl dbát na to, aby pacient rozuměl problematice jeho onemocnění a být mu nápomocen při důležitých rozhodnutích během léčby. V neposlední řadě by měl být schopen edukovat pacienta v oblasti sociálních služeb a benefitech, kterých mohou pacienti s chronickým onemocněním využívat. Nejčastější dispenzarizovaná onemocnění, se kterými se praktičtí lékaři ve svých praxích setkávají, jsou poruchy oběhové soustavy a metabolická onemocnění. Konkrétně se jedná především o hypertenzní nemoc, ischemickou chorobu srdeční, diabetes mellitus a poruchy metabolismu lipidů. Mezi další dispenzarizovaná onemocnění patří astma bronchiale a chronická obstrukční plicní nemoc, jedná se o choroby plicní soustavy. Dále všeobecní praktičtí lékaři koordinují péči pacientů s onemocněními pohybového aparátu. V současnosti dochází k poklesu množství pacientů s chronickými vředovými gastroduodenálními chorobami. V roce 2019 došlo ke změně v péči o pacienty s onkologickými onemocněními. Neustálý nárůst prevalence onkologických pacientů vedl k přeorganizování systému péče. Komplexní onkologická centra nyní předávají pacienty k dispenzarizaci zpět registrujícímu praktickému lékaři. Postup předání, harmonogram kontrolních prohlídek i sledování je u každého pacienta hodnocen individuálně (Seifert et al., 2019, s. 131–133).

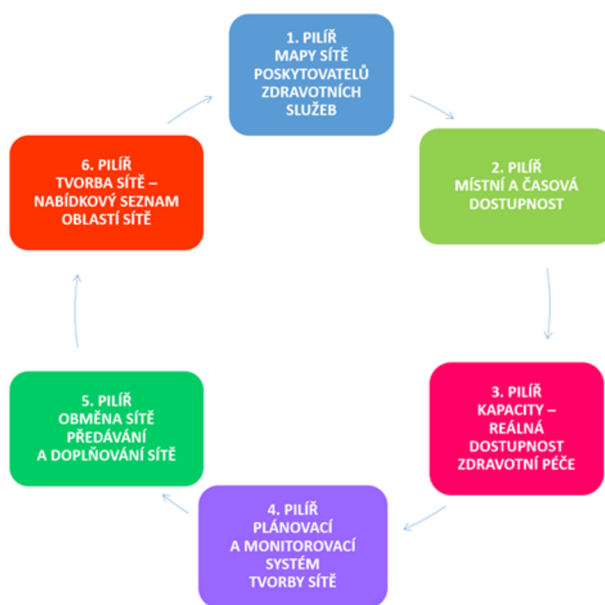
Screeningové programy pro onkologická onemocnění v České republice

V současnosti v České republice probíhají tři organizované preventivní screeningové programy zhoubných nádorů. Screeningová vyšetření umožňují záchyt onemocnění v raném stádiu, kdy pacient nemá žádné příznaky a netrpí potížemi. Jedná se o screening nádorů prsu, nádorů děložního hrdla a nádorů tlustého střeva a konečníku. Pouze poslední zmíněný screening provádí praktický lékař. Od začátku roku 2022 existuje pilotní program screeningu karcinomu plic prováděný pneumology. Všechny preventivní screeniny jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění (Všeobecná zdravotní pojišťovna, Preventivní prohlídky). V rámci screeningu rakoviny tlustého střeva a konečníku existují dva druhy vyšetření – test okultního krvácení do stolice (TOKS) a screeningová kolonoskopie. Mezi 50 a 54 lety života je prováděno TOKS. Od 55 let si může každý pacient vybrat mezi těmito dvěma vyšetřeními. Vyšetření je prováděno ve věku od 50 do 54 let každoročně, od 55 let jednou za dva roky. TOKS vyšetření obnáší jednoduchý a bezbolestný odběr stolice. Přítomnost krve ve stolici neznamena přítomnost rakoviny, může odhalovat polypy nebo Crohnovu nemoc. Při pozitivním výsledku testu je nutné následně podstoupit kolonoskopii pro určení definitivní diagnózy. Pokud se pacient rozhodne absolvovat screening kolorektálního karcinomu pomocí kolonoskopie, stačí jej absolvovat 1krát za 10 let. Jedná se o spolehlivější, přesnější, ale invazivnější vyšetření, než je TOKS. Kolonoskopii neprovádí praktický lékař, ale gastroenterolog na akreditovaném pracovišti (Kolorektum, Screening rakoviny tlustého střeva a konečníku).

1.3.2 Dostupnost primární péče v České republice

Podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, je v kompetenci zdravotních pojišťoven zajistit svým pojištěncům místní (geografickou) a časovou dostupnost hrazených zdravotnických služeb. Dostupnost zajišťují zdravotní pojišťovny na základě tvorby tzv. sítě smluvních poskytovatelů (Zákon č. 48/1997 Sb.). Síť poskytovatelů primární péče patří mezi nejvýznamnější z celého systému poskytovatelů zdravotní péče. Při tvorbě sítě poskytovatelů primární péče musí být nejdříve analyzován současný stav její dostupnosti. Dostupnost musí odpovídat nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb (Všeobecná zdravotní pojišťovna, Tvorba sítě poskytovatelů zdravotních služeb – primární péče). Toto nařízení vlády určuje místní dostupnost hrazených služeb pomocí maximální dojezdové doby k poskytovateli zdravotní péče. Pro primární péči je stanoveno 35 minut. Časová dostupnost určuje nejdelší možnou lhůtu stanovenou pro plánovanou hrazenou

službu. Jedná se tedy o časové období, během kterého musí být bezpodmínečně pojištěnci provedena indikovaná léčba, zákrok nebo diagnostika. Časovou dostupnost všeobecného praktického lékařství toto nařízení vlády nestanovuje (Nařízení vlády č. 307/2012 Sb.). Pokud místní dostupnost neodpovídá tomuto nařízení vlády, musí zdravotní pojišťovna vyhodnotit podíl počtu obyvatel, podíl území, silniční síť a síť základních sídelních jednotek se současným počtem obyvatel a rozlohou daného území. Při tvorbě, rozšiřování nebo úpravě sítě poskytovatelů primární péče zohledňují zdravotní pojišťovny 6 pilířů. Prvním pilířem je mapa sítě poskytovatelů primární péče včetně jejich geolokace. Druhým pilířem je výše zmíněná časová a místní dostupnost primární péče, která musí být v souladu s Nařízením vlády č. 307/2012 Sb. Třetí pilíř zhodnocuje reálnou dostupnost zdravotní péče včetně informací týkajících se možností registrace nových pacientů. Čtvrtý pilíř se zabývá plánováním a sledováním systému tvorby sítě, monitoruje odchody do důchodu praktických lékařů a ukončení či přerušení jejich praxí. Pátý pilíř mapuje obměnu sítě, kam lze zařadit například otevření, převod a neplánované ukončení praxe nebo také generační obměnu. Poslední pilíř vyhodnocuje všechny výše zmíněné pilíře a díky tomu jsou identifikovány preferované oblasti pro uzavírání nebo rozšiřování kapacit sítě smluvních poskytovatelů zdravotní péče. Po této identifikaci zdravotní pojišťovny vyhlásí výběrové řízení v daných lokalitách (Všeobecná zdravotní pojišťovna, Tvorba sítě poskytovatelů zdravotních služeb – primární péče).



Obrázek 1 Tvorba sítě poskytovatelů zdravotních služeb (Všeobecná zdravotní pojišťovna, Tvorba sítě poskytovatelů zdravotních služeb – primární péče)

V České republice je dostupnost péče jedním z cílů zdravotní politiky. Díky tomu, že dostupnost není nijak přesně definována, je možné ji hodnotit z více úhlů. Je rozdělována

dostupnost časová, místní, ekonomická, kapacitní a organizační. Místní dostupnost primární péče neboli výše zmíněných 35 minut, lze považovat za velmi tolerantní. 97 % obyvatelstva ji splňuje díky využívání osobních automobilů. 72 % občanů má dokonce svého všeobecného praktického lékaře v dojezdové vzdálenosti 10 minut. Dalším hlediskem k posouzení dostupnosti péče je dostatečné množství kvalifikovaného zdravotnického personálu a materiálu a vhodné prostory odpovídající požadavkům. Zároveň je nutné, aby byla nabízená zdravotní péče adekvátní vůči požadavkům obyvatelstva v dané lokalitě. S tím souvisí míra využívání zdravotní péče. Je obvyklé, že osoby vyššího věku využívají zdravotní služby více než mladší lidé a naopak. Zároveň i výdaje na poskytování péče rostou s věkem pacienta. V současnosti se společnost potýká s problémem stárnutí populace, které se vyskytuje nejen u pacientů, ale také i u praktických lékařů. S dosažením důchodového věku lékařů klesá jejich výše úvazku a také jejich pracovní schopnosti, zároveň se zvyšuje pravděpodobnost odchodu do starobního důchodu. V budoucnu by mohlo být velkým problémem při tvorbě sítě poskytovatelů primární péče právě demografické stárnutí praktických lékařů. Nejohroženější jsou venkovské oblasti, protože většina absolventů preferuje spíše zakládání praxí ve městech než na vesnici. Proto při řešení problému dostupnosti a kvality primární péče hrají významnou roli vědomosti o rozmístění a skladbě obyvatel i struktura poskytovatelů primární péče (Maláková et al., 2020, s. 15–16).

Ministerstvo zdravotnictví ČR se v roce 2018 zavázalo v rámci Memoranda o vzájemné spolupráci, že bude při tvorbě reformy primární péče jednat s odbornými společnostmi jako je Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, s nezávislou odbornou organizací Sdružení praktických lékařů České republiky, dále se zástupci zdravotních pojišťoven a také přímo s poskytovateli primární péče. Memorandum obsahuje celkem 13 cílů. 2 cíle se týkají dostupnosti primární péče. Jedná se o bod f), který pojednává o snaze udržovat a zřizovat praxe praktických lékařů na venkově tak, aby byla rovnoměrně zajištěna dostupná primární péče na celém území ČR. Podle bodu g) by měla být součástí reformy podpora vzdělání v oboru všeobecného praktického lékařství, která je nutná k rozvoji primární péče. To by mělo vést nejen k lepší dostupnosti a zkvalitňování péče, ale také ke zvyšování kompetencí praktických lékařů (Ministerstvo zdravotnictví ČR, Memorandum o vzájemné spolupráci).

Dle Národního zdravotnického informačního systému v roce 2017 poskytovalo zdravotní péči 5 180 všeobecných praktických lékařů. 89,6 % z nich vykonávalo činnost v samostatných ordinacích. Ve velkých sdružených ambulancích ordinovalo 2,2 % ze všech praktických lékařů. 2,0 % má sídlo v některé z nemocnic. Zbývá všeobecná primární péče je poskytována v malých sdružených ambulantních zařízeních, ve zdravotnických střediscích,

v samostatných ordinacích ambulantních specialistů, v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost, v nemocnicích následné péče a ve fakultních nemocnicích. Množství poskytované péče v posledních třech zařízeních je téměř zanedbatelné, jedná se o 0,9 % ze všech VPL (přibližně asi 500 lékařů) (Národní zdravotnický informační systém, Zdravotnictví ČR). V přepočtu na 100 000 obyvatel působilo v roce 2017 v České republice 66,1 praktických lékařů. 1 praktický lékař měl v průměru registrováno 1 512 pacientů. Výrazně nejlepší situace byla v roce 2017 v hlavním městě Praha, kde průměrně 1 praktický lékař registroval 1 126 pacientů. Na druhé místo se řadil Olomoucký kraj s průměrně registrovanými 1 421 pacienty. Naopak nejhorší situace byla ve Středočeském kraji, kde průměrně jeden praktický lékař registroval 1 714 pacientů. V kraji Vysočina a v Ústeckém kraji každý praktický lékař registroval průměrně 1 719 pacientů, resp. 1 715 pacientů. Počty absolventů na lékařských fakultách, kteří si po ukončení studia vyberou pro specializaci všeobecné praktické lékařství, výrazně kolísají. Na začátku 21. století bylo průměrně uděleno v tomto oboru 53 atestací za rok. V druhém desetiletí průměrně získalo atestaci 196 lékařů ročně. V roce 2017 vstoupilo do systému poskytování primární péče 145 praktických lékařů pro dospělé. Ve stejném roce však ze systému vystoupilo 131 praktických lékařů (Burcin et al., 2017, s. 5–9).

Během 70. let minulého století byla tehdejšími politickými režimy přijata opatření, která způsobila výrazný nárůst praktických lékařů. Těmto praktikům je v současnosti mezi 60 a 70 lety života. Od konce 70. let navíc množství absolventů na lékařských fakultách klesá. Průměrný věk všeobecných praktických lékařů v ČR je 55,1 let. Největší skupinu (20,3 %) tvoří praktičtí lékaři ve věku 60–64 let. Nejnižší průměrný věk lékařů je v Moravskoslezském kraji, a to 53,3 let. V Olomouckém kraji je jejich průměrný věk téměř totožný (53,4 let). Nejvyššího průměrného věku dosahují praktičtí lékaři v Ústeckém a Karlovarském kraji. Největší skupina (19,8 %) lékařů, jejichž věk je nižší než 40 let, z celkového počtu praktiků je v Olomouckém kraji. V Karlovarském kraji působí 25,5 % praktických lékařů starších 65 let, což je nejvyšší podíl lékařů v tomto věku na jejich celkovém počtu v ČR (Burcin et al., 2017, s. 5–9).

Tabulka 3 Průměrný věk všeobecných praktických lékařů v roce 2017 (Burcin et al., 2017, s. 5–9).

Kraj	Průměrný věk (v letech)
Hl. město Praha	55,2
Středočeský	55,0
Jihočeský	56,2
Plzeňský	55,7
Karlovarský	56,8
Ústecký	56,8
Liberecký	55,4
Královéhradecký	55,5
Pardubický	53,5
Vysočina	56,2
Jihomoravský	55,0
Olomoucký	53,4
Zlínský	54,9
Moravskoslezský	53,3

Tabulka 4 Procentuální podíl věkových skupin na celkovém počtu všeobecných praktických lékařů v roce 2017 (Burcin et al., 2017, s. 5–9).

Kraj	Podíl lékařů mladších 40 let (%)	Podíl lékařů starších 65 let (%)
Hl. město Praha	16,2	23,0
Středočeský	13,2	21,5
Jihočeský	12,8	20,6
Plzeňský	13,2	21,1
Karlovarský	11,3	26,5
Ústecký	9,4	25,3
Liberecký	13,1	19,9
Královéhradecký	10,8	21,6
Pardubický	13,9	12,7
Vysočina	10,8	17,5
Jihomoravský	13,6	15,6
Olomoucký	19,8	15,9
Zlínský	13,5	19,0
Moravskoslezský	18,5	15,5

1.3.3 Financování primární péče v České republice

Financování primární péče všeobecných praktických lékařů se skládá ze dvou částí. První zdroj financí je kapitačně výkonová platba. Druhou část představují platby za výkon,

kteře nejsou zahrnuty do kapitačně výkonové platby. Praktický lékař dostává kapitačně výkonovou platbu za každého pacienta, kterého má v kartotéce evidovaného. Zdravotní pojišťovny tuto platbu odesílají v měsíčních intervalech, nezáleží na tom, zda v daném období pacient péče svého praktického lékaře využil, nebo ne. Do paušálu těchto plateb je množství výkonů zahrnuto, praktický lékař je tedy zvláště k úhradě nevykazuje. Výše kapitační platby je stanovena úhradovou vyhláškou Ministerstva zdravotnictví, pro rok 2023 jde o vyhlášku č. 315/2022 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezeních (Všeobecná zdravotní pojišťovna, Otázky týdne).

Pro rok 2023 je základní kapitační platba 65 Kč, pokud poskytovatel primární péče ordinuje alespoň 30 hodin rozložených do jednoho pracovního týdne. Dále musí praktik ordinovat alespoň jednou týdně do 18 hodin a alespoň 2krát týdně umožňuje pacientům se objednat na určený čas. Základní kapitační sazba 59 Kč je hrazena pracovištěm, ve kterých je primární péče poskytována alespoň 25 hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně a alespoň jednou týdně je ordinováno do 18 hodin. Pokud poskytovatel nesplní výše uvedené ordinační doby a podmínky, základní kapitační platba činí 53 Kč. Tyto platby mohou být i za určitých podmínek navýšeny. Pokud poskytovatel doloží zdravotní pojišťovně, že alespoň 50 % lékařů působících v jeho zařízení mají osvědčení profesní komory o jejich celoživotním vzdělávání, zvýší se základní kapitační platba o 1 Kč. Navýšení o 2 Kč lze dosáhnout, pokud poskytovatel primární péče dokáže, že alespoň u 30 % jeho registrovaných pacientů ve věku od 40 do 80 let byla provedena pravidelná preventivní prohlídka. Pokud poskytovatel primární péče předloží zdravotní pojišťovně rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, základní kapitační platba se opět zvýší o 1 Kč. Pokud se všeobecný praktický lékař zúčastnil alespoň 10 služeb za rok v rámci lékařské pohotovostní služby, zdravotní pojišťovna tomuto lékaři vyplatí určitou roční úhradu. Tato úhrada je rovna koeficientu poměru počtu pojištěnců v daném kraji, kde je poskytována lékařská pohotovostní služba, a je vynásobena číslem 40 000 Kč. Například v Hlavním městě Praha je tento koeficient pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu 0,6, pokud tedy lékař absolvuje alespoň uvedený počet pohotovostních služeb v roce 2023, zdravotní pojišťovna mu jednorázově vyplatí 24 000 Kč (Vyhláška č. 315/2022 Sb.). Vliv na výši kapitační výkonové platby má také věk pacientů. Index zohledňující náročnost péče o pacienta v určitých věkových skupinách. Vyjadřuje poměr nákladů na registrovaného pacienta určitého věku vůči nákladům na pacienta ve věku 15–19 let. Základní kapitačně výkonové platby za pacienta jsou násobeny právě věkovým indexem, a až na základě toho je určena konečná kapitačně výkonová platba za daného pacienta. (Všeobecná zdravotní pojišťovna) Nejvyšší věkový index je u pacientů ve věku 85 a více let,

kteří jsou registrováni u všeobecných praktických lékařů, konkrétně je index roven 3,40. Nejnižší index, 0,90, je u pacientů mezi 20. a 24. rokem. Index stoupá s rostoucím věkem pacientů (Vyhláška č. 315/2022 Sb.).

Do kapitačně výkonových plateb je zahrnuto 19 výkonů, které praktický lékař již dále nevykazuje. Jedná se například o administrativní výkony praktického lékaře, rozhovor lékaře s rodinou, ošetření a převaz bércového vředu pacienta a další. Kompletní seznam je uveden v příloze č. 1 – Výkony zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 001. Zbylé výkony prováděné praktickým lékařem jsou vykazovány pomocí stanovené hodnoty bodu. Pro 8 výkonů prováděných praktickými lékaři pro dospělé je stanovena hodnota bodu na 1,40 Kč, nebo 1,30 Kč (Vyhláška č. 315/2022 Sb.). Mezi tyto výkony patří například komplexní vyšetření praktickým lékařem, následná prohlídka pacienta s onkologickým onemocněním nebo také provádění kolorektálního screeningu. Kompletní seznam výkonů i s konkrétní stanovenou hodnotou bodu jednotlivých výkonů je uveden v příloze č. 2 – Výkony nezahrnuté do kapitační platby se stanovenou hodnotou bodu 1,40 Kč, nebo 1,30 Kč (Ministerstvo zdravotnictví, Seznam zdravotních výkonů). Pro ostatní výkony, které nejsou součástí kapitačně výkonové platby nebo jsou prováděny neregistrovaným pacientům, je stanovena hodnota bodu 1,26 Kč. Pokud je poskytovatel schopen doložit zdravotní pojišťovně, že alespoň 50 % lékařů působících v jeho zařízení mají osvědčení profesní komory o jejich celoživotním vzdělávání, zvýší se hodnota bodu o 0,04 Kč. Hodnota bodu se může navýšit o 0,06 Kč v případě, že poskytovatel primární péče ordinuje alespoň 30 hodin rozložených do 5 pracovních dnů. Dále musí ordinovat alespoň jednou týdně do 18 hodin a alespoň 2krát týdně umožňuje pacientům se objednat na pevně stanovený čas. V případě poskytování zdravotních služeb pacientům se zahraničním pojištěním je stanovena jednotná hodnota bodu 1,50 Kč. Přeprava zdravotnického pracovníka během návštěvních služeb je hodnota bodu ve výši 1,11 Kč. Při každé epizodě péče nebo kontaktu s pacientem je praktickému lékaři uhrazeno 76 Kč. Za každou uznanou položku na elektronickém receptu je praktikovi zapláceno 1,70 Kč (Vyhláška č. 315/2022 Sb.).

Financování primární péče je ovlivňováno regulačními omezeními. Poskytovatel primární péče nesmí převýšit o více než 20 % celostátní průměrnou úhradu za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky. V těchto případech mohou zdravotní pojišťovny uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Výjimkou jsou inkontinenční pomůcky. Pokud praktik překročí o více než 20 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči pro jednoho registrovaného pacienta, zdravotní pojišťovna může konat stejně jako v prvním případě. Do vyžádané péče se neřadí preventivní celoplošné screeniny, mamografie, screening karcinomu

děložního hrdla, screening kolorektálního karcinomu a karcinomu plic (Vyhláška č. 315/2022 Sb.).

Výše kapitační výkonové platby, hodnota bodu i regulační omezení jsou stanovovány v dohodovacím řízení, které probíhá každý rok. Přítomni na tomto řízení jsou vždy zástupci poskytovatelů primární péče a zástupci zdravotních pojišťoven. Při uzavírání dohody se počítalo se slíbeným nárůstem úhrady za jednoho státního pojištěnce ve výši 1 878 Kč měsíčně. Pokud by se platby za státní pojištěnce nezvýšily, hodnoty úhrad by byly upraveny srovnatelně jako v ostatních odbornostech. Aby byl návrh přijat, musí ho odsouhlasit alespoň 2/3 přítomných, tj. minimálně 9 přítomných. Pro rok 2023 byly schváleny výše kapitačně výkonových plateb, výkony zahrnuté do kapitačních plateb, hodnoty bodu výkonů, které do kapitačních plateb nejsou zahrnuty a regulační omezení (Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Dohodovací řízení pro rok 2023).

1.3.4 Vzdělávání všeobecných praktických lékařů

Aby všeobecný praktický lékař získal nutné vzdělání, musí nejdříve absolvovat obor Všeobecné lékařství, které probíhá na všech lékařských fakultách v České republice podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (Zákon č. 95/2004 Sb.). Součástí výuky je praxe v ordinaci praktického lékaře školitele. Školitelem pro výuku lékařů během magisterského studia se může stát jakýkoli plně kvalifikovaný lékař všeobecného praktického lékařství, který má o tuto činnost zájem. Stáže v ordinaci praktika by měla být zaměřena na oblast vedení všeobecné praxe. Studenti by měli získat základní znalosti v oblasti správy soukromé praxe, uspořádání a vybavení ordinace, způsobu dělby práce mezi lékařem a zdravotní sestrou. Dále by mělo být součástí praxe naučit se orientovat ve zdravotní a sociální problematice všeobecné praxe – komunikace s pacientem, léčba v podmínkách soukromé ordinace a návaznost primární péče. V neposlední řadě by si měli studenti během stáže osvojit základní klinické znalosti a dovednosti, kterými se všeobecný praktický lékař obvykle zabývá. Pro studenty je praxe v ordinaci praktického lékaře první možností pro pochopení principů podnikání ve zdravotnictví. Kvalita a efektivita výuky během praxí v ordinacích praktických lékařů závisí především na schopnostech školitele a jeho týmu, na připravenosti studentů a na metodice vzdělávání akademického pracoviště. Podstatnou roli během praxe hraje také zdravotní sestra praktického lékaře. Student může sledovat úzkou spolupráci mezi ní a lékařem, zdravotní sestra je také schopna vyhodnotit praktické dovednosti

studenta. Zhruba každý 4–5 absolvent lékařské fakulty se po studiu rozhodne zaměřit na praktické lékařství. Právě praxe v ordinaci může být významná pro rozhodnutí stát se praktickým lékařem. I v případě, že se student rozhodne pro jiný lékařský obor, je nutné porozumět práci všeobecného praktického lékaře, poskytovaným službám v oblasti primární péče a znalosti faktorů ovlivňující zdraví populace (Seifert et al., 2019, s. 18–20).

Pokud se absolvent lékařské fakulty rozhodne zvolit obor všeobecného praktického lékařství, je nutné zahájit specializační přípravu ve všeobecném praktickém lékařství. Po úspěšném ukončení specializační přípravy a splnění kvalifikační zkoušky získává lékař oprávnění poskytovat léčebnou a preventivní péči v oboru Všeobecného praktického lékařství samostatně. Podle zákon č. 95/2004 Sb. byla stanovena minimální délka vzdělání včetně vzdělání v základním kmeni na 4 roky. Pro možnost absolvovat specializační přípravu je nutné úspěšně ukončit základní kmen – kmen všeobecného praktického lékařství nebo interní kmen pro všeobecné praktické lékařství. Praxe v základním kmeni trvá minimálně 30 měsíců. Během této doby je nutné absolvovat stáž také v ordinaci praktického lékaře, v kmeni všeobecného praktického lékařství délka této stáže činí 14 měsíců, v interním kmeni se jedná o 6 měsíců. Během 30 měsíců v základním kmeni musí být lékař v pravidelném kontaktu se svým školitelem, který vede přípravu lékaře pro atestaci po odborné stránce. Samotný specializační výcvik po úspěšném splnění základního kmene Všeobecného praktického lékařství trvá 6 měsíců a celý musí být absolvován v ordinaci praktického lékaře. Po ukončení interního kmene pro všeobecné praktické lékařství je stanovena doba 10 měsíců, kterou musí lékař strávit v ordinaci praktického lékaře a 2 měsíce musí absolvovat také na chirurgickém oddělení. Lékaři, kteří ukončili interní kmen v rámci vnitřního lékařství, musí absolvovat specializaci, která trvá nejméně 17 měsíců (Seifert et al., 2019, s. 21–23).

Na všeobecné lékařství a specializační vzdělání navazuje kontinuální vzdělávání lékaře. Celoživotní vzdělávání začíná splněním atestační zkoušky. Každý lékař se musí během své profesní kariéry dále vzdělávat, rozšiřovat si znalosti, dovednosti a kompetence. V praxi je užitečné, aby si každý praktický lékař vedl svůj deník, kde si eviduje svůj výukový plán s kurzy, které absolvoval. Praktický lékař většinou dohlíží i na profesní vzdělání své zdravotní sestry, případně i dalších zaměstnanců ordinace. V roce 2005 byla zavedena v České republice re-certifikace. Re-certifikace je nutná pro obnovení lékařské licence a je svázána s profesním hodnocením a s finančními i profesními sankcemi. Lékař, který se profesně nevzdělává, může přijít o licenci (Seifert et al., 2019, s. 26–27). V České republice je požadováno získat alespoň 150 kreditů za období 5 let. Lékař může požádat o odpočet doby, kdy se nemohl vzdělávat. Kredity je možné získat za účast na vzdělávacích akcích pořádaných Českou lékařskou

komorou nebo subjekty provádějícími celoživotní vzdělávání, absolvováním stáže na klinickém pracovišti, publikační a přednáškovou činností nebo také studiem odborné literatury s autodidaktickými testy (ČLK, Stavovský předpis č.16 České lékařské komory).

1.3.5 Prostorové a přístrojové vybavení praxe všeobecného praktického lékaře

Při vzniku a zařizování nové praxe se musí všeobecný praktický lékař řídit vyhláškou č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. Praxe musí být umístěna v nebytových veřejných prostorech s přívodem teplé a pitné vody. Ordinance musí mít napojení na veřejný rozvod elektrické energie a na odvod odpadních vod. Povinností je dále připojení k veřejné telefonní síti a vlastnictví počítače s přístupem k internetu. Součástí každé všeobecné praxe musí být ordinace lékaře, kde jsou prováděny konzultace a zdravotnické výkony, čekárna, WC pro pacienty a přípravná pro výkony. Dále by měly být přítomny sanitární zařízení pro zaměstnance, sklad a případně denní místnost. Tyto vedlejší provozní prostory mohou využívat všichni zaměstnanci, kteří mají v daném místě svou vlastní praxi. Minimální rozměry pro velikost ordinace lékaře jsou stanoveny na 13 m², čekárna musí být alespoň 10 m² velká a přípravná nesmí být menší než 10 m². Každá ordinace lékaře musí být vybavena vyšetřovacím lehátkem, umyvadlem, dřezem na mytí pomůcek, nábytkem pro práci zdravotnického personálu, křeslem pro pacienty, kartotékou, nábytkem pro umístění přístrojů a pomůcek, sterilizátorem, svítidlem pro vyšetřování a prostorem, kde se pacient může svléct a uložit své věci. Pro léčiva musí být v ordinaci vyhrazena skříň, jejíž součástí musí být uzamykatelný box pro uložení opiátů. Pro skladování léčiv nebo pomůcek, které vyžadují uchovávat v nižší než pokojové teplotě, musí být v ordinaci přítomna lednice. Každá praxe musí být vybavena pomůckami pro poskytnutí kardiopulmonální resuscitace. Mezi povinné přístrojové vybavení patří tonometr, fonendoskop, lékařský teploměr, osobní váha a výškoměr. Všeobecná praxe na rozdíl od ostatních zdravotnických zařízení musí být dále vybavena optotypy, pomůckami k určení barvocitu a glukometrem (Vyhláška č. 92/2012 Sb.).

Mimo povinné přístrojové vybavení mohou praktičtí lékaři ve své praxi využívat i další zdravotnické pomůcky. Nejčastěji se jedná o laboratorní Point of Care Testing (POCT) přístroj, elektrokardiogram (EKG) a spirometr. POCT přístroje umožňují zjišťovat hladiny parametru z malého množství krve okamžitě přímo v ordinaci. Mezi tyto přístroje se řadí například glukometr, který je ale ve všeobecných praxích povinný, dále přístroj stanovující hladinu CRP (C-reaktivní protein) nebo přístroj sloužící k odhalení okultního krvácení ve stolici. EKG

vyšetření provádí praktičtí lékaři běžně, ale stále se nejedná o samozřejmost. Pojišťovny v současnosti nevyžadují povinné absolvování kurzu od praktických lékařů, kteří chtějí EKG vyšetření ve své ordinaci provádět. Mezi méně časté přístroje ve všeobecných praxích patří doppler sloužící k měření periferních tlaků ultrazvukovou metodou (UZ), laser nebo ultrazvuk. Ultrazvuková diagnostika je obvyklejší spíše v zahraničí než v České republice. Díky ultrazvuku může praktik provést rychlou a neinvazivní diagnostiku okamžitě a nemusí pacienta odesílat ke specialistovi (Seifert et al., 2019, s. 26–27). Pojišťovny prováděná vyšetření, která jsou nad rámec povinného přístrojového vybavení, nehradí automaticky. Zdravotní pojišťovna dané výkony nasmlouvá, ale uhradí je nad rámec kapitační platby jen za splnění určitých podmínek. Lékař musí při provedení diagnostiky respektovat doporučené postupy odborných společností a zajistit interní kontrolu kvality a zaznamenávat ji. Smyslem těchto opatření je zajistit, aby dané diagnostické výkony, byly prováděny v požadované kvalitě. Pokud praktik nemá nadstandartní přístrojové vybavení nebo nesplňuje podmínky zdravotních pojišťoven pro proplácení těchto výkonů, musí vždy pacienta odeslat do specializovaného zdravotnického zařízení sekundární péče, kde je tento výkon hrazen z veřejného zdravotního pojištění (Všeobecná zdravotní pojišťovna, Otázky týdne).

1.3.6 Odesílání pacientů do sekundární péče

Podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách musí praktický lékař vystavit doporučení pro poskytnutí další potřebné péče pacientovi, u kterého to jeho zdravotní stav vyžaduje a kterého registruje. Doporučení musí být písemné a musí obsahovat důvod k poskytnutí specializované péče, podstatné informace týkající se zdravotního stavu pacienta, provedených vyšetřeních a dosavadní léčbě. Z všeobecných praxí mohou být pacienti odesíláni do jednodenní, lůžkové nebo specializované ambulantní péče. Pacient má právo zvolit si poskytovatele sekundární zdravotní péče sám, registrující praktický lékař jej neurčuje (Zákon č. 372/2011 Sb.). Zdravotnický systém v České republice umožňuje navštívit specializovanou péči i bez doporučení praktického lékaře. Ministerstvo zdravotnictví však doporučuje praktického lékaře neobcházet a nejprve zdravotní problémy konzultovat s ním. Výjimkou jsou akutní potíže. I v případě, že je pacient praktickým lékařem nebo ambulantním specialistou odeslán do lůžkového zařízení, má právo na svobodnou volbu výběru daného zařízení. Vždy by měl pacient informovat svého praktického lékaře s písemnou lékařskou zprávou (Národní zdravotnický informační portál, Základní návod k používání zdravotní péče).

Množství odeslaných pacientů do sekundární péče z velké části ovlivňuje dostupnost a nabídka poskytovatelů sekundární péče. Není výjimkou, že si praktičtí lékaři svou praxi rozšiřují nabídkou specializované péče, kterou mohou svým pacientům poskytnout. Jedná se například o specializované diagnostické a terapeutické metody, jako je akupunktura, psychoterapie, ultrazvuk a další. Pro akutní odesílání pacienta ke specialistovi využívá praktický lékař rychlé zdravotnické pomoci nebo dopravní služby. Přestože pacient má právo na svobodnou volbu specialisty, může mu jeho registrující praktik doporučit konkrétní pracoviště. Zvláště v situacích, které vyžadují včasnou konzultaci, může praktický lékař pacientovi domluvit přijetí telefonicky sám. Všeobecný praktický lékař si tak postupem času buduje seznam kontaktů na specialisty a zdravotnická zařízení (Seifert et al., 2019, s. 68–69).

Dle Seiferta a kolektivu pouze 10–20 % pacientů v ordinaci praktického lékaře vyžaduje odeslání do zařízení sekundární péče. V běžné městské praxi vyžadují akutní řešení a okamžitý odvoz do nemocnice pouze 1–2 pacienti za měsíc. Nejčastějším důvodem pro doporučení k návštěvě specialisty jsou onemocnění pohybové soustavy, jedná se průměrně o 12,9 % ze všech pacientů odeslaných specialistovi. Dále vyžadují konzultaci pacienti s onemocněním srdce a cév (10,1 %), s neurologickými potížemi (10,1 %) a s problémy vyžadující chirurga (9,3 %). Nejméně často praktický lékař odesílá k urologovi (2,5 %) a do psychiatrické ambulance (2,5 %). Část pacientů však navštíví specialistu bez doporučení a část je přeposílána ke konzultaci mezi specialisty navzájem bez vědomí registrujícího praktického lékaře. Nejčastěji vyžadují konzultaci pacienti ve věku 45–64 let (Seifert et al., 2019, s. 68–69).

1.3.7 Primární péče v závislosti na reformě Zdraví 2030

Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 se zabývá rozvojem zdravotní péče a zdraví populace v období let 2021 až 2030. Tento Strategický rámec obsahuje 3 specifické cíle. Konkrétně se jedná o ochranu a zlepšení zdraví obyvatelstva, optimalizaci zdravotnického systému a podporu vědy a výzkumu. Součástí prvního zmíněného bodu je specifický cíl reforma primární péče, který je zaměřen na změny v oblasti poskytování primární péče. Snahou je do roku 2030 vytvořit širokou síť praktických lékařů, kteří budou poskytovat co nejkvalitnější zdravotní péči. Konkrétně se jedná zejména o posílení postavení a rozšíření kompetencí primárních lékařů. V České republice tvoří všeobecní praktičtí lékaři 19% podíl ze všech lékařů. Průměrný podíl praktických lékařů členských zemí Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) je 30 %. V menších obcích oproti velkým městům má počet praktických lékařů klesající tendenci. Dle Národního zdravotnického informačního

systemu jsou praktičtí lékaři nerovnoměrně geograficky rozděleni na území České republiky a jejich věk je ve 28 % vyšší než 60 let. V budoucnu může vysoký věk ovlivnit dostupnost praktických lékařů. Roční úbytek všeobecných praxí je 0,5 % až 1,5 %, jedná se především o dlouhotrvající praxe ukončované kvůli odchodu do důchodu působícího lékaře. Podíl lékařů starších 55 let se od roku 2005 zvýšil z 20 % na 37 %. Jako slabé místo českého zdravotnictví je považován také nepoměr počtů návštěv pacientů u ambulantních specialistů a u všeobecných praktických lékařů. Průměrně pacient navštíví svého registrujícího praktického lékaře 3,1krát za rok. Průměrná roční hodnota návštěvnosti ambulantních specialistů je 7,5, ve srovnání s členskými státy OECD jde o nadprůměrnou hodnotu (Ministerstvo zdravotnictví ČR, Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030).

Implementační plán podrobně popisuje současnou problematiku poskytování primární péče a realizaci její reformy včetně organizace, plánovaného rozpočtu, harmonogramu, řízení rizik a kontroly. Strategický cíl reformy primární péče obsahuje 12 dílčích cílů (Ministerstvo zdravotnictví ČR, Implementační plán č. 1.1).

Tabulka 5 Dílčí cíle strategického cíle reformy primární péče vycházející ze Zdraví 2030 (Ministerstvo zdravotnictví ČR, Implementační plán č. 1.1).

Číslo dílčího cíle	Název dílčího cíle
1.1.1	Posílení kompetencí praktických lékařů a vymezení kompetencí ve vztahu ke specialistům, zlepšení koordinace činnosti primární péče a služeb ambulantních specialistů
1.1.2	Snížení počtu preskripčních omezení
1.1.3	Zavedení standardizace vybavení ordinací
1.1.4	Zvýšení dostupnosti primární péče – podpora sdružených praxí
1.1.5	Zvyšování kvality péče včetně sledování indikátorů kvality
1.1.6	Změna systému financování s důrazem na posílení výkonové složky při fixované kapitaci
1.1.7	Zavedení motivačních faktorů pro zabezpečení praxe na venkově, v obtížně obsaditelných a méně atraktivních oblastech
1.1.8	Optimalizace využívání programů rezidenčních míst a vytvoření modelu vzdělávání (zvláště PLDD a registrující poskytovatelé ambulantních služeb)
1.1.9	Nastavení efektivních postupů v managementu chronických neinfekčních onemocnění
1.1.10	Zvýšení podílu obyvatel využívajících pravidelné preventivní prohlídky
1.1.11	Vybudování rovnoměrné sítě urgentních příjmů a pohotovostní služby
1.1.12	Zajištění návaznosti lékařské pohotovostní služby na urgentní příjmy, u vybraných poskytovatelů na nízkoprahové urgentní příjmy

Tato připravovaná reforma by měla zvýšit efektivitu českého systému poskytování zdravotní péče. Všeobecní praktičtí lékaři by měli mít jasně vymezeny kompetence. Stejně tak

by měla být jasně koordinována návaznost mezi primární a sekundární sférou zdravotní péče. Mělo by dojít ke zvýšení dostupnosti primárních lékařů a k podpoře zakládání všeobecných praxí na periferiích pomocí motivačních prvků. V neposlední řadě by měli být praktičtí lékaři motivováni k zajišťování nadstandardního vybavení ve svých praxích formou nově vytvořených programů. Součástí reformy jsou také změny ve způsobu financování primární péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, Implementační plán č. 1.1).

2 METODIKA VÝZKUMU V OBLASTI PÉČE VŠEOBECNÝCH PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ

2.1 Výzkumné cíle a hypotézy

Hlavním cílem výzkumné části je vytvořit návrh pro reformu primární péče v oblasti péče všeobecných praktických lékařů.

Dílními cíli jsou:

Zjistit dostupnost všeobecných praktických lékařů v místě bydliště respondentů.

1. Zjistit dostupnost všeobecných praktických lékařů v obcích s počtem obyvatel menším než 5 000.
2. Zjistit, jakým vybavením disponují praxe registrujících všeobecných praktických lékařů.
3. Zjistit, zda respondenti se zdravotními problémy upřednostňují návštěvu lékaře působícího v primární nebo ve specializované ambulantní péči.

K zmíněným dílním cílům byly formulovány nulové a alternativní hypotézy.

2.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum byl realizován formou dotazníkového šetření mezi občany České republiky, kteří jsou registrováni u všeobecného praktického lékaře. Minimální věková hranice pro účast na výzkumu byla stanovena na 19 let. Věkový limit byl určen tak, aby bylo zamezeno účasti respondentům registrovaným u praktických lékařů pro děti a dorost. Jako výzkumná lokalita byla z důvodu větší transparentnosti určena celá Česká republika. Dohromady bylo zpracováno 122 vyplněných dotazníků.

2.3 Metodika sběru dat

Výzkum probíhal formou dotazníkového šetření. Jednalo se o nestandardizovaný dotazník vytvořený pro účely tohoto výzkumu. Dotazník (příloha č. 3) obsahoval celkem 25 otázek. První dvě otázky byly otevřené a zbylých 23 uzavřených. V úvodu dotazníku byl stručně vysvětlen význam výzkumu. Respondenti byli ujištěni o anonymitě a o dobrovolnosti zúčastnit se šetření. Otázky 1 až 6 zkoumaly sociodemografická data o respondentech. Dvě otázky

v dotazníku se zabývaly ročním počtem návštěv praktického lékaře, respektive ambulantního specialisty. Dále se v dotazníku vyskytovaly otázky týkající se účasti na preventivních prohlídkách, čekací doby u praktického lékaře, místní dostupnosti a věku praktických lékařů. Dotazník obsahoval 4 otázky zkoumající vybavení praxe praktického lékaře a také popisoval 3 případy akutních onemocnění, kdy se každý respondent musel rozhodnout, zda by v této situaci navštívil spíše praktického lékaře, nebo spíše specialistu. Dvě otázky byly zaměřeny na odesílání pacientů praktickým lékařem do sekundární péče a na celkovou návaznost zdravotního systému. Poslední otázka zkoumala, kdo vyvolává v respondentovi větší důvěru, zda všeobecný praktický lékař, nebo ambulantní specialista. Otázky měly co nejdůkladněji prozkoumat vztah pacientů ke svým praktickým lékařům, k ambulantním specialistům a k systému poskytování zdravotní péče v České republice.

2.4 Realizace výzkumu

Výzkum byl realizován až po udělení souhlasného stanoviska Etické komise FZV UP (příloha č. 4). Dotazníkové šetření probíhalo od října do prosince 2023.

Výzkum probíhal papírovou formou a také on-line na platformě Survio.com. Papírové dotazníky označené identifikačními čísly byly osobně rozdávány autorkou výzkumu respondentům na veřejných prostranstvích. Spolu s dotazníky byly distribuovány i informované souhlasy (příloha č. 5). Každý respondent dotazník po vyplnění odevzdal do zapečetěné urny. Po zpracování byly dotazníky skartovány. V internetovém rozhraní byli respondenti oslovoováni řešitelkou pomocí sociálních sítí. Platforma Survio.com, kde on-line výzkum anonymně probíhal, je držitelem certifikace ISO 27001, která zajišťuje bezpečné nakládání s daty respondentů. Zpracovaná data byla bezpečně uložena.

Předpokládaný počet respondentů před zahájením výzkumu byl 100. Rozdáno bylo 63 papírový dotazníku, z toho jich bylo 59 vráceno. 2 papírové dotazníky musely být vyřazeny, protože nesplňovaly věkový limit. Zpracováno bylo 57 (46,7 %) papírových dotazníků. On-line formou bylo osloveno 106 osob. Plně vyplněno a následně zpracováno bylo 65 (53,3 %) dotazníků. Celkem se tedy výzkumu zúčastnilo 122 respondentů, z toho 49 (40,2 %) mužů a 73 (59,8 %) žen.

2.5 Metody zpracování dat

Zjištěná data byla převedena na číselné kódy a zaznamenána do programu Microsoft Office Excel. Data byla následně zpracována a ze zpracovaných výsledků byly vytvořeny tabulky. Pomocí kontingenčních tabulek byla data sumarizována a byly určeny absolutní i relativní četnosti. Souvislosti mezi jednotlivými zjištěnými poznatky byly testovány pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu (při nesplnění podmínky pro chí-kvadrát byl použit Fisherův exaktní test). Byla zvolena hladina statistické významnosti 5 %. Vypočítané p-hodnoty menší než 0,05 byly tedy považovány za statisticky významné.

3 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Do výzkumného šetření bylo zařazeno 122 respondentů registrovaných u všeobecného praktického lékaře. Výsledky výzkumu jsou zobrazeny ve formě tabulek v následujících podkapitolách. Kompletní výsledky jsou navíc přehledně shrnuty v příloze č. 6.

3.1 Základní sociodemografické údaje výzkumného souboru

Ve výzkumném souboru převažovaly ženy 59,8 % (n=73), muži byli zastoupeni ve 40,2 % (n=49).

Respondenti byli rozděleni do věkových skupin. Nejvíce zastoupená byla skupina do 25 let, 35,2 % (n=43). Dále následovala věková skupina 46–55 let, 19,0 % (n=23). Ve věku 36–45 let bylo 14,8 % (n=18). Starších 66 let bylo 11,4 % (n=14) respondentů. Nejméně početné, 9,8 % (n=12), byly dvě věkové skupiny, 26–35 let a 56–65 let.

Ženy i muži byli nejvíce zastoupeni ve věkové skupině do 25 let. V tomto věku bylo 41,1 % (n=30) respondentek a 26,5 % (n=13) respondentů. Muži byli nejméně zastoupeni ve věkových skupinách 26–35 let a 56–65 let, 10,2 % (n=5). Nejméně respondentek, 9,6 % (n=7), bylo ve věkových skupinách 26–35 let a 56–65 let a starších 65 let. Rozložení dle pohlaví nebylo statisticky významné ($p = 0,530$).

Nejvíce respondentů bylo vysokoškolsky vzdělaných, 54,1 % (n=66). Dále následovali respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou, 21,3 % (n=26). 13,1 % (n=16) respondentů má středoškolské vzdělání bez maturity a 8,2 % (n=10) vyšší odborné. Nejméně respondentů, 3,3 % (n=4) uvedlo, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je základní. Rozložení dle pohlaví bylo statisticky významné ($p < 0,001$). Ženy mají vyšší vzdělání než muži.

Největší skupina respondentů, 28,7 % (n=35), bydlela ve městě s méně než 5 000 obyvateli. Ve městě s více než 100 000 obyvateli bydlelo 14,8 % (n=18) respondentů. Ve městě, které má více než 5 000 obyvatel, ale méně než 20 000, nebo ve městě, které má více než 20 000 obyvatel, ale méně než 50 000 bydlelo 13,9 % (n=17) respondentů. Nejmenší skupina respondentů, 7,4 % (n=9), bydlela ve městě, které má více než 50 000 obyvatel, ale méně než 100 000. Vesnici jako své bydliště uvedlo 21,3 % (n=26) respondentů. Rozložení dle pohlaví nebylo statisticky významné ($p = 0,912$).

Respondenti uvedli bydliště v 8 různých krajích. Nejvíce respondentů žilo v Olomouckém kraji, 64,0 % (n=78). V Moravskoslezském kraji žilo 13,9 % (n=17) respondentů a v Jihomoravském kraji 9,0 % (n=11). Bydliště ve Zlínském kraji uvedlo 6,6 %

(n=8) respondentů. V Praze žilo 3,3 % (n=4) respondentů. Královéhradecký kraj jako své bydliště uvedlo 1,6 % (n=2) dotázaných. Pouze 0,8 % (n=1) respondentů žilo v Karlovarském, nebo Středočeském kraji. Rozložení dle pohlaví nebylo statisticky významné ($p = 0,224$).

Měsíční příjem do 10 000 Kč má 7,3 % (n=9) respondentů. Příjem v rozmezí 10 000–20 000 Kč uvedlo 17,2 % (n=21) respondentů, mezi 20 000 Kč a 30 000 Kč vydělává 14,8 % (n=18) a 27,9 % (n=34) respondentů uvedlo, že jejich měsíční příjem se pohybuje mezi 30 000 Kč a 45 000 Kč. K 45 000–60 000 Kč měsíčně si přijde 7,3 % (n=9) respondentů a 60 000–100 000 Kč vydělává 6,6 % (n=8) respondentů. Více než 100 000 Kč měsíčně vydělává 4,1 % (n=5) respondentů. Bez pravidelného příjmu je 14,8 % (n=18) respondentů. Rozložení dle pohlaví bylo statisticky významné ($p = 0,037$). Ženy mají nižší příjem než muži (tabulka 6).

Tabulka 6 Sociodemografické údaje výzkumného souboru

		Muži		Ženy		p-hodnota
		n	%	n	%	
Věková skupina	do 25 let	13	26,5	30	41,1	0,530 ¹
	26–35 let	5	10,2	7	9,6	
	36–45 let	10	20,4	8	11,0	
	46–55 let	9	18,4	14	19,2	
	56–65 let	5	10,2	7	9,6	
	66 a více let	7	14,3	7	9,6	
Dosažené vzdělání	základní	0	0,0	4	5,5	<0,001 ²
	středoškolské bez maturity	10	20,4	6	8,2	
	středoškolské s maturitou	8	16,3	18	24,7	
	vyšší odborné	6	12,2	4	5,5	
	vysokoškolské	5	10,2	41	56,2	
Počet obyvatel v obcích respondentů	vesnice	9	18,4	17	23,3	0,912 ²
	méně než 5000	15	30,6	20	27,4	
	více než 5000, méně než 20000	6	12,2	11	15,1	
	více než 20000, méně než 50000	7	14,3	10	13,7	
	více než 50000, méně než 100000	5	10,2	4	5,5	
	více než 100000	7	14,3	11	15,1	
Bydliště	Hl. město Praha	2	4,1	2	2,7	0,224 ²
	Jihomoravský	6	12,2	5	6,8	
	Karlovarský	0	0,0	1	1,4	
	Královéhradecký	2	4,1	0	0,0	
	Moravskoslezský	9	18,4	8	11,0	
	Olomoucký	29	59,2	49	67,1	
	Středočeský	0	0,0	1	1,4	
	Zlínský	1	2,0	7	9,6	
Měsíční příjem	do 10000 Kč	1	2,0	8	11,0	0,037 ²
	10 000–20 000 Kč	9	18,4	12	16,4	
	20 000–30 000 Kč	7	14,3	11	15,1	
	30 000–45 000 Kč	9	18,4	25	34,2	
	45 000–60 000 Kč	7	14,3	2	2,7	
	60 000–100 000 Kč	4	8,2	4	5,5	
	více než 100000	4	8,2	1	1,4	
	bez pravidelného příjmu	8	16,3	10	13,7	

¹ Pearsonův chí-kvadrát test, ² Fisherův exaktní test

3.2 Interpretace výsledků dotazníkového šetření

Respondenti nejčastěji, 62,2 % (n=76), uvedli, že svého praktického lékaře navštíví 1–4krát ročně. Ani jednou za rok nenavštíví svého praktického lékaře 23,0 % (n=28) respondentů.

Ambulantního specialistu navštěvuje 50,0 % (n=61) respondentů 1–4krát ročně a 5–8krát ročně navštíví specialistu 17,2 % (n=21) dotazovaných. Ani jednou za rok nenavštíví ambulantního specialistu 18,0 % (n=22) respondentů. Preventivní prohlídku absolvuje 42,6 % (n=52) respondentů pravidelně, tedy 1krát za dva roky, 36,9 % (n=45) dotazovaných uvedlo, že na preventivní prohlídku chodí 1krát za 5 let. Pokud jsou respondenti objednaní na prohlídku ke svému praktickému lékaři, v 32,8 % (n=40) případech čekají 15 až 30 minut. Do 15 minut obvykle čeká 32,0 % (n=39) respondentů a čekací dobu v rozmezí 30–45 minut uvedlo 18,0 % (n=22) dotazovaných. Respondenti v 22,1 % (n=27) případech uvedli, že pokud navštíví svého všeobecného praktického lékaře bez objednání, obvykle čekají 30–45 minut. Respondenti ale nejčastěji, 27,1 % (n=33), ke svému praktickému lékaři bez objednání nechodí (tabulka 7).

Tabulka 7 Interpretace výsledků, 1. část

		Četnost	
		n	%
Četnost návštěv u VPL	ani jednou za rok	28	23,0
	1–4krát ročně	76	62,2
	5–8krát ročně	14	11,5
	9–12krát ročně	4	3,3
	13 vícekrát ročně	0	0,0
Četnost návštěv u ambulantního specialisty	ani jednou za rok	22	18,0
	1–4krát ročně	61	50,0
	5–8krát ročně	21	17,2
	9–12krát ročně	12	9,9
	13 vícekrát ročně	6	4,9
Návštěvnost preventivních prohlídek	1krát za 2 roky	52	42,6
	1krát za 5 let	45	36,9
	1krát za 10 let	10	8,2
	<než 1krát za 10 let	4	3,3
	nechodí	11	9,0
Čekací doba při objednání	bez čekání	11	9,0
	do 15 minut	39	32,0
	15–30 minut	40	32,8
	30–45 minut	22	18,0
	45–60 minut	7	5,7
	více než hodinu	3	2,5
Čekací doba bez objednání	bez čekání	1	0,8
	do 15 minut	6	4,9
	15–30 minut	16	13,1
	30–45 minut	27	22,1
	45–60 minut	20	16,4
	více než hodinu	19	15,6
	vždy se objednají	33	27,1

Respondenti se vyjadřovali i k počtu všeobecných praktických lékařů v jejich obci, 6–10 praktických lékařů má ve své obci 24,6 % (n=30) respondentů. Působení více než 10 praktických lékařů v obci uvedlo 16,4 % (n=20) respondentů. Žádného praktického lékaře ve své obci nemá 15,6 % (n=19) respondentů. 3–5 praktických lékařů nachází v obcích, ve kterých bydlí 12,3 % (n=15) respondentů. Nejméně, 9,8 % (n=12) respondentů uvedlo, že v jejich městě se nachází 1–2 praktičtí lékaři. Kolik praktických lékařů působí v jejich obci neví 21,3 % (n=26) respondentů.

Dle výsledků 40,2 % (n=49) respondentů dojíždí ke svému praktickému lékaři méně než 1 km. Ke svému registrujícímu praktickému lékaři musí dojíždět 1–3 km 25,4 % (n=31) respondentů. Ve vzdálenosti 3–5 km má svého praktického lékaře 14,8 % (n=18) respondentů. Více než 10 km musí dojíždět ke svému praktickému lékaři 13,1 % (n=16) dotázaných. Nejméně respondentů, 6,5 % (n=8), uvedlo, že jsou registrováni u praktického lékaře vzdáleného mezi 5 a 10 km.

Respondenti nejčastěji, 36,1 % (n=44), uvedli, že věk jejich registrujících praktických lékařů je mezi 41 a 50 lety. Praktického lékaře ve věku od 51 do 60 let má 27,0 % (n=33) respondentů. Starší než 61 let je praktický lékař 21,3 % (n=26) respondentů. 13,1 % (n=16) respondentů uvedlo, že jejich praktický lékař má 31–40 let. Pouze 2,5 % (n=3) respondentů uvedlo, že jejich praktický lékař je mladší 30 let (tabulka 8).

Tabulka 8 Interpretace výsledků, 2. část

		Četnost	
		n	%
Počet VPL v obci	0	19	15,6
	1–2	12	9,8
	3–5	15	12,3
	6–10	30	24,6
	více než 10	20	16,4
	neví	26	21,3
Dojezdová vzdálenost k VPL	do 1 km	49	40,2
	1–3 km	31	25,4
	3–5 km	18	14,8
	5–10 km	8	6,5
	více než 10	16	13,1
Věk VPL	do 30 let	3	2,5
	31–40 let	16	13,1
	41–50 let	44	36,1
	51–60 let	33	27,0
	více než 61 let	26	21,3

Při zánětu močových cest respondenti vyhledají nejčastěji, 63,9 % (n=78), svého registrujícího praktického lékaře, urologa vyhledá 19,7 % (n=24) respondentů. Pokud respondenty trápí depresivní stavy, 41,0 % (n=50) z nich nevyhledá odbornou pomoc a 36,1 % (n=44) navštíví psychologa. Otorhinolaryngologa při zánětu středního ucha vyhledá 71,3 % (n=87) respondentů a praktického lékaře 26,2 % (n=32) respondentů (tabulka 9).

Tabulka 9 Interpretace výsledků, 3. část

		Četnost	
		n	%
Preference lékaře – zánět močových cest	praktický lékař	78	63,9
	urolog	24	19,7
	jiný specialista	7	5,7
	nenavštíví lékaře	13	10,7
Preference lékaře – depresivní stav	praktický lékař	21	17,2
	psychiatr	7	5,7
	psycholog	44	36,1
	nevyhledá pomoc	50	41,0
Preference lékaře – zánět středního ucha	praktický lékař	32	26,2
	otorhinolaryngolog	87	71,3
	nenavštíví lékaře	3	2,5

K ambulantním specialistům se ke konzultaci vždy objedná 55,7 % (n=68) respondentů, v případě akutních problémů tito respondenti alespoň dopředu zavolají, zda mohou přijít. Bez objednání chodí k ambulantnímu specialistovi 9,9 % (n=12) respondentů. Bez konzultace s praktickým lékařem chodí k ambulantnímu specialistovi 58,2 % (n=71) respondentů. Ambulantního specialistu navštíví 32,0 % (n=39) respondentů jen na základě doporučení od svého praktického lékaře. Většina respondentů, 43,4 % (n=53), uvedlo, že pokud navštíví svého praktického lékaře se zdravotním problémem, nejčastěji lékař určí diagnózu, zdravotní problémy zmizí a jejich zdravotní stav se zlepší. Respondenti v 30,3 % (n=37) případů uvedli, že praktický lékař je nejčastěji se zdravotním problémem odešle k příslušnému ambulantnímu specialistovi.

Respondenti zodpovídali na otázku, zda v nich vyvolává větší důvěru praktický lékař, ambulantní specialista nebo ani jeden ze zmíněných, 25,4 % (n=31) respondentů označilo praktického lékaře. Ambulantnímu specialistovi věří 66,4 % (n=81) respondentů. Ani jednomu z nich nedůvěřuje 8,2 % (n=10) respondentů (tabulka 10).

Tabulka 10 Interpretace výsledků, 4. část

		Četnost	
		n	%
Objednávání k ambulantním specialistům	ano, vždy	68	55,7
	ano, pokud to není akutní	42	34,4
	ne	12	9,9
Konzultace s VPL před návštěvou amb. spec.	ne	71	58,2
	ano, čeká na doporučení	39	32,0
	ano, jdu, i když mi to nedoporučí	4	3,3
	ano, často vyřeší problém sám	8	6,5
Odesílání respondentů z primární do sekundární péče	určí diagnózu a stav selepší	53	43,4
	určí diagnózu a je třeba ho navštívit znovu	17	14,0
	odesílá ke specialistovi	37	30,3
	respondent jde rovnou ke specialistovi	15	12,3
Kdo vyvolává větší důvěru	praktický lékař	31	25,4
	ambulantní specialista	81	66,4
	ani jeden	10	8,2

3.2.1 Interpretace výsledků výzkumu ve vztahu k dílčím cílům práce

Cíl č. 1

Dílčím cílem č. 1 je zjistit dostupnost všeobecných praktických lékařů v místě bydliště respondentů. V následující tabulce je zobrazeno, jak daleko ke svému praktickému lékaři musí dojíždět respondenti žijící v různě velkých obcích. Z respondentů žijících na vesnici jich 46,2 % (n=12) dojíždí ke svému praktickému lékaři více než 10 km. Respondentů žijících v obci s méně než 5 000 obyvatel a dojíždějících ke svému praktickému lékaři do 1 km je 65,7 % (n=23). Stejně daleko musí dojet i 47,1 % (n=8) obyvatel z obcí, ve kterých se počet obyvatel pohybuje mezi 5 000 a 20 000. Respondenti žijící ve městech, s populací větší než 100 000 obyvatel, nejčastěji, 38,9 % (n=7), uvedli, že dojíždí k praktickému lékaři 3–5 km. 5–10 km ke svému praktickému lékaři dojíždí 26,9 % (n=7) obyvatel z vesnic a 5,6 % (n=1) obyvatel z měst, které mají více než 100 000 obyvatel (tabulka 11).

Tabulka 11 Dojezdová vzdálenost k praktickému lékaři podle velikosti obce

velikost obce	Vzdálenost k praktickému lékaři									
	do 1 km		1-3 km		3-5 km		5-10 km		Více než 10 km	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
vesnice	2	7,7	2	7,7	3	11,5	7	26,9	12	46,2
méně než 5 000 ob.	23	65,7	10	28,6	2	5,7	0	0,0	0	0,0
5 000 – 20 000 ob.	8	47,1	7	41,2	1	5,9	0	0,0	1	5,9
20 000 – 50 000 ob.	7	41,2	7	41,2	3	17,6	0	0,0	0	0,0
50 000 – 100 000 ob.	4	44,4	3	33,3	2	22,2	0	0,0	0	0,0
více než 100 000 ob.	5	27,8	2	11,1	7	38,9	1	5,6	3	16,7
Fisherův exaktní test p < 0,001										

Respondenti žijící na vesnici v 73,1 % (n=19) uvedli, že v jejich obci není žádný praktický lékař. V 19,2 % (n=5) uvedli, že v jejich obci ordinuje 1 nebo 2 praktičtí lékaři. Z respondentů žijících na vesnici jich 7,7 % (n=2) označilo, že v jejich obci působí 3–5 praktických lékařů. Respondenti, kteří bydlí ve městě s menším počtem obyvatel než 5 000, v 31,4 % (n=11) uvedli, že v jejich obci působí 6 až 10 praktických lékařů. Stejnou odpověď nejčastěji, 58,8 % (n=10), označili i respondenti žijící ve městě s počtem obyvatel 5 000–20 000. Ti, kteří bydlí ve městech s více než 50 000, ale méně než 100 000 obyvateli, v 55,6 % (n=5) určili, že v jejich městě působí více než 10 praktických lékařů. Většina, 44,4 % (n=8), respondentů obývajících město s více než 100 000 obyvateli, neví, kolik je v jejich městské části praktických lékařů (tabulka 12).

Tabulka 12 Počet lékařů podle velikosti obce

velikost obce	Počet praktiků											
	0		1-2		3-5		6-10		>10		neví	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
vesnice	19	73,1	5	19,2	2	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
méně než 5 000 ob.	0	0,0	6	17,1	7	20,0	11	31,4	1	2,9	10	28,6
5 000 – 20 000 ob.	0	0,0	1	5,9	3	17,6	10	58,8	2	11,8	1	5,9
20 000 – 50 000 ob.	0	0,0	0	0,0	1	5,9	6	35,4	6	35,4	4	23,5
50 000 – 100 000 ob.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	5	55,6	3	33,3
více než 100 000 ob.	0	0,0	0	0,0	2	11,1	2	11,1	6	33,3	8	44,4
Fisherův exaktní test p < 0,001												

Respondenti žijící na vesnici uvedli, že jejich praktický lékař je nejčastěji, 38,5 % (n=10), ve věku 51–60 let. V obci s populací nižší než 5 000 uvedlo 40,0 % (n=14) respondentů, že věk jejich praktického lékaře je mezi 41 a 50 lety. Účastníci výzkumu žijících ve městě s počtem obyvatel 5 000 až 20 000 ve 47,1 % (n=8) uvedli, že jejich praktický lékař má 51–60

let. Nikdo z respondentů žijících na vesnici, ve městě s počtem obyvatel menším než 5 000 a ve městě s počtem obyvatel 50 000–100 000 neuvedl, že by věk jejich praktického lékaře byl do 30 let (tabulka 13).

Tabulka 13 Věk praktických lékařů podle velikosti obce

velikost obce	Věk praktických lékařů									
	do 30 let		31-40 let		41-50 let		51-60 let		více než 61 let	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
vesnice	0	0,0	1	3,8	8	30,8	10	38,5	7	26,9
méně než 5 000 ob.	0	0,0	8	22,9	14	40,0	6	17,1	7	20,0
5 000 – 20 000 ob.	1	5,9	1	5,9	3	17,6	8	47,1	4	23,5
20 000 – 50 000 ob.	1	5,9	2	11,8	7	41,2	3	17,6	4	23,5
50 000 – 100 000 ob.	0	0,0	2	22,2	3	33,3	3	33,3	1	11,1
více než 100 000 ob.	1	5,6	2	11,1	9	50,0	3	16,7	3	16,7
Fisherův exaktní test $p = 0,482$										

Hypotéza 1

Hypotéza H_{01} : Není rozdíl v dojezdové vzdálenosti k registrujícím všeobecným praktickým lékařům mezi respondenty žijícími v obci s více než 5 000 obyvateli a respondenty žijícími v obci s méně než 5 000 obyvateli.

Hypotéza H_{A1} : Je rozdíl v dojezdové vzdálenosti k registrujícím všeobecným praktickým lékařům mezi respondenty žijícími v obci s více než 5 000 obyvateli a respondenty žijícími v obci s méně než 5 000 obyvateli.

Pro ověření hypotézy byly porovnány dojezdové vzdálenosti k registrujícím praktickým lékařům mezi respondenty žijícími v obci s méně než 5 000 obyvateli a respondenty žijícími v obci s více než 5 000 obyvateli. Pro ověření statistické významnosti byly sloučeny vesnice s městy do 5 000 obyvatel a všechna města s více než 5 000 obyvateli. Byl zjištěn statisticky významný rozdíl při otestování celého souboru, proto bylo následně provedeno testování i souboru sloučeného. Pro potvrzení hypotézy byl použit Fisherův exaktní test, který prokázal statisticky významný rozdíl v dojezdových vzdálenostech mezi respondenty žijícími v obci s více než 5 000 obyvateli a mezi respondenty žijícími v obci s méně než 5 000 obyvateli ($p = 0,008$). Respondenti žijící v obci s méně než 5 000 obyvateli dojíždí ke svému všeobecnému praktickému lékaři delší vzdálenost, než respondenti žijící v obci s méně než 5 000 obyvateli.

Hypotéza byla ověřena a byla přijata alternativní hypotéza.

Hypotéza 2

Hypotéza H₀₂: Není rozdíl ve věku registrujících všeobecných praktických lékařů mezi obcemi s více než 5 000 obyvateli a s méně než 5 000 obyvateli.

Hypotéza H_{A2}: Je rozdíl ve věku registrujících všeobecných praktických lékařů mezi obcemi s více než 5 000 obyvateli a s méně než 5 000 obyvateli.

Pro ověření této hypotézy byl srovnán věk registrujících lékařů respondentů žijících v obci s méně než 5 000 obyvateli a respondentů žijících v obcích s více než 5 000 obyvateli. Stejně jako u předchozího dílčího cíle byly sloučeny vesnice s městy do 5 000 obyvatel a všechna města s více než 5 000 obyvateli. Opět byl využit Fisherův exaktní test, který prokázal statisticky významný rozdíl ve věku praktických lékařů mezi skupinami respondentů ($p = 0,005$). Věk praktických lékařů respondentů žijících v obci s více než 5 000 obyvateli je nižší než věk praktických lékařů respondentů žijících v obci s méně než 5 000 obyvateli.

Hypotéza byla ověřena a byla přijata alternativní hypotéza.

Cíl č. 2

Druhým dílčím cílem je zjistit, jakým vybavením disponují praxe všeobecných praktických lékařů respondentů. Konkrétně bylo zkoumáno, zda praktičtí lékaři vlastní ultrazvuk, elektrokardiogram, analyzátor CRP a zda využívají on-line objednávací systém.

EKG i UZ přístroje mají praktičtí lékaři v 4,1 % ($n=5$) případů. Dle respondentů praktičtí lékaři, kteří nemají ve své praxi UZ, v 44,9 % ($n=31$) mají EKG. Respondenti v 17,2 % ($n=21$) uvedli, že jejich praktický lékař nemá EKG ani UZ. Jestli má jejich praktický lékař UZ, ani jestli má EKG, neví 18,8 % ($n=23$) respondentů. Byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi praktickými lékaři, kteří mají ve své praxi EKG a kteří mají ve své praxi UZ ($p = 0,021$).

Tabulka 14 EKG a UZ v praxi praktického lékaře

UZ	EKG					
	ano		ne		neví	
	n	%	n	%	n	%
ano	5	71,4	0	0,0	2	28,6
ne	31	44,9	21	30,4	17	24,6
neví	15	32,6	8	17,4	23	50,0
Fisherův exaktní test $p = 0,021$						

V 16,4 % (n=20) ordinací používají registrující praktičtí lékaři respondentů EKG i CRP analyzátor. Z praktických lékařů nevladnících EKG jich 11,1 % (n=4) vlastní CRP analyzátor. V ordinacích, v kterých má praktický lékař EKG, v 37,3 % (n=19) nemá CRP analyzátor. Respondenti v 12,3 % (n=15) případů uvedli, že neví, jestli má jejich praktický lékař EKG a analyzátor CRP. Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi praktickými lékaři, kteří mají ve své praxi EKG a kteří mají ve své praxi CRP analyzátor ($p = 0,084$) (tabulka 15).

Tabulka 15 EKG a CRP analyzátor v praxi praktického lékaře

CRP analyzátor	EKG					
	ano		ne		neví	
	n	%	n	%	n	%
ano	20	55,6	4	11,1	12	33,3
ne, ATB	9	36,0	6	24,0	10	40,0
ne, žilní	8	44,4	6	33,3	4	22,2
ne, odběrová amb.	2	25,0	5	62,5	1	12,5
neví	12	34,3	8	22,9	15	42,9
Fisherův exaktní test $p = 0,084$						

Dále bylo srovnáváno, zda praktičtí lékaři, kteří mají ve své ordinaci EKG, využívají pro objednávky on-line objednávkový systém. Lékaři ordinující v malých městech a na vesnicích často nemají EKG, tudíž není nutné využívat on-line objednávkový systém. Elektrokardiogram a on-line objednávkový systém má ve své praxi 7,4 % (n=9) praktických lékařů respondentů. Praktičtí lékaři, kteří nabízí možnost objednat se pomocí on-line systému, nemají ve své ordinaci EKG v 14,8 % (n=4) případů. Respondenti, jejichž praktičtí lékaři mají ve své praxi EKG, by v 47,1 % (n=24) případů uvítali, kdyby měli možnost objednat se pomocí on-line systému. Respondenti, kteří odpověděli, že jejich praktický lékař nemá on-line objednávkový systém, ale oni jej považují za zbytečný, v 50,0 % (n=7) uvedli, že tento lékař nemá ve své ordinaci EKG. Dle respondentů 50,0 % (n=11) praktických lékařů nemá on-line objednávkový systém a respondentům to nevadí, ale má přístroj pro vyšetření EKG. Registrující praktický lékař 20,5 % (n=25) respondentů ve své praxi nemá EKG ani on-line objednávkový systém. Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi praktickými lékaři, kteří mají ve své praxi EKG a kteří používají objednávkový systém ($p = 0,097$) (tabulka 16).

Tabulka 16 EKG a on-line objednávkový systém v praxi praktického lékaře

Obj. systém	EKG					
	ano		ne		neví	
	n	%	n	%	n	%
ano	9	33,3	4	14,8	14	51,9
ne, uvítali by	24	40,7	13	22,0	22	37,3
ne, je to zbytečné	7	50,0	6	42,9	1	7,1
ne, je jim to jedno	11	50,0	6	27,3	5	22,7
Fisherův exaktní test p = 0,097						

V dotazníkovém šetření odpovědělo 1,6 % (n=1) respondentů žijících v obci do 5 tisíc obyvatel, že jejich praktický lékař má v ordinaci UZ, 52,5 % (n=32) jej nemá a 45,9 % (n=28) nevědělo. Respondenti žijící v obci s více než 5 000 obyvateli uvedli v 9,8 % (n=6) případech, že jejich praktický lékař ve své ordinaci UZ má. Nemá jej 60,7 % (n=37) praktických lékařů ordinujících ve větší obci a 29,5 % (n=18) respondentů neví, zda jej jeho praktický lékař má, či nikoli. Rozložení dle velikosti obce bylo statisticky významné (p = 0,047). Ultrazvuk v ordinaci mají praktičtí lékaři ordinující v obci s více než 5 000 obyvateli.

Respondenti žijící v obci s populací do 5 000 obyvatel uvedli v 42,6 % (n=26) případech, že jejich praktický lékař nemá ve své ordinaci EKG, 26,2 % (n=16) praktických lékařů respondentů EKG nemá a 31,1 % (n=19) respondentů neví, zda jejich praktický lékař EKG vlastní. V případě respondentů žijících v obci s více než 5 000 obyvateli 41,0 % (n=25) uvedlo, že jejich praktický lékař EKG využívá. EKG nemá ve své ordinaci 21,3 % (n=13) praktických lékařů ordinujících ve větším městě. Zda EKG má nebo nemá jejich praktický lékař neví 37,7 % (n=23) respondentů. Rozložení dle velikosti obce nebylo statisticky významné (p = 0,701).

CRP analyzátor používá 29,5 % (n=18) praktických lékařů respondentů žijících v obci s méně než 5 000 obyvateli. CRP analyzátor nevlastní 18,0 % (n=11) praktických lékařů, kteří automaticky předepíší antibiotika. Žilní odběr místo využití CRP analyzátoru provádí 13,1 % (n=8) praktických lékařů. Do odběrové ambulance je odesíláno 13,1 % (n=8) respondentů z menších obcí. Jestli CRP analyzátor registrující praktický lékař má, nebo ne, neví 32,8 % (n=20) respondentů. V obcích s více než 5 tisíci obyvateli je situace obdobná. Rozložení dle velikosti obce nebylo statisticky významné (p = 0,862).

Objednávkový systém využívá 26,2 % (n=16) praktických lékařů v obci s více než 5 tisíci obyvateli. Takový systém by uvítalo 36,1 % (n=22) respondentů z větších měst, 13,1 % (n=8) respondentů považuje takový systém za zbytečný a 24,6 % (n=15) respondentů je to jedno. V menším městě má objednávkový systém 18,0 % (n=11) praktických lékařů. Uvítalo

by jej 60,7 % (n=37) respondentů, 9,8 % (n=6) jej považuje za zbytečný a 11,5 % (n=7) respondentům je jedno, zda jejich praktický lékař umožňuje on-line objednávky či nikoli. Rozložení dle velikosti obce bylo statisticky významné (p = 0,047) (tabulka 17).

Tabulka 17 Vybavení ordinace podle velikosti obce

		Obce do 5 tis. obyvatel		Obce nad 5 tis. obyvatel		p – hodnota
		n	%	n	%	
UZ	ano	1	1,6	6	9,8	0,047 ²
	ne	32	52,5	37	60,7	
	neví	28	45,9	18	29,5	
EKG	ano	26	42,6	25	41,0	0,701 ¹
	ne	16	26,2	13	21,3	
	neví	19	31,1	23	37,7	
CRP analyzátor	ano	18	29,5	18	29,5	0,862 ²
	ne, nasadí ATB	11	18,0	14	23,0	
	ne, žilní odběr	8	13,1	10	16,4	
	ne, odb. amb.	4	6,6	4	6,6	
	neví	20	32,8	15	24,6	
Objednávkový systém	ano	11	18,0	16	26,2	0,047 ¹
	ne, uvítali by	37	60,7	22	36,1	
	ne, je to zbytečné	6	9,8	8	13,1	
	ne, je jim to jedno	7	11,5	15	24,6	

¹ Pearsonův chí-kvadrát test, ² Fisherův exaktní test

Hypotéza 3

Hypotéza H₀₃: Nadstandartní přístrojové vybavení praxí všeobecných praktických lékařů působících v obcích s více než 5 000 obyvateli je stejné jako přístrojové vybavení v praxích všeobecných praktických lékařů působících v obcích s méně než 5 000 obyvateli.

Hypotéza H_{A3}: V praxích všeobecných praktických lékařů působících v obcích s více než 5 000 obyvateli se nachází více nadstandartního přístrojového vybavení než v praxích všeobecných praktických lékařů působících v obcích s méně než 5 000 obyvateli.

Pro ověření hypotézy bylo nutné zjistit, zda všeobecní praktičtí lékaři respondentů ve svých praxích využívají pouze povinné vybavení, nebo vlastní navíc i nadstandartní vybavení jako je elektrokardiogram, ultrazvuk, CRP analyzátor a on-line objednávkový systém. Fisherův exaktní test prokázal statisticky významný rozdíl mezi všeobecnými praktickými lékaři působícími v obcích s více než 5 000 obyvateli využívajícími ultrazvuk a v obcích s méně než

5 000 obyvateli využívajícími ultrazvuk ($p = 0,047$). Pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu byl prokázán statisticky významný rozdíl ve využívání objednávkového systému mezi praktickými lékaři ordinujícími v obci s více než 5 000 obyvateli a mezi praktickými lékaři ordinujícími v obci s méně než 5 000 obyvateli ($p = 0,047$). Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ve využívání EKG ($p = 0,701$) ani CRP analyzátoru ($p = 0,862$) v praxích praktických lékařů v obcích s více než 5 000 obyvateli a v praxích s méně než 5 000 obyvateli

Hypotéza byla ověřena a částečně byla přijata alternativní hypotéza.

Cíl č. 3

Třetí dílčí cíl zkoumá, zda respondenti se zdravotními problémy upřednostňují návštěvu spíše praktického lékaře nebo spíše ambulantního specialisty.

Respondenti byli dotazováni, jakého lékaře zvolí, v případě, že trpí zánětem močových cest a když je trápí depresivní stavy. V obou zmíněných situacích navštíví svého všeobecného praktického lékaře 13,1 % ($n=16$) respondentů. Pouze 3,3 % ($n=4$) v těchto případech vyhledá péči ambulantního specialisty – urologa, psychiatra nebo jiného specialisty. Respondenti, kteří vyhledají psychologa, pokud trpí depresivními stavy, v 20,5 % ($n=9$) případů vyhledají urologa v případě zánětu močových cest. Pokud se u respondentů objeví depresivní stavy, navštíví psychologa 63,6 % ($n=28$) respondentů, kteří ale v případě, kdy se u nich vyskytne zánět močových cest, vyhledají praktického lékaře. Respondenti nenavštíví žádného z odborníků v 82,0 % ($n=41$) případů, kdy trpí depresivními stavy, stejní respondenti v případě zánětu močových cest navštíví praktického lékaře, urologa nebo jiného ambulantního specialistu. V ani jedné z těchto situací nevyhledá odbornou lékařskou pomoc 7,4 % ($n=9$) respondentů. Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi preferováním praktického lékaře nebo ambulantního specialisty v případě zánětu močových nebo při depresivních stavech ($p = 0,061$) (tabulka 18).

Tabulka 18 Zánět močových cest a depresivní stav – výběr lékaře

depresivní stav	zánět moč. cest							
	VPL		urolog		jiný		žádný	
	n	%	n	%	n	%	n	%
VPL	16	76,2	3	14,3	1	4,8	1	4,8
psychiatr	3	42,9	2	28,6	2	28,6	0	0,0
psycholog	28	63,6	9	20,5	4	9,1	3	6,8
žádný	31	62,0	10	20,0	0	0,0	9	18,0
Fisherův exaktní test p = 0,061								

Níže je srovnání výběru lékařů v případech, kdy respondenti trpí zánětem močových cest nebo zánětem středního ucha. V obou těchto situacích využijí péče všeobecných praktických lékařů 20,5 % (n=25) respondentů. V obou případech vyhledá ambulantního specialistu, urologa, otorhinolaryngologa nebo jiného specialistu, 19,7 % (n=24) respondentů. Z respondentů, kteří se zánětem středního ucha navštíví ORL lékaře, jich 59,8 % (n=52) navštíví se zánětem močových cest svého praktického lékaře. Respondenti, u kterých se objeví zánět středního ucha a vyberou si péči praktického lékaře, v 21,9 % (n=7) případech při zánětu močových cest navštíví ambulantního specialistu. Respondenti, kteří při zánětu středního ucha navštíví ORL ambulantního specialistu, nevyhledají žádného lékaře v případě zánětu močových cest v 12,6 % (n=11) případech. V ani jednom z těchto případů nevyhledá odbornou lékařskou pomoc 1,6 % (n=2) respondentů. Byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi preferováním praktického lékaře nebo ambulantního specialisty v případě zánětu močových nebo při zánětu středního ucha ($p = 0,016$) (tabulka 19).

Tabulka 19 Zánět močových cest a zánět středního ucha – výběr lékaře

zánět stř. ucha	zánět moč. cest							
	VPL		urolog		jiný		žádný	
	n	%	n	%	n	%	n	%
VPL	25	78,1	6	18,8	1	3,1	0	0,0
ORL	52	59,8	18	20,7	6	6,9	11	12,6
žádný	1	33,3	0	0,0	0	0,0	2	66,7
Fisherův exaktní test p = 0,016								

Respondenti mužského pohlaví v 53,1 % (n=26) případech uvedli, že pokud trpí zánětem močového měchýře, navštíví svého praktického lékaře. Ve stejné situaci navštíví praktického lékaře 71,3 % (n=52) žen. Urologa navštíví 30,6 % (n=15) mužů. Dotazované ženy odpověděly, že v 9,6 % (n=7) navštíví ambulantního specialistu s jinou specializací. Lze předpokládat, že se

jedná především o gynekologa. Lékařskou pomoc nevyhledá 16,3 % (n=8) respondentů a 6,8 % (n=5) respondentek. Rozložení dle pohlaví bylo statisticky významné (p = 0,033).

Dále bylo zjišťováno, zda v situaci, kdy respondenti trpí beznadějí, obavami, pesimistickými výhledy, pocitem méněcennosti, únavou, nespavostí a nejsou schopni se radovat, vyhledají praktického lékaře, psychiatra, psychologa nebo nevyhledají odbornou pomoc. Praktického lékaře v takové situaci navštíví 16,3 % (n=8) mužů a 17,8 % (n=13) žen. Psychiatra vyhledá 2,0 % (n=1) mužských respondentů a 8,2 % (n=6) ženských respondentek. Psychologa v takovém případě navštíví 18,4 % (n=9) respondentů mužského pohlaví a 47,9 % (n=35) respondentek. Žádného odborníka nenavštíví 63,3 % (n=31) mužů a 26,0 % (n=19) žen. Rozložení dle pohlaví bylo statisticky významné (p < 0,001).

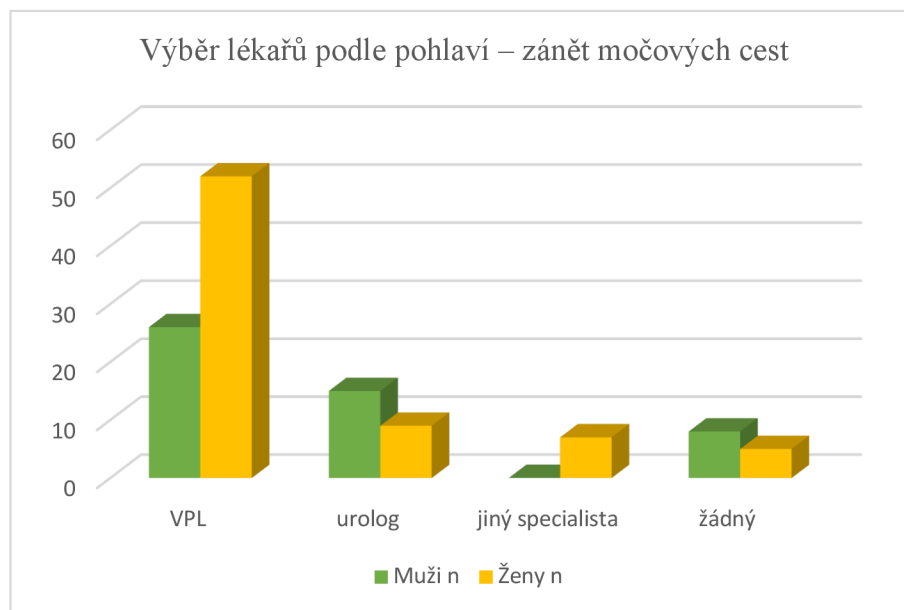
V případě zánětu středního ucha 26,5 % (n=13) mužů vyhledá svého registrujícího praktického lékaře. Ve stejné situaci vyhledá praktického lékaře 26,0 % (n=19) žen. V tomto případě návštěvu otorhinolaryngologa (ORL) upřednostní 71,4 % (n=35) mužů a 71,2 % (n=52) žen. Odbornou pomoc nevyhledá 2,7 % (n=2) respondentek a 2,0 % (n=1) respondentů. Rozložení dle pohlaví nebylo statisticky významné (p = 0,969) (tabulka 20).

Tabulka 20 Výběr lékaře podle pohlaví

		Muži		Ženy		p - hodnota
		n	%	n	%	
Zánět moč. cest	VPL	26	53,1	52	71,2	0,033
	urolog	15	30,6	9	12,3	
	jíný specialista	0	0,0	7	9,6	
	žádný	8	16,3	5	6,8	
Depresivní stavy	VPL	8	16,3	13	17,8	< 0,001
	psychiatr	1	2,0	6	8,2	
	psycholog	9	18,4	35	47,9	
	žádný	31	63,3	19	26,0	
Zánět středního ucha	VPL	13	26,5	19	26,0	0,969
	ORL	35	71,4	52	71,2	
	žádný	1	2,0	2	2,7	
Fisherův exaktní test						

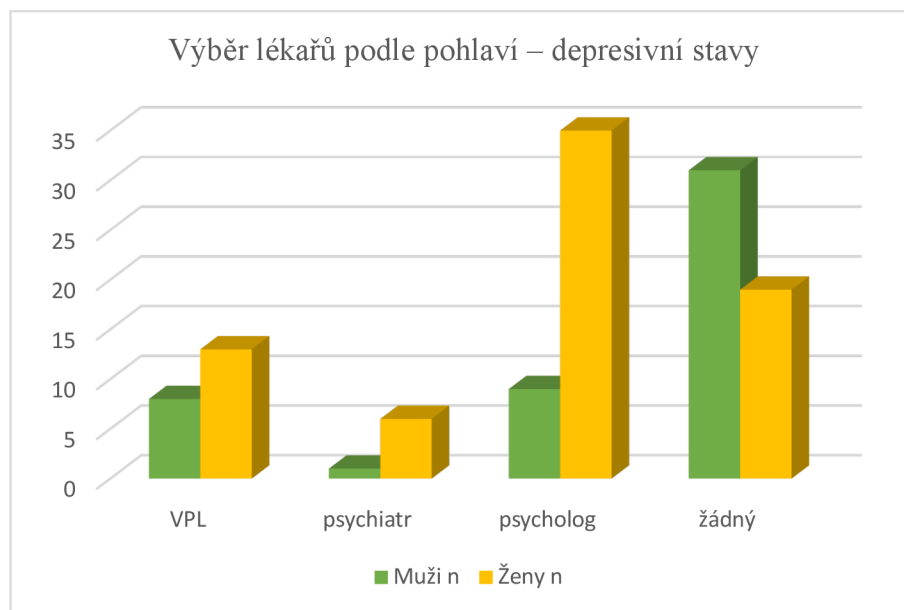
Data získaná v rámci výzkumu týkající se preferencí mužů a žen při výběru praktického lékaře, nebo ambulantního specialisty v případě zánětu močových cest jsou zobrazena graficky (graf 1).

Graf 1 Výběr lékařů podle pohlaví – zánět močových cest



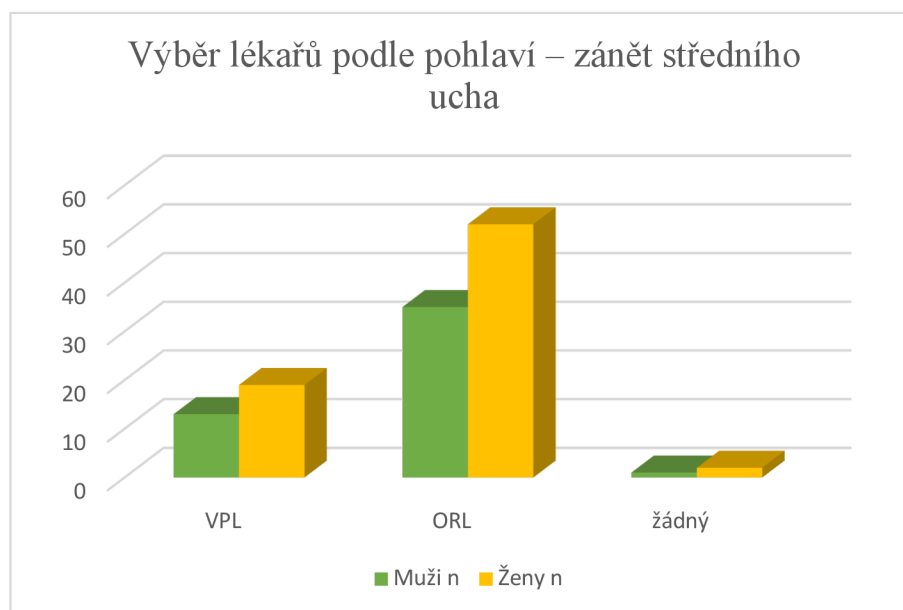
Výběr praktického lékaře, nebo ambulantního specialisty podle pohlaví v situaci, kdy respondenti trpí depresivními stavy, zobrazuje následující graf (graf 2).

Graf 2 Výběr lékařů podle pohlaví – depresivní stavy



Zda muži a ženy preferují návštěvu spíše praktického lékaře, nebo spíše ambulantního specialisty v případě zánětu středního ucha, je zobrazeno graficky níže (graf 3).

Graf 3 Výběr lékařů podle pohlaví – depresivní stavy



Hypotéza 4

Hypotéza H₀₄: Muži i ženy se zdravotními problémy neupřednostňují návštěvu všeobecného praktického lékaře před ambulantním specialistou.

Hypotéza H_{A4}: Muži i ženy se zdravotními problémy upřednostňují návštěvu ambulantního specialisty před všeobecným praktickým lékařem.

Pro ověření hypotézy byla srovnána data, která zobrazují, zda respondenti trpící zdravotními problémy preferují v daných situacích návštěvu spíše všeobecných praktických lékařů nebo spíše ambulantních specialistů, případně nevyhledají lékařskou pomoc. Výzkumný soubor byl pro účely vyhodnocení této hypotézy rozdělen na muže a ženy. Pro potvrzení hypotézy byl použit Fisherův exaktní test, který prokázal statisticky významný rozdíl v preferencích výběru praktického lékaře, nebo ambulantního specialisty mezi pohlavími v případě, že respondenti trpí zánětem močových cest ($p = 0,033$) a depresivními stavy ($p < 0,001$). Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v preferencích výběru všeobecného praktického lékaře, nebo ambulantního specialisty mezi pohlavími v případě, že respondenti trpí zánětem středního ucha ($p = 0,969$).

Hypotéza byla ověřena a částečně byla přijata alternativní hypotéza.

DISKUZE

Základním kamenem zdravotnického systému vyspělých zemí je primární péče. Všeobecní praktičtí lékaři jsou schopni zajišťovat kvalitní i dostupnou zdravotní péči. V České republice, na rozdíl od jiných zemí Evropské unie, není plně využíván potenciál praktických lékařů. Mezi největší obtíž v poskytování primární péče patří nedostatečné kompetence praktických lékařů a nejasně vymezené vztahy k ambulantním specialistům. Vysoká nákladnost zdravotní péče i četnost kontaktů pacienta s lékařem je způsobena absencí regulací při pohybu pacientů jednotlivými úrovněmi zdravotnického systému. Mimo jiné je také alarmující situace v malých obcích, kde dochází k úbytku všeobecných praktických lékařů. V neposlední řadě jsou problémem neustále se zvyšující administrativní nároky na lékaře v primární sféře. Pracovní skupina pro reformu primární péče České lékařské komory byla vytvořena roku 2018 a zpracovala návrh změn nutných k provedení reformy (Česká lékařská komora, Koncepce změn primární péče v ČR). Tato reforma by mohla zahrnovat například zvýšení dostupnosti primárních lékařů pomocí podpory sdružených praxí, zavedení standardizace vybavení v praxích všeobecných lékařů nebo snížení počtu preskripčních omezení (Ministerstvo zdravotnictví ČR, Implementační plán č. 1.1).

Účelem provedeného dotazníkového šetření bylo získat podklady pro vytvoření návrhu reformy primární péče. Výzkumu se zúčastnilo 122 respondentů. V 59,8 % procentech případů se jednalo o ženy, zbylých 40,2 % tvořili muži. Přesně polovina respondentů bydlí v obcích s více než 5 000 obyvateli, zbylá polovina má bydliště v obci s méně než 5 000 obyvateli. Je překvapivé, že 62,2 % respondentů uvedlo, že navštěvuje svého praktického lékaře průměrně 1krát až 4krát za rok, ambulantního specialistu navštěvuje se stejnou četností 50,0 % respondentů. Čekací dobu u svého praktického lékaře na objednanou prohlídku respondenti uváděli nejčastěji, 32,0 %, do 15 minut. V rozmezí 15 a 30 minut je nuceno obvykle čekat 32,8 % respondentů. Bez objednání čeká 30 až 45 minut 22,1 % respondentů. Ke svému lékaři bez objednání nechodí 27,1 % respondentů. Na otázku, kolik se v obci respondentů nachází praktických lékařů, jich 24,6 % uvedlo odpověď 6 až 10. Nicméně 21,3 % respondentů nezná počet těchto lékařů v obci svého bydliště. Dojezdovou vzdálenost do 1 km uvedlo 40,2 % respondentů. Z těch respondentů, kteří žijí na vesnici, jich ale 46,2 % uvedlo, že musí ke svému praktickému lékaři dojíždět 10 a více kilometrů. Průměrný věk je mezi 41 a 50 lety. Respondenti uvedli, že z nadstandardního vybavení využívají jejich praktičtí lékaři nejčastěji, 41,8 %, EKG. Nejméně respondentů, 5,7 %, naopak uvedlo, že jejich praktický lékař využívá

UZ. Více než polovina, 55,7 %, respondentů uvedla, že se k ambulantnímu specialistovi vždy objednávají. Bez doporučení od svého praktického lékaře chodí k ambulantnímu specialistovi 58,2 % respondentů. Zároveň jich ale 43,4 % uvedlo, že pokud navštíví svého praktického lékaře se zdravotním problémem, tak tento lékař jejich problém vyřeší a jejich stav se zlepší. K ambulantnímu specialistovi na základě doporučení od praktického lékaře je odesíláno 30,3 % respondentů. Preference při výběru praktického lékaře, nebo ambulantního specialisty podle odpovědí respondentů závisí na charakteru jejich zdravotního problému. Se zánětem středního ucha naprostá většina, 71,3 %, vyhledá ambulantního specialistu. V případě zánětu močových cest ale většina, 63,9 %, navštíví svého praktického lékaře. Podle 66,4 % respondentů větší důvěru vyvolávají ambulantní specialisté.

Kateřina Maláková a kolektiv v roce 2020 provedli výzkum dostupnosti všeobecných praktických lékařů. Dle této studie je vážený průměrný věk praktických lékařů 55,2 let. Věk vyšší než 60 let uvedlo 37,73 % respondentů, v našem výzkumu tuto možnost označilo 21,3 % respondentů. Maláková prokázala, že věk praktických lékařů je významně vyšší na venkově než ve velkých městech. Dále se studie zabývala regionálními rozdíly v dostupnosti všeobecných praktických lékařů. Potenciální četnost návštěv pacientů registrovaných u praktického lékaře na venkově je o 40 % nižší, než je průměrná hodnota pro celou Českou republiku. V městech je průměrná vytiženost praktických lékařů 92 %. Výzkum dále ukázal, že 78,87 % respondentů žijících ve městě je registrováno u svého praktického lékaře v příslušné spádové oblasti. Respondenti žijící na venkově mají praktického lékaře ve své spádové oblasti v 43,58 % případů (Maláková et al., 2020, s. 18–23).

Šídlo a kolektiv v roce 2019 taktéž porovnávali rozdílnost primární péče v jednotlivých regionech. Průměrný věk praktických lékařů v daném roce byl dle jejich výzkumu 54,0 let. Ve výzkumu provedeném v rámci této práce nejvíce respondentů uvedlo věk svého praktického lékaře mezi 41 až 50 lety. Tato studie navíc ukazuje, že mezi rokem 2010 a 2019 se věkový průměr praktických lékařů pohyboval mezi 53,0 (rok 2010) a 54,4 lety (rok 2016). Zarážející je ovšem dle autora studie fakt, že v roce 2019 došlo k téměř 80% nárůstu lékařů ve skupině starší 60 let. V roce 2019 byl průměrný věk praktických lékařů 54,0 %. Podle Šídla došlo v období 2010–2019 ke zvýšení počtu všeobecných praktických lékařů ve všech velikostech obcí bez rozdílu velikosti obce. Ve městech s více než 30 000 obyvateli vzrostl počet praktických lékařů o 12,7 %, na venkově je procentuální růst téměř o polovinu nižší, 6,7 %. Navíc uvádějí, že podíl praktických lékařů starších 60 let na venkově byl v roce 2019 44,6 %, lékaři mladší 40 let tvoří 12,1 %. Situace ve městech s více než 30 000 obyvateli se výrazně neliší, podíl praktických lékařů starších 60 let je 43,1 % a podíl praktických lékařů mladších

40 let je 15,0 % (Šídlo, 2021, s. 172–187). V porovnání s našim výzkumem jsou některé výsledky rozdílné, 23,0 % respondentů žijících v obci s méně než 5 000 obyvateli uvedlo, že věk jejich praktických lékařů je vyšší než 61 let. Do 40 let má praktický lékař registrující 14,8 % respondentů. Ve městech s více než 5 000 obyvateli má nad 61 let 19,7 % registrujících praktických lékařů a do 40 let věku má 16,4 % praktických lékařů.

Býma a kolektiv v roce 2016 prováděli výzkum v oblasti postojů a názorů obyvatel k praktickým lékařům v ČR. V tomto výzkumu 32,3 % respondentů uvedlo, že věří svému praktickému lékaři v oblasti duševního zdraví. Tento výsledek se liší od výzkumu provedeného v rámci této diplomové práce, kde respondenti uvedli, že v případě psychických obtíží vyhledají svého praktického lékaře jen v 17,2 % případů. Dále Býma zkoumal, zda by respondenti ocenili možnost objednání se na určitý čas ke svému praktickému lékaři, 47,7 % dotazovaných by tuto možnost ocenilo. Objednávkový systém nevyžaduje 23,6 % respondentů, 17,3 % by uvítalo možnost objednat se na konkrétní čas s chronickým onemocněním a 11,3 % respondentů by rádo mělo možnost objednat se alespoň při návštěvě praktického lékaře z administrativních důvodů. V rámci výzkumu k této práci by objednávkový systém uvítalo podobné množství respondentů, 48,4 %. Většina respondentů, 63,8 %, Býmova výzkumu uvedla, že by ocenila, kdyby praktický lékař prováděl některá laboratorní vyšetření samostatně ve své ambulanci. Náš výzkum prokázal, že 29,5 % praktických lékařů má ve své ordinaci CRP analyzátor a může tedy provést orientační odběr CRP ihned. Pouze 6,5 % praktických lékařů odesílá své pacienty do odběrových laboratoří. Dle Býmy si polovina dotazovaných, 51,3 %, myslí, že by návštěva ambulantního specialisty měla být možná i bez doporučení od praktického lékaře, 43,3 % z těchto respondentů je toho názoru, že by možnost vyhledat ambulantního specialistu bez doporučení praktického lékaře měla být bezplatná a zbylých 8,0 % uvedlo, že by měla placená. Druhá skupina respondentů, 48,7 %, uvedla, že návštěva ambulantního specialisty by měla být možná jen s doporučením praktického lékaře – ve všech případech, 32,4 %, nebo pouze s neakutními problémy, 16,3 % (Býma et al., 2016, s. 217–220).

Právě regulace chování pacientů ve zdravotnickém systému neboli gatekeeping je nástroj, který je uplatňován v zahraničí. Všeobecní praktičtí lékaři fungují jako tzn. gatekeepers, určují diagnózu a případnou léčbu, zároveň také právě oni rozhodují, zda pacient vyžaduje péči ambulantního specialisty či nikoli. Pomocí gatekeepingu je prosazováno, aby prvotní kontakt pacienta se zdravotním systémem proběhl právě v primární sféře. Smyslem je omezení nadbytečného zatěžování zdravotního systému. Liang a kolektiv provedli výzkum v roce 2019, kdy byl v Číně gatekeeping nově zaveden ve 2 pilotních městech. Tento výzkum

prokázal, že politika gatekeepingu je spojena se zlepšením kvality primární péče a se standardizací chování pacientů v systému poskytování péče (Liang et al., 2019).

Poskytovatelé primární péče hrají významnou roli při diagnostice a prevenci deprese. Solomon a kolektiv ve výzkumu z roku 2019 zjistili, že všeobecní praktičtí lékaři mohou z 60 % obstarat veškerou zdravotní péči o pacienty trpící depresí. V USA, kde tento výzkum probíhal, je dokonce 79 % antidepressiv předepisováno jinými lékaři než specialisty na duševní zdraví. Studie také prokázala, že ze všech osob, které se pokusili spáchat sebevraždu, jich 38 % navštívilo v předchozím týdnu poskytovatele zdravotních služeb a 64 % takových osob vyhledalo v období 4 týdnů před pokusem o sebevraždu lékařskou pomoc, ve většině případů se jednalo o praktického lékaře. Studie zmiňuje, že i přes snahu o edukaci společnosti zůstává stigma duševních nemocí hlavní překážkou bránící jejich včasné diagnostice a terapii. Pracovní skupina pro preventivní služby USA vytvořila univerzální dotazníkový screening vhodný pro všechny dospělé pacienty registrované u praktických lékařů. Dotazník je vhodný i pro gravidní ženy a ženy v poporodním období (Solomon et al., 2019, s. 559–564). V České republice je využíván obdobný dotazník, Beckova stupnice pro hodnocení deprese, případně Edinburská škála poporodní deprese. V našem výzkumu 59,0 % respondentů uvedlo, že v případě depresivních stavů vyhledá odbornou pomoc, ke svému praktickému lékaři se však dostaví pouze 17,2 % dotazovaných.

Na základě výsledků dotazníkové šetření provedeného pro účely této diplomové práce jsou navrhovány tyto změny v rámci poskytování primární péče:

- Podpora zakládání všeobecných praxí na venkově nebo v méně atraktivních lokalitách, například finanční podpora při vybavování soukromých ambulancí. Zdravotní pojišťovny by měly přednostně vytvářet síť poskytovatelů zdravotních služeb právě v těchto lokalitách.
- Motivace absolventů všeobecného lékařství pro výběr specializace v oboru všeobecného praktického lékařství finančními i nefinančními prostředky.
- Rozšíření povinného přístrojového vybavení, především EKG, v praxi poskytovatele primární péče, popřípadě podpora Ministerstva zdravotnictví při nákupu takového nadstandardního vybavení.
- Podpora všeobecných praktických lékařů Ministerstvem zdravotnictví pro využívání on-line objednávkového systému. Vytvoření on-line objednávkového systému určeného přímo praktickým lékařům, který by odpovídal konkrétním požadavkům lékařů v primární sféře.
- Regulace chování pacientů v systému poskytování zdravotní péče například formou gatekeepingu.

- Edukace populace o kompetencích všeobecných praktických lékařů, například propagační stánky na hromadných akcích nebo letáky v ordinacích.

Limitem tohoto výzkumného šetření může být charakteristika výzkumného souboru. Respondenti nebyli rovnoměrně rozděleni ve skupinách podle nejvyššího dosaženého vzdělání, kraje bydliště a věku. Výsledky tedy není možné zobecňovat pro celou populaci. Dalším limitujícím faktorem mohl být způsob on-line distribuce dotazníku, kdy nemohla být zaručena pravdivost údajů a případně jeho opakované vyplnění. V neposlední řadě mohl výzkum limitovat obsah nestandardizovaného dotazníku, který nebyl úzce a podrobně zaměřen jen na jednu specifickou problematiku, ale obsahoval dotazy týkající se většího počtu aktuálních problémů v primární péči.

ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce bylo vytvořit návrh reformy primární péče v oblasti péče všeobecných praktických lékařů, tato reforma vychází ze strategického cíle Zdraví 2030, pokladem pro návrh je také provedené dotazníkové šetření. Teoretická část byla zaměřena na sumarizaci poznatků o problematice poskytování primární péče v České republice v oblasti péče všeobecných praktických lékařů. Praktická část této práce měla za hlavní cíl vytvořit zmíněnou reformu primární péče. Byly stanoveny 3 dílčí cíle. První cíl se zabýval dostupností všeobecných praktických lékařů v obcích s počtem obyvatel menším než 5 000. Druhý cíl zkoumal, jakým vybavením disponují praxe všeobecných praktických lékařů. Třetím cílem bylo zjistit, zda respondenti se zdravotními problémy upřednostňují návštěvu spíše praktického lékaře, nebo spíše ambulantního specialisty.

Díky výsledkům zjištěným v rámci dotazníkového šetření byly formulovány návrhy pro reformu primární péče. Je nutné podporovat vznik praxí na venkově nebo v méně atraktivních oblastech. Zdravotní pojišťovny ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví by měly dbát na rozšiřování sítě poskytovatelů primární péče právě v těchto oblastech a přednostně s nimi uzavírat smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb. Ministerstvo zdravotnictví s Ministerstvem školství by měli finančními i nefinančními motivátory nabádat absolventy lékařských fakult k výběru specializace v oboru všeobecného lékařství. Mělo by dojít ke změně legislativy v oblasti povinného přístrojového vybavení, které by mělo být rozšířeno především o elektrokardiogram. Popřípadě by Ministerstvo zdravotnictví mělo finančně podpořit ty poskytovatele primární péče, kteří se rozhodnou si nadstandardní vybavení pořídit. Ministerstvo zdravotnictví by se mělo angažovat při zavádění on-line objednávkových systémů, mohlo by tak dojít k výraznému zkrácení čekacích dob u praktických lékařů. Dále by mělo dojít k regulaci chování pacientů v systému zdravotní péče, aby nebylo možné navštěvovat ambulantní specialisty bez doporučení praktických lékařů, jednou z možností je zavedení gatekeepingu. V neposlední řadě by mělo být dbáno na edukaci obyvatelstva o kompetencích všeobecných praktických lékařů. Bylo by vhodné vytvořit akční plán, díky kterému by česká populace získala přehled o financování a návaznosti jednotlivých sfér zdravotního systému.

Poznatky získané v teoretické i praktické části mohou být využity v oblasti veřejného zdravotnictví. Navíc mohou být využity pro tvorbu reformy primární péče.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. *Lékař primární péče*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023. [online] ISSN: 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/972>
2. NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. *Všeobecný praktický lékař*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023. [online] ISSN: 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/112>
3. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030*. 2019. [online] Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>
4. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030: Implementační plán č.1.1 Reforma primární péče*. 2019. [online] Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/08/IP1.1_PO-VP%C5%98-1.docx
5. GLADKIJ, Ivan a Ladislav STRNAD. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0500-8.
6. ALEXA, Jan, Lukáš REČKA, Jana VOTÁPKOVÁ, Ewout VAN GINNEKEN, Anne SPRANGER a Friedrich WITTENBECHER. Czech Republic: Health System Review. *Health Systems in Transition*. 2015, 17(1), 21-22. ISSN 1817-6127. Dostupné z: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/280706/Czech-HiT.pdf%3Fua%3D1
7. JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.
8. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Zdravotní účty ČR 2010-2019*. Praha: ČSÚ – Český statistický úřad, 2021 [online]. Dostupné z:

<https://www.czso.cz/documents/10180/142872080/2600052101.pdf/79ed683f-98c9-4f88-af61-ee6e5ae2a46c?version=1.2>

9. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. *Regulační poplatky*. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR [online]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/informace-a-zivotni-situace/regulacni-poplatky-a-ochranné-limity/regulacni-poplatky>
10. ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Zákony pro lidi.cz*. 1. 4. 2012. [online] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
11. ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. In: *Zákony pro lidi.cz*. 1.1.2001. [online] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>
12. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Číselník odborností*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. [online] Dostupné z: <https://szv.mzcr.cz/Ciselnik/Odbornost>
13. NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. *Primární péče*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022. [online] ISSN: 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/36>
14. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Druhy zdravotní péče*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. [online] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/druhy-zdravotni-pece/>
15. SPOLEČNOST VŠEOBECNÉHO LÉKAŘSTVÍ ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI JANA EVANGELISTY PURKYNĚ. *Koncepce oboru všeobecného praktického lékařství 2018*. Praha: 2018. [online] Dostupné z: <https://www.svl.cz/o-nas/koncepce-oboru-vseobecne-prakticke-lekarstvi-2018/>
16. SEIFERT, Bohumil a Svatopluk BÝMA. *Všeobecné praktické lékařství*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2019. ISBN 978-80-7492-422-4.

17. ČESKÁ REPUBLIKA. Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách. In: *Zákony pro lidi.cz*. 1. 4. 2012. [online] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-70>
18. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. *Preventivní prohlídky*. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, 2022 [online]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/preventivni-prohlidky>
19. KOLOREKTUM. *Screening rakoviny tlustého střeva a konečníku*. Brno: Masarykova univerzita, 2022 [online]. Dostupné z: <https://www.kolorektum.cz/cs/verejnost/screening-rakoviny-tlusteho-streva-a-konecniku/#screeningova-kolonoskopie>
20. ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Zákony pro lidi.cz*. 1. 4. 1997. [online] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48#cast10>
21. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. *Tvorba sítě poskytovatelů zdravotních služeb – primární péče*. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR [online]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/dostupnost-zdravotni-pece/tvorba-site-poskytovatelu-zdravotnich-sluzeb-primarni-pece>
22. Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. In: *Zákony pro lidi.cz*. 1. 1. 2013. [online] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-307>
23. MALÁKOVÁ, Kateřina, Luděk ŠÍDLO a Jan BĚLOBRÁDEK. Region, věk a dostupnost zdravotních služeb: Příklad všeobecného praktického lékařství v Česku. *Demografie* [online]. 2020, **62**(1), 14-26. ISSN 18052991. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/123310408/13005320q1_14-26.pdf/1cfd1235-c255-4abc-98d6-56d1e60b0870?version=1.0
24. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Memorandum o vzájemné spolupráci*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2018. [online] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp->

content/uploads/wepub/15770/34285/Memorandum%20o%20vzájemné%20spolupráci.pdf

25. NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ SYSTÉM. *Zdravotnictví ČR: Stručný přehled činnosti oboru praktických lékařů pro dospělé 2007–2017, NZIS REPORT č.K/17*. Praha: Národní zdravotnický informační systém, 2018. [online] Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_K17_A040_prakticky_lekar_pro_dospele_2017.pdf
26. BURCIN, Boris a Luděk ŠÍDLO. *Budoucí dostupnost primární zdravotní péče v Česku: Analytická studie založená na výsledcích modelových projekcí počtu a struktury lékařů primární zdravotní péče* [online]. Praha, 2017. [cit. 2022-10-28]. Dostupné z: <https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pecce-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pecce-v-cr/projekce-lekari-pzp.pdf>
27. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. *Otázky týdne: Slyšel jsem, že můj praktik za mě dostává od zdravotní pojišťovny kapitační platbu. Co to je?* Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, 2022 [online]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/kapitacni-platba>
28. Vyhláška č. 315/2022 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezeních pro rok 2023. In: *Zákony pro lidi.cz*. 1. 1. 2023. [online] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2022-315>
29. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Seznam zdravotních výkonů*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016. [online] Dostupné z: <https://szv.mzcr.cz/Vykon?sort=CisloVykonu&dir=Asc&cislovykonu=15119&nazevvykonu=&odbornost=&aktivni=true>
30. ČESKÁ PRŮMYSLOVÁ ZDRAVOSTNÍ POJIŠŤOVNA. *Dohodovací řízení 2023*. Praha: Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, 2022. [online] Dostupné z: <https://www.cpzp.cz/dohodovaci-rizeni>

31. ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. In: *Zákony pro lidi.cz*. 2. 4. 2004. [online] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-95#cast2>
32. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Stavovský předpis č. 16 České lékařské komory: Systém celoživotního vzdělávání lékařů České lékařské komory*. Praha: 2012. [online] Dostupné z: https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/sp16-novela-17-112012-100504.pdf
33. ČESKÁ REPUBLIKA. Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. In: *Zákony pro lidi.cz*. 1.4. 2012. [online] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92>
34. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. *Otázky týdne: Je oficiálně stanoveno, jaké vybavení má mít praktický lékař? Přešli jsme po přestěhování k jinému praktikovi a připadá nám divné, že nemá přístroj, kterým by provedl hned na místě vyšetření CRP*. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, 2022 [online]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/vybaveni-ordinace-practickeho-lekare-a-vysetreni-crp>
35. NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. *Základní návod k používání zdravotní péče*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023. [online] ISSN: 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1072-zakladni-navod-k-pouzivani-zdravotni-pece>
36. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Koncepce změn primární péče v ČR: Materiál Pracovní skupiny pro reformu primární péče*. [online] Dostupné z: https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/reforma-primarni-pece-navrh-pracovni-skupiny-101009.pdf
37. ŠÍDLO, Luděk, Jan BĚLOBRÁDEK a Kateřina MALÁKOVÁ. General medical practitioners in Czechia: development trends and regional differences. *Geografie* [online]. 2021, **126**(2), 169-194. ISSN 1212-0014. Dostupné z: [doi:10.37040/geografie2021126020169](https://doi.org/10.37040/geografie2021126020169)

38. BÝMA, Svatopluk, Bohumil SEIFERT a Norbert KRÁL. Výzkum názorů a postojů občanů České republiky k všeobecným praktickým lékařům. *Praktický lékař*. 2016, **96**(5), 217-222. ISSN 0032-6739. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2016-5/vyzkum-nazoru-a-postoju-obcanu-ceske-republiky-k-vseobecny-m-praktickym-lekarum-59280/download?hl=cs>
39. LIANG, Cuiying, Jie MEI, Yuan LIANG, Ruwei HU, Li LI a Li KUANG. The effects of gatekeeping on the quality of primary care in Guangdong Province, China: a cross-sectional study using primary care assessment tool-adult edition. *BMC Family Practice* [online]. 2019, **20**(1) [cit. 2023-04-04]. ISSN 1471-2296. Dostupné z: [doi:10.1186/s12875-019-0982-z](https://doi.org/10.1186/s12875-019-0982-z)
40. SOLOMON, Caren G., Lawrence T. PARK a Carlos A. ZARATE. Depression in the Primary Care Setting. *New England Journal of Medicine* [online]. 2019, **380**(6), 559-568 [cit. 2023-04-04]. ISSN 0028-4793. Dostupné z: [doi:10.1056/NEJMcp1712493](https://doi.org/10.1056/NEJMcp1712493)

SEZNAM ZKRATEK

AJ	Anglický jazyk
CRP	C-reaktivní protein
ČJ	Český jazyk
ČLK	Česká lékařská komora
ČR	Česká republika
EKG	Elektrokardiogram
FZV UP	Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
NZIS	Národní zdravotnický informační portál
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
PLLD	Praktický lékař pro děti a dorost
POCT	Point of Care Testing
TOKS	Test okultního krvácení do stolice
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
UZ	Ultrazvuk
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VPL	Všeobecný praktický lékař

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Tvorba sítě poskytovatelů zdravotních služeb (Všeobecná zdravotní pojišťovna, Tvorba sítě poskytovatelů zdravotních služeb – primární péče).....	20
--	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Profil práce všeobecných praktických lékařů dle primárního důvodu pacientovy návštěvy (Seifert et al., 2019, s. 66–67).	17
Tabulka 2 Příklad: věková struktura pacientů v městské praxi. Počet registrovaných pacientů: 2 000 (Seifert et al., 2019, s. 66–67).	17
Tabulka 3 Průměrný věk všeobecných praktických lékařů v roce 2017 (Burcin et al., 2017, s. 5–9).	23
Tabulka 4 Procentuální podíl věkových skupin na celkovém počtu všeobecných praktických lékařů v roce 2017 (Burcin et al., 2017, s. 5–9).	23
Tabulka 5 Dílčí cíle strategického cíle reformy primární péče vycházející ze Zdraví 2030 (Ministerstvo zdravotnictví ČR, Implementační plán č. 1.1).	31
Tabulka 6 Sociodemografické údaje výzkumného souboru	38
Tabulka 7 Interpretace výsledků, 1. část	39
Tabulka 8 Interpretace výsledků, 2. část	40
Tabulka 9 Interpretace výsledků, 3. část	41
Tabulka 10 Interpretace výsledků, 4. část	42
Tabulka 11 Dojezdová vzdálenost k praktickému lékaři podle velikosti obce	43
Tabulka 12 Počet lékařů podle velikosti obce	43
Tabulka 13 Věk praktických lékařů podle velikosti obce	44
Tabulka 14 EKG a UZ v praxi praktického lékaře	45
Tabulka 15 EKG a CRP analyzátor v praxi praktického lékaře	46
Tabulka 16 EKG a on-line objednávkový systém v praxi praktického lékaře	47
Tabulka 17 Vybavení ordinace podle velikosti obce	48
Tabulka 18 Zánět močových cest a depresivní stav – výběr lékaře	50
Tabulka 19 Zánět močových cest a zánět středního ucha – výběr lékaře	50
Tabulka 20 Výběr lékaře podle pohlaví	51

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Výběr lékařů podle pohlaví – zánět močových cest.....	52
Graf 2 Výběr lékařů podle pohlaví – depresivní stavy	52
Graf 3 Výběr lékařů podle pohlaví – depresivní stavy	53

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Výkony zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 001.	71
Příloha 2 Výkony nezahrnuté do kapitační platby se stanovenou hodnotou bodu 1,40 Kč, nebo 1,30 Kč.....	72
Příloha 3 Nestandardizovaný dotazník – Provedení dotazníkového šetření v oblasti primární péče.....	73
Příloha 4 Souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP.....	79
Příloha 5 Informovaný souhlas.....	80
Příloha 6 Výsledky dotazníkového šetření	82

PŘÍLOHY

Příloha 1 Výkony zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 001.

Číslo výkonu	Název výkonu
01023	Cílené vyšetření praktickým lékařem
01024	Kontrolní vyšetření praktickým lékařem
01025	Konzultace praktického lékaře rodinnými příslušníky pacienta
01030	Administrativní úkony praktického lékaře
09215	Injekce i. m., s. c., i. d.
09216	Injekce do měkkých tkání nebo intradermální pupeny v rámci reflexní léčby
09217	Intravenózní injekce u kojence nebo dítěte do 10 let
09219	Intravenózní injekce u dospělého či dítěte nad 10 let
09220	Kanylace periferní žíly včetně infúze
09233	Injekční okrsková anestézie
09237	Ošetření a převaz rány včetně ošetření kožních a podkožních afekcí do 10 cm ²
09507	Psychoterapie podpůrná prováděna lékařem nepsychiatrem
09511	Minimální kontakt lékaře s pacientem
09513	Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře pacientem
09523	Edukační pohovor lékaře s nemocným či rodinou
09525	Rozhovor lékaře s rodinou
044239	Ošetření a převaz bércového vředu lékařem (1 bérec)
071511	Vyjmutí cizího tělesa ze zvukovodu
071611	Vynětí cizího tělesa z nosu – jednoduché

Vyhláška č. 315/2022 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezeních pro rok 2023. In: *Zákony pro lidi.cz*. 1. 1. 2023. [online] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2022-315>

Příloha 2 Výkony nezahrnuté do kapitační platby se stanovenou hodnotou bodu 1,40 Kč, nebo 1,30 Kč.

Číslo výkonu	Hodnota bodu	Název výkonu
01021	1,40 Kč	Komplexní vyšetření praktickým lékařem
01022	1,40 Kč	Opakované komplexní vyšetření praktickým lékařem
01201	1,30 Kč	Péče o stabilizovaného kompenzovaného diabetika 2. typu praktickým lékařem
01204	1,30 Kč	Péče o prediabetika praktickým lékařem
01186	1,30 Kč	Převzetí pacienta po onkologické léčbě do péče lékaře primární péče
01188	1,30 Kč	Následná prohlídka pacienta s onkologickým onemocněním
15118	1,30 Kč	Management kolorektálního screeningu
15119	1,30 Kč	Kolorektální screening – analytická část, stanovení okultního krvácení ve stolici

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Seznam zdravotních výkonů.*

Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016. [online] Dostupné z:

<https://szv.mzcr.cz/Vykon?sort=CisloVykonu&dir=Asc&cislovykonu=15119&nazevvykonu=&odbornost=&aktivni=true>

Vyhláška č. 315/2022 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezeních pro rok 2023. In: *Zákony pro lidi.cz*. 1. 1. 2023. [online] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2022-315>

Příloha 3 Nestandardizovaný dotazník – Provedení dotazníkového šetření v oblasti primární péče

Provedení dotazníkové šetření v oblasti primární péče

Vážená paní, vážený pane,

mé jméno je Bc. Veronika Janošíková a studuji magisterský obor Organizace a řízení ve zdravotnictví na Fakultě zdravotnických věd na Univerzitě Palackého v Olomouci. Dotazník je nástroj využívaný pro strukturované získávání dat. Tato data následně využiji ve své diplomové práci, která se zabývá zdravotní politikou a reformou primární péče. V oblasti primární péče působí praktičtí lékaři, stomatologové a gynekologové. Cílem mého výzkumu je vytvořit návrh pro reformu primární péče v oblasti péče praktických lékařů, tato reforma bude vycházet ze strategického cíle Zdraví 2030. V rámci výzkumu je mou snahou zjistit, jaká je dostupnost praktických lékařů ve Vašem okolí a jaké je vybavení v ambulancích praktických lékařů. Dále zkoumám účast na preventivních prohlídkách, čekací doby u praktických lékařů, vybavení jejich ambulaní. Součástí dotazníku je mimo jiné zjistit, zda v určitých situacích vyhledáte spíše praktického lékaře, nebo ambulantního specialistu (urologa, neurologa, diabetologa atd.). Vyplnění dotazníku je dobrovolné a anonymní. Odpovědi budou zpracovány pouze pro potřeby výzkumu v rámci mé diplomové práce a nebudou dále šířeny.

Dotazník obsahuje 25 otázek. Označte prosím pouze jednu odpověď, výjimkou je první a druhá otázka. V první otázce prosím uveďte Váš přesný věk číslem a v druhé otázce prosím napište, ve kterém kraji se nachází Vaše bydliště.

Moc Vám děkuji za spolupráci.

1. Jaký je Váš věk? _____
2. V kterém kraji bydlíte? _____ kraj
3. Jaké je Vaše pohlaví?
 - a) mužské
 - b) ženské
4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) základní
 - b) středoškolské bez maturity
 - c) středoškolské s maturitou
 - d) vyšší odborné
 - e) vysokoškolské

5. Jak velká je Vaše obec?

- a) bydlím ve vesnici
- b) bydlím ve městě s počtem obyvatel menším než 5 000
- c) bydlím ve městě s počtem obyvatel větším než 5 000, ale menším než 20 000
- d) bydlím ve městě s počtem obyvatel větším než 20 000, ale menším než 50 000
- e) bydlím ve městě s počtem obyvatel větším než 50 000, ale menším než 100 000
- f) bydlím ve městě s počtem obyvatel větším než 100 000

6. Jaký je Váš celkový měsíční příjem?

Pokud dostáváte kapesné, uveďte prosím součet kapesného, výdělku z brigád a dalších.

- a) do 10 000 Kč
- b) v rozmezí 10 000 – 20 000 Kč
- c) v rozmezí 20 000 – 30 000 Kč
- d) v rozmezí 30 000 – 45 000 Kč
- e) v rozmezí 45 000 – 60 000 Kč
- f) v rozmezí 60 000 – 100 000 Kč
- g) nad 100 000 Kč
- h) nemám pravidelný příjem

7. Kolikrát za rok navštívíte svého praktického lékaře?

- a) ani jednou za rok
- b) 1–4krát ročně
- c) 5–8krát ročně
- d) 9–12krát ročně
- e) 13 a vícekrát ročně

8. Chodíte na preventivní prohlídky ke svému praktickému lékaři?

- a) ano, pravidelně každé 2 roky
- b) ano, ale nepravidelně, alespoň jednou za 5 let
- c) ano, ale nepravidelně, alespoň jednou za 10 let
- d) ano, ale nepravidelně, méně často než 1krát za 10 let
- e) ne

9. Pokud jdete na návštěvu ke svému praktickému lékaři na předem objednaný čas, jak dlouho obvykle čekáte?

- a) nečekám, do ordinace jdu v čase, kdy jsem byl/a objednán/a
- b) do 15 minut
- c) 15 – 30 minut
- d) 30 – 45 minut
- e) 45 – 60 minut
- f) více než hodinu

10. Pokud jdete na prohlídku ke svému praktickému lékaři bez objednání, jak dlouho obvykle čekáte?

- a) lékař mě vezme téměř okamžitě
- b) do 15 minut
- c) 15 – 30 minut
- d) 30 – 45 minut
- e) 45 – 60 minut
- f) více než hodinu
- g) bez objednání k praktikovi nechodím

11. Kolik je ve Vašem městě/vesnici/městské části praktických lékařů?

U obcí s počtem obyvatel větším než 100 000 uveďte prosím počet praktických lékařů pouze ve Vaší městské části.

- a) žádný
- b) 1–2
- c) 3–5
- d) 6–10
- e) více než 10
- f) nevím

12. Kolik kilometrů dojždíte ke svému praktickému lékaři?

- a) do 1 km
- b) od 1 do 3 km
- c) od 3 km do 5 km
- d) od 5 do 10 km
- e) více než 10 km

13. Jaký je věk Vašeho praktického lékaře?

- a) do 30 let
- b) mezi 31 – 40 lety
- c) mezi 41 – 50 lety
- d) mezi 51 – 60 lety
- e) více než 61 let

14. Má Váš praktický lékař v ordinaci ultrazvuk?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

15. Je možné se k Vašemu praktickému lékaři objednat přes on-line objednávkový systém?

- a) ano
- b) ne, ale uvítal/a bych to
- c) ne a přijde mi to zbytečné
- d) ne a je mi to jedno

16. Pokud se Váš praktik při léčbě rozhoduje, zda Vám nasadí antibiotika, či nikoliv, využívá k tomu analýzu CRP?

Jedná se o odběr krve z prstu s okamžitým výsledkem, vše proběhne v ordinaci praktika.

- a) ano, několikrát jsem to zažila
- b) ne, vždy mi nasadí antibiotika okamžitě
- c) ne, provádí odběr ze žíly
- d) praktik mě odeslal do odběrové ambulance
- e) nevím

17. Má Váš praktický lékař v ordinaci přístroj na měření EKG?

Toto vyšetření probíhá pomocí elektrod připevněných na hrudníku a končetinách, výsledkem je graf. Vyšetření vypovídá o aktivitě Vašeho srdce.

- a) ano, několikrát jsem toto vyšetření zažil/a
- b) ne, kvůli tomuto vyšetření mě odeslal ke specialistovi (například na interní oddělení)
- c) nevím, nikdy jsem toto vyšetření nezažil/a

18. Kolikrát za rok navštívíte specialistu – kožní, urolog, oční, diabetolog, internista...? (dohromady)

Prosím nezapočítávejte návštěvy u stomatologů a gynekologů.

- a) ani jednou za rok
- b) 1–4krát ročně
- c) 5–8krát ročně
- d) 9–12krát ročně
- e) 13 a vícekrát ročně

19. Pokud jdete na prohlídku ke specialistovi, objednáváte se?

- a) ano, vždy, i když se jedná o akutní problém, tak si alespoň zavolám, zda mohu přijít
- b) ano, pokud to není akutní
- c) ne, neobjednávám se

20. Chodíte ke specialistům z vlastní vůle bez předchozí konzultace s praktickým lékařem, nebo nejdříve navštívíte Vašeho praktika a poradíte se s ním?

- a) ke specialistům chodím bez konzultace s praktikem
- b) nejdříve navštívím praktika, specialistu jen pokud mi to praktik doporučí
- c) nejdříve navštívím praktika, i když mi praktik návštěvu specialisty nedoporučí, stejně tam jdu
- d) nejdříve navštívím praktika, často můj problém vyřeší sám

21. Pokud trpíte zánětem močových cest (pálivá bolest při močení, bolest v podbřišku, časté nucení na močení, zvýšená teplota), navštívíte spíše:

- a) praktického lékaře
- b) urologa
- c) jiného specialistu
- d) nenavštívím lékaře

22. Pokud trpíte beznadějí, obavami, pesimistickými výhledy, pocitem méněcennosti, nejste schopni se radovat, trápí vás únava a nespavost, navštívíte spíše:

- a) praktického lékaře
- b) psychiatra
- c) psychologa
- d) nevyhledám pomoc

23. Pokud trpíte akutním zánětem středního ucha (horečka, bolest ucha, výtok z ucha, zvracení, průjem), navštívíte spíše:

- a) praktického lékaře
- b) otorhinolaryngologa (ORL lékaře)
- c) nenavštívím lékaře

24. Pokud navštívíte Vašeho praktického lékaře s nějakým zdravotním problémem, tak nejčastěji:

- a) určí diagnózu a léčbu, po které mé problémy zmizí a můj stav se zlepší
- b) určí diagnózu a léčbu, mé problémy nezmizí, musím ho navštívit znovu
- c) odešle mě ke specialistovi
- d) ke svému praktickému lékaři s problémy nechodím, navštívím rovnou specialistu

25. Vzbuzuje ve Vás větší důvěru Váš praktický lékař nebo ambulantní specialista (například kožní lékař nebo urolog)?

- a) praktický lékař
- b) ambulantní specialista
- c) ani jeden

Příloha 4 Souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP



Fakulta
zdravotnických věd

Genius loci ...

UPOL - 201719/FZV-2022

Vážená paní
Bc. Veronika Janošiková

2022-09-29

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Zdravotní politika a reforma primární péče**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

Mgr. Renáta Váverková
předsedkyně
Etické komise FZV UP



Fakulta
zdravotnických věd

Genius loci ...

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Zdravotní politika a reforma primární péče

Období realizace: červenec až listopad 2022

Řešitelé projektu: Bc. Veronika Janošíková

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je vytvořit návrh pro reformu primární péče v oblasti péče praktických lékařů, tato reforma bude vycházet ze strategického cíle Zdraví 2030. Výzkum je prováděn formou dotazníku, který právě vidíte před sebou. Dotazník obsahuje 25 otázek a jeho vyplnění Vám zabere přibližně 10 minut. Vyplněný dotazník prosím odevzdejte do uzamčené urny. Všechny vyplněné dotazníky budou anonymně zpracovány a následně skartovány, nemůže tedy dojít k jakémukoliv úniku dat. Zpracovaná data budou prezentována v rámci diplomové práce. Z účasti na výzkumu pro Vás nevyplývají žádná rizika.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu, a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou

odpověď. Jsem informován/a , že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracována v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.

Příloha 6 Výsledky dotazníkového šetření

Otázka č. 1 – Věkové skupiny respondentů

Věková skupina	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
do 25 let	43	35,2
26–35 let	12	9,8
36–45 let	18	14,8
46–55 let	23	18,9
56–65 let	12	9,8
66 a více let	14	11,5
celkem	122	100,0

Otázka č. 2 – Bydliště respondentů

Kraj	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
Hl. město Praha	4	3,3
Jihomoravský	11	9,0
Karlovarský	1	0,8
Královéhradecký	2	1,6
Moravskoslezský	17	13,9
Olomoucký	78	64,0
Středočeský	1	0,8
Zlínský	8	6,6
celkem	122	100,0

Otázka č. 3 – Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
muž	49	40,2
žena	73	59,8
celkem	122	100,0

Otázka č. 4 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Dosažené vzdělání	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
základní	4	3,3
středoškolské bez maturity	16	13,1
středoškolské s maturitou	26	21,3
vyšší odborné	10	8,2
vysokoškolské	66	54,1
celkem	122	100,0

Otázka č. 5 – Velikost obce respondentů

Počet obyvatel ve městě	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
vesnice	26	21,3
méně než 5000	35	28,7
více než 5000, méně než 20000	17	13,9
více než 20000, méně než 50000	17	13,9
více než 50000, méně než 100000	9	7,4
více než 100000	18	14,8
celkem	122	100,0

Otázka č. 6 – Měsíční příjem respondentů

Měsíční příjem	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
do 10000 Kč	9	7,3
10 000–20 000 Kč	21	17,2
20 000–30 000 Kč	18	14,8
30 000–45 000 Kč	34	27,8
45 000–60 000 Kč	9	7,3
60 000–100 000 Kč	8	6,5
více než 100000	5	4,4
bez pravidelného příjmu	18	14,7
celkem	122	100,0

Otázka č. 7 – Četnost návštěv praktických lékařů

Počet návštěv za rok	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
0	28	23,0
1–4	76	62,2
5–8	14	11,5
9–12	4	3,3
13 a více	0	0,0
celkem	122	100,0

Otázka č. 8 – Návštěvnost preventivních prohlídek

Preventivní prohlídky	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
1krát za 2 roky	52	42,6
1krát za 5 let	45	36,9
1krát za 10 let	10	8,2
méně než 1krát za 10 let	4	3,3
nechodí	11	9,0
celkem	122	100,0

Otázka č. 9 – Čekací doba u praktického lékaře při objednání

Čekací doba	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
bez čekání	11	9,0
do 15 minut	39	32,0
15–30 minut	40	32,8
30–45 minut	22	18,0
45–60 minut	7	5,7
více než hodinu	3	2,5
celkem	122	100,0

Otázka č. 10 – Čekací doba u praktického lékaře bez objednání

Čekací doba	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
bez čekání	1	0,8
do 15 minut	6	4,9
15–30 minut	16	13,1
30–45 minut	27	22,1
45–60 minut	20	16,4
více než hodinu	19	15,6
vždy se objednají	33	27,1
celkem	122	100,0

Otázka č. 11 – Počet praktických lékařů v obci respondenta

Počet	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
0	19	15,6
1–2	12	9,8
3–5	15	12,3
6–10	30	24,6
více než 10	20	16,4
neví	26	21,3
celkem	122	100,0

Otázka č. 12 – Dojezdová vzdálenost k praktickému lékaři

Dojezdová vzdálenost	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
do 1 km	49	40,2
1–3 km	31	25,4
3–5 km	18	14,8
5–10 km	8	6,5
více než 10	16	13,1
celkem	122	100,0

Otázka č. 13 – Věk praktického lékaře respondentů

Věk	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
do 30 let	3	2,5
31–40 let	16	13,1
41–50 let	44	36,1
51–60 let	33	27,0
více než 61 let	26	21,3
celkem	122	100,0

Otázka č. 14 – Vybavení praxe praktického lékaře respondentů – ultrazvuk

Ultrazvuk	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
ano	7	5,7
ne	69	56,6
nevím	46	37,7
celkem	122	100,0

Otázka č. 15 – Vybavení praxe praktického lékaře respondentů – objednávkový systém

Objednávkový systém	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
ano	27	22,1
ne, uvítal/a by to	59	48,4
ne a je to zbytečné	14	11,5
ne a je mu/jí to jedno	22	18,0
celkem	122	100,0

Otázka č. 16 – Vybavení praxe praktického lékaře respondentů – CRP analýza

CRP analyzátor	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
ano	36	29,5
ne, vždy nasadí ATB	25	20,5
ne, provádí odběr ze žíly	18	14,8
ne, odesílá mě na odběr jina	8	6,5
nevím	35	28,7
celkem	122	100,0

Otázka č. 17 – Vybavení praxe praktického lékaře respondentů – Elektrokardiogram

EKG	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
-----	---------------------	-----------------------

ano	51	41,8
ne	29	23,8
nevím	42	34,4
celkem	122	100,0

Otázka č. 18 – Četnost návštěv ambulantních specialistů

Počet návštěv za rok	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
0	22	18,0
1–4	61	50,0
5–8	21	17,2
9–12	12	9,9
13 a více	6	4,9
celkem	122	100,0

Otázka č. 19 – Objednávání respondentů k ambulantnímu specialistovi

Objednávání	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
ano, vždy	68	55,7
ano, pokud to není akutní	42	34,4
ne	12	9,9
celkem	122	100,0

Otázka č. 20 – Konzultace s praktickým lékařem před návštěvou ambulantního specialisty

Konzultace	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
ne	71	58,2
ano, čeká na doporučení	39	32,0
ano, jdu, i když mi to nedoporučí	4	3,3
ano, často vyřeší problém sám	8	6,5
celkem	122	100,0

Otázka č. 21 – Kterého lékaře respondenti preferují navštívit – zánět močových cest

Lékař	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
praktický lékař	78	63,9
urolog	24	19,7
jiný specialista	7	5,7
nenavštíví lékaře	13	10,7
celkem	122	100,0

Otázka č. 22 – Kterého lékaře respondenti preferují navštívit – depresivní stav

Lékař	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
praktický lékař	21	17,2
psychiatr	7	5,7
psycholog	44	36,1
nevyhledá pomoc	50	41,0
celkem	122	100,0

Otázka č. 23 – Kterého lékaře respondent preferuje navštívit – zánět středního ucha

Lékař	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
-------	---------------------	-----------------------

praktický lékař	32	26,2
otorhinolaryngolog	87	71,3
nenavštíví lékaře	3	2,5
celkem	122	100,0

Otázka č. 24 – Odesílání respondentů z primární do sekundární péče

Praktický lékař	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
určí diagnózu a stav selepší	53	43,4
určí diagnózu a je třeba ho navštívit znovu	17	14,0
odesílá ke specialistovi	37	30,3
respondent jde rovnou ke specialistovi	15	12,3
celkem	122	100,0

Otázka č. 25 – Kdo vyvolává větší důvěru u respondentů

Větší důvěra	Absolutní četnost n	Relativní četnost v %
praktický lékař	31	25,4
ambulantní specialista	81	66,4
ani jeden	10	8,2
celkem	122	100,0